

## Cours de sémiologie 3eme ANNEE 2021-2022

DR KHELLAF

### ANNONCE DU DGC D'UNE MALADIE GRAVE

#### **1) INTRODUCTION :**

- Annoncer le Diagnostic d'une maladie grave dont le pronostic est défavorable avec un risque fonctionnel important et pour laquelle le traitement curatif n'existe pas ou donne des résultats peu satisfaisants est toujours difficile que l'on se place à côté du soignant qui reçoit un patient et doit la lui annoncer, ou du côté du patient qui la reçoit
- Cette annonce va changer radicalement le cours de la vie du patient et sa perception de l'avenir.
- Il est toujours difficile de dire à une personne, que ses projets de vie sont remis en cause.
- L'annonce d'un mauvais Diagnostic étant un processus continu tout au long de la prise en charge et concernant tous les professionnels impliqués dans cette prise en charge.

#### **2) Retentissement de l'annonce :** Apprendre un diagnostic de maladie grave représente un choc dans la vie d'un individu et peut avoir valeur d'un traumatisme psychique.

2-1 / Un effet traumatique : souvent l'émotion est tellement forte lors de la première annonce que le patient n'entend qu'une partie de ce qui est dit. On parle alors de sidération.

##### **2-1-1/ sidération :**

Qui est un blocage de toutes les fonctions psychiques avec une anesthésie des affects et un émoussement des perceptions

- La personne agit de manière automatique qui la rend imperméable à l'environnement elle aura par la suite peu de souvenirs de cette période qui peut
- Durer de quelques minutes à quelques heures.

##### **2-1-2/ décharges émotionnelle :**

La phase de sidération se dissipe peu à peu pour laisser place à *l'expression des émotions qui est plus ou moins bruyante selon les individus* elle se manifeste par différentes formes :

- \* tristesse pleurs sanglots
- \* expression d'un désespoir
- \* idéation et propos suicidaires
- \* angoisse, refus révolte, colère, sentiment d'injustice, symptomatologie psychotique aigue.

## **2-1-3/Mécanismes d'adaptation**

\* L'annonce de la maladie grave rompt un équilibre préexistant. Après la phase initiale de choc l'acquisition d'un nouvel équilibre va nécessiter de la part du patient une acceptation de la maladie et un effort d'adaptation cette dernière implique la mise en place de stratégies d'ajustement cognitives ayant une fonction de régulation émotionnelle ou coping centré sur l'émotion (mécanisme de défense inconscients) et effort cognitif conscient et les stratégies comportementales ou coping centré sur le problème.

Les premiers mécanismes d'ajustement peuvent apparaître très rapidement, dans la période qui suit immédiatement la phase de choc.

● Nous décrivons ici, sans pouvoir être exhaustif, les mécanismes principaux observés dans la situation d'annonce d'une maladie grave.

### **a) Mécanismes de défense (inconscients) :**

– Désignent un ensemble d'opérations psychiques inconscientes dont la finalité est de réduire les tensions psychiques. Ils permettent de rendre les menaces existentielles plus tolérables et protègent le sujet d'un risque d'effondrement.

#### **a.1 Dénier :**

Est un mécanisme particulièrement important, qui permet d'éclairer de nombreuses situations cliniques. Il s'agit d'un refus (inconscient et donc involontaire) par le sujet de reconnaître une partie ou la totalité de la réalité. Il existe de nombreuses formes de déni, qui se différencient par le type de menace (dénier du diagnostic, du pronostic, des conséquences de la maladie, etc.).

#### a.2 Déplacement :

\* Par ce mécanisme, les affects intenses reliés à une représentation se détachent d'elle pour passer à d'autres représentations, initialement moins investies affectivement et moins "dangereuses". Le patient se met à s'inquiéter considérablement pour un problème apparemment anodin, et semble très peu affecté par le diagnostic grave qu'il vient d'apprendre.

#### a.3 Isolation :

\* Ce procédé consiste à isoler une pensée ou un comportement, de telle sorte que les connexions avec son contexte affectif, se trouvent rompues. La représentation est totalement privée de la charge affective qu'elle avait primitivement. L'isolation se traduit par l'absence apparente d'émotion en rapport avec la maladie.

#### a.4 Régression :

Il s'agit d'un retour à une forme antérieure du développement affectif et comportemental.

La régression permet d'accepter un certain nombre de contraintes liées à la maladie, mais peut également, si elle est massive, produire un état de dépendance vis-à-vis de l'entourage familial et/ou du milieu médical.

#### a.5 Projection :

C'est l'opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre ce qu'il refuse en lui. Le patient attribue à l'extérieur la responsabilité de la survenue de sa maladie, probablement parce qu'il méconnaît son propre sentiment de culpabilité. Il peut aussi méconnaître chez lui des affects de colère ou d'agressivité et les attribuer par exemple au milieu médical (on lui veut du mal, on se montre désagréable ou négligeant avec lui, etc.).

#### a.6 Intellectualisation, rationalisation :

Le sujet cherche à maîtriser l'émergence des affects et des émotions en donnant la priorité à la pensée et au raisonnement.

a.7 Banalisation, minimisation :

Le sujet s'efforce de trouver que sa situation n'est pas très différente de celle de personnes bien portantes ou atteintes d'une maladie bénigne.

**b) Efforts cognitifs conscients :**

b.1 Répression émotionnelle :

Il s'agit d'un effort volontaire et délibéré de mise à l'écart de certains affects, permettant de les neutraliser et ainsi de se soustraire à une réalité psychique douloureuse. Ce mécanisme se différencie du déni par son caractère conscient.

b.2 Combativité, attitude de défi :

Le patient décide par exemple qu'il veut poursuivre son activité professionnelle, refuse de se "laisser aller" à l'abatement.

b.3 Renoncement, résignation :

Au contraire de l'attitude combative, le sujet estime qu'il ne pourra pas continuer à assumer sa vie comme il le faisait auparavant (renoncement), et accepte cet état de fait (résignation).

**c) Mécanismes comportementaux :**

c.1 Révolte, revendication agressive :

Il s'agit souvent d'un sentiment d'injustice, et d'un refus d'accepter la maladie, qui se manifeste par des réactions de colère ou d'agressivité. Elles peuvent être dirigées contre son entourage, et/ou contre le milieu médical.

c.2 Fuite, évitement :

Le patient tente de se soustraire à la maladie, donc au monde médical, ce qui peut être à l'origine d'une mauvaise adhésion aux soins. Il va éventuellement arriver en retard, rater des rendez-vous, refuser de prendre le traitement prescrit, voire échapper complètement à la prise en charge.

### c.3 Compensation :

Le patient va tenter d'apaiser ses angoisses et de réduire son inconfort en ayant recours à la consommation de substances diverses (alcool, tabac, etc.).

– Recherche d'informations, recherche de soutien social :

Le sujet cherche concrètement des informations sur sa maladie et la manière d'y faire face. Il peut avoir recours à des ressources documentaires ou à des associations de malades.

### d). Détresse émotionnelle :

L'adaptation à la maladie, même lorsqu'elle " réussie ", n'est cependant pas immédiate et les efforts pour y parvenir peuvent s'étendre sur quelques jours à quelques mois, selon les individus.

Durant cette période, le patient est en proie à une détresse émotionnelle dont l'intensité est très variable d'un individu à l'autre, et qui peut se traduire par différents symptômes :

– Tristesse de l'humeur, anhédonie, voire sentiment de désespoir, idéations suicidaires.

– Peurs, angoisses.

– Honte, culpabilité.

– Irritabilité, agressivité.

– Troubles du comportement : attitude de retrait et d'isolement, irritabilité et agressivité, troubles de l'appétit, troubles du sommeil.

– Troubles somatiques : sensation d'intense malaise physique, majoration de la douleur.

Les peurs et les angoisses concernent toutes les dimensions de la vie du patient, remises en cause par le profond bouleversement que représente la maladie :

- La survenue d'une maladie grave est d'abord une menace existentielle, s'accompagnant de la perte du sentiment d'invulnérabilité, de la prise de conscience brutale d'une fin possible et, par conséquent, de la peur de mourir.
- C'est ensuite une menace pour l'intégrité physique du sujet, qui peut redouter le retentissement de la maladie (et de ses traitements) sur son état général et son niveau global de fonctionnement. Le patient appréhende la douleur, les mutilations, la perte d'autonomie, etc.
- La survenue de la maladie va affecter profondément la vie familiale et affective, sociale, à part entière.

### **3- FACTEURS DETERMINANT L'IMPACT, DE L'ANNONCE SUR LE MEDECIN**

Pour un médecin, la découverte d'une maladie grave chez un patient n'est pas neutre. Elle va provoquer des réactions émotionnelles qui dépendent d'un certain nombre de facteurs liés au patient, à la maladie et au médecin lui-même.

#### **3.1. Caractéristiques du patient.**

L'annonce d'une maladie grave prend par exemple une dimension plus dramatique lorsqu'il s'agit d'un patient jeune et/ou ayant des enfants en bas âge.

#### **3.2. Caractéristiques de la relation entre le médecin et son patient.**

Lorsque le médecin connaît déjà bien le patient ou sa famille, la découverte de la maladie et l'annonce sont souvent plus éprouvantes, car la situation peut le toucher affectivement.

#### **3.3. Savoir médical sur la maladie**

Le rôle du médecin s'avère d'autant plus difficile que les connaissances scientifiques au sujet de la maladie font état d'une évolution et d'un pronostic défavorables.

#### **3.4. Identification du médecin au malade**

L'identification est le processus psychique par lequel le sujet s'approprié certaines des caractéristiques de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci.

Le médecin s'identifie au malade, c'est-à-dire que tout se passe, psychiquement, " comme si " il était lui-même malade, ce qui peut le conduire à éprouver des affects négatifs (angoisse, tristesse, etc.).

#### **4 - REACTIONS EMOTIONNELLES ET STRATEGIES D'ADAPTATION**

Confronté à la découverte de la maladie et à la lourde tâche de devoir l'annoncer au patient, le médecin peut éprouver différents types d'affects :

- Gêne, malaise, inquiétude.
- Culpabilité.
- Tristesse, angoisse.
- Sentiment d'échec et/ou d'impuissance.

Il va donc, lui aussi, adopter des attitudes défensives, qui peuvent lui permettre d'affronter plus facilement cette situation, mais qui risquent de compromettre la qualité de la relation thérapeutique. Il appartient au médecin d'apprendre à repérer ses propres réactions afin de mieux les maîtriser au bénéfice de son patient.

- Evitement, fuite :

– Ces attitudes réactionnelles consistent à refuser d'affronter la situation difficile. Elles peuvent être conscientes, mais elles sont le plus souvent inconscientes, se manifestant notamment par une impossibilité à se rendre disponible pour son patient.

- Fuite en avant :

– Au contraire de l'évitement, l'angoisse pousse ici le médecin à " tout dire tout de suite ", dans une attitude qui risque d'être vécue de manière assez violente par le patient.

- Froideur, indifférence :

– L'absence apparente d'affect (ou désinvestissement affectif) est le résultat d'un mécanisme d'isolation, permettant au médecin de ne pas éprouver d'affects négatifs.

– Banalisation, minimisation, fausse réassurance : le médecin est souvent tenté, pour rassurer son patient, mais aussi pour se rassurer lui-même.

## **5 - DEROULEMENT DE LA CONSULTATION D'ANNONCE**

L'annonce d'une maladie grave est un acte médical important et délicat, dont l'impact émotionnel sur le patient peut être considérable. Pour des raisons humaines et éthiques évidentes, le médecin doit donc lui accorder une attention particulière et ne jamais la banaliser.

la manière dont l'annonce est effectuée va avoir une influence sur le contenu des représentations que le patient élabore au sujet de sa maladie ;, le moment de l'annonce est une des étapes clés.

## **6. CONCLUSION**

L'annonce d'une maladie grave est un événement majeur et souvent très douloureux pour le patient. Dans cette situation, le rôle du médecin ne peut pas se réduire à la formulation brute d'un diagnostic. Il s'agit pour le médecin d'accompagner son patient progressivement dans la découverte des informations concernant la maladie et son traitement, en tenant absolument compte de ses réactions émotionnelles et en y adaptant son propre comportement. Sa tâche est d'autant plus difficile qu'il doit lui-même faire face aux affects qui l'envahissent et protéger le patient de ses propres mouvements défensifs.