

# ECHO RÉSEAU

COMPAS

Coordination Mutualisée  
de Proximité pour l'Appui  
et le Soutien

## L'annonce

« Un mensonge peut tout détruire, la vérité ne fait mal qu'un instant... » Danielle Steel

### Editorial

Tout d'abord, je tenais à vous souhaiter à tous mes meilleurs vœux pour cette nouvelle année 2016.

Cette nouvelle année s'amorce pour le Réseau COMPAS sur le thème du changement. Changement concernant la présidence. En effet, en juin prochain, l'assemblée générale devra élire un nouveau président, puisqu'à l'issue de mes trois ans de mandat, j'ai pris la décision de ne pas renouveler ma candidature. Changement également concernant la mutualisation avec la cancérologie. En 2016, pour répondre à des orientations souhaitées au niveau national, le volet chimiothérapie à domicile va être pris en charge par nos partenaires d'Hospitalisation à domicile. Ce changement et la transmission des savoirs faire acquis par le réseau RTCN puis COMPAS devraient être accompagnés par l'ARS afin de pouvoir développer et harmoniser l'accès à ce type de prise en charge sur l'ensemble du territoire régional. Enfin le réseau devra poursuivre un changement déjà amorcé depuis plusieurs années, et conforté par le nouveau plan national de soins palliatifs, d'accompagner toujours plus le développement de la démarche palliative auprès des acteurs du secteur médico-social et du domicile, et de ce fait peut-être que d'autres changements nous seront demandés.

Dans nos organisations, comme souvent dans nos vies, tout changement est susceptible de générer de l'appréhension, de la peur, de nous paralyser, nous empêchant d'avancer... J'y vois le parallèle avec le thème de ce numéro autour de l'annonce en soins palliatifs. Comment dans nos vies faire face au changement quel qu'il soit, et comment l'accompagner? Professionnels de soins palliatifs, nous sommes particulièrement confrontés dans nos activités à l'accompagnement de ce changement, qui tel un tsunami surgit et s'impose aux patients au moment de l'annonce. Les patients verbalisent souvent cette peur du changement radical et violent imposé par la maladie: « peur que rien ne soit comme avant », « peur du changement et de la perte des capacités physiques et psychiques », « peur de l'incertitude qui s'ouvre devant eux »...

Ainsi n'y aurait-il pas un enjeu pour chacun d'entre nous afin de mieux accompagner ces annonces en soins palliatifs d'apprendre pour nous-même et nos organisations à vivre avec le changement et l'incertitude? Apprendre à être et à faire face aux changements et l'incertitude nécessite selon moi de se relier pour apporter confiance et stabilité. Se relier à nos valeurs qui nous animent, se relier à nos ressources acquises par l'expérience, se relier à tous les liens que nous avons construits, et peut-être se relier à ce qui nous dépasse et qui s'appelle la Vie. Ainsi, accompagner l'annonce en soins palliatifs et les bouleversements que cela induit, pourrait nécessiter d'appréhender, pour nous-même, les changements des « petites choses de la vie », les changements de nos organisations... et apprivoiser ainsi la peur. Bel exercice qui s'offre donc à nous au Réseau de commencer par nous-même pour mieux accompagner l'autre.

Je vous souhaite à tous de trouver ce chemin de confiance et de stabilité.

*Véronique Barbarot, présidente de COMPAS, médecin oncologue, ICO*

Madame la Présidente de COMPAS,  
Mesdames, Messieurs les membres du conseil d'administration,  
Toute l'équipe de coordination de COMPAS,

**vous adressent leurs meilleurs vœux pour l'année 2016**

COMPAS Site Hospitalier Laënnec - Boulevard Jacques Monod - 44093 NANTES CEDEX 1 - Tél. 02 40 16 59 90 - Fax 02 40 16 56 41

### COMITÉ DE RÉDACTION

**Yannick HELARY**, directeur, Les Jardins du Vert Praud  
**Fabien LAMY**, directeur, Résidence La Bourgonnière  
**Gwenola LE GO**, médecin, Compas

**Ronan ROCHER**, documentaliste, Compas  
**Stéphanie Graffin**, assistante administrative, Compas

Si vous souhaitez  
proposer un article  
ou un thème :  
Tél. 02 40 16 59 90  
Mail: [compas@chu-nantes.fr](mailto:compas@chu-nantes.fr)

# Pédagogie

## Comment les médecins peuvent-ils apprendre à annoncer de mauvaises nouvelles ?

### Lorsque la pédagogie interactive se met au service de la relation médecin-patient

Dans une culture de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et d'une pratique médicale régie par les recommandations de la Haute Autorité de Santé et de l'Evidence Based Medicine guidant vers des bonnes pratiques assez normées, qu'en est-il lorsqu'il s'agit de s'intéresser aux attitudes, aux comportements et à la qualité de la communication et de la relation des médecins avec leurs patients? Cette question d'importance se pose de manière cruciale dans le contexte de l'annonce de mauvaises nouvelles et vient en interroger le possible apprentissage pour les médecins. Nombreux sont les praticiens à témoigner de leur expérience en insistant sur un apprentissage de terrain, par imitation et basé sur l'essai-erreur. Toutefois, à

l'heure de l'innovation pédagogique et du développement de méthodes interactives basées sur la simulation, il est désormais admis et validé de pouvoir se former très tôt aux dimensions communicationnelles et comportementales spécifiques à la relation médecin-patient.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle comme celle d'un diagnostic de cancer, qu'il soit de bon ou de mauvais pronostic, est une « épreuve » pour tout jeune médecin qui débute sa pratique. Et au-delà des connaissances médicales fondamentales, ce sont bien les questions liées aux comportements, à la communication et à la qualité de relation médecin-patient qui sont posées. La demande est également bien sûr présente du côté des patients qui depuis les états généraux des malades

atteints de cancer en 1998 ont exprimé le besoin de passer de « l'information factuelle » à « l'information relationnelle ». Alors qu'en est-il des principales difficultés rapportées par les médecins dans le cadre des consultations d'annonce de diagnostic de cancer mais également tout au long des suivis de patients? Ce sont bien sûr les questions des patients portant sur la guérison, le pronostic et l'espoir qui peuvent être anxiogènes, mais également les capacités des médecins à s'adapter aux réactions parfois difficiles des patients et de leurs proches. Parmi ces dernières, les pleurs, le mutisme, la colère, l'agressivité peuvent être sources de difficulté pour un médecin qui oscille entre une froideur qui lui permet de ne pas « perdre pied » face à une situation complexe médicalement, et un trop-plein d'empathie qui le projette dans une histoire émotionnelle qui n'est pas la sienne. Est-il alors possible d'apprendre à mieux se connaître en situation médicale et à gérer précisément ses émotions, car c'est bien de cela dont il est question ?

Au cours de ces dix dernières années (2004-2014), la faculté de médecine de Nantes en lien avec l'Institut de Cancérologie de l'Ouest a mis en place une formation d'annonce de diagnostic de cancer auprès des étudiants de 5e année de médecine pour apprendre à annoncer un diagnostic de cancer à partir de consultations simulées et filmées. Plus de 2000 étudiants ont pu bénéficier de cet apprentissage, sous la coordination du professeur Bonnaud Antignac également psycho-oncologue et du Dr Stéphane Supiot, afin non seulement d'apprendre à structurer une consultation d'annonce (Buckman, 1994) mais aussi et surtout à

## Filmographie

### ***Vivre le temps qu'il nous reste à vivre***

Film de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (2015)

Ce film nous emmène à la rencontre de patients en fin de vie hospitalisés en soins palliatifs. Leur témoignage et celui de leurs proches nous permettront de mieux comprendre la spécificité de la prise en charge palliative où tout est mis en œuvre pour vivre jusqu'au bout ce temps si précieux et si fort qu'il reste à vivre.

À regarder sur You tube

### ***Voyage en Chine***

Un film de Zoltán Mayer (2015)

Très beau film sur le deuil, Rôle de la mère en deuil magistralement interprété par Yolande Moreau.

Voyage en Chine invite à la subtilité jusque dans sa bande-annonce et éloigne toute tentation de dichotomie, de simplification ou de prise de parti. Il s'agit d'un film tout en nuances qui a l'art de la composition. Et c'est peut-être tout cela que l'aporie du deuil, faire avec une tension entre le possible et l'impossible.

travailler sur ses réactions et émotions en lien avec celles des patients simulés. Cette très riche expérience d'une décennie a montré que s'il n'est pas question d'établir des « normes » en termes de comportement du fait de l'unicité de chacune des situations d'annonce, il est toutefois possible d'apprendre à réfléchir sur ce qui peut être limitant émotionnellement au point d'impacter sur un raisonnement clinique mais aussi sur la relation. C'est ainsi qu'expérimenter une consultation d'annonce avec des comédiens simulant le rôle du patient, tout en bénéficiant d'une analyse réflexive par un spécialiste qui propose une lecture de ces comportements et réactions émotionnelles, peut participer de l'apprentissage à annoncer de mauvaise nouvelle. Aujourd'hui, les quelques études centrées sur les attentes des patients et de leurs proches dans le cadre d'un suivi pour maladie cancéreuse soulignent

que la satisfaction des personnes est liée d'une part à une proximité physique et empathique, mais aussi au fait que le médecin soit prêt à parler des émotions du patient en adoptant une attitude rassurante (Schofield et al., 2003). La compétence émotionnelle du médecin est alors évaluée positivement si ce dernier est dans la capacité de percevoir et de s'ajuster dans ses comportements verbaux et non-verbaux aux réactions émotionnelles du patient (Griffith et al., 2003; Shields et al., 2005). À l'heure d'une information médicale largement relayée par les médias et accessible grâce aux nouveaux outils de communication il semble nécessaire que la formation des médecins se centre aussi sur leurs aptitudes communicationnelles et relationnelles. Le double objectif est de permettre aux médecins de s'ajuster aux besoins des personnes malades tout en étant à l'écoute de leurs propres limites,

mais aussi de prévenir un épuisement professionnel souvent en lien avec une dérégulation émotionnelle.

**Angélique Bonnaud Antignac**  
Professeure de psychologie  
(faculté de médecine de Nantes)  
Psycho-oncologue  
(Institut de Cancérologie de l'Ouest)

- R. Buckman. *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades.* Masson, 1994.
- Supiot S. et Bonnaud-Antignac A. Using simulated interviews to teach 5<sup>th</sup> year medical students to disclose the diagnosis of cancer. *Journal of Cancer Education* 2008; 23(2):102-107.
- Bonnaud-Antignac A., Campion L., Pottier P. Supiot S. Videotaped simulated interviews to improve medical students' skills in disclosing a diagnosis of cancer. *Psychooncology*. 2010 Sep; 19 (9):975-81.

## ACTUALITÉS COMPAS

### Prochaines soirées débat:

**« La non-substitution est-elle éthique ? le dilemme des équipes mobiles »,**

*présentée par le Dr Gwenola Le Gô de COMPAS,*

**28 janvier 2016, 18h00, à l'auditorium de l'ICO, Centre René Gauducheau**

**« Place du bénévole dans l'accompagnement en soins palliatifs à domicile: un lien de solidarité »**

*par l'association des Petits Frères des Pauvres*

**24 mars 2016, 18h00, site hospitalier Les Clouzeaux, Vertou**

**« Décryptage des cris chez la personne atteinte de démence sévère »**

*par le Dr Typhaine RIAUDEL et Noëlla HERIDEL psychomotricienne, Hopital Bellier,*

**28 avril 2016, 18h00, à l'auditorium de l'ICO, Centre René Gauducheau**

**« La réflexion éthique en soins palliatifs »**

*par le Dr Miguel, Responsable du Conseil Interdisciplinaire d'Ethique (CIDE)  
et de la Consultation d'Ethique Clinique (CEC),*

**26 mai 2016, 18h00, site hospitalier Les Clouzeaux, Vertou**

# Extrait

Nous avons laissé passer quelques jours puis nous avons téléphoné pour nous enquerir de ce qui serait fait désormais. Je parlai au médecin qui m'a expliqué qu'un scanner et une scintigraphie avaient été décidés pour la semaine prochaine. Il m'a répété ce qu'il avait expliqué à Alice, il a ajouté que la situation était « *particulièrement inquiétante* », puis il s'est tu.

C'était à nous de décider ce que nous voulions exactement savoir. C'était à nous de formuler en conséquence la question que nous poserions maintenant. Alors, j'ai demandé: - *Vous voulez dire qu'elle va mourir?* Et il a répondu: - *Oui. Nous saurons avec plus de certitude après le scanner. Mais je crois que, oui, elle va mourir...* Puis il s'est tu à nouveau. Je voulais parler jusqu'au bout, je faisais attention à ce que ma voix ne me trahisse pas, qu'elle ne se casse pas, j'essayais que se forme dans mon esprit comme un grand vide blanc qui me protégerait jusqu'à ce que la conversation soit terminée, le combiné reposé. Je me sentais intérieurement disparaître dans une sorte de gouffre de vent ouvert entre les os de mon crâne. Les mots étaient arrivés jusqu'à moi mais j'essayais de différer le moment où leur sens lourd les rejoindrait en moi. Mon esprit avait quelques minutes de lucidité calme d'avance sur mon cœur. Cela devait être suffisant pour entendre ce qui devait désormais être dit. Au bout du fil, le docteur se taisait toujours. Alors, j'ai dit:

- *Est-ce qu'elle va souffrir?* Et il a répondu: - *Non, nous aurons très certainement les moyens d'éliminer toute souffrance liée à ce type de lésion...* J'ai demandé encore: - *De combien de temps disposons-nous?* Il a dit: - *Cela est très difficile à estimer...* Je l'ai interrompu: - *Mais, est-ce qu'il faut compter en mois, en semaines?* Je savais que le cancer est le plus souvent une interminable maladie et j'avais parlé de semaines dans l'espoir de susciter chez lui enfin une réponse un peu réconfortante. Je pensais qu'il allait m'expliquer que quelle que soit l'issue de la maladie, il serait possible de différer l'inévitable, d'en amortir le choc de cruauté et que nous avions encore devant nous la jouissance possible d'un ou deux étés. - *Étant donné la virulence de la tumeur, a-t-il alors déclaré, nous parlons plutôt de semaines ici...* Nous avons dit encore quelques mots sur l'organisation des prochains jours. Puis nous avons raccroché.

L'impasse où nous étions, nous l'avions vue progressivement se refermer sur nous. On nous avait dit clairement que la cure intensive serait la dernière carte thérapeutique à jouer. Mais, en même temps, on avait refusé de nous expliquer avec trop de précision ce qui adviendrait après, entretenant à ce sujet une sorte de flou propice aux espoirs et aux illusions. Lorsque le caractère potentiellement fatal de la récurrence était apparu, nous avions eu une conversation un peu longue avec le docteur de Pauline.

Alice insistait sur la nécessité de protéger l'enfant de la souffrance quoi qu'il arrive. Quant à moi, je répétais qu'il fallait saisir la moindre chance, que le potentiel physique et psychologique intact de Pauline permettait d'envisager de nouveaux traitements. Le docteur semblait un peu attristé du discours que je tenais. Peut-être était-il blessé que je le suppose capable, par découragement, de ne pas tout tenter. Je crois surtout qu'il était inquiet de constater que, malgré un an de traitement et d'échecs répétés, nous n'étions pas encore résolus à l'idée de voir notre fille mourir. Nous ne fermions pas les yeux, nous regardions la vérité en face, mais cette vérité nous refusions pourtant de l'accepter. À un moment, le malade doit être abandonné à la mort.

*L'enfant éternel, 1997  
Philippe Forest*

## ACTUALITÉS GÉNÉRALES

**Journée des LISP 2016, vendredi 11 mars**  
FIAP Espace Jean Monnet 30 rue Cabanis, 75014 PARIS

**The 11th Palliative Care Congress, du 9 au 11 mars 2016**  
Lieu : The Scottish Exhibition and Conference Centre, Glasgow, Scotland, UK

**Journée des Pays de la Loire de Soins Palliatifs  
et d'Accompagnement 2016**  
**«De l'épreuve du mourir à l'absence»,**  
27 mai 2016, aux Sables d'Olonne

## Bibliographie

### **Le silence et la parole des dernières heures**

Le Breton, David  
Jusqu'à la mort accompagner la vie,  
Presses Universitaires de Grenoble, 06/2013,  
n° 113, p. 11-19

### **Peut-on mentir à un mourant?** Fiat, Eric

Jusqu'à la mort accompagner la vie  
Presses Universitaires de Grenoble, 03/2011,  
n° 104, p. 24-30

### **L'information sur le pronostic : quel sens pour les patients?** Vazeille, Clara ; et al.

Médecine palliative, Elsevier Masson, 05/2015,  
Vol.14 n°2, p. 98-110

### **Éthique de l'annonce en soins palliatifs : la « vérité » en question**

Clément-Hryniewicz, Nathalie  
Revue internationale de soins palliatifs,  
Médecine & Hygiène, 01/2015, Vol.29 n°4, p. 125-131

### **Pronostic légal : les risques de l'annonce**

Bernard-Lemonnier, Sophie  
Revue internationale de soins palliatifs,  
Médecine & Hygiène, 09/2012, Vol.27 n°3, p. 91-96

### **Annouer le pronostic de fin de vie en cancérologie** Vinant, Pascale

In Fins de vie éthique et société ; Hirsch, Emmanuel ; Erès, 2012, p. 249-264

# Témoignage

## « Docteur, je suis fatiguée, j'ai maigri et j'ai mal au genou, qu'est-ce que j'ai ? »

**M<sup>me</sup> E., hospitalisée en Soins de Suite et Réadaptation pour la prise en charge d'une néoplasie du sein en phase palliative avec métastase osseuse du genou droit.**

C'est ainsi que j'ai pris en charge en soins de suite M<sup>me</sup> E., à sa sortie d'un service d'un centre de lutte contre le cancer. La seconde ligne de chimiothérapie avait été arrêtée pour mauvaise tolérance et une séance unique de radiothérapie du genou droit était programmée quinze jours plus tard.

Je suis très étonnée. Je lui pose doucement des questions sur ce qui lui a été dit au centre de cancérologie.

- « *J'ai une sciatique, j'espère bientôt être soulagée par les médicaments et rentrer chez moi.* »

Nous cheminons ensemble, de question en réponse, sur sa maladie, la découverte de la métastase, puis du traitement palliatif. Elle sait qu'il n'y aura plus de traitement curatif mais qu'elle pourrait être soulagée par la radiothérapie. Nous discutons de cette prise en charge axée sur le confort, le soulagement des symptômes, l'accompagnement. Nous nous quittons sur un sourire, le cancer est là mais elle se sent forte. Elle nous fait confiance pour sa prise en charge, et de mon côté je suis soulagée car je me dis que son séjour devrait bien se passer. La relation s'est bien établie et Mme E. me parle facilement et clairement de sa pathologie.

Mais à l'arrivée de sa fille en fin d'après midi, avant même d'aller voir sa mère, changement d'ambiance. Elle vient exiger que l'on cache le diagnostic de la maladie à sa mère, car cela effondrerait celle-ci. « *Il faut rester sur le diagnostic de sciatique* ». Elle me raconte longuement l'histoire familiale difficile, sa situation sociale personnelle compliquée, et la souffrance pour elle de voir sa maman

malade. Je lui rapporte ma conversation avec la patiente, le fait qu'elle soit bien au clair avec sa maladie puisqu'elle me l'a annoncé spontanément, mais la fille de M<sup>me</sup> E. ne peut l'entendre. Après ce jour, M<sup>me</sup> E. se renfermera dans un déni complet. Un long mois et demi après son arrivée, la situation s'apaisera enfin lors d'un entretien très émouvant avec la mère et sa fille sur la situation où beaucoup de choses seront dites.

Dans ma pratique, je choisis soigneusement le moment pour faire cette annonce : quand je suis prête, disponible, sereine, les données médico-sociales en ma possession afin de répondre aux questions, faire de ce moment qu'il soit le moins douloureux possible, et établir l'alliance thérapeutique. Ce moment est important pour le patient, il peut conditionner la suite de notre prise en charge et surtout le degré de confiance qu'il m'accordera. Alors, j'essaie de mettre de côté mes propres doutes et craintes, de paraître sereine et professionnelle et je prends mon temps.

Je n'oublierai jamais cette rencontre avec M<sup>me</sup> E., la sensation de facilité et d'apaisement ressentie lors du premier entretien qui avait fait place à la frustration d'une relation compliquée avec cette patiente et sa fille emmurées chacune dans leur souffrance et leur déni pendant les semaines suivantes.

Chaque annonce est un moment unique. Unique pour le patient car c'est le premier pas vers la dernière étape de sa vie avec cette maladie grave, un pas vers la mort, un renoncement à l'espoir de guérison, un virage dans le discours médical et paramédical : on lui parlait de guérison

jusqu'à ce moment.

Unique pour le praticien, car c'est toujours une première fois, différente avec chaque patient dans la relation que l'on tisse, dans la prise en charge médicale, dans le projet de soin et le projet de vie. Certains patients nous renvoient à notre propre famille, notre propre histoire, nous ébranlent dans nos certitudes. Il faut parvenir à prendre du recul...

C'est une première fois aussi dans la relation avec les familles : on compose avec les vies parfois compliquées et chaotiques, les relations entre le patient et les membres de sa famille ou ses proches, les histoires intimes de vie que l'on recueille. Parfois viennent des questions complexes auxquelles il faut répondre, concernant la pathologie ou les traitements pour lesquelles le spécialiste a sûrement déjà répondu mais n'a pas été entendu, des questions sur l'espérance de vie, sur l'euthanasie.

Nous recevons la colère, le dépit, la tristesse de la famille et du patient face à l'impuissance du corps médical. Il est difficile de digérer ce lourd sentiment d'échec.

Alors chaque fois, on essaie de faire mieux, en se souvenant avec amertume d'annonces maladroites. Ce moment est avant tout le début d'une nouvelle étape de la vie du patient, qu'il nous faut gérer avec tact et humilité afin de le laisser cheminer, et pouvoir laisser la place à l'acceptation et la résilience.

**Dr Aude Gouraud-Tanguy**  
**Clinique Jules Verne - SSR**

# Réflexion

## « La mort est le seul événement biologique auquel le vivant ne s'adapte jamais » Vladimir Jankélévitch

La dimension de la mauvaise nouvelle fait partie intégrante de la relation de soins dans la pratique palliative. La mauvaise nouvelle désigne une nouvelle qui « change radicalement et négativement l'idée que le patient se fait de son être et de son avenir ». À titre d'exemples on peut citer l'annonce du transfert en Unité de soins palliatifs et le sentiment d'abandon qui lui est souvent associé (changement d'équipe, modifications du rythme des soins et confrontation à l'inconnu), ou l'arrêt des soins curatifs souvent assimilé à tort par le patient et ses proches comme un arrêt des soins. Parce qu'il touche au rapport singulier du sujet avec sa propre mort, ce type d'annonce vient bouleverser les fondements de son univers mental.

Il ne s'agit plus de la mort impersonnelle, qui peut être mise en représentation grâce à différents modes (pictural, littéraire, musical) mais de l'idée de sa propre mort. Si personne ne peut faire l'expérience de celle-ci, certains sujets seront contraints de devoir penser leur mort et leur disparition. Un patient pouvait exprimer « *je connais le début de ma vie mais je ne connais pas la fin et cela me fait peur* ». L'incertitude qui entoure les conditions de la fin se croise avec l'horrible certitude de la finitude. Il nous a semblé pertinent d'aborder trois points relatifs à cette contrainte psychique :

- Comment cette annonce vient-elle résonner en termes d'intégration et de compréhension ?
- Comment le patient peut-il s'en protéger ou s'en défendre ?
- Comment dire et annoncer tout en maintenant la relation de confiance avec le patient ?

S'entendre dire que la vie se dirige vers sa fin peut résonner comme une sentence, une condamnation à mort pour le sujet qui se trouve brutalement privé d'avenir. L'annonce produit alors une véritable dépossession et le patient doit affronter le registre sensible de la perte et de la séparation. Si certains redoutent ou anticipent cette perspective

de la fin, la non-verbalisation (non-expression) peut parfois donner plus de légitimité à l'espoir face à la perte de soi-même. En parler pourrait être dangereux. Annoncer c'est déjà commencer à cheminer avec le patient à propos d'une connaissance redoutable qui le concerne.

*A contrario*, il existe des situations où l'annonce de la mauvaise nouvelle vient en adéquation avec les impressions intérieures du patient. L'annonce de l'arrêt des traitements curatifs génère alors une sorte de « soulagement » pour le patient épuisé et ressentant la maladie évoluer en lui. La formulation de l'annonce met ainsi un terme à toute une période d'incertitude, elle suspend les suppositions et les interprétations erronées. Elle définit alors un exercice de nomination pour saisir ce qui se vit par les mots et rechercher une adéquation entre les mots et les choses intimes.

### Comment le patient peut-il s'en protéger ou s'en défendre ?

Nous l'avons dit le patient reçoit la mauvaise nouvelle comme un message intrusif dont la signification et l'intégration nécessitent un véritable travail psychique à la mesure des possibilités de chacun. Dans la plupart des cas, une part de l'individu va refuser de se projeter à partir de cette nouvelle réalité et une autre part va tenter de s'y résoudre. Cette ambivalence, ou pour mieux dire cette division ou ce clivage, est primordiale et indique une première mobilisation psychique. Il faut rappeler que le patient se situe alternativement des deux côtés qui lui sont nécessaires et possèdent chacun leur raison d'être et leur vérité. Dans ce type de situation, rien ne peut être appréhendé de façon massive et ce sont les nuances, les différences, qui montrent la voie.

Le sentiment d'impuissance face à ce qui advient dans le corps, la non-maîtrise sur son destin, peuvent conduire les patients à un certain effondrement et une dépression. Ceci se

manifeste par une démission totale de subvenir à ses propres besoins et la création d'une situation de dépendance absolue subie où le patient tente d'attirer un maximum de soutien, d'aide, d'attention de la part des soignants.

Il s'en remet alors totalement aux soignants détenteurs d'une vérité et d'un savoir (on peut parler dans ce cas d'un processus de régression). Mais ces appels induisent le plus souvent l'effet inverse, les soignants ne souhaitant pas toujours occuper cette place ou investir ce rôle attendu par l'autre.

Le patient identifié comme « régressif » va alors être encouragé à s'autonomiser et à retrouver un certain contrôle sur ce qui lui arrive. Les équipes tentent le plus souvent de ne « pas rentrer dans le jeu » des patients, comme pour se protéger du transfert, au sens premier de déplacement d'énergie et d'investissement dont ils font l'objet. Le travail psychique d'intégrer sa propre mort étant ainsi complètement reporté sur eux.

Enfin, pour certains sujets, ce moment de l'annonce de l'irréversibilité pourra être l'occasion d'un travail psychique – un travail de trépas – dans lequel s'opère une véritable reprise de l'histoire personnelle et la possibilité d'y lire encore de nouvelles significations. Ce processus nous enseigne que dans ce temps particulier où l'absence d'avenir transforme le présent, désormais situé entre l'attente et l'oubli, il y a encore la possibilité pour le sujet de comprendre quelque chose de son histoire. Un nouvel insight est toujours possible à l'intérieur du Soi.

**Amélie Levesque Médecin Algologue  
Benoît Maillard Psychologue clinicien  
Unité de soins palliatifs CHU de Nantes**

- Blanchot M, *L'attente, l'oubli*, Gallimard, 1962.

- Buckman R. *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. InterEditions, 1994.

- De M'Uzan M, *Le travail de trépas, De l'art à la mort*, Gallimard, 1977.