

L'annonce
d'une
mauvaise nouvelle !

Anne-Sophie Boulas

Service des Brûlés - Hôpital Pellegrin (Bordeaux)

L'annonce d'une mauvaise nouvelle fait partie de notre rôle de soignants, mais nous sommes souvent démunis pour accomplir cette mission et accueillir les émotions que cela suscite chez les patients. C'est toujours un moment délicat important, à bien préparer pour qu'il se passe au mieux. Malheureusement, il n'existe pas de « bonnes » façons d'annoncer une mauvaise nouvelle, mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres, (Moley-Massol I, 2004) [1]. Notre exposé s'appuiera essentiellement sur le recueil de bonne pratique de la HAS éditée en 2008 [2] qui s'inspire largement de la stratégie SPIKE (S pour SETTING ET LISTENING SKILL (environnement), P pour PERCEPTION du patient, I pour INVITATION à donner l'information, K pour KNOWLEDGE (donner les faits médicaux), E- EMOTION (Exploration, Validation Empathie), S-STRATEGY-SUMMARY) de Buckman (2001) [3].

Plan de l'exposé :

- Définition des différents termes : « mauvaise nouvelle » et « annoncer »
- Enjeu et conséquences de l'annonce d'une mauvaise nouvelle
- Pistes de réflexions afin de mieux aborder l'annonce

1. Définitions : « mauvaise nouvelle » et « annoncer »

1.1. Qu'est-ce qu'une mauvaise nouvelle ?

Selon Buckman (2001), c'est une « nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son être et de son avenir. » Elle ne concerne pas uniquement le diagnostic, mais aussi les conséquences possibles de handicap, de déficience, etc. Elle peut être certaine ou possible, immédiate ou future. Elle reste souvent vécue par le patient d'une manière spécifique et subjective, non forcément immédiatement accessible au soignant. La même nouvelle n'aura pas la même signification pour tous les patients, car elle dépend de leur origine ethnique, de leur histoire propre, de leur personnalité, de leur environnement social et familial, etc.

1.2. Qu'est-ce qu'annoncer ?

Annoncer c'est « communiquer », « faire savoir » que quelque chose existe et/ou va se produire. Mais, ce n'est pas seulement informer, c'est cheminer avec le patient vers la connaissance qui le concerne. Le but ultime étant de conduire le sujet à construire un projet individualisé où ses choix et sa dignité seront respectés dans un climat de vérité. Le patient devient alors acteur de sa prise en charge. Annoncer une mauvaise nouvelle a un effet structurant car nous savons que « (...) ce qui est terrible et connu vaut toujours mieux que ce qui est terrible et inconnu », (Zorn F, 1979) [4]. Cela permet de mettre un terme à une période d'incertitude, de couper court aux suppositions et interprétations erronées. De plus, elle a un effet fondateur dans la relation soignant-malade qui déterminera la qualité des soins futurs.

2. Enjeu et conséquences de l'annonce d'une mauvaise nouvelle

L'annonce est toujours un traumatisme. Elle produit inévitablement un choc, une certaine stupeur tellement forte que le patient n'entend qu'une partie de ce qui est dit. **Cette étape fait partie intégrante d'un processus d'acceptation de la perte ou du deuil comportant différentes étapes qui ont été décrites comme : le choc, la colère, la dénégation voire le déni, le marchandage, la dépression puis l'acceptation,** (Stades de la mort annoncée de Kübler-Ross, 1969 ; Problématique de l'acceptation de la maladie, Lacroix, 2002) [5]. Le déroulement de ce processus n'est pas uniforme, il varie selon les personnalités et les situations. Des étapes qui lorsqu'elles deviennent trop difficiles à dépasser tout seul peuvent être accompagnées par des professionnels.

Ainsi, il est normal que certains patients développent involontairement des mécanismes de défense. Ce sont des opérations inconscientes par lesquelles un sujet confronté à une représentation insupportable la refoule. Leur activation est involontaire. (Chabrol H ; Callahan S, 2004) [6].

2.1. Mécanismes de défense développés par le patient

La **HAS** répertorie cinq mécanismes de défenses observés suite à l'annonce : l'isolation, le déplacement, la projection agressive, la régression et le déni.

L'isolation : La charge affective se trouve séparée de la représentation à laquelle elle était rattachée (discours sans affect de mise à distance). Ce mécanisme permet aux patients d'évoquer ce qui leur arrive sans s'effondrer.

Le déplacement : La charge affective est déplacée d'une représentation sur une autre, généralement moins menaçante. La situation vécue par le patient est trop angoissante pour l'évoquer directement. Le patient parle de son angoisse par un moyen détourné.

La projection agressive : L'angoisse se trouve projetée sous forme d'agressivité sur l'entourage, souvent le médecin ou l'équipe soignante.

La régression : Permet au patient de ne plus avoir à assumer les événements mais de les laisser à la charge de l'autre. Un patient qui laisse son épouse répondre à sa place.

Le déni : Le patient se comporte comme si rien ne lui avait été dit. Le déni se met en place face à une angoisse massive que le patient est incapable de traiter. Il est généralement partiel et transitoire.

2.2. Les professionnels de santé et le « processus » de l'annonce

Lors de l'annonce, plusieurs acteurs peuvent être présents notamment plusieurs soignants, bien évidemment le patient et éventuellement à son initiative, un accompagnant.

Les professionnels de santé partagent ainsi le « processus » de l'annonce et cette situation organisationnelle peut entraîner plusieurs écueils qui ont été répertoriés par la **HAS** :

- **La dilution des responsabilités** : le patient peut ressentir une absence d'annonce suite à un manque de référent. Il ressent une absence de soutien.
- **L'incohérence des messages transmis** : il est important que, face au patient, la parole de l'équipe médicale et soignante soit cohérente. L'incertitude majore l'angoisse.
- **Le retard à l'information / rétention d'information** : une information progressive ne doit pas signifier rétention d'information. Le rythme doit être adapté aux questions et aux besoins du patient.
- **L'oubli** : lors de l'échange, de la principale personne concernée (enfant, personne âgée, personne handicapée) au profit des proches accompagnants.

Si la mauvaise nouvelle concerne le patient par la modification radicale du cours de sa vie, les difficultés du personnel soignant face à l'annonce d'une telle nouvelle doivent également être explorées. Il s'agit de la difficulté à dire, car nous sommes confrontés également à différents sentiments et angoisses qui sont principalement : la peur de la maladie et la mort, la peur d'être désapprouvé, la peur de faire mal, le sentiment d'impuissance, le renoncement, l'acceptation de ses limites, le sentiment de culpabilité, la peur de ne pas être à la hauteur, la peur des réactions émotionnelles, etc.

Face à l'angoisse de la situation le personnel soignant se protège inconsciemment tout comme son patient par des mécanismes de défenses.

Selon la **HAS**, il en existe principalement six : l'identification projective, la rationalisation, la fausse réassurance, la fuite en avant, la banalisation et le mensonge :

L'identification projective : mécanisme le plus fréquemment utilisé qui 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.

⇒ Occulte totalement le vécu du patient. Risque de culpabilisation et donc de majoration de l'angoisse du patient qui ne se sentira pas mieux alors même qu'il a suivi les consignes données par le soignant.

La rationalisation : discours hermétique et incompréhensible pour le patient.

⇒ Induit un échange sans réel dialogue avec le patient. Empêche le cheminement psychique du patient par rapport à ce qu'il vit.

La fausse réassurance : le soignant va optimiser les résultats médicaux en entretenant un espoir artificiel chez le patient.

⇒ Elle arrive souvent en réponse à l'expression, par le patient, d'une angoisse que le soignant ne se sent pas capable d'entendre. Elle produit donc un décalage entre le cheminement du patient et les propos du soignant et empêche ainsi la réalisation du travail psychique du 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.

⇒ Ne prend absolument pas en compte la nécessité d'une information pas à pas, pour que le patient puisse l'assimiler. Provoque la sidération du patient et empêche totalement le patient de cheminer face à ce qui lui arrive.

La banalisation: le soignant se focalise sur la maladie et met totalement de côté la souffrance psychique du patient.

⇒ Le patient ne se sent pas entendu et peut avoir le sentiment qu'il n'y a pas de légitimité à ce qu'il ressent, ce qui majore son angoisse.

Le mensonge : il a pour objectif de «préserver» le patient. En réalité, il préserve le médecin, et parfois la famille du malade, de la réaction du patient, telle qu'il l'imagine ou la redoute.

⇒ Ne tient pas compte de la demande du malade ni de ses ressources personnelles et cela l'empêche d'élaborer une représentation de sa maladie.

3. Pistes de réflexions afin de mieux aborder l'annonce

Maintenant que nous venons de mieux comprendre l'enjeu et les conséquences de l'annonce d'une mauvaise nouvelle tant pour le patient que le soignant, nous pouvons conclure qu'il est important de bien préparer cette étape même si en pratique nous savons qu'il n'existe aucune recette miracle pour annoncer une mauvaise nouvelle.

Cependant, il existe quelques ingrédients indispensables que nous livre la **HAS**: le temps, l'écoute et les mots choisis.

3.1. Ingrédients indispensables à l'annonce

Il n'y a pas de préconisation de temps. Il convient de respecter la liberté du patient, son rythme et sa personnalité. La durée de l'entretien sera écourtée si le patient est sous le choc et plus longue s'il pose des questions.

Il est nécessaire d'écouter au maximum le patient : l'aider à verbaliser, à poser des questions, à exprimer ses émotions. Mais attention ! Parfois ils ne savent ni comment les formuler, ni quoi demander.

L'information délivrée doit être simple, progressive, respectueuse des mécanismes d'adaptation de chacun. Elle doit être bien souvent répétée à des temps différents, être cohérente en évitant tout jargon médical. Elle doit comporter une ouverture vers un espoir réaliste, une proposition d'objectif à court terme. Il faut aider dans la mesure du possible le patient à construire de nouveaux projets de vie : cela ne pourra se faire qu'avec un suivi à long terme.

En conclusion de cet exposé, il est important de se rappeler que ce qui est dit n'est pas ce qui est entendu par le patient et avoir à l'esprit que c'est le patient qui montre la voie à suivre. Cependant, selon Kaplan (2010) [7] il est important d'avoir un plan d'action : il fournit une structure pour cette étape difficile et contribue à soutenir toutes les personnes concernées.

Voici quelques pistes de réflexion pour mieux aborder l'annonce :

3.2. Avant l'annonce il est important

De se questionner et comprendre ses propres difficultés.

Obtenir un maximum d'informations sur la maladie et les options thérapeutiques qui peuvent être proposées.

3.3. Après l'annonce

Après, il est essentiel de faire un bilan de cette annonce et se poser la question : Que me reste-t-il à lui dire ?

Concernant les conditions matérielles minimum, voici quelques suggestions. Il est préférable que le rendez-vous soit organisé sans mise en scène excessive dans un lieu calme dédié mais non spécifique pour éviter de majorer l'angoisse. Il ne doit pas être réalisé trop longtemps après une suspicion. On peut proposer au patient d'être accompagné d'un proche s'il le souhaite.

Et enfin, il est conseillé de s'asseoir pour parler face à face et surtout de prendre le temps.

Vous avez ainsi les éléments essentiels pour que cet instant se déroule dans les conditions les plus favorables possibles.

Bibliographie

- [1] Moley-Massol I. *L'annonce de la maladie, une parole qui engage*. Paris : DaTeBe éditions ; 2004
- [2] *Annoncer une mauvaise nouvelle*. HAS (Haute Autorité de Santé) ; 2008
- [3] Buckman R. *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. Paris : InterEditions ; 2001
- [4] Zorn F. Mars. Paris : Gallimard ; 1979
- [5] Lacroix A ; Assal J-PH. *L'éducation thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris : Editions Maloine ; 2003
- [6] Chabrol H ; Callahan S. *Mécanismes de défense et coping*. Paris : Dunod ; 2004
- [7] Kaplan M. SPIKES: *a framework for breaking bad news to patients with cancer*. Weill Cornell Medical Center, New York Presbyterian Hospital, New York, New York, USA. : Clin Oncol Nurs J. août 2010 ; 14 (4) : 514-6
- Ruzniewski M. *Face à la maladie grave : Patients familles, soignants*. Paris : Dunod, 1999