



Anne-Marie Ollitrault¹, Françoise Caugant

¹Infirmière, Centre hospitalier Lannion-Trestel, Rue Kergomar, 22303 Lannion, France <am.o@hotmail.fr>

²Psychologue clinicienne, Centre hospitalier de Morlaix, 15, rue de Kersaint Gilly, 29600 Morlaix, France <fcaugant@orange.fr>

Dispositif d'annonce, traumatisme de l'annonce et accompagnement soignant

À l'occasion de la journée de formation sur le cancer du pancréas le 25 mai 2019 à Paris, organisée en partenariat avec le laboratoire Servier et l'AFIC, ma collègue Françoise Caugant, psychologue clinicienne au CH de Morlaix, et moi-même, Anne-Marie Ollitrault, infirmière au CH de Lannion-Trestel, avons réalisé une présentation. Celle-ci portait sur le traumatisme de l'annonce du point de vue du patient ainsi que sur l'accompagnement soignant lors du temps d'accompagnement infirmier faisant suite à l'annonce médicale du cancer du pancréas.

Il est important, dans un premier temps, de revenir sur l'arrivée du dispositif d'annonce dans nos établissements. C'est en novembre 1998 à Paris, qu'ont eu lieu les premiers états généraux de patients atteints de cancer, soutenus par la Ligue contre le cancer. Plus de 1 000 patients ont pu témoigner pour la première fois du traumatisme ressenti lors de l'annonce de leur cancer ; ces témoignages forts, bouleversants ont fait échos aux ressentis des soignants.

Le constat a été difficile pour le monde hospitalier, puisque cela a montré que les conditions d'annonce n'étaient pas toujours idéales.

Tirés à part : A. Ollitrault

Le ministère de la Santé a alors décidé de mettre en œuvre un Plan cancer, dont la mesure 40 portait sur l'amélioration des conditions d'annonce du diagnostic. Cette mesure a fait l'objet d'une expérimentation nationale dans 58 établissements volontaires de 15 régions de France entre juin 2004 et mai 2005.

En 2006, les recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer ont été diffusées et la généralisation de ce dispositif s'est mise en place dans nos établissements de santé en 2007.

Le temps d'accompagnement infirmier, le ressenti des patients

Le temps infirmier fait suite à la consultation médicale et intervient souvent quelques jours après celle-ci. C'est un temps à destination des patients recevant une chirurgie, un traitement anticancéreux, une radiothérapie (dans ce cas, l'entretien est mené par un manipulateur en radiothérapie). Les proches du patient sont également associés à cette consultation.

Ce temps d'accompagnement a lieu dans un bureau dédié, dans un environnement calme, qui se veut propice aux échanges.

Les objectifs de cette consultation sont de donner un temps spécifique au patient lui permettant d'exprimer ses ressentis, ses craintes, ses besoins. Il s'agit également de lui apporter des informations et des conseils, de le rassurer sur le parcours de soins à venir et d'établir une relation de confiance.

Ce dispositif permet aux services de soins d'avoir du temps dédié à l'accompagnement du patient. Les organisations de chaque service peuvent être différentes ; dans certains services, les consultations se font en binôme (psychologue et infirmier[e]).

■ Quelques repères essentiels

La consultation infirmière est un moment de transition entre le temps médical et le début du traitement. Le patient passe d'un statut de personne en bonne santé à un statut de malade cancéreux. Il réalise que plus rien ne sera jamais comme avant. Sa vie auparavant bien établie et rassurante bascule du côté de l'incertitude. Il réalise qu'il n'est pas immortel.

C'est un moment où le patient est fragilisé tant sur le plan psychique que somatique.

Ici, l'infirmier(e) est le représentant des nombreux acteurs qui vont se succéder auprès du patient. La qualité de ce moment initial, de ce nouage entre le patient et l'infirmier(e), aura une influence majeure sur les annonces suivantes et sur l'ensemble de la relation de soins. La consultation est donc un premier contact, un moment privilégié et fondamental pour l'établissement de la confiance.

Préparer son entretien

Il est nécessaire de préparer son entretien pour être plus à l'aise lors de cet échange. Avant de rencontrer le patient, nous devons en tant qu'infirmier(e) prendre le temps de relire le compte rendu médical pour savoir ce que le médecin a pu transmettre au patient, quelle est la gravité de la maladie. Cela peut donner des pistes pour optimiser la consultation. Pour pouvoir échanger sur les

traitements à venir, il est également important d'avoir connaissance du plan personnalisé de soins (PPS) : ce plan est établi après la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et est remis au patient lors de la consultation médicale d'annonce. Outre ces aspects « techniques », se mettre en condition pour accueillir le patient c'est aussi se questionner sur l'état d'esprit dans lequel nous sommes au moment où cette consultation va démarrer et pouvoir se recentrer sur ce moment de rencontre, se rendre disponible à l'autre.

Le patient viendra à cette consultation avec ses représentations du cancer du pancréas, avec ce qu'il a pu lire, entendre, rechercher ou vivre par expérience avec son entourage. Bon nombre des patients que nous rencontrons sont familiarisés avec Internet, qui est pour eux une source d'informations. Si vous cherchez « cancer du pancréas », les premières informations qui vous sont données sont les suivantes :

- diagnostiqué « trop tard » ;
- pas d'outil de dépistage précoce ;
- pronostic sombre : survie 6 % à cinq ans tous stades confondus (ARCAD [fondation aide et recherche en cancérologie digestive]) ; et survie de 20 à 25 % si chirurgie et chimiothérapie.

Cette représentation du cancer va être modulée par les expériences personnelles : *« J'ai vu mon voisin mourir en deux mois d'un cancer du pancréas [...] tout le monde dit que ça ne se soigne pas et qu'on en meurt en quelques mois. »*

Accueillir le patient

L'accueil est un moment fondateur et marque le début du suivi : *« Bonjour, je m'appelle..., je suis infirmier(e), nous allons pouvoir échanger »*. Une poignée de main vient signifier physiquement cet accueil.

Dans un premier temps, il est important de laisser s'exprimer le patient pour connaître son niveau d'information, se rendre compte de ce qu'il a compris de la consultation médicale, son niveau d'acceptation, son état psychique ainsi que ses besoins et ses attentes quant à cette consultation. Cela peut nous donner des pistes, par exemple sur la représentation que se fait le patient de sa maladie.

« *Racontez-nous ce qui vous arrive...* ». Le patient peut alors parler de ses ressentis, de ses angoisses, de ses espoirs, mais il peut aussi poser des questions. Cela nous permet également de connaître ses souhaits en matière d'informations.

Pour le patient, parler de l'annonce (au singulier) ne rend pas compte de ce qu'il a vécu récemment ; il serait plus judicieux de parler des annonces qui sont partielles, progressives (au cours des différents examens) et de l'évolution de la maladie.

Les mots prononcés par le médecin au moment de l'annonce sont fondamentaux car ils fondent le socle de la relation. Ce sont des mots que les patients disent choquants, violents, mais pour autant faut-il en changer ? Ils viennent rendre compte de la réalité et permettent d'établir un langage commun. La difficulté pour le médecin sera de savoir ne pas trop en dire, mais suffisamment. Et ce curseur sera différent d'une personne à l'autre : « *Docteur, dites-moi toute la vérité...* »

Mais quelle vérité ? Des statistiques de survie qui ne sont que des considérations mathématiques élaborées à partir d'une cohorte d'individus et qui ne parlent pas de la situation personnelle du patient ? « *Vous me dites 25 % de chance si on opère, mais moi je suis dans les 25 % ou dans les 75 % ? En gros j'ai une chance sur deux : soit je suis dans le bon tas, soit je n'y suis pas !* ».

L'annonce d'une mauvaise nouvelle va modifier radicalement et négativement l'idée que se fait la personne de son avenir. Le patient va entendre ce qu'il a peut-être envie d'entendre, ce qu'il est en capacité d'entendre à ce moment précis. C'est sa réalité subjective : ce qu'il est à ce moment. Cette réalité subjective rencontre une réalité objective médicale : « *le scanner montre des métastases osseuses et les différents examens anatomopathologiques montrent des cellules d'un adénocarcinome* » (réponse d'un oncologue à un patient qui lui demande s'il a un cancer).

Nous ne parlons pas forcément des mêmes choses. À l'annonce d'un cancer et des traitements qui vont être initiés, une jeune femme répond au médecin : « *je ne peux pas venir faire les chimios parce qu'il faut que j'aille amener mes enfants le matin à l'école, et les prendre le midi pour déjeuner* ».

Nous pouvons alors penser qu'elle ne se rend pas compte de la gravité de ce qui lui arrive, alors qu'elle est simplement en train d'imaginer les bouleversements qui vont modifier sa vie et celle de son entourage.

Lorsque nous avons à annoncer une mauvaise nouvelle à une personne que nous connaissons, nous savons bien intuitivement que nous ne pouvons pas dire n'importe quoi, n'importe quand. Nous savons par expérience qu'il s'agit de choisir « le bon moment » ; ce n'est pas seulement une question de temps, c'est aussi de bonnes conditions pour que la personne entende ce que nous avons à lui dire. Ces précautions ne sont pas superflues. Elles permettent à la personne à qui nous nous adressons d'encaisser la nouvelle.

Ces enjeux n'ont pas de réalité matérielle palpable, mais ont à voir avec nos affects, notre psychisme. Certaines personnes peuvent faire un malaise physique, avoir du mal à respirer, faire une syncope, etc. La parole prononcée s'articule d'emblée à un vécu corporel qui vient exprimer somatiquement l'effet des mots.

Se donner du temps

Dans notre monde où tout va très vite, où nous sommes également soumis dans nos métiers à un temps compté, le fait de donner du temps au patient pour le laisser exprimer ses émotions est un vrai parti pris et vient signifier qu'on lui accorde de l'importance. Cela met le patient en confiance. Il ressent que l'on prend du temps pour l'écouter, que l'on s'intéresse à ce qu'il vit. Par ailleurs, exprimer ses émotions prend du temps ; il faut chercher ses mots, se donner le temps de réfléchir à ses propres ressentis.

Avoir du temps pour l'entretien est une marque de respect pour le patient et il le ressentira. Il saura alors que c'est un temps qui lui est consacré. Pratiquement, nous pouvons lui donner une estimation du temps qui peut lui être accordé.

Pendant l'entretien, il faut pouvoir laisser de la place au silence, respiration nécessaire pour pouvoir penser, articuler ses idées. Il est parfois difficile de respecter ce silence qui peut nous mettre mal à l'aise, et nous pouvons avoir la tentation de le combler.

Impact psychique de l'annonce

Le moment de cette consultation ne sera peut-être pas opportun pour le patient. Il n'est pas toujours prêt pour parler de ce qui lui arrivera, n'en a pas envie, ou n'en ressent pas le besoin. Parfois, le patient n'a pas encore « digéré » ce qui vient de lui être annoncé. Quand on parle annonce diagnostic, la littérature spécialisée évoque fréquemment « les mécanismes de défense ».

Vous en avez sans doute entendu parler : déni, clivage, dénégation, projection, etc. Nous n'allons pas les énumérer ici car l'intérêt est bien de se rendre compte que le psychisme a besoin de se protéger d'une nouvelle potentiellement traumatisante, et que nous devons en tant que professionnels respecter le temps nécessaire au patient pour intégrer ce qu'il vit, ce qui vient de lui être annoncé sur une autre vie qui advient, celle où il va falloir composer avec la maladie. Chacun tente de contenir les angoisses qui ne manquent pas à l'annonce d'une telle nouvelle.

Intégrer cette information sur soi, cette information donnée par un autre, qui a un savoir que le patient n'a pas lui-même sur sa propre vie, n'est pas une opération qui se décrète. Il s'agit de processus partiellement inconscients qui échappent au patient lui-même. Les patients sont parfois désarçonnés par leurs propres réactions : *« je ne pensais pas que je pourrais dire ça un jour, je croyais que si ça m'arrivait j'aurais envie d'en finir, alors que là je veux me battre »*.

L'annonce provoque une sidération psychique. Les patients nous le disent en parlant de l'annonce médicale : *« il aurait parlé une autre langue, ça aurait été pareil. Je ne comprenais plus ce qu'il disait après qu'il ait dit cancer [...] je n'arrivais plus à penser [...] ma femme m'a dit qu'il m'avait expliqué tout le traitement, je ne me souviens plus de rien »*.

Le patient n'arrive pas à intégrer ce qui lui a été dit. Cela est souvent confondu avec le déni car les patients disent qu'on ne leur a rien dit, mais lorsqu'on leur en laisse le temps, ils savent bien nous redire les propos du médecin.

Cette sidération protège le psychisme de l'effet traumatisant. Il ne sert alors à rien de vouloir aller plus vite que la musique et faire une sorte de forçage

psychique en s'assurant que le patient a bien tout entendu et tout compris. C'est tout l'enjeu des consultations d'annonce. Parfois, il est important de se rendre compte que ce n'est pas le moment, c'est trop tôt, ou bien que le patient ne veut pas savoir. Ce savoir sur lui, sur sa vie, sur son corps, est encore trop dangereux pour lui. Les mécanismes de défense ont une fonction d'adaptation à la réalité et échappent à notre propre contrôle. La vie psychique ne peut pas se superposer au temps médical.

L'importance de la communication

La communication permet d'établir une relation, de créer un climat de confiance et donne au patient l'occasion de s'exprimer librement. Nous devons adapter notre communication au langage et comportement du patient.

Un point essentiel : il faut que vous soyez convaincu de l'importance de votre communication envers le patient. Cela vous permettra de déployer des efforts nécessaires pour développer vos habilités dans ce domaine.

La communication verbale permet de faire passer notre message. Le choix des mots utilisés ainsi que leur pouvoir peuvent avoir un impact important lors de l'entretien. La façon dont nous exprimons les choses, les ressentis peuvent générer de l'angoisse ou au contraire de l'espoir. Il est important de parler de façon claire, précise et efficace. Cela aide à bien communiquer. La parole est un acte thérapeutique.

Notre communication n'est pas uniquement verbale, elle est aussi non verbale, et nos attitudes montrent l'implication à l'échange :

- notre apparence : une allure soignée ou négligée invitera plus ou moins le patient à s'exprimer ;
 - notre posture : par exemple, la façon de se tenir sur la chaise peut faire ressentir des états de domination, de fatigue, de découragement ou au contraire d'ouverture ;
 - notre gestuelle : met en valeur nos paroles ;
 - nos mimiques : sont produites par les mouvements du visage, de la tête. Elles traduisent les émotions, les sentiments, donnent plus de vie à la communication ;
 - notre regard : traduit l'intensité de nos émotions.
- Un exemple de témoignage d'un patient :

« *l'infirmière me regardait tristement, c'est que je dois aller moins bien* » ;

- notre sourire : le geste clé de l'accueil ! Les premières choses que le patient voit sont le regard et le sourire. Ils témoignent de l'intérêt que l'on porte à l'autre ;
- la communication paraverbale, c'est-à-dire, la voix : le principal outil de communication. Nous devons faire attention à la façon dont nous l'utilisons, la manière dont nous prononçons les mots (timbre, rythme, volume, intonation).

Le non-verbal peut confirmer, renforcer, compléter ou contredire le verbal. Nos attitudes nous trahissent parfois.

Il est plus facile de contrôler ce que l'on dit que de contrôler notre façon d'être. Le corps ne ment pas.

Comment vivre avec son cancer ?

« *Je ne sais pas comment j'ai attrapé ce cancer mais je crois savoir pourquoi...* »

Le patient se construit une idée de son cancer pour pouvoir vivre avec. Les mots prononcés par le médecin viennent rendre compte d'une réalité, ils permettent d'établir un langage commun :

- si le registre du langage est trop technique, « jargonnant », il ne permet pas aisément à la personne de se l'approprier ;
- si l'annonce est trop brutale, la personne peut s'effondrer sur le plan psychique, c'est-à-dire perdre toute capacité à maintenir une relation à l'autre, de se sentir vivant ;
- si l'annonce est faite dans un registre banal (pour épargner le patient), cela ne l'aide pas non plus à comprendre l'information.

Ce cancer, il va falloir intégrer l'idée que c'est une réalité de la vie à partir de ce moment de l'annonce. Tant que les choses n'étaient pas dites, elles pouvaient ne pas être vraies (même si les patients vous disent, pour beaucoup d'entre eux, qu'ils avaient bien imaginé qu'on allait leur annoncer que c'était un cancer, et qu'ils espéraient que ce ne serait pas ça).

Alors, comment vivre avec cette nouvelle qui vient chambouler la vie d'avant ? Il faut bien que la vie continue à avoir un sens. Il y a donc une nécessité psychique à trouver du sens à cette maladie. Quoi de plus logique que de penser qu'elle est la conséquence

de quelque chose qui s'est passé, un événement de la vie, de préférence un événement malheureux qui a des conséquences négatives sur la vie (deuil, séparation, etc.), ou qu'elle est la conséquence d'un « héritage », ce que viennent renforcer les recherches génétiques.

Mais lorsque nous parlons d'héritage, nous ne parlons pas de génétique, mais de ce que les générations précédentes peuvent faire porter à la personne : « *chez moi, on n'a jamais eu le droit d'exprimer ses sentiments, alors un jour il faut bien que ça sorte d'une manière ou d'une autre. Mon cancer, c'est tous les chagrins que j'ai gardés en moi depuis des années* ».

Ces tentatives d'explications ne sont pas à considérer comme quelque chose de rationnel, mais bien comme une démarche pour intégrer la maladie dans une histoire de vie, donc à prendre comme tel, et il faut envisager que le sens que la personne malade lui donne n'a de vérité que dans sa vie et ne doit pas être comparé à une vérité scientifique.

La notion d'accompagnement

Le savoir

Il existe une différence de niveau de savoir entre soignant et patient. Ce que le patient sait de sa maladie peut être différent de ce que sait le soignant. Il faut que l'on s'adapte, que l'on compose avec cette situation. Avec notre position de soignant, nous avons *a priori* plus d'informations que lui sur la pathologie, parfois sur le pronostic.

Les principales questions du patient lors de l'accompagnement soignant portent sur :

- l'annonce aux proches ;
- la question de la guérison ou pas ;
- la tolérance aux traitements.

Notre questionnement, nos inquiétudes en tant que soignant est donc de savoir comment répondre à ces questions qui peuvent être déstabilisantes et parfois nous mettre en difficulté.

« Comment, avec ce que je sais, vais-je pouvoir vivre avec cette annonce ? »

Pour le patient, cela paraît parfois un impossible. La consultation va permettre d'aborder ces principales questions.

« Comment vais-je annoncer ma maladie à mes proches, à mes enfants ? »

Nous pouvons permettre au patient de réfléchir à ce qu'il souhaite dire à ses proches, échanger sur les mots à utiliser, l'aider à adapter le discours aux interlocuteurs (on ne parle pas de la même façon à un enfant de 10 ans ou de 4 ans), proposer des livres adaptés qui servent de support. Il peut être également proposé au patient un temps spécifique avec le psychologue pour évoquer ces questions.

« Est-ce que c'est grave ? Est-ce que je vais mourir ? Est-ce que j'ai une chance de m'en sortir ? Est-ce que je vais guérir ? »

Les mots que le patient prononce sont importants car ils nous donnent des indications sur son anxiété, ses besoins. S'il parle de mourir ou de gravité de sa maladie, il nous donne des indications de ce qu'il est capable d'entendre ; et la discussion s'adaptera en fonction.

Ces questions recouvrent peut-être des angoisses de mort, la culpabilité de faire souffrir son entourage avec un sentiment de l'abandonner. Il est primordial de refaire le lien avec ce qu'a pu dire l'oncologue, le chirurgien ou le radiothérapeute, inviter le patient à s'en remémorer. Parfois le simple fait de dire au patient que l'on entend ses inquiétudes et envisager avec lui comment l'on peut prendre en compte celles-ci permet d'atténuer l'angoisse.

« Est-ce que je vais supporter les traitements ? »

Il est important de donner au patient des informations sur ce qui est fait pour que le traitement soit le mieux supporté, et pour limiter les effets secondaires ; l'informer qu'il n'aura pas forcément tous les effets secondaires écrits dans le PPS et que l'intensité de cet effet pourra être moindre. Avoir des prescriptions pour les anticiper rassure le patient et lui permet de ne pas se retrouver démuné s'il est gêné par les effets secondaires. Il faut l'informer de l'importance de la communication pour agir rapidement : qu'il n'hésite pas à consulter en ville ou prendre conseil auprès de l'équipe soignante.

Lorsque l'on a la chance d'avoir les moyens dans le service, ne serait-ce qu'à la première

chimio, l'infirmier(e) peut prendre des nouvelles quelques jours après le traitement par téléphone. Cela se fait très souvent après la chirurgie et tend à se multiplier.

« Vous voyez beaucoup de cas comme moi ? »

Le fait de savoir que l'on n'est pas tout seul dans le même cas rassure. C'est quelque chose de connu des soignants, donc de potentiellement maîtrisable.

Fréquemment, le fait de savoir que des questions peuvent être relayées auprès du médecin référent permet au patient de ne pas porter seul ce fardeau qu'est la maladie. Nous ne sommes pas obligés de répondre à toutes les questions mais nous ne devons pas laisser le patient sans réponse, nous devons l'orienter, et accepter que parfois nous ne pourrions pas rassurer le patient.

Il faut se préparer à dire au patient que nous ne pouvons pas répondre à certaines de leurs questions (la tolérance au traitement, l'efficacité, pas de boule de cristal) et qu'il doit vivre certaines incertitudes.

Parfois, il ne faut pas tout dire, ne pas donner trop d'informations au patient, parce qu'il est trop fragile, trop déstabilisé par l'annonce encore récente, trop angoissé et qu'il ne voudra pas tout entendre.

L'ambivalence du patient

Le patient va se sentir tiraillé par la coexistence de tendances contradictoires, par une ambivalence à l'égard de lui-même et des autres.

Le patient devient comme un funambule sur son fil, tantôt il va perdre espoir et dire « je suis foutu », et l'instant d'après vous parler de ce qu'il fera quand il sera guéri. Tantôt, il voudra tout savoir puis vous dira qu'il préfère qu'on ne lui en dise pas trop. Ou encore, il voudra tout contrôler puis il s'en remettra totalement à vous. Cela est très déconcertant tant pour l'entourage que pour les soignants, malmenés au gré des fluctuations de l'état psychique du patient. Cette ambivalence lui est nécessaire pour continuer à supporter ce qu'il vit et le fait que sa vie soit en danger du fait de la maladie.

Ainsi le patient oscille entre espoir et désespoir : « je sais que j'ai un cancer mais parfois je me dis que le médecin s'est trompé de dossier ».

Il exprime le désir qu'on lui dise la vérité et demande à être protégé : « *ne me dites pas que j'ai un cancer* ».

Il est parfois passif ou alors dans le contrôle : « *je vais me battre et vous allez voir que je l'aurai, mais faites tous ce que vous voulez* ».

Les informations à donner au patient

Il est important lors de la consultation :

- de faire un point sur le parcours de soins du patient, sur le calendrier de suivi, le PPS, les effets secondaires, les ordonnances ;
- d'apporter des conseils pratiques selon les diverses problématiques possibles ;
- d'apporter des infos sur l'organisation de l'hôpital de jour (HDJ), présenter le service et le visiter ;
- d'orienter vers les équipes compétentes selon les besoins perçus lors de l'entretien (diététicien, psychologue, assistant social, etc.) les équipes de soins de support.

Souvent, même avant l'annonce, le patient subit des transformations qui affectent son corps. Le patient doit de ce fait être accompagné. Comment rester le même dans un corps qui change ? « *Je ne reconnais plus* ». Cela porte atteinte au sentiment d'identité. Il faut qu'il s'approprie ce nouveau corps. Ce sont de nouvelles sensations corporelles inédites, angoissantes. Le corps peut même devenir un ennemi, c'est par lui que la maladie arrive. Comment continuer à s'aimer, à avoir de l'estime pour soi ?

Les informations à transmettre aux autres professionnels

À la suite de la consultation, des transmissions écrites ou sur ordinateur permettent de retranscrire les informations importantes à retenir à l'issue de l'entretien. Des transmissions orales à l'équipe peuvent être nécessaires. Le travail de relais est essentiel pour la continuité de la prise en charge dans le parcours du patient. Ainsi un travail de liaison et de coordination est à réaliser entre les différents professionnels qui gravitent autour du patient aussi bien à l'hôpital qu'en ville. Le médecin traitant reste l'interlocuteur privilégié du patient.

Le parcours du « combattant » du patient

Le temps de la maladie est souvent envisagé comme un combat entre le patient et sa maladie. Les mots utilisés en témoignent : « *se battre, vaincre, lutte, bombardement par les rayons, arsenal thérapeutique, héros, etc.* ».

Un patient, par son comportement, va être considéré comme un bon ou un mauvais patient selon qu'il est compliant ou pas. L'accompagnement du patient est parfois conçu comme une sorte de coaching, pour maintenir le patient dans des dispositions positives. Le risque d'une telle conception de l'accompagnement est de culpabiliser le patient quand il se sent découragé, qu'il n'a plus d'énergie.

Le parcours de la maladie et des traitements est fait de « hauts et de bas » comme le disent les patients. Et s'il est vrai qu'il est nécessaire que le patient garde espoir pour ne pas sombrer psychiquement, cela ne doit pas constituer une injonction de la part de son entourage. Il est parfois salutaire de pouvoir dire le découragement, l'envie de tout arrêter, sans être considéré comme un nul, sans se sentir dévalorisé. Écouter un patient, ce n'est pas adhérer ou invalider ce qu'il nous dit, c'est parfois reconnaître qu'il puisse éprouver des sentiments contradictoires. Nos états d'âme sont fluctuants, fugaces. L'accompagnement demande à s'adapter aux mouvements psychiques du patient.

Conclusion

L'entretien dans le cadre du dispositif d'annonce exige que nous nous préparions à celui-ci, tant au niveau organisationnel que sur le plan psychologique. Notre rôle de soignant demande de l'empathie, c'est-à-dire d'avoir une qualité d'écoute et une communication la plus authentique possible. Nous nous devons de chercher à comprendre avec le patient, ne pas être dans le jugement, ni chercher à l'influencer. L'empathie exige de nous d'être attentifs à percevoir les ressentis du patient, et à respecter ce qu'est le patient. Il ne s'agit pas de compassion : on ne partage pas sa destinée, on comprend l'autre avec une juste distance.

Nous entendons parfois des soignants ou des personnes de la famille dire : « *si c'était moi[. . .] si ça*

m'arrivait je [...] ». Mais justement, ce n'est pas de nous dont il s'agit. Chaque patient est un vrai patient et pas un patient imaginaire qui devrait se comporter de telle ou telle manière. Ne projetons pas sur les patients nos propres fantasmes ou angoisses.

Il nous faut nous adapter à lui pour mieux le guider.

Un patient n'existe pas tout seul : prendre soin de lui c'est aussi prendre soin des proches qui sont des soutiens possibles pour le patient.

Tous ces éléments permettent de mettre en place un climat de confiance, tellement important au début du parcours de soins du patient.

Chaque consultation infirmière est un moment fort, une rencontre unique avec des histoires singulières.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

■ Pour en savoir plus

1. Bouché O, Ulrich B. *Les annonces en oncologie : le médecin face au malade*. Paris : Springer, 2013.
2. Reny P. *Savoir communiquer pour mieux aider*. 2^e édition. Montreuil : Pearson, 2012.
3. La Ligue contre le cancer. *Les malades prennent la parole : le livre blanc des premiers états généraux des malades du cancer*. Ramsay, 1999.
4. Soussan PB, Dudoit E. *Les souffrances psychologiques des malades du cancer : comment les reconnaître, comment les traiter ?* Paris : Springer, 2009.
5. Ruzniewski M, Rabier G. *L'Annonce – Dire la maladie grave*. Hors collection. Malakoff : Dunod, 2015.
6. Ruzniewski M. *Face à la maladie grave – Patients familles soignants*. Santé Social. Malakoff : Dunod, 2014.
7. Landry-Dattée N, Delaigue-Cosset MF. *Parent malade : dire la vérité aux enfants*. Novartis. <http://www.proximologie.com/globalassets/proximologie2/pdf/guides/guide-direlaverite-mg1.pdf>.
8. HAS. *Annoncer une mauvaise nouvelle*. 2008. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf.