

FOCUS

L'ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE ET LES ÉTAPES DU DEUIL

Dr Belghazi Nciri Myriam

Médecin hypnothérapeute

Présidente Fondatrice de l'AMHYC, association marocaine d'hypnose clinique, membre de la CFHTB, confédération francophone d'hypnose et thérapies brèves

L'annonce d'une mauvaise nouvelle que ce soit celle d'une maladie grave, d'une rechute ou d'une aggravation est toujours un traumatisme pour les patients et leurs proches. Nombreuses sont les personnes ayant eu un cancer qui considèrent qu'une des épreuves les plus marquantes qu'elles ont eu à affronter est celle de l'annonce, les mots prononcés par le médecin et ses gestes restant à jamais gravés dans leur mémoire.

Il existe un "avant l'annonce", où l'on est dans le doute et l'inquiétude, puis les mots de l'annonce qui tombent comme une sentence. Le temps s'arrête, c'est la sidération. Le futur devient soudain inimaginable. Les professionnels de la santé redoutent souvent cette tâche à laquelle ils ne sont pas préparés. Comment communiquer une information qui va changer négativement la vie d'un patient et de ceux qui lui sont proches ?

S'il n'existe pas de bonnes façons d'annoncer une mauvaise nouvelle, certaines sont moins dévastatrices que d'autres. Isabelle Moley Massol, médecin, psycho-oncologue et psychanalyste, auteur du livre "L'annonce de la maladie, une parole qui engage"⁽¹⁾ souligne comme le temps des premiers mots énoncés est unique, essentiel, fondateur et marque à tout jamais l'imaginaire du malade et la relation médecin-malade-maladie. Lorsqu'un médecin annonce une maladie grave, il ne peut pas prédire l'avenir du patient. S'il connaît les statistiques et donc le pronostic probable, souvent, il connaît peu de choses sur les croyances positives ou limitatives du patient ainsi que sur l'entourage familial et professionnel, autant de facteurs qui joueront un rôle considérable sur l'évolution de la maladie.

La préparation de la consultation d'annonce apparaît comme indispensable avec la mise en place d'un protocole tenant compte du contexte socio-économique et culturel des patients, de ce que le patient sait déjà de sa maladie, de ce qu'il veut en savoir, de ses principales préoccupations et de ses réactions.

QU'EST CE QU'UNE MAUVAISE NOUVELLE ?

Une mauvaise nouvelle est une nouvelle qui modifie radicalement et négativement l'idée que se fait la personne de son avenir, c'est un traumatisme majeur pour celui qui reçoit l'annonce. Le traumatisme est d'autant plus important que le diagnostic est inattendu. Les études révèlent que l'annonce du diagnostic de cancer est une surprise complète dans 36% des cas, inattendue dans 20%, partiellement attendue dans 20% et la confirmation d'une suspicion dans 24% des cas.

Après l'annonce, la vie du patient ne sera plus la même. Il y a un avant et un après l'annonce. Ses repères familiaux, professionnels et son insertion dans la société se modifieront. Il envisage le terme de son existence⁽²⁾.

QUE DIT LA LOI ?

Le Code de déontologie Marocain applique en les adaptant, les dispositions du Code international d'éthique médicale, tout en y ajustant des articles



du code Français de déontologie⁽³⁾. En France, la loi du 4 mars 2002⁽¹³⁾ reconnaît un droit général pour toute personne d'être informée sur son état de santé. L'information prend en compte la situation de la personne dans ses dimensions psychologique, sociale et culturelle. Elle doit être synthétique, hiérarchisée, compréhensible par la personne et personnalisée. Elle doit présenter, quand elles existent, les

alternatives possibles, les bénéfices attendus des actes ou soins envisagés, puis leurs inconvénients et leurs risques éventuels. Le professionnel de santé indique la proposition qui a sa préférence, en expliquant ses raisons. Cette information permet notamment à la personne d'accepter ou de refuser les actes à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique qui lui sont proposés.

Le professionnel de santé doit s'assurer que la personne a compris l'information qui lui a été délivrée, par exemple en lui demandant de dire ce qu'elle a compris. Il doit l'inviter à s'exprimer et à poser des questions sur les informations données et lui proposer de revenir pour un autre entretien dans le cas où elle se poserait des questions nouvelles. Il peut lui proposer également, si nécessaire, de recourir à un second avis⁽⁴⁾.

Au Maroc, aucune indication claire et précise sur le devoir des médecins à l'information n'est mentionnée dans le Code de déontologie médical hormis l'article 31 qui stipule qu'un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade. Un pronostic fatal ne doit lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais il doit l'être généralement à la famille. Le malade peut interdire cette révélation ou désigner les tiers auxquels elle doit être faite.

UN TSUNAMI D'ÉMOTIONS

L'annonce du cancer reste pour le plus grand nombre de patients, un traumatisme psychique majeur qui déclenche diverses émotions et sidère la pensée rationnelle. Au Maroc, ce sont chaque année plus de 32 000 personnes qui apprennent qu'elles ont un cancer⁽⁵⁾. Beaucoup trop d'annonces en milieu hospitalier se font sans préparation et de manière abrupte, le médecin découvrant les résultats des examens complémentaires devant le patient. Il n'y a pratiquement pas de consultation d'annonce à proprement parler. Souvent, l'annonce s'est déjà faite avant la consultation médicale, lors de la remise d'un compte rendu radiologique ou d'un examen biologique.

Lorsque l'on donne la parole aux patients, ceux-ci décrivent un anéantissement brutal, un basculement de la vie, un choc, une certitude que rien ne sera plus comme avant. Une condamnation s'abat sur eux, certains vivent cela comme une punition ou une sanction, d'autres comme une épreuve divine. Certains s'effondrent, d'autres semblent peu ou pas impactés par la mauvaise nouvelle, ils n'expriment rien et donnent l'illusion d'une certaine force masquant au fond une grande vulnérabilité.

La confrontation à la maladie grave soulève l'angoisse liée à la finitude de la

condition humaine, à la mort. Si dans un grand nombre de cas, tous les espoirs sont possibles, la peur devient une émotion omniprésente : peur des conséquences physiques, peur des conséquences psychologiques, peur des traitements et de leurs effets secondaires, peur face aux parents et aux amis, peur de devoir annoncer à son tour la mauvaise nouvelle à ceux que l'on aime, peur de leur faire mal, peur de leurs réactions et aussi, la peur de l'impact de la maladie sur sa situation économique et sociale.

Les proches sont touchés plus ou moins violemment en fonction de leurs liens avec le malade. L'annonce va impacter les relations familiales; le cancer brise bien des couples, des femmes sont carrément abandonnées par leur époux, les conflits familiaux peuvent s'aggraver ou au contraire s'estomper.

LES MÉCANISMES DE DÉFENSE POUR SUPPORTER L'INSUPPORTABLE

Pour lutter contre l'angoisse et en particulier l'angoisse de mort, les patients mettent en place des mécanismes de défense, processus psychiques, servant à supporter l'insupportable et à s'adapter à la réalité de la maladie. Ces mécanismes peuvent évoluer ou s'associer⁽⁶⁾. Les principaux mécanismes de défense sont : la dénégation et le déni, l'isolement, le déplacement, le contrôle, la régression, la projection et la sublimation.

• La dénégation et le déni

Dans la dénégation, le patient refuse d'assimiler une information douloureuse, croyant sincèrement que celle-ci est fautive ou le résultat d'une erreur d'analyse et conteste l'annonce faite par le médecin : "Dr, c'est impossible, il y a une erreur dans les résultats"

Les médecins doivent comprendre et respecter cette réaction car elle a un rôle protecteur face à une réalité insupportable. Elle ne dure pas. Dans le déni, le malade nie totalement la réalité et peut refuser de se soigner.

• L'isolement

Le patient reconnaît la gravité de sa maladie qu'il décrit avec détachement comme s'il n'était pas concerné. Il y a isolation de l'affect pour se défendre.

• Le déplacement

Le patient transfère son angoisse sur un élément de substitution : "Moi, je ne souffre pas mais c'est mon mari ; sa tension a augmenté et ça m'inquiète ..." Le déplacement est une façon pour le malade de détourner son angoisse et de lui éviter de penser aux risques vitaux liés à sa maladie.

• Le contrôle

Pour lutter contre son angoisse, le malade contrôle tout, les prescriptions, les médicaments, il n'a confiance en personne, il vérifie tout sur internet et connaît tous les protocoles.

• La projection agressive

Le malade considère que le médecin est responsable de l'évolution de sa maladie. La menace qui est en lui est projetée à l'extérieur. Cette animosité est difficile à vivre pour les soignants qui peuvent à leur tour devenir agressifs.

• La sublimation

Le malade détourne son énergie émotionnelle pour l'investir dans une activité artistique, intellectuelle, professionnelle ou spirituelle. Ce mécanisme de défense est celui qui aide le plus. Certains vont s'investir dans une activité associative, d'autres se lancent dans l'écriture ou la peinture et il y a ceux qui se tournent vers la spiritualité.

Dans notre contexte arabo-musulman, la religion joue un rôle primordial. On peut observer une sublimation de la maladie comme étant une épreuve divine accompagnée d'une intensification de la pratique religieuse avec une augmentation de la fréquence des prières, de la lecture du Coran, et l'adoption du voile par certaines femmes⁽⁷⁾. Il s'agit d'un processus de défense de type sublimation /acceptation permettant de faire face à l'angoisse de la maladie.

LES PEURS ET LES MÉCANISMES DE DÉFENSE DES MÉDECINS

"Si l'information en oncologie est ce qu'un médecin n'a pas envie de dire à un malade qui n'a pas envie de l'entendre, on peut admettre que la communication soit difficile".
Nicole Alby, psychologue

C'est parce qu'ils ne savent pas trop comment faire et qu'ils n'y ont pas été ...

L'ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE ET LES ÉTAPES DU DEUIL

formés que les médecins peuvent adopter une attitude froide et distante. Cela leur permet d'éviter d'être submergés par leurs propres émotions. Le burn-out est présent chez les médecins hospitaliers. Surmenage, conflits entre les équipes, conditions de travail difficiles, nombre trop élevé de consultations et la confrontation au quotidien à la maladie grave et à la mort, font que les soignants mettent en place des mécanismes de défense inconscients leur permettant de faire face à leur propre angoisse de mort et d'affronter les peurs qui les submergent : peur de mal annoncer, peur de ne pas faire face à la situation, peur de priver le malade de motivation et d'espoir, peur de ses émotions et de celles du patient, peur de ne pas savoir dire "je ne sais pas".

LES PRINCIPAUX MÉCANISMES DE DÉFENSE DES MÉDECINS⁽⁶⁾

LE MENSONGE

Le mensonge est demandé voire exigé par certains proches croyant protéger leur malade du choc de l'annonce. "Dr, dites lui qu'il a une anémie au lieu d'une leucémie ou une hépatite au lieu d'un cancer..."

Ce mécanisme qui au départ peut permettre de gagner du temps, de repousser l'angoisse de l'annonce, est particulièrement dommageable car il coupe tout dialogue et brise la relation de confiance. Le malade, qui tôt ou tard va découvrir la vérité, est privé de donner du sens à ce qu'il vit dans son corps, il se sent encore plus seul et son angoisse est majorée par les non-dits et le mensonge qu'il perçoit.

L'ESQUIVE

Le médecin ne pouvant faire face à la souffrance du malade, dévie la discussion pour parler d'autre chose. Exemple d'un père de famille ayant un cancer du poumon métastasé :

"Dr, je suis épuisé, je crois que c'est foutu, qui va s'occuper de ma famille ?"
"Le Dr : J'ai vu votre femme et vos enfants arriver ... Je vais vous laisser ensemble, pour être tranquilles".

LA FAUSSE RÉASSURANCE

Le médecin entretient chez le malade un espoir artificiel alors que celui-ci perd espoir. Exemple :

- "Dr, je vais de plus en plus mal, il faut que je sache où j'en suis..."

Le médecin : "Il n'y a pas lieu de vous inquiéter ; vous avez les meilleurs traitements, soyez confiant, je reviens vous voir demain".

La fausse réassurance n'atteint pas son but de rassurer bien au contraire, le patient n'est pas dupe, il perd confiance et est confronté à une plus grande angoisse.

LE TOUT DIRE

Le médecin dit tout ... brutalement, sans tenir compte de ce que le patient est capable d'entendre. Certes il peut se protéger en faisant cela sur un plan légal, mais ce mécanisme de défense est d'une très grande violence pour le patient et peut tuer tout espoir...

Exemple : "Dr, allez vous me prescrire une nouvelle cure de chimio?"

"Non, cela est inutile ; il n'y a plus rien à faire..."

LA RATIONALISATION

Le médecin tient un discours dans un jargon médical incompréhensible pour le patient. Par ce mécanisme, il donne toutes les informations mais de manière hermétique et évite ainsi de s'engager sur le plan émotionnel en provoquant souvent une grande angoisse chez le malade qui n'a rien capté des informations transmises.

LA BANALISATION

Par ce mécanisme de défense, le médecin se focalise sur la maladie qu'il traite et ne prend pas en considération la souffrance psychique du patient; il banalise ses peurs et ses angoisses : A une patiente terrifiée à l'idée de perdre ses longs cheveux, le médecin répond : "Mais enfin les cheveux, ça n'est pas important et ça repousse ! Ce qui est important, c'est de traiter votre cancer!".

L'ÉVITEMENT

Le médecin fuit le patient, il n'entre plus dans sa chambre, il ne discute plus avec lui ou quand il entre dans la chambre c'est uniquement pour regarder le dossier, parler aux infirmières. Il est dans la fuite de la dimension relationnelle ce qui lui évite de se confronter à sa propre angoisse.

L'IDENTIFICATION PROJECTIVE

C'est un mécanisme de défense fréquemment utilisé dans lequel le médecin attribue au patient ses propres sentiments, ses pensées, ses réactions ou émotions.

Ce mécanisme donne au médecin l'illusion de savoir ce qui est bien pour le malade dont il n'est plus à l'écoute.

LES ÉTAPES DE L'ADAPTATION À LA MALADIE

"Faire le deuil est un processus d'adaptation psychologique d'un individu face au choc qu'il vient de subir, quelle qu'en soit la nature.

Le deuil commence toujours par un choc. Le choc de la perte, quelque soit cette perte".
Elisabeth Kübler-Ross

Le Dr Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre et psychologue américaine, fut pionnière dans la description du travail du deuil, étapes par lesquelles passent les malades dès lors que l'annonce d'une maladie grave est faite^(8,9,10).

Les réactions varient selon le sexe, l'âge et la culture. Les plus fréquentes sont le déni, la colère, la peur, la tristesse et la dépression. Si elles suivent souvent un ordre chronologique, très étudié par E. Kübler-Ross, la réalité est plus complexe et il existe souvent des allers-retours entre les différentes réactions car il faut du temps pour accepter que la vie ne sera plus comme avant.

- La 1^{ère} étape décrite est celle du choc, de la sidération. Elle est d'autant plus violente que l'annonce est inattendue. Un signe fréquent est le silence : le malade reste assis sur sa chaise sans rien dire, puis vient le déni : "Non.....c'est impossible, pas moivous vous trompez..."

- La 2^{ème} étape est celle de la colère : "Ce n'est pas juste" "Pourquoi moi ?".

- La 3^{ème} étape est celle de la peur et de la dépression : peur pour soi, peur pour ses proches, apparition de problèmes concrets : matériels, perte d'autonomie, baisse ou perte des revenus, "Qu'est-ce que je vais devenir?".

- La 4^{ème} étape est celle de la négociation et du marchandage, les sentiments sont contradictoires. Il peut exister des sentiments de culpabilité, de honte liés à l'histoire personnelle, aux croyances et aux valeurs de la société.

- La 5^{ème} étape est celle de la tristesse, étape décisive et difficile pour affronter la réalité. Certains pleurent et ça les soulage, d'autres ne versent pas une larme .

- Puis c'est la dernière étape, celle de l'acceptation. "C'est dur mais c'est ainsi, et je vais continuer à vivre le mieux possible". Le malade peut alors retrouver du sens et faire de nouveaux projets.

Le malade grave va passer par plusieurs étapes avant de trouver un nouvel équilibre. Schématiquement, il est décrit que 50 % des patients atteints de cancer vivent cette expérience de façon adaptée, que 30 % des patients présentent des troubles de l'adaptation avec des réactions émotionnelles ou comportementales excessives, et 20 % des patients présentent des troubles psychiatriques créés par la maladie cancéreuse ou réactivés par elle.

COMMENT ANNONCER UNE MAUVAISE NOUVELLE ?

Dans son livre "S'asseoir pour parler"⁽²⁾ le Dr Robert Buckman nous invite à réfléchir à la façon dont nous exécutons la tâche d'annoncer une mauvaise nouvelle, à considérer les conséquences de nos actes et à envisager d'autres démarches possibles. Des compétences en communication sont indispensables afin de mener cet entretien de la manière la plus efficace possible et la plus satisfaisante pour les deux parties. Nous allons présenter ici la stratégie d'annonce proposée par le Dr Buckman. C'est une façon de procéder qui a le mérite d'être claire et d'offrir une méthode pratique applicable par les médecins, leur permettant de réussir au mieux la difficile tâche d'annoncer de mauvaises nouvelles.

UNE STRATÉGIE D'ANNONCE EN 6 ÉTAPES, SELON LE DR ROBERT BUCKMAN

• 1^{ère} étape : Préparer l'entretien

Pour bien préparer la consultation d'annonce, il s'agit de faire le point au préalable avec tous les soignants impliqués dans la réalisation des tests diagnostiques. Il est utile de solliciter la présence, pendant la consultation, d'un autre soignant de l'équipe, infirmier ou psychologue, qui pourra assurer le relais du médecin en cas de besoin.

L'ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE ET LES ÉTAPES DU DEUIL

Il faut proposer au patient, lors de la 1^{ère} consultation, de se faire accompagner par un proche. Le lieu de l'entretien est important, la pièce sera de préférence isolée et tranquille sans risquer d'être dérangé, le téléphone éteint.

Lorsque le patient entre dans la pièce, il est indiqué de se présenter et de décliner sa fonction. Une poignée de main est un geste qui contribue à mettre le patient plus à l'aise et à détendre l'atmosphère. Enfin, une règle essentielle est de s'asseoir.

Une consultation aussi importante que celle de l'annonce doit être menée assis au même niveau que le patient; cette position signifie au patient qu'on est là pour prendre du temps et l'écouter, la distance étant suffisamment proche, la ou les personnes choisies par le patient prenant part à la consultation. L'entretien doit se faire de préférence en début de journée du lundi au jeudi, en évitant si possible les vendredis et samedis pour ne pas laisser le malade seul sans recours le week-end, en proie au désarroi et à l'angoisse. Il faut prévoir une durée suffisante permettant de détecter les principales préoccupations du malade et d'y répondre de manière satisfaisante.

• 2^{ème} étape : Savoir ce que sait déjà le patient

Actuellement, par internet, les patients ont beaucoup d'informations qu'ils comprennent plus ou moins bien et qu'ils risquent d'interpréter de façon erronée. Pour savoir ce qu'ils savent de leur maladie et des conséquences sur leur vie, les questions suivantes sont utiles :

- "Jusqu'à présent, qu'avez-vous pensé de votre état de santé ?"
- "Savez vous pourquoi cet examen radiologique a été demandé ?"

- "Qu'est-ce que vous savez de votre maladie ?"

- "Qu'est-ce que les médecins vous ont dit ?"

- "Qu'est-ce que vous avez compris ?"

- "Qu'est-ce que vous en pensez ?"

- "Avez-vous envisagé la possibilité que cela puisse être grave ?"

- "Vous avez eu une biopsie du sein, avez-vous déjà parlé des résultats avec un médecin ?"

Lorsque le malade répond, il s'agit de l'écouter de manière active, sans l'interrompre.

Des compétences en communication sont indispensables pour mener à bien cet entretien si particulier et chaque professionnel de la santé confronté à des situations d'annonce gagnerait à être formé à la communication thérapeutique⁽¹¹⁾.

Les silences sont très utiles pour permettre au malade de s'exprimer, de dire ce qui l'inquiète ou qu'il n'a pas saisi. Quand il parle, une règle de base est de ne pas lui couper la parole, de prendre le soin de le regarder et d'éviter de faire autre chose.

• 3^{ème} étape : Savoir ce que veut connaître le patient

Si la majorité des patients veut connaître le diagnostic et le pronostic précisément, ce n'est pas le cas de tous les patients. Certains ne veulent pas tout savoir pour préserver l'espoir. Voici quelques questions utiles permettant de déterminer les informations pouvant être ou ne pas être annoncées :

- "Si jamais, il s'avérait que votre état de santé soit grave, désirez-vous en être informé ?"

- "Désirez-vous que je vous donne tous les détails de votre maladie ou préférez-vous que je vous parle du traitement ?"

- "Quelles sont les personnes avec qui vous pouvez parler de votre état de santé ?"

- "Y a-t-il quelqu'un à qui vous voudriez que j'en parle ?"

- "Comment souhaitez-vous que je vous donne les résultats du test ?"

- "Préférez-vous que je vous donne toute l'information ou uniquement les grandes lignes ?"

- "Souhaitez vous que nous discutons du traitement ultérieurement ?"

Le patient peut changer d'avis et demander à une consultation ultérieure des informations supplémentaires.

• 4^{ème} étape : L'annonce

Il est préférable d'annoncer progressivement le diagnostic en exprimant qu'on est désolé de devoir annoncer une mauvaise nouvelle : "Je suis désolé de vous annoncer..." plutôt que "Vous avezun cancer".

Les informations doivent être claires et données dans un langage simple de tous les jours. Chaque information négative étant suivie dès que possible d'un élément positif pour donner au

L'ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE ET LES ÉTAPES DU DEUIL

patient une solution; par exemple l'annonce d'une mammectomie sera suivie de l'annonce d'une possibilité de reconstruction, l'annonce des effets secondaires probables d'un traitement sera suivie des solutions qui existent pour lutter contre eux. Selon le désir d'information du malade, la maladie sera expliquée ainsi que le mode d'action des traitements.

Il est important de structurer l'entretien autour des quatre objectifs suivants : le diagnostic, le traitement, le pronostic et le soutien. R. Buckman invite à évoquer à l'avance les différentes étapes de l'entretien, en disant par exemple : *"Je vais vous parler d'abord de la maladie et du traitement puis nous pourrions discuter de tout cela, de l'avenir et d'autres questions"*. En général, l'annonce du diagnostic ou la prononciation du mot cancer fait que le malade n'entend plus rien d'autre et n'écoute pas les explications qui suivent. Il est souvent dans un état de sidération.

Selon différentes études, jusqu'à 50% de l'information délivrée échappe au malade. Il faut donc la transmettre au fur et à mesure, par petits bouts et vérifier ce qu'il a compris en n'hésitant pas à répéter les messages.

La compréhension peut être vérifiée par des questions comme :

- *"Qu'avez-vous retenu de ce que je viens de vous dire ?"*

- *"Qu'avez-vous compris de ce que je viens de vous dire ?"*

- *"Qu'est ce que je peux clarifier pour vous ?"*

Les mots de l'annonce mais plus encore les conditions de l'annonce restent gravés chez beaucoup de patients. Le soignant doit prendre conscience de l'impact du regard, des gestes, de la qualité de son écoute et du temps accordé.

Les préoccupations du patient doivent être identifiées et prises en considération même si elles semblent secondaires par rapport à celles du médecin. Par exemple, certains patients redoutent plus la perte de leurs cheveux suite à la chimiothérapie que les dangers liés à leur cancer.

• 5^{ème} étape : Répondre avec empathie aux émotions du malade

Une consultation d'annonce est satisfaisante quand le médecin sait identifier et accepter la réaction de son patient et prend en considération ses inquiétudes. Faire silence est utile car il faut laisser du temps pour que le malade assimile ce

qui vient de lui être dit, ses capacités cognitives étant diminuées par le choc de la nouvelle.

Savoir assurer le patient de son engagement à ses côtés est rassurant par des phrases telles que : *"Vous pouvez compter sur mon appui pour vous aider à surmonter ce problème médical"*; *"Je suis joignable à n'importe quel moment"*.

L'encourager à se battre, à faire face, sans afficher un optimisme mensonger et lui proposer une démarche clinique claire sont autant d'éléments structurants.

• 6^{ème} étape : Clore la consultation

La consultation s'achève en récapitulant les points les plus importants et en s'assurant que le patient a bien compris la situation. Les prochaines étapes de suivi sont planifiées; le malade doit entendre qu'il ne sera pas abandonné par la médecine, qu'il y a toujours quelque chose à faire même dans les cas les plus désespérés.

L'attitude du médecin, un sourire, un geste, sa capacité d'écoute et sa disponibilité sont des éléments clés de la consultation d'annonce^(12,13).

CONCLUSION

L'annonce de mauvaises nouvelles fait partie intégrante du travail des médecins. Ils n'ont pas été formés à comment s'y prendre, chacun procédant à sa façon, souvent en prenant exemple sur ses enseignants et confrères hospitaliers. Le savoir être ne s'apprend pas encore à la faculté et à cause de cela des erreurs graves sont commises dans la délivrance de mauvaises nouvelles. Les étudiants en médecine gagneraient à bénéficier d'une formation avec mises en situation pratique, leur permettant de développer des compétences d'écoute et de savoir être pour acquérir l'art de communiquer de mauvaises nouvelles avec sensibilité et humanité.

RÉFÉRENCES & WEBOGRAPHIE

- 1- Moley-Massol I. L'annonce de la maladie, une parole qui engage. Courbevoie:DaTeBe éditions. 2004.
- 2- Buckman R. S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Paris:InterEditions.1994.
- 3- Ordre des médecins du Maroc, Code de déontologie <http://www.sante.gov.ma/Reglementation/ProfSante/Documents/CODMEDEC.pdf>
- 4- Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante
- 5- <http://www.contrelecaner.ma/fr/>
- 6- Ruzniewski M. Face à la maladie grave, parents, famille, soignants. Paris :Ed. Dunod. 1999.
- 7- El Mahfoudi A et coll. L'annonce du cancer dans les pays en voie de développement : y a-t-il des particularités? <http://www.labome.fr/research/Announcing-Cancer-in-Developing-country-Are-There-Any-Particularities.html>
- 8- Kübler-Ross E, Kessler D et Cohen L. Leçons de vie : Comprendre le sens de nos désirs, de nos peurs et de nos espoirs. Paris:Edition Pocket. 2004.
- 9- Kübler-Ross E, Kessler D et Touati J. Sur le chagrin et sur le deuil : Trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil. Paris:Edition Pocket. 2011.
- 10- Kübler-Ross E et Prym-Khoshkish R. La mort est un nouveau soleil : Quand la mort est une porte ouverte sur une autre vie. Paris:Edition Pocket. 2002.
- 11- Nciri M. La communication hypnotique. Mieux communiquer pour mieux prendre soin. Revue de médecine pratique mars 2015;43.
- 12- Moley-Massol I. Relation médecin-malade - Enjeux, pièges et opportunités- Situations pratiques (Broché). Courbevoie:DaTeBe éditions. 2007.
- 13- Moley-Massol I. Le malade, la maladie et les proches (Broché). Paris:Archipel Edition. 2009.
- 14- HAS : Haute autorité de Santé : Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, Recommandations pour la pratique clinique. Mai 2012.