



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2024

Thèse N° 109

Evaluation de la qualité de l'annonce diagnostique au sein du service d'hématologie clinique au CHU Mohammed VI.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23/04/2024

PAR

Mlle. **Hajar MOUADEN**

Née Le 30 Novembre 1998 à Souq Sebt Ouled Nemma

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Mauvaise nouvelle – Communication – SPIKES – Pratique

JURY

M.	I. TAZI Professeur d'Hématologie Clinique	PRESIDENT
Mme.	F.Z. LAHLIMI Professeure agrégée d'Hématologie Clinique	RAPPORTEUR
M.	A. RAISSI Professeur agrégé d'Hématologie Clinique	} JUGES
M.	M. EL FADLI Professeur agrégé d'Oncologie Médicale	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ
عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ
وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي ۖ إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي
مِنَ الْمُسْلِمِينَ



سورة الاحقاف، آية 15



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune Considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la coopération : Pr. Hanane RAISS

Vice doyen aux affaires pédagogiques : Pr. Ghizlane DRAISS

Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Général : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel enseignants chercheurs
permanant**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne

14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
43	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie

46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophthalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICH Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie

77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophthalmologie
87	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
88	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUCAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique

109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)

138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie–embyologie cytogénétique
140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie–virologie
141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie–réanimation
142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
150	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
153	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie–orthopédie
154	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio–vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio–vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophthalmologie
164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto–rhino–laryngologie

165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie–patologique
167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo–phtisiologie
169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique E]
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophthalmologie
172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174E]	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio- organique
175	LOQMAN Souad	Pr Hab	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie–virologie
179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro–entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
184	EL– AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto–rhino–laryngologie
185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
192	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale

193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
197	LAHMINE Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
205	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
206	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
207	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ass	Pédiatrie
208	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
209	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
210	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
211	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
212	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
213	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
214	LAMRANI HANCI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
215	HAIHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
216	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
217	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
218	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
219	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
220	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
221	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
222	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
223	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique

224	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
225	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
226	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
227	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
229	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
231	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
232	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUY Hicham	Pr Ass	Hématologie
235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
23 9	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
243	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
249	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
252	ZIRAOUY Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie

256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
261	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophthalmologie
269	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale
271	AHMANNA Hussein-choukri	Pr Ass	Radiologie
272	AIT M'BAREK Yassine	Pr Ass	Neurochirurgie
273	ELMASRIOUI Joumana	Pr Ass	Physiologie
274	FOURA Salma	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
275	LASRI Najat	Pr Ass	Hématologie clinique
276	BOUKTIB Youssef	Pr Ass	Radiologie
277	MOUROUTH Hanane	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
278	BOUZID Fatima zahrae	Pr Ass	Génétique
279	MRHAR Soumia	Pr Ass	Pédiatrie
280	QUIDDI Wafa	Pr Ass	Hématologie
281	BEN HOUMICH Taoufik	Pr Ass	Microbiologie-virologie
282	FETOUI Imane	Pr Ass	Pédiatrie
283	FATH EL KHIR Yassine	Pr Ass	Traumato-orthopédie
284	NASSIRI Mohamed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
285	AIT-DRISS Wiam	Pr Ass	Maladies infectieuses
286	AIT YAHYA Abdelkarim	Pr Ass	Cardiologie
287	DIANI Abdelwahed	Pr Ass	Radiologie
288	AIT BELAID Wafae	Pr Ass	Chirurgie générale

289	ZTATI Mohamed	Pr Ass	Cardiologie
290	HAMOUCHE Nabil	Pr Ass	Néphrologie
291	ELMARDOULI Mouhcine	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
292	BENNIS Lamiae	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
293	BENDAOUD Layla	Pr Ass	Dermatologie
294	HABBAB Adil	Pr Ass	Chirurgie générale
295	CHATAR Achraf	Pr Ass	Urologie
296	OUMGHAR Nezha	Pr Ass	Biophysique
297	HOUMAID Hanane	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
298	YOUSFI Jaouad	Pr Ass	Gériatrie
299	NACIR Oussama	Pr Ass	Gastro-entérologie
300	BABACHEIKH Safia	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
301	ABDOURAFIQ Hasna	Pr Ass	Anatomie
302	TAMOUR Hicham	Pr Ass	Anatomie
303	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
304	EL FAHIRI Fatima Zahrae	Pr Ass	Psychiatrie
305	BOUKIND Samira	Pr Ass	Anatomie
306	LOUKHNATI Mehdi	Pr Ass	Hématologie clinique
307	ZAHROU Farid	Pr Ass	Neurochirurgie
308	MAAROUFI Fathillah Elkarim	Pr Ass	Chirurgie générale
309	EL MOUSSAOUI Soufiane	Pr Ass	Pédiatrie
310	BARKICHE Samir	Pr Ass	Radiothérapie
311	ABI EL AALA Khalid	Pr Ass	Pédiatrie
312	AFANI Leila	Pr Ass	Oncologie médicale
313	EL MOULOUA Ahmed	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
314	LAGRINE Mariam	Pr Ass	Pédiatrie
315	OULGHOUL Omar	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
316	AMOCH Abdelaziz	Pr Ass	Urologie
317	ZAHLAN Safaa	Pr Ass	Neurologie
318	EL MAHFOUDI Aziz	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
319	CHEHBOUNI Mohamed	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
320	LAIRANI Fatima ezzahra	Pr Ass	Gastro-entérologie
321	SAADI Khadija	Pr Ass	Pédiatrie

322	DAFIR Kenza	Pr Ass	Génétique
323	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	Pr Ass	Neurologie
324	ABAINOU Lahoussaine	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
325	BENCHANNA Rachid	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
326	TITOU Hicham	Pr Ass	Dermatologie
327	EL GHOUL Naoufal	Pr Ass	Traumato-orthopédie
328	BAHI Mohammed	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
329	RAITEB Mohammed	Pr Ass	Maladies infectieuses
330	DREF Maria	Pr Ass	Anatomie pathologique
331	ENNACIRI Zainab	Pr Ass	Psychiatrie
332	BOUSSAIDANE Mohammed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
333	JENDOUI Omar	Pr Ass	Urologie
334	MANSOURI Maria	Pr Ass	Génétique
335	ERRIFAIY Hayate	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
336	BOUKOUB Naila	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
337	OUACHAOU Jamal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
338	EL FARGANI Rania	Pr Ass	Maladies infectieuses
339	IJIM Mohamed	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
340	AKANOUR Adil	Pr Ass	Psychiatrie
341	ELHANAFI Fatima Ezzohra	Pr Ass	Pédiatrie
342	MERBOUH Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
343	BOUROUMANE Mohamed Rida	Pr Ass	Anatomie
344	IJDDA Sara	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques

LISTE ARRETEE LE 09/01/2024



DÉDICACES



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust

Je dois avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec grand amour, respect et gratitude que je dédie ce modeste travail comme preuve de respect et de reconnaissance



C'est avec amour, respect et gratitude que je dédie cette thèse à . . . 

الله

A Allah tout puissant

Qui m'a permis de voir ce jour tant attendu qui m'a guidé et inspiré.

Je vous dois ce que je suis devenue

Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

A mes très chers parents :

El Hassan MOUADEN et Samira MECHACH

Je vous dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester votre fierté et ne jamais vous décevoir.

Que Dieu tout puissant vous préserve, vous accorde la santé, le bonheur, et vous protège de tout mal.

A ma très chère mère

Samira MECHACH

Aucun mot ne peut exprimer pleinement l'amour et l'affection que je ressens pour toi. Ta tendresse et ton soutien inconditionnel ont comblé mon cœur. Tout au long de mes longues années d'études, tu as été mon pilier, me soutenant et m'encourageant à chaque étape. Ta présence réconfortante m'a été indispensable dans les moments difficiles. Tu as sacrifié ta propre vie pour mon bien-être, et je te suis infiniment reconnaissante pour l'amour sans limite que tu m'as toujours offert. Merci pour ta disponibilité constante et tes sages conseils.

Je sais que je ne pourrai jamais te remercier assez pour tout ce que tu as fait pour moi. J'espère sincèrement être à la hauteur de tes attentes et te rendre fière de moi. En ce jour si spécial pour nous deux, je t'offre ce travail en signe de ma profonde reconnaissance et de mon estime sans bornes pour toi.

Je t'aime maman.

A mon cher père

El Hassan MOUADEN

Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soit-elle ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance. Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Merci pour ta patience sans fin, ton amour, ta compréhension, ton encouragement ainsi que le soutien que tu as toujours su m'apporter. Puisse cette thèse symboliser le fruit de tes longues années de sacrifices consentis pour mes études, et que ces mots expriment le profond respect et l'affection que je te porte. Tu es mon héros, mon guide et mon modèle, et je suis infiniment reconnaissante d'avoir un père aussi extraordinaire que toi..

Je t'aime papa.

A ma très chère Sœur Lobna et son mari Souhaïl

Ma chère sœur, je peine à trouver les mots suffisamment expressifs pour te remercier de l'amour que tu as généreusement partagé avec moi au fil des années, des paroles d'encouragement réconfortantes que tu as prononcées, et du soutien extraordinaire que tu m'as apporté. Merci d'être une sœur aussi exceptionnelle. Je me considère extrêmement chanceuse de t'avoir dans ma vie, sache que je t'aime profondément et que je suis incroyablement fière de la personne extraordinaire que tu es. Je tiens également à exprimer ma gratitude et mon respect à ton mari Souhaïl pour sa gentillesse, et sa bienveillance. Que Allah veille sur vous deux, vous protège de tout mal, et comble vos vies de santé et de bonheur.

A mon cher frère Zakaria

À travers les hauts et les bas de la vie, tu as été bien plus qu'un frère pour moi ; tu as été mon compagnon de jeux, mon confident et mon ami fidèle. Aujourd'hui, je veux prendre un moment pour te dédier ce travail. Ta présence dans ma vie a apporté tant de joie, de rires et de précieux souvenirs. Tu es celui avec qui j'ai partagé des moments inoubliables, et dont le soutien indéfectible m'a toujours encouragé à aller de l'avant. Je suis reconnaissante pour chaque instant passé à tes côtés, pour ta gentillesse, ton courage et ta générosité. Que ces mots expriment tout l'amour fraternel et l'estime que j'ai pour toi, mon frère bien-aimé. Que notre lien continue de grandir et de se renforcer au fil des ans. Je te souhaite une vie pleine de joie et de succès. Que Allah veille sur toi, te protège de tout mal, et comble ta vie de santé et de bonheur.

A mon adorable neveu OTHMANINO

Chaque moment passé avec toi est une source de joie et d'émerveillement. Ta présence dans notre famille apporte un bonheur immense et des souvenirs précieux que nous chérirons toujours. Depuis ta naissance, tu as illuminé nos vies de ton sourire contagieux, de ta douce innocence et de ton amour sans bornes. Que chaque jour de ta vie soit rempli de découvertes fascinantes, de rires joyeux et de moments précieux avec ceux qui t'aiment. Continue à explorer, à rire et à découvrir le monde avec émerveillement. Ta tante sera toujours là pour toi, avec des encouragements, des câlins et une fierté infinie.

A ma grand-mère Mí Touda

Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soit-elle ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance. Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir. Que ce modeste travail, soit l'expression des vœux que vous n'avez cessé de formuler dans vos prières. Que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.

A ma chère Dada

Chère tante, aucun mot ne suffit pour te remercier, tu m'as beaucoup donné et beaucoup appris, tu étais toujours là pour moi, ton grand amour, soutient et tes prières ont payé. Que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.

À la mémoire de mon grand-père maternel et mes grands-parents paternels

Qui ont toujours été dans mon esprit et dans mon cœur, je vous dédie aujourd'hui ce travail. Votre fierté aura été ma plus grande récompense. Que la clémence de Dieu règne sur vous et que sa miséricorde apaise votre âme.

A toute ma famille paternelle et maternelle

En témoignage de mon attachement et de ma grande considération. J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux. Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre égard, et soit la preuve du désir que j'avais depuis toujours pour vous honorer. Tous mes vœux de bonheur et de santé.

A mes cher(e)s ami(e)s et collègues

Votre amitié m'est précieuse. Chacun d'entre vous m'est très cher. Je remercie Dieu de vous avoir mis sur mon chemin. Vous êtes les rencontres qui marquent toute une vie. Tous mes vœux de bonheur, de santé et de succès.

A mes chères amies SIHAM , CHAIMAA et NOUR EL HOUDA

Nous avons parcouru ce long chemin ensemble, vécu les bons et mauvais moments ensemble. Merci d'être toujours présentes les unes pour les autres, dans le meilleur comme dans le pire. Je remercie Dieu de vous avoir mis sur mon chemin et de m'avoir donné trois autres sœurs. En témoignage de l'amitié qui nous unit, je vous dédie ce travail en vous souhaitant une vie pleine de bonheur et de prospérité, et un avenir plein de succès et d'accomplissement. Que Dieu vous garde pour moi et que notre amitié reste éternelle. Je vous aime

A ma Chère DOUNIA

Une année en périphérie durant laquelle j'ai gagné une amie j'ai découvert une personne formidable et pleine d'énergie. Tu es une battante, une guerrière motivée par son ambition guidée par sa passion, Tu es une amie sincère, honnête et digne de confiance. Je te dédie ce travail, en témoignage de tout mon amour, mon estime et mon respect. Notre amitié a de beaux jours devant elle.

A mes chères amies d'enfance : IMANE, CHAIMAA et FATIMA ZAHRA

Même si le temps et la distance ont parfois éloigné nos chemins, vous demeurez toujours présentes dans mon cœur et dans mes pensées. Malgré les circonstances qui nous ont séparées physiquement, votre amitié continue d'apporter chaleur et réconfort à ma vie. Chaque fois que je repense à nos moments passés ensemble, je suis remplie d'émotion et d'amour pour chacune de vous. Que nos souvenirs communs continuent à nourrir nos cœurs et que nos liens d'amitié demeurent intacts malgré les années qui passent. Merci pour vos encouragements et votre soutien. Je vous souhaite un avenir florissant plein de joie, de bonheur et prospérité.

A mes chères colocataires IMANE, GHITA

Merci pour tous les beaux souvenirs que nous avons créés ensemble, je les chérirai à jamais dans mon cœur. Je veux que vous sachiez que je suis si fière de vous. Qu'Allah vous accorde tout le succès et le bonheur que vous avez toujours souhaité.

A tous mes enseignants tout au long de mes études

A tous mes collègues de classe et de stage hospitalier

*A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à
l'élaboration de ce travail*

A tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur

*Merci d'accepter ce travail que je vous dédie avec toute mon
affection.*



REMERCIEMENTS



A notre maître et Président de thèse

M. Illias TAZI

*Professeur d'enseignement supérieur et chef de service
d'Hématologie clinique Au CHU Mohammed VI Marrakech*

*Pour le grand honneur que vous nous faites en
acceptant de juger et de présider ce travail de thèse.
Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir
nous ont énormément marqués.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse
considération et notre profonde admiration pour toutes
vos qualités scientifiques et humaines. Ce travail est
pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde
gratitude.*

A notre maître et Rapporteur de thèse

Mme. Fatima Ezzahra LAHLIMI

*Professeure agrégée en Hématologie clinique au CHU
Mohammed VI MARRAKECH.*

*Il nous est impossible de dire en quelques mots ce que
nous vous devons. Vous nous avez fait le grand honneur
de nous confier ce travail et d'accepter de le diriger. Ceci
est le fruit de vos efforts. Vous nous avez toujours réservé
le meilleur accueil, malgré vos obligations
professionnelles. Vos encouragements inlassables, votre
amabilité, votre disponibilité et votre gentillesse méritent
toute admiration. Nous saisissons cette occasion pour
vous exprimer notre profonde gratitude tout en vous
témoignant notre respect.*

A notre maître et juge de thèse

M. Abderrahim RAISSI

*Professeur agrégé et chef du service d'Hématologie clinique à
l'hôpital militaire IBN SINA Marrakech.*

Nous sommes très honorés de votre présence parmi nous.

*Vous avez accepté humblement de juger ce travail de
thèse. Ceci nous touche infiniment et nous tenons à vous
exprimer notre profonde reconnaissance.*

*Veillez accepter, chère maître, l'assurance de notre
estime.*

A notre maître et juge de thèse

M. Mohammed ELFADLI

*Professeur agrégé d'oncologie médicale au
CHU Mohammed VI Marrakech.*

*Nous vous remercions d'avoir répondu à notre souhait de
vous voir siéger parmi nos membres du jury. En
acceptant d'évaluer notre travail, vous nous accordez un
très grand honneur.*

*Veillez accepter l'expression de nos considérations les
plus distinguées.*



TABLEAUX & FIGURES



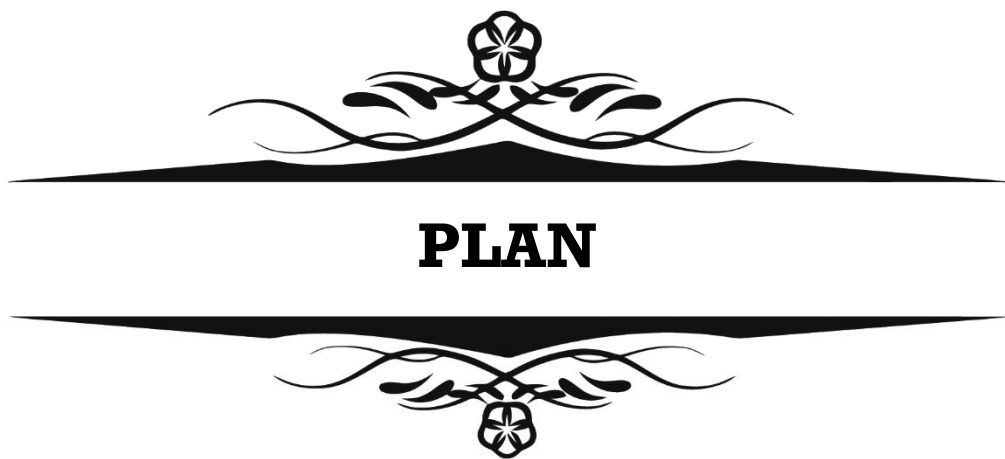
Liste des tableaux

- Tableau I** : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon des médecins
- Tableau II** : L'expérience des médecins en annonce diagnostique
- Tableau III** : Auto-évaluation de la pratique des médecins en annonce diagnostique
- Tableau IV** : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon global
- Tableau V** : Répartition des patients selon la maladie
- Tableau VI** : L'expérience et le vécu des patients avec l'annonce diagnostique

Liste des Figures

- Figure 1** : Répartition des médecins selon l'âge
- Figure 2** : Répartition des médecins selon le statut
- Figure 3** : La répartition des résidents selon l'année du résidanat
- Figure 4** : La formation en annonce diagnostique
- Figure 5** : Difficulté pour l'annonce diagnostique
- Figure 6** : Les obstacles rencontrés par les médecins lors de l'annonce
- Figure 7** : La connaissance de l'acronyme SPIKES
- Figure 8** : S'assurer que la réunion d'annonce se déroule en privé
- Figure 9** : Annoncer par téléphone ou au couloir
- Figure 10** : Demander aux patients s'ils souhaitent être accompagnés
- Figure 11** : Se présenter au patient et sa famille au début de la réunion
- Figure 12** : Evaluation de l'état émotionnel et psychique des patients
- Figure 13** : Evaluation des connaissances avant d'annoncer
- Figure 14** : Implication des médecins dans la recherche de ce que veut savoir le patient
- Figure 15** : Transmettre le diagnostic sans utiliser des termes médicaux
- Figure 16** : Transmettre le diagnostic progressivement
- Figure 17** : Adapter l'information à la compréhension des patients
- Figure 18** : L'utilisation des supports et dessins pour faciliter la transmission du diagnostic
- Figure 19** : La distance physique et émotionnelle
- Figure 20** : La gestion des émotions par le médecin
- Figure 21** : L'évaluation de la compréhension
- Figure 22** : L'identification des mécanismes de défense du patient et savoir s'y adapter

- Figure 23** : Donner suffisamment de temps au patient pour intégrer l'information
- Figure 24** : La synthèse de l'entretien par le médecin
- Figure 25** : Proposer une aide extra-médical
- Figure 26** : Proposer un projet à court terme et les étapes ultérieurs de la prise en charge
- Figure 27** : Répartition des patients selon le sexe
- Figure 28** : Répartition des patients selon l'âge
- Figure 29** : Répartition des patients selon le niveau scolaire
- Figure 30** : Le déroulement de la consultation d'annonce en privé
- Figure 31** : La présence d'un membre de la famille
- Figure 32** : Le temps dédié à la consultation de l'annonce
- Figure 33** : Evaluation des connaissances par le médecin avant l'annonce
- Figure 34** : Evaluation de la quantité d'information que le patient désire connaître
- Figure 35** : Préparer le patient mentalement
- Figure 36** : Transmettre le diagnostic progressivement
- Figure 37** : Transmettre le diagnostic avec clarté
- Figure 38** : Utilisation des termes faciles à comprendre
- Figure 39** : Encourager le patient à poser des questions
- Figure 40** : Répondre à tous les questions posées par le patient
- Figure 41** : Etre attentif et montrer de l'empathie
- Figure 42** : Proposer une aide extra-médical
- Figure 43** : Informer sur les étapes ultérieures de la prise en charge
- Figure 44** : La satisfaction des patients de la consultation d'annonce



INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODE	5
I. Matériel de l'étude	6
1. Type, période et lieu de l'étude	6
2. Échantillonnage	6
3. Le questionnaire	8
4. Protocole SPIKES	9
II. Méthode analytique	10
RÉSULTATS	11
I. Analyse des résultats de l'enquête menée auprès des médecins	12
II. Analyse des résultats de l'enquête menée auprès des patients	31
DISCUSSION	45
I. Aspect théorique, éthique et pénaux de l'annonce diagnostique	46
1. Définition de l'annonce diagnostique	46
2. Déontologie médicale	47
3. L'annonce diagnostique et société	48
3.1 Le modèle paternaliste	49
3.2 Le modèle autonomiste	49
4. Aspects psychologiques de l'annonce d'une maladie grave	51
4.1 Réactions des patients face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle	51
4.2 Mécanismes de défense des soignants	53
5. Difficultés potentielles du médecin au décours de l'annonce	55
6. Communication médicale et annonce diagnostique	56
7. Exemple de protocole d'annonce diagnostique	57
II. Discussion des résultats	62
1. Discussion des résultats de l'enquête menée auprès des médecins	62
2. Discussion des résultats de l'enquête menée auprès patients	70
III. Les limites de notre étude	75
RECOMMANDATIONS	76
CONCLUSION	81
ANNEXES	84
RESUME	91
BIBLIOGRAPHIE	100



INTRODUCTION



L'annonce diagnostique est un moment crucial dans la prise en charge médicale, nécessitant une communication compétente, empathique et informative.

L'annonce diagnostique ou l'annonce d'une mauvaise nouvelle est définie par Buckman comme étant une nouvelle qui va changer radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son être et de son avenir [1]. Elle ne concerne pas uniquement un diagnostic, mais aussi les conséquences possibles de la maladie ou des traitements. Elle peut être ressentie comme une condamnation à mort, ou une condamnation à mal vivre. Elle peut être certaine ou possible, immédiate ou future.

Concernant « l'annonce » de cette mauvaise nouvelle, la Haute Autorité de Santé rapporte qu'annoncer c'est « communiquer », « faire savoir » que quelque chose existe et/ou va se produire [2]. Ce n'est pas seulement informer, c'est cheminer avec le patient vers la connaissance qui le concerne, c'est transmettre quelque chose de complexe et d'élaboré, les patients ne sont pas nécessairement familiarisés avec le savoir dont dispose le médecin.

L'annonce a un effet fondateur de la relation médecin-malade. Le patient a besoin d'un référent. Il va le choisir comme la personne qui lui a donné les éléments de réponse dont il avait besoin. « La qualité des liens futurs entre les personnes concernées et le médecin dépend beaucoup de la communication qui s'établit lors de la consultation d'annonce » [1].

Dans l'annonce diagnostique, l'information doit être complète portant sur le diagnostic, sur les différentes possibilités thérapeutiques, leur urgence éventuelle, leurs effets secondaires et aussi des conséquences prévisibles en cas de refus de soins. Il ne s'agit pas d'une simple délivrance d'information mais surtout d'interaction et d'empathie face à une nouvelle qui va modifier radicalement le cours d'une vie [2].

Une manière inappropriée de communiquer avec le patient peut avoir un impact négatif sur la façon dont il perçoit sa maladie et influencer son adhésion aux soins et son vécu de la maladie. Une manière inappropriée peut avoir aussi un impact négatif sur le médecin lui-même et être la cause d'un épuisement professionnel [3].

Ces dernières années, plusieurs recherches ont été menées sur le rôle de la communication médecin-patient, et son importance a été de plus en plus reconnue, des progrès significatifs ont été réalisés, et plusieurs recommandations ont été publiées pour fournir des directives claires pour améliorer l'annonce diagnostique.

Les compétences des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle sont difficiles à enseigner et à évaluer, pourtant il s'agit d'un véritable exercice méritant un apprentissage dont les enjeux concernent à la fois le patient et le médecin.

Divers protocoles ont été proposés et évalués dans la littérature pour évaluer la qualité d'annonce diagnostique, le protocole le plus répandu est le protocole SPIKES développé par Baile et al.[4], un acronyme qui fait référence à six étapes recommandées pour annoncer une mauvaise nouvelle : (S) *Setting* préparer l'entretien ; (P) *Perception* évaluer la perception du patient ; (I) *Invitation* obtenir l'invitation du patient ; (K) *Knowledge* donner des connaissances au patient ; (E) *Empathy* aborder les émotions du patient avec des réponses empathiques ; et (S) *Strategy and Summary* stratégie et résumé. Ce protocole, ainsi que d'autres similaires tels que ABCDE [5] et BREAKS [6], ont permis une amélioration significative en matière d'annonce et ont été largement utilisés pour former les médecins et les étudiants en médecine [7,8].

Les aspects culturels et religieux jouent un rôle crucial dans la communication de mauvaises nouvelles, notamment en ce qui concerne la question de savoir comment et dans quelle mesure informer les patients de leur diagnostic. Dans de nombreuses sociétés, en particulier dans les pays arabo-musulmans, les familles des patients préfèrent souvent protéger ces derniers du désespoir en les excluant du processus de l'annonce [9,10]. Ils estiment qu'en cachant les mauvaises nouvelles au patient, ils le protègent. Dans la culture arabo-musulmane,

la famille joue un rôle crucial dans la gestion de la maladie, prenant souvent des décisions à la place du patient. Cette approche, bien qu'intentionnée pour protéger le patient, peut altérer l'ordre éthique de la question en ne permettant pas au patient d'être pleinement informé de sa maladie [11,12].

Dans notre contexte peu de données sont disponibles sur ce sujet et plusieurs constatations suggèrent l'écart entre nos pratiques et les normes. Nous avons mené cette étude dans l'objectif d'évaluer la qualité d'annonce diagnostique et de mettre la lumière sur les principales points à améliorer, et cela à travers l'évaluation de la pratique des médecins d'un côté et de la perception des patients de l'autre côté.



MATERIELS ET METHODES



I. Matériel de l'étude :

1. Type, période et lieu de l'étude :

Nous avons mené une enquête transversale descriptive visant à évaluer la qualité de l'annonce diagnostique au sein du service d'hématologie clinique au CHU Mohammed VI sur une période de 3 mois du janvier 2024 au mars 2024.

Deux questionnaires ont été conçus, le premier s'adressant aux spécialistes, résidents et internes du service et le deuxième étant destiné aux patients suivis en hématologie.

2. Échantillonnage :

Notre étude est faite de deux populations :

- La première représentée par les médecins du service d'hématologie au nombre de 45.
 - Nous avons inclus dans notre étude :
 - Les spécialistes, les résidents et les internes du service qui ont accepté de participer à cette étude.
 - Nous avons exclu de notre étude :
 - Les faisant fonction d'interne et les externes en médecine.
 - Les médecins qui n'ont jamais annoncé une maladie grave.
- La deuxième était représentée par un échantillon de 114 patients suivis dans cette formation hospitalière au niveau de la consultation à l'hôpital du jour, en hospitalisation et au niveau de l'unité de greffe de moelle osseuse.
 - Nous avons inclus dans notre étude
 - Les patients âgés de plus de 15 ans

- Les patients suivis dans notre formation pour une hémopathie maligne ou hémopathie bénigne à mauvais pronostic :
 - o Leucémie aigue
 - o Lymphome de Hodgkin
 - o Lymphome non Hodgkinien
 - o Myélome multiple
 - o Aplasie médullaire
 - o Leucémie myéloïde chronique
 - o Leucémie lymphoïde chronique
 - o Drépanocytose
 - o Thalassémie
- Les patients qui ont accepté à participer à cette étude
- Les patients qui ont reçu l'annonce au sein de notre service
- Les patients qui ont reçu l'annonce depuis plus de 3 mois
 - o Nous avons exclu de notre étude
- Les patients ayant un antécédent de pathologie psychiatrique
- Les patients qui n'ont pas accepté de participer à cette étude

➤ **Considérations éthiques :**

Les patients ont été choisis de façon aléatoire et informés du but de l'étude. Seuls les patients adhérents après consentement libre et éclairé ont été recrutés. Le recueil des données a été effectué avec le respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations.

3. Le questionnaire :

Nous avons élaboré deux questionnaires anonymes.

- Le premier questionnaire est destiné aux médecins du service composé de 3 parties :
 - La première se compose de questions relatives aux informations personnelles des participants
 - La deuxième se compose de questions sur l'expérience des médecins avec l'annonce diagnostique
 - La troisième se compose de questions visant à évaluer la pratique des médecins en matière d'annonce en s'inspirant du protocole « SPIKES ».
- Le deuxième questionnaire est destiné aux patients du service composé de 3 parties :
 - La première se compose de questions relatives aux informations personnelles des participants
 - La deuxième se compose de questions sur l'expérience et le vécu des patients avec l'annonce diagnostique
 - La troisième faite d'une question ouverte visant à ressortir des recommandations pour améliorer l'annonce.

Le questionnaire a été validé par le service d'épidémiologie du CHU Mohammed VI. L'enquête ainsi que les données de ce questionnaire ont été collecté par une seule personne (thésarde)

4. Protocole SPIKES :

Le protocole SPIKES a été développé par Baile et al. en 2000 [4]. L'acronyme "SPIKES" représente six étapes clés dans le processus de communication de mauvaises nouvelles :

- **Setting up** the interview (Mise en place de l'entretien) : Le médecin commence par établir un environnement approprié pour la conversation, en s'assurant que le patient est à l'aise et que suffisamment de temps est disponible pour discuter la nouvelle.
- **Perception** (Évaluation de la perception des patients) : Le médecin évalue la compréhension actuelle du patient concernant sa santé et sa condition médicale afin de s'assurer que le patient est prêt à entendre les nouvelles.
- **Invitation** (Obtenir l'invitation des patients) : Le médecin cherche à savoir si le patient souhaite recevoir des informations détaillées sur sa condition médicale ou s'il préfère ne pas en savoir davantage à ce stade.
- **Knowledge** and information (Donner des connaissances et des informations) : Le médecin fournit des informations claires et précises sur le diagnostic ou la situation médicale du patient. Il évite les termes techniques autant que possible et adapte le niveau de détail en fonction des besoins du patient.
- **Emotions** (Traiter les émotions des patients avec des réponses empathiques) : Le médecin reconnaît et valide les émotions du patient, en offrant un soutien émotionnel et en exprimant de l'empathie.
- **Strategy and Summarise** (Partager la stratégie et résumer) : Le médecin discute des prochaines étapes du traitement ou du plan de gestion avec le patient, et résume les points importants de la discussion.

II. Méthode analytique :

Le questionnaire a été élaboré sur google Forms, nous avons procédé à l'analyse statistique des données à l'aide du logiciel Excel 2019. La saisie des textes et des tableaux a été faite sur le logiciel Microsoft Word 2019, celle des graphiques sur le logiciel Excel 2019. Les résultats ont été exprimés en pourcentages ou en moyennes et médianes en fonction des variables étudiées.



RESULTATS



I. Analyse des résultats de l'enquête menée auprès des médecins :

1. Caractéristiques des médecins :

1.1. L'âge :

L'âge moyen de notre population était de 30 ans avec des extrêmes allant de 22 à 38 ans.

La tranche d'âge allant de 26 à 30 ans était la plus représentée par 49% des médecins.

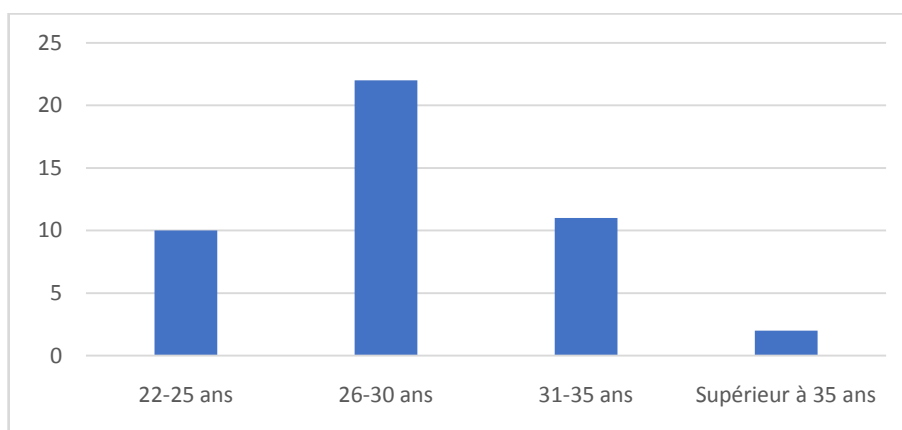


Figure 1 : Répartition des médecins selon l'âge

1.2. Le statut :

Les médecins résidents représentaient 64% de la population étudiée, les médecins internes et les médecins spécialistes représentaient successivement 27%,9%.

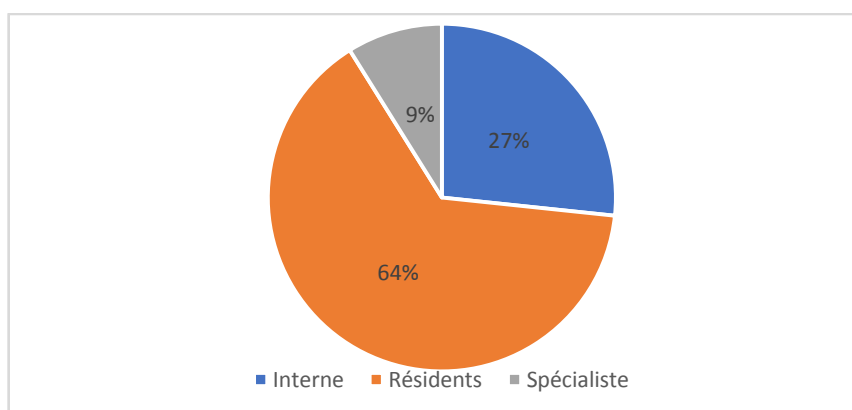


Figure 2 : Répartition des médecins selon le statut

a. L'année du résidanat

La répartition des résidents selon l'année du résidanat était presque égale avec une légère prédominance des résidents en 4^{ème} année qui présentaient 28%.

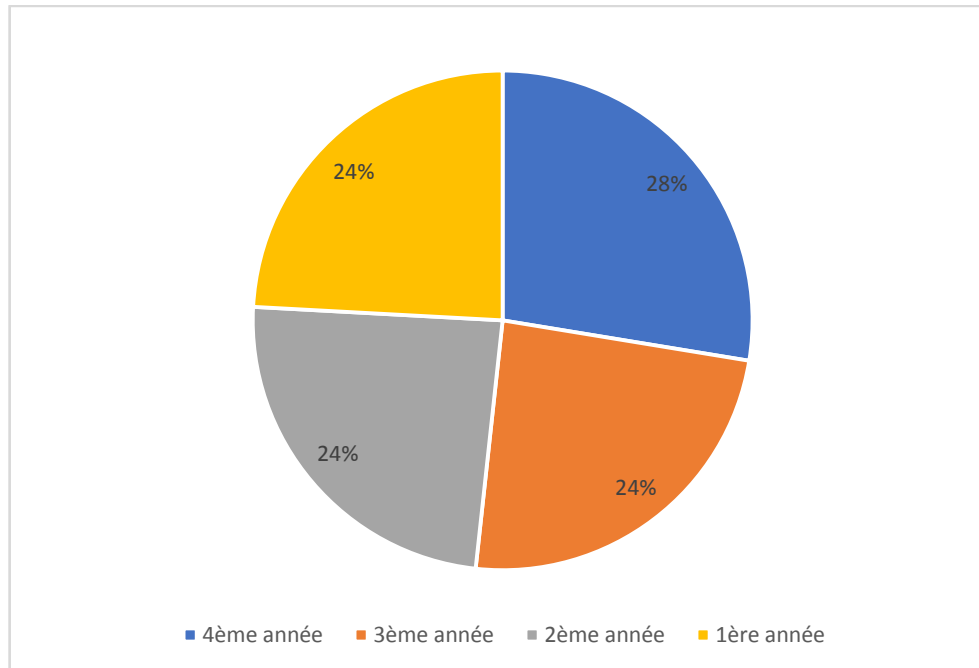


Figure 3 : La répartition des résidents selon l'année du résidanat

Tableau I: Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon des médecins :

Les caractéristiques de l'échantillon global		Participants à l'étude N=45		
		N	Pourcentage%	
Age	[22-25]	10	23%	
	[26-30]	22	49%	
	[31-35]	11	24%	
	Supérieur à 35ans	2	4%	
Le statut	Spécialiste		4	9%
	Résident	1ère année	7	24%
		2ème année	7	24%
		3ème année	7	24%
		4ème année	8	28%
Interne		12	26%	

2. Expérience des médecins en matière d'annonce :

2.1. Une formation antérieure en annonce diagnostique :

Les médecins qui ont déjà bénéficié d'une formation en annonce diagnostique présentent 64%.

36% des médecins déclarent qu'ils n'ont jamais eu de formation.

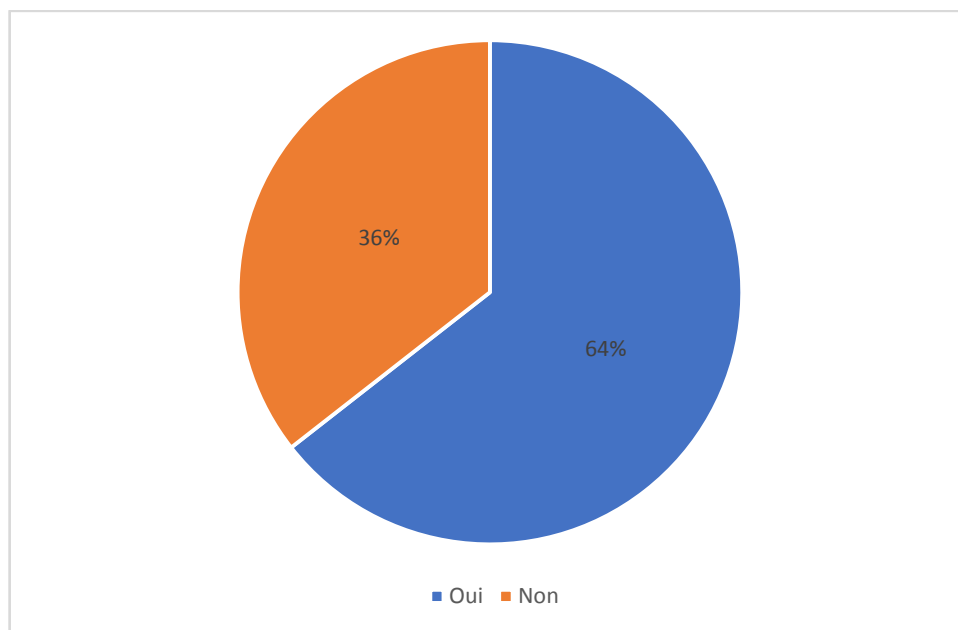


Figure 4 : La formation en annonce diagnostique.

2.2. Les difficultés lors d'annonce diagnostique :

Plus que les 2/3 des médecins trouvent de difficulté pour annoncer.

29% des médecins déclarent qu'ils ne trouvent aucune difficulté lors de l'annonce.

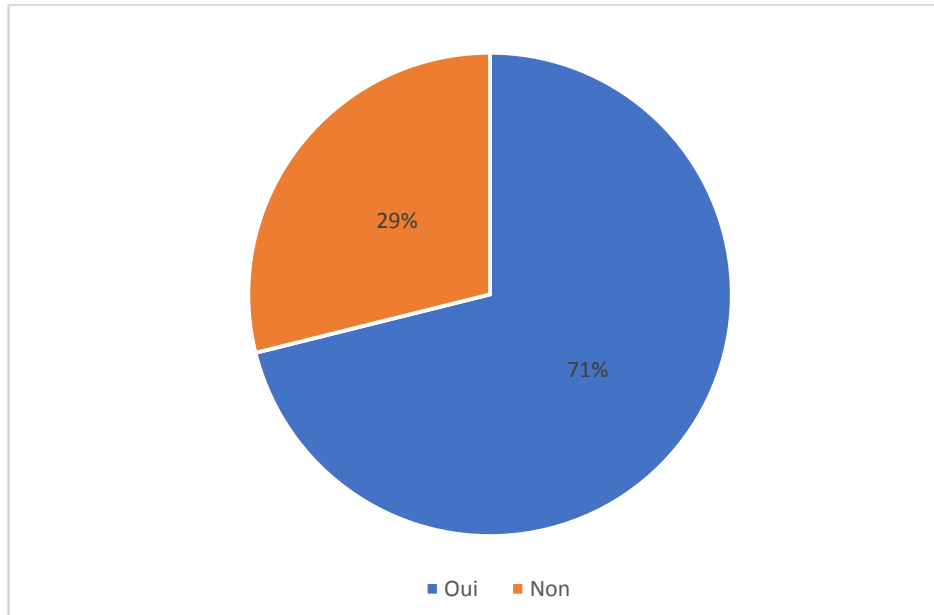


Figure 5 : Difficulté pour l'annonce diagnostique

2.3. Les différents obstacles rencontrés lors de l'annonce :

Cette question étant à choix multiple, 97% des médecins avaient cité un ou plusieurs obstacles, la peur de faire mal au patient après l'annonce représente le premier obstacle chez 40% médecins, puis la difficulté à gérer les émotions du patient chez 37% médecins, ensuite la peur de provoquer une réaction non contrôlable vient en troisième chez 28% médecins.

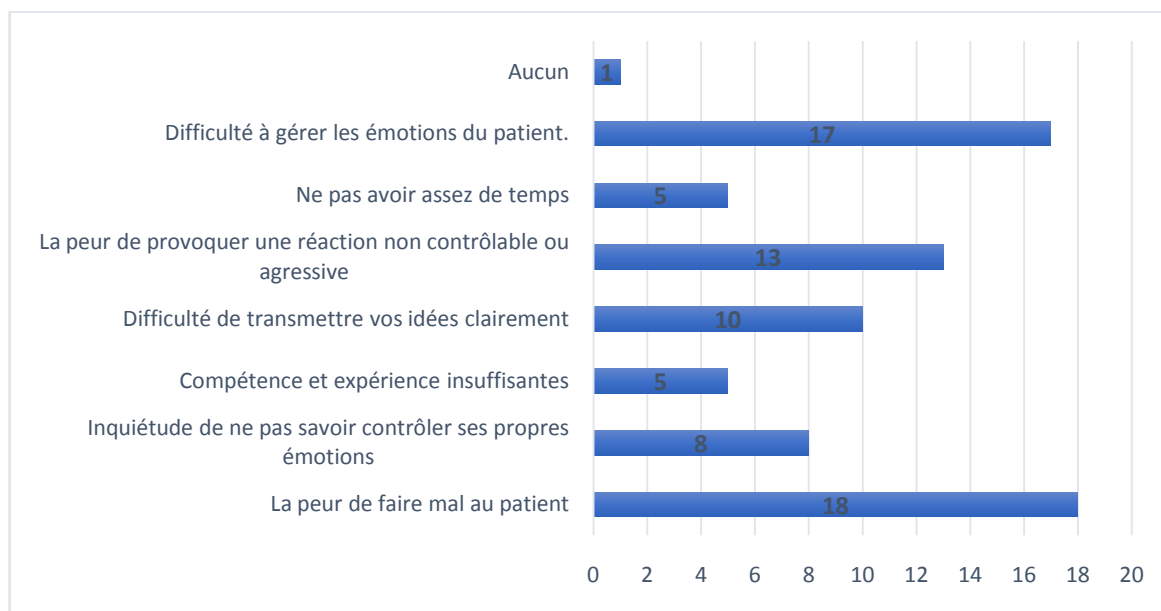


Figure 6 : Les obstacles rencontrés par les médecins lors de l'annonce

2.4. La connaissance de l'acronyme SPIKES :

Les médecins qui connaissent le SPIKES présentent 11%.

89% des médecins ne connaissent pas le SPIKES (acronyme qui réunit les différentes étapes à faire pour réussir une consultation d'annonce)

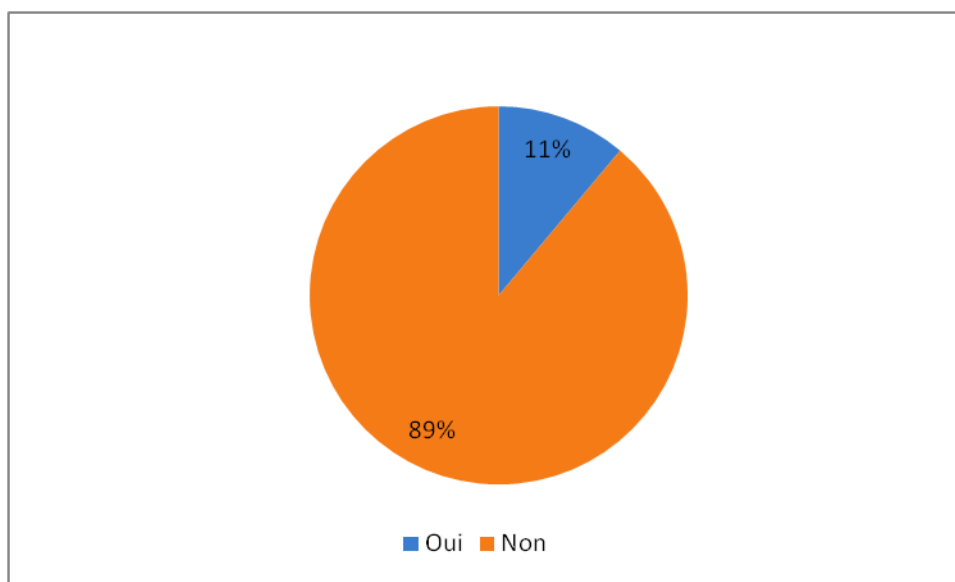


Figure 7 : La connaissance de l'acronyme SPIKES

Tableau II: L'expérience des médecins en annonce diagnostique

L'expérience des médecins en annonce diagnostique		Participants à l'étude N=45	
		N	Pourcentage%
Formation antérieure en annonce diagnostique	Oui	29	64%
	Non	16	36%
Présence de difficulté lors de l'annonce	Oui	32	71%
	Non	13	29%
Connaissance de l'acronyme SPIKES	Oui	5	11%
	Non	40	89%

3. Evaluation de la pratique des médecins en matière d'annonce :

3.1. S'assurer que la réunion avec le patient se déroule en privé

Presque tous les médecins s'assurent toujours ou fréquemment que la réunion d'annonce se déroule en privé.

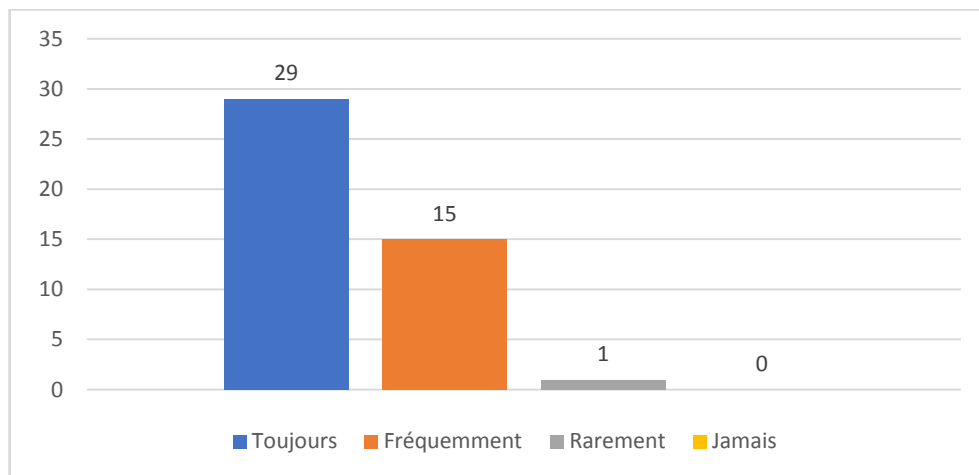


Figure 8 : S'assurer que la réunion d'annonce se déroule en privé

Seulement deux médecins soient 4% ont déclaré qu'ils annoncent fréquemment par téléphone ou au couloir.

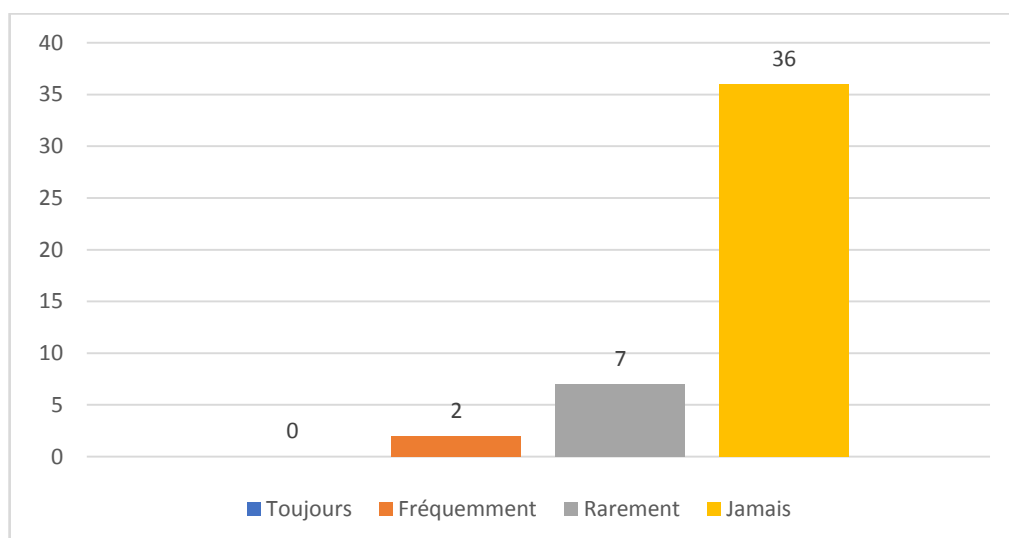


Figure 9 : Annoncer par téléphone ou au couloir

3.2. La présence d'un accompagnant :

Trois quarts des médecins déclarent qu'ils demandent au patient s'il souhaite être accompagné.

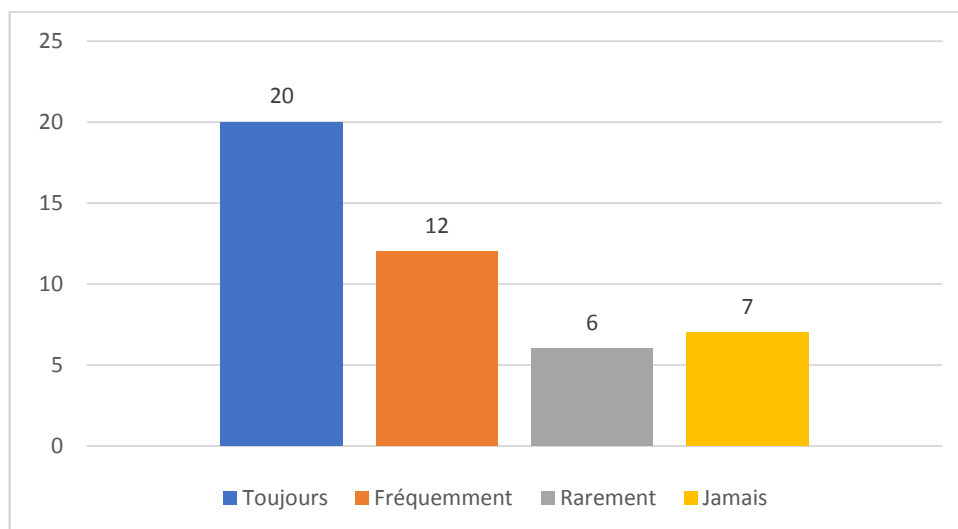


Figure 10 : Demander aux patients s'ils souhaitent être accompagnés

3.3. Se présenter au patient et sa famille

Les 80% des médecins se présentent toujours ou fréquemment au patient au début de la réunion.

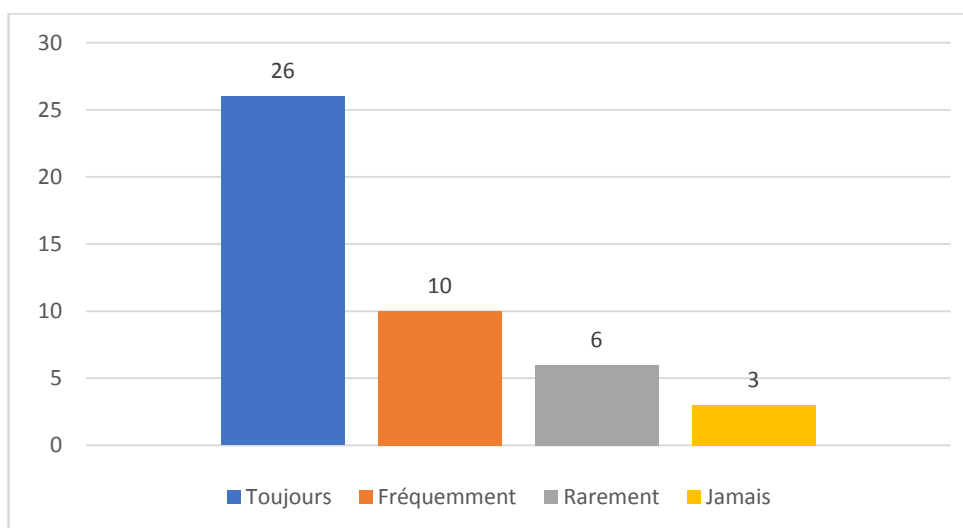


Figure 11 : Se présenter au patient et sa famille au début de la réunion

3.4. Evaluation de l'état émotionnel et psychique :

31% des médecins affirment qu'ils évaluent systématiquement l'état émotionnel et psychique des patients, 35% des médecins le font fréquemment.

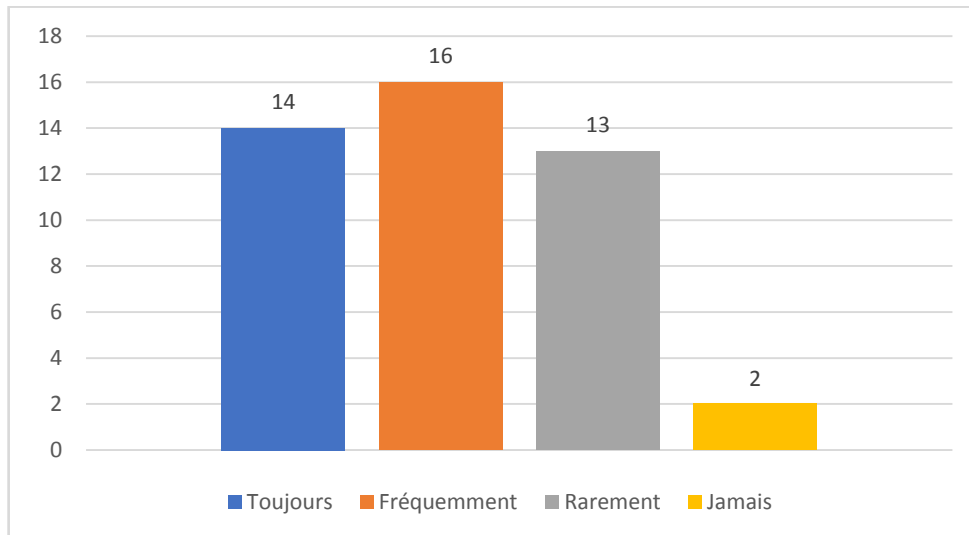


Figure 12 : Evaluation de l'état émotionnel et psychique des patients

3.5. Evaluation des connaissances avant d'annoncer :

80% des médecins évaluent systématiquement ou fréquemment les connaissances des médecins avant d'annoncer.

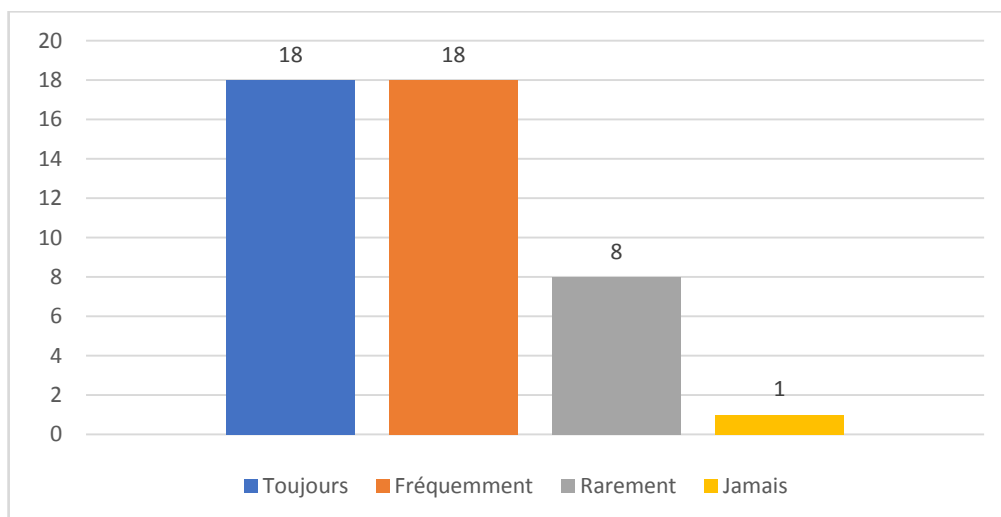


Figure 13 : Evaluation des connaissances avant d'annoncer

3.6. Obtenir l'accord et chercher ce que veut savoir le patient

Obtention de l'accord et la recherche de ce que veut savoir le patient est une pratique faite systématiquement par 46% (21) des médecins.

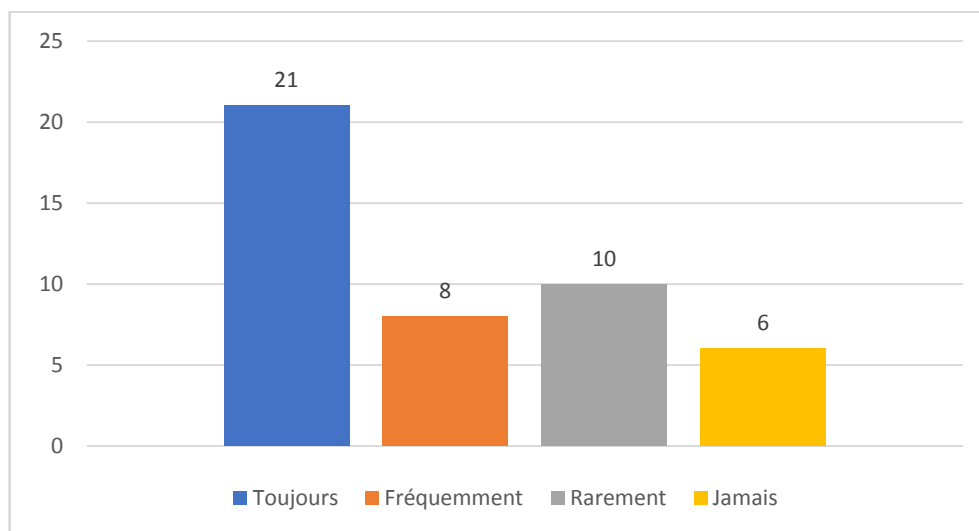


Figure 14 : Implication des médecins dans la recherche de ce que veut savoir le patient

3.7. Transmettre le diagnostic clairement sans utiliser des termes médicaux

Seulement 36% des médecins arrivent à transmettre clairement le diagnostic sans utilisés des termes médicaux.

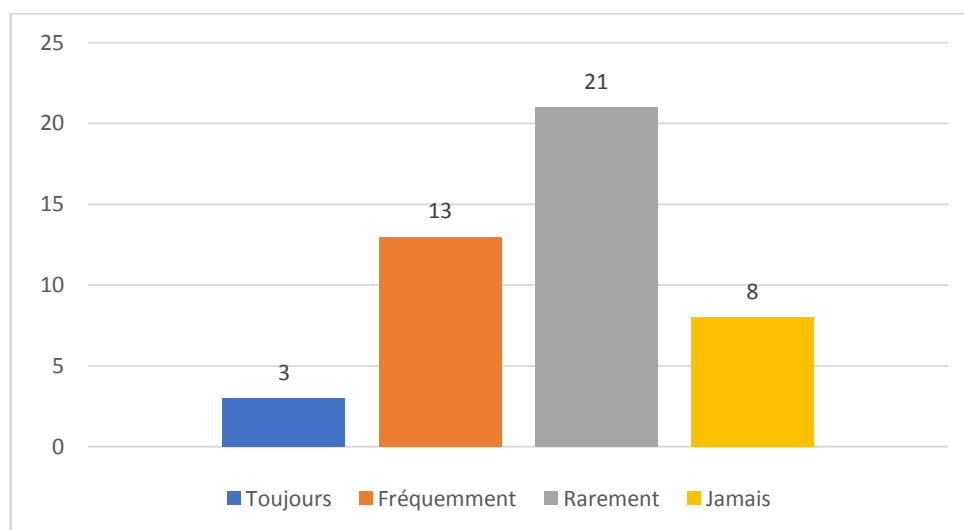


Figure 15 : Transmettre le diagnostic sans utiliser des termes médicaux

3.8. Transmettre l'information progressivement

Presque la totalité des médecins (90%) transmettent le diagnostic progressivement.

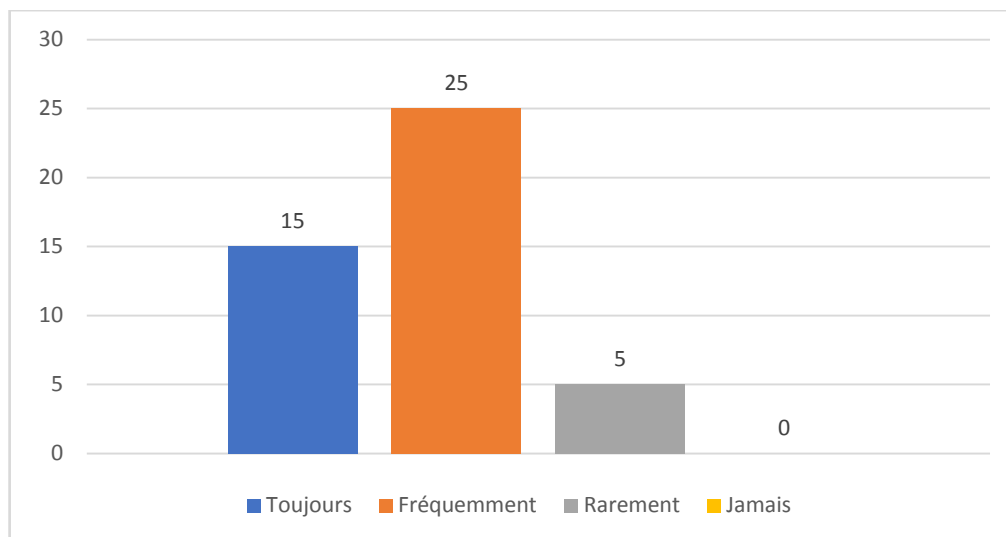


Figure 16 : Transmettre le diagnostic progressivement

3.9. Adaptation de l'information à la compréhension du patient

Presque la totalité des médecins se disent qu'ils arrivent à adapter l'information à la compréhension du patient.

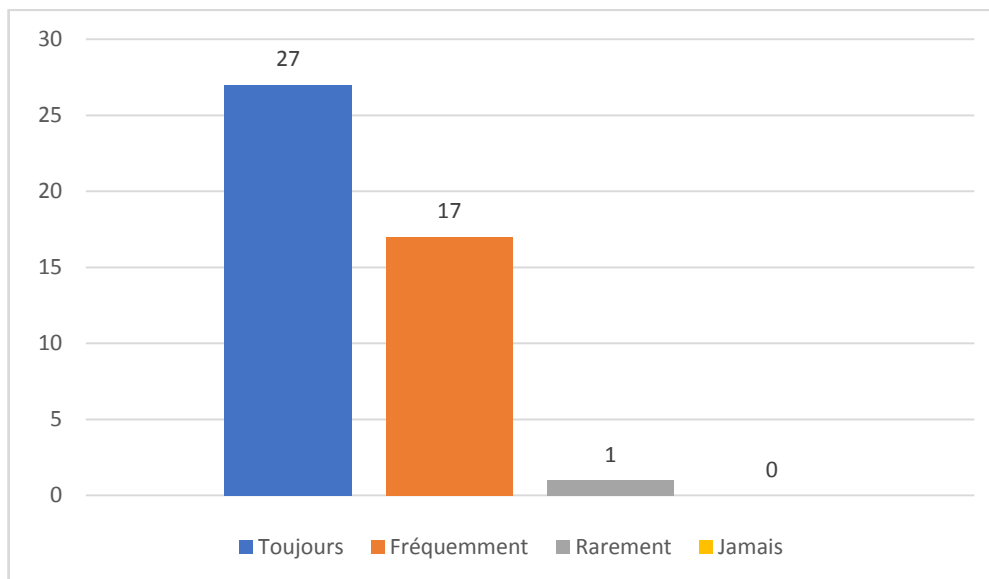


Figure 17 : Adapter l'information à la compréhension des patients

3.10. Utilisation des supports pour faciliter la transmission de l'information

Seulement 32% des médecins déclarent qu'ils utilisent des supports pour faciliter la transmission et la compréhension du diagnostic.

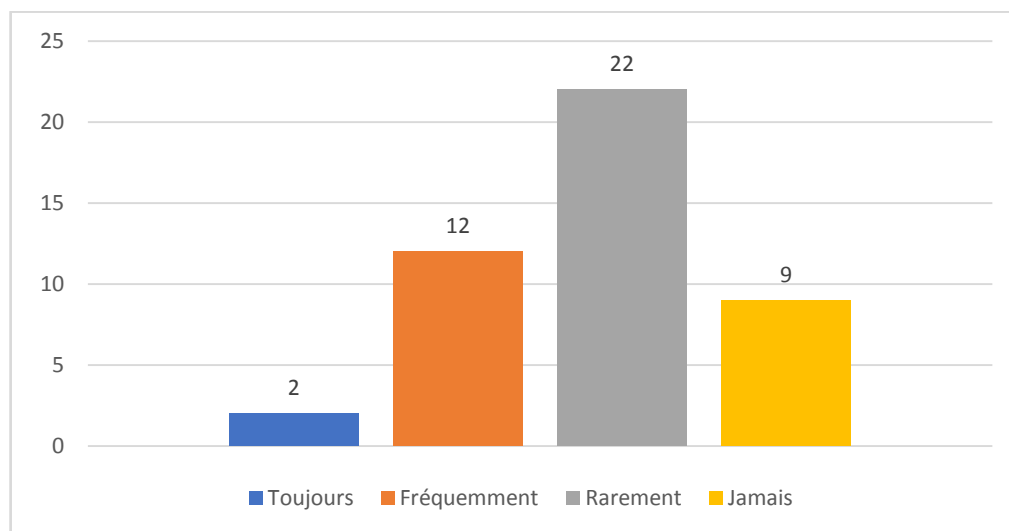


Figure 18 : L'utilisation des supports et dessins pour faciliter la transmission du diagnostic

3.11. Le maintien d'une distance physique et émotionnelle

15% des médecins arrivent toujours à maintenir une distance physique et émotionnelle avec leurs patients, tandis que 62% maintiennent fréquemment une distance appropriée.

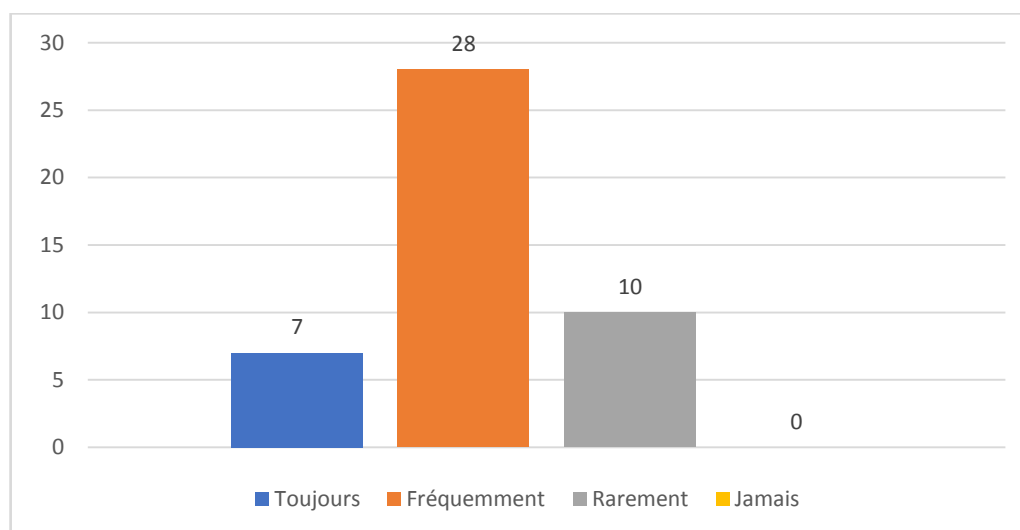


Figure 19 : La distance physique et émotionnelle

3.12. Difficultés à gérer ses propres émotions

36% des médecins trouvent de difficulté pour gérer ses émotions, 46% des médecins rencontre rarement de difficulté et 17% arrivent toujours à gérer ses propres émotions.

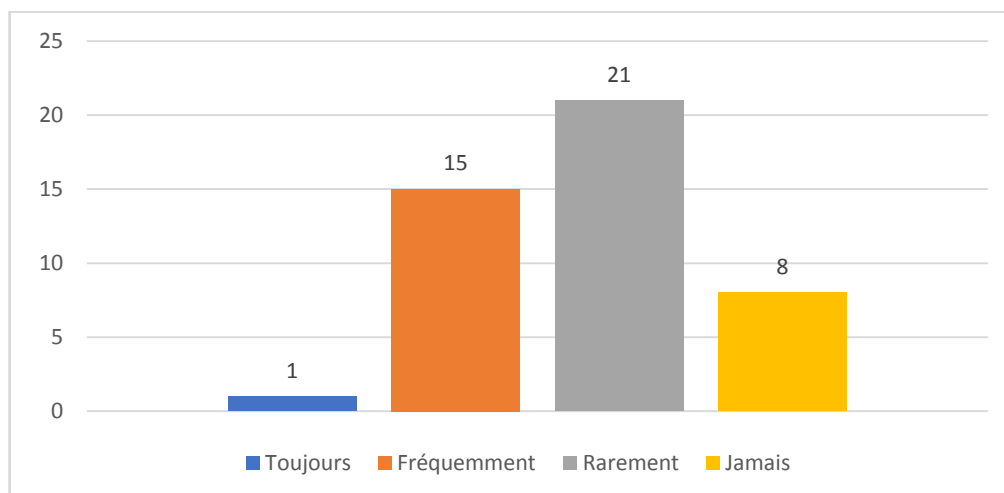


Figure 20 : La gestion des émotions par le médecin

3.13. Evaluation de la compréhension

89% des médecins affirment qu'ils évaluent la compréhension des patients après l'annonce.

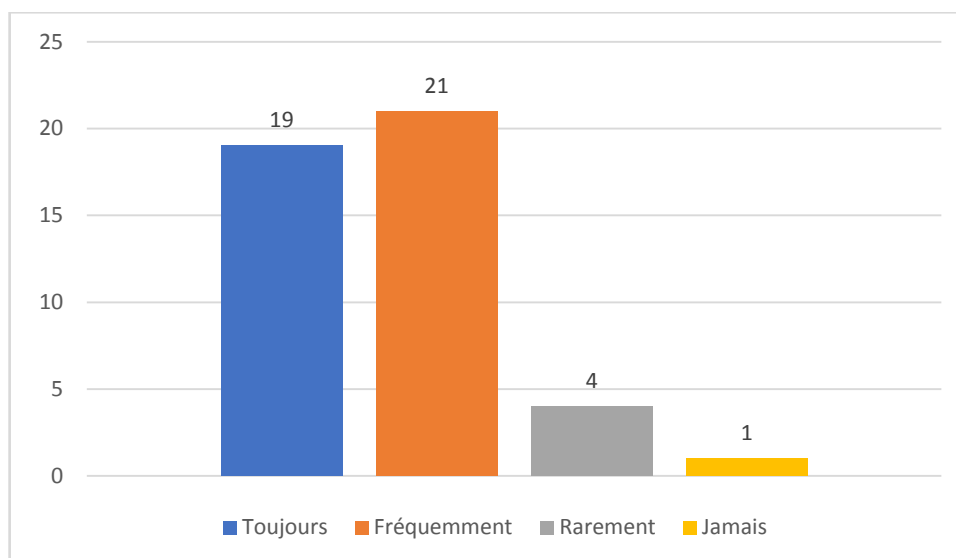


Figure 21 : L'évaluation de la compréhension

3.14. L'identification des mécanismes de défense du patient et savoir s'y adapter

Les ¾ des médecins déclarent qu'ils arrivent à identifier les mécanismes de défense qu'un patient peut adapter et ils savent s'y adapter.

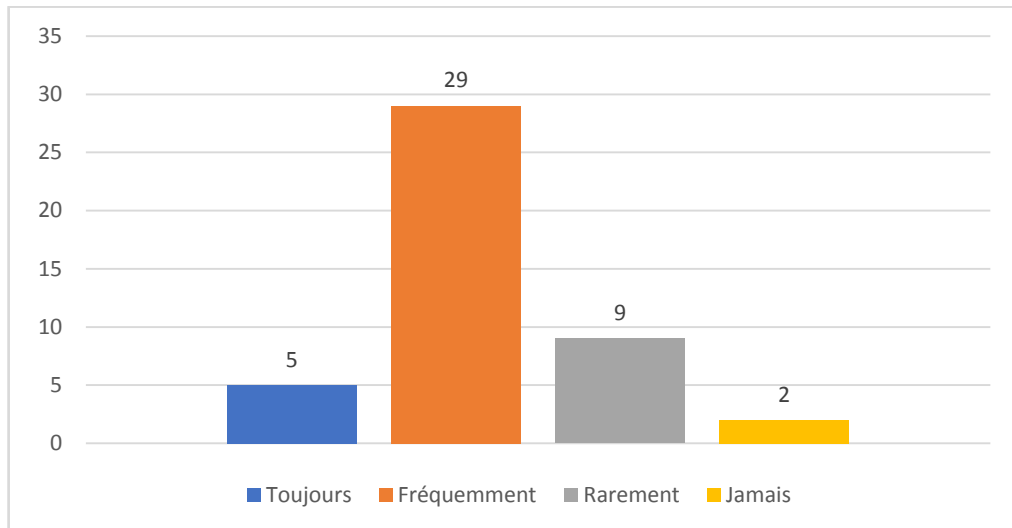


Figure 22 : L'identification des mécanismes de défense du patient et savoir s'y adapter

3.15. Accorder suffisamment de temps pour intégrer l'information

88% des médecins affirment qu'ils accordent le temps suffisant pour permettre au patient d'intégrer l'information donné.

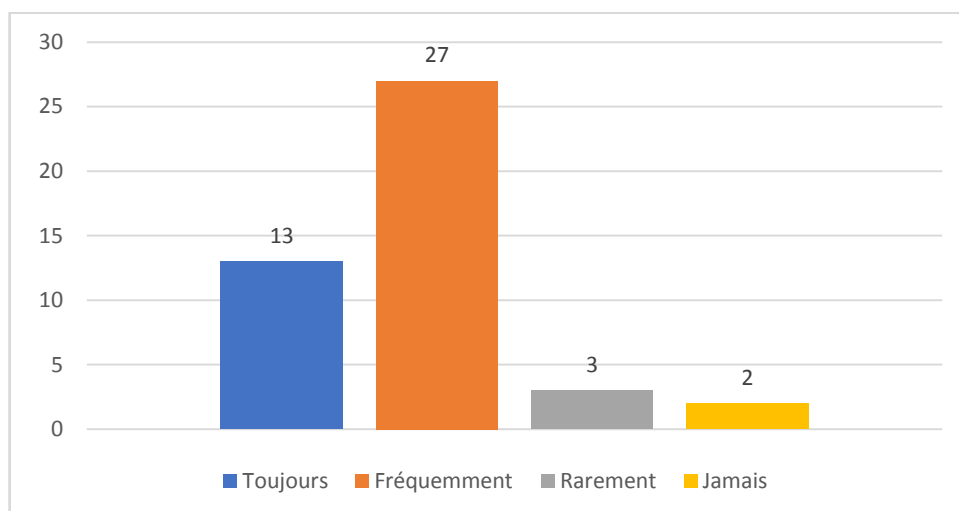


Figure 23 : Donner suffisamment de temps au patient pour intégrer l'information

3.16. Faire une synthèse de l'entretien

26% des médecins font toujours une synthèse de l'entretien et 40% d'entre eux le font fréquemment.

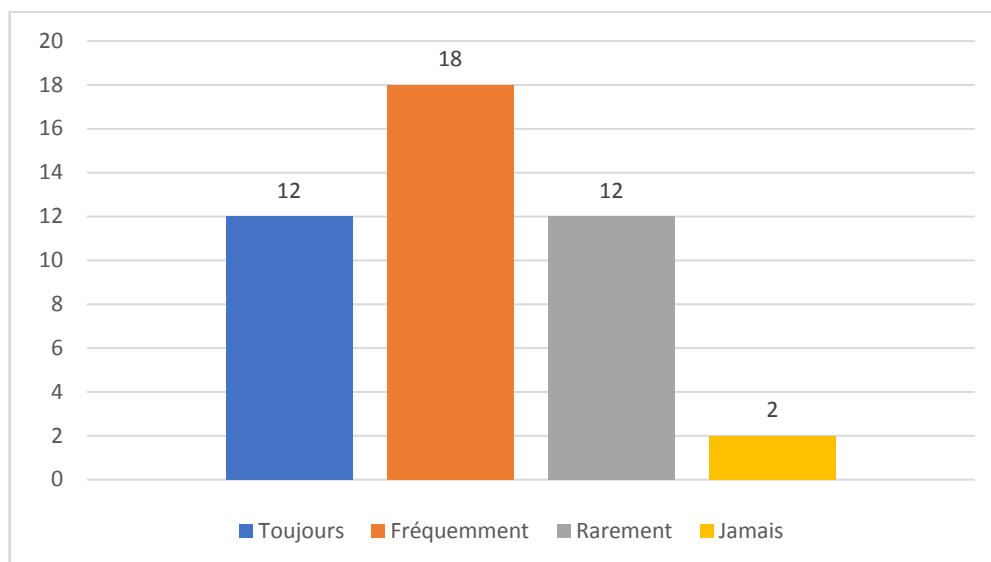


Figure 24 : La synthèse de l'entretien par le médecin

3.17. Proposer une aide extra-médical :

Les médecins qui proposent une aide extra-médical aux patients présentent 46%.

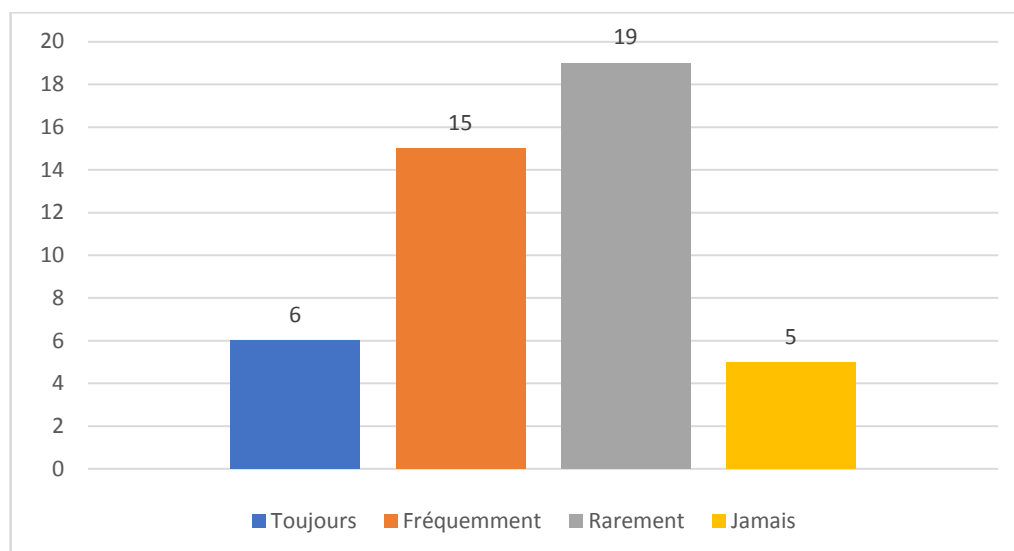


Figure 25 : Proposer une aide extra-médical

3.18. Proposer un projet à court terme et les étapes ultérieurs de la Prise en charge :

Les médecins qui proposent toujours un projet à court terme et les étapes ultérieurs de la prise en charge présentent 26%, 40% le font fréquemment.

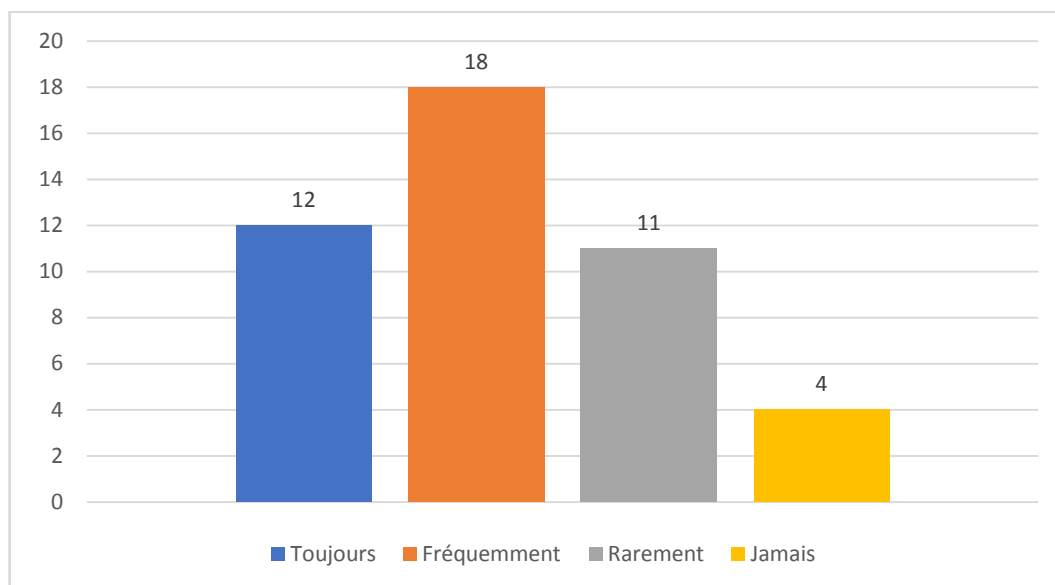


Figure 26 : Proposer un projet à court terme et les étapes ultérieurs de la prise en charge

4. Les propositions des médecins pour améliorer l'annonce diagnostique :

Les médecins ont proposé les recommandations suivantes :

- ❖ Une formation médicale adéquate au cours des études médicales
- ❖ La simulation comme outil pour formation
- ❖ Consultation psychiatrique systématique
- ❖ Des tables rondes sur l'annonce diagnostique
- ❖ La vulgarisation du contexte de la maladie pour le patient ainsi que son accompagnant.
- ❖ Assurer une formation continue avec des référents
- ❖ Avoir Une équipe formée de médecins et un psychologue pour l'annonce
- ❖ Réaliser un guide pratique adapté au contexte marocain sur l'annonce diagnostique.

Tableau III : Auto-évaluation de la pratique des médecins en annonce diagnostique

Questions	Toujours		Fréquemment		Rarement		Jamais	
	N=	%	N=	%	N	%	N=	%
Vous assurez-vous que la réunion avec le patient se déroule en privé ?	29	64%	15	33%	1	2%	0	0%
Avez-vous déjà fait une annonce dans le couloir, par téléphone, ou autrement?	0	0%	2	4%	7	16%	36	80%
Demandez-vous au patient s'il souhaite être accompagné par un membre de sa famille ou s'il préfère être seul ?	20	44%	12	27%	6	13%	7	16%
Est-ce que vous vous présentez au patient et à sa famille (si elle est présente) ?	26	58%	10	22%	6	13%	3	7%
Avant de faire l'annonce, évaluez-vous l'état émotionnel et psychique du patient ?	14	31%	16	36%	13	29%	2	4%
Évaluez-vous les connaissances du patient sur la situation avant de procéder à l'annonce ?	18	40%	18	40%	8	18%	1	2%
Obtenez-vous l'accord du patient (en lui demandant ce qu'il souhaite savoir)?	21	47%	8	18%	10	22%	6	13%
Transmettez-vous le diagnostic clairement sans utiliser des mots médicaux ?	3	7%	13	29%	21	47%	8	18%

**Evaluation de la qualité de l'annonce diagnostique
au sein du service d'hématologie clinique au CHU Mohammed VI.**

Offrez-vous l'information progressivement, en permettant qu'elle soit retenue ?	15	33%	25	56%	5	11%	0	0%
Adaptez-vous l'information à la compréhension du patient lors de la transmission du diagnostic ?	27	60%	17	38%	1	2%	0	0%
Utilisez-vous des supports tels que des dessins pour faciliter la transmission de l'information ?	2	4%	12	27%	22	49%	9	20%
Maintenez-vous une distance physique et émotionnelle appropriée	7	16%	28	62%	10	22%	0	0%
Trouvez-vous des difficultés à gérer vos émotions ?	1	2%	15	33%	21	47%	8	18%
Est-ce que vous posez des questions pour évaluer la compréhension du patient ?	19	42%	21	47%	4	9%	1	2%
Arrivez-vous à identifier les différents mécanismes de défense du patient (déli, annulation, projection...) et s'y adapter ?	5	11%	29	64%	9	20%	2	5%
Accordez-vous suffisamment de temps au patient pour intégrer l'information ?	13	29%	27	60%	3	6%	2	5%
Faites-vous une synthèse de l'entretien ?	12	27%	18	40%	12	27%	3	7%
Proposez-vous une aide extra-médical si nécessaire (Psychologique, social ou spirituel...) ?	6	13%	15	33%	19	42%	5	11%
Proposez-vous un projet à court terme en définissant les étapes ultérieures de la prise en charge ?	12	27%	18	40%	11	24%	4	9%

II. Analyse des résultats de l'enquête menée auprès des patients :

1. Caractéristiques de la population étudiée :

1.1. Le sexe :

Notre échantillon comporte 114 patients.

Le nombre de patients du sexe masculin est de 62 (54%), le nombre de patients du sexe féminin est de 52 (46%)

Le sexe ratio H/F=1,2

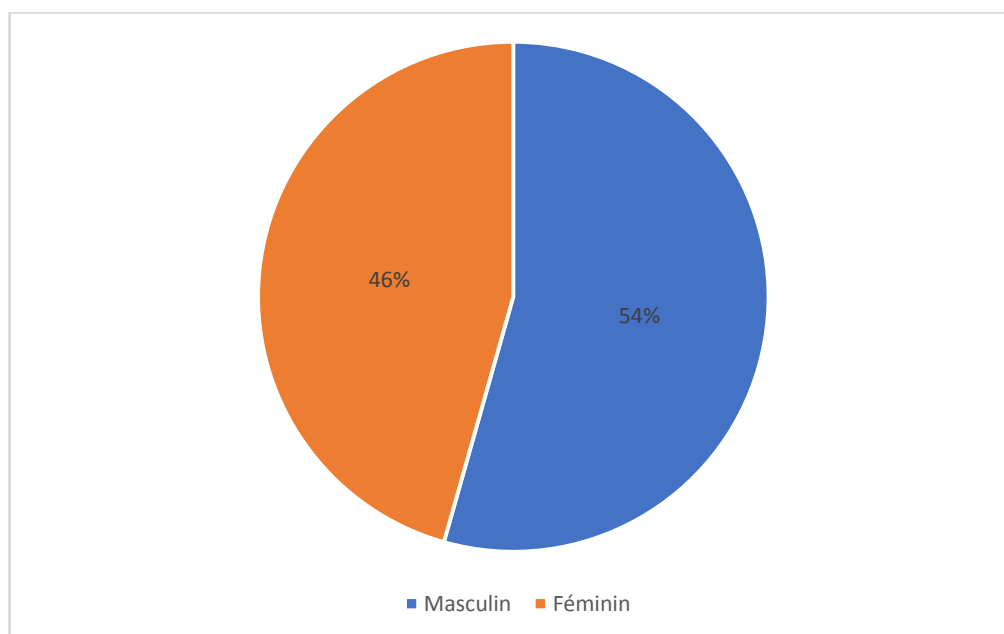


Figure 27: Répartition des patients selon le sexe

1.2. L'âge :

L'âge moyen est de 46 ans, avec des extrêmes allant de 17 à 76 ans.

La tranche d'âge allant de 36 à 45 ans est la plus représentée dans notre échantillon, elle constitue 46% (52 patients).

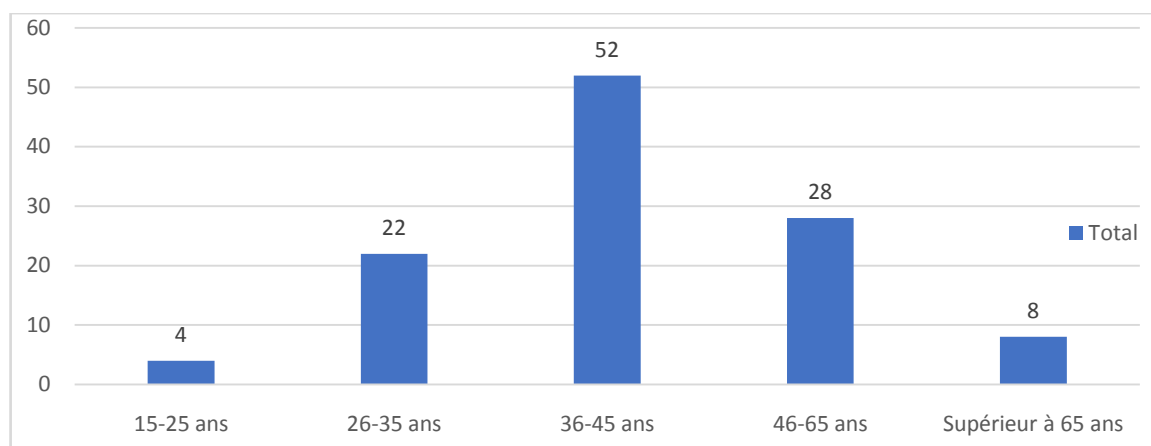


Figure 28 : Répartition des patients selon l'âge

1.3. Niveau scolaire :

Les patients non scolarisés représentent 27 (24%)

Les patients ayant une formation universitaire représentent 5%, Le 1/3 des patients ont étudié jusqu'au collège (34%)

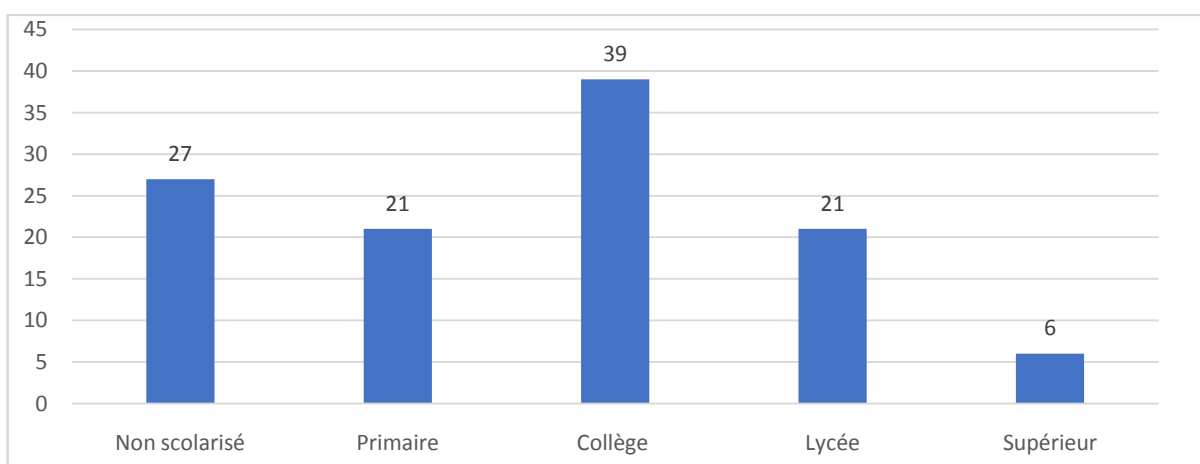


Figure 29 : Répartition des patients selon le niveau scolaire

Tableau IV: Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon global

Les caractéristiques de l'échantillon global		Participants à l'étude N=114	
		N	Pourcentage%
Sexe	Féminin	52	46%
	Masculin	62	64%
Age	[15-25] ans	4	3%
	[26-35] ans	22	19%
	[36-45] ans	52	46%
	[46-65] ans	28	25%
	Supérieur à 65ans	8	7%
Niveau scolaire	Non scolarisé	27	24%
	Primaire	21	18%
	Collège	39	34%
	Lycée	21	18%
	Supérieur	6	5%

1.4. La nature de la maladie :

Le 1/3 des patients sont suivis pour leucémie aigüe (33%), 25 soit (22%) des patients étaient suivis pour lymphome de hodgkin.

Tableau V: Répartition des patients selon la maladie

La maladie	Participants à l'étude N=114	
	Nombre des patients	Pourcentage%
Leucémie aigüe	38	33%
Lymphome de Hodgkin	25	22%
Lymphome non Hodgkinien	19	17%
Myélome Multiple	15	13%
Aplasie médullaire	10	9%
Leucémie myéloïde chronique	7	6%

2. L'expérience et le vécu des patients avec l'annonce diagnostique :

2.1. Le déroulement de la consultation en privé :

Les 2 /3 de la population étudiée ont reçu l'annonce en privé (66%), le 1 / 3 de la population ont déclaré que la consultation d'annonce ne s'est pas déroulée en privé (34%).

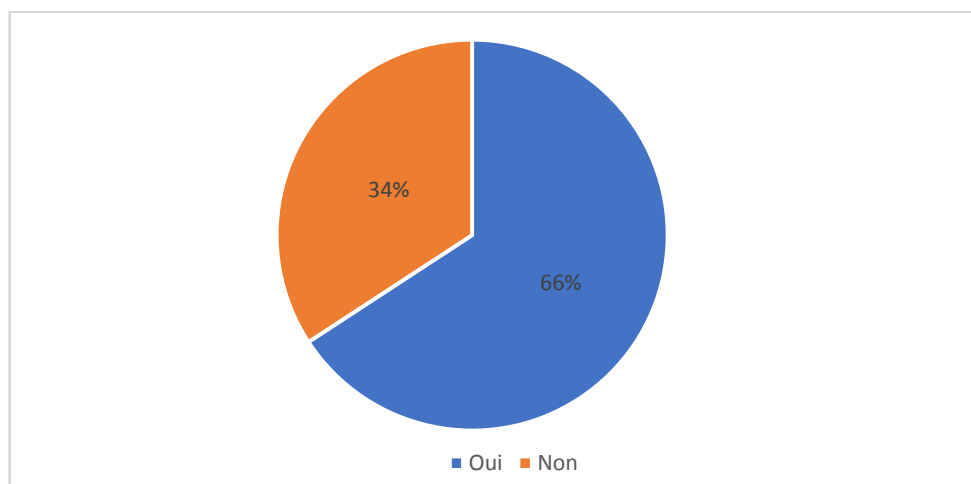


Figure 30 : Le déroulement de la consultation d'annonce en privé

2.2. Accompagnement au moment de l'annonce :

87 patients, soit 76% de la population étudiée, affirment que le médecin leur a demandé s'ils souhaitent être accompagnés.

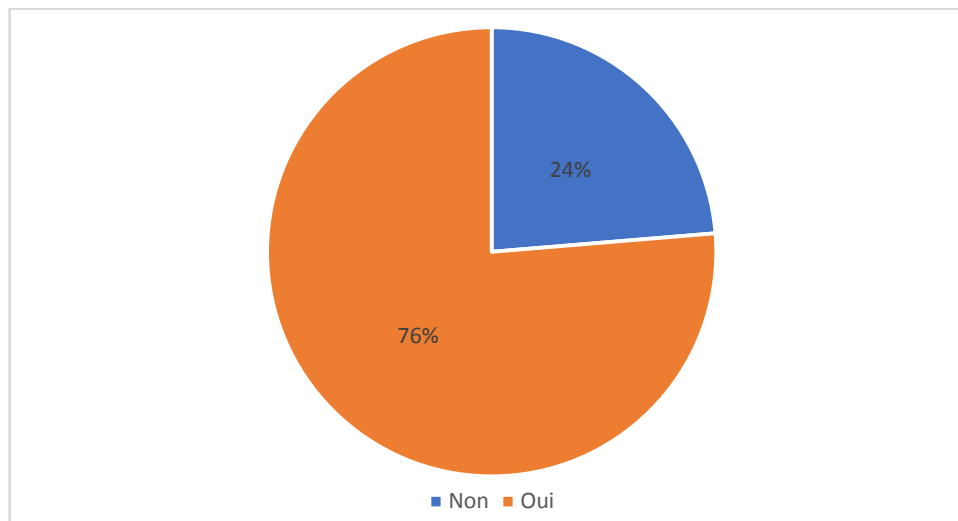


Figure 31 : La présence d'un membre de la famille

2.3. Le temps accordé

Les 2/3 de la population étudiée sont satisfait par le temps accordé par le médecin, le 1/3 trouve que le temps accordé n'est pas suffisant.

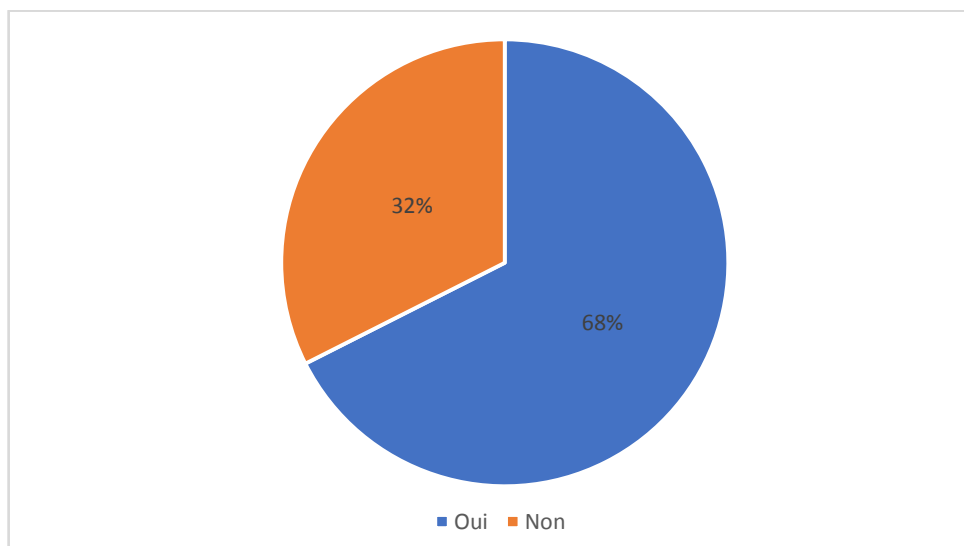


Figure 32 : Le temps dédié à la consultation de l'annonce

2.4. Evaluation des connaissances avant l'annonce :

72 patients, soit 63% de la population étudiée, rapportent que leur médecin n'a pas évalué leurs connaissances sur la situation avant de procéder à l'annonce. 42 patients, soit 37%, affirment que cette étape a été effectuée par leur médecin.

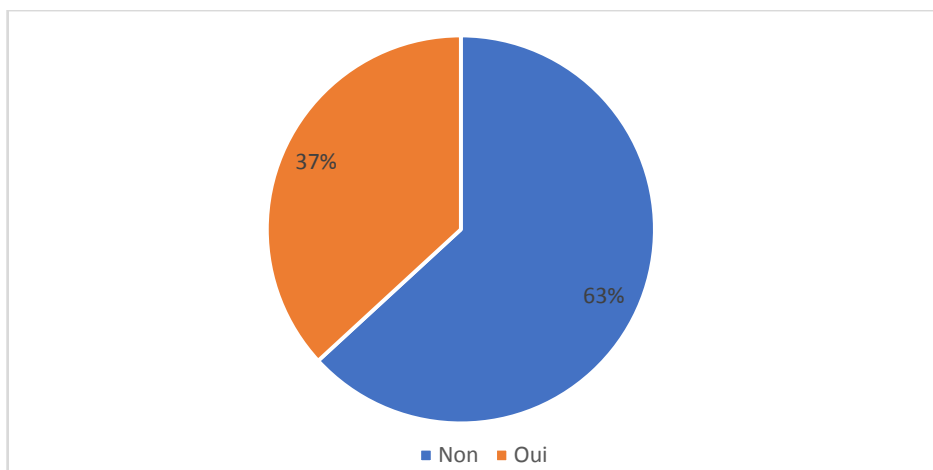


Figure 33: Evaluation des connaissances par le médecin avant l'annonce

2.5. Evaluer la quantité d'information que désire le patient recevoir :

43 patients, soit 38%, leur médecin a recueilli leur accord concernant les informations qu'ils souhaitent connaître.

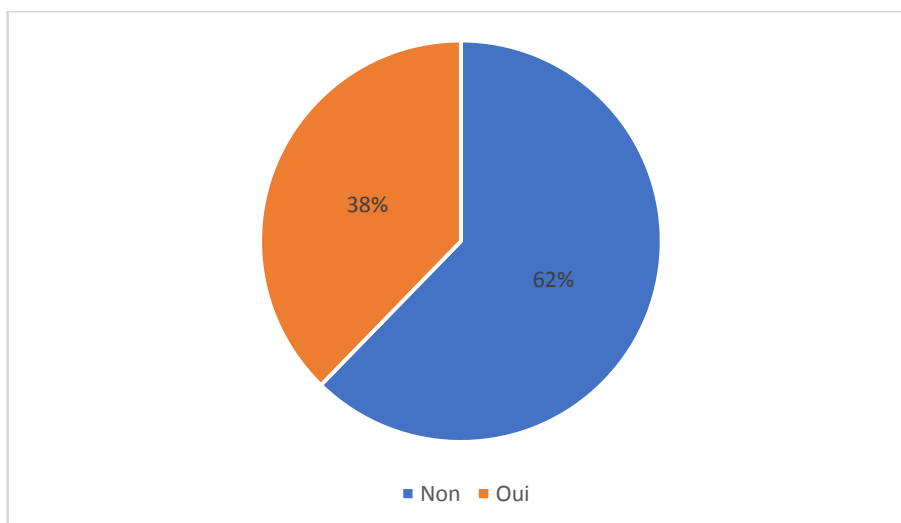


Figure 34: Evaluation de la quantité d'information que le patient désire connaître

2.6. Préparer le patient psychologiquement avant d'annoncer :

68 patients, représentant 60% de l'échantillon, ont indiqué avoir été préparés psychologiquement avant l'annonce par leur médecin.

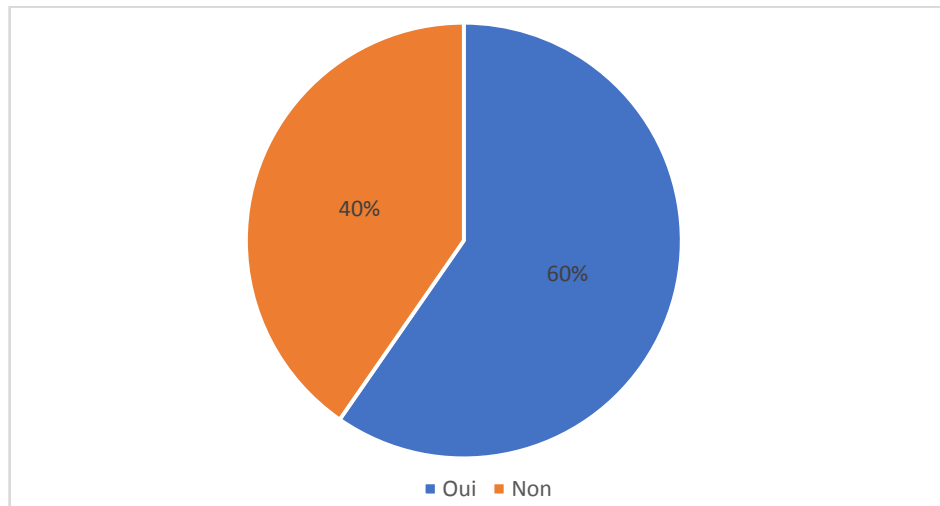


Figure 35 : Préparer le patient mentalement

2.7. Transmettre le diagnostic progressivement :

51 patients, soit 45%, ont affirmé que leur médecin a réussi à transmettre le diagnostic de manière progressive.

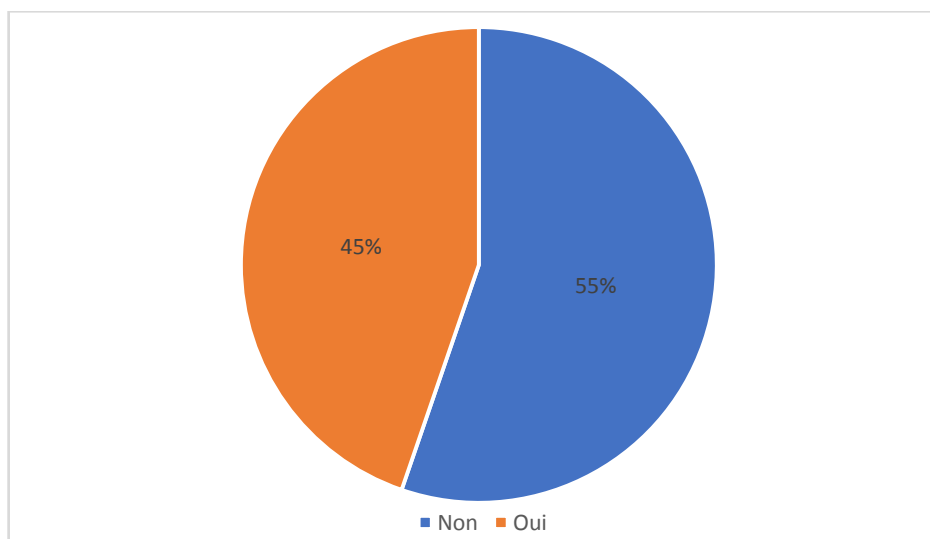


Figure 36 : Transmettre le diagnostic progressivement

2.8. Transmettre le diagnostic clairement :

52 soit 46% des patients affirment que le diagnostic a été transmis clairement.

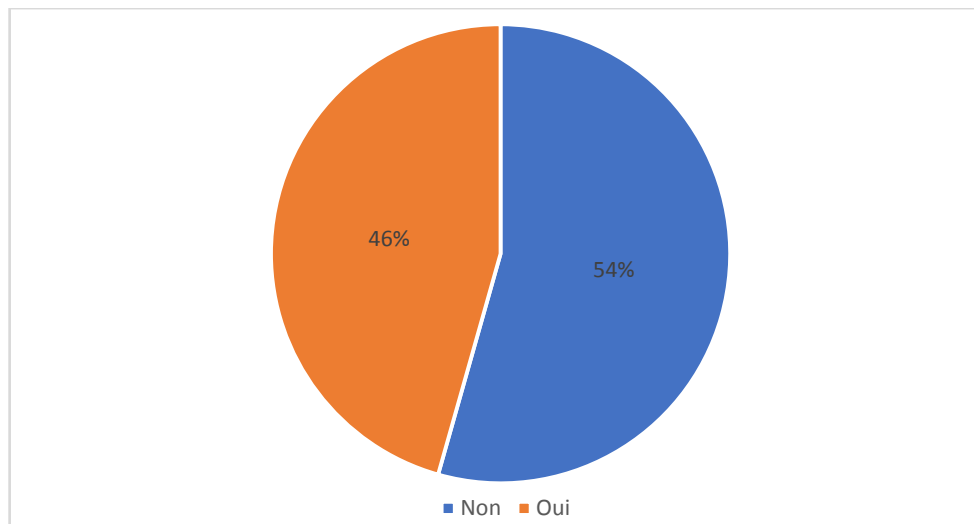


Figure 37 : Transmettre le diagnostic clairement

2.9. Utilisation des termes faciles à comprendre :

51 patients, soit 45%, ont affirmé que leur médecin avait choisi des termes faciles à comprendre.

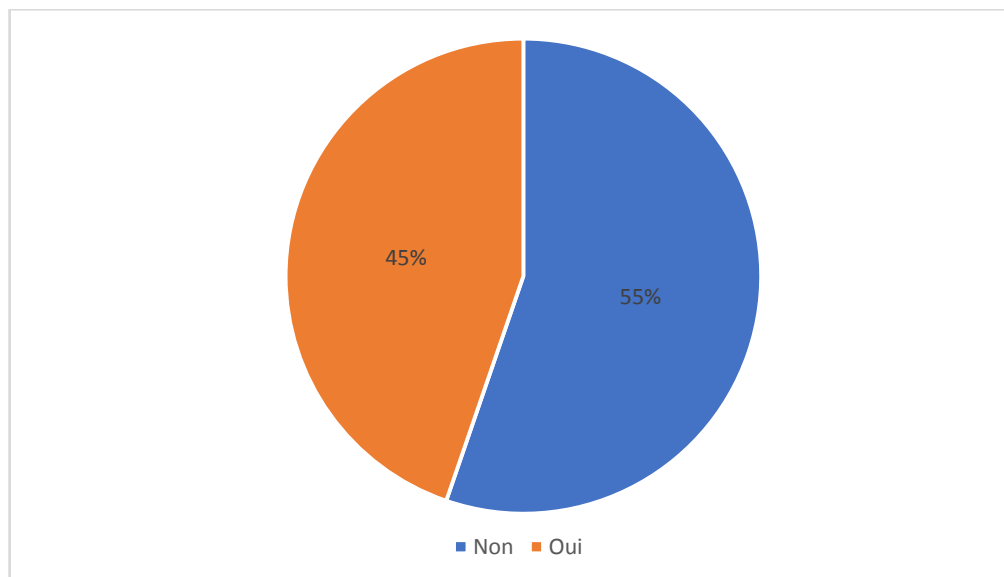


Figure 38: Utilisation des termes faciles à comprendre

2.10. Encourager à poser des questions :

68% de la population étudiée, rapportent que leur médecin les a incités à poser des questions afin de mieux comprendre leur maladie.

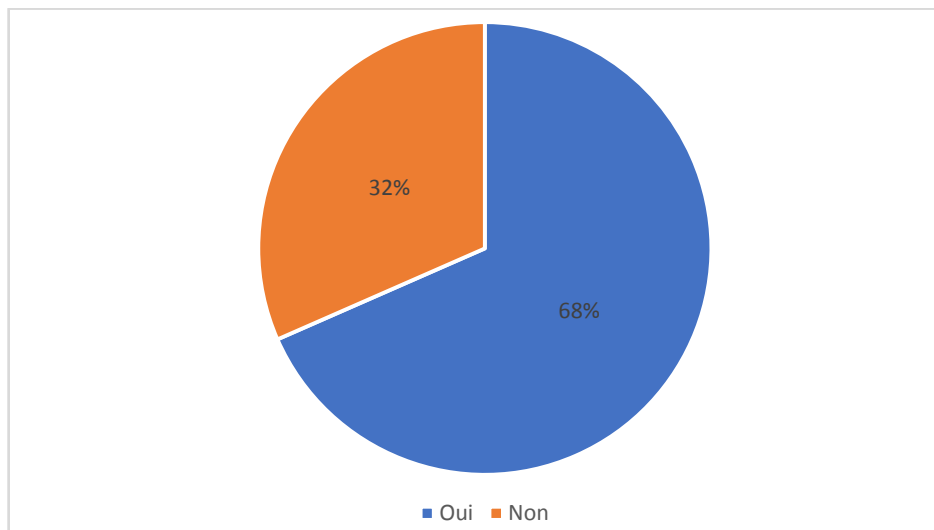


Figure 39 : Encourager le patient à poser des questions

2.11. Répondre à toutes les questions posées :

Dans notre échantillon les patients qui ont reçu une réponse pour toutes les questions posées présentent 53% (66)

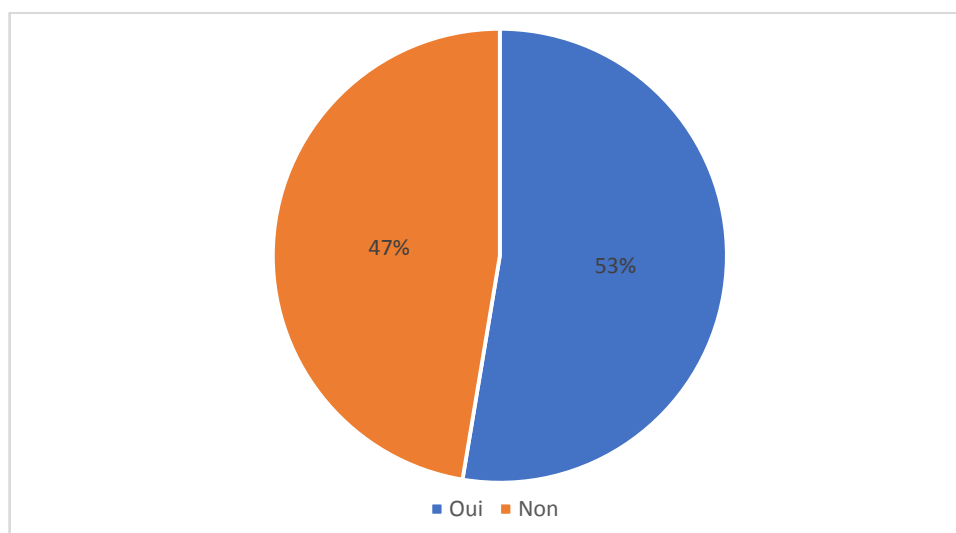


Figure 40 : Répondre à tous les questions posées par le patient

2.12. Être à l'écoute et montrer un soutien :

61%, ont exprimé que leur médecin a été à l'écoute et leur a apporté un soutien.

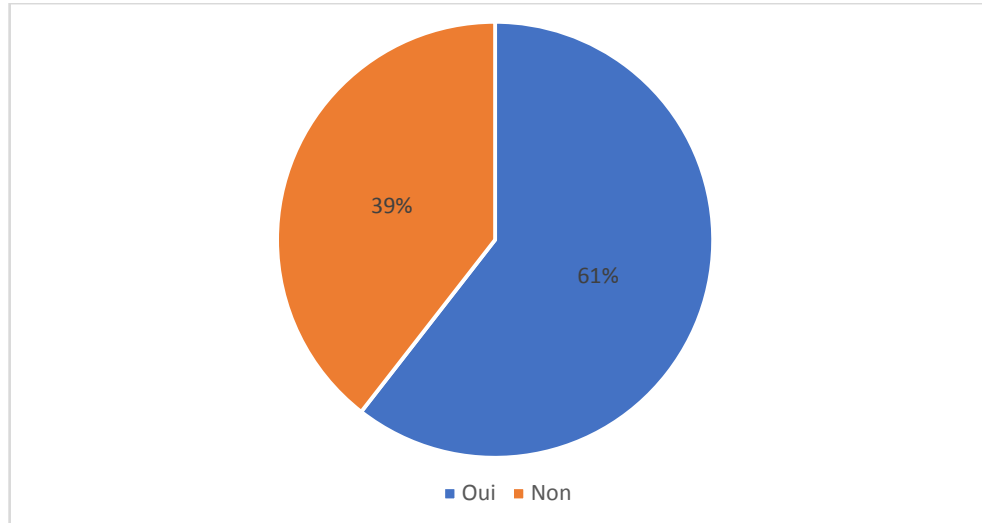


Figure 41 : Etre attentif et montrer de l'empathie

2.13. Proposer une aide extra-médical :

57%, rapportent que leur médecin les a renseignés sur la possibilité de bénéficier d'une aide extra-médical.

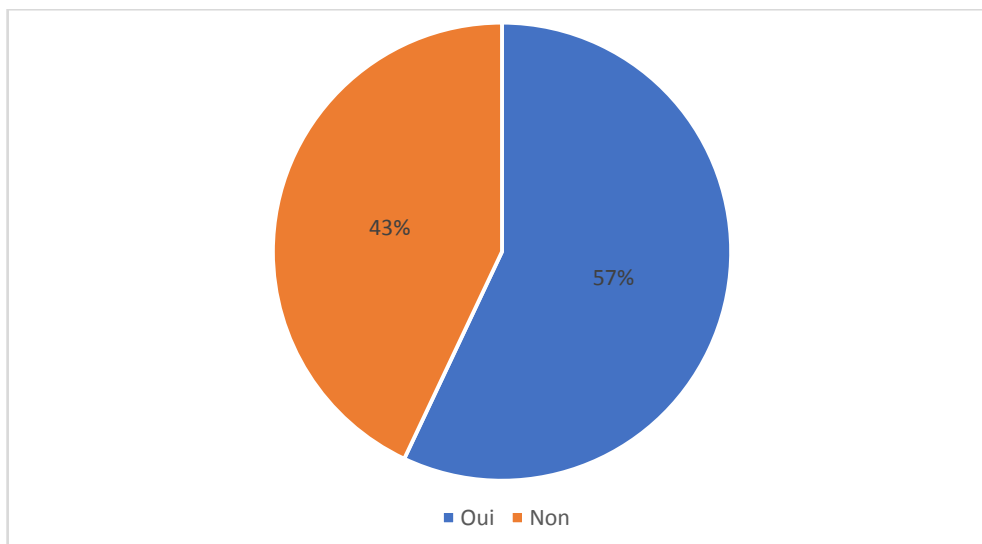


Figure 42 : Proposer une aide extra-médicale

2.14. Informer sur les étapes ultérieures :

64%, indiquent avoir été informés des étapes ultérieures de leur prise en charge.

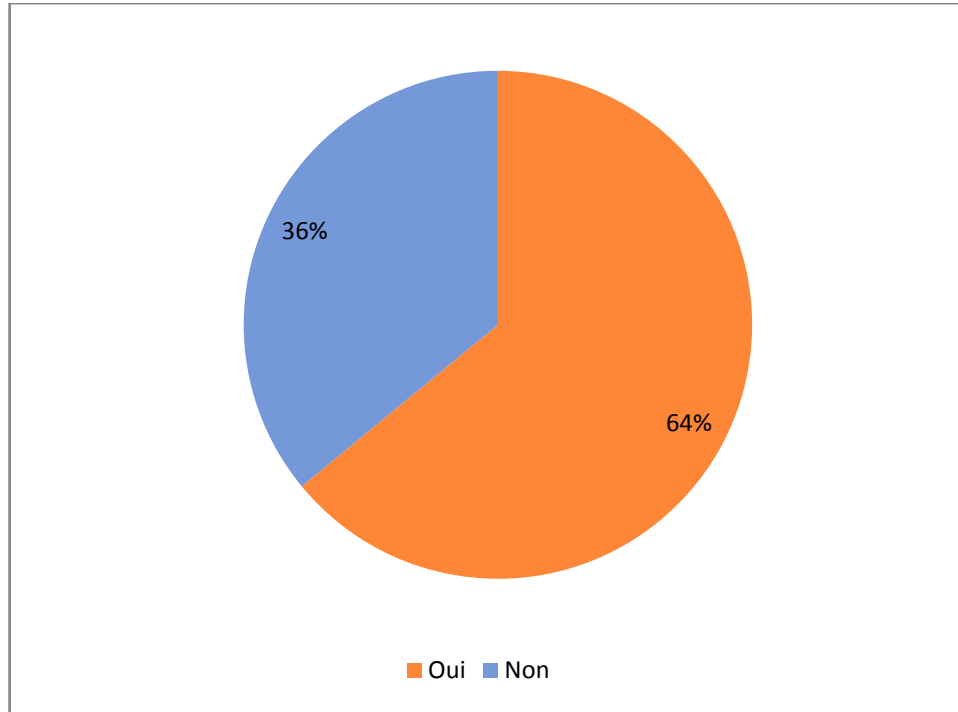


Figure 43 : Informer des étapes ultérieures de la prise en charge

2.15. La satisfaction des patients de la consultation d'annonce :

On a demandé au patient de noter la consultation d'annonce de 1 à 5

1 = Pas du tout satisfait

2 = Non satisfait

3 = moyennement satisfait

4 = satisfait

5 = très satisfait

Les patients très satisfaits à satisfait présentent 51% de la population étudiée en revanche les patient pas du tout satisfait ou moyennement satisfait présentent 49%.

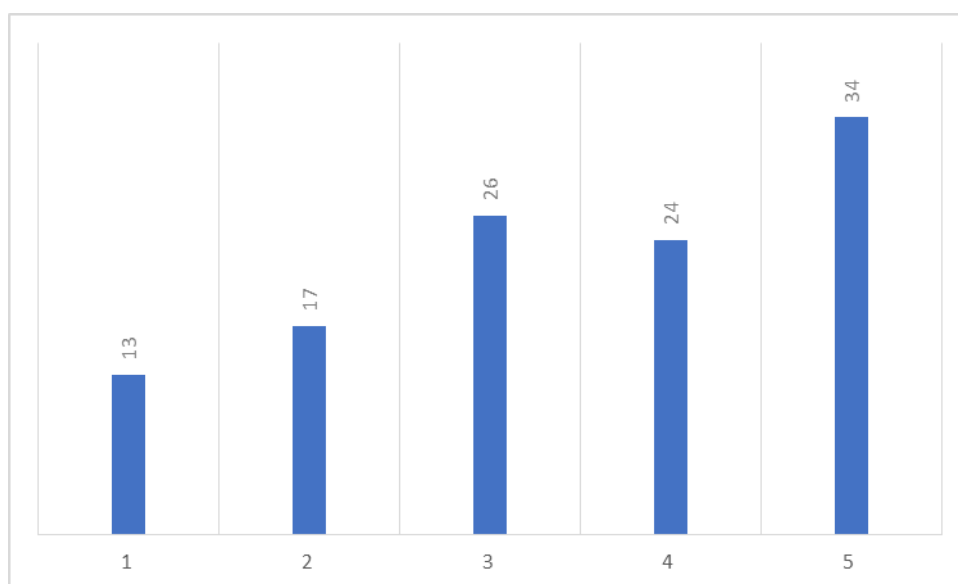


Figure 44 : La satisfaction des patients de la consultation d'annonce

3. Les recommandations proposées par les patients pour améliorer l'annonce :

Les points principaux que les patients estiment que les médecins devraient prendre en considération lors de l'annonce sont les suivants :

- ❖ Être à l'écoute
- ❖ Donner de l'espoir
- ❖ Accorder plus de temps
- ❖ Utiliser des mots faciles à comprendre
- ❖ Montrer de l'empathie
- ❖ Expliquer les étapes ultérieures de la prise en charge
- ❖ Impliquer le patient dans la prise en charge
- ❖ Informer sur les effets secondaires de la maladie

Tableau VI : L'expérience et le vécu des patients avec l'annonce diagnostique :

	Oui		Non	
	N=	%	N=	%
La consultation d'annonce s'est tenue en privé ?	75	66%	39	34%
Le médecin t'a demandé si tu souhaitais être accompagné par un membre de ta famille ?	87	76%	27	24%
Est-ce que le médecin t'a accordé suffisamment de temps pour t'expliquer ta maladie ?	77	68%	37	32%
Le médecin t'a demandé si tu avais des questions à poser ?	78	68%	36	32%
Le médecin a répondu à toutes les questions que tu avais lors de cette consultation ?	53	66%	54	47%
Le médecin a évalué tes connaissances avant de faire l'annonce ?	42	37%	72	63%
Le médecin t'a demandé quelle quantité d'informations tu préférerais recevoir ?	43	38%	71	62%
Le médecin t'a préparé mentalement avant de procéder à l'annonce ?	68	60%	46	40%
Le médecin a employé des mots médicaux faciles à comprendre ?	63	55%	51	45%
Le médecin t'a transmis le diagnostic d'une manière claire ?	52	46%	62	54%
Le médecin t'a transmis le diagnostic d'une manière progressive ?	51	45%	63	55%
Ton médecin a su te soutenir, été à l'écoute ?	69	61%	45	39%
Lors de cette consultation, tu as été informé sur la possibilité d'avoir une aide extra médical (psychologue, nutritionniste, assistante sociale...)	65	57%	49	43%
Tu as été informé sur les étapes ultérieures de la prise en charge ?	73	64%	41	36%



DISCUSSION



I. Aspect théorique, éthique et pénaux de l'annonce diagnostique :

1. Définition de l'annonce diagnostique :

Quand on parle de l'annonce diagnostique, il est sous-entendu qu'il s'agit de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, qui peut se définir comme toute nouvelle qui modifie radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir [1]. Les annonces, tout au long du processus d'accompagnement, doivent donc permettre aux professionnels de donner au patient les informations dont il a besoin. Le médecin a un rôle particulier dans ce processus puisqu'il est souvent le premier à annoncer le diagnostic.

Jusqu'à la moitié du siècle dernier, la question de l'annonce se posait peu dans le modèle paternaliste qui régissait jusqu'alors les relations médecin-malade. Le médecin étant conscient des actions médicales appropriées à entreprendre pour le bien-être du patient, sur les principes de bienveillance, il pouvait se garder de lui donner une information jugée source de souffrance et donc lui épargner celle-ci.

Depuis, les relations entre soignants et soignés ont évolué vers le modèle autonomiste et l'annonce est devenue source de beaucoup de réflexions. Les principes de l'éthique médicale moderne justifient la valeur de la vérité dans cette relation, s'appuyant sur plusieurs principes dont celui de l'autonomie. Respecter un malade, c'est alors respecter son droit de savoir, de pouvoir donner ainsi un consentement libre et éclairé, afin de rester sujet et non objet de soins, et lui permettre de mener sa vie comme il le souhaite [1]. Mais c'est aussi respecter son refus de savoir, respecter son altérité en prenant en compte ses limites et son rythme. Déjà s'amorce la complexité de l'annonce : qu'est-ce que le patient veut savoir, qu'est-il en mesure d'entendre ?

Cette vérité permet également de garantir une relation de confiance entre soignants et soignés.

Si le pronostic est nécessaire aux soignants pour adapter les stratégies de soins, les lieux de vie..., l'énoncer au malade n'est pas si évident. Il faut alors savoir se situer entre imposer une vérité qui n'en est pas une avec son effet destructeur et donner au patient ce qu'il attend, à savoir une information honnête et optimiste, lui permettant d'éviter qu'une trop grande méconnaissance de la réalité ne l'oriente vers des choix inadaptés [13].

2. Déontologie médicale :

Le code de déontologie médicale adapté au Maroc reste toujours un projet depuis 1953, et jusqu'à présent, les dispositions du code actuel s'insèrent dans le cadre du code international d'éthique médicale et dans l'esprit du serment de Genève [14]. La nécessité de codifier des actes médicaux adaptés au moment en vue d'une médecine moderne, humaine et honnête nous obligeons de développer notre propre code de déontologie.

Dans l'article 30 du code de déontologie médical marocain : ART. 30. – Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, sans compter avec le temps que lui coûte ce travail et, s'il y a lieu, en s'aidant ou se faisant aider dans toute la mesure du possible des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées. Après avoir établi un diagnostic ferme comportant une décision sérieuse, surtout si la vie du malade est en danger, un médecin doit s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision.

En cas de refus, il peut cesser ses soins dans les conditions de l'article 24 [15]. D'après la lecture de cet article, le médecin est le seul décideur et sa tâche est purement clinique qui se résume à trouver le diagnostic correct ; oubliant l'information claire et compréhensible du patient et son consentement.

L'article 31 dit qu'un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade. Un pronostic fatal ne doit lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection : mais il doit l'être généralement à la famille. Le malade peut interdire cette révélation ou désigner les tiers auxquels elle doit être faite [15].

Ce dernier article devient dépassé dans le temps puisqu'il donne au médecin le droit de révéler un pronostic grave à la famille du patient sans demander son consentement au préalable.

Les deux articles 30 et 31 du code de déontologie du Maroc restent en retard par rapport à l'article 35 du code de déontologie médicale de la France qui précise que le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état de santé, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension [14]. En 2011, le Conseil de l'Ordre des Médecins de la France rappelait qu'il faut former en particulier les jeunes médecins à la consultation d'annonce, et intégrer cette dimension dans le compagnonnage qui, seul, permet, au-delà de l'apprentissage d'un savoir-faire, l'acquisition d'un savoir-être [16]

3. L'annonce diagnostique et société :

Depuis la fin de la dernière décennie, le paradigme du "pouvoir" des malades s'est progressivement imposé. Il est fondé sur un rééquilibrage dans la relation médecin-malade qui devient un partenariat ou mieux encore une alliance. En 1998, le concept d'éducation thérapeutique proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé modifie radicalement cette approche en permettant au patient de devenir un acteur de sa santé [17]. L'information du malade s'est imposée comme un droit.

Cette information concerne le diagnostic, le pronostic, les propositions de choix des traitements. Toutes ces informations sont nécessaires pour une participation active du malade face aux décisions médicales qui le concernent. Cette participation active revêt une importance capitale dans la situation d'une pathologie grave ou lorsqu'une décision met en jeu avec un risque significatif la vie du malade ou au moins son avenir à court terme ou à long terme.

Depuis le début des années 2000, l'explosion des sources d'informations médiatiques, grâce à Internet, permet l'accès à un savoir jusqu'alors réservé aux professionnels de santé. Les mentalités des patients ont changé comme l'ont montré de nombreuses enquêtes d'opinion. Les patients souhaitent être mieux informés et plus impliqués dans leur choix concernant les décisions médicales et les options thérapeutiques possibles [18,19].

La relation médecin-malade a profondément évolué durant les trois dernières décennies. Il existait deux modèles : le **modèle paternaliste** et le **modèle autonomiste** [20].

3.1 Le modèle paternaliste :

Dans ce modèle, on considère que le malade, du fait de sa maladie, est en état de faiblesse et de souffrance. Il fait confiance au médecin qui le "prend en charge". Il existe donc une asymétrie qui a pour fondement le principe de bienfaisance (H. Jonas [21] en Allemagne, E. Levinas [22] en France). Il faut éviter d'ajouter à la souffrance et à la détresse du malade le poids d'une information anxiogène, jugée insupportable lorsqu'il s'agit d'une mauvaise nouvelle. Il est dans cette conception, contraire au principe de bienfaisance, de demander un consentement et à plus forte raison une participation à la décision. Une entorse à ces principes pouvait même être considérée comme une fuite devant ses responsabilités. Ce modèle est aujourd'hui obsolète. Il pouvait être acceptable à une époque où les diagnostics étaient plus qu'aujourd'hui probabilistes, où les thérapeutiques n'étaient ni agressives, ni vraiment efficaces et où surtout les connaissances des malades dans le domaine médical étaient réduites ou inexistantes.

3.2 Le modèle autonomiste :

Dans ce modèle l'information sur le diagnostic, le pronostic, les différents traitements possibles avec leurs risques et bénéfices respectifs, doit être complète. La décision finale appartient au malade, elle doit être acceptée par le médecin même s'il la juge irrationnelle, voire moralement inacceptable pour lui.

Ce modèle peut susciter diverses interrogations : le malade du fait de sa maladie est-il autonome ? Le respect absolu de la volonté du malade ne risque-t-il pas de transformer le médecin en exécutant avec un risque d'indifférence ou en complice de comportements déviants voire non conformes aux lois ?

Face à ces deux modèles il existe une troisième voie qui a été décrite par le philosophe Paul Ricoeur [23] sous la dénomination de « *Pacte de confiance* » :

Au départ, il existe un fossé entre le malade et le médecin qui ne peut être comblé que sur la base de la confiance. L'échange entre le malade et le médecin aboutit à une information réciproque. Selon Paul Ricoeur [23] le malade porte au langage sa souffrance, ses plaintes, avec une composante descriptive (les symptômes) et narrative (la maladie s'inscrit dans l'histoire de la vie), avec une demande implicite ou explicite de guérison, de soulagement mais aussi une promesse, là encore implicite ou explicite de la part du malade, d'observer le protocole proposé.

Le médecin de son côté écoute, confronte les informations reçues avec son savoir et ses expériences vécues, puis présente au malade ses explications et ses propositions.

Ce « *pacte de confiance* » repose sur trois piliers qui conditionnent fortement la quantité et la qualité des informations échangées dans les deux sens. Ces trois piliers sont :

- ❖ La perception partagée par le médecin et le malade que ce dernier est un exemplaire unique et non un spécimen d'un ensemble indifférencié qui constitue la patientèle.
- ❖ Le malade est indivisible. On ne soigne pas un organe ou un système malade mais un être intégral.
- ❖ À tout instant de la relation médecin-malade, « l'estime de soi » du malade est respectée, voire valorisée, quel que soit son état physique ou psychique.

4. Aspects psychologiques de l'annonce d'une maladie grave :

L'annonce d'une maladie grave est un événement qui peut entraîner des réactions émotionnelles intenses et avoir des implications psychologiques importantes pour les patients, ainsi que pour le médecin.

4.1. Réactions des patients face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle :

Lorsqu'un patient reçoit une mauvaise nouvelle, ses réactions peuvent être variées et influencées par de nombreux facteurs, notamment sa personnalité, son état émotionnel préexistant, ses croyances et ses expériences antérieures. Ces réactions peuvent être immédiates ou différées.

a. Réactions immédiates :

Au cours de l'annonce, le patient peut immédiatement exprimer différentes réactions. Il est important pour le médecin de les connaître pour ne pas être trop déstabilisé, gêné ou submergé par un sentiment d'impuissance.

L'annonce d'un diagnostic grave est un temps d'extrême tension qui peut bloquer les émotions ou les libérer sans aucun contrôle : choc, déni, confusion, peur, désespoir, angoisse, agitation émotionnelle, sentiments d'incapacité à faire face, colère, accablement, culpabilité, résignation, déception, soulagement.

Certains patients cherchent aussi à provoquer le médecin par des allusions plus ou moins directes à leur fin de vie : « le moment venu, vous ferez ce qu'il faut ? », questions qui visent avant tout à s'assurer de l'engagement du médecin, à se rassurer sur le fait de ne pas être abandonné par celui qui vient d'annoncer la maladie. Plus le patient est agressif, plus il a besoin d'être rassuré.

Ces modalités d'expression, parfois violentes, sont à comprendre comme des réactions de défense et non comme des attaques personnelles à l'égard du médecin.

Elles sont les signes 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 la maladie grâce à l'élaboration de ses défenses psychiques. [24]

b. Réactions différées :

Dans les jours et les semaines qui suivent l'annonce, il existe une grande variabilité dans les réactions des patients, plusieurs étapes ont été décrites par Elisabeth Kübler-Ross [25], peuvent être repérées :

- **La sidération** : liée à l'état de choc à l'annonce de la maladie. Le temps est suspendu et rien ne sera plus jamais comme avant. Cette phase d'abattement, de stupéfaction, correspond à un état de choc avec une profonde sidération qui entraîne une altération des fonctions instinctuelles (sommeil, appétit, sexualité). Il n'y a plus de place pour les explications rationnelles. Les messages techniques, les informations médicales et les explications sont occultées.
- **Le déni** : est la première étape du processus de deuil. Elle est réactionnelle à l'annonce du diagnostic et en lien avec le choc engendré par celle-ci. Elle se caractérise par une absence d'émotivité. Le déni est un mécanisme de défense qui met à distance l'angoisse en évacuant la réalité du diagnostic. On observera souvent un refus de la réalité, incrédulité par rapport au diagnostic, « je ne peux pas y croire », « cela ne peut pas être vrai », « c'est impossible ». Cette phase entraîne encore 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** : en premier lieu, assommé par l'annonce, le sujet retrouve une sorte d'énergie 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 ne pas croire le médecin et demander d'autres avis avec l'espoir que le diagnostic à venir sera différent. La colère peut aussi se retourner de façon agressive vers le médecin qui peut être désigné comme responsable de ce diagnostic grave.

- **La dramatisation excessive** : la perspective de l'évolution de la maladie, la mort qui se dresse à l'horizon entraîne des réactions très violentes : « je suis foutu n'est-ce pas ? », « combien de temps me reste-t-il ? ». Ce vécu potentialise les risques d'impulsion suicidaire et il est alors important d'assurer au patient la possibilité d'une prise en charge.
- **La dépression** : la douleur de la perte à venir se traduit par des symptômes dépressifs. 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. Elle peut se traduire par un détachement du sujet, des difficultés somatiques, intellectuelles et affectives multiples. Les 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, sont autant de symptômes à repérer. Pour parler d'état dépressif, il faut tenir compte de la temporalité de sa survenue et de sa chronicité dans la vie du malade.
- **L'acceptation** : correspond à une période plus sereine où le patient se centre sur lui-même, s'installe dans un état de silence, de résignation, de lassitude et d'apparente sérénité.

4.2. Mécanismes de défense des soignants :

Le médecin à qui incombe la tâche d'annoncer une mauvaise nouvelle est confrontée à un certain nombre de peurs, répertoriées par Buckman, qui forment autant d'obstacles psychologiques à la communication de mauvaises nouvelles. Ces peurs sont liées à la nature humaine du médecin confronté à la souffrance d'autrui, mais sont également en lien direct avec la formation médicale [1]. Le médecin comme le patient, est un Homme. Il a sa propre histoire, ses expériences personnelles, ses croyances, sa culture, ses représentations et ses peurs. Il a ses propres mécanismes de défense.

Pour M. Ruzzniewski, il est nécessaire pour le soignant d'effectuer un travail de reconnaissance de ses propres mécanismes de défense, dans le but de mieux comprendre la complexité de sa relation au patient [26]. Parmi les mécanismes de défenses décrites chez les médecins :

- ❖ **Le mensonge** : en travestissant la réalité, permet au médecin de différer la vérité source d'anxiété pour lui comme pour son patient, mais empêche tout échange avec le patient et surtout empêche ce dernier d'élaborer ses propres défenses.
- ❖ **La banalisation** : c'est un mécanisme de distanciation dans lequel le médecin axe ses soins sur les symptômes physiques, concrets de la maladie, négligeant le malade dans sa globalité, l'enfermant dans sa souffrance psychique.
- ❖ **L'esquive** : correspond à l'attitude d'un médecin bien conscient de la souffrance psychique de son patient mais se sentant incapable d'y faire face et éludant le sujet lorsque celui-ci se présente au cours de l'échange, en déviant le dialogue vers des sujets plus superficiels.
- ❖ **La fausse réassurance** : permet de maintenir le patient dans l'ignorance partielle de son état.
- ❖ **La rationalisation** : permet au médecin d'éviter de s'engager dans le domaine émotionnel du patient en se retranchant derrière un vocabulaire médical spécialisé, imperméable à la compréhension du patient.
- ❖ **L'évitement** : consiste à réduire le patient à un objet de soins, voir à un dossier médical, niant jusqu'à sa présence physique.
- ❖ **La dérision** : offre un autre type de refuge lorsque le médecin est contraint à un minimum d'échange avec son patient.

- ❖ **La fuite en avant** : le soignant, soumis à une angoisse imminente, ne trouve pas de solution d'attente et se libère de son savoir, « il dit tout, tout de suite et se décharge de son fardeau. » (1).
- ❖ **L'identification projective** : le soignant vise à attribuer à l'autre ses propres sentiments, réactions, pensées ou émotions. Il permet au soignant de se donner l'illusion qu'il sait ce qui est bon pour le patient. Cette identification à l'autre va en fait instaurer une relation où le soignant est en position d'autorité affective, ne permettant pas au patient d'exprimer ses propres angoisses.

5. Difficultés potentielles du médecin au décours de l'annonce :

On identifie diverses problématiques :

- ❖ **La peur de faire mal** :

Cette peur de faire mal a sans doute été à l'origine de l'attitude qui a prévalu pendant de nombreuses années, celle de ne pas révéler au patient un diagnostic trop sombre.

- ❖ **La peur liée à l'empathie** :

Buckman nous rappelle ici que l'émotion ressentie par le médecin est aussi le reflet de celle du patient, d'où cette appréhension : «si mon patient souffre, je sais que je vais souffrir aussi ».[1]

- ❖ **La peur des reproches** :

Cette peur fait tout d'abord référence à la culpabilité du messager. Tout se passe comme si le médecin devenait aux yeux du patient l'incarnation de la science médicale, de ses réussites mais aussi de ses limites et de ses échecs. Le patient peut alors le tenir pour responsable de sa maladie et diriger contre lui colère et indignation.

❖ **La peur de provoquer une réaction :**

Cette peur anticipe les conséquences de l'annonce, cet acte 'qui fait mal' et auquel le patient va réagir, de façon complexe et imprévisible.

❖ **La peur d'avouer son ignorance :**

Les médecins sont formés pour être des experts dans leur domaine, et admettre ne pas avoir toutes les réponses peut être perçu comme une faiblesse professionnelle.

6. Communication médicale et annonce diagnostique :

Annoncer un diagnostic, c'est communiquer. Une communication médecin-malade efficace est le fondement du soin. Elle augmente la satisfaction des patients et des médecins et influence l'obtention de meilleurs résultats thérapeutiques [27, 28].

La communication est essentielle dans la relation thérapeutique, car sans elle, le médecin s'expose à l'échec de la prise en charge. La communication joue un rôle dans la question de l'observance et peut contribuer à son amélioration. Selon Cicourel la plus grande source de progrès médical serait l'amélioration de la communication entre soignant et soigné [29].

Une bonne communication entre les professionnels de la santé et les patients est un pilier essentiel pour favoriser une meilleure adhésion au traitement et aux soins.

Les résultats d'une étude polonaise [30] ont montré que le comportement des médecins et la manière dont ils annoncent les mauvaises nouvelles sont déterminants pour les résultats ultérieurs du traitement thérapeutique. Le comportement des médecins et la manière dont ils annoncent les mauvaises nouvelles influencent la décision des patients d'arrêter ou de poursuivre leur traitement médical. Cela influence également la décision des patients de changer de médecin traitant ou de poursuivre leur traitement médical sous la direction du médecin qui a posé le diagnostic.

La communication, si essentielle soit elle, reste encore souvent absente des programmes de formation des futurs médecins. Plusieurs barrières à cet apprentissage existent, la plus importante étant la croyance que savoir communiquer est une compétence déjà acquise ou innée.

Plusieurs protocoles ont vu le jour depuis les années 1990 afin d'améliorer la communication d'une mauvaise nouvelle. Girgis and Sanson-Fisher [31] informer ? Qui impliquer ? Comment gérer la communication non verbale ? Comment gérer les différences de langues et de cultures ?).

Parmi les différents protocoles d'annonce de mauvaises nouvelles, le plus connu et le plus répandu est probablement le SPIKES.

7. Exemple de protocole de communication :

Le modèle SPIKES [4] est un protocole structuré pour l'annonce de mauvaises nouvelles, conçu pour les soignants travaillant en oncologie mais applicable à d'autres spécialités médicales également. Il comprend six étapes qui sont représentées par l'acronyme SPIKES, un outil mnémotechnique pour guider les médecins lors de l'annonce diagnostique. Ce protocole a été développé par Robert Buckman, un oncologue et expert en communication médicale, en collaboration avec Walter Baile, un psychiatre.

Les six étapes du SPIKES :

- ❖ **S— Setting** Préparation de l'entretien : la répétition mentale est une façon utile de se préparer aux tâches stressantes. En tant que messenger de mauvaises nouvelles, on doit s'attendre à ressentir des émotions négatives et à éprouver de la frustration ou de la responsabilité. Voici quelques étapes importantes à suivre lors de la préparation d'un entretien médical :

- Connaître le dossier du patient : Avant l'entretien, prendre le temps de lire et de comprendre le dossier médical du patient, y compris ses antécédents médicaux, les résultats des examens et les traitements antérieurs. Cela permettra d'avoir une vue d'ensemble et d'anticiper les questions ou les préoccupations du patient.
 - Choisir un environnement approprié : s'assurer que l'environnement où se déroulera l'entretien est calme, privé et confortable. Cela favorisera une communication ouverte et confidentielle.
 - Préparer le matériel nécessaire : s'assurer d'avoir tous les outils et documents nécessaires à portée de main, tels que des dossiers médicaux, des images médicales...
 - Adopter une approche empathique : se mettre mentalement à la place du patient pour mieux comprendre ses préoccupations, ses émotions et ses besoins.
 - Impliquer les proches. La plupart des patients veulent avoir quelqu'un avec eux, mais cela devrait être **le choix du patient**. Lorsqu'il y a beaucoup de membres de la famille, demandez au patient de choisir un ou deux représentants de la famille.
 - Gérer les contraintes de temps et les interruptions.
- ❖ P— **Perception** Évaluation de la perception du patient les étapes 2 et 3 de SPIKES sont des moments de l'entretien où on met en œuvre l'axiome « avant de dire, demandez ». Autrement dit, avant de discuter des résultats médicaux, le clinicien utilise des questions ouvertes pour se faire une idée raisonnablement précise de la façon dont le patient perçoit la situation médicale. Par exemple, « Que vous a-t-on dit jusqu'à présent sur votre situation médicale ? » ou « Quelle est votre compréhension des raisons pour lesquelles nous avons fait l'IRM ? ». Sur la base de ces informations, on peut corriger les informations erronées et adapter les mauvaises nouvelles à ce que le patient comprend. Cela peut également accomplir la tâche importante de déterminer si le patient adopte une quelconque variation du déni de la maladie : pensées positives, omission de détails médicaux essentiels mais défavorables de la maladie, ou attentes irréalistes du traitement.

- ❖ I— **Invitation** Obtention de l'invitation du patient, alors que la majorité des patients expriment le désir d'obtenir toutes les informations sur leur diagnostic, leur pronostic et les détails de leur maladie, certains patients ne le souhaitent pas. Lorsqu'un clinicien entend explicitement un patient exprimer le désir d'obtenir des informations, cela peut atténuer l'anxiété associée à la divulgation de mauvaises nouvelles. Cependant, éviter les informations est un mécanisme de défense psychologique valide et peut être plus susceptible de se manifester à mesure que la maladie devient plus grave. Discuter de la divulgation d'informations au moment de prescrire des tests peut inciter le médecin à planifier la prochaine discussion avec le patient. Des exemples de questions posées au patient pourraient être : « Comment aimeriez-vous que je vous communique les résultats des tests ? Souhaitez-vous que je vous donne toutes les informations ou que je vous esquisse les résultats et que je passe plus de temps à discuter du plan de traitement ». Si les patients ne veulent pas connaître les détails, proposez de répondre à toutes les questions qu'ils pourraient avoir à l'avenir ou de parler à un parent ou à un ami.

- ❖ K— **Knowledge** Transmission des connaissances ou des informations au patient, prévenir le patient que de mauvaises nouvelles arrivent peut atténuer le choc qui peut suivre la divulgation de mauvaises nouvelles et faciliter le traitement de l'information. Des exemples de phrases qui peuvent être utilisées comprennent : « Malheureusement, j'ai de mauvaises nouvelles à vous annoncer » ou « Je suis désolé de vous dire que... ». Donner des faits médicaux, la partie unilatérale du dialogue médecin-patient, peut être améliorée par quelques directives :
 - Adapter le discours au niveau de la compréhension du patient.
 - Utiliser des mots non techniques tels que « propagation » au lieu de « métastasé » et « échantillon de tissu » au lieu de « Biopsie ».

- Éviter l'extrême franchise (par exemple, « Vous avez un cancer très grave et si vous ne recevez pas de traitement immédiatement, vous allez mourir. ») car cela risque de laisser le patient isolé et plus tard en colère, avec une tendance à blâmer le messenger des mauvaises nouvelles.
 - Donner les informations par petit à petit et vérifiez périodiquement la compréhension du patient.
 - Lorsque le pronostic est sombre, évitez d'utiliser des phrases telles que « Il n'y a plus rien à faire pour vous. » Cette attitude est incompatible avec le fait que les patients ont souvent d'autres objectifs thérapeutiques importants tels que le bon contrôle de la douleur et le soulagement des symptômes.
- ❖ **E—Emotion** Adresser les émotions du patient avec des réponses empathiques, répondre aux émotions du patient est l'un des défis les plus difficiles lors de l'annonce de mauvaises nouvelles. Les réactions émotionnelles des patients peuvent varier du silence à l'incrédulité, aux pleurs, au déni ou à la colère. Lorsque les patients reçoivent de mauvaises nouvelles, leur réaction émotionnelle est souvent une expression de choc, d'isolement et de deuil. Dans cette situation, le médecin peut offrir un soutien et une solidarité au patient en faisant une réponse empathique. Une réponse empathique se compose de quatre étapes :
- Observer toute émotion du côté du patient. Il peut s'agir de larmes, d'un regard triste, de silence ou de choc.
 - Ensuite, identifier l'émotion ressentie par le patient en la nommant à soi-même. Si un patient semble triste mais reste silencieux, posez des questions ouvertes pour interroger le patient sur ce qu'il pense ou ressent.

- Troisièmement, identifier la raison de l'émotion. Celle-ci est généralement liée aux mauvaises nouvelles. Cependant, si vous n'êtes pas sûr, demandez encore une fois au patient.
- Quatrièmement, après avoir donné au patient un bref moment pour exprimer ses sentiments, faites-lui savoir que vous avez fait le lien entre l'émotion et la raison de l'émotion en faisant une déclaration de connexion Jusqu'à ce qu'une émotion soit dissipée, il sera difficile d'aborder d'autres problèmes.
- ❖ S— **Strategy and Summary** stratégie et résumé, cette étape consiste à
 - Élaborer un plan d'action en collaboration avec le patient. Le médecin et l'équipe de soins discutent des options de traitement, des prochaines étapes et du soutien disponible pour le patient. Il est important d'adapter la stratégie en fonction des préférences et des besoins du patient, en tenant compte de ses valeurs, de ses croyances et de ses objectifs de traitement.
 - Faire une synthèse des points clés discutés lors de l'entretien. Le médecin récapitule les informations médicales importantes, les implications du diagnostic ou de la situation, les options de traitement proposées et les prochaines étapes à suivre. Le résumé permet de clarifier les informations pour le patient et de s'assurer qu'il comprend bien ce qui a été discuté.

II. Discussion des résultats :

1. Discussion des résultats de l'enquête menée auprès des médecins :

1.1. Formation antérieure en annonce diagnostique :

Dans notre étude, 64% des médecins avaient bénéficié d'une formation en annonce diagnostique.

Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par, Al.Zomia et al 66,6% [32], Lee et Yi 64% [34] Abdalazim Dafallah 56% [33] et Mansoursamaei et al. 64,5% [35].

Des études antérieures ont montré que la formation en communication de mauvaises nouvelles offre l'opportunité de surmonter le stress associé à cette tâche et aide les médecins à développer leur confiance [36,37].

1.2. Difficultés et les obstacles rencontrés lors de l'annonce :

Dans notre étude 71% des médecins trouvent des difficultés lors de l'annonce diagnostique ce qui est proche des résultats de Munneer et al 70% [38] et nettement supérieur aux résultats trouvés par Al.Zomia et al 30% [32] et Abdalazim Dafallah 43,8% [33].

Il existe une littérature empirique exposant les différentes raisons de difficultés rencontrées par les médecins lors de l'annonce une mauvaise nouvelle [39, 40,41].

Certaines raisons semblent être liées au souci de protéger le patient comme la peur de le faire souffrir [1], la crainte d'ôter tout espoir au patient, et de provoquer chez lui des réactions violentes.

D'autres raisons paraissent liées au souci de se protéger : peur de se laisser envahir par ses propres émotions, peur d'être considéré par le patient comme responsable de la mauvaise nouvelle, crainte de ne pas savoir réagir devant les émotions du patient, évocation de sa propre mort ou celle de ses proches, difficulté du constat d'échec vis-à-vis de la maladie [41,42].

Dans notre étude nous avons identifié que la principale préoccupation de nos médecins est la peur de faire mal au patient. Cette appréhension est suivie par la difficulté à gérer les émotions exprimées par le patient.

1.3. La connaissance du protocole d'annonce SPIKES :

Dans notre étude les médecins qui connaissent le protocole SPIKES représentent seulement 11%. Ce résultat rejoint les conclusions de Lench et Destefani [43], qui ont montré que 80% des participants à leur étude ne connaissaient pas le protocole SPIKES. Les participants déclarent qu'ils ont appris en observant d'autres spécialistes, ainsi que l'étude de Ferreira Da Silveira et al. [44] dans aucun des participants n'était au courant d'un protocole pouvant aider à aborder les mauvaises nouvelles et à les communiquer aux patients. La plupart d'entre eux avaient appris en observant d'autres spécialistes [44].

1.4. Evaluation de la pratique des médecins en matière d'annonce :

Le protocole SPIKES prévoit six étapes dans l'annonce diagnostique ou l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

a. Préparation du cadre :

La première étape est le cadre (S), cela concerne la préparation des médecins et l'espace dans lequel ils communiqueront la nouvelle. Le protocole stipule qu'un endroit privé où il n'y aura pas d'interruptions devrait être préféré. De plus, il est nécessaire de déterminer si le patient souhaite être accompagné ou non pendant la conversation. Le médecin devrait de préférence être assis à côté du patient, afin de lui offrir le confort et la sécurité.

Dans notre étude ces éléments ont été analysés à travers les questions suivantes :

- Vous assurez-vous que la réunion avec le patient se déroule en privé ?
- Avez-vous déjà fait une annonce dans le couloir, par téléphone, ou autrement ?
- Demandez-vous au patient s'il souhaite être accompagné par un membre de sa famille ou s'il préfère être seul ?

- Est-ce que vous vous présentez au patient et à sa famille (si elle est présente) ?

Presque tous les médecins inclus dans notre enquête s'assurent toujours ou fréquemment que la réunion se déroule en privé, ces résultats sont similaires à ceux trouvés par Ferreira Da Silveira et al 78% [44], Al Zomia et Al. 84,7% [32], Mansoursamaei et al. [35] 84,2% [35], Mostafavian et shaye 81,4% [45], Muneer et al. 85,3% [38], Konstantis et Exiara 96,61% [46] et Lee et Yi 83% [34].

Demander au patient s'il souhaite être accompagné ou non est une pratique faite par 71% des médecins ce qui rejoint les résultats trouvés par Martins et al 75% [47] et Martin Hernandez 78% [48].

80% des médecins se présentent toujours ou fréquemment au patient au début de la réunion, ces résultats sont proche à ceux trouvés par Al Zomia et al. 85% [48], Muneer et al. 87% [38] et Mostafavian et Shaye 83% [45].

Selon nos résultats, il est observé que nos médecins s'impliquent activement dans la préparation du cadre de l'annonce, ce qui revêt une grande importance étant donné que des études menées pour évaluer les préférences des patients ont démontré que ces derniers préfèrent que la réunion d'annonce se déroule en privé [49,50].

b. Evaluation des connaissances :

La deuxième étape du protocole est la perception (P). C'est le moment de vérifier ce que le patient sait concernant son état de santé, et de découvrir s'il souhaite être informé de sa condition et quels sont ses préoccupations.

Dans notre étude ces éléments ont été analysés à travers les questions suivantes :

- Avant de faire l'annonce, évaluez-vous l'état émotionnel et psychique du patient ?
- Évaluez-vous les connaissances du patient sur la situation avant de procéder à l'annonce?

En ce qui concerne l'évaluation de l'état émotionnel et psychique du patient, 66% des médecins sont impliqués dans cette pratique, ce qui est proche des résultats de l'étude d'Al Zomia et al. 56% [32] et de celle de Lee et Yi 67% [34].

Dans notre étude, il est observé que 80% des médecins sont impliqués dans l'évaluation des connaissances du patient avant l'annonce. Ce résultat est cohérent avec d'autres études antérieures, notamment celle de Mansoursamaei et al. 82,5% [35], celle de Lima et al. 83,49% [51], mais il est supérieur à d'autres études telles que celles menées par Abdalazim Dafallah 63%[33], Mostafavian et Shaye 67,1%[45], et Al Zomia et al. 56% [32].

c. Obtention de l'invitation

La troisième étape, l'invitation (I), est cruciale car elle permet de déterminer le niveau d'information que le patient souhaite recevoir concernant son état de santé, tout en laissant la possibilité au patient et/ou à sa famille de poser des questions.

Dans notre étude ces éléments ont été analysés à travers la question suivante :

- Obtenez-vous l'accord du patient (en lui demandant ce qu'il souhaite savoir) ?

L'analyse des résultats a révélé que seulement 64% des médecins cherchent à comprendre ce que le patient souhaite savoir. Ce constat est similaire à celui de l'étude de Martín Hernández 69% [48], de Muneer et al. 65% [38] et de Ferreira Da Silveira 68% [44].

d. Transmission de l'information :

La quatrième étape « connaissance" (Knowledge) est celle où les informations sur la situation médicale sont transmises au patient. C'est le moment où le patient est informé de son état de santé, de manière claire, compréhensible et empathique. Les médecins doivent utiliser un langage accessible, éviter le jargon technique et fournir des explications détaillées sur la situation. Cette étape est cruciale pour permettre au patient de comprendre pleinement sa condition et de prendre des décisions éclairées concernant son traitement et sa prise en charge médicale.

Dans notre étude ces éléments ont été analysés à travers les questions suivantes :

- Éprouvez-vous des difficultés à transmettre clairement le diagnostic sans recourir à l'utilisation de termes médicaux ?
- Offrez-vous l'information progressivement, en permettant qu'elle soit retenue (en abordant éventuellement le diagnostic, le plan thérapeutique et le pronostic séparément) ?
- Adaptez-vous l'information à la compréhension du patient lors de la transmission du diagnostic ?

Près de la totalité des médecins, soit 90%, transmettent le diagnostic de manière progressive et claire, en l'adaptant à la compréhension du patient. Cependant, ils éprouvent toujours des difficultés à utiliser des termes simples sans recourir au jargon médical. Seulement 36% des médecins déclarent utiliser des mots simples lors de la communication avec les patients.

La comparaison des résultats de notre étude avec celles d'Al Zomia et al.[32] ainsi que de Ferreira Da Silveira [44] révèle des différences significatives. Dans notre étude, seulement 36% des médecins déclarent utiliser des mots simples lors de la communication avec les patients, Al Zomia et al.[32] ont trouvé que 65% des médecins utilisent des mots simples à comprendre, et Ferreira Da Silveira [44] ont rapporté un pourcentage encore plus élevé de 85,9%.

Une explication potentielle de ces différences pourrait être la difficulté de traduire des termes médicaux en arabe. Cette difficulté pourrait rendre les médecins plus enclins à utiliser un langage plus technique et moins accessible lorsqu'ils communiquent avec les patients.

e. Le soutien émotionnel :

La cinquième étape, celle de l'empathie (E), est le moment où les médecins montrent à leurs patients qu'ils ont établi une relation de confiance avec eux, et qu'ils comprennent les sentiments de leurs patients et sont compatissants envers leur situation. Cependant, les médecins ne devraient pas enlever l'espoir aux patients, ni leur donner de faux espoirs. C'est le

moment où les médecins devraient montrer leur soutien à leurs patients de plusieurs manières, notamment sur le plan émotionnel et spirituel. En effet, lorsque les patients et leur famille reçoivent de mauvaises nouvelles, cela suscite des sentiments, des émotions et des préoccupations.

Dans notre étude ces éléments ont été analysés à travers les questions suivantes :

- Maintenez-vous une distance physique et émotionnelle appropriée ?
- Trouvez-vous des difficultés à gérer vos émotions ?
- Arrivez-vous à identifier les différents mécanismes de défense du patient (déli, annulation, projection agressive ...) ?
- Savez-vous comment vous adapter aux différentes réactions du patient et de sa famille ?

Les résultats de notre étude indiquent que 15% des médecins maintiennent toujours une distance physique et émotionnelle avec leurs patients, et 62% maintiennent fréquemment une distance appropriée, 36% des médecins rencontrent des difficultés pour gérer leurs propres émotions. Cependant, une majorité, soit les trois quarts des médecins, déclarent être capables d'identifier les mécanismes de défense qu'un patient peut adopter et de s'y adapter en conséquence

Ces résultats soulignent l'importance de reconnaître les défis émotionnels auxquels sont confrontés les médecins dans leur pratique quotidienne. La gestion efficace de ces émotions est essentielle pour maintenir des soins de qualité et une communication empathique avec les patients. Les programmes de formation médicale et les initiatives de soutien professionnel peuvent jouer un rôle crucial dans le renforcement des compétences des médecins en gestion émotionnelle et de maintien du bien-être personnel.

Les résultats de notre étude révèlent que 75% des médecins déclarent être capables d'identifier les mécanismes de défense qu'un patient peut adopter et de s'y adapter en conséquence. Cette constatation est en ligne avec les résultats d'autres études, telles que celles

menées par Mansoursamaei et al. 77% [35], Mostafavian et Shay 78% [45], Al Zomia et al. 80% [32], et Abdalazim Dafallah 82% [33].

Une bonne compréhension des mécanismes de défense des patients permet aux médecins d'ajuster leur communication et leur approche pour répondre aux besoins émotionnels spécifiques des patients, ce qui peut contribuer à une meilleure satisfaction des patients, à une meilleure adhésion au traitement

f. Stratégie et résumé de l'entretien :

La sixième et dernière étape est stratégie et résumé (S). C'est le moment de s'assurer que le patient a bien compris toutes les informations et de réaliser une brève analyse rétrospective, ainsi que de présenter et discuter d'un plan thérapeutique et du pronostic de la maladie avec le patient.

Dans notre étude ces éléments ont été analysés à travers les questions suivantes :

- Faites-vous une synthèse de l'entretien ?
- Proposez-vous une aide extra-médicale si nécessaire (psychologique, social ou spirituel...)?
- Proposez-vous un projet à court terme en définissant les étapes ultérieures de la prise en charge ?

La synthèse de l'entretien, une pratique effectuée régulièrement par 66% des médecins, est cohérente avec les résultats trouvés par Al Zomia et al. qui ont rapporté un pourcentage de 63,4% [32], tandis que Lima et al. 72,4% [51], Abdallazim Dafallah 74,5% [33], et Ferreira Da Silveira et al. 75% [44] ont trouvé des pourcentages légèrement plus élevés.

Les médecins qui proposent une aide extra-médical aux patients représentent 46%, cela reste inférieur aux résultats trouvés par Mansoursamaei et al. 60% [35], Mostafavian et Shay 63% [45], Al Zomia et al 64% [32], Frreira Da Silveira et al. 70% [44].

Avant de clôturer une consultation d'annonce il faut proposer un projet à court terme en définissant les étapes ultérieures de la prise en charge, dans notre étude 66% seulement de médecin sont conscient de cette pratique, ces résultats sont proches à ceux trouvés dans la littérature notamment dans l'étude faite par Al Zomia et al. 61% [32], Abdallazim Dafallah 65% [33], Ferreira Da silveira et al. 63% [44].

À partir des résultats obtenus on note que :

- ❖ Les médecins sont impliqués dans :
 - La préparation de l'entretien
 - L'évaluation des connaissances des patients
 - La transmission du diagnostic d'une manière progressive et claire
 - L'identification des différents mécanismes de défense et savoir s'y adapter
- ❖ Les médecins sont moins impliqués dans :
 - L'obtention de l'invitation des patients
 - L'évaluation de l'état émotionnel avant de procéder à l'annonce
 - Le soutien émotionnel et la réponse empathique
 - La synthèse et la proposition d'un projet de prise en charge

2. Discussion des résultats de l'enquête menée auprès des patients :

Notre étude examine si, du point de vue du patient, les différentes étapes pour l'annonce diagnostique décrite dans la littérature sont appliquées efficacement. Il est a noté que dans le questionnaire on s'est basé sur le protocole SPIKES.

2.1. Préparation du cadre :

Dans notre étude ainsi que plusieurs recherches antérieures ont examiné des aspects spécifiques du protocole. L'analyse des résultats ont montré que 66% des patients ont reçu l'annonce en privé, ce qui est similaire aux résultats trouvés par Seifart et al. 63,3% [52], Marschollek et al. 65,33% [53], Sobczak et al. 64% [30], Fisseha et al. 74,5% [54], Von Blanckenburg 73% [49].

Dans notre étude, nous avons constaté que 68% des patients sont satisfaits du temps accordé par le médecin. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés dans d'autres études, telles que celles de Marschollek et al. 65% [53], Seifart et al. 60% [52] et Sobczak et al. 58% [30].

Un temps adéquat permet aux patients de poser des questions, d'exprimer leurs préoccupations et de comprendre pleinement leur situation médicale. Cela contribue à renforcer la relation entre le patient et le médecin en favorisant la confiance, la compréhension et le respect mutuel.

Une étude transversale menée en Allemagne a révélé que disposer d'un temps de consultation adéquat et éviter les interruptions étaient parmi les demandes importantes des patients [66]. De manière similaire, Mirza et al. ont révélé que la plupart des patients soit 85% estiment qu'il était nécessaire de se trouver dans une pièce calme et privée lors de la réception de mauvaises nouvelles [50].

Pour la présence d'un accompagnant 76% des patients affirment que le médecin leur a demandé s'ils souhaitent être accompagné ce résultat est supérieur à ceux trouvés par Fisseha et al 55,8% [54], Marschollek et al. 31,7% [53]. Cette différence pourrait s'expliquer par des différences culturelles et religieuses, où la famille est plus impliquée dans la communication, et où les patients font appel à leur famille pour faciliter la communication.

2.2. Evaluation des connaissances :

Pour l'étape de perception et évaluation des connaissances du patient avant l'annonce, dans notre étude 37% des patients affirment que leur médecin à procéder à cette pratique, ces résultats sont similaires à ceux d'autres études : Marschollek et al 27,68% [53], Von Blanckenburg 30,8% [49]. D'après ces résultats on peut conclure que l'évaluation des connaissances reste une pratique négligée par les médecins.

2.3. L'obtention de l'invitation :

Dans l'étape invitation et évaluation de la quantité d'information que le patient désire recevoir seulement 38% des patients déclarent que leur médecin à solliciter leurs consentements, ces résultats sont similaires à ceux trouvés dans d'autres études : Marschollek et al. 27% [53], Sobczak et al. 30% [30], Von Blanckenburg et al 40% [49].

2.4. Transmission de l'information :

Dans l'étape ou les informations sur la situation médicale sont transmises 60% des patients déclarent que leur médecin les a préparés mentalement avant l'annonce, ces résultats rejoignent ceux trouvés par Marschollek et al. 61% [53] et Von Blanckenburg et al 63% [49].

La préparation psychique des patients peut revêtir différentes formes, notamment en expliquant le processus de communication à venir, en établissant un environnement de soutien et en encourageant les patients à poser des questions. Cette préparation peut aider à réduire l'anxiété et à favoriser une réception plus constructive des informations médicales.

Dans notre étude, 55% des patients affirment que leur médecin à annoncer progressivement et avec clarté ce qui rejoint aussi les résultats trouvés par Marschollek et al 53% [53], Seifart et al 59% [52] et ceux de Von Blanckenburg 56% [49].

Il est préoccupant de constater que plus de la moitié des patients 55% ont trouvé que les médecins utilisaient parfois des termes médicaux incompréhensibles. Cela souligne la nécessité de faire un effort supplémentaire pour utiliser un langage simple et accessible lors de la communication médicale, afin d'éviter toute confusion,

La majorité des patients soit 78% affirment que le médecin les a encouragés à poser des questions cela reste relativement satisfaisant et proche aux résultats trouvaient par sobczak et al. 73% [30], seifart et al. 60% [52], Von Blanckenburg et al. 83% [49]. Le fait de donner aux patients l'opportunité de poser des questions clarifie de plus en plus toute confusion et permet une meilleure compréhension de leur état de santé.

2.5. Le soutien émotionnel :

Brown et al. [55] ont décrit que la principale raison de l'insatisfaction des patients réside dans le discours pessimiste et peu empathique. Il est donc important de trouver un juste équilibre entre des réponses empathiques, qui donnent de l'espoir au patient sans susciter des attentes irréalistes, tout en restant spécifique en même temps.

Dans notre étude 61% des patients trouvent que le médecin qui a fait l'annonce a été attentif et a montré d'empathie, ces résultats s'alignent avec ceux trouvés par Von Blanckenburg et al. 59% [49], Seifart et al 62% [52] et Marschollek et al 64% [53]. Dans une étude marocaine le médecin était perçu comme indifférent ou froid dans 40% des cas [11]. Selon Edwards et al, les patients sont déçus, de l'indifférence des médecins et de leur réaction froide et distante lors de l'annonce [56]. Les patients attendent de leur médecin d'annoncer le diagnostic d'une façon plus humaine et une meilleure écoute [57].

2.6. Stratégie et résumé :

Pour la dernière étape stratégie et résumé 64% des patients ont été informé sur les étapes ultérieurs de la prise en charge et 57% déclarent qu'une aide extra médical a été proposé Il est particulièrement nécessaire de prêter plus d'attention à la dernière étape – Stratégie &

Résumé – car l'ensemble de l'entretien ne peut pas être évalué correctement si le patient ne comprend pas finalement sa condition et le suivi nécessaire.

Selon des études, la plupart des patients s'attendent à ce que le médecin leur fournisse des informations exhaustives et détaillées sur le diagnostic, ainsi qu'un aperçu détaillé de ses éventuelles conséquences, ce qui leur permettrait de participer au processus de prise de décision concernant leur thérapie ultérieure. [58,59]

2.7. Le degré de satisfaction des patients :

Dans notre étude les patients très satisfaits à satisfaits du déroulement de la consultation d'annonce présentent 51% ces résultats rejoignent celles trouvées par Marschollek et al. 56% [53], Sobczack et al. 59% [30] et relativement inférieures à l'étude faite par Von Blanckenburg où 70% des patients étaient satisfaits de la consultation de l'annonce [49]. Ce degré de satisfaction encore bas reste inquiétant, ce qui souligne la nécessité croissante de former davantage les médecins.

Les réponses à l'enquête menée par Mirza ont confirmé l'importance de ne pas se sentir pressé et ont révélé l'importance du soutien émotionnel pour les patients ainsi qu'une éducation suffisante concernant leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement [50]. Dans notre étude la dernière question où les patients ont été invités à proposer des améliorations pour la manière dont les médecins annoncent, les propositions qui revenaient régulièrement étaient de donner plus de temps, d'être plus à l'écoute et de fournir davantage de soutien émotionnel.

Ces résultats montrent que les patients trouvent que :

- ❖ Les médecins sont impliqués dans :
 - La préparation du cadre
 - La transmission du diagnostic progressivement
 - L'information sur la stratégie du traitement
- ❖ Les médecins sont moins impliqués dans :
 - L'évaluation des connaissances
 - L'obtention de l'invitation
 - L'annonce de façon empathique et le soutien émotionnel

III. Les limites de notre étude :

- ❖ Notre étude présente certaines limitations qu'il est important de prendre en compte. En raison de la taille réduite de notre échantillon, les conclusions tirées de cette étude ne peuvent pas être généralisées à l'ensemble de la population des médecins marocains.
- ❖ Il est également possible que, comme c'est souvent le cas dans les questionnaires, les médecins aient fourni des réponses socialement acceptables. Cependant, des mesures ont été prises pour garantir l'anonymat des données afin de minimiser ce biais.



RECOMMANDATIONS



Au terme de notre étude, nous nous permettons de formuler les recommandations suivantes :

- ❖ L'utilisation de la formation par simulation peut être extrêmement bénéfique pour améliorer la qualité de l'annonce diagnostique. Elle permet une :
 - ✓ **Pratique réaliste** : La formation par simulation offre la possibilité de recréer des scénarios réalistes qui imitent fidèlement les situations rencontrées lors de l'annonce diagnostique. Cela permet aux médecins de s'exercer dans un environnement contrôlé et sécurisé, où ils peuvent développer et affiner leurs compétences en communication.
 - ✓ **Exposition à une variété de cas** : Les simulations peuvent être conçues pour couvrir une gamme diversifiée de diagnostics et de contextes, ce qui expose les praticiens à une variété de scénarios qu'ils pourraient rencontrer dans leur pratique réelle. Cela les prépare à gérer efficacement différentes situations et à s'adapter aux besoins spécifiques de chaque patient.
 - ✓ **Feedback constructif** : Pendant et après la simulation, les participants reçoivent un feedback détaillé et constructif de la part des formateurs ou des pairs. Cela leur permet d'identifier leurs points forts et leurs domaines à améliorer en matière de communication, de gestion du stress et de compréhension des besoins émotionnels des patients.
 - ✓ **Développement de compétences non techniques** : En plus des compétences techniques, la formation par simulation permet de développer des compétences non techniques essentielles telles que l'empathie, la compassion, la gestion du temps et la prise de décision. Ces compétences sont cruciales lors de l'annonce de diagnostics.
 - ✓ **Réduction des erreurs** : En permettant aux médecins de s'exercer et de se

perfectionner dans un environnement simulé, la formation par simulation contribue à réduire les erreurs lors des annonces diagnostiques dans la pratique réelle. Les participants peuvent apprendre de leurs erreurs sans mettre en danger la sécurité des patients.

- ✓ **Renforcement de la confiance** : La pratique répétée dans un environnement simulé permet aux médecins de gagner plus de confiance dans leurs capacités à communiquer. Cette confiance accrue se traduit par une meilleure prestation de soins dans la pratique réelle.
- ❖ Des tables rondes sur l'annonce diagnostique peuvent offrir un espace d'échange et d'apprentissage précieux pour les professionnels de la santé. Elles permettront de partager des expériences, de développer des compétences en communication.
- ❖ Insister sur la nécessité de bâtir un dispositif d'annonce commun basé sur les états généraux des études citées ci-dessus, et qui doit être appliqué dans les différents établissements sanitaires des différentes régions du Maroc.
- ❖ Développer un guide personnalisé répondant aux besoins et aux préférences de la population marocaine
- ❖ Intégrer des cours théoriques de la communication et des protocoles d'annonce de maladie grave dans le premier cycle des études médicales, et organiser par la suite des formations par simulation qui viennent en complément indispensable.
- ❖ Elargir la formation aux autres professionnels de la santé : infirmiers, techniciens de biologie et de radiologie, psychologues, assistance sociale... chacun dans sa mesure lui est appropriée.

A la lumière de notre travail voici quelques points clés pour réussir une consultation d'annonce :

- ❖ **Préparation adéquate** : Avant de faire une annonce diagnostique, il est crucial de se préparer soigneusement. Cela peut inclure la collecte de toutes les informations pertinentes, la compréhension complète du diagnostic et de ses implications, ainsi que la préparation mentale pour gérer les réactions émotionnelles des patients.
- ❖ **Choix du moment et du lieu appropriés** : Sélectionnez un moment et un lieu propices où les patients peuvent recevoir et traiter l'information de manière confortable et privée. Évitez les distractions et assurez-vous que suffisamment de temps est disponible pour discuter et répondre aux questions.
- ❖ **Communication claire et empathique** : Utilisez un langage simple et non technique pour expliquer le diagnostic. Assurez-vous de parler lentement et clairement, en utilisant des mots qui sont compréhensibles et adapté au niveau intellectuel du patient. Soyez empathique et attentif aux émotions.
- ❖ **Fournir des informations complètes** : Donnez autant d'informations que possible sur le diagnostic, y compris ses causes possibles, son évolution, les options thérapeutiques disponibles et les implications à court et à long terme. Répondez honnêtement aux questions et clarifiez tout ce qui n'est pas compris.
- ❖ **Encourager le patient à poser des questions** : Encouragez les personnes concernées à poser des questions et à exprimer leurs préoccupations. Assurez-leur qu'il n'y a pas de questions stupides et que leur participation est importante pour comprendre pleinement la situation.
- ❖ **Fournir un soutien et des ressources** : Offrez un soutien émotionnel aux patients et proposez-leur des ressources supplémentaires telles que des groupes de soutien..

- ❖ **Établir un plan d'action** : Collaborativement avec les patients, établissez un plan d'action pour la gestion du diagnostic. Cela peut inclure des étapes spécifiques à suivre, des rendez-vous de suivi, des changements de mode de vie ou des traitements médicaux.
- ❖ **Suivi et disponibilité continue** : Assurez-vous de rester disponible pour répondre aux questions supplémentaires et fournir un soutien continu à mesure que les personnes concernées assimilent et traitent l'information. Effectuez des suivis réguliers pour évaluer la progression et ajuster le plan d'action si nécessaire.



CONCLUSION



Annoncer un diagnostic difficile ou un pronostic péjoratif représente un défi pour tout médecin et nécessite des compétences de communication appropriées. En effet, une bonne communication médecin-patient est un pilier essentiel pour favoriser une meilleure adhésion au traitement et aux soins.

Nous avons mené une étude quantitative impliquant les médecins et les patients du service d'hématologie clinique au CHU Mohammed VI. L'objectif était d'évaluer la pratique des médecins afin d'identifier les obstacles et les points faibles pour pouvoir les améliorer.

Les résultats de notre travail ont montré que la plupart de nos médecins sont conscients de la complexité de cette tâche et rencontrent des difficultés lors de la communication de mauvaises nouvelles, et qu'il y a un manque de formation en matière d'annonce. Notre étude, met en évidence l'engagement des médecins dans des pratiques telles que la préparation des entretiens et l'information des patients sur les plans de traitement. Cependant, ils semblent moins engagés dans des aspects tels que l'évaluation des connaissances des patients et l'obtention de leur consentement quant au niveau d'information souhaité ainsi que le soutien émotionnel qui semble négligé. La portion des patients très satisfaits à satisfaits, qui ne dépasse pas la moitié, est un signal d'alarme qu'il y'a un problème à résoudre.

La résolution de ses problèmes passe obligatoirement par une amélioration de la formation des médecins sur les techniques de communication et sur l'enseignement théorique des mécanismes de défense des soignants ainsi que des réactions des patients à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Ces connaissances devront être transmises dès la formation initiale au travers de l'enseignement obligatoire pendant le résidanat voire l'externat au moyen de cas cliniques, jeux de rôles ou des cours de communication, puis au cours des stages hospitaliers par le biais de groupes avec partage d'expérience. Cette instruction devra ensuite se poursuivre pendant la formation continue au moyen de séminaires, groupes entre pairs et l'autoformation par le biais de revues, publications et recommandations de bonne pratique.

En intégrant ces approches dans la pratique clinique, nous pouvons aspirer à des annonces diagnostiques de qualité, plus humaines, respectueuses et propices à une meilleure compréhension et adhésion des patients aux traitements. Cela contribuera non seulement à améliorer les résultats cliniques, mais aussi à renforcer la confiance et la satisfaction des patients à l'égard des soins de santé.



ANNEXES



Évaluation de la qualité de l'annonce diagnostique au sein du service d'hématologie clinique CHU Mohammed VI

Dans le cadre d'une thèse en médecine, Ce questionnaire destiné aux médecins du service d'hématologie a été réalisé afin d'évaluer leur pratique en matière d'annonce diagnostique.
Nb : Ce questionnaire est anonyme respectant la confidentialité des participants

Le sexe *

- Masculin
 Féminin

L'âge *

- 20-25 ans
 26-30 ans
 31-35 ans
 supérieur 35 ans

Vous êtes *

- Interne
 Résident

Avez-vous déjà eu une formation au cours de votre étude médicale ou lors de votre spécialisation sur l'annonce diagnostique, annonce d'une mauvaise nouvelle, communication ... ? *

- Oui
 Non

**Evaluation de la qualité de l'annonce diagnostique
au sein du service d'hématologie clinique au CHU Mohammed VI.**

Trouvez-vous de difficulté lors de l'annonce diagnostique ? *

- Oui
- Non

Quelles sont les différents obstacles que vous trouviez lors de l'annonce ? *

- La peur de faire mal au patient
- Inquiétude de ne pas savoir contrôler ses propres émotions Compétence
et expérience insuffisantes
- Difficulté de transmettre vos idées clairement
- La peur de provoquer une réaction non contrôlable ou agressive Ne pas
avoir assez de temps
- Difficulté à gérer les émotions du patient.
- Aucun

Connaissez-vous le SPIKES ? *

- Oui
- Non

**Evaluation de la qualité de l'annonce diagnostique
au sein du service d'hématologie clinique au CHU Mohammed VI.**

En vous basant sur votre pratique en matière d'annonce diagnostique, veuillez répondre aux questions suivantes :

Questions	Toujours	Fréquemment	Rarement	Jamais
Vous assurez-vous que la réunion avec le patient se déroule en privé ?				
Avez-vous déjà fait une annonce dans le couloir, par téléphone, ou autrement ?				
Demandez-vous au patient s'il souhaite être accompagné par un membre de sa famille ou s'il préfère être seul ?				
Est-ce que vous vous présentez au patient et à sa famille (si elle est présente) ?				
Avant de faire l'annonce, évaluez-vous l'état émotionnelle et psychique du patient ?				
Évaluez-vous les connaissances du patient sur la situation avant de procéder à l'annonce ?				
Obtenez-vous l'accord du patient (en lui demandant ce qu'il souhaite savoir) ?				
Transmettez-vous le diagnostic clairement sans utiliser des mots médicaux ?				
Offrez-vous l'information progressivement, en permettant qu'elle soit retenue ?				
Adaptez-vous l'information à la compréhension du patient lors de la transmission du diagnostic ?				
Utilisez-vous des supports tels que des dessins pour faciliter la transmission de l'information ?				
Maintenez-vous une distance physique et émotionnelle appropriée				
Trouvez-vous des difficultés à gérer vos émotions ?				
Est-ce que vous posez des questions pour évaluer la compréhension du patient ?				
Arrivez-vous à identifier les différents mécanismes de défense du patient (déli, annulation, projection ...) et s'y adapter ?				
Accordez-vous suffisamment de temps au patient pour intégrer l'information ?				
Faites-vous une synthèse de l'entretien ?				
Proposez-vous une aide extra-médicale si nécessaire (Psychologique, social ou spirituel...) ?				
Proposez-vous un projet à court terme en définissant les étapes ultérieures de la prise en charge ?				

**Evaluation de la qualité de l'annonce diagnostique
au sein du service d'hématologie clinique au CHU Mohammed VI.**

Que proposez-vous pour améliorer la qualité de l'annonce diagnostique ?

Votre réponse

Evaluation de la qualité d'annoncediagnostique au
sein du service d'hématologie clinique au CHU
Mohamed VI.

Ce questionnaire est destiné aux patients du service d'hématologie clinique au CHU
Mohamed VI pour évaluer leur expérience en annonce diagnostique.
Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'une thèse en médecine.
NB: le questionnaire respecte la confidentialité .

1. Sexe
 Masculin Fémin
2. L'âge
 15-25 ans
 26-35 ans
 36-45 ans
 46-65 ans Supérieur
 à 65 ans
3. Niveau scolaire
 Non scolarisé
 Primaire
 Collège
 Lycée
 Supérieur
4. La maladie pour laquelle tu es admis (e) en service d'hématologie
 Leucémie aigüe Lymphome
 de Hodgkin Lymphome non
 Hodgkinien
 Leucémie myéloïde chronique
 Leucémie lymphoïde chronique
 Aplasie médullaire
 Myélome multiple
5. La consultation d'annonce s'est tenue en privé ?
 oui
 non

**Evaluation de la qualité de l'annonce diagnostique
au sein du service d'hématologie clinique au CHU Mohammed VI.**

7. Est-ce que le médecin t'a accordé suffisamment de temps pour t'expliquer ta maladie ?
 Oui
 Non
8. Le médecin t'a demandé si tu avais des questions à poser ?
 Oui
 Non
9. Le médecin a répondu à toutes les questions que tu avais lors de cette consultation ?
 Oui
 Non
10. Le médecin a évalué tes connaissances avant de faire l'annonce ?
 Oui
 Non
11. Le médecin t'a demandé quelle quantité d'informations tu préférerais recevoir ?
 Oui
 Non
12. Lors de cette consultation, tu as été informé sur la possibilité d'avoir un aide extra médical (psychologue, nutritionniste, assistante sociale...)
 Oui
 Non
13. Tu as été informé sur les étapes ultérieure de la prise en charge ?
 Oui
 Non
14. Même si l'annonce de ta maladie a été un moment difficile, nous souhaiterions connaître ta satisfaction globale sur la façon dont le médecin te l'a annoncé et les explications que tu as reçues. Peux-tu donner une note entre 1 et 5 ?
1 2 3 4 5

15. Peux-tu nous proposer 3 remarques pour améliorer la consultation d'annonce ?
.....



Résumé

Introduction : L'annonce diagnostique ou l'annonce d'une mauvaise nouvelle est définie comme étant une nouvelle qui va changer radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son être et de son avenir. Elle ne concerne pas uniquement un diagnostic, mais aussi les conséquences possibles de la maladie ou des traitements. Elle peut être ressentie comme une condamnation à mort, ou une condamnation à mal vivre.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une enquête transversale descriptive à recrutement rétrospective visant à évaluer la qualité de l'annonce diagnostique au sein du service d'hématologie clinique au CHU Mohammed VI sur une période de 3 mois du janvier 2024 au mars 2024. Deux questionnaires ont été conçus, le premier s'adressant aux spécialistes, résidents et internes du service et le deuxième étant destiné aux patients suivis en hématologie. Le questionnaire a été élaboré sur google Forms, nous avons procédé à l'analyse statistique des données à l'aide du logiciel Excel 2019. La saisie des textes et des tableaux a été faite sur le logiciel Microsoft Word 2019, celle des graphiques sur le logiciel Excel 2019.

Résultats : Pour l'échantillon des médecins le sexe ratio F/H=1,6, l'âge moyen de notre population était de 30 ans, les médecins qui ont déjà bénéficié d'une formation en annonce diagnostique présentent 64%, plus que les 2/3 des médecins trouvent de difficulté pour annoncer. Presque tous les médecins s'assurent toujours ou fréquemment que la réunion d'annonce se déroule en privé, trois quarts d'entre eux déclarent qu'ils demandent au patient s'il souhaite être accompagné, 80% des médecins se présentent toujours ou fréquemment au patient au début de la réunion et 80% évaluent systématiquement ou fréquemment les connaissances des patients avant d'annoncer, l'obtention de l'accord et la recherche de ce que veut savoir le patient est faite systématiquement par 46% des médecins. Seulement 36% des médecins arrivent à transmettre clairement le diagnostic sans utilisés des termes médicaux, presque la totalité (90%) transmettent le diagnostic progressivement et ils arrivent à adapter l'information à la compréhension du patient, , 36% trouvent de difficulté pour gérer ses émotions, 89% des

affirment qu'ils évaluent la compréhension après l'annonce. Les $\frac{3}{4}$ des médecins déclarent qu'ils arrivent à identifier les mécanismes de défense qu'un patient peut adapter et ils savent s'y adapter. 88% des médecins affirment qu'ils accordent le temps suffisant pour permettre au patient d'intégrer l'information donnée.

Pour l'échantillon des patients le sexe ratio H/F=1,2, l'âge moyen était de 46 ans, a, les $\frac{2}{3}$ de la population étudiée ont reçu l'annonce en privé (66%), 76% de la population étudiée, affirment que le médecin leur a demandé s'ils souhaitaient être accompagnés, Les $\frac{2}{3}$ sont satisfaits par le temps accordé par le médecin, 63% ont rapporté que leur médecin n'avait pas évalué leurs connaissances sur la situation avant de procéder à l'annonce, 38% déclarent que leur médecin avait recueilli leur accord concernant les informations qu'ils souhaitaient connaître. 60% de l'échantillon, ont indiqué avoir été préparés mentalement avant l'annonce par leur médecin, 45%, ont affirmé que leur médecin avait réussi à transmettre le diagnostic de manière progressive, 46% des patients affirment que le diagnostic était transmis clairement, 45%, ont affirmé que leur médecin avait choisi des mots faciles à comprendre, 61%, ont exprimé que leur médecin était à l'écoute et leur a apporté un soutien, 64%, indiquent avoir été informés des étapes ultérieures de leur prise en charge.

Conclusion : Annoncer un diagnostic difficile ou un pronostic péjoratif représente un défi pour tout médecin et nécessite des compétences de communication appropriées, les résultats de notre étude indiquent que les compétences en annonce diagnostique des médecins restent insuffisantes. La résolution de ses problèmes passe obligatoirement par une amélioration de la formation des médecins sur les techniques de communication et sur l'enseignement théorique des mécanismes de défense des soignants ainsi que des réactions des patients à l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Abstract

Introduction: Delivering a diagnosis or conveying bad news is defined by Buckman [1] as sharing information that will radically and negatively change the patient's perception of themselves and their future. It involves not only providing a diagnosis but also discussing potential consequences of the illness or treatments, which can be perceived as a death sentence or a sentence to a life of suffering. Inappropriate communication with the patient can have a negative impact on how they perceive their illness, affecting their adherence to treatment and their experience of the disease. Inadequate communication can also lead to burnout among healthcare professionals. The objective of our study was to evaluate physicians' practices to identify obstacles and weaknesses that need improvement.

Materials and Methods: We conducted a descriptive cross-sectional study with retrospective recruitment to assess the quality of diagnostic disclosure within the Clinical Hematology Department at CHU Mohammed VI over a 3-month period from January 2024 to March 2024. Two questionnaires were designed, one for specialists, residents, and interns in the department, and the other for patients undergoing hematology care. The questionnaire was developed using Google Forms, and data analysis was performed using Excel 2019. Text and table entry were done using Microsoft Word 2019, while graphs were created using Excel 2019.

Results: In our sample of physicians, the female-to-male ratio was 1.6, with an average age of 30 years. Sixty-four percent of physicians had received training in diagnostic disclosure, yet more than two-thirds still found it difficult to deliver such news. Only 11% of physicians were familiar with the SPIKES protocol. Nearly all physicians always or frequently ensured private settings for disclosure meetings, three-quarters asked patients if they wanted company, 80% introduced themselves at the beginning of meetings, and 80% systematically or frequently assessed patient knowledge before disclosure. Forty-six percent systematically obtained patient agreement and sought what information patients wanted to know, with an additional 17% doing

so frequently. Only 36% of physicians were able to convey the diagnosis clearly without using medical jargon, but 90% disclosed the diagnosis gradually and tailored information to patient understanding. Fifteen percent always maintained emotional and physical distance, while 62% frequently maintained appropriate distance. Thirty-six percent struggled to manage their emotions, yet 89% assessed patient understanding post-disclosure. Three-quarters could identify defense mechanisms and adapt accordingly. Eighty-eight percent allocated sufficient time for patients to process information.

For patients, the male-to-female ratio was 1.2, with an average age of 46 years. Two-thirds received private disclosures (66%), 76% were asked if they wanted company, and two-thirds were satisfied with the time spent by the physician. However, 63% reported no assessment of their knowledge before disclosure, and 38% said their preferences regarding information were not gathered. Sixty percent were mentally prepared before disclosure, 45% felt the diagnosis was conveyed progressively and clearly, and 45% found the language used easy to understand. Sixty-eight percent were encouraged to ask questions, 61% felt listened to and supported, 57% were informed about non-medical support options, and 64% were briefed on future treatment steps.

Conclusion: Delivering difficult diagnoses or unfavorable prognoses is a challenge requiring appropriate communication skills. Our study reveals insufficient skills among physicians in diagnostic disclosure. Resolving these issues necessitates improved physician training in communication techniques, theoretical education on healthcare providers' defense mechanisms, and patient reactions to bad news.

ملخص

مقدمة : يعرف التشخيص أو إعلان الأخبار السيئة على أنه خبر يغير بشكل جذري وسلبى فكرة المريض عن نفسه ومستقبله. ولا يتعلق الأمر بالتشخيص فحسب، بل يتعلق أيضاً بالعواقب المحتملة للمرض أو العلاج. يمكن الشعور به كحكم بالإعدام أو كحكم بالعيش بشكل سيء. يمكن أن يكون للطريقة غير الملائمة في التواصل مع المرضى تأثير سلبي على الطريقة التي ينظرون بها إلى مرضهم وتؤثر على التزامهم بالعلاج وتجربتهم مع المرض. كما يمكن أن يكون للتواصل غير الملائم تأثير سلبي على الأطباء أنفسهم، مما يؤدي إلى الإرهاق. كان الهدف من دراستنا هو تقييم ممارسة الأطباء من أجل تحديد العقبات ونقاط الضعف بهدف التحسين.

المواد والطرق : أجرينا مسحاً وصفيًا مقطعيًا بأثر رجعي لتقييم جودة الإعلانات التشخيصية في قسم أمراض الدم السريرية في المستشفى الجامعي محمد السادس على مدى 3 أشهر من يناير 2024 إلى مارس 2024. تم تصميم استبيانين، الأول للأخصائيين والأطباء المقيمين والمتدربين في القسم، والثاني للمرضى الذين يخضعون لعلاج أمراض الدم. تم تطوير الاستبيان باستخدام نماذج جوجل، وأجرينا التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام برنامج إكسل 2019. تم إدخال النصوص والجدول باستخدام برنامج مايكروسوفت وورد 2019، وتم إدخال الرسوم البيانية باستخدام برنامج إكسل 2019.

النتائج : كان الأطباء الذين تلقوا تدريباً على الإعلان التشخيصي يمثلون 64%، وأكثر من ثلثي الأطباء وجدوا صعوبة في الإعلان. جميع الأطباء تقريباً حرصوا دائماً أو كثيراً على أن يكون لقاء الإعلان على انفراد، ثلاثة أرباعهم قالوا إنهم سألوا المريض إذا كان يرغب في أن يكون مصحوباً، 80% منهم يقيمون معرفة المريض قبل الإعلان، الحصول على موافقة المريض ومعرفة ما يريد أن يعرفه قام به 46% من الأطباء بشكل منهجي. تمكن 36% فقط من الأطباء من نقل التشخيص بوضوح دون استخدام كلمات طبية، جميع الأطباء تقريباً (90%)

ينقلون التشخيص تدريجياً وينجحون في تكيف المعلومات مع فهم المريض ، 36% يجدون صعوبة في إدارة مشاعرهم، 89% من الأطباء يقولون أنهم يقيمون الفهم بعد الإعلان 3/4 من الأطباء ذكروا أنهم قادرون على تحديد الآليات الدفاعية التي قد يتكيف معها المريض ويعرفون كيفية التكيف معها، وذكر 88% من الأطباء أنهم أتاحوا الوقت الكافي للمريض لدمج المعلومات المعطاة.

بالنسبة لعينة المرضى، ثلثي العينة الذين شملتهم الدراسة تلقوا الإعلان على انفراد (66%)، وقال 76% من العينة الذين شملتهم الدراسة أن الطبيب سألهم عما إذا كانوا يرغبون في أن يكونوا مصحوبين. كان 2/3 منهم راضين عن الوقت الذي منحه لهم الطبيب، وذكر 63% منهم أن طبيبه لم يقيم معرفتهم بالحالة قبل الإعلان، وذكر 38% منهم أن طبيبه حصل على موافقتهم فيما يتعلق بالمعلومات التي يرغبون في معرفتها ، 45% أفادوا بأن طبيبهم نجح في نقل التشخيص بشكل تدريجي، 46% من المرضى أفادوا بأن التشخيص تم نقله بشكل واضح، 45% أفادوا بأن طبيبهم اختار كلمات سهلة الفهم، 68% من العينة التي شملتها الدراسة أفادوا بأن طبيبهم شجعهم على طرح الأسئلة من أجل فهم مرضهم بشكل أفضل، وقال 61% منهم إن طبيبهم استمع إليهم وقدم لهم الدعم، وأفاد 57% بأن طبيبهم أبلغهم بإمكانية تلقي مساعدة طبية إضافية، وقال 64% منهم إنهم أبلغوا بالخطوات التالية في رعايتهم .

الخلاصة : يمثل الإعلان عن التشخيص الصعب أو سوء التشخيص تحدياً لأي طبيب ويتطلب مهارات تواصل مناسبة، وتشير نتائج دراستنا إلى أن مهارات الإعلان التشخيصي لدى الأطباء لا تزال غير كافية. من أجل حل هذه المشاكل، من الضروري تحسين تدريب الأطباء في هذا المجال.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Buckman, Robert, and Y. Kazon.**
S'asseoir pour parler: l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades.
Masson., 2001.

2. **HAS – Annoncer une mauvaise nouvelle.**
Disponible sur : https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf

3. **Monden KR, Gentry L, Cox TR.**
Delivering bad news to patients.
Proc (Bayl Univ Med Cent). 2016;29(1):101–102. Doi:10.1080/08998280.2016.11929380

4. **Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP.**
SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer.
Oncologist. 2000;5(4):302–311. Doi:10.1634/theoncologist.5-4-302

5. **VandeKieft GK.**
Breaking bad news.
Am fam physician. 2001;64(12):1975–1978.

6. **Narayanan V, Bista B, Koshy C.**
'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News.
Indian J Palliat Care. 2010;16(2):61–65. Doi:10.4103/0973-1075.68401

7. **Buckman RA.**
Breaking bad news: the SPIKES strategy.
Commun Oncol. 2005;2(2):138–42.doi:10.1016/S1548-5315(11)70867-1.

8. **Berney A, Carrard V, Schmid Mast M, Bonvin R, Stiefel F, Bourquin C.**
Individual training at the undergraduate level to promote competence in breaking bad news in oncology.
Psychooncology. 2017;26(12):2232–2237. Doi:10.1002/pon.4452

9. **Mystakidou K, Parpa E, Tsilila E, Katsouda E, Vlahos L.**
Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Support Care Cancer.* 2004;12(3):147-154. *Doi:10.1007/s00520-003-0552-7*
10. **Costantini A, Baile WF, Lenzi R, et al.**
Overcoming cultural barriers to giving bad news: feasibility of training to promote truth-telling to cancer patients.
J Cancer Educ. 2009;24(3):180-185. *doi:10.1080/08858190902876262*
11. **Bouchal, S., Laasila, S., Essaffani, H., &Belahsen, F.**
Le vécu de l'annonce diagnostique chez les patients atteints de sclérose en plaques.
Journal Marocain des Sciences Médicales,(2021). 23(1).doi:10.4103/0973-1075.689
12. **A.ElMahfoudi,S.Aloulou, R.Belbaraka, M.KhouchaniH.Jebraoui**
L'annonce du cancer dans les pays en voie de développement: y a-t-il des particularités?
//dx.doi.org/10.13070/rs.fr.1.604
13. **Benezech, Jean-Pierre.**
"Le pronostic est-il éthique?." *Médecine Palliative: Soins de Support-Accompagnement-Éthique* 7.3 (2008): 140-148.
14. **Projet de loi 131-13 relatif à l'exercice de médecine**
CESE MA (<http://www.ces.ma/Documents/PDF/Saisines/S-14-2014...de.../Avis-S-14-2014-VF.pdf>)
15. **Code de déontologie de la profession médicale.**
Décret n·2-21-225 du 6 kaada 1442 (17 juin 2021) relatif au Code de déontologie de la *profession médicale.*
16. **Da Cruz, N.**
"Annonce d'une maladie grave: les mots pour le dire: dossier."
Medecins: bulletin d'information de l'ordre national des medecins 19 (2011): 22-27.

17. **Organisation Mondiale pour la Santé.**
Bureau régional pour l'Europe. Éducation thérapeutique du patient, programme de formation continue par des professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS, Copenhague :*Version française UCL Bruxelles : 1998. p 84*
18. **Brundage MD, Feldman–Stewart D, Cosby R, et al.**
Cancer patients' attitudes toward treatment options for advanced non–small cell lung cancer: implications for patient education and decision support.
Patient Educ Couns. 2001;45(2):149–157. doi:10.1016/s0738–3991(01)00155–0
19. **Weinfurt KP.**
Outcomes research related to patient decision making in oncology.
Clin Ther. 2003;25(2):671–683. doi:10.1016/s0149–2918(03)80104–2
20. **Balint, Michael, and Jean–Paul Valabrega.**
"Le médecin, son malade et la maladie."
(1960). 2–1 pp. 106–108.
21. **JONAS H.**
Le Principe Responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique, Paris :
Cerf. 1991.chap. IV–7.
22. **Salvatore Schiffer, Daniel.**
« Levinas, de l'Être à l'Autre », La philosophie d'Emmanuel Levinas. Métaphysique, esthétique, éthique, sous la direction de Salvatore Schiffer Daniel.
Presses Universitaires de France, 2007, pp. 111–141.
23. **Ricœur, Paul.**
"Les trois niveaux du jugement médical."
Esprit (1940–) (1996): 21–33.
24. **Romano H.**
L'annonce d'un diagnostic grave [The announcement of a serious diagnosis].
Rev Med Interne. 2010;31(9):626–630. doi:10.1016/j.revmed.2010.01.013

25. **Kübler–Ross E.**
Accueillir la mort. Guide Pocket. 2002.
Laennec 59.3 (2011): 44–58.
26. **Ruszniewski M.**
Face à la maladie grave, parents, famille, soignants.
Paris : Ed. Dunod. 1999.
27. **Stewart MA.**
Effective physician–patient communication and health outcomes: a review.
CMAJ. 1995;152(9):1423–1433.
28. **Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, et al.**
Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis.
J Clin Oncol. 2005;23(6):1278–1288. doi:10.1200/JCO.2005.11.138
29. **Maguire P., Booth K., Elliott C., Jones B.**
Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills–the impact of workshops Eur
J Cancer 1996 Aug; 32A (9):1486–1489.
30. **Sobczak K, Leoniuk K, Janaszczyk A.**
Delivering bad news: patient's perspective and opinions.
Patient Prefer Adherence. 2018;12:2397–2404. Published 2018 Nov 12. doi:10.2147/PPA.S183106
31. **Girgis A; Sanson–Fisher R; Schofield M,**
'Is there consensus between breast cancer patients and providers on guidelines for breaking bad news'1999,
Behavioral Medicine, 25, pp. 69 – 77
32. **Al Zomia AS, Alhefdhi HA, Alqarni AM, Et Al.**
Examining Saudi Physicians' Approaches to Communicate Bad News and Bridging Generational Gaps. Healthcare (Basel). 2023;11(18):2528.
Published 2023 Sep 13. doi:10.3390/healthcare11182528

33. **Dafallah MA, Ragab EA, Salih MH, Et Al.**
Breaking bad news: Awareness and practice among Sudanese doctors.
AIMS Public Health. 2020;7(4):758-768. Published 2020 Sep 24.
doi:10.3934/publichealth.2020058
34. **Lee Hr, Yi Sy.**
Delivering bad news to a patient: a survey of residents and fellows on attitude and awareness.
Korean J Med Educ. 2013;25(4):317-325. *doi:10.3946/kjme.2013.25.4.317*
35. **Mansoursamaei M, Ghanbari Jolfaei A, Zandi M, Mansoursamaei A, Salehian**
Self-assessment of residents in breaking bad news; skills and barriers. *BMC Med Educ.*
2023;23(1):740. Published 2023 Oct 6. *doi:10.1186/s12909-023-04720-4*
36. **Brouwers MH, Bor H, Laan R, Van Weel C, Van Weel-Baumgarten E.**
Students' experiences with a longitudinal skills training program on breaking bad news: A follow-up study.
Patient Educ Couns.
2018;101(9):1639-1644. *doi:10.1016/j.pec.2018.05.008*
37. **Brouwers M, Van Weel C, Laan R, Van Weel-Baumgarten E.**
Training Undergraduates Skills in Breaking Bad News: How Students Value Educators' Feedback.
J Cancer Educ. 2019;34(6):1103-1106. *doi:10.1007/s13187-018-1415-8*
38. **Muneer MS, Elhassan AE, Osman AM, Et Al.**
Breaking bad news from the doctors' perspective in a paternalistic society: the case of Sudan.
Trop Doct. 2018;48(4):340-344. *doi:10.1177/0049475518795765*
39. **Fallowfield L.**
Giving sad and bad news.
Lancet. 1993. 341. pp 476-8.

40. **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. pp 61-3.
41. **Maguire P.**
Barriers to psychological care of the dying.
British Medical Journal. 1985. 291. pp 1711-3.
42. **Schaerer R.**
La place de la vérité dans l'accompagnement.
Jalmaalv. 1986. 7.
43. **Lench SS, Destefani AS, Bonamigo EL.**
Percepção dos médicos sobre comunicação de másnotícias ao paciente. Unoesc&Ciência – ACBS, Joaçaba. 2013;4(1):69-78. Available from: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/2568/pdf>.
44. **Ferreira da Silveira FJ, Botelho CC, Valadão CC.**
Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients.
Sao Paulo Med J. 2017;135(4):323-331. doi:10.1590/1516-3180.20160221270117
45. **Mostafavian Z, Shaye ZA.**
Evaluation of physicians' skills in breaking bad news to cancer patients.
J Family Med Prim Care. 2018;7(3):601-605. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_25_18
46. **Konstantis A, Exiara T.**
Breaking bad news in cancer patients.
Indian J Palliat Care. 2015;21(1):35-38. doi:10.4103/0973-1075.150172
47. **Martins BN, Migliorati CA, Ribeiro AC, et al.**
The barriers dentists face to communicate cancer diagnosis: self-assessment based on SPIKES protocol.
Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2023;28(2):e191-e198. Published 2023 Mar 1. doi:10.4317/medoral.25650

48. **Martín Hernández I, Trujillo Matienzo C.**
Comunicación de malas noticias a pacientes con enfermedades neurodegenerativas: habilidades del personal médico [Communicating bad news to patients with neurodegenerative diseases: physicians' skills].
Rev Latinoam Bioét. 2009;9(2):76–85.
49. **von Blanckenburg P, Köhler C, Petzel A, Jülicher A, Schneider V, Schneider A.**
Quality of breaking bad news to patients diagnosed with neoplasia of the uterine cervix. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2023 Dec;149(19):17215–17222. doi: 10.1007/s00432-023-05442-2. Epub 2023 Oct 4.
50. **Mirza RD, Ren M, Agarwal A, Guyatt GH.**
Assessing Patient Perspectives on Receiving Bad News: A Survey of 1337 Patients With Life-Changing Diagnoses.
AJOB Empir Bioeth. 2019;10(1):36–43. doi:10.1080/23294515.2018.1543218
51. **Lima TAC, Bruno FP, Gushken F, Degani-Costa LH, Novaes NP.**
Breaking bad news in neurology: assessing training, perceptions, and preparedness among residency programs in Brazil.
Einstein (Sao Paulo). 2023;21:eAO0036. doi:10.31744/einstein_journal/2023AO0036
52. **Seifart C, Hofmann M, Bär T, Riera Knorrenschild J, Seifart U, Rief W.**
Breaking bad news—what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany.
Ann Oncol. 2014;25(3):707–711. doi:10.1093/annonc/mdt582
53. **Marschollek, Paweł, Bąkowska, Katarzyna, Bąkowski, Wojciech, et al.**
Oncologists and breaking bad news—from the informed patients' point of view. The evaluation of the SPIKES protocol implementation. *Journal of Cancer Education*, 2019, vol. 34, p. 375–380.
54. **Fisseha H, Mulugeta W, Kassu RA, Geleta T, Desalegn H.**
Perspectives of Protocol Based Breaking Bad News among Medical Patients and Physicians in a Teaching Hospital, Ethiopia.
Ethiop J Health Sci. 2020;30(6):1017–1026. doi:10.4314/ejhs.v30i6.21

55. **Brown VA, Parker PA, Furber L et al**
Patient preferences for the delivery of bad news – the experience of a UK cancer centre.
Eur J Cancer Care 20(1):56–61.doi:10.1111/j.1365–2354. 2009.01156.x
56. **Edwards RG. BarlowJH.Turner A.**
Experiences of diagnosis and treatment among people with multiple sclerosis 2008 The
Authors. Journal compilation ©2008 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Evaluation in
Clinical Practice* (2008) 460–464 doi :10.11 11/j.
1365–2753.2007. 00902.x
57. **H. Romano,**
L'annonce d'un diagnostic grave.
*La Revue de Médecine Interne ; Volume 31, Issue 9,2010, Pages 626–630, ISSN 0248–
8663*
58. **Davison BJ, Parker PA, Goldenberg SL.**
Patients' preferences for communicating a prostate cancer diagnosis and participating in
medical decision-making.
BJU Int. 2004;93(1):47–51
59. **Edwards A, Elwyn G.**
Inside the black box of shared decision making: distinguishing between the process of
involvement and who makes the decision.
Health Expect. 2006;9(4):307–320.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي
وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف والأحوال باذلة
وسعي في إنقاذها من الهلاك، والمرض، والألم، والقلق.
وأن أحفظ للناس كرامتهم وأستر عورتهم وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، مسخرة كل رعايتي
الطبية للقريب و البعيد، للصالح و الطالح، و الصديق و العدو.

و أن أثابر على طلب العلم و أسخره لنفع الإنسان لا لأداه.

وأن أوقر من علمي وأعلم من يصغرنى وأن أكون أختا لكل زميل(ة) في المهنة
الطبية متعاونين على البر و التقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي،
نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

و الله على ما أقول شهيد.

تقييم جودة إعلان التشخيص في قسم أمراض الدم السريرية بالمستشفى الجامعي محمد السادس.

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2024/04/23

من طرف

الآنسة هجر مؤدن

المزداة في 30 نونبر 1998 بسوق السبت أولاد النمة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

أخبار سيئة - تواصل - ممارسة عملية

اللجنة

الرئيس

إ. التازي

السيد

أستاذ في طب أمراض الدم السريرية

المشرفة

ف. ز. لحلمي

السيدة

أستاذة مبرزة في طب أمراض الدم السريرية

ع. رايسي

السيد

أستاذ مبرز في طب أمراض الدم السريرية

الحكام

م. الفضلي

السيد

أستاذ مبرز في طب الأورام السريري