

LES TEMPS DE L'ANNONCE

I/ Les difficultés de l'annonce :

◆ Individuelles :

Du patient :

Sa personnalité
Ses capacités d'adaptation
Son état psychologique
Son contexte de vie.

Du médecin :

Son expérience
Ses capacités d'écoute
Ses capacités de communication
Son empathie

◆ Générales :

L'obligation de transparence :

La loi
Le code de déontologie
La jurisprudence

L'accès à l'information : internet, médias

Les méthodes de travail :

Collégialité des décisions
Décision unilatérale

**UNE MAUVAISE NOUVELLE EST AUSSI DIFFICILE A DIRE QU'ENTENDRE.
C'EST UNE EPREUVE POUR LE PATIENT COMME POUR LE MEDECIN.**

Règles et recommandations :

◆ Le code de déontologie médicale :

Article 34 : La prescription

Article 36 : Le consentement

Article 64 : Interventions de plusieurs médecins (RCPD)

Article 35 : L'information.

Article 35 : « 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, 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. Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le patient apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection mais les proches doivent être prévenus sauf exception ou si le patient a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »

COMMENT PROCEDER ?

NI METHODE, NI RECETTE . SEULEMENT DES RECOMMANDATIONS ET DES CONSEILS.

Conseils :

Informar n'est pas annoncer.

Il n'y a pas un temps de l'annonce, mais des temps de l'annonce. C'est un continuum dans la relation praticien/patient..

- ◆ Respecter les étapes de l'annonce, c'est reconnaître les différents temps de la prise en charge d'un patient, de la première visite, au diagnostic, aux propositions de traitement et au suivi thérapeutique. L'annonce de la mauvaise nouvelle s'inscrit dans une relation praticien/patient qui a déjà commencé depuis un moment (*Il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret. (Code pénal article 226-13 et code de déontologie médicale, article 4)* » , dans un rapport du patient à sa maladie qui existe déjà : inquiétude ou confiance, réalisme ou stratégies d'évitement, entourage présent ou non, compliance ou négociation, etc.

Respecter les étapes de l'annonce c'est savoir s'adapter à chaque patient, à chaque situation, dans une approche globale de santé et dans une démarche systémique.

Recommandations d'usage :

Les questions incontournables :

- ◆ **Le patient peut-il comprendre l'information ?**
S'il y a incapacité physique autre qu'un handicap mental connu, il est nécessaire d'en rechercher la cause.
Si elle est réversible : traiter puis annoncer.
Si elle est irréversible : Informer la famille.
- ◆ **Les conditions techniques de l'annonce sont-elles réunies ?**
Lieu approprié : calme et sans interférence.
Le bureau est-il nécessaire ? Ne maintient-il pas une asymétrie peu propice à l'empathie ?
Peut-on faire autrement ?
A-t-on proposé au patient d'être accompagné ?
Laisser la personne venir à sa vérité demande du temps.
- ◆ **Les conditions psychiques sont-elles réunies ?**
Laisser la personne venir à sa vérité demande de la disponibilité : On demandera à ne pas être dérangé, ni téléphone, ni visite.
Le moment est-il adéquat pour le praticien : planning laissant le temps, disponibilité intérieure.
Identification des craintes, des « gênes », des résistances vis à vis de l'entretien à venir.
Identification de la qualité de la relation avec **ce** patient, avec **son** entourage.
Bonne connaissance et/ou pratique des techniques de la communication.
Théorie des mécanismes de défenses (patient et praticien) bien assimilée.
Désir de s'en servir à l'œuvre.

◆ **Doit-on tout dire en une seule fois ?**

L'annonce de la mauvaise nouvelle provoque un choc.

Le patient ne pourra entendre qu'une partie de l'annonce, et ce, à chaque entretien.

La prise en charge, de l'annonce au traitement, s'étalera dans le temps.

DEROULEMENT

Préalable :

L'angoisse est inévitable. Le patient arrive, le plus souvent, angoissé, ou au moins anxieux. Cette angoisse inévitable est nécessaire dans le cheminement du patient et de son entourage.

La genèse de l'angoisse, avant la confirmation d'un diagnostic grave ou fatal, représente un temps d'adaptation. L'angoisse est un pare excitation permettant de s'ajuster à la menace. Elle a donc une fonction protectrice.

Il y a donc des angoisses à différencier:

L'angoisse nécessaire.

L'angoisse pathologique. (à traiter au cours de la prise en charge)

1/ Identifier ce que le patient sait déjà.

« Que pensez-vous de ce qui vous arrive ? »

Identification de la qualité de la réponse :

Pour construire la suite de l'entretien : juger de l'état émotionnel du patient, de l'écart entre l'annonce à faire et le rapport du patient à l'enjeu de la situation.

Ne pas hésiter à renoncer à l'annonce si la situation n'est pas favorable, c'est à dire quand il faut protéger le patient.

2/ Préparer l'annonce de la mauvaise nouvelle par des signaux d'alerte.

Le patient se prépare à entendre une nouvelle désagréable.

L'anxiété est un tampon qui amortit le choc émotionnel.

3/ Respecter des temps de pose.

Le patient a besoin de temps pour assimiler.

Le praticien peut évaluer les réactions du patient et ses capacité d'intégration. C'est à tout moment qu'il peut être nécessaire de s'arrêter pour parler de l'émotion et reprogrammer un deuxième entretien.

Le médecin assure l'évolution du dialogue en répondant aux demandes du patient.

Il répond aux demandes de l'entourage si es demandes sont en phase avec le temps du patient. Sinon, il diffère la réponse, sans l'oublier.

C'est le patient qui choisit le moment d'interrompre le dialogue : le praticien doit pouvoir le repérer et le respecter.

4/ Identifier les réactions du patient à ce qui vient de se dire et en tirer les conséquences :

◆ **Acceptation :**

Beaucoup de patients sont capables d'accepter. Beaucoup s'y sont préparés, avaient des soupçons.

Certains vont trouver du sens dans cette annonce à une présomption dont il ne pouvait être certain. Le sens provoquera une forme de soulagement.

Identifier le lien entre acceptation et résignation pour le patient. : Accepter ne signifie pas forcément se résigner, mais si tel est le cas, l'acceptation n'est pas forcément « un bon » signe pour la prise en charge à venir, même si cette posture semble au premier abord assez confortable pour le praticien.

Prise en charge :

Etre attentif aux réactions retardées.

◆ **Désespoir :**

Peut survenir essentiellement si l'annonce est brutale, soit du fait du praticien, soit du fait du patient, qui n'aurait rien voulu ou pu entendre avant..

Il n'y a pas eu d'espace entre l'appréhension d'une menace et sa confirmation. L'angoisse n'a pas fonctionné comme tampon à la menace. L'annonce entraîne un phénomène de sidération.

Prise en charge :

Reconnaître l'effet de sidération et le faire savoir au patient

Recevoir les expressions de colère ou de pleurs avec empathie.

Explorer l'effet de sidération par une approche « douce » de ce qui se passe pour le patient, et ce d'autant que vous aviez déjà amorcé l'annonce bien avant ce RDV d'annonce.

Tenir compte de l'impossibilité d'assimilation du patient.

◆ **Ambivalence**

Le patient alterne entre acceptation et refus. Il entre et sort alternativement de la réalité. Cet état va nécessiter du temps, de l'énergie et de la tolérance pour le praticien.

Prise en charge :

Le praticien devra accepter cette ambivalence, qui parfois, ne se dépasse pas. Il faudra du temps pour, petit à petit, que le patient arrive à une certaine acceptation de la réalité, acceptation qui n'est pas forcément souhaitable si elle s'apparente au renoncement, alors que le refus peut être le ressort de la combativité pour la vie.

Annoncer dans ce contexte, c'est pouvoir choisir le « bon » moment.

◆ **Déni et/ou espérances irréalistes.**

Le patient ne veut rien entendre de la réalité du diagnostic.

Il va alors, parfois, vouloir changer de praticien, chercher d'autres avis. Il ne peut rien admettre de ce qu'on lui dit qui n'irait pas dans son sens, celui de l'espoir ou de l'erreur de diagnostic.

Prise en charge :

Le praticien ne peut qu'accepter la posture psychique du patient. Essayer de le convaincre reviendrait à renforcer ce mécanisme de défense.

Il faudra, là aussi, du temps, beaucoup de temps, et faire preuve d'un esprit d'ouverture, rester à la disposition du patient, malgré ses « trahisons » ou ses colères contre le praticien, qui n'est que le bouc-émissaire de son angoisse.

5/ Le patient et son entourage.

◆ Refus du patient de révéler son diagnostic à son entourage.

Le patient a toujours de « bonnes raisons » pour éviter cette révélation.

Prise en charge :

Reconnaître que le patient connaît mieux son entourage que nous.

Le droit du patient est à respecter. (Sauf contamination)

Identifier ou lui permettre d'identifier les raisons de cette position : maintien d'une certaine maîtrise de la situation, surprotection de la famille, empathie...

Lui permettre d'identifier le coût de ce secret pourra avoir, aujourd'hui et demain: incommunication, distanciation douloureuse, solitude exacerbée, rupture de confiance...

Identifier ce qu'il pense de ce que ses proches savent déjà.

Favoriser la communication entre eux : proposition d'aide pour en parler ensemble.

◆ Refus des proches de révéler le diagnostic au patient.

La famille ou l'entourage a toujours de « bonnes « raisons » pour vouloir ne rien dire.

Prise en charge :

Ecouter les arguments de leur choix.

Identifier ou leur permettre d'identifier les raisons de cette position : maîtrise de la situation, maîtrise du malade au nom de son bien, surprotection du malade, angoisse, représentation des conséquences de la révélation comme plus grave pour le malade que l'ignorance....

Identifier le coût de la connivence entourage/praticien : perte de confiance, rupture de lien, insécurité psychique, distanciation douloureuse, incommunication, culpabilité...

Essayer de rapprocher les deux parties.

EN CONCLUSION

L'ANNONCE DE LA MAUVAISE NOUVELLE EXIGE DE :

- ◆ Reconnaître ses émotions (liées à l'annonce et liées à la qualité relationnelle avec son patient) pour pouvoir reconnaître et accompagner celles de son patient.
- ◆ Se donner les conditions matérielles d'une annonce dans de bonnes conditions.
- ◆ Ne pas se donner des objectifs mais avancer au rythme du patient : il n'y a pas LE temps de l'annonce mais DES temps pour l'annonce.
- ◆ Connaître les théories de la communication et des mécanismes de défense du patient et du médecin pour pouvoir en faire usage dans sa pratique.
- ◆ Se faire aider si besoin : formation à la pratique de l'annonce, groupes balint, ...