

L'annonce

Mécanismes et enjeux psychiques pour
le patient et pour le soignant

Bertille Sergent Psychologue
Clinicienne



Introduction

- Prise en considération de l'enjeu de l'annonce
- La plainte des patients a mené à des recommandations
- Semble simple de transmettre une information claire, fondée sur des faits objectifs, à une personne à l'écoute
- Difficile de trouver les mots justes, recevoir les réactions émotionnelles des patients, canaliser ses propres émotions tout en restant contenant

Quelles sont les modalités en jeu ?

Pourquoi est ce encore si compliqué ?

Annoncer...

- Annoncer = action de faire savoir, de faire connaître une nouvelle
- L'annonce est porteuse d'un message
- Ce message aura un impact bon ou mauvais sur celui qui le reçoit

Il n'est pas juste question d'un émetteur et d'un récepteur !



L'asymétrie de la situation d'annonce

Avant même la rencontre, l'annonce met le patient dans une situation potentiellement difficile :

- Asymétrie de la situation d'annonce :
 - position « régressive » (corporel, connaissances)
 - Encore plus à l'hôpital !
- Difficile à vivre ++ pour certains patients :
 - personnalité,
 - contexte,
 - histoire...



Qu'est ce qu'une mauvaise nouvelle ?

- « Toute nouvelle qui modifie radicalement et négativement l'idée que le patient se fait de son avenir » (R. Buckman)
- Pas de définition ou de « listes » !
- **Chaque annonce est potentiellement porteuse d'une mauvaise nouvelle et cela « appartient » au patient (singularité)**

Vecteur d'incertitude !

Le paradoxe de la situation d'annonce

- **LE PROFESSIONNEL :**

- informe sur l'état de santé, sur un pronostic
- évoque des examens, des soins ou un traitement
- est objectif, rationnel, rigoureux, s'appuie sur des références scientifiques ...



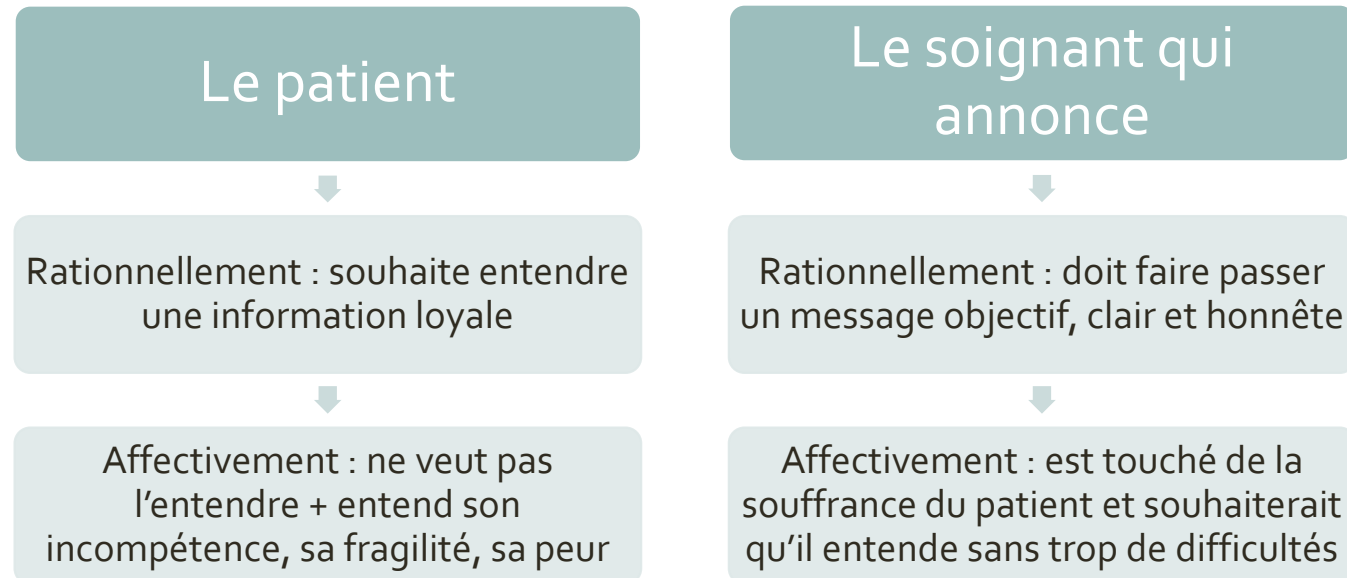
- **LE PATIENT :**

- entend un message de mise en doute de son intégrité physique et psychique
- entend sa fragilité, son incompetence, son échec et sa peur
- est subjectif, dans l'affect, dans l'imaginaire ...



Une situation
porteuse
d'impossible

Le paradoxe de la situation d'annonce : entre rationnel et émotionnel



Une situation
porteuse
d'impossible

Le paradoxe de la situation d'annonce : entre rationnel et émotionnel



- Pour le patient : écouter ce qui ne peut être compris dans l'immédiat parce que bouleversant
- Pour le soignant : dire « efficacement » (sans en avoir envie) ce qui ne peut être entendu



Les effets psychiques de l'annonce pour le soignant

- Le soignant qui annonce est confronté à des situations violentes qui peuvent l'affecter plus ou moins (c'est humain et c'est normal !)
- Encore plus lorsqu'il ne s'y attend pas
- Vient potentiellement attaquer ses capacités thérapeutiques
- Peut générer des comportements défensifs également
- De la culpabilité également !

Comment énoncer « au mieux »?

- Pas de conduite à tenir sur les mots « exacts » à employer
- Des recommandations mais pas de protocole, de certitudes sur l'effet des paroles
- Nul ne peut être certain d'emblée des effets qu'une parole peut avoir sur un patient (singularité)
- Ce qui pourrait faire trauma c'est la rencontre de cette parole là avec ce patient-là

Importance ++ de l'écoute afin de s'ajuster !



Les effets psychiques de l'annonce pour le patient

L'annonce d'une mauvaise nouvelle provoque chez le patient :

- une rupture du fil de la vie : un « avant » et un « après », pas de retour en arrière
- une perte de contrôle de sa propre vie (incertitude sur l'avenir)
- une souffrance et une angoisse qui génèrent la mise en place de processus psychiques puissants mais de l'ordre de la normalité





La phase initiale du choc

L'annonce est toujours un choc, une effraction psychique

- **Etat de sidération mentale** : blocage des fonctions psychiques, anesthésie des affects et émoussement des perceptions
- En lien avec l'effet de surprise
- Généralement peu de souvenirs de cette période
- Quelques minutes, quelques heures, parfois quelques jours
- Une partie de l'entretien n'aura pas été "enregistrée", souvenirs flous de certaines informations fournies

Les réactions émotionnelles



Puis la décharge émotionnelle

- La phase de sidération se dissipe peu à peu pour laisser place à l'expression des émotions
- Peut se manifester sous différentes formes plus ou moins bruyantes suivant les personnes :
 - Tristesse : pleurs, sanglots, cris.
 - Expression d'un désespoir, crise d'angoisse.
 - Révolte, colère, sentiment d'injustice, agressivité...
- Besoin de reconnaissance de la souffrance et de validation des affects
- Parfois la colère se pose sur la personne porteuse de l'annonce !

Minimiser c'est refuser d'entendre la souffrance de la personne



Les mécanismes de défense

Et la mise en place de potentiels mécanismes de défense

Après la phase initiale de choc, l'acquisition d'un nouvel équilibre va nécessiter un effort d'adaptation

- Les mécanismes de défenses sont des processus psychiques normaux, inconscients et transitoires
- Ils sont propres à notre personnalité
- Leur finalité : se protéger d'une réalité pour le moment insurmontable psychiquement > temporiser avant de pouvoir affronter le réel



Mécanismes de défense

N'aident pas forcément dans la situation d'annonce !
(ce n'est pas leur rôle 😊)

- Lorsque le patient retrouve des mots, on est parfois bien loin de l'échange rationnel que « souhaiterait » le soignant
- Pourquoi en parler ? Pour le soignant : ils doivent être des clés de lecture pour entendre la souffrance et l'angoisse de son patient ...même s'ils ne nous semblent pas « adaptés » (le hérisson)
- Chez les patients...mais aussi chez les soignants !

Quelques mécanismes de défense

Déni et dénégation :

- « Refus » par le sujet de reconnaître la totalité (déli) ou une partie (dénégation) de la réalité
- Déni de grossesse, déni du diagnostic, des conséquences de la maladie...
- Dénégation du pronostic suite à l'annonce d'une maladie



Prendre le temps d'expliquer, essayer de respecter tant que possible la temporalité du patient

Quelques mécanismes de défense

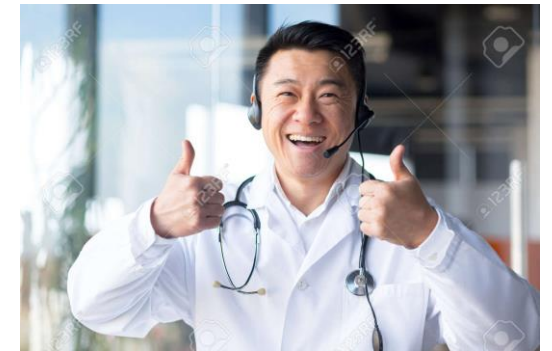
Banalisation, minimisation :

- Banalisation des symptômes : chaque symptôme est traité séparément sans s'interroger sur une inquiétude de fond.
- Banalisation de la plainte : « ça va aller »



Fuite :

- Evitement de la situation
- Fuite en avant lors de l'annonce

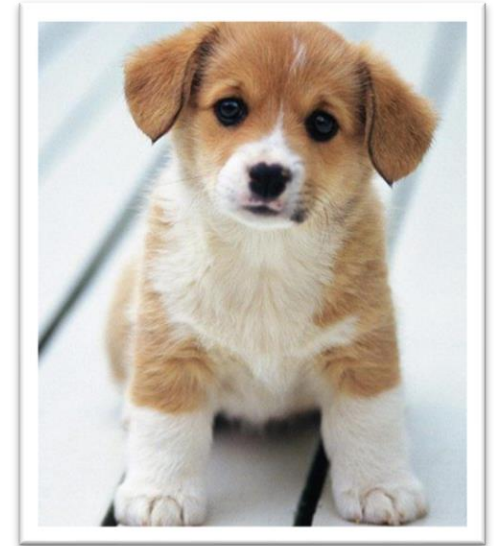


Prendre le temps de s'interroger sur « le problème de fond »
S'interroger en tant que soignant sur ses propres actions (comportement,
annonces) !

Quelques mécanismes de défense

Déplacement :

- Les affects intenses liés à la représentation se « fixent » sur d'autres représentations affectivement et moins "dangereuses".
- Le patient se met à s'inquiéter considérablement pour un problème apparemment anodin, et semble très peu affecté par le diagnostic grave qu'il vient d'apprendre.



Ne pas juger ou penser que la personne « se fiche » du problème annoncé

Quelques mécanismes de défense

Intellectualisation, rationalisation :

- Le sujet cherche à maîtriser l'émergence des affects et des émotions en donnant la priorité à la pensée et au raisonnement.



S'adapter à la demande d'informations
Ne pas donner d'informations contradictoires
Ne pas penser qu'il s'agit d'un manque de confiance

Quelques mécanismes de défense

Projection agressive :

- Le patient attribue à l'extérieur la responsabilité de la survenue du problème, probablement parce qu'il méconnaît son propre sentiment de culpabilité.
- Il peut aussi méconnaître chez lui des affects de colère ou d'agressivité et les attribuer par exemple au milieu médical (on se montre désagréable ou négligeant avec lui, etc.).



Conclusion

- Les besoins ne sont pas les mêmes chez tous les patients, impossibles à identifier « à priori »
- Période de stress intense = besoin de contenance et d'accompagnement
- Faire « au mieux » ne signifie pas supprimer la souffrance
- Toute relation humaine est par définition en partie imprévisible

La question du stress post traumatique

- Une annonce d'une mauvaise nouvelle peut être une expérience traumatisante mais ne génère pas forcément un stress post traumatique
- Il est normal et adapté que les patients puissent être dans un état de Stress Aigu
- C'est l'évolution dans le temps qui permettra de diagnostiquer un éventuel PTSD (4 semaines au moins).

Attention au poids des mots !

La question du stress post traumatique

- Symptômes :
 - reviviscences (cauchemars, flash) entraînant des manifestations physiques relatives à la détresse psychique
 - évitement des lieux, pensée, personnes en lien avec le traumatisme
 - Troubles de l'humeur (émoussement réactivité, affects, intérêt)
 - Activité neurovégétative : hypervigilance, irritabilité...
- Facteurs favorisants :
 - Expériences de vies douloureuses préexistantes, personnalité, état de santé physique ou mental...
 - Événement en tant que tel (sévérité, intensité, durée)
 - Contexte post traumatique (soutien?, mise en mots?)

Importance de la « ventilation émotionnelle » : l'affaire de tous (avant même l'équipe psy) !