



L'annonce difficile en périnatalogie

Olivia Anselem



A-t-on besoin de se
former?

50% des soignants se disent **peu confiants** dans leur façon d'annoncer une « mauvaise nouvelle » en médecine périnatale...



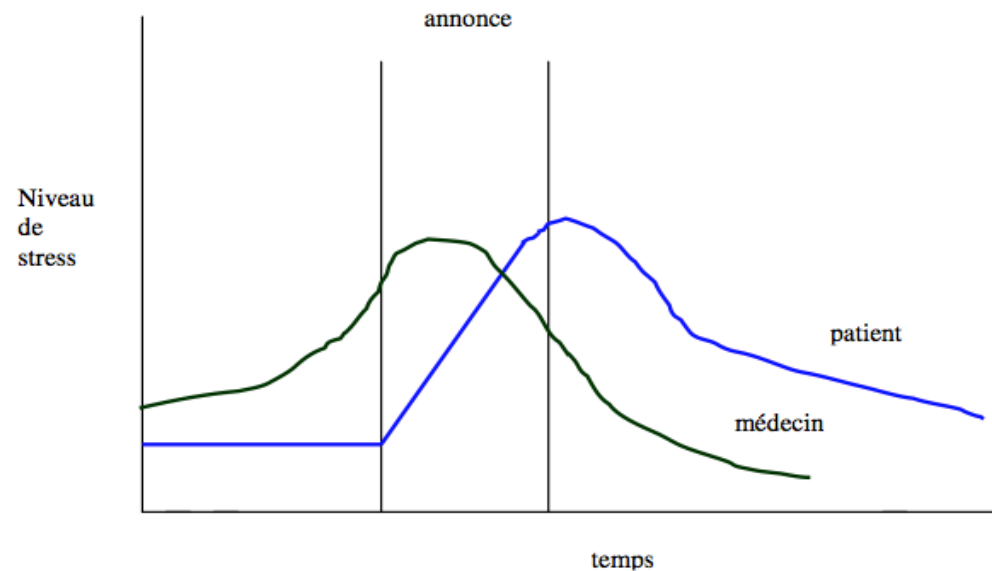
Nombreuses publications sur « **breaking bad news** » en oncologie, puis en périnatalogie

Gueneuc et al, J Gynecol Biol Reprod 2021

Fallowfield, Communicating sad bad and difficult news in Medicine, Lancet, 2004

Le point de vue des soignants

L'annonce induit un **stress** important pour les soignants, objectivable par:
cortisol salivaire, PA, FC...



Le point de vue des femmes

La façon d'annoncer influence directement la **détresse** et le **mode de réaction** des parents

*« In a study of the impact that disclosure had on parents that their child had died, **police officers** were praised as being good informers **rather than nurses and doctors** »*



Comment se former?

La formation théorique

Enseignement du « savoir-être »

Aucune formation théorique au cours de la formation initiale pour 65% des GO



La formation théorique

Enseignement du

« savoir-être »

Aucune formation théorique au cours de la formation initiale pour 65% des GO



E-learning

Efficacité de vignettes pour familiariser les étudiants avec les outils d'annonce type SPIKES



La formation théorique

Enseignement du « savoir-être »

Aucune formation théorique au cours de la formation initiale pour 65% des GO



E-learning

Efficacité de vignettes pour familiariser les étudiants avec les outils d'annonce type SPIKES



Congrès/Séminaires

Formation continue
+/- participation associations de patientes

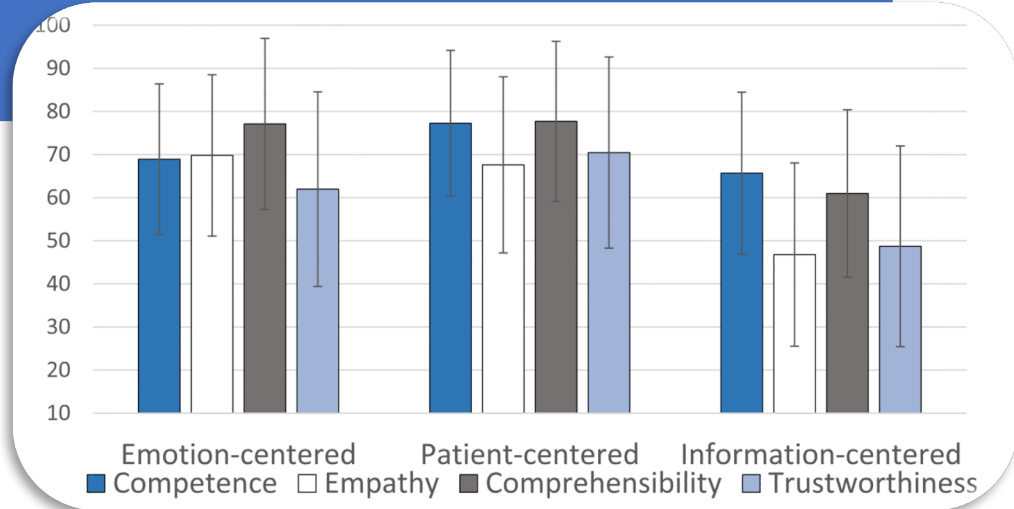


L'observation

Vidéos

Films éducationnels

Différentes versions d'une même annonce

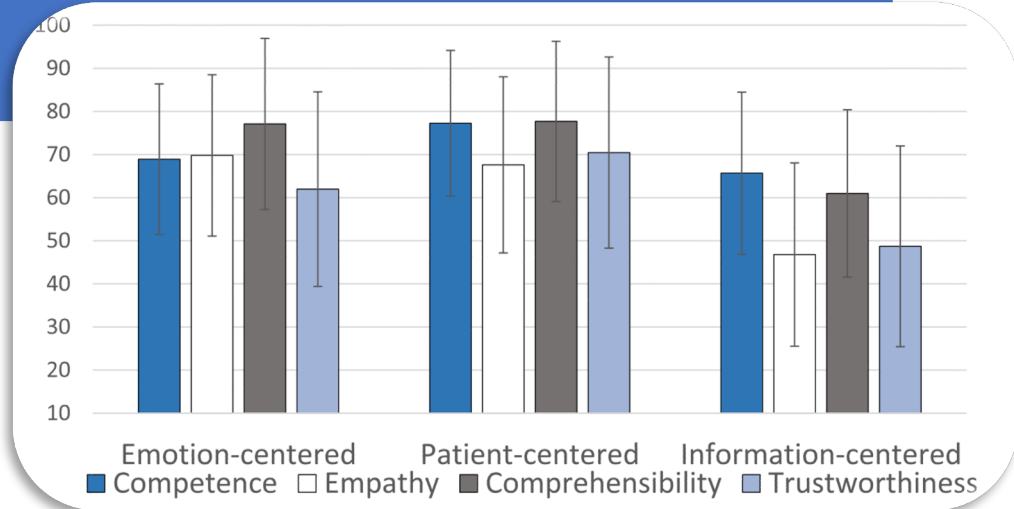


L'observation

Vidéos

Films éducationnels

Différentes versions d'une même annonce



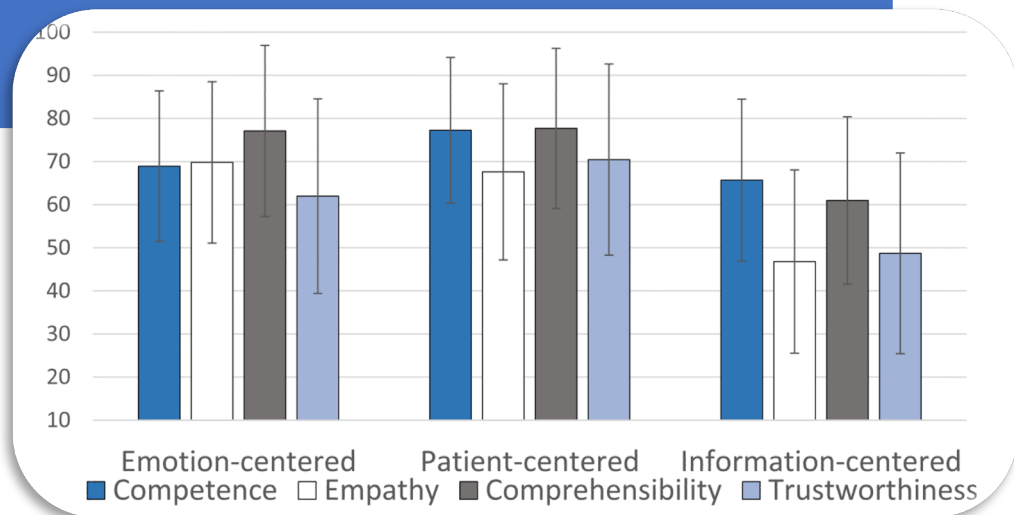
Compagnonnage

L'observation

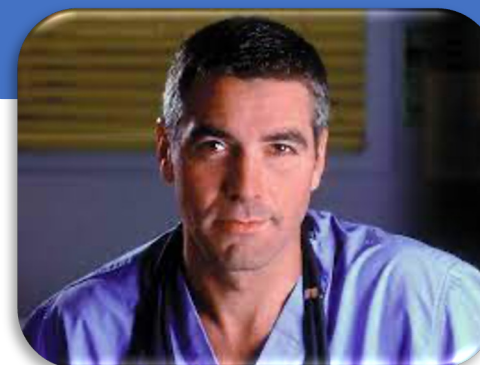
Vidéos

Films éducationnels

Différentes versions d'une même annonce



Compagnonnage

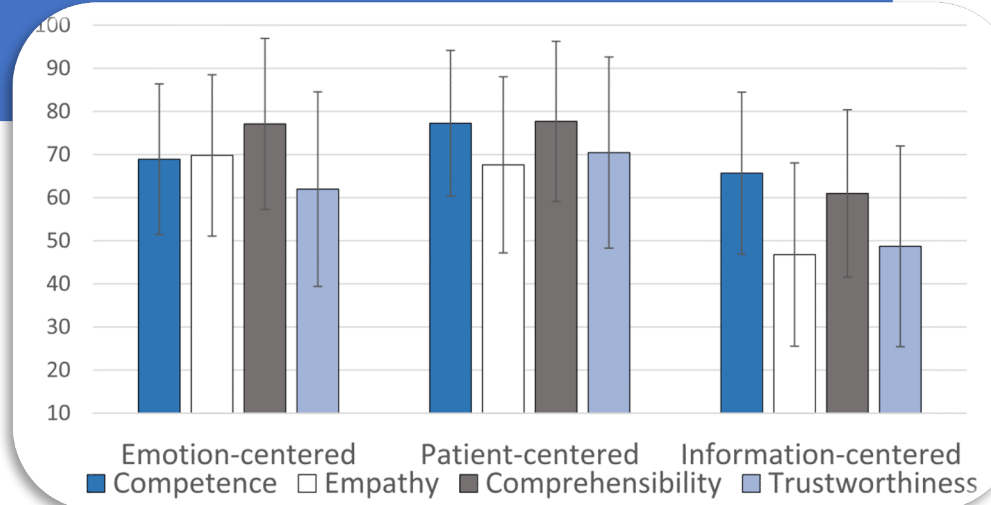


L'observation

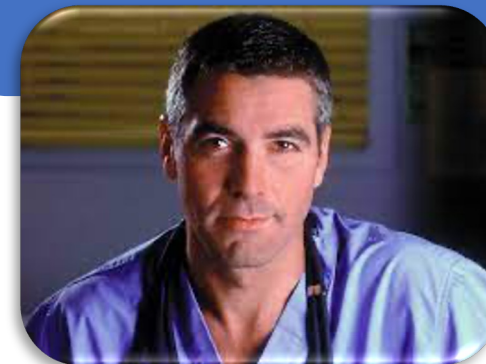
Vidéos

Films éducationnels

Différentes versions d'une même annonce



Compagnonnage



La simulation



88% des participants estiment que la simulation les a aidé à annoncer une mauvaise nouvelle

*Merci à
Thomas Baugnon
Elodie Jacquelet
Camille Rampon*



*Portes et al, 2021
Karkowsky et al, J Matern Fetal Neonatal Med, 2016*



Comment annoncer
une mauvaise nouvelle?

Annoncer une mauvaise nouvelle

L'annonce d'une mauvaise nouvelle constitue une étape majeure de la relation avec le patient. Elle concerne les médecins mais également tous les professionnels qui assurent la prise en charge du malade.

Le but de ce document synthétique est d'apporter, à travers une série de questions source de réflexion, une aide aux professionnels qui souhaitent améliorer leurs pratiques sur ce thème.

« Il n'existe pas de « bonnes » façons d'annoncer une mauvaise nouvelle mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres »

Avec un peu « d'épices »: SPIKES



SPIKES [1]

S	- SETTING UP the Interview – ORGANISER L'ENTRETIEN
P	- Assessing the Patient's PERCEPTION – PERCEPTION DE LA SITUATION
I	- Obtaining the Patient's INVITATION - INVITATION
K	- Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient - INFORMATION
E	- Addressing the Patient's EMOTIONS with Empathic Responses - EMPATHIE
S	- STRATEGY and SUMMARY – STRATEGIES ET SYNTHÈSE

1 - Se préparer à l'annonce

- Maitriser le dossier de la patiente
- Contexte:
 - Découverte au cours d'un examen de routine/motif de cs
 - Patiente seule/accompagnée
- Evaluer auprès de l'équipe qui l'a accueillie le niveau d'anxiété et d'anticipation de cette nouvelle par la femme/ le couple
- Qui? Ne pas être seul mais limiter le nombre d'intervenants, se coordonner sur les informations si plusieurs intervenants
- Comment? Téléphone éteint, au calme, être totalement disponible...

2 - Entrer en relation

- Se présenter, aider la patiente/le couple à identifier notre profession et notre rôle



- Difficultés
 - Quand on ne connaît pas la patiente/le couple
 - Quand on connaît très bien la patiente/le couple...

3 - Confirmer le diagnostic

- Faire/refaire l'échographie
- Ne pas se précipiter
- Permet de se préparer et de préparer le couple
- Place la patiente dans une attente anxieuse mais permet d'introduire une étape dans l'annonce

4- Poser le cadre

- Agencer une consultation d'annonce:
 - S'asseoir, lumière allumée,
 - Patiente essuyée, rhabillée si échographie/examen gynécologique
 - Entretien à même hauteur
 - Gérer une tierce personne (enfant)



5 - Evaluer la situation

- Explorer ce que le patient a perçu de la situation
- Permet d'identifier les mécanismes de défense engagés par le patient.
- Distiller des signes annonciateurs préparatoires: ton de la voix, attitude, silence

« Before you tell, ask »

*« Quelles informations avez vous déjà reçues ? »
« Qu'avez vous compris de la situation ? » ou
plutôt « Que vous a-t-on dit? »*



6 - Dire

- Phrase pré-annonce: « je suis désolée mais je vais devoir vous annoncer quelque chose de très dur... »
- L'annonce en elle-même: courte, compréhensible, sans ambiguïté, exemples en cas de MFIU:
« il n'y a plus d'activité cardiaque » « je ne vois pas le cœur battre »
« le cœur du bébé ne bat plus » « le bébé est décédé »
« le bébé est mort »



6 - Dire

- Phrase pré-annonce: « je suis désolée mais je vais devoir vous annoncer quelque chose de très dur... »
- L'annonce en elle-même: courte, compréhensible, sans ambiguïté, exemples en cas de MFIU:

« il n'y a plus d'activité cardiaque » « je ne vois pas le cœur battre »

« le cœur du bébé ne bat plus » « le bébé est décédé »

« le bébé est mort »

KISS: Keep It Short and Simple

La plupart des situations peuvent être annoncées brièvement et avec simplicité :

« Les médecins qui parlent beaucoup et utilisent un langage compliqué, satisfont davantage leurs propres besoins que ceux des patients »

Le paraverbal

- La voix

- Son, timbre de la voix, rythme, intonation et respiration
- Ne pas parler plus fort si la patiente est mutique
- Rester audible
- Débit pas trop rapide: signe qu'on n'a pas le temps ou qu'on est stressé

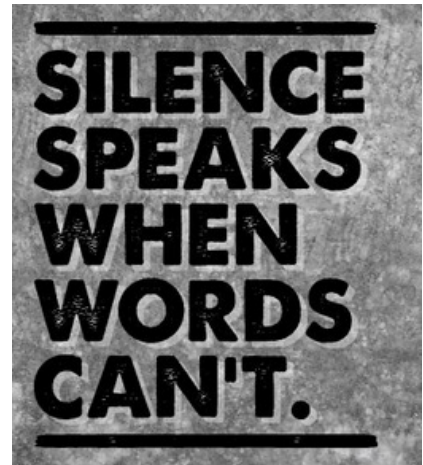
Le paraverbal

- La voix

- Son, timbre de la voix, rythme, intonation et respiration
- Ne pas parler plus fort si la patiente est mutique
- Rester audible
- Débit pas trop rapide: signe qu'on n'a pas le temps ou qu'on est stressé

- Les silences

- Nécessaires mais souvent peu utilisés et respectés
- Au moins les 3 secondes suivant l'annonce
- Pour suivre le rythme des parents
- Mais aussi pour inviter la patiente à s'exprimer





Gestes et expressions faciales

La communication
non verbale



Gestes et expressions faciales



Contact oculaire

La communication non verbale



Gestes et expressions faciales



Contact oculaire

La communication non verbale



Posture



Gestes et expressions faciales



Contact oculaire

La communication non verbale



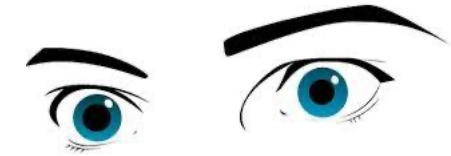
Distance physique



Posture



Gestes et expressions faciales



Contact oculaire



Toucher

La communication non verbale



Distance physique



Posture



Toucher :

Puissant vecteur relationnel ++

Mais pas n'importe quel toucher,

Pas chez n'importe quel patient,


Ni à n'importe quel moment.






Les mots
La syntaxe

Le verbal



La diction, le ton
Le rythme, le débit
Les silences

Le paraverbal

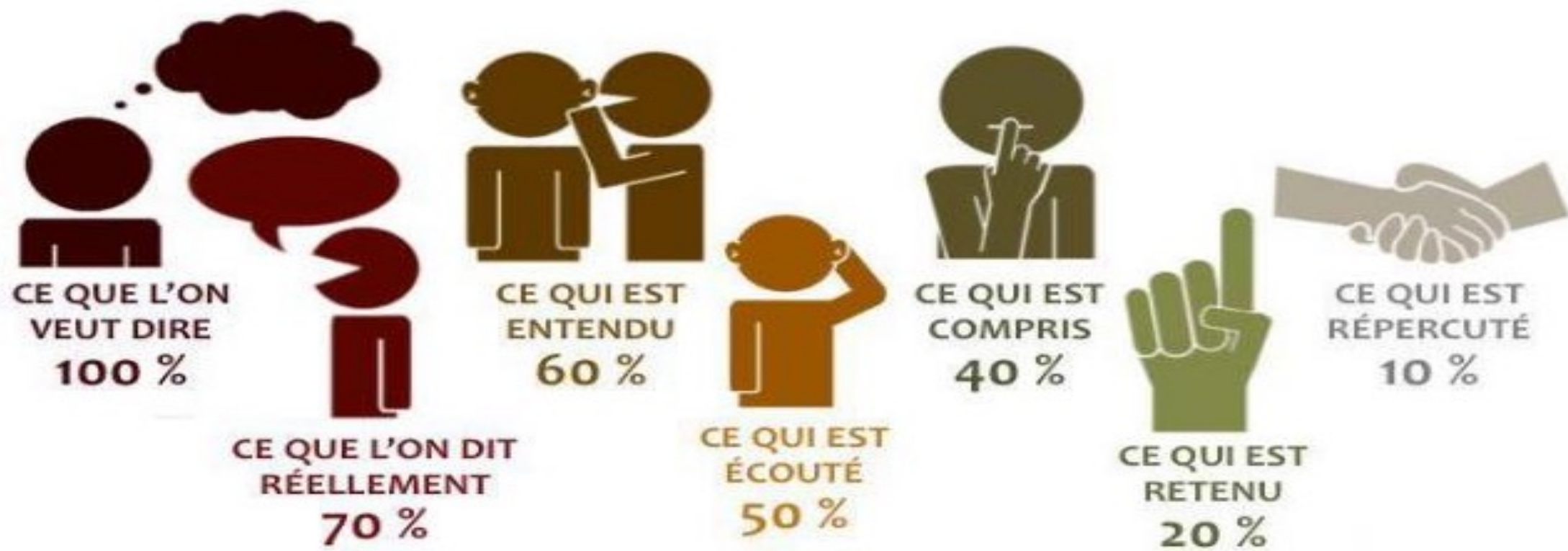


Le gestuelle
Les mimiques
Le regard
La posture, le look

Le non-verbal

**+ de maitrise
- d'impact**

**- de maitrise
+ d'impact**



7-Le bénéfice du doute

- Annonce modeste et prudente
- Le couple peut entendre
 - que l'on ne sache pas,
 - que la médecine n'ait pas toutes les réponses,
- Du moment que l'on propose la suite

8-L'information

- La bonne quantité d'information
- Pas trop: capacité d'écoute rapidement saturée
- Ne pas dérouler toute la prise en charge au couple



9 - L'écoute et l'empathie

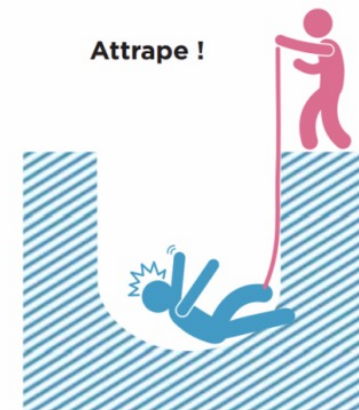
- « être là » malgré un sentiment d'impuissance
- Pratiquer l'écoute « active »
- Rester neutre et bienveillant
- Donner des signes visuels d'intérêt



La sympathie



La compassion



L'empathie

La communication « affective »

Box 1. The four additional comments introduced in the supportive video.

- *"But whatever action we do take, and however that develops, we will continue to take good care of you. We will be with you all the way."* 5' 35" to 5'44" after the starting of the video.
- *"We will do and will continue to do our very best for you."* 6' 22" to 6' 28".
- *"And whatever happens, we will never let you down. You are not facing this on your own."* 7' 31" to 7' 41".
- *"I completely understand your reluctance. We'll look at this decision together carefully and we'll pay attention to your concerns."* 8' 21" to 8' 29"

Réduction des manifestations de stress
auprès de « patientes analogues »

10-Accueillir les réactions

- Grande variabilité d'un sujet à l'autre et chez un même individu, d'un moment à l'autre
- Confrontation à une réalité insupportable, désorganisante
=mécanismes de défense:
 - Opérations psychiques visant à réduire la tension psychique interne et à protéger la cohésion de l'appareil psychique
 - Organisation et mise en œuvre dans le registre inconscient
- Sentiments paradoxaux: culpabilité/honte
- Perception de la mort imprégnée par la culture

MECANISMES DE DEFENSES DES PATIENTES

- Le déni / La dénégation « *le cœur ne bat plus... mais mon bébé il va bien?»*»
- L'isolation = isoler l'évènement de l'affect « *d'accord, le bébé est mort, et maintenant qu'est-ce qu'il va se passer? »*
- Le déplacement « *je vais devoir être hospitalisée, c'est horrible »*
- La maîtrise « *je connais très bien cette situation, je sais comment ca se passe »*
- La régression « *dites moi ce que je dois faire docteur»*
- La projection agressive « *comment pouvez-vous me dire une chose pareille ?»*
- La combativité/La sublimation « *cette épreuve nous rendra plus forts»*

11 -Gérer nos propres émotions

- Stress réel pour le soignant/celui qui annonce
- Culpabilité d'aller à l'encontre
- Exprimer ses émotions dans la retenue
- Pas d'indifférence professionnelle: *ému mais solide*



MECANISMES DE DEFENSES DES SOIGNANTS

- La banalisation « *la grossesse s'est arrêtée* »
- L'esquive/l'évitement: éviter le contact émotionnel: « *vous verrez avec votre gynécologue pour la suite* »
- La ou les fausse(s) réassurance(s) « *je ne vois pas bien le cœur, c'est probablement lié à mon appareil d'écho* »
- La rationalisation « *c'est quelque chose qui arrive dans certains cas* »
- La fuite en avant, le soignant expose tout son savoir, pas de dialogue possible « *donc on va vous hospitaliser, faire un bilan, dans X% des cas il s'agit d'une cause placentaire ou funiculaire* »
- L'identification projective, attribue ses propres émotions au patient « *c'est arrivé à ma cousine, c'est terrible, oh là là ma pauvre* »
- Le mensonge « *je ne sais pas , il faudra refaire une échographie* »
- La dérision « *Un de perdu...* »

12-Accompagner vers « l'après »

- Ne pas laisser le couple dans « le vide »
- Prochaines étapes concrètes sans dérouler toute la prise en charge
- Identifier les soutiens dans l'entourage
- Soutien psychologique
- Dans un délai approprié: ni immédiat, ni trop éloigné

Pour conclure

Avant d'« annoncer »: la communication a déjà commencé...

Concordance verbal / non verbal

Importance de connaître et repérer nos émotions et celles des patientes/couples

Rôle de l'expérience

Tout n'est pas entièrement maîtrisable