

COMMENT ANNONCER LES MAUVAISES NOUVELLES ?

J. BRAHAM, J. MASMOUDI, A. JAOUA

SERVICE DE PSYCHIATRIE " A " CHU HEDI CHAKER. 3029. SFAX

RESUME

Près d'un demi siècle déjà, Soljenitsyne dénonçait les médecins refusant de dire la vérité aux malades. Aujourd'hui, encore, médecins et médecine sont dans le malaise quand il s'agit d'annoncer un diagnostic fatal, cancer principalement.

Annoncer la mauvaise nouvelle est une nécessité. Elle est le droit du patient. L'annonce peut être faite à la famille si le malade est consentant ou en cas d'atteinte sévère et irréversible.

On annonce par étapes successives, le malade doit réaliser progressivement ce qui lui arrive. Il peut ainsi s'adapter à la nouvelle réalité.

Les réactions possibles suite à l'annonce sont : l'acceptation (réaction fréquente), désespoir, déni, ambivalence et refus de divulguer le diagnostic.

Connaître le diagnostic permet au malade de renforcer sa lutte contre la maladie et permet, ainsi, de renforcer la relation médecin-malade.

Mots-clés : Mauvaise nouvelle. Vérité au malade. Réactions psychologiques.

Mécanismes de défense. Relation médecin-malade.

SUMMARY

Close to a half century already, Soljenitsyne denounced the doctors refusing to say the truth to the patients. Today, still, doctors and medicine are in faintness when it is a question of announcing a fatal diagnosis, cancer mainly.

To announce the bad news is a need. It is the patient's right. The advertisement can be made to the family if the patient is agreeing or in the event of severe and irreversible attack.

One announces by successive stages, the patient must realize gradually what arrives to him. It can thus adapt to the new reality.

The possible reactions following the advertisement are: acceptance (reaction attends), despair, refusal, ambivalence and refusal to reveal the diagnosis.

To know the diagnosis makes it possible to the patient to reinforce his fight against the disease and makes it possible, thus, to reinforce the relation doctor-patient.

Key words: Bad news. Truth with the patient. Psychological reactions.

Mechanisms of defence. Relation doctor-patient.

I) INTRODUCTION

Dans « *Le pavillon des cancéreux* », Alexandre Soljenitsyne faisait ainsi parler deux des héros de son roman : La petite Zoé, infirmière-étudiante en médecine et Kostoglotov, un malade hospitalisé qui dit à l'adresse de Zoé :

- ... Toute ma vie, je me suis distingué par mon refus d'être traité comme un singe. On me soigne ici, mais on ne m'explique rien. Je ne puis l'admettre... Donnez-moi ce livre d'anatomie pathologique...

- Mais les malades ne doivent pas lire les livres de médecine. C'est contre-indiqué...

- ... Le chirurgien qui avait établi mon diagnostic ne voulait rien m'expliquer non plus et moi je lui ai ordonné de parler : « Ce n'est pas la règle » m'a-t-il

dit, et moi je lui ai répondu « Parlez ! Je dois prendre des dispositions concernant ma famille ! ». Il a parlé et je lui ai serré la main. Voilà un homme ! Quelqu'un de bien !

Ces propos datent de près d'un demi-siècle et ils sont d'une extraordinaire actualité pour ce qui concerne la Tunisie : cancer, maladie tabou, vérité du diagnostic malmenée, gêne et pudeur des soignants devant leurs malades... Autant de problèmes qui sapent la confiance du malade envers médecins et médecine et les fait courir vers l'irrationnel des tradithérapeutes. Nous-nous proposons par ce texte d'indiquer quand, comment et à qui dire et annoncer les mauvaises nouvelles.

II) ANNONCER LES MAUVAISES NOUVELLES

Personne n'aime les annoncer ! En conséquence, ceux qui s'en chargent de le faire, trouvent en général plus facile d'en parler aux proches plutôt que de s'adresser directement au patient. En fait, ils ne se rendent pas compte de la responsabilité qu'ils leur imposent.

Médecins, patients et proches sont tous aussi mal à l'aise face à l'attente des résultats d'examen complémentaires. La solution consiste donc à annoncer les nouvelles d'une façon qui permet leur acceptation et leur compréhension, tout en minimisant les risques de déni, d'ambivalence, d'espérance irréaliste, de désespoir ou de refus de divulguer le diagnostic.

Les différentes étapes pour annoncer une mauvaise nouvelle

1. Qui informer ?

Le malade doit être physiquement capable de comprendre l'information qui lui est donnée. Si cela n'est pas possible, il faut d'abord traiter la cause avant de poursuivre l'entretien.

Néanmoins, certaines de ces causes peuvent être sévères, voire irréversibles ou alors il est inapproprié de les traiter. Dans ce cas, seulement, il est normal d'informer le conjoint ou les proches sans la permission du patient.

2. Comment agir face à un refus de divulguer le diagnostic ?

Avant même d'avoir parlé au malade, le médecin peut être arrêté par le conjoint ou une personne proche qui dira alors : « Vous n'allez pas lui dire, n'est-ce pas? »

Ce refus de divulguer le diagnostic constitue en général un acte d'amour : tenter de protéger le malade de la douloureuse réalité.

Le médecin doit toujours reconnaître que cette personne proche connaît effectivement mieux le malade que n'importe qui parmi l'équipe soignante. Il doit ensuite tenter de déterminer avec elle ce qu'il en coûte de cacher la vérité au malade, ainsi que l'impact d'une telle attitude sur ses relations émotionnelles avec le patient.

Le médecin peut alors négocier la permission de parler avec le malade et assurer au conjoint que les mauvaises nouvelles ne devraient pas infliger de trop grands traumatismes, puisqu'elles ne sont qu'une confirmation.

Cette attitude constitue un travail de rapprochement du malade et de son conjoint, ou de ses proches, en les amenant à communiquer et à discuter de leurs problèmes.

3. Quel est le lieu approprié ?

Il faut demander à l'interlocuteur s'il souhaite discuter dans un endroit plus calme et s'il désire la

présence d'autres personnes avec lui. Le lieu où l'on annoncera les mauvaises nouvelles doit être tranquille, tenu à l'écart des oreilles indiscretes, libre de toute intervention inopportune et offrant un certain confort dans la mesure du possible. Il est tout à fait inacceptable de s'entretenir au milieu d'un couloir bruyant.

4. Comment déterminer ce que la personne sait déjà ?

Il vaut mieux poser la question de manière directe par exemple : « Que pensez-vous de ce qui vous arrive? ».

Certains répondent de manière claire et sans équivoque : « J'ai un cancer qui s'est étendu jusqu'au foie, je sais bien qu'il ne m'en reste plus pour très longtemps ».

D'autres sont plus vagues : « Je pense qu'il doit s'agir d'un cancer ». Il faut alors leur demander ce qui les fait penser à un cancer. Cela permet, en général, de déterminer leur niveau de prise de conscience.

C'est lorsqu'on se rend compte que la personne n'a pas vraiment compris ce qui lui arrive qu'il faut entreprendre d'annoncer la mauvaise nouvelle.

5. Quelles stratégies utiliser pour annoncer la mauvaise nouvelle ?

Envoyer un signal d'alerte

L'annonce d'une mauvaise nouvelle demande une certaine préparation. Si elle tombe brusquement, le malade aura beaucoup de mal à y faire face. C'est pourquoi il vaut mieux commencer par un signal d'alerte, une sorte d'avertissement du style « Je crains d'avoir de mauvaises nouvelles à vous annoncer »

Ce signal indique à la personne qu'elle risque d'entendre quelque chose qui ne va pas lui plaire. Il est alors important d'attendre la demande du malade pour délivrer la nouvelle elle-même.

Suivre le rythme des demandes du malade

Si le malade, face à ce signal, donne une réponse du style « Que voulez-vous dire par mauvaise? », le médecin pourra délivrer une partie de la nouvelle « j'ai bien peur que nous ayons découvert des cellules anormales »

Ménager une pause

Après avoir donné ou confirmé la mauvaise nouvelle, il est capital de marquer une pause pour permettre au patient de répondre à ce qui a été dit.

C'est au médecin d'assurer l'évolution du dialogue et de délivrer les informations en fonction de la demande et éventuellement de l'évolution psychique de chaque patient. Cette situation peut durer de quelques minutes à plusieurs jours.

Déterminer la réaction du malade

Après avoir annoncé de mauvaises nouvelles, il faut donner le temps à la personne de les assimiler et tenter, entre temps, de déterminer sa réaction. Ceci peut réclamer un temps considérable : On peut avoir à s'y reprendre à plusieurs fois pour poser des questions et recueillir des informations.

III) LES REACTIONS PSYCHOLOGIQUES POSSIBLES ET LES PRISE EN CHARGE DE LEURS CONSEQUENCES

La révélation de mauvaises nouvelles provoque une grande variété d'émotions et de réactions. Chacune devra être comprise et analysée avec chaque patient.

1. L'acceptation

Beaucoup de gens sont capables d'accepter les mauvaises nouvelles et de s'y adapter. Certains ont pu avoir le temps de s'y préparer, d'autres soupçonnaient la réalité à travers certains événements.

Cette acceptation s'accompagne parfois d'un soulagement lorsque les signes et les symptômes qui inquiétaient le patient trouvent un sens pour la première fois.

Un certain temps peut s'écouler avant que l'individu ne comprenne toute la portée des nouvelles qu'il a reçues et qu'il laisse alors libre cours à ses émotions, voire même à ses larmes.

▪ *Quelle est la prise en charge adéquate des conséquences de cette réaction ?*

On pourrait se contenter d'affirmer que si la personne accepte la réalité des faits, le médecin n'a plus de problème. Or, en réalité, il est nécessaire de rester attentif car l'individu peut être amené à faire face à toutes sortes d'émotions. Le médecin devra l'aider à mieux comprendre ces sentiments et à traverser ces différentes phases.

2. Le désespoir

Si les mauvaises nouvelles sont annoncées de la façon décrite, peu de patients ou de familles seront sujets au désespoir. En revanche, cela peut très bien arriver si la situation est présentée de façon brutale, sans avertissement. La personne peut se montrer très affectée et se sentir incapable de sortir de cet état.

▪ *Quelle est la prise en charge adéquate des conséquences de cette réaction ?*

La solution consiste à reconnaître le désespoir. Cela permet au patient d'exprimer ses sentiments et au médecin de comprendre le pourquoi d'une réaction si intense. C'est ainsi que l'exploration des raisons et des motivations profondes de cet état sera possible.

3. Le déni et les espérances irréalistes

Le déni est un mode de défense qui consiste en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. Il peut se manifester soit par une quête d'un autre avis spécialisé, soit par un refus complet de parler de la maladie et de son évolution.

▪ Dans d'autres cas, le patient ou les proches semblent d'abord accepter le diagnostic, avant de manifester un certain nombre de souhaits et d'espérances qui ne sont tout simplement pas réalisables.

Cela peut les amener à réclamer des traitements inadaptés ce qui peut poser de réelles difficultés. Ces espérances sont souvent la manifestation d'un déni. Toute résistance, du patient ou de ses proches, pour accepter la situation provoque une grande souffrance psychologique.

▪ *Quelle est la prise en charge adéquate des conséquences de ces réactions ?*

Le refus de la maladie est un mécanisme de défense psychique et le patient a le droit d'agir de la sorte. Le devoir du médecin face à ce type de malades est d'analyser les émotions du patient et de tenter d'évaluer l'intensité de son refus. Deux différentes stratégies sont mises au point :

La première consiste à mettre en évidence les contradictions dans le discours du malade : «Vous dites que tout va bien, mais vous continuez à perdre du poids... »

La seconde cherche à repérer d'éventuelles « ouvertures » dans l'attitude de déni. S'il existe effectivement une ouverture, il faut évaluer si le malade est prêt à entendre la vérité et à en discuter, où s'il préfère rester dans le déni.

Il faut s'entretenir avec le patient quand il est plus proche de la réalité et éviter de se mettre de son côté lorsqu'il est en phase de déni.

S'il existe des espérances irréalistes, le médecin doit analyser leur nature et leur motivation et ce en collaboration avec le patient. La plupart du temps, ce dialogue suffit à lui faire prendre conscience du caractère irréaliste de ses espérances.

En revanche, si le médecin agit en niant ces espérances et en étant sur la défensive, le malade a beaucoup moins de chances de faire évoluer ses sentiments vers quelque chose de plus réaliste.

4. L'ambivalence

▪ C'est la présence simultanée dans la relation à un même objet, de tendances, d'attitudes et de sentiments opposés, par excellence l'amour et la haine. La personne ambivalente semble, dans un premier temps, accepter la nouvelle et donne alors l'impression de parfaitement comprendre ce qui lui

a été dit. Mais dès le lendemain, tout se passe exactement comme si elle n'avait pas entendu les mauvaises nouvelles. Ce genre de patient dépense beaucoup de temps et d'énergie à nier la réalité.

▪ *Quelle est la prise en charge adéquate des conséquences de cette réaction ?*

Il est important de comprendre que le patient ambivalent ne cesse d'entrer et de sortir de sa position de déni. Il faut tenter de maintenir une base solide pendant les discussions, le déni doit être accepté comme tel.

Cependant, dans ce type de situation, le déni tend à diminuer au fur et à mesure que le temps passe et que l'aggravation devient évidente. Il est alors important de ne pas masquer la réalité des faits lorsque le patient est prêt à les accepter.

5. Refus de divulguer le diagnostic

▪ L'annonce d'une mauvaise nouvelle, que ce soit aux proches ou au malade lui-même, peut entraîner, d'un côté ou de l'autre, un refus de divulguer le diagnostic.

Si le patient choisit lui-même de ne pas révéler la nature de sa maladie, c'est son droit le plus strict, bien que cela puisse poser certains problèmes à l'équipe médicale.

En revanche, si ce sont les proches qui font ce choix, cela pose un réel problème car le patient a légalement le droit de connaître le diagnostic et le pronostic de sa maladie.

▪ *Quelle est la prise en charge adéquate des conséquences de cette réaction ?*

Un patient qui refuse de faire connaître son

diagnostic agit généralement par amour, motivé par le désir de ne pas causer de peine à son entourage. L'attitude est identique à celle que l'on adopte pour les proches, et consiste à rapprocher les deux parties de façon qu'elles abordent ensemble leurs problèmes.

IV) CONCLUSION

Pour conclure, soulignons le fait que connaître la vérité est l'un des droits sacrés du patient et que la plupart des patients y tiennent.

Par ailleurs, révéler la vérité est une partie intégrante de la prise en charge des patients. C'est le pilier de la relation médecin/malade où la confiance du malade rencontre la conscience du médecin.

Révéler la vérité permet de renforcer l'activité du malade qui participe à sa propre prise en charge selon le proverbe « Un Homme averti en vaut deux » !

Dans tous les cas, les patients non résignés et coopérants ont une meilleure évolution de leur maladie.

REFERENCES:

1. Coldefy JM, Oughourlian JM. *Approche psychosomatique de la pratique médicale et chirurgicale*. Privat, Toulouse, 1975.
2. Lassaunière JM. *Guide pratique de soins palliatifs : Aspects psychosociaux*. John Libbey Eurotext, Paris, 2000.
3. Laplanche J et Pontalis JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF, Paris, 1967.
4. Porot A. *Manuel alphabétique de psychiatrie*. PUF, Paris, 1996.
5. Soljenitsyne A. *Le pavillon des cancéreux*. Le livre de poche, 1970.