ANNONCE DU DIAGNOSTIC

Enjeux relationnels et alliance thérapeutique

* Les composantes de la communication.
* Cas patients.
* Analyse des comportements de communication.
* L’adaptation comportementale.
* Les annones difficiles en pratique.

# Historique : l’annonce « avant »

* Avant :
* Patient brutalement se trouvait informé du diagnostic du cancer.
* Debout, entre deux portes, dans un couloir 🡪 brutalement la vie bascule. Ce qui a blessé ces patients c’est que la vie bascule de façon brutale sans précaution.
* 30 novembre 1998 : état généraux de la ligue contre le cancer.
* 1100 personnes malades ou anciens malade + 30 cancérologues + le ministre de la santé de l’époque.
* Ces patients ce sont plaint du manque d’information, du manque de soutient, etc.
* Depuis 2005 : dispositif d’annonce. Ce que souhaitent les patients :
* Est-ce que les patients souhaitent être totalement informé ?
* Le patient ne souhaite pas avoir toutes les informations mais des informations relationnels (relation entre le médecin et le patient au moment où cette information à lieu).

# Recommandations relatives aux consultations d’annonce

* Le lieu 🡪 sous le terme proscenic : agencement des lieux destiné à favoriser une bonne communication (exemple : pas derrière un écran d’ordinateur).
* La place des proches.
* Le temps consacré.
* Les intervenants médicaux 🡪 indispensable de ne pas dire ce que nous ne savons pas (exemple : nombre de séance de chimio alors qu’on n’est pas chimiothérapeute).
* L’information délivrée.
* L’attitude du médecin.
* Mise en évidence de l’importance de la dimension relationnelle 🡪 Les témoignages recueillis montrent que la qualité de la prise en charge est étroitement liée à un engagement relationnel.

# Fonctions de l’annonce

* Informer : sur la maladie, les traitements et les ressources dont peut disposer le patient.
* Accompagne : dans les différentes étapes de la maladie.
* Soutenir : le patient et ses proches.
* Donner un sentiment de sécurité : parcours de soins structuré.
* Donner un sens : l’affirmation du médecin donne un sens à réalité du sujet « c’était donc ça ».
* Un espoir... : envisager l’avenir avec des objectifs réalistes.

# Des enjeux relationnels forts

* « Il n’y a pas de bonnes façons d’annoncer une mauvaise nouvelle mais certaines sont moins dévastatrices que d’autres ».
* ...

# Concept de liaison psychique

* D’après les psychanalystes nous sommes gouvernés par un principe de plaisir (ce qui nous permet de nous mouvoir dans l’existence). Ce qui nous heurte dans cette recherche de plaisir c’est la réalité.
* Le psychisme d’après les psychanalystes est un lieu où circule un certain nombre de forces (pulsions) : la liaison (avec la réalité) permet de les canaliser. Exemple :
* Principe de plaisir : j’ai envie d’une voiture.
* Liaison : ma voiture ne me convient 🡪 avec l’argent que je ne dépense pas je partirai en vacances.
* Réalité : pas d’argent.
* Exemple :
* Principe de plaisir : j’ai envie d’une voiture.
* Envahissement champ de conscience :
	+ Déni : j’ai de l’argent.
	+ Paranoïa : pourquoi eux et pas moi.
	+ Frustration insupportable : recherche forcenée d’une voiture.
	+ Fureur.
* Importance de l’espoir (exemple des résignés dans les camps de concentration durant la WWII).
* Exemple du patient :
* Annonce = traumatisme crise.
* Désillusion du monde : perte de valeur du moi, de l’identité qui préexistait.
* Déliaison : rupture avec les investissements précédents.
* Je ne vaux rien.

Tout est contre moi.

* Désinvestissement du monde.
* Demande du processus de réillusion et réinvestissement du monde.
* Espoir.
* **Importance du regard de l’autre**, confiance 🡪 permet de se reconstruire.
* Dignité, récupération d’identité.
* Cette demande d’espoir (importance du regard de l’autre) 🡪 importance de l’avis du docteur.
* Ne pas lui faire croire qu’on en l’aime pas, qu’il n’est pas intéressant ou qu’on en préfère d’autres.
* Ne pas lui mentir (renforce la désillusion).
* Ne as fuir l’expression de son émotion.
* Au besoin lui expliquer notre propre émotion (lui permet de se situer à notre niveau et nous permet de nous rattraper).
* Ne pas abolir l’espoir.
* Résilience englobant le traumatisme dans l’histoire personnel : processus de guérison qui rend le traumatisme positif.
* Attention désillusion toujours très proche (exemple de patiente qui 2an après a vue une pub pour un soutien gorge et ne l’a pas supporté).
* Oncologue anglais (Sleving, 1970 dans le british medical journal).

# La communication

* Elle est réussi lorsque le message reçu correspond à celui qui l’a émit.

## La transmission d’un message

* Ce que je voudrais dire.
* Ce que je dis.
* Ce qu’il entend ;
* Ce qu’il écourte.
* Ce qu’il retient.
* Ce qu’il interprète.
* Ce qu’il répercute.
* 🡪 A la fin le patient ne reçoit que 10% du message qu’on voudrait lui dire.

## Impact du message

* Intonation de la voix +++.
* Sens des mots (que 7%).
* Gestuelles +++.

## La composante mentale

* Celle pendant laquelle nous fabriquons notre message.
* Humeur du jour.
* Croyances personnelles.
* Représentation de la situation.
* Connaissance.
* Fatigue, épuisement, appelé « burn out ».

## La composante verbale

* Le pois et le sens des mots :
* Hormono-résistant.
* Métastatique.
* Echappement au traitement.
* Tumeur.
* Chimiothérapie.
* Les mots sont ils à la portée du patient ?

## La composante non verbale

* Plus importante que la composante verbale.
* Le non verbal est imprégné de nos états internes.
* A gestuelle, les mimiques,, le regard, la posture, la voix, ont un fort impact sur le message transmis.
* Attention aux messages ennemi, etc. lorsque la gestuelle ne colle pas aux mots.

## L’écoute active

* Permet d’établir une relation de collaboration avec le patient :
* L’attention portée aux mots.
* Etc.

# Adaptation comportementale

## Le cercle vicieux

* Pensées : ce qui me passe par l’esprit.
* 🡪Emotions : ce que je ressens.
* 🡪Comportement : ce que je fais, ce que je dis.
* 🡪Conséquences : concrètes et relationnelles.
* 🡪Pensée 🡪 émotions 🡪 etc.

## Le comportement

* Définition : enchainement ordonné d’actions destiné à adapter l’individu à une situation telle qu’il la perçoit et l’interprète.
* Situations 🡪 émotions.

## Risque de contagion émotionnel

* Espace temps, étapes du deuil

|  |  |
| --- | --- |
| Le patientDes étapes successives | Le médecinImpact émotionnel chez le soignant |
| Le choc la sidération |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## Mécanisme de défense des soignants

* La dissimulation de la réalité.
* La banalisation et la dérision.
* La fausse réassurance.
* Etc.

# Les outils : 5 acronyme à retenir

## Technique d’écoute : FRANC (Robert Buckman (canadien))

* Facilitation :
* Garder le silence quand le patient parle.
* Ponctuation du discours du patient par des gestes ou mots simples.
* Répétition :
* Technique très puissante consistant à repérer le mot-clé de la dernière phrase du patient et à l’introduire dans votre première phrase (souvent un mode interrogatif) : elle oblige quasiment le patient à poursuivre son explication.
* Appel : questions ouvertes.
* « Comment ça va ? » « Que s’est il passé depuis quatre semaines ? ».
* Normalisation :
* Apporte le message suivant : «  votre réponse ou votre réaction est normale, de nombreuses personnes font la même chose ».
* Clarification :
* « Vous voulez dire que ... », « si j’ai bien compris.... » : une sorte de résumé ou de mise en forme du discours du patient.

## Abord de l’émotion : EVE (Robert Buckman)

* Exploration de l’émotion (a) :
* Identifier l’motion (« c’est très dur pour vous », « c’est un choc pour vous » ; « il est permis de pleurer »).
* Validation de l’émotion (b) :
* Identifier la cause ou la source de l’émotion (« il était séropositif et il ne vous a rien dit » ; «  il est parti au moment où vous appreniez que vous aviez un cancer »).
* Empathie :
* Montrer au patient que vous avez réalisé la connexion entre a et b (« il aurait du vous donner l’information », « vous vous êtes retrouvée doublement privée de soutien »).

# Conclusion

* La relation fait partie intégrante de l’acte de soin.