



Relation Patient-Radiologue : annoncer un diagnostic de cancer en radiologie

Concepteur de la Formation :
Professeur Jean-Paul BEREGLI

Sommaire :

Publics ciblés :	2
Orientation prioritaire visée :	2
Rationnel :	2
Prérequis pour participer	3
Déroulé pédagogique (temps total du programme = 4 heures) :	3
Bibliographie	5

Publics ciblés :

Médecins de spécialités :

- Radiologue

Orientation prioritaire visée :

OP 36 : Annonce d'une mauvaise nouvelle ou du diagnostic d'une maladie grave

Rationnel :

La pratique de la radiologie connaît depuis deux décennies une transformation majeure marquée par une augmentation continue du volume d'examens, une complexification technologique croissante et une évolution organisationnelle vers des modèles industrialisés d'imagerie (flux élevés, téléradiologie, numérisation et intégration de l'intelligence artificielle). Dans ce contexte, le temps médical consacré à la relation directe avec le patient tend à se réduire, plaçant le radiologue dans une tension permanente entre exigences de productivité et mission clinique.

Pourtant, le cadre réglementaire français, notamment issu de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, impose au médecin radiologue une obligation d'information loyale, claire et appropriée du patient, incluant l'explication des résultats, des risques, des découvertes fortuites ou des complications éventuelles. Cette responsabilité est particulièrement prégnante dans des situations fréquentes en radiologie : annonces diagnostiques inattendues, examens anxiogènes, pathologies graves découvertes fortuitement ou décisions thérapeutiques guidées par l'imagerie.

Par ailleurs, la Société Française de Radiologie (SFR) et le Collège des Enseignants en Radiologie de France (CERF) promeuvent activement le modèle de radiologie clinique, dans lequel le radiologue redevient un médecin pleinement impliqué dans le parcours de soin, acteur de la décision médicale et interlocuteur direct du patient. Cette évolution implique le développement de compétences relationnelles spécifiques, insuffisamment enseignées dans la formation initiale.

Le radiologue occupe une place essentielle dans le parcours diagnostique des cancers. Il est fréquemment le premier médecin à informer le patient de la découverte d'une lésion suspecte ou d'un diagnostic fortement évocateur de cancer. Cette responsabilité nécessite des compétences spécifiques en communication afin de délivrer une information claire, progressive et adaptée à la situation clinique, tout en tenant compte des recommandations de la Haute Autorité de Santé.

L'évolution des pratiques, marquée par le développement de la téléradiologie, du numérique et de l'intelligence artificielle, transforme la relation entre le radiologue et le patient. Dans ce contexte, il est indispensable de préserver une approche humaine et de renforcer la qualité de l'entretien d'annonce afin de favoriser la compréhension, limiter l'anxiété et faciliter l'orientation vers le parcours de soins adapté.

Objectifs Pédagogiques

A la fin de la formation, l'apprenant sera capable de :

1. conduire un entretien d'annonce d'un diagnostic de cancer ou d'une suspicion de cancer conformément aux recommandations de la HAS ;
2. adapter son discours au contexte clinique et au niveau de compréhension du patient ;
3. structurer l'entretien afin de favoriser une compréhension progressive des informations délivrées ;
4. identifier les principaux écueils de communication et mettre en œuvre des stratégies permettant de les éviter ;
5. intégrer les évolutions de la pratique radiologique (téléradiologie, intelligence artificielle) dans une communication centrée sur le patient ;

Prérequis pour participer

Cette action de DPC concerne les radiologues en exercice, au cours de leur formation continue.

Déroulé pédagogique (temps total du programme = 4 heures) :

Cette formation présentielle de 4 heures est structurée en un atelier en 1 unité de FMC avec des aspects théoriques, des mises en situation clinique issues de la pratique quotidienne permettent aux participants d'expérimenter différentes postures relationnelles dans un cadre sécurisé. Chaque mise en situation comprend une phase d'observation, d'auto-évaluation et de débriefing structuré.

DISPOSITIF D'OUVERTURE

- **Pré-test**
 - Objectif : Test de positionnement des connaissances
 - Format : Evaluation de type QCM/QCU

UNITE 1 FMC en Présentiel – Durée = 4 heures

⇒ Assister à la session de cours		
• <i>Responsable :</i>	Pr. Jean-Paul BEREGLI	
• <i>Format :</i>	Présentiel – méthode affirmative	Durée : 240 minutes
• <i>Méthodes :</i>	Méthode affirmative : diaporamas commentés	
<i>Programme :</i>		
1/ Introduction		20 minutes
• <i>Objectifs et contenus</i>	Présenter les objectifs et le déroulement Rappel des publications HAS sur l’annonce d’une maladie grave et d’une complication Cibler les attentes, les points de convergence et les difficultés rencontrées	
• <i>Supports</i>	Diaporama commenté Questions/réponses	
ATELIER : L’ANNONCE D’UN CANCER EN RADIOLOGIE		200 minutes
• <i>Objectifs et contenus</i>	• Introduction : Comment (re) créer de la relation avec le patient à l’heure de la télé radiologie, du numérique, de l’IA ? • Apports théoriques et partages de bonnes pratiques : Les étapes de l’entretien ; les écueils et risques évitables ; Soigner sa communication (verbal, para verbal et non verbal) • Mises en situation : <i>1. Consultation d’annonce de découverte d’une masse du sein lors d’un Dépistage organisée (exemple du cancer du sein)</i> <i>2. Consultation d’annonce de découverte d’une prostate pathologiques en scanner lors d’un Dépistage opportuniste (exemple du cancer de la prostate)</i> <i>3. Consultation d’annonce du diagnostic d’une masse pulmonaire au scanner devant un bilan de toux prolongée (Dépistage sur symptôme, découverte cancer du poumon)</i>	



	4. Consultation information actes de destruction tumorale par radiologie interventionnelle • Auto-évaluation et Debrief de la part de l'observateur en sous-groupe • Débrief collectif en plénière
• <i>Supports</i>	Diaporama commenté Questionnaires Questions/réponses
SYNTHESE et CONCLUSIONS	
	20 minutes
• <i>Objectifs et contenus</i>	<i>Synthèse générale et reprise des bilans de chaque atelier</i> <i>Temps d'échanges entre pairs</i>
• <i>Supports</i>	Diaporama synthèse Questions/réponses

DISPOSITIF DE CLÔTURE

- **Post-test**
 - Format : Evaluation de type QCM/QCU
- **Questionnaire de satisfaction**
- **Attestation de participation**

Bibliographie

I. Recommandations HAS et institutions françaises

1. Annoncer une mauvaise nouvelle Haute Autorité de Santé (HAS) 2008
HAS – Recommandations de bonnes pratiques, Paris.
2. Annonce d'un dommage associé aux soins - HAS 2011
HAS – Rapport méthodologique.
3. Qualité de la relation soignant-soigné - HAS 2018
HAS – Fiche parcours et relation patient.
4. Décision médicale partagée - HAS 2013 (actualisée 2018)
HAS – Guide méthodologique.
5. Dispositif d'annonce en cancérologie - Institut National du Cancer (INCa) 2019
Collection référentiels INCa.
6. Annonce et accompagnement du diagnostic de cancer- INCa 2016
Référentiel organisationnel.
7. Information du patient et consentement éclairé - Code de la santé publique – art. L1111-2
Version consolidée.

II. Communication médicale et annonce de mauvaise nouvelle

8. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news - Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. 2000
The Oncologist, 5(4):302–311. - PubMed PMID: 10964998
9. Breaking bad news: why is it still so difficult?- Buckman R 1984
BMJ, 288:1597–1599.
10. Communication about serious illness care goals - Back AL, Arnold RM, Tulsky JA 2009
JAMA, 301(11):1147–1155.
11. Doctor-patient communication in oncology - Ong LML, de Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB 1995
Social Science & Medicine, 41(3): 337–349.
12. Improving communication with cancer patients - Street RL Jr. 2002
CA: A Cancer Journal for Clinicians, 52(3): 167–182.
13. Patients' preferences for communication of bad news - Ptacek JT, Eberhardt TL 1996
JAMA, 276(6):496–502.

III. Relation soignant-patient, émotions et empathie

14. Patient-centered communication and health outcomes - Epstein RM, Street RL 2011
Patient Education and Counseling, 85(3): 295–300.
15. Empathy in medicine: what it is and why it matters - Halpern J 2003
Academic Medicine, 78(7):670–674.
16. Nonverbal communication in clinician-patient interaction - Hall JA, Harrigan JA, Rosenthal R 1995
Patient Education and Counseling, 25(3):201–215.



17. Emotional cues and concerns in medical dialogue - Finset A 2012
Patient Education and Counseling, 88(3): 359–364.
18. Relationship-centered care - Beach MC, Inui T 2006
Journal of General Internal Medicine, 21(S1): S3–S8.
19. Mindfulness and quality of patient care - Lown BA, McIntosh S 2011
Journal of the American Medical Association, 305(21): 2267–2268.

IV. Sécurité, erreur médicale et annonce

20. Disclosure of medical errors: what patients want - Gallagher TH, Waterman AD, et al. 2003
JAMA, 289(8):1001–1007.
21. Patients' and physicians' attitudes regarding error disclosure - Mazor KM et al. 2004
Journal of General Internal Medicine, 19: 791–798.
22. Disclosure and apology following medical error - Levinson W 2010
JAMA, 303(1): 80–81.
23. Ethical aspects of error disclosure - Wu AW 2000
BMJ, 320: 726–727.
24. Second victim phenomenon - Scott SD, Hirschinger LE, et al. 2009
Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 35(6):325–330.

V. Radiologie, technologies et relation patient

25. Patient-centered radiology - Brady AP 2017
European Radiology, 27: 495–497.
26. The radiologist–patient relationship in the era of AI - Reiner BI 2019
Journal of the American College of Radiology, 16(4): 501–504.
27. Maintaining the human dimension in radiology - Gunderman RB 2016
Radiology, 278(2): 331–334.
28. Communication of imaging results to patients - Berlin L 2014
American Journal of Roentgenology, 203(5): 947–950.
29. Radiologist communication skills and patient satisfaction - Slanetz PJ, Chung A 2014
Radiographics, 34(2): 295–300.
30. Professionalism and ethics in radiology - RSNA Ethics Committee 2015
Radiology, 276(2): 329–333.