

L'ANNONCE FAITE AU MALADE

Même quand il ne s'agit pas d'une maladie mortelle, l'annonce, comme le dit le Dr Moley-Massol, « renvoie à la vie, à la mort, à la solennité, à l'irrévocable ». Le patient doit faire le deuil de celui qu'il était, particulièrement quand il reçoit le verdict d'une maladie chronique comme le diabète. Le soignant doit, pour sa part, renoncer à sa toute-puissance. Les médecins sont souvent mal préparés et mal formés à cette étape pourtant essentielle de la prise en charge. Les consultations d'annonce mises en place dans le cadre du plan Cancer permettent de l'organiser au sein d'une équipe qui pourra proposer une stratégie thérapeutique et un suivi pluridisciplinaire. De même, la procédure définie pour l'annonce du résultat d'un dépistage génétique présymptomatique de la maladie de Huntington, par exemple, inclut l'accompagnement et le suivi psychologique. Les rééducateurs, eux, naviguent à vue entre pronostics incertains et aléas psychologiques. Tandis que les urgentistes, confrontés à l'impossible tâche d'annoncer un décès, essaieront d'aider la famille à prendre conscience de la réalité et à éviter la culpabilité.



PHOTO PHANIE

Il n'y a pas d'annonce anodine

Le moment de l'annonce engage le patient, mais aussi le médecin. S'il laisse une trace indélébile dans le psychisme et l'imaginaire du patient, il interroge le médecin sur ses propres limites et souffrances. Pour le Dr Isabelle Moley-Massol, médecin et psychothérapeute, attachée à la consultation d'oncogénétique digestive du Pr Stanislas Chaussade, à l'hôpital Cochin (Paris), aucune annonce n'est anodine, même quand le pronostic vital n'est pas immédiatement en jeu.

POUR LE PATIENT, l'annonce d'une maladie, ignorée ou redoutée, laisse une trace indélébile. L'instant où il entend pour la première fois parler d'une maladie grave, chronique ou en apparence banale marque pour lui la fin d'une vie où la maladie n'avait pas sa place. L'annonce agit comme une nouvelle naissance, explique le Dr Moley-Massol : « Annoncer renvoie à un acte sacré, fondamental, avec une référence particulière dans la culture catholique : "L'Annonce faite à Marie" par l'ange Gabriel. L'Annonce renvoie à la vie, à la mort, à la solennité, à l'irrévocable. Elle appartient aux dieux, aux anges messagers de la parole divine, aux hérauts de la mythologie et du Moyen Âge. L'annonce d'une maladie, comme un sacrement, un baptême de l'être devenu un malade.* »

Quelque chose de sacré se joue dans les rapports entre le médecin, le malade et la maladie qui détermine le reste de l'histoire de la maladie.

Si l'annonce provoque toujours un traumatisme psychique chez le malade, le médecin n'est pas indemne de toute souffrance. Les mécanismes de défense inconscients peuvent être à l'œuvre chez l'un comme chez l'autre. Les premiers doivent être toujours respectés parce qu'ils « aident le malade à faire face, à s'adapter, à prendre progressivement la mesure de l'événement », explique au « Quotidien » le Dr Massol-Moley ; les seconds exigent un tra-

vail personnel de la part du soignant parce qu'ils empêchent la relation empathique nécessaire. C'est d'abord à lui-même que le médecin annonce la mauvaise nouvelle. Il doit alors affronter ses propres peurs.

Deuil de la réparation. La maladie incurable ou potentiellement mortelle le confronte à ses propres limites, l'oblige à renoncer au fantasme de la réparation et à faire le deuil de sa toute-puissance : « En s'annonçant à lui-même qu'il ne pourra "sauver son malade", le médecin subit l'épreuve de son impuissance en tant que médecin et en tant qu'être humain. » Mal préparés à affronter les émotions des malades et leurs propres émotions, certains mettent en place des stratégies de protection. Le Dr Moley-Massol en identifie plusieurs : le mensonge, la banalisation, voire la dérision, la fausse réassurance, la rationalisation et l'évitement, la fuite en avant, l'identification ou le contre-transfert. Mentir ou cacher la vérité au patient, dans le dessein avoué de le préserver – en réalité, c'est le médecin qui se protège –, empêche le malade d'élaborer une représentation de sa maladie et de comprendre ce qui se passe.

A l'inverse, la fuite en avant qui consiste à tout dire et tout de suite « est ce qu'il y a de plus violent pour le patient, c'est un crime de l'annonce et de l'information », affirme le Dr Moley-Massol.

Les deux attitudes posent, bien entendu, le problème de la vérité. Si elle doit être dite, « le médecin doit se mettre du côté du malade : que sait-il déjà, que veut-il savoir, comment et à quel rythme ? ».

La fausse réassurance, la banalisation, voire la dérision, qui entraînent à dire « Ce n'est rien, on va vous enlever votre cancer, nous avons l'habitude de ce genre d'opération », soulagent dans l'instant, mais établissent une discordance dans l'appréciation émotionnelle, et la confiance ne peut pas s'établir. Tout comme la rationalisation : le médecin se réfugie derrière le jargon médical, ces mécanismes sont là pour mettre à distance

toute forme d'émotion. « Cela ne sert à rien. Le malade doit se sentir autorisé à exprimer ses émotions. » Le médecin se doit d'écouter, de s'adapter, en évitant de se mettre à la place du malade, de souffrir avec lui, de se projeter (contre-transfert). « Les deux places ne sont pas symétriques. Le médecin n'a pas à faire partager le fardeau de la mauvaise nouvelle au malade en se délestant, ni mettre trop d'affect, ce qui l'empêcherait de garder sa bienveillante neutralité », explique la psycho-oncologue.

Pas de recettes. Son ouvrage invite à une réflexion de chaque médecin sur l'information sur la maladie, qu'il soit généraliste, spécialiste, radiologue. Dans un service comme celui de Cochin, « les patients viennent recevoir les résultats des tests génétiques, l'annonce y est codifiée. Mais, d'une façon générale, celle-ci se fait de façon très diverse, par le médecin généraliste, le spécialiste, et souvent aussi au décours d'un couloir après une radio ou un examen biologique ».

S'il n'y a pas de bonne façon d'annoncer, ni de recettes, l'information sur la maladie reste un acte fondamental qui nécessite toujours que des mots soient mis et exige une présence humaine. Parce qu'aucune annonce n'est anodine. « Il est parfois étonnant de voir que l'annonce d'une hypertension artérielle ou d'un diabète peut être vécue de façon très douloureuse par le malade, alors que le médecin a tendance à les banaliser parce que le pronostic vital n'est pas immédiatement en jeu », note la psycho-oncologue. Certaines maladies chroniques sont pour le malade une succession de traumatismes. Les réactions ne sont jamais prévisibles. A chaque annonce, le médecin doit écouter, s'adapter. « On voit certains malades, par exemple, qui, en apparence, ont bien tenu le coup au moment de l'annonce de leur cancer, s'écrouler lorsqu'on leur prescrit une chimiothérapie, parce qu'ils vont perdre leurs cheveux », explique-t-elle. De même, lors de l'annonce de ce

qui peut sembler une bonne nouvelle : « Ça y est, le traitement est terminé, vous êtes guéri. » « C'est une période critique. Le patient tout d'un coup sort de son "cocon thérapeutique" et se sent lâché. Il n'y a plus d'objectif thérapeutique, il peut se sen-

tir seul et démuné après avoir déployé toute son énergie pour se battre contre la maladie », conclut le Dr Moley-Massol.

> Dr LYDIA ARCHIMÈDE

* « L'Annonce de la maladie. Une parole qui engage », Da Te Be Editions, collection « Le Praticien », 244 pages, 29 euros.