



Info.suppl.



# Étude transversale, multicentrique, sur le ressenti des patients concernant le dispositif d'annonce du diagnostic de cancer

Article original

Cécile Ricard<sup>1</sup>, Ingrid Hamon<sup>1</sup>, Angélique Duparc<sup>1,2</sup>, Christoph A. Steffen<sup>1</sup>

Reçu le 27 février 2017

Accepté le 2 juillet 2017

Disponible sur internet le :  
31 août 2017

1. Centre hospitalier Anancy-Genevois, centre de coordination en cancérologie Haute-Savoie Sud, 1, avenue de l'Hôpital, 74370 Pringy, France
2. Clinique générale d'Anancy, service de radiothérapie, 4, chemin Tour-De-La-Reine, 74000 Anancy, France

## Correspondance :

Cécile Ricard, Centre hospitalier Anancy-Genevois, centre de coordination en cancérologie Haute-Savoie Sud, 1, avenue de l'Hôpital, Pringy, France.  
[cricard@ch-anancygenevois.fr](mailto:cricard@ch-anancygenevois.fr)

## Mots clés

Enquête téléphonique  
Ressenti des patients  
Dispositif d'annonce en  
cancérologie

## ■ Résumé

**Introduction** > L'objectif de la présente évaluation était de décrire le ressenti des patients sur le dispositif d'annonce et d'accompagnement en cancérologie en place dans trois établissements de Haute-Savoie.

**Méthode** > Il s'agit d'une enquête transversale et multicentrique réalisée par téléphone. Les patients ont été tirés au sort sur les listes des réunions de concertation pluridisciplinaire. Les médecins en charge des patients ont validé leurs critères d'inclusion (patients majeurs, informés du diagnostic et en capacité de répondre à une enquête téléphonique) avant qu'ils soient joints par téléphone pour l'enquête.

**Résultats** > Pour les trois établissements impliqués, 236 patients ont été inclus. Les points de satisfaction du dispositif étaient : le cadre général de l'annonce, la relation avec le médecin, la coordination entre les différents acteurs et la relation avec les infirmières d'accompagnement et le personnel des soins de support. La durée de l'entretien, le temps d'information sur les traitements et leurs effets indésirables, et la remise du programme personnalisé de soin étaient les éléments les moins satisfaisants.

**Discussion** > Les indicateurs de ressenti de cette enquête sont par essence subjectifs, mais apportent un éclairage supplémentaire utile pour évaluer la qualité de prise en charge de ces patients. Cette étude a surtout permis d'engager des réflexions parmi les professionnels de santé sur de possibles axes d'amélioration.

**Keywords**

Telephone survey  
 Patient's experience of care  
 Disclosure of cancer diagnosis

**Summary****Cancer diagnosis disclosure and supportive care seen from the patient side. A cross sectional multicentre survey**

*The objective of this study was to describe patients' experience during cancer disclosure and initial carers' support phase, in three healthcare facilities in Haute-Savoie District, France.*

*Methodology > We conducted a multicentric, cross-sectional telephone survey. Patients registered on the multidisciplinary cancer consultation platform lists were randomised. Practitioners validated the inclusion criteria of their patients, i.e. age over 18, patient fully informed of his/her diagnosis and able to answer a telephone interview.*

*Results > Two hundred thirty-six patients have been included. Outcome indicators reported as satisfactory were: the general setting of the disclosure consultation, the patient-doctor relationship, the coordination between the different carers and the patient carer relationship. The overall duration of the medical disclosure consultation and the time dedicated to explain the treatment and its adverse effects have been considered as insufficient.*

*Discussion > The measured indicators, which were by essence subjective, convey useful information on the quality of care in cancer treatment in the initial disclosure phase, as experienced by patients. This study has in particular allowed carers to start exploring ways to improve the experience of care of their patients.*

**Introduction**

Dans le but de soutenir et coordonner la mobilisation nationale contre le cancer, la France a structuré sa politique à travers la mise en œuvre de Plans Cancer successifs (2004-2007, 2009-2013 et 2014-2019) [1-3]. Ces plans mettent notamment l'accent sur le renforcement de la coordination des soins, et des initiatives sanitaires et médicosociales pour mieux accompagner les personnes dans la vie « pendant et après le cancer ». Ils se sont en particulier intéressés à l'annonce du diagnostic de cancer, qui est une étape marquante dans la vie du patient et de son entourage et est ressentie le plus souvent comme l'entrée dans la maladie [4,5]. À plusieurs reprises, notamment lors des premiers États généraux des malades organisés par la Ligue nationale contre le cancer en 1998 [6], les patients ont expliqué combien la difficulté de l'entrée dans la maladie pouvait être majorée par des conditions d'annonce inappropriées, comme par téléphone, dans un couloir, dans une chambre à deux lits ou encore sans accompagnement. Le dispositif d'annonce et d'accompagnement en cancérologie est une des mesures phare du premier Plan Cancer pour permettre à tous les patients d'avoir des conditions adaptées d'annonce de la maladie et de sa prise en charge envisagée. Des recommandations nationales ont été publiées [7] afin de préciser le cadre général et les modalités de mise en œuvre de ce dispositif. Il constitue, par ailleurs, l'une des conditions transversales de qualité auxquelles les établissements de santé doivent satisfaire pour obtenir l'autorisation pour l'activité de soins de traitement du cancer [8,9]. L'ensemble des travaux sur

le dispositif d'annonce ont conduit à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades [10].

Le dispositif d'annonce et d'accompagnement en cancérologie doit permettre d'améliorer les conditions d'annonce en faisant bénéficier au malade des quatre temps correspondants aux différentes étapes de prise en charge du patient par des personnels médicaux ou soignants : un temps médical d'annonce et de proposition de traitement (remis au patient sous forme d'un programme personnalisé de soins) ; un temps soignant de soutien et de repérage des besoins du patient ainsi que de l'accès à des compétences en soins de support. Enfin, il doit également permettre une meilleure coordination entre la médecine de ville et les établissements publics ou privés ainsi que l'information, le soutien et l'accompagnement du patient et de ses proches.

L'objectif de la présente évaluation était de décrire le ressenti des patients vis-à-vis du dispositif d'annonce et d'accompagnement mis en place dans trois établissements de Haute-Savoie (un public, deux privés) selon les axes précédemment décrits :

- l'annonce médicale ;
- la proposition et formalisation d'une prise en charge personnalisée ;
- l'accès au dispositif d'accompagnement paramédical et aux soins de support et ;
- la coordination avec le médecin traitant et la continuité de la prise en charge. Les résultats devaient permettre des discussions avec les professionnels de santé pour identifier des axes d'amélioration.

Le protocole et le questionnaire ont été validés avec la communauté médicale et paramédicale des trois établissements et le projet a été formellement adopté en comité de pilotage (réunissant des représentants médicaux et les directeurs de chaque établissement) le 23 septembre 2015. Il a reçu un avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche (CCTIRS) et l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) N°DR-2016-334.

## Méthodes

### Population

Les patients inclus dans l'étude étaient les patients âgés de 18 ans ou plus, atteints d'un cancer nouvellement diagnostiqué dans un des trois établissements et informés du diagnostic de cancer, dont le dossier a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire entre le 8 février et le 15 juillet 2016.

Les patients dont le dossier était discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire pour rechute, suite de traitement ou enregistrement simple n'ont pas été inclus. Les patients qui ont refusé de participer, ceux qui présentaient des troubles cognitifs ou des troubles fonctionnels ne leur permettant pas de répondre et ceux dont le diagnostic n'avait pas encore été clairement annoncé, ont été exclus.

### Méthode de recueil

L'étude est une enquête transversale et multicentrique réalisée par téléphone. Les listes des patients éligibles étaient extraites des systèmes d'information des établissements via les secrétariats de réunion de concertation pluridisciplinaire. Elles comportaient des données sur le type de cancer et la spécialité de la réunion de concertation pluridisciplinaire, le stade de la maladie, les thérapeutiques proposées et le code postal du lieu de résidence du patient. Les réunions de concertation pluridisciplinaires de l'établissement public et des établissements privés étaient organisées séparément.

Après vérification des critères d'inclusion a priori, un patient sur deux était tiré au sort et la liste ainsi constituée soumise aux différents médecins référents pour s'assurer que le patient répondait effectivement aux critères d'inclusion (annonce réalisée et possibilité de répondre oralement au questionnaire). Après validation des inclusions par les médecins, un courrier d'information et de non-opposition était envoyé aux patients pour les sensibiliser à la démarche et à l'intérêt de participer à l'enquête et pour les informer de leur droit à ne pas y participer et sur les moyens mis à disposition pour manifester un refus. Les patients ne s'étant pas opposés à participer à l'étude étaient contactés par téléphone entre 4 et 7 semaines après leur enregistrement en réunion de concertation pluridisciplinaire.

### Données collectées

Le questionnaire portait sur l'annonce et le dispositif d'accompagnement. Il concernait le ressenti des personnes malades vis-à-vis des différentes composantes de ce dispositif : structuration

de l'annonce, instauration d'un climat de confiance, proposition et formalisation d'une prise en charge personnalisée, coordination avec le médecin traitant et continuité de la prise en charge. Le questionnaire était basé sur les items du questionnaire INCa pour son étude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011 [11]. Il était complété, après concertation avec les équipes soignantes des établissements par : les caractéristiques sociodémographiques des patients ; la spécialité des médecins réalisant les consultations d'annonce ; et des questions sur le ressenti des patients vis-à-vis des entretiens avec les personnels paramédicaux. L'ensemble des questions posées figure dans le [Tableau II](#), avec les résultats descriptifs.

### Méthode d'analyse des données

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY : IBM Corp.

Une analyse descriptive des réponses des patients aux différentes questions a été faite : taux de consultations dédiées à l'annonce perçues par les patients, description de l'accès aux soins de support, lien avec le médecin traitant. Les réponses aux questions ont été analysées après stratification sur la spécialité et l'établissement. Les résultats sont présentés sous forme d'effectifs et de pourcentage (effectif rapporté au total des répondants). Le nombre de consultations d'accompagnement tracées dans les systèmes d'information des établissements a été comparé au nombre de consultations dédiées à l'annonce, rapporté par les patients.

Pour des raisons de faisabilité et d'organisation, et pour permettre une représentation suffisante de chaque spécialité, un objectif d'inclusion a priori de 250 patients a été fixé. Notre objectif étant strictement descriptif, aucun calcul du nombre de sujets, basé sur des comparaisons statistiques n'a été réalisé.

## Résultats

Parmi les 2 500 dossiers présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire de février à juillet 2016 sur les trois établissements, 236 questionnaires ont été complétés ([figure 1](#)). Cinquante-huit pourcents étaient des patients de l'établissement public, 42 % des établissements privés. La moyenne d'âge des patients était de 65 ans et 54 % étaient des hommes. Concernant l'activité professionnelle, 61 % des patients inclus étaient retraités. La répartition par catégories professionnelles était différente selon le type d'établissement : 42 % des patients du privé étaient de catégorie professionnelle supérieure (cadre, profession intellectuelle supérieure, artisan, commerçant, chef d'entreprise), contre 25 % pour l'établissement public.

La spécialité la plus représentée était l'urologie (57 patients au total, dont 35 pour les établissements privés). Pour le public, les cancers du sein étaient les plus nombreux (29 patientes). Les caractéristiques des patients par type d'établissements sont détaillées dans le [tableau I](#).

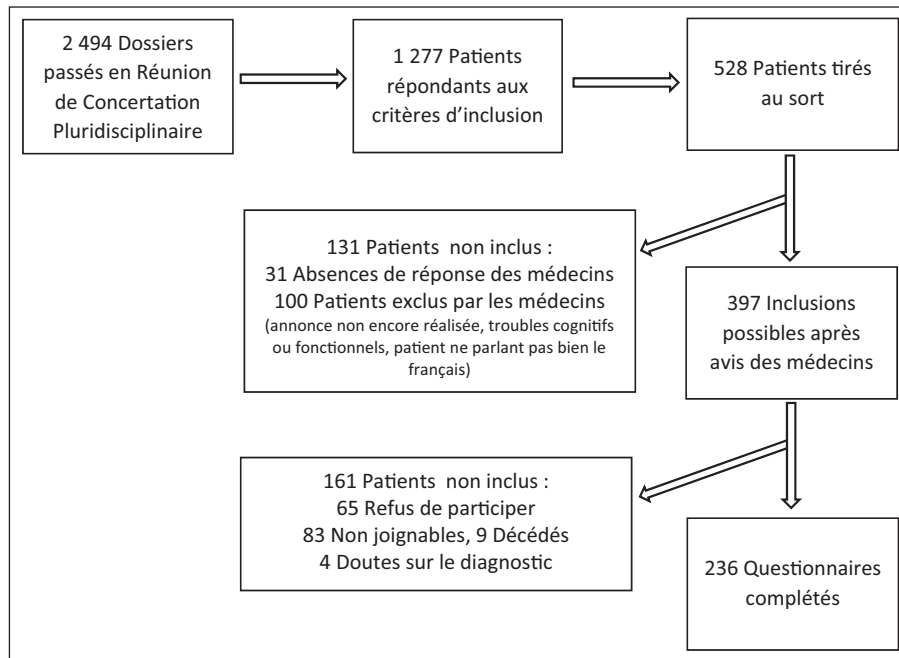


FIGURE 1

**Description des inclusions dans l'enquête sur le ressenti des patients sur le dispositif d'annonce et d'accompagnement en cancérologie (DAC), 2016**

L'annonce du diagnostic était faite par le médecin spécialiste de l'établissement de prise en charge dans 58 % des cas : 53 % dans le public, 62 % pour les établissements privés. Il y avait des différences importantes selon les spécialités : 76 % des annonces étaient faites par le spécialiste en hématologie, 71 % en pneumologie et 22 % pour les cancers du sein (résultats détaillés non présentés).

Après analyse des réponses des patients sur leur ressenti au moment de l'annonce du diagnostic par le médecin, les items ayant obtenu les taux de satisfaction les plus élevés incluaient : une annonce faite le plus souvent en face-à-face (95 %), les spécialités pour lesquelles on retrouvait des annonces faites par téléphone étaient la dermatologie (15 %) et la sénologie (11 %) ; des mots justes utilisés par le médecin (pour 92 % des patients) ; un entourage médical satisfaisant (pour 94 % des patients) ; un témoignage d'attention et de respect dans le discours du médecin (pour 98 % des patients).

Les items du questionnaire ayant obtenu les taux de satisfaction les plus bas incluaient notamment : la durée de l'entretien, le temps d'information sur les traitements et leurs effets indésirables et la remise du programme personnalisé de soins. En effet, la durée de l'entretien d'annonce médical était jugée inférieure à 20 minutes pour 63 % des patients (72 % pour les patients du privé), alors que l'INCa préconise une durée pour cet entretien de 45 minutes à 1 heure. Vingt-huit pourcents des patients estimaient ne pas avoir de temps de discussion sur le traitement

(44 % en pneumologie et sénologie), 30 % estimaient ne pas avoir eu d'explication sur les effets indésirables (53 % en sénologie) et 25 % que les informations sur les effets indésirables étaient insuffisantes (47 % en sénologie). Concernant le programme personnalisé de soins, qui doit être systématiquement remis au patient, il semblait ne pas l'avoir été dans 36 % des cas (44 % en urologie).

La proportion de patients ayant déclaré avoir eu un entretien avec une infirmière ou un professionnel des soins de support, répartie par spécialités, est montré sur la *figure 2*. Au total, 14 % des patients décrivent un entretien avec une infirmière et 28 % un entretien de soins de support. Les patients peuvent avoir eu un entretien avec une infirmière et plusieurs professionnels de soins de support (psychologue, assistante sociale, esthéticienne, etc.). Une analyse à partir des données tracées dans les dossiers informatiques indique qu'au moins 22 % des patients ont eu un entretien d'accompagnement avec l'infirmière, soit 8 points de plus que ce que les patients ont déclaré.

Pour ceux qui ont décrit avoir eu un tel entretien, le ressenti sur la relation avec le personnel d'accompagnement est globalement positif ou très positif : 100 % des patients ont considéré qu'on leur avait parlé avec respect ; 99 % ont considéré avoir reçu une écoute suffisante de la part des personnes chargées des soins de support (psychologue, diététicien, assistant social, esthéticien, etc.), 96 % de la part des infirmières ; 82 % ont reçu des réponses à toutes leurs questions de la part des personnes

TABLEAU I  
Caractéristiques des patients inclus par type d'établissement (public ou privé)

	Public		Privé		Total	
Âge (moyenne, écart-type)	65	14	64,1	13,5	64,6	13,8
Sexe (% Femmes)	66	48 %	43	44 %	109	46 %
<b>Activité professionnelle</b>						
Autre inactif	4	3 %	3	3 %	7	3 %
En activité	50	36 %	34	35 %	84	36 %
Retraité	84	61 %	61	62 %	145	61 %
<b>Profession</b>						
Agriculteur exploitant	4	3 %	2	2 %	6	3 %
Artisans, commerçant et chef d'entreprise	17	12 %	15	15 %	32	14 %
Autre	5	4 %	6	6 %	11	5 %
Cadres et profession intellectuelle supérieure	18	13 %	26	27 %	44	19 %
Employés	55	40 %	30	31 %	85	36 %
Ouvrier	20	14 %	10	10 %	30	13 %
Profession intermédiaire	19	14 %	9	9 %	28	12 %
<b>Spécialité</b>						
Dermatologie	11	8 %	2	2 %	13	6 %
Digestif	20	14 %	27	28 %	47	20 %
Gynécologie	6	4 %	8	8 %	14	6 %
Sénologie	29	21 %	16	16 %	45	19 %
Hématologie	21	15 %	0	0 %	21	9 %
Neurologie	2	1 %	0	0 %	2	1 %
ORL	8	6 %	8	8 %	16	7 %
Pneumologie	19	14 %	2	2 %	21	9 %
Urologie	22	16 %	35	36 %	57	24 %

chargées des soins de support, 89 % de la part des infirmières ; 97 % se sont sentis aidés et soutenus par les personnes des soins de support, 93 % par les infirmières.

Le ressenti général sur le dispositif fait apparaître des taux de satisfaction supérieurs à 90 % concernant la coordination entre les différents acteurs (91 %), l'information des médecins traitants (94 %) et la prise en charge proposée (90 %). Les domaines que les patients souhaiteraient voir améliorés sont indiqués [figure 3](#).

## Discussion

Différentes difficultés ont été rencontrées lors de la réalisation de cette enquête. Au moment de la sélection des patients, des

erreurs de classification ont été constatées sur les fiches réunion de concertation pluridisciplinaire concernant la qualification de « nouveau cancer » ou de « récurrence » ainsi que pour « enregistrement simple » vs. « discussion ». De plus, le manque de disponibilité et de temps des praticiens a conduit à un retard dans les inclusions des patients. Enfin, contrainte inhérente aux enquêtes téléphoniques, il a été difficile de joindre les patients à domicile dans un calendrier serré.

Par conséquent, malgré une méthode rigoureuse et des moyens humains et techniques adaptés pour le recueil, le taux d'inclusion de l'enquête est resté inférieur à 50 %, alors que seul 10 % des patients ont explicitement refusé de participer (les autres n'ayant pas pu être joints). Ce taux de participation étant plus

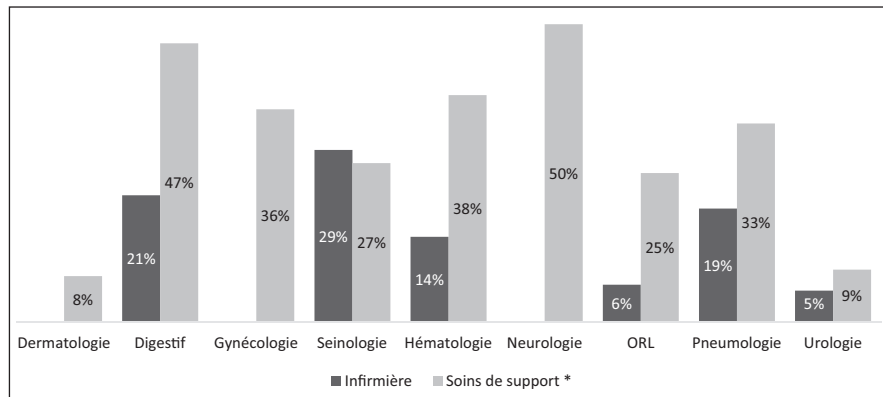


FIGURE 2

**Proportion de patients ayant eu un entretien avec une infirmière ou au moins un professionnel des soins de support, par type de cancer (spécialité). Enquête ressentie, 2016. \* Soins de support = Psychologues, assistantes sociales, diététiciennes, esthéticiennes.**

faible que ce qui avait été initialement estimé, il a été nécessaire d'allonger la période de l'étude (6 mois au lieu de 3). Ce défaut d'exhaustivité a eu pour autre conséquence une surreprésentation de certaines spécialités par rapport à ce que les données d'activité des établissements laissaient présager : la sénologie pour l'établissement public (12 % attendus, 20 % inclus), l'urologie pour les cliniques privées (15 % attendus, 35 % inclus). Il a également été constaté une surreprésentation des patients du privé par rapport au ratio attendu (76 % patients du public vs. 24 % du privé attendus, 58 % vs. 42 % inclus). Malgré ces limites, la réalisation de cette enquête a montré que les patients de nos établissements avaient une perception globalement très positive du dispositif d'annonce et d'accompagnement. La comparaison avec d'autres études similaires plus anciennes [11,12] montre que les annonces ont été réalisées

en face-à-face plus fréquemment et que la prise en charge médicale était mieux appréciée. Cependant, les méthodes d'inclusion et d'investigation ainsi que les populations étaient sensiblement différentes dans ces études. Les questionnaires y étaient remis par les médecins et non pas proposés systématiquement à tous les patients tirés au sort. La participation des praticiens était basée sur le volontariat et le choix ou non de la remise du questionnaire revenait au praticien. Les échantillons inclus comportaient davantage de femmes, moins de retraités (56 % vs 61 %) et globalement des patients plus jeunes (60 % de moins de 65 ans vs 42 % dans notre enquête). Le dispositif d'annonce et d'accompagnement en cancérologie permet aux patients de bénéficier d'une ou plusieurs consultations dédiées. Pour notre étude, le questionnaire portait uniquement sur le moment de l'annonce initiale du diagnostic.

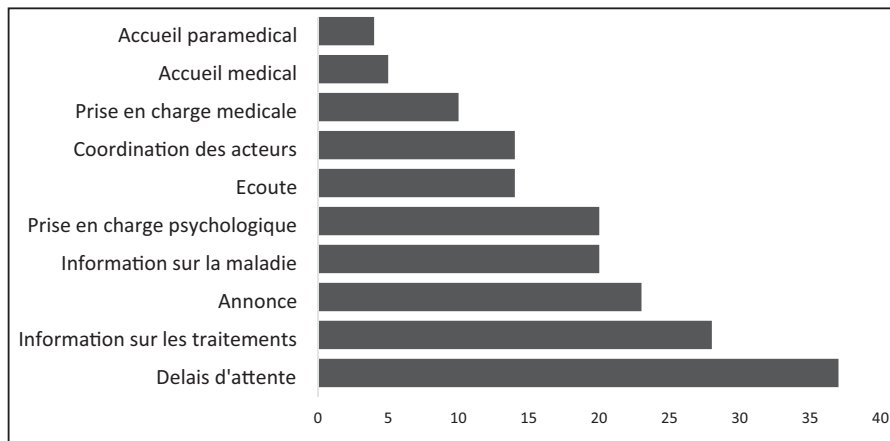


FIGURE 3

**Enquête sur le ressenti des patients sur le DAC. Réponses données par les patients à la question « Quel domaine souhaitez-vous voir améliorer ? » (Plusieurs réponses possibles).**

La plupart des annonces ont été réalisées par les praticiens des établissements adhérents au 3C. Mais dans certains cas, les annonces ont pu être faites avant la prise en charge par les médecins de l'établissement, notamment lors d'annonces de résultats d'exams de biologie ou d'imagerie réalisés en ville. Dans ces cas-là, il ne s'agissait pas d'une consultation d'annonce telle qu'elle est définie par le plan cancer, incluant un temps dédié notamment à la discussion sur les traitements et la remise d'un programme personnalisé de soins. Cela peut expliquer, en partie, les résultats mitigés sur la durée de l'entretien, le temps d'information sur les traitements et leurs effets indésirables et la remise du programme personnalisé de soins. Ce biais était particulièrement présent pour les cancers du sein suivis dans les établissements privés. C'était aussi le cas pour les autres études où la maladie cancéreuse est évoquée par des professionnels en amont de la prise en charge par l'établissement (médecin spécialiste d'organe, radiologue, médecin généraliste) [13].

Une évaluation menée par La Ligue contre le cancer [13] a fait ressortir que les informations que les patients jugent prioritaires ont trait au traitement et aux effets secondaires. Notre enquête a montré que cette information pourrait encore être améliorée dans nos établissements.

De façon équivalente, le même rapport de La Ligue constate que, pour les médecins, les informations perçues comme devant être transmises en priorité lors du temps de la consultation médicale sont également l'explication du diagnostic, les effets secondaires et la présentation du traitement. Malgré cela, 20 % des patients vont effectuer des recherches complémentaires sur les traitements et les effets secondaires. Il est possible que certains individus soient en recherche d'une autre forme d'information, plus concrète par exemple sur certains aspects comme les répercussions corporelles, la fatigue ou la douleur. D'autres patients éprouvent peut-être tout simplement le besoin de s'approprier l'information par ces recherches complémentaires. Cela pourrait participer à la différence observée entre l'information réellement apportée par les médecins et les soignants, et le ressenti des patients.

Concernant nos établissements, des analyses préliminaires semblent suggérer que l'information réellement véhiculée et le temps consacré par les professionnels sont supérieurs au ressenti. On constate notamment dans cette étude que les patients n'ont pas toujours identifié la consultation dédiée avec l'infirmière et qu'ils ont inclus cette consultation dans le reste des soins. C'est pour cette raison qu'il y a une différence de 8 points entre ce que les patients ont déclaré et ce qui a été tracé dans les dossiers sur la consultation d'accompagnement avec l'infirmière. Par ailleurs, lors des échanges avec les médecins au moment de la restitution de ces résultats, il est apparu que certains étaient surpris des réponses des patients, eux-mêmes ayant un ressenti très différent sur le temps de discussion et sur les informations véhiculées. Cela pose la question sur les pistes

d'amélioration de la communication envers le patient, le possible fractionnement de l'information pour éviter la surcharge, la nécessaire répétition de l'information dans un but d'appropriation, la possibilité pour le patient de pouvoir formuler et reformuler des questions à distance des moments de consultations dédiées ou encore la disponibilité des équipes soignantes pour répondre à ces besoins de dialogue.

Concernant la coordination avec les acteurs de ville, deux études précédentes ont montré des insuffisances relatives à l'information et la communication vers le médecin traitant [14] ou à la prise en charge sociale, psychologique ou les soins palliatifs [15]. Or, plus de 90 % des patients de notre étude rapportent un ressenti positif sur la coordination entre les différents acteurs et sur l'information au médecin traitant. Ceci peut s'expliquer soit par un biais déclaratif, soit par une réelle amélioration dans les dernières années. Seule une étude auprès des médecins généralistes pourrait confirmer cette hypothèse.

L'analyse de la zone de commentaire libre a en particulier fait ressortir que les patients ont accueilli très favorablement l'opportunité du temps de parole et d'écoute que l'entretien téléphonique avec l'enquêtrice leur avait apporté, en dehors du contexte hospitalier et à distance de l'annonce.

## Conclusion

Cette enquête propose une photo instantanée de la satisfaction des patients en cancérologie au tout début de leur prise en charge. Elle porte par essence sur des indicateurs subjectifs de ressenti, mais cela apporte un éclairage intéressant sur la vision du patient du dispositif d'annonce et d'accompagnement et permet d'évaluer la qualité de prise en charge de ces patients dans nos établissements. Cette étude a permis d'engager des réflexions parmi les professionnels de santé sur de possibles axes d'amélioration. Des discussions ont notamment été initiées sur une meilleure coordination des soins de support et sur la traçabilité des différentes consultations et des documents remis (programme personnalisé de soins, information sur le dispositif d'accompagnement, etc.). L'étude plus fine par établissements et spécialité des éléments de résultats est utile à cet effet, mais se heurte à la limite de conclusions sur des effectifs faibles.

Afin de pouvoir observer des évolutions dans le temps du ressenti des patients sur le dispositif d'annonce et d'accompagnement en cancérologie, une réitération de l'enquête est envisagée. Les leçons tirées des problèmes méthodologiques rencontrés nous conduisent à réfléchir à des modes de recueil plus simples et moins consommateurs de ressources comme l'auto-questionnaire papier ou par voie électronique et l'entretien en face-à-face. L'enquête téléphonique avec validation des inclusions par les médecins reste intéressante car elle permet de mieux contrôler la compréhension des questions, de maîtriser les messages et d'être sûr que le diagnostic a bien été annoncé. Cette étude a été réalisée dans le cadre des missions du Centre de Coordination en Cancérologie de Haute-Savoie Sud, structure

financée par la dotation « Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation » (MIGAC). Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Nous tenons à saluer chaleureusement la collaboration des médecins, des secrétariats médicaux et de réunion de concertation

pluridisciplinaire, ainsi que bien entendu des patients, sans qui cette enquête n'aurait pas pu être réalisée.

**Déclaration d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

### Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire (Tableau II) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et [doi:10.1016/j.bulcan.2017.07.001](https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2017.07.001).

### Références

- [1] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, France. Plan cancer 2003-2007. [www.plan-cancer.gouv.fr](http://www.plan-cancer.gouv.fr).
- [2] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, France. Plan cancer 2009-2013. [www.plan-cancer.gouv.fr](http://www.plan-cancer.gouv.fr).
- [3] Ministère du travail de l'emploi et de la santé. Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous partout en France; 2014, <http://www.plan-cancer.gouv.fr>.
- [4] Holland JC. Anxiety and cancer: the patient and the family. *J Clin Psychiatry* 1989;50: 20-5.
- [5] Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MHN, Beeney LJ, Dunn SM. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Ann Oncol* 2003;14(1): 48-56.
- [6] La Ligue contre le cancer. Les malades prennent la parole. In: Le livre blanc des 1ers états généraux des malades du cancer. Paris: Ramsay; 1999.
- [7] La Ligue contre le cancer INCa. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé; 2005.
- [8] Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires); 2007.
- [9] Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer; 2007.
- [10] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé; 2002.
- [11] INCa. Étude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011. Institut national du cancer; 2012.
- [12] Ganem G, Krakowski I, Rixe O, Batt M, Brocvielle AL. Prise en charge initiale : résultats des enquêtes CPRIM sur le ressenti et les attentes de 2583 patients (hors centres de lutte contre le cancer). *Bull Cancer* 2010;97 (10):1153-62.
- [13] La Ligue contre le cancer. Évaluation de l'impact du dispositif d'annonce pour le patient atteint d'un cancer. Rapport de synthèse issu de l'étude conduite par CRP consulting en 2010-2011; 2011.
- [14] Eyssautier C. Coopération ville-hôpital en cancérologie. In: Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Faculté de Marseille; 2010.
- [15] Brisson deLaroche V-D. Soins oncologiques de support : besoins, attentes, et place du médecin généraliste. In: Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Faculté de Caen; 2010.