



L'annonce de mauvaises nouvelles en binôme médico-infirmier: mise en pratique en médecine interne

Rev Med Suisse 2015; 11: 2070-5

J. Castioni
F. Teike Lüthi
S. Moser Boretti
P. Vollenweider

Dr Julien Castioni,¹ M^{mes} Sylvie Moser Boretti,¹ Fabienne Teike Lüthi² et Pr Peter Vollenweider¹

¹ Service de médecine interne

² Centre des formations

CHUV, 1011 Lausanne

julien.castioni@chuv.ch

sylvie.moser@chuv.ch

fabienne.teike-luethi@chuv.ch

peter.vollenweider@chuv.ch

Delivering bad news in a swiss internal medicine ward: a medical and nurse partnership

Delivering bad news to a patient has a major impact for patients, their relatives and caregivers. The way this information is delivered can affect the way the patient sees his disease and potentially how he adheres to its treatment. To improve this communication with the patient the service of internal medicine at the swiss university hospital of Lausanne set up a process including the coordination between all involved caregivers, and to break the bad news in a setting including a medical and nurse partnership. It also underscores that the resident in charge of the patient remains the coordinator of delivering new information. Moreover, the service provides communication tools to the caregivers to improve the communication skills.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle à un patient a un impact énorme pour lui et ses proches, mais également pour les soignants impliqués. La façon dont cette information est transmise peut influencer sur le vécu de la maladie et potentiellement sur l'adhésion thérapeutique. Afin d'améliorer cette communication avec le patient et ses proches, le Service de médecine interne du CHUV a mis en place une procédure qui comprend une coordination entre les personnes impliquées avec une annonce en binôme médico-infirmier. Il rappelle que le médecin assistant en charge du patient est le référent de toute nouvelle information. De plus, il met à disposition des soignants des soutiens pédagogiques en communication.

INTRODUCTION

Une mauvaise nouvelle «affecte inéluctablement et sérieusement la vision du futur» et ne concerne pas exclusivement l'annonce d'un cancer ou de sa progression.^{1,2} L'annonce d'une maladie invalidante ou d'un placement en institution, la communication d'un événement indésirable ou la demande d'une autopsie génèrent des émotions et du stress.³ Pour faire face à ce stress, le patient et ses proches, tout comme les soignants, adoptent des mécanismes de défense (tableau 1),⁴ qui sont autant de barrières à une communication claire et adaptée.⁵⁻⁷ Cette difficulté est d'autant plus ressentie lorsque les soignants sont inexpérimentés ou fatigués, ou lorsqu'ils se représentent avant tout comme des personnes qui guérissent, font le bien et entretiennent l'espoir (tableau 2).⁸

Pour améliorer cette communication, le Service de médecine interne du CHUV met l'accent sur la formation des soignants en leur proposant des cours de pratique simulée, développés par le Centre des formations du CHUV,^{9,10} une carte de poche rappelant l'outil mnémotechnique EPICES¹¹ (tableau 3) adapté de l'acronyme anglais SPIKES,¹² ainsi qu'un processus d'annonce favorisant la collaboration interdisciplinaire et rappelant que le médecin assistant en charge du patient est le référent de toute nouvelle information (figure 1).

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Une communication efficace diminue l'anxiété, la confusion et l'insatisfaction du patient et améliore ainsi son fonctionnement psychologique, son adhérence au traitement et le contrôle de sa douleur.¹³⁻¹⁵ Or, une communication efficace n'est pas innée, et s'appuie sur des compétences spécifiques qui peuvent être entraînées. Une revue Cochrane de quinze études randomisées contrôlées a confirmé, en 2013, que les soignants arrivent plus facilement à poser des questions ouvertes et faire preuve d'empathie après avoir participé à un cours pratique de communication.¹⁶⁻¹⁸

La perception de ce qu'est une communication efficace varie selon les situations et les perspectives. Le soignant, dans la majorité des cas, souhaite surtout informer



Fausse réassurance	«Tout ira bien»
Banalisation	«Petite chimiothérapie»
Rationalisation	Explications médicales détaillées
Fuite en avant	Pas de place à l'empathie, dire tout d'un coup et proposer d'emblée des stratégies
Esquive	Ne pas répondre au patient, continuer son explication
Évitement	Ne pas tout dire, s'adresser au patient en regardant son dossier pour ne pas croiser son regard
Dérision	«De toute façon, c'est très à la mode le crâne rasé», face à la perte des cheveux suite à une chimiothérapie
Mensonge	Travestissement de la réalité consciemment: «ce kyste», en parlant d'un cancer du sein, ou par omission: «les résultats de votre biopsie montrent que ce que vous avez nécessité qu'un traitement débute rapidement»
Identification projective	Recherche de fusion avec le patient: «moi, à votre place, je me battrais jusqu'au bout»

au mieux le patient du diagnostic et de ses possibilités thérapeutiques. Le patient, quant à lui, a également besoin d'être reconnu dans son vécu et que ses représentations de la maladie soient entendues et comprises. Au final, le bénéfice escompté de ce temps d'annonce va dépendre essentiellement de la capacité de rencontre de ces deux réalités.

Afin de renforcer une communication efficace et d'offrir un meilleur soutien aux professionnels, il apparaît que l'annonce d'une mauvaise nouvelle ne devrait pas être réalisée par le médecin seul. L'implication de l'équipe pluridisciplinaire, et notamment infirmière, est essentielle, et encore insuffisamment reconnue.¹⁹ Le patient ne peut être le seul garant de l'information le concernant en raison de l'état de choc qu'il peut présenter pendant l'annonce. Ce mécanisme de défense l'empêche d'intégrer l'entier de l'information que les soignants lui donnent. Ainsi, la coordination médico-infirmière assure une cohérence des interventions auprès du patient et une continuité des soins par la transmission d'une information précise. L'équipe infirmière sert également de «phare dans la tempête» en clarifiant les termes du médecin et en favorisant la verbalisation des craintes du patient, souvent déjà mentionnées avant l'annonce.²⁰ Sa participation à l'annonce permet également de donner plus d'espace à l'accueil des émotions et de planifier le temps de reprise.

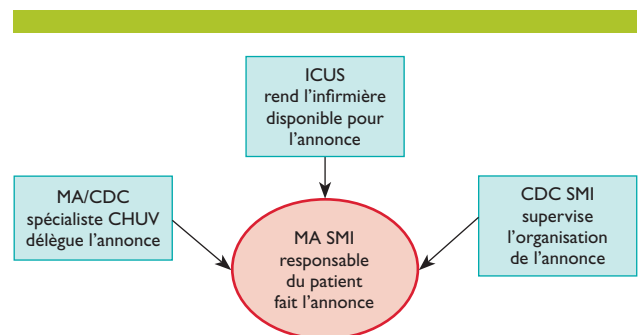
TEMPS DE REPRIS INFIRMIER

Le temps de reprise est un entretien effectué dans les 72 heures par une infirmière, avec le patient et ses proches. Il a le même cadre que celui de l'annonce (cf. EPICES) et a pour but d'atténuer la sidération provoquée par l'annonce. Il permet de vérifier la compréhension des informations reçues, de les reformuler ou de les compléter. Finalement, le soignant évalue les besoins en ressources immédiates du patient et assure l'organisation des relais en lui donnant les contacts téléphoniques et les conseils pratiques.

Représentations du soignant	Annoncer une mauvaise nouvelle
Faire le bien et soulager	Faire du «mal», traumatiser
Entretenir l'espoir	Peur de détruire l'espoir
Résoudre des problèmes	Annoncer un problème
Guérir en trouvant les solutions	Accompagner, sans solutions immédiates
Eviter les conflits	Générer des tensions avec risque de conflit
Faire comprendre	Etre incompris

ANNONCE EN AMBULATOIRE

Au cabinet médical, il semble plus difficile d'encourager une pratique d'annonce en binôme médecin-infirmier pour améliorer la qualité de la communication interprofessionnelle et l'entretien de reprise infirmier présenté précédemment. L'approche décrite ici permet toutefois de laisser entrevoir quelques pistes, comme par exemple réaliser l'annonce avec l'assistante médicale ou d'autres soignants présents en ambulatoire. Ceci permettrait en effet de partager la charge de ces temps d'annonce et de favoriser la continuité de la prise en charge. Dans ce contexte, une formation dédiée aux binômes ambulatoires pourrait être bénéfique. Le médecin installé, s'il ne peut le déléguer, peut également effectuer lui-même l'entretien de reprise dans les jours suivant l'annonce.²¹⁻²³



- Le CDC SMI supervise la coordination de l'équipe médicale multidisciplinaire (oncologues, hématologues, soins palliatifs et autres spécialistes: gastroentérologues, chirurgiens, radiothérapeutes...), l'équipe infirmière, le patient et les proches identifiés.
- Le MA/CDC spécialiste peut faire l'annonce s'il suit le patient en ambulatoire, mais en présence de l'équipe SMI.
- L'infirmière en charge du patient effectue un entretien de reprise dans les 72 h.

Toute nouvelle information doit passer par le MA avant d'arriver au patient.

Figure 1. Procédure d'annonce en binôme infirmier-médecin assistant d'une mauvaise nouvelle au Service de médecine interne

L'annonce en binôme se fait sous la supervision du CDC et de l'ICL, avec l'outil mnémotechnique EPICES (figure 1), avant 17 h 30 (sauf urgence nécessitant une intervention immédiate). Chaque situation est annoncée à 8 h par le MA.

CDC: chef de clinique; MA: médecin assistant; ICL: infirmier clinicien; ICUS: infirmier chef d'unité; SMI: service de médecine interne; CHUV: Centre hospitalier universitaire vaudois.



Tableau 3. Outil mnémotechnique EPICES

(Adapté de réf.¹¹).

	Rôle médecin → infirmier	Rôle infirmier → médecin
<p>Avant l'entretien</p> <p>E</p> <p>Environnement</p> <p>intérieur (dossier)</p> <p>extérieur (cf. texte)</p>	<p>Quand planifier l'entretien?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je connais le dossier? Lecture du dossier en entier, correspondance du médecin traitant, définir un projet probable (contact avec le spécialiste: oncologue par exemple) • Qui va parler? Qui débute l'entretien, répartition du temps de parole, anticiper les émotions: chercher à savoir ce que sait le patient auprès des soignants • A qui je donne mon téléphone? • Comment je me sens? Partage avec l'infirmière, au début et à la fin de l'entretien dans un endroit calme 	<ul style="list-style-type: none"> • Quel proche aux côtés du patient? «On vous propose de faire le point demain avec votre médecin sur votre hospitalisation/sur vos résultats. Je pense que c'est important qu'un proche vous accompagne» • Quelles dispositions? Salle d'annonce ou chambre seule → autres patients s'absentent → rideaux tirés. Chaises en triangle/rond • Comment je me sens? Partage avec le médecin <i>avant et après</i> • Patient advocacy. Promouvoir la bonne pratique d'annonce
<p>Pendant l'entretien</p> <p>P</p> <p>Perception du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> • S'attend-il à ce que je vais lui dire? Mise à niveau des informations: «Pouvez-vous nous dire ce que vous avez compris jusqu'ici de votre situation?», «Savez-vous pour quelle raison cet examen a été réalisé?» 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des représentations liées à la situation de santé: «Vous dites avoir peur, vous arrivez à nous dire de quoi?» • Perceptions des proches? «Et pour vous Madame/Monsieur, vous pensiez à une maladie en particulier?»
<p>I</p> <p>Invitation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que veut-il savoir? Respect de son rythme de compréhension: «Qu'aimeriez-vous savoir? Souhaitez-vous connaître les résultats? Dans le détail ou en général?» à répéter pendant tout l'entretien (exemple avant la stratégie): «Cela fait beaucoup d'informations, vous me suivez? Voulez-vous savoir ce qu'on peut faire pour vous aider? Maintenant?» 	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de refus de savoir ou de vouloir les détails, explorer les raisons de son choix et lui expliciter la possibilité d'en reparler à un autre moment s'il change d'avis: «Avez-vous envie de nous dire ce qui vous retient? Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision»
<p>C</p> <p>Connaissances</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Je fais l'annonce? «M. B, ce n'est malheureusement pas la nouvelle que je voulais vous annoncer, mais les examens montrent...». • J'utilise les mots justes? Nommer la maladie par son nom commun (cancer et non masse, tumeur ou carcinome à petite cellules) • Je laisse du temps au silence juste après l'annonce? «.....», → permet au patient d'intégrer la nouvelle et aux soignants d'observer les réactions non verbales. Je dis la vérité, je ne minimise pas et je ne dis pas: «Il n'y a plus rien à faire», «arrêt des soins» «petites tâches et petite chimio» 	<ul style="list-style-type: none"> • J'observe les réactions du patient et de ses proches • Je reformule ce que dit (ou n'arrive pas à dire) le patient? «Ce matin, vous me disiez avoir compris pouvoir guérir de votre maladie, est-ce cela?» • Je garantis que l'information est donnée graduellement et d'un langage accessible: «J'ai l'impression que cela vous fait beaucoup d'informations. Voulez-vous qu'on continue? Ou que l'on répète ce que l'on vient de dire?»
<p>E</p> <p>Empathie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • J'invite le patient et ses proches à nommer ce qu'ils ressentent, je valide leurs émotions, je parle éventuellement des miennes. «Comment vous vous sentez? Vous avez envie de nous dire ce qu'il se passe à l'intérieur de vous? Je suis très émue de ce que vous traversez» • J'évite la fausse réassurance: «Rassurez-vous, tout ira bien» 	<ul style="list-style-type: none"> • J'invite le patient et ses proches à nommer ce qu'ils ressentent, je valide leurs émotions, je parle éventuellement des miennes. «Comment vous vous sentez? Vous avez envie de nous dire ce qu'il se passe à l'intérieur de vous? Je suis très émue de ce que vous traversez»
<p>S</p> <p>Stratégie et synthèse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • J'aborde les stratégies de traitement curatif et/ou palliatif • Je synthétise le contenu abordé et le vécu exprimé: «Si je résume, l'annonce de ce cancer avancé est une nouvelle très difficile pour vous. L'important pour vous, c'est... De notre côté, nous nous engageons à...» • Questions et prochain RDV: «Avez-vous des questions? «Souhaitez-vous que nous planifions un autre RDV avec vos proches la semaine suivante pour parler de votre décision et répondre à vos questions?» 	<ul style="list-style-type: none"> • J'identifie les ressources de la personne et les expériences vécues dans le passé où des stratégies efficaces ont été utilisées: «Vous nous avez décrit avant avoir toujours fait face lors de difficultés et être prêt à le faire également dans cette situation» • Je synthétise le contenu abordé et le vécu exprimé: «L'annonce de ce cancer avancé est une nouvelle très difficile pour vous. L'important pour vous, c'est... Vous pouvez compter sur nous...»

PROCÉDURE D'ANNONCE «ÉPICÉE»

Au centre d'une équipe interprofessionnelle et médicale multidisciplinaire, le médecin assistant de l'unité est le référent de toute nouvelle information pour son patient. Le service de médecine interne clarifie son rôle dans l'annonce des mauvaises nouvelles au moyen d'une procédure (figure 1). Sous la supervision du chef de clinique, il a pour mission de collecter les informations indispensables à une communication claire et adaptée, de coordonner les avis des spécialistes, et de rappeler à la remise interprofessionnelle du matin, la tenue d'une annonce de mauvaises nouvelles. De cette façon, l'infirmier chef de l'unité rend disponible l'infirmière pour le temps d'annonce.

Cette procédure fait appel à la force de l'interprofessionnalité en reprenant une partie du «plan cancer» de nos voisins français. Le binôme médico-infirmier est le modèle choisi pour le processus d'annonce de mauvaise nouvelle. Cette interaction permet aux soignants de se mettre «en phase» avant, pendant et après l'entretien en ce qui concerne non seulement l'état du patient (que cela soit la maladie et les traitements possibles ou leur ressenti par rapport à ceux-ci), mais également un partage des émotions des soignants par rapport à l'annonce.

L'outil mnémotechnique EPICES (tableau 3) rappelle aux soignants que l'annonce d'une mauvaise nouvelle est un processus complexe et ne peut se réduire à la seule com-



Tableau 4. Attentes des patients lors d'une annonce de mauvaise nouvelle

- Avoir le droit de savoir
- Recevoir la nouvelle en face et non par téléphone
- Être informé dès que possible avec un langage adapté, simple et clair
- Être informé des meilleures options de traitement existant
- Avoir un médecin attentif et disponible pour toutes les questions
- Avoir un médecin honnête sur la sévérité
- Avoir confiance dans les compétences du médecin
- Avoir du temps pour s'ajuster
- Recevoir de l'aide pour des stratégies d'adaptation (coping)
- Participer à la prise de décision
- Avoir un résumé et un plan établi

communication du diagnostic (EPICES). Au préalable, ils auront défini l'*environnement* (EPICES) intérieur (connaissance du dossier) et extérieur ainsi que la *perception* (EPICES) du patient et ses proches de la situation. Ce dernier point est indispensable pour diminuer la marge d'incompréhension constituée par ce que le soignant veut annoncer et ce que le patient s'avoue savoir. En même temps, le soignant doit inviter (EPICES) le patient à exprimer ce qu'il souhaite recevoir comme informations et dans quel cadre temporel (jour après jour, ou en une fois, les investigations terminées). Dans certaines situations, le patient ne souhaite pas savoir. Il est important alors de lui laisser ce choix, mais il est aussi important d'identifier ses craintes et de lui laisser une porte ouverte à ces informations. Tout au long de l'entretien, les soignants font preuve d'*empathie* (EPICES) et nomment les émotions qu'ils identifient. Finalement, la *stratégie* de traitement (curatif ou palliatif) et d'accompagnement et la *synthèse* (EPICES) du contenu et du vécu exprimés sont les étapes qui closent le temps d'annonce mais pas le processus.

En effet, une fois l'entretien d'annonce terminé, il est résumé dans le dossier-patient informatisé et restitué aux soignants en charge du patient. Un entretien de reprise dans les 72 heures est effectué par l'infirmière en charge du patient et permet de revenir sur les émotions vécues et les points incompris qui seront, le cas échéant, redirigés au médecin en charge.

ENSEIGNEMENT POSTGRADUÉ

L'enseignement médical prégradué permet aux étudiants en médecine de s'exercer sous supervision à l'annonce de mauvaises nouvelles.²⁴ Les infirmières reçoivent quant à elles des cours de communication et de relation d'aide pendant leur bachelor.

«Vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage». Cette citation de Nicolas Boileau (1636-1711) symbolise bien les enjeux de la formation à la communication. Accompagner les futurs professionnels à faire face à ces instants particulièrement denses sur le plan émotionnel ne doit pas s'arrêter à l'obtention du diplôme. Poursuivre le développement de leurs compétences par une formation postgraduée et continue théorique et pratique, associée à une supervision clinique semble une évidence dans un parcours professionnel riche d'expériences communicationnelles plus ou moins satisfaisantes^{18,25} et trouve écho dans le catalogue de formation postgraduée de chacune des spécialités

Tableau 5. Thématiques d'annonce de mauvaises nouvelles

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Suspicion de cancer• Diagnostic de cancer• Progression/récidive de cancer• Discussion de l'attitude en cas de réanimation• Soins palliatifs• Décès | <ul style="list-style-type: none">• Demande d'autopsie• Placement• Transfert hospitalier (interne/externe)• Maladies invalidantes• Résultat de tests génétiques• Risque de développer une maladie |
|---|--|

médicales en Suisse: «Faire preuve d'empathie en communiquant des mauvaises nouvelles». Ce constat est d'autant plus essentiel que nos institutions accueillent des professionnels de tous les horizons avec des parcours formatifs très diversifiés, n'ayant ainsi pas les mêmes compétences dans le domaine, ni les mêmes connaissances de la culture institutionnelle. Et les attentes des patients sont nombreuses (tableau 4).^{26,27}

Une formation spécifique est proposée par le Centre des formations du CHUV. Elle est co-animée par un binôme médico-infirmier de formateurs spécialisés en soins palliatifs et/ou en médecine interne. Un module théorique d'une heure est complété d'un module pratique d'une demi-journée, avec des scénarii joués par des patients simulés avec lesquels les participants volontaires s'entraînent à annoncer une mauvaise nouvelle (tableau 5). Les formateurs facilitent une démarche réflexive sur les compétences communicationnelles des participants, sous le regard des pairs, dans un cadre sécuritaire et bienveillant. Des formations approfondies sont proposées également par la Ligue suisse contre le cancer.²⁸

CONCLUSION

Le Service de médecine interne fait de la communication soignants-soignants et soignants-patients un enjeu central pour laquelle il se dote d'outils et propose des formations à ses collaborateurs. L'annonce de mauvaises nouvelles est un processus entier qui nécessite une excellente coordination interprofessionnelle et interdisciplinaire au centre duquel se trouvent le patient, ses proches et son médecin. Une procédure clarifie les rôles de chacun dans l'attente que de nouvelles études évaluent l'impact réel de l'enseignement des techniques de communication sur les soignants et leurs patients. Une transposition en milieu ambulatoire, même si difficile, est possible.

Même s'il n'existe pas de «bonnes» façons d'annoncer une mauvaise nouvelle, certaines sont moins dévastatrices que d'autres.²⁹ Et lorsque cette annonce est faite avec empathie, dans un langage clair et adapté, elle peut être bénéfique pour la relation médecin/soignant-malade.³⁰ ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.



Implications pratiques

- > L'annonce de mauvaises nouvelles est un défi du quotidien pour les médecins et les infirmières qui ont besoin d'être formés et accompagnés
- > Le Service de médecine interne du CHUV, en accord avec la volonté institutionnelle, développe une pratique en binôme médecin-infirmier systématique
- > Le dispositif mis en place offre un cadre plus propice à la relation avec le patient et ses proches dans ce moment dense en émotions qu'est l'annonce de mauvaises nouvelles

Bibliographie

- 1 * Buckman R. S'asseoir pour parler: l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Paris: InterEditions, 1994.
- 2 Buckman R. Breaking bad news: Why is it still so difficult? *BMJ* (Clinical research ed) 1984;288:1597-9.
- 3 Ptacek JT, McIntosh EG. Physician challenges in communicating bad news. *J Behav Med* 2009;32:380-7.
- 4 Ruzsniowski M. Face à la maladie grave: patients, famille, soignants. Paris: Dunod, 2004.
- 5 Voelter V, Mirimanoff RO, Stiefel F, et al. L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie. *Rev Med Suisse* 2005;1:1350, 2-3.
- 6 Shaw JM, Brown RF, Dunn SM. A qualitative study of stress and coping responses in doctors breaking bad news. *Patient Educ Couns* 2013;91:243-8.
- 7 Bernard M, de Roten Y, Despland JN, Stiefel F. Oncology clinicians' defenses and adherence to communication skills training with simulated patients: An exploratory study. *J Cancer Educ* 2012;27:399-403.
- 8 Brown R, Dunn S, Byrnes K, et al. Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations. *Acad Med* 2009;84:1595-602.
- 9 www.chuv.ch/chuv_home/chuv-formation/fiche-formationlist/ficheformationdetail.htm?code=CSS-MAUNVEL-05j
- 10 www.chuv.ch/chuv_home/chuv-formation/fiche-formationlist/ficheformationdetail.htm?code=CSS-MAUNVEL-05j
- 11 ** Teike Luthi F, Cantin B. Annonce de mauvaises nouvelles: une pointe d'EPICES dans l'apprentissage. *Rev Med Suisse* 2011;7:85-7.
- 12 Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5:302-11.
- 13 Arora NK. Interacting with cancer patients: The significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med* (1982) 2003;57:791-806.
- 14 Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, et al. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer* 2003;88:658-65.
- 15 Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009;74:295-301.
- 16 * Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;3:Cd003751.
- 17 Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: A systematic review of training methods. *Support Care Cancer* 2005;13:356-66.
- 18 * Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: A systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol* 2011;22:1030-40.
- 19 Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 2004;363:312-9.
- 20 Tobin GA. Breaking bad news: A phenomenological exploration of Irish nurses' experiences of caring for patients when a cancer diagnosis is given in an acute care facility (part 1). *Cancer Nurs* 2012;35:E21-9.
- 21 Warnock C. Breaking bad news: Issues relating to nursing practice. *Nurs Stand* 2014;28:51-8.
- 22 Warnock C, Tod A, Foster J, Soreny C. Breaking bad news in inpatient clinical settings: Role of the nurse. *J Adv Nurs* 2010;66:1543-55.
- 23 Paul CL, Clinton-McHarg T, Sanson-Fisher RW, et al. Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. *Eur J Cancer* 2009;45:2960-6.
- 24 Stiefel F, Bourquin C, Layat C, et al. Medical students' skills and needs for training in breaking bad news. *J Cancer Educ* 2013;28:187-91.
- 25 Griffiths J, Ewing G, Wilson C, et al. Breaking bad news about transitions to dying: A qualitative exploration of the role of the District Nurse. *Palliat Med* 2015;29:138-46.
- 26 Ishaque S, Saleem T, Khawaja FB, Qidwai W. Breaking bad news: Exploring patient's perspective and expectations. *J Pak Med Assoc* 2010;60:407-11.
- 27 Brown VA, Parker PA, Furber L, Thomas AL. Patient preferences for the delivery of bad news – the experience of a UK Cancer Centre. *Eur J Cancer Care* 2011;20:56-61.
- 28 www.liguecancer.ch/fr/acces_reserve_aux_specialistes/formation_mieux_communiquer_2016/
- 29 Moley-Massol I. L'annonce de la maladie: une parole qui engage. DaTeBe, 2004.
- 30 * Stiefel F, Barth J, Bensing J, et al. Communication skills training in oncology: A position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Ann Oncol* 2010;21:204-7.

* à lire

** à lire absolument