

En tant qu'infirmière, quel(s) mensonge(s) en réponse aux questions d'un patient non-informé de son diagnostic grave ?

Emmanuelle Avrillon

► To cite this version:

Emmanuelle Avrillon. En tant qu'infirmière, quel(s) mensonge(s) en réponse aux questions d'un patient non-informé de son diagnostic grave?. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01429669>

HAL Id: **dumas-01429669**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01429669>

Submitted on 9 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Université Pierre et Marie Curie - Paris 6

Faculté de Médecine

**EN TANT QU'INFIRMIERE, QUEL(S) MENSONGE(S) EN
REPONSE AUX QUESTIONS D'UN PATIENT NON-INFORME
DE SON DIAGNOSTIC GRAVE ?**

**Emmanuelle AVRILLON
Infirmière**

Diplôme Universitaire Accompagnement et fin de vie

Année universitaire : 2015 - 2016

Dr BLANCHET Véronique - Dr RAFFRAY Yolaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
I- RECIT.....	4
II- LES PROBLEMES QUE POSE LA SITUATION :	6
III- MES DIFFICULTEES.....	7
IV - PROBLEMATIQUE.....	8
4.1) - L'ANNONCE D'UN DIAGNOSTIC GRAVE	8
4.1.1) – DEFINITIONS ¹	8
4.1.2) – GENERALITES	8
4.1.2.1) - Pour les soignants	9
4.1.2.2) - Pour le patient	10
4.1.2.3) - Pour les proches.....	11
4.1.3) - L'INFIRMIER(E)	11
4.1.3.1) - Définitions	11
4.1.3.2) - Le rôle de l'infirmier dans le dispositif d'annonce	12
4.1.4) - LA COMMUNICATION.....	13
4.1.4.1) - Définition.....	13
4.1.4.2) - La communication non-verbale	14
4.2) - L'INFORMATION	15
4.2.1) – DEFINITIONS	15
4.2.2) - TEXTES DE LOI.....	15
4.2.3) - LE NON-RESPECT DES TEXTES DE LOI	17
4.3) - LE MENGONGE.....	18
4.3.1.1) - Selon le dictionnaire	18
4.3.1.2) - Selon Catherine DOLTO	19
4.3.1.3) - Selon Paul EKMAN	19
4.3.1.4) - Selon les philosophes.....	21
4.3.2) - LE MENSONGE ET LES SOIGNANTS	22
V - SYNTHESE	23
CONCLUSION	24
ANNEXE 1	25
ANNEXE 2	27
ANNEXE 3	28
ANNEXE 4	30
ANNEXE 5	31
BIBLIOGRAPHIE	34

INTRODUCTION

Dans le cadre de la fin de mon diplôme universitaire " Accompagnement et fin de vie ", il m'a été demandé de réaliser un Résumé de Situation Complexe Authentique (RSCA), afin d'y décrire et d'y analyser une situation professionnelle complexe que j'aurais vécue dans le contexte de soins palliatifs.

Je suis infirmière depuis 16 ans et je travaille dans une Unité de Soins Continus (USC) depuis 14 ans dans un établissement parisien privé à but lucratif.

Il s'agit d'un service qui ne dispose pas de chef de service, c'est-à-dire, que chaque patient a un chirurgien référent qui travaille en binôme avec un anesthésiste réanimateur.

Ce service accueille des patients nécessitant une surveillance intensive.

En m'appuyant sur l'enseignement reçu tout au long de cette année, ainsi que sur mes recherches documentaires, mes lectures et mes recherches sur internet, je vais tenter de porter une analyse critique sur ma problématique afin de pouvoir y améliorer ma pratique d'infirmière.

I- RECIT

Je reçois une patiente, Mme O. pour une pancréatite aiguë à J4 d'une cholécystectomie par cœlioscopie.

Elle est âgée de 50 ans, elle est divorcée mais vit en concubinage et elle a un fils (personne de confiance) de 27 ans qui vit avec eux. Ce dernier travaille mais poursuit en parallèle des études.

Elle est entourée par sa famille mais elle refuse que ses proches viennent la voir. Elle est infirmière et exerce dans un établissement de la région parisienne différent du mien. Elle n'a aucun antécédent particulier mis à part un tabagisme sevré, un syndrome dépressif ayant nécessité une hospitalisation il y a de nombreuses années et un surpoids. Elle n'a pas rédigé de directives anticipées lors de son admission.

A son arrivée dans mon service, Mme O. présente un ictère sans prurit, un bilan hépatobiliaire et bilio-pancréatique perturbés.

L'équipe médicale décide alors de lui poser un cathéter veineux central par voie sous-clavière droite, de lui poser une sonde naso-gastrique afin de respecter un repos digestif strict et donc, en parallèle, de lui débiter une alimentation parentérale.

Un traitement d'octréotide est également débuté afin de limiter les sécrétions du tube digestif. Une PCA de morphine est posée devant des douleurs résistantes aux traitements de paliers 1 et 2. Et enfin, devant des hyperglycémies persistantes, un protocole d'insuline rapide est également mis en place. Ce dernier stabilise les glycémies.

Une cholangio-IRM et un scanner abdomino-pelvien de contrôle sont réalisés et confirment la pancréatite aiguë sans présence de calcul dans la voie biliaire principale.

Elle est informée de ce diagnostic par son chirurgien.

Devant la persistance de la perturbation du bilan hépatobiliaire, bilio-pancréatique et une aggravation de son ictère avec prurit (un traitement antihistaminique sera mis en place), un nouveau scanner abdomino-pelvien est réalisé et montre la persistance de la pancréatite aiguë malgré les traitements. Nous sommes à J8 de son intervention (cholécystectomie par cœlioscopie) et donc, à J4 de son arrivée dans mon service. Son chirurgien décide alors de lui faire poser une prothèse biliaire. Mme O. est, là-aussi, informée du geste chirurgical par voie endoscopique et elle donne son accord pour le subir.

La pose est un échec et une masse de la tête du pancréas avec un envahissement du tronc porte sont découverts. Elle est informée de l'échec de la pose de la prothèse mais n'est pas informée de la découverte fortuite de la masse. Elle ne pose aucune question ni au chirurgien ni à moi-même.

Il est alors décidé d'effectuer une double dérivation biliaire et digestive par laparotomie en urgence afin de diminuer son ictère. Elle est là-aussi informée et donne son accord pour subir cette intervention.

Cette intervention est un nouvel échec à la vue de l'importance de l'envahissement du tronc porte par la tumeur, il n'est effectué qu'une simple dérivation digestive.

Ma patiente n'est pas informée de cet échec.

Au lendemain de cette intervention, soit J1 de la dérivation digestive, J5 de son arrivée dans mon service et J9 de sa cholécystectomie ; ma patiente présente une altération de son état

général avec une très importante perturbation des bilans hépatobiliaire, bilio-pancréatique et de coagulation.

Un état d'aggravation avec un pronostic vital engagé est annoncé uniquement à l'équipe soignante par les praticiens (chirurgien et anesthésiste réanimateur).

Ces derniers décident d'un transfert vers un service de réanimation chirurgicale dans un établissement public des hôpitaux de Paris en SAMU.

Ma patiente est informée par l'équipe médicale de son transfert en SAMU, lui expliquant que son état nécessite une prise en charge plus importante et que mon service n'est pas suffisamment adapté mais elle n'est pas informée, ni la personne de confiance, de son " véritable " état de santé.

Elle accepte auprès des praticiens d'être transférée mais ne leur posera aucune question.

Je me retrouve seule avec Mme O. afin de lui faire ses soins. Elle est très dyspnéique, tachycarde, hypotendue, anurique et asthénique, elle ne présente plus de douleur mais son ictère et ses prurits (malgré les antihistaminiques) restent toujours très persistants. A ce moment là, elle commence à me dire qu'elle est persuadée que nous ne lui disons pas tout, que nous lui mentons, qu'elle est très inquiète de son état de santé et qu'elle ne comprend pas tout ce qui se passe. Elle me dit également avoir peur de mourir, qu'elle se trouve trop jeune pour mourir, qu'elle ne veut pas laisser son fils seul, qu'il a encore besoin d'elle, elle pleure.

Je me sens alors très déstabilisée par toutes ses questions, je ne sais pas quoi lui répondre et j'occulte la plupart de ses questions soit en répondant à côté, soit en m'abstenant de répondre. Je lui propose de contacter son fils ou son concubin afin qu'ils viennent la voir malgré le fait que ce ne soit pas les horaires de visites car je me dis qu'en lui proposant cela, elle ne sera pas seule et qu'elle comprendra que la situation est grave lorsque l'on autorise des visites en dehors des horaires. Elle refuse car elle ne veut pas qu'ils la voient dans " cet état " et qu'elle ne veut pas les inquiéter selon ses dires.

Je me rends compte que lorsque je lui parle, je ne soutiens plus son regard (alors que je l'ai toujours soutenu) et que je regarde le sol.

Je lui demande pourquoi elle n'a pas posé toutes ses questions au chirurgien mais elle ne me donne aucune réponse mis à part le fait qu'elle préfère me poser les questions, qu'elle me sent plus accessible et plus en confiance.

Je demande aux praticiens d'aller parler à leur patiente et qu'ils lui disent que la situation est grave et qu'ils lui ont trouvé une tumeur. L'anesthésiste est d'accord pour le faire mais il me dit que ce n'est pas " son rôle " et le chirurgien refuse de lui parler de la découverte fortuite de la tumeur alors qu'il n'est pas en possession des résultats d'anatomopathologie. Lors de son départ en SAMU, elle m'embrasse la main, me remercie pour tout ce que j'ai fait pour elle et me dit qu'elle espère que ça va aller. Je lui réponds à ce moment là, droit dans les yeux, qu'il n'y a pas de raison pour que cela n'aille pas et je rebaisse encore le regard vers le sol, me rendant clairement compte que je viens de lui mentir encore une fois. Je ne suis pas satisfaite de ma prise en charge.

II- LES PROBLEMES QUE POSE LA SITUATION :

- La découverte fortuite de la masse de la tête du pancréas avec un envahissement du tronc porte qui ont conduit à des échecs des thérapeutiques chirurgicales.
- La persistance de son ictère et de ses prurits malgré la mise en route des traitements.
- La persistance de la perturbation des bilans sanguins et de l'aggravation de son état général qui conduisent à l'annonce, par les praticiens auprès de l'équipe soignante, d'un état d'aggravation avec un pronostic vital engagé.
- Une angoisse est présente, elle se dit inquiète, elle pleure.
Elle me dit qu'elle a peur de mourir, qu'elle trouve trop jeune pour mourir, qu'elle ne veut pas laisser son fils seul, qu'il a encore besoin d'elle.
Ceci est probablement "aggravé" par le manque d'informations qu'elle a, puisqu'elle me dit qu'elle a l'impression que l'on ne me dit pas tout.
- Ma patiente est seule alors que sa famille est présente, mais elle bloque les visites.
- Ma patiente ne pose pas de questions aux médecins.
Elle a commencé à me poser des questions quand elle a su que nous allions la faire transférer vers une réanimation chirurgicale en SAMU.
A-t-elle " vraiment " envie de savoir ce qui se passe ou préfère-t-elle ne pas savoir puisqu'elle pose les questions aux personnes qui ne peuvent pas lui répondre ?
- Ma patiente n'est pas informée par son chirurgien.
- Des hyperglycémies qui sont contrôlées sous insuline rapide.
- La douleur qui est soulagée par les traitements selon les dires de Mme O.

III- MES DIFFICULTEES

- Ma patiente n'est pas informée de son diagnostic.
- Une infirmière n'a pas le droit de donner des informations médicales.
- Le droit à l'information du patient est une obligation aux yeux de la loi et donc l'absence d'information peut-elle être punie par la loi ?
- J'ai eu l'impression de mentir à ma patiente quand elle me posait des questions et j'ai constaté, au final, que je lui avais menti.
Je n'ai pas répondu à toutes ses questions, étais-je dans une " fuite " ?
Je ne suis pas satisfaite de ma prise en charge auprès de Mme O.
Ce sentiment de non-dit me met mal à l'aise.

IV - PROBLEMATIQUE

En tant qu'infirmière, quel(s) mensonge(s) en réponse aux questions d'un patient non informé de son diagnostic grave ?

4.1) - L'ANNONCE D'UN DIAGNOSTIC GRAVE

4.1.1) – DEFINITIONS¹

ANNONCE : nf. Action d'annoncer, de faire connaître

ANNONCER : v.t. Faire savoir, rendre public.

DIAGNOSTIC : n.m. (du gr.diagnôsis, connaissance) Identification d'une maladie par ses symptômes.

GRAVE : adj. (lat.gravis) Qui a de l'importance ; qui peut avoir des conséquences fâcheuses.

Ce qui signifie donc que " Annoncer un diagnostic grave " équivaut à faire savoir à quelqu'un une maladie qui a de l'importance et qui peut avoir des conséquences graves.

4.1.2) – GENERALITES

L'annonce doit se faire par un médecin, cependant, elle concerne tous les professionnels de santé qui assurent la prise en charge du patient.

Elle a un effet structurant, elle nomme la maladie et elle met un terme aux incertitudes, aux suppositions et aux interprétations erronées.

Elle fonde la relation soignant / soigné.

Cependant, elle est toujours perçue comme une mauvaise nouvelle, une terrible nouvelle, c'est un traumatisme, un choc car elle est brutale ; ainsi le cite M. RUSZNIEWSKI¹ " *UNE BOMBE, un souffle violent et dévastateur, un écrasement, des mots qui à peine prononcés, arrêtent, broient, et suspendent la vie. L'annonce est toujours un choc. Même préparée, anticipée, bien amenée, adoucie au maximum, énoncée avec tact et empathie, l'annonce fait toujours irruption. Les mots de l'annonce tuent psychiquement celui qui les reçoit et inquiètent par avance celui qui sait qu'il devra les dire. "*

L'annonce du diagnostic est un moment important du soin. Elle constitue une étape majeure de la relation avec le patient.

Elle permet :

- De respecter la liberté de choix de la personne soignée ainsi que sa dignité
- De favoriser sa capacité à organiser sa vie

La violence de l'annonce touche en premier lieu le patient, mais elle touche également son entourage et les soignants. Elle a un effet de sidération.

Les mécanismes de défense permettent une mise à distance de l'angoisse pour ne pas être submergé. Les patients ne détiennent pas l'exclusivité des mécanismes de défense.

¹ M.RUSZNIEWSKI "L'annonce"

L'annonce est et doit rester un travail d'équipe, mais l'information se délivre pas à pas, au rythme de chacun. Elle est à reprendre sans cesse.

Nous savons également que le cancer dans nos sociétés est une maladie chargée d'un imaginaire fort, il reste presque systématiquement associé à une image de mort.

4.1.2.1) - Pour les soignants

L'annonceur est donc le médecin mais il est important de ne pas oublier qu'une annonce idéale n'existe pas.

L'impact de l'annonce est source de souffrance pour le médecin comme le citait ECHYLE " C'est déjà un malheur d'être le premier à annoncer un malheur ".

Le médecin se retrouve dans une situation paradoxale puisqu'il est à la fois le soignant et celui qui inflige la blessure de la révélation.

Nous savons que les médecins ont tendance à minimiser la charge de leurs émotions personnelles.

Annoncer est difficile mais ne pas annoncer l'est aussi, cependant, informer le patient ne signifie pas tout dire à "n'importe quel prix."

Comme le dit M. RUSZNIEWSKI² " *Aujourd'hui, le médecin est obligé de donner cette information. Avant, " il y a 25 ans ", on pouvait mentir, travestir la vérité pour le bien supposé du patient, dans le cadre d'une relation paternaliste. Aujourd'hui, il faut communiquer de l'information, c'est recommandé, c'est obligatoire, c'est demandé par les associations de patients. On le dit sur tous les tons, il faut informer. "*

L'angoisse est toujours présente puisque l'on sait que l'on va faire mal en annonçant une terrible nouvelle. Il faut éviter de projeter sa propre perception de la maladie, cependant, cette annonce nous renvoie à nos propres limites, notre vulnérabilité, à notre propre angoisse de mort et à notre vécu. Nous avons bien conscience que tout le monde ou presque craint de tomber malade ou de mourir. Se défendre de son angoisse de la maladie peut conduire le médecin à échouer dans le processus de l'annonce.

Les soignants doivent également se protéger face à la maladie grave. Ils doivent repérer certains mécanismes psychiques et apprendre à s'en méfier. Ils rencontrent et utilisent différents mécanismes de défense afin de lutter contre leurs propres angoisses et de se prémunir de la souffrance du patient. Ils ne doivent en aucun cas être perçus comme des signes de faiblesse et il est fondamental d'identifier ses propres stratégies de protection afin de les accepter pour s'en libérer. (ANNEXE 1)

Dans mon cas, je traiterai du mensonge.

Le mensonge est le mécanisme le plus radical, le plus entier mis en place face à l'angoisse de devoir révéler la maladie grave ou la situation grave. C'est un mécanisme dit de " *l'urgence et d'efficacité primaire* ". Il permet de figer le temps en " détruisant " toute possibilité de dialogue ou de questionnement. Il coupe court à tout échange. C'est le plus dommageable à l'équilibre psychique du patient.

" *Il consiste à travestir purement et simplement la vérité, en donnant sciemment de fausses informations sur la nature ou la gravité de la maladie* ".

² M.RUSZNIEWSKI "L'annonce"

Le *mensonge réussi* est une contre-vérité qui ne laisse rien pressentir au patient et qui laisse peu de place au doute. Cependant, lors de la vérité, l'impact sera très violent pour le patient et ce dernier sera démuné de tout mécanisme de défense pouvant le protéger. En mentant, le soignant aura effectivement empêché l'élaboration de l'angoisse auprès de son patient et ne lui aura pas permis de se préparer psychologiquement à sa maladie. Le patient sera alors sidéré par l'effet de surprise.

Il peut alors altérer la relation soignant-soigné puisque le patient perdra toute confiance dans le soignant. Et nous savons que la confiance est la base de la relation de soin.

" *Le mensonge par omission* " consiste en une révélation progressive de la vérité. Le médecin donne au rythme du patient des informations relatives à sa santé pour lui permettre d'intégrer progressivement le diagnostic. Si le patient pose plus de questions, le soignant devra donner des réponses au plus proche de la vérité.

Cette vérité que l'on ne peut pas dire semblerait être, souvent, une vérité que l'on ne serait pas capable d'entendre ?

Dans ma situation choisie, je n'ai, à ce moment-là, absolument pas conscience d'être dans un mécanisme de défense afin de palier à ma propre angoisse.

Lors de nos cours, les différents intervenants nous ont bien informés sur le fait que ce mécanisme de défense des soignants était à bannir.

4.1.2.2) - Pour le patient

Il est important de ne jamais présumer de la réaction du patient.

Les étapes futures annoncées par le médecin vont permettre au patient de construire " quelque chose d'acceptable ". En impliquant le patient, on lui permet de canaliser son angoisse.

L'annonce de la maladie engendre des réactions différentes. Elle provoque notamment une souffrance psychologique puisque le malade réalise une succession de perte. Le mouvement psychologique d'élaboration et d'acceptation de la perte est appelé le travail de deuil. Elisabeth KUBLER-ROSS en décrit le processus. (ANNEXE 2)

Ces étapes sont à considérer comme un guide qui peut aider à comprendre les réactions d'une personne face au deuil. Toutefois, ces étapes ne sont pas forcément chronologiques et toutes les personnes ne les traversent pas de façon systématique. Parfois, ces étapes peuvent également se chevaucher.

Le deuil est réalisé lorsqu'il y a acceptation d'une réalité qui permet de reconstruire et d'envisager un avenir. En opposition, lorsque ce travail de réparation n'aboutit pas, on parle de deuil pathologique.

Le patient développera des mécanismes de défense face aux réactions de souffrance que l'angoisse produit. Ces mécanismes de défense permettent d'approcher la réalité en fonction de ses ressources psychiques du moment.

Ces processus de défense sont plus ou moins inconscients et visent " à protéger toutes les facettes meurtries de la personnalité du malade " selon M. RUSZNIEWSKI. Ils se réorganisent en permanence et ne sont donc pas figés dans le temps.

Ils peuvent susciter une incompréhension entre le patient et les soignants, il est donc nécessaire de savoir les identifier. (ANNEXE 3)

Dans ma situation choisie, il est difficile de savoir dans quel stade se trouve Mme O. puisque l'information et l'annonce du diagnostic n'ont pas été données. Cependant, nous pouvons

constater que l'angoisse est présente puisqu'elle me dit "qu'elle est très inquiète de son état de santé, qu'elle a peur de mourir, qu'elle ne veut pas laisser son fils seul, elle pleure (...). Elle est probablement dans une forme de déni puisque l'équipe médicale l'informe sur son transfert en SAMU vers une réanimation chirurgicale, étant donné que son état nécessite une prise en charge plus importante (...).

Comme nous l'a stipulé Régis AUBRY³ " *Quand quelqu'un craint quelque chose, il n'aborde pas le sujet, il ne veut pas le savoir (...). Il semblerait que les patients aient une perception, une intuition, une conscience de leur propre réalité. "*

4.1.2.3) - Pour les proches

Depuis quelques années, une attention particulière est portée aux proches des malades atteints d'une maladie grave.

Ce soutien de l'entourage est considéré comme faisant partie des soins prodigués.

Au vue de ma situation choisie, j'ai choisi de ne pas traiter cette partie puisque ma patiente refuse que ses proches viennent la voir et qu'elle " bloque " leurs visites.

4.1.3) - L'INFIRMIER(E)

L'Article L. 474 du Code de la Santé publique précise : " Nul ne peut exercer la profession d'infirmière s'il n'est pas muni d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 474-1. "

Le décret de compétence du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier a été abrogé et remplacé par le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004.

4.1.3.1) - Définitions (ANNEXE 4)

- CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, Article L 4311-1 :

" (...) toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription (...) ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement."

- DEFINITION DE L'INFIRMIERE PAR L'ORGANISATION MONDIAL DE LA SANTE (OMS) :

" La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent. (...) Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé."

³ Cours du 14/04/16 Annonce d'un diagnostic difficile - Stratégies et techniques de communication

- DEFINITION DES SOINS INFIRMIERS SELON LE CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIER(E)S (CII) :

" On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés - malades ou bien-portants - quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. (...) "

Selon les différentes définitions de l'infirmière, on peut donc constater que le rôle infirmier est primordial dans la prise en charge du patient dans sa globalité. Le rôle propre intervient donc dans le dispositif d'annonce.

4.1.3.2) - Le rôle de l'infirmier dans le dispositif d'annonce

Le dispositif d'annonce comprend plusieurs temps.

Tout d'abord, un temps médical dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, proposé aux patients.

Le TAS est un temps d'écoute, de soutien et d'accompagnement qui permet de reformuler le contenu de la consultation médicale, d'apporter des informations supplémentaires concernant l'organisation de la prise en charge et de repérer les besoins psychologiques et sociaux. Cette prise en charge personnalisée du patient se compose donc de quatre axes principaux : l'écoute, l'information, le soutien et l'orientation.

Le rôle de l'infirmier dans le dispositif d'annonce fait référence aux mesures 32, 40 et 42 du Plan Cancer 2003 - 2007.

Il permet d'assurer la continuité entre le temps de l'annonce et celui de sa prise en charge par les équipes pluridisciplinaires.

L'infirmier peut, dans un premier temps, assister à la consultation médicale afin d'être présenté au patient et à sa famille ; puis, dans un second temps, intervenir lors d'une consultation paramédicale.

- Le rôle de l'infirmier pendant la consultation médicale :

L'infirmier doit-être à l'écoute des termes employés par le médecin, le patient et ses proches. Le patient aura l'annonce ou la confirmation de son diagnostic ainsi que la remise de son programme personnalisé de soins (PPS).

Il doit observer les réactions et les comportements du patients et de ses proches.

- Le rôle de l'infirmier pendant la consultation paramédicale :

L'infirmier doit prendre connaissance du dossier médical du patient. Il doit se présenter et donner les objectifs de cette consultation qui durera le temps nécessaire mais qui ne doit pas dépasser une heure.

Elle doit se faire dans un lieu calme et chaleureux afin d'éviter " tout parasite ", comme par exemple, le téléphone... et de préférence sans bureau, de manière à éviter tout objet symbolisant une barrière.

L'infirmier doit établir une relation de confiance avec le patient, tenter de le " rassurer " et répondre à ses différentes questions.

Il doit faire un recueil de données et évaluer les ressources du patient ainsi que la possibilité d'un soutien par son entourage.

L'infirmier doit écouter le patient afin qu'il puisse formuler ses attentes et ses inquiétudes socio-familiales par rapport à son devenir, ainsi que sa position par rapport à sa maladie (comme par exemple, les différentes étapes de deuil d'Elisabeth Kübler-Ross). Il faut l'encourager à reformuler ce qu'il a entendu et ce qu'il a compris.

L'infirmier doit également déceler les mécanismes de défenses que le patient peut mettre en place face à sa nouvelle situation.

Il doit également être attentif aux réactions non-verbales.

L'infirmier doit l'informer de l'existence d'une équipe de soins de supports.

Il doit établir une synthèse des informations recueillies et noter les orientations proposées après la consultation. Ce document permettra d'établir une liaison avec l'équipe pluridisciplinaire et sera classée dans le dossier du patient.

Il est important de préciser la position de l'infirmier en regard du droit à l'information :

- Rester dans les limites de ses compétences,
- Etre attentive aux besoins d'information du patient et de sa famille,
- Soutenir et faciliter la communication entre les parties,
- Etre solidaire du plan thérapeutique établi par l'équipe de soins.

L'infirmier doit donc créer une relation thérapeutique avec chacun des patients et avec les autres membres de l'équipe dont il est solidaire, en soutenant et facilitant le droit à l'information du patient. En cas de " désaccord ", une discussion entre les membres de l'équipe de soin est nécessaire et peut rétablir le consensus sur le plan thérapeutique. Il peut aussi demander à son supérieur hiérarchique d'intervenir en cas de difficulté.

Dans ma situation choisie, je n'ai pas pensé à contacter ma cadre lorsque je me suis sentie dans la difficulté.

4.1.4) - LA COMMUNICATION

4.1.4.1) - Définition⁴

COMMUNICATION : n.f.

- Action, fait de communiquer, d'établir une relation avec autrui.
- Action de communiquer, de transmettre quelque chose à quelqu'un.

La communication n'est pas toujours un exercice facile.

R.AUBRY ⁵ nous a donné quelques conseils concernant les différents outils de la communication :

⁴ Le Petit Larousse illustré 2010

⁵ Cours du 14/04/16 Annonce d'un diagnostic difficile - Stratégies et techniques de communication

- Se taire : les silences ont une place essentielle dans la communication. Le silence est chargé de sens ; il donne une forme concrète et souligne le sens des mots. Il respecte le temps d'écoute, le temps de compréhension des mots et leur sens. *" Tout ce qui est grave doit être énoncé avec des mots et des silences, ainsi qu'avec un ton grave et un rythme lent de la parole (...) "*
Une absence de silence peut témoigner d'une angoisse de celui qui parle.
- La voix : *"La hauteur d'un son, son intensité, son timbre mais aussi les nuances, le rythme des mots doivent être contrôlés. "*
Il faut parler doucement et calmement afin de ne pas " agresser " le patient.
- Rester calme : *" Parler calmement et avoir des gestes lents afin d'apaiser les patients et de les rassurer".*
- *" S'asseoir à la hauteur du patient et le regarder dans les yeux afin de ne pas détourner l'attention du patient."*
- *" Le toucher peut lui prouver par le biais du contact qu'il est en vie. "*

La relation d'aide est la finalité du soin. *" Aider, c'est pouvoir toucher l'autre dans son altérité en communiquant avec lui. "*⁶

4.1.4.2) - La communication non-verbale

Il y a différents indicateurs, autres que la parole, pour attiser la conscience des malades comme les silences, les comportements, les évitements, les regards... Ces derniers " parlent " parfois autant voire plus que des discours.

Cette communication non-verbale permet de communiquer des attitudes, des émotions et un état présent. Chaque geste, chaque mouvement des yeux, des mains, des muscles du visage, a une signification particulière et traduit la nature même d'un comportement reflet d'un état intérieur. Majoritairement, lorsqu'une personne perçoit un décalage entre ce qui lui est dit verbalement et ce qui lui est montré non-verbale, c'est la perception non-verbale qui prime.

Tout ceci varie en fonction des individus, cependant, d'une manière générale, l'être humain retient : (cahier de l'infirmière)

- 20 % de ce qu'il entend
- 30 % de ce qu'il voit
- 50 % de ce qu'il voit et entend
- 70 % de ce qu'il voit, entend et dit
- 90 % de ce qu'il voit, entend, dit et fait.

Ce constat donne du sens aux stratégies infirmières préconisées pour la communication, l'information et l'éducation du patient.

Dans ma situation choisie, je constate alors que Mme O. a pu percevoir mon " mal être " en voyant mon changement de comportement, notamment, lorsque je n'arrivais plus à soutenir son regard.

⁶ Soins palliatifs - Ethique et fin de vie

4.2) - L'INFORMATION

4.2.1) – DEFINITIONS⁷

INFORMATION : n.f. Action d'informer ; fait de s'informer.
Renseignement obtenu de quelqu'un sur quelqu'un ou quelque chose.

INFORMER : v.t (lat.informare, donner une forme) Mettre au courant de quelque chose ; avertir, aviser.

Donner des informations à ; renseigner.

4.2.2) - TEXTES DE LOI (ANNEXE 5)

- Depuis quelques années, le droit à l'information du patient s'est affirmé. La demande des patients s'accroît et elle est renforcée par les textes législatifs. L'application des lois permet d'équilibrer le rapport existant entre le patient et le médecin.

La charte du patient hospitalisé mise en place par la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995, titre III traite de " l'information du patient et de ses proches" et le titre IV "du principe général du consentement préalable ".

Cette charte prévoit que les établissements de santé garantissent à tous :

- une " égalité d'accès à l'information " ;
- que le médecin " doit annoncer une information simple, accessible, intelligible et loyale à tous les patients " ;
- de répondre " avec tact et de façon adaptée à leurs questions" ;
- " le secret médical n'est pas opposable au patient " ;
- les personnels paramédicaux " participent à l'information du malade chacun dans son domaine de compétence " ;
- " tout cela afin que le patient puisse participer pleinement [...] aux choix thérapeutiques qui le concernent et à leur mise en œuvre quotidienne ".

Le titre IV précise que " aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient, hors le cas où son état rend nécessaire cet acte auquel il n'est pas à même de consentir. Ce consentement doit être libre et renouvelé pour tout acte ultérieur ".

L'article R.4127-35 du Code de Déontologie Médicale Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 précise que " Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état [...] il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ".

Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, " dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves [...].

⁷ Le Petit Larousse illustré 2010

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite."

L'article L. 1111-2 du Code de la Santé Publique réformé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite " loi Kouchner ", dispose que chaque personne a le droit d'être informée sur son état de santé ; *" Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé [...]"* Le patient doit recevoir les informations relatives à son état de santé de la part des équipes médicales et soignantes. *" Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables [...]*

Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser [...]

L'information est délivrée au cours d'un entretien individuel [...]

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée [...]

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé [...].

Cette information est d'autant plus nécessaire, que l'article L. 1111-4 précise que *" Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé [...]"*.

Ce dernier article donne au patient un " statut d'acteur " dans la démarche de soins.

La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite " loi Leonetti " étant ces droits aux patients en fin de vie et elle nous informe que l'équipe médicale peut faire appel à la personne de confiance

Art. L. 1111-06 : *" Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance [...] qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. [...] Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment "* ou aux directives anticipées rédigées par le patient, Art. L. 1111-11 - *" Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté [...]"*.

La loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie **dite " loi Claeys-Leonetti "**.

Elle apporte de nouvelles modifications au niveau de la personne de confiance et des directives anticipées.

Le rôle de la personne de confiance s'est renforcé. Désormais, son témoignage prévaut sur tout autre témoignage de la famille ou des proches. Il est précisé que la désignation de la personne de confiance est cosignée par cette dernière. Cette désignation est aujourd'hui non plus seulement *révocable*, mais également *révisable* à tout moment (Article L. 1111-06). Les directives anticipées expriment la *volonté* (et non plus simplement les *souhaits*) de la personne malade concernant sa fin de vie. Elles sont désormais révisables et non plus simplement révocables, à tout moment et par tout moyen. Auparavant, elles avaient une durée de validité de trois ans, elles sont désormais valables sans limitation de durée.

Elles portent également sur leur opposabilité à l'égard du médecin. Auparavant, le médecin n'avait qu'un devoir de consultation des directives sans qu'elles n'aient de véritable effet contraignant. Cependant, la loi a prévu deux exceptions à l'opposabilité des directives, en cas d'urgence vitale ou lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale (Article L. 1111-11).

Le plan cancer 2003 - 2007, la mesure 40 " *Permettre aux patients de bénéficier de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie.* "

Cette mesure a été mise en place pour répondre à la demande des patients. Son objectif étant de faire bénéficier les patients de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie.

Le plan cancer 2009 - 2013, la mesure 19 " *Rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs du système de soins.*". Ce plan cancer a été mis en place afin d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient.

Le plan cancer 2014 - 2017, l'action 7.13 : " *Rendre accessible aux malades et proches une information adaptée* " avec notamment l'amélioration de la communication soignant-soigné par la formation des médecins.

Un guide de parcours de soins intitulé " *Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique* " a été élaboré par **la Haute Autorité de la Santé (HAS)** en février 2014 afin de proposer un document de soutien méthodologique et pratique. Elle avait également publié un rapport en février 2008 intitulé " *Annoncer une mauvaise nouvelle* " qui avait pour objectif d'aider les professionnels à améliorer leurs pratiques pour mieux répondre aux attentes des patients.

L'HAS a publié depuis 2008 quatre recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information et les annonces qui sont faites au patient. L'objectif commun étant de préserver la relation entre le professionnel de santé et le patient.

4.2.3) - LE NON-RESPECT DES TEXTES DE LOI

Le devoir d'information du médecin envers le patient sur son état de santé a été encadré par la jurisprudence et la loi.

En effet, la responsabilité du médecin est engagée s'il n'a pas donné à son patient l'information nécessaire, le privant de la possibilité de faire un choix.

La preuve que le médecin doit rapporter porte sur l'existence de l'information donnée au patient ainsi que sur son contenu.

Dans un premier temps, la jurisprudence stipulait que l'information du malade était une " *simple obligation accessoire du contrat médical* ".

Dans un second temps, la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé a fait apparaître des dispositions légales relatives au devoir d'information des médecins.

L'article L. 1111-2 (cité ci-dessus) du Code de la Santé Publique indique le contenu du devoir d'information du médecin ainsi que le régime de la preuve en cas de contentieux. C'est donc au médecin de prouver qu'il a bien rempli son obligation d'information de son patient. En effet, depuis 1997, la charge de la preuve incombe désormais au praticien. La Cour de cassation considère qu'il appartient au médecin ou à l'établissement de prouver que le patient a bien reçu une information loyale, claire et appropriée sur les risques des investigations ou soins ; de façon à lui permettre d'y donner un consentement ou un refus éclairé (Arrêt " Hedreul " Civ.1ère⁸, 25 février 1997 n° 94-19.685 et Arrêt " Castagnet " Civ 1ère, 7 octobre 1998, n° 97-12185).

Dans un arrêt rendu par la 1ère chambre civile le 23 janvier 2014 (civ 1ère - 23 janvier 2014 n° 12-22123), la cour de cassation a précisé les aspects généraux de l'obligation d'information des professionnels de santé à l'égard de leurs patients.

Le patient victime d'un défaut d'information peut invoquer deux préjudices :

- un premier qui consiste en une perte de chance de se soustraire au risque qui s'est finalement réalisé (Cass., 1ère civ.⁹, 6 décembre 2007 n° 06-19.301)

- un second qui correspond à l'état d'ignorance qui lui a été imposé. La 1ère chambre civile de la cour de cassation a, par un arrêt du 3 juin 2010, considéré que le défaut d'information constituait un préjudice indemnisable (Cass., 1ère civ., 3 juin 2010 n° 09-13.591).

Dans ma situation choisie, j'avais connaissance des textes de lois concernant l'obligation d'information du patient, mais je ne savais pas que le patient pouvait avoir un recours en cas de non-respect de ces derniers.

4.3) - LE MENGONGE

4.3.1) - DEFINITIONS

4.3.1.1) - Selon le dictionnaire¹⁰

MENSONGE : n.m.

- Action de mentir, d'altérer la vérité
- Affirmation contraire à une vérité

MENTIR : v.i.

Donner pour vrai ce qu'on sait être faux ; nier ce qu'on sait être vrai

VERITE : n.f.

- Caractère de ce qui est vrai ; adéquation entre la réalité et l'homme qui la pense.

⁸ civ 1ère : 1ère chambre civile

⁹ Cass., 1ère civ : 1ère chambre civile de la cour de cassation

¹⁰ Le Petit Larousse illustré

- Idée, proposition qui emporte l'assentiment général ou s'accorde avec le sentiment que quelqu'un a de la vérité.
- Connaissance ou expression d'une connaissance conforme à la réalité, aux faits tels qu'ils se sont déroulés.
- Bonne foi, sincérité.

4.3.1.2) - Selon Catherine DOLTO

Dès notre plus jeune âge, on nous apprend que le mensonge est quelque chose de " mal ". Des médecins, psychologues écrivent des livres aux enfants afin de leur expliquer ce qu'est le mensonge.

Nous nous inspirons également, souvent, du dessin-animé " Pinocchio " pour dire aux enfants, comme aux adultes, " Ton nez va s'allonger si tu mens ".

Catherine DOLTO¹¹ s'adresse directement aux enfants à travers son livre intitulé " Les mensonges " :

- " *Mentir, c'est dire une chose comme si elle était vraie, alors qu'on sait qu'elle n'est pas vraie.* "

- " *Les grandes personnes ne disent pas toujours la vérité. Quelque fois quand on répète ce qu'elles nous ont dit, on nous traite de menteur et on se sent trahi.* "

- " *Il y a des vérités que l'on ne peut pas dire car elles font trop de mal. Mentir et se taire, ce n'est pas la même chose (...) La vérité et le mensonge sont des choses très importantes dans la vie.* "

- " *Parfois les grandes personnes nous cachent la vérité pour nous protéger et, au contraire, ça peut nous faire du mal (...).* "

- " *Les mensonges pèsent très lourd sur le cœur des menteurs. Il n'est jamais trop tard pour dire la vérité (...).* "

4.3.1.3) - Selon Paul EKMAN¹²

Sa définition du mensonge comprend le fait de dire des choses fausses ou de dissimuler des choses vraies.

Il y définit le mensonge comme une décision délibérée de tromper une cible sans mise en garde préalable de cette intention.

Il existe deux formes principales de mensonge :

- *La dissimulation* qui laisse de côté des informations vraies.
- *La feinte* qui présente des informations fausses comme si elles étaient vraies.

Les autres manières de mentir comprennent :

¹¹ Catherine DOLTO médecin pédiatre

¹² Paul EKMAN psychologue, pionnier et expert dans l'étude des émotions et du langage non-verbal

- *La diversion* qui consiste à reconnaître une émotion en mentant sur sa cause réelle
- *Enoncer une vérité faussement* ou avouer la vérité avec une telle exagération ou un tel humour que la cible demeure sous-informée ou trompée
- *La semi-dissimulation* qui consiste à avouer seulement une partie de la vérité, afin de détourner l'intérêt de la cible sur ce qui reste dissimulé
- *L'esquive* par inférence correcte qui consiste à formuler la vérité d'une manière signifiant l'opposé de ce qui est dit.

Il existe deux sortes d'indices de tromperie :

- *La fuite*, quand le menteur révèle par mégarde la vérité
- *L'indice de tromperie* proprement dit, quand le comportement du menteur révèle seulement que ses propos sont faux."

Il nous explique aussi que les indices comportementaux peuvent fuiter une information dissimulée, indiquer que la personne n'a pas préparée sa réplique, ou qui trahissent une émotion non cohérente avec le discours :

- Les lapsus verbaux et les tirades peuvent fuiter des informations dissimulées
- Une voix plus aiguë, plus forte et un débit plus rapide surviennent avec la peur, la colère...
La voix subit les modifications inverses avec la tristesse, la culpabilité
- Le discours indirect, les pauses, les erreurs de langage peuvent indiquer que la personne fait attention à ses paroles, qu'elle n'a pas préparé de discours
- Les modifications du rythme respiratoire, de la transpiration, la déglutition fréquente et la bouche sèche sont des signes d'émotions intenses.

Il y décrit également plusieurs indices faciaux de tromperie. Pour lui le visage est une source d'informations précieuse pour le détecteur, car il peut mentir et dire la vérité, et souvent les deux en même temps.

Ici, je n'énumérerai pas tous les indices faciaux mais uniquement celui qui concerne les yeux et plus précisément, la direction du regard.

Il s'oriente différemment sous le coup de plusieurs émotions :

- Vers le bas avec la tristesse
- Vers le bas ou de biais avec la honte ou la culpabilité
- Il se détourne avec le dégoût.

Avec le recul, je me rends compte que si je ne soutenais pas Mme O. du regard, c'est parce que j'étais dans une gêne, dans une culpabilité de ne pas pouvoir lui dire la vérité et que tout cela me rendait triste puisque j'avais notion de "briser" la confiance que l'on établit dans la relation soignant / soigné.

4.3.1.4) - Selon les philosophes

La définition de la philosophie¹³ est la suivante :

n.f. " Domaine de la culture constitué par un ensemble d'interrogations, de réflexions et de recherches à caractère rationnel menées depuis l'Antiquité grecque sur l'être, les causes, les valeurs... et mettant en jeu, dans la diversité des voies empruntées et des réponses retenues, le rapport de l'homme au monde et à son propre savoir. "

A travers les siècles, de nombreux philosophes ont travaillé sur le mensonge.

La question du mensonge fait écho en parallèle à une notion qui est la vérité.

Hippocrate est souvent perçu comme le père de la médecine moderne. Il défendait l'usage du mensonge pour protéger le patient. Il disait que le mensonge permettait au patient de ne pas se sentir « mal » par rapport à une vérité qui serait trop lourde à porter.

Platon expliquait que le mensonge peut être justifié d'un point de vue moral si celui-ci sert à protéger et où la fin est quelque chose de noble, qui vaut véritablement comme valeur. Pour lui, le médecin pourrait ne pas toujours avoir à divulguer la vérité au malade et aurait donc des droits pour mentir.

Benjamin CONSTANT affirme que la vérité est un devoir qu'envers ceux qui ont le droit à la vérité. Pour ce philosophe, dire la vérité d'une façon absolue rendrait toute société impossible. Il ne dit pas non plus qu'il faut mentir tout le temps et partout, il est plutôt dans le moyen terme, le juste milieu pour essayer de s'adapter. Pour lui, la vérité est un devoir donc un droit. Cependant, si certains n'ont pas le droit à la vérité, alors le droit de vérité ne s'applique pas. *" Le principe moral que dire la vérité est un devoir, s'il était pris de manière absolue et isolée, rendrait toute société impossible [...]. Dire la vérité est un devoir. Qu'est-ce qu'un devoir ? L'idée de devoir est inséparable de celle de droits : un devoir est ce qui, dans un être, correspond aux droits d'un autre. Là où il n'y a pas de droits, il n'y a pas de devoirs. Dire la vérité n'est donc un devoir qu'envers ceux qui ont droit à la vérité. Or nul homme n'a droit à la vérité qui nuit à autrui. "*

Ceci a fait réagir Emmanuel KANT (dans un débat devenu public) car pour lui, la vérité est un devoir absolu, peu importe les conséquences, même si elle nuit à autrui, la vérité doit-être dite. Il perçoit le mensonge comme une injustice car cela vient « ruiner » les sens de la communication et l'idée d'humanité. Il n'y a donc pas d'autres chemins pour lui que de dire la vérité. Il réfute tout droit à mentir.

Pour lui, le mensonge est toujours moralement répréhensible et ce doublement :

- Le mensonge corrompt la capacité morale de l'homme
- Il empêche autrui d'agir rationnellement et librement, ce qui remet en cause la dignité.

Kant nous dit dans une de ces citations : *" Car le mensonge nuit toujours à autrui : même s'il ne nuit pas à un autre homme, il nuit à l'humanité en général et il rend vaine la source de droit "*.

Vladimir JANKELEVITCH nous dit *" Ce langage qui était fait pour exprimer et révéler, voilà qu'il nous sert à dérober "*. Ce qui signifierait que c'est la parole qui implique le mensonge.

¹³ Le Petit Larousse illustré 2010

Il dit que l'on ne ment jamais volontairement.

Que le mensonge soit bénin ou grave ne change rien à son importance car l'important n'est pas le volume du mensonge mais l'intention même de mentir.

Il nous dit aussi que le menteur décide à un moment donné d'évincer la difficulté. Il est donc plutôt critique par rapport au mensonge et au menteur et il nous dit que le mensonge est difficile à tenir dans le temps. Pour lui, " *c'est un vol de la confiance qui vol quelqu'un qui ne sait même pas qu'il est volé* ".

*" Du point de vue du soin, probablement que le mensonge sera plus ou moins grave selon les conséquences. Cela dit, si on voit que l'intention d'un médecin ou d'un soignant a été délibérément de mentir, cela peut être gênant et cela pourra nous impacter. Si le mensonge est fait de manière involontaire, on peut se dire que personne n'est responsable, sauf que là, nous ne sommes plus dans les termes du mensonge, mais dans celui de l'erreur. L'erreur ce n'est pas de tromper ou de se tromper, c'est le fait de tenir pour vrai ce qui est, en réalité, faux. L'erreur existe dans le milieu médical. "*¹⁴

Pour conclure, il semblerait que le mensonge émerge quand ce qui est su, est tu de façon durable et définitive. Ne pas révéler une chose à un moment durable mais la révéler à un moment du temps n'est pas la même chose.

La question du temps dans l'annonce peut être importante car le praticien pourrait, en fonction du patient, s'adapter et élaborer un parcours de l'annonce. Ce moment parfait n'existe pas mais le praticien pourrait donc essayer de choisir " le meilleur moment " pour annoncer. Il pourrait donc faire appel à son intuition afin de rester le plus bienfaisant possible pour son patient. Dans le domaine du soin, l'importance de la vérité est très présente, cependant, il est difficile de se positionner puisque le fait de dire une vérité à n'importe quel prix, tout de suite, sans tenir réellement compte du patient pourrait-il nous positionner dans un acte de malfeasance ?

4.3.2) - LE MENSONGE ET LES SOIGNANTS

Comme je l'ai décrit précédemment, le mensonge chez les soignants est un des mécanismes de défense des soignants qui sont mis en place afin de lutter contre leur angoisse. (Cf partie 4.1.2.1)

¹⁴ E.LEMOINE Doctorante en philosophie

V - SYNTHÈSE

Il est donc important de se souvenir qu'une annonce idéale n'existe pas et que chaque annonce provoque chez le patient, comme chez le soignant, une angoisse qui nous renverra à nos propres mécanismes d'adaptation ou de défense. Il est toujours important de les identifier et de les respecter.

L'annonce du diagnostic est un moment important du soin, on peut dire que c'est le moment clé puisqu'elle constitue une étape majeure de la relation que l'on établit avec le patient. Cette annonce doit rester un travail d'équipe mais elle doit se délivrer pas à pas, en respectant le rythme de chacun.

L'annonceur est le médecin, cependant, tous les membres de l'équipe doivent pouvoir donner une information en respectant le cadre de ses compétences.

L'information consiste pour les médecins à partager leur savoir. Le patient peut alors devenir " acteur " dans sa démarche de soins.

La prise en charge du patient devient difficile quand cette annonce n'a pas été faite. Les difficultés de la communication résultent souvent d'une différence de conception de l'information du malade entre les soignants, de la " vérité " à lui dire ou non. Parfois, certains soignants pensent que la non-information " protège " le patient afin de ne pas l'inquiéter.

Même si le mensonge se fait de plus en plus rare, il arrive qu'on le rencontre encore dans les services, dans certaines situations. Les menteurs se retrouvent parfois prisonniers d'un tel principe puisqu'une fois installé, il est difficile d'annoncer une vérité. En lien avec les philosophes, nous pouvons dire que le fait de ne pas mentir, donc de dire la vérité, est un principe éthique. Cependant, il s'agit également d'un principe psychologique puisqu'il permet de respecter la relation soignant / soigné.

C'est pourquoi, il est déconseillé de mentir à un patient puisqu'au moment venu de la vérité, l'impact sera très violent pour lui et il sera démuné de tout mécanisme de défense pouvant le protéger. La relation soignant / soigné pourra alors être altérée et le patient perdra toute la confiance qu'il avait dans le soignant.

La communication devient plus difficile lorsque la maladie grave et l'imminence de la mort sont présentes. C'est à ce moment-là que la communication non-verbale peut prendre place puisqu'elle permet de communiquer des attitudes, des émotions et un état présent. Elle a un rôle très important.

Les différents textes de loi nous rappellent les obligations d'informer le patient et le risque encouru en cas de non-respect de ces lois.

CONCLUSION

Dans ma situation choisie, je me suis sentie en réelle difficulté par rapport à la prise en charge de ma patiente dans sa globalité, du fait de sa non-information par le médecin de son diagnostic grave. Ce sentiment de non-dit m'a mise mal à l'aise face à cette patiente qui se disait en confiance avec moi.

Ce travail de recherche m'a aidée à répondre aux questions que je me posais. J'ai effectivement pris conscience que le fait d'annoncer un diagnostic grave était source de souffrance pour le médecin puisqu'il se retrouve à la fois dans le rôle du soignant et dans celui qui inflige la blessure de la révélation.

Après avoir étudié les différents mécanismes de défense, je me rends compte que j'ai utilisé un mécanisme de défense dont je n'avais pas conscience afin de lutter contre ma propre angoisse face à cette situation. J'étais dans une forme de mensonge par omission. Cependant, je pense, que dans mon cas, je me suis aussi retrouvée dans cette situation puisqu'en tant qu'infirmière, il m'était dans l'impossibilité de révéler toute information médicale à ma patiente et que le médecin était dans une sorte de fuite face à l'annonce.

A l'avenir, j'espère ne pas avoir à revivre cette situation.

Si dans le cas contraire, j'étais de nouveau confrontée à cela, je ne pourrai pas forcer le médecin à annoncer le diagnostic mais je pense que je saurais mieux y réagir. Désormais, en regard des textes de loi, de l'attitude à adopter, de ma réflexion morale et donc éthique sur ce sujet, je me verrai dans la capacité d'en référer à mon supérieur hiérarchique afin qu'il m'aide à gérer cela et à mieux prendre en charge le patient.

ANNEXE 1

LES MECANISMES DE DEFENSE DES SOIGNANTS M.RUSZNIEWSKI

◆ LE MENSONGE :

C'est le mécanisme le plus radical mis en place face à l'angoisse de devoir révéler la maladie grave ou la situation grave.

C'est un mécanisme dit d'urgence et d'efficacité primaire : il permet de figer le temps en annihilant toute possibilité de dialogue ou de questionnement. C'est le plus dommageable pour le patient.

Conséquence : Mentir, c'est entraver le mécanisme psychique d'angoisse qui est un mécanisme nécessaire de protection pour le patient.

◆ LA FUITE EN AVANT :

Le soignant est soumis à une angoisse si imminente qu'il ne peut plus trouver de solution d'attente.

Il se libère d'un fardeau qui est trop lourd en se « libérant » de son savoir.

C'est souvent au moment d'une question vécue comme déroutante par le praticien que le mécanisme de défense s'activera, entraînant une libération de la vérité dite crûment.

Conséquence : Provoque une sidération du patient qui majore son angoisse et enferme le patient dans une impuissance vis à vis de la maladie et le praticien dans une même impuissance liée à la place du porteur de mauvaise nouvelle qu'il a prise.

◆ LA RATIONALISATION :

Le médecin tente de pallier à son dénuement en tenant un discours hermétique et incompréhensible par le patient.

Ce faisant, il instaure un dialogue sans échange en offrant aux questions des malades des réponses toujours plus obscures.

Conséquence : Engendre une rupture de communication créant un vide source d'angoisse.

◆ L'EVITEMENT :

Il s'agit d'un comportement de fuite réelle parfois ou déguisée.

Conséquence : La présence du malade est niée. La relation est privée de tout affect que le soignant estime n'être pas de son ressort.

◆ LA FAUSSE REASSURANCE :

Le médecin n'arrivant pas à contrôler sa propre angoisse va optimiser les résultats médicaux en entraînant un espoir artificiel chez le patient.

Conséquence : Maintien le décalage entre la réalité médicale et la progression de la maturité psychique du malade en suspendant l'accès à une certitude inéluctable.

◆ L'ESQUIVE :

Le soignant se sent démuni face à la souffrance psychique du patient.

Il n'arrive pas de ce fait à rentrer en contact relationnel avec lui : il reste en décalage, hors sujet thématique ou affectif.

Conséquence : Sentiment de solitude pour le malade.

◆ LA DERISION :

Quand les faux-fuyants se sont avérés inefficaces, le soignant adopte alors une communication minimale emprunte de dérision.

C'est également un comportement de fuite et d'évitement.

Conséquence : Confine le malade dans l'angoisse, le silence et la solitude.

◆ LA BANALISATION :

C'est LE mécanisme de la distanciation par excellence.

Le médecin traite la maladie, pas le malade.

Le soignant, en focalisant sur la souffrance physique, cherche à occulter la souffrance morale.

Conséquence : Le malade ne sent pas reconnu.

◆ L'IDENTIFICATION PROJECTIVE :

Cela consiste en un mécanisme inconscient d'attribution à l'autre de certains traits de sa personnalité, en lui prêtant ses sentiments, ses pensées ou ses émotions.

Ce mécanisme crée une véritable symbiose avec le malade ce qui permet au soignant de croire qu'il sait ce qui est bon pour son patient.

Conséquence : Enferme le patient dans l'illusoire partage de sa souffrance qui le cantonne dans un non dit d'incompréhension.

ANNEXE 2

LES CINQ ETAPES D'UN DEUIL SELON E.KUBLER-ROSS

LE DENI :

C'est un état de choc au moment où la perte est annoncée.

C'est une période plus ou moins intense où les émotions semblent pratiquement absentes.

C'est en quittant ce stade du deuil que la réalité de la perte s'installe.

Cette phase est relativement courte.

LA COLERE :

Elle peut être dirigée contre la personne décédée qui " abandonne ".

Cette phase est caractérisée par un sentiment de colère face à la perte.

Dans certains cas, la culpabilité peut s'installer.

C'est une période de questionnement.

LE MARCHANDAGE :

Cette phase est faite de négociations, de chantages...

LA DEPRESSION :

Cette phase est plus ou moins longue.

Elle est caractérisée par une grande tristesse, des remises en question, de la détresse.

Les endeuillés ont parfois l'impression qu'ils ne termineront jamais leur deuil car ils ont vécu une grande gamme d'émotions et que leur tristesse est grande.

L'ACCEPTATION :

Il s'agit de la dernière étape du deuil.

L'endeuillé reprend du mieux.

La réalité de la perte est beaucoup plus comprise et acceptée.

Il peut encore ressentir de la tristesse mais il a retrouvé son plein de fonctionnement.

Il se réorganise et se remobilise sur des projets en fonction de sa perte.

ANNEXE 3

LES MECANISMES DE DEFENSES DES PATIENTS **M.RUSZNIEWSKI**

◆ LE DENI :

Le malade nie totalement la réalité.

La menace de danger de mort concrétisée par le mot « cancer » ou « maladie grave » ou « maladie génétique » est escamotée.

Le mécanisme est trop massif pour pouvoir être conservé longtemps tel quel.

Ce moment est difficile à vivre pour le médecin qui est souvent « accusé » par l'entourage de n'avoir pas clairement exprimé le diagnostic, au moment où lui-même, est dans la posture difficile de l'annonce.

◆ LA DENEGATION INTRAPSYCHIQUE :

Le malade conteste et récuse l'annonce faite par le médecin.

Seule une partie de la vérité peut être acceptée par le malade qui rejette tout ce qui est encore intolérable ou trop douloureux.

Il sait, mais ne veut rien en savoir.

◆ LA DENEGATION SOCIALE ET RELATIONNELLE :

C'est une forme de sérénité apparente. Le patient sait mais ne désire pas en parler ouvertement.

Ou, au contraire,

Le patient dit tout à l'autre pour se libérer dans une posture qui donne l'impression qu'il assume pleinement sa maladie alors qu'il s'agit plutôt de ce que l'on nomme la fuite en avant relationnelle et sociale : en annonçant, il cherche à éviter les questions.

◆ L'ISOLATION :

Le malade parle de sa pathologie ou de la situation avec une apparente sérénité dénuée de toute émotion.

L'angoisse ainsi neutralisée permet de séparer la réalité de tout support affectif et de parler apparemment avec détachement.

Le malade reconnaît la gravité de son état ou de la situation, mais intellectualise sa maladie ou la situation.

La déconnexion de la réalité et de l'affect permet d'évoquer les enjeux de la maladie ou de la situation avec une surprenante impassibilité.

◆ LE DEPLACEMENT :

Le malade déplace l'émotion et la souffrance sur un autre problème lié à la maladie ou la situation.

La substitution peut se faire soit sur une partie non terrifiante de la maladie ou de la situation, soit sur une toute autre réalité plus distante et complexe à comprendre.

◆ LA MAITRISE :

Rationalisation :

Le malade cherche, en rationalisant, à comprendre sa maladie ou la situation pour trouver une justification qui lui permettrait de la contrôler. Parfois, le malade peut tenter de maîtriser l'irrationnel par des mécanismes tels que l'humour et la dérision, mécanismes les moins bien acceptés par les soignants.

Rites obsessionnels :

La vigilance extrême du patient s'exprime sous forme d'idées fixes, d'une surveillance permanente, de la recherche d'informations médicales détaillées.

Les prescriptions sont scrupuleusement respectées, les médicaments vérifiés et tous les actes médicaux interrogés.

Le patient est souvent vécu comme tyrannique par les soignants.

◆ LA REGRESSION :

Le malade s'immerge dans la maladie ou la situation, jusqu'à ne plus exister que par elle.

Le mouvement régressif est souvent temporaire et se caractérise par l'abandon de toute initiative, d'autonomie voire de volonté.

Le malade peut se laisser prendre en charge jusqu'à adopter des comportements infantiles, assimilant le médecin au père et l'infirmière à la mère.

Cette attitude est souvent difficile à supporter par les proches et les soignants. Elle entraîne même parfois du rejet, de l'exaspération voire même de l'abandon.

Ce mécanisme revêt une fonction consolatrice contre la peur.

◆ LA PROJECTION AGRESSIVE :

La réalité a été intégrée mais le malade assure sa protection par un mode de revendication agressive rendant l'entourage responsable de tous les malheurs.

Le médecin devient souvent la cible privilégiée de l'agressivité : il est tenu pour responsable et/ou incompetent.

Ce mécanisme provoque souvent une réaction symétrique en retour.

◆ LA COMBATIVITE / LA SUBLIMATION :

Le patient refuse de se soumettre à la maladie.

La combativité a pour fonction la neutralisation de l'angoisse.

Ce mécanisme de défense est toujours très bien vécu par l'entourage familial et professionnel : le malade fait preuve de dynamisme et de vitalité active.

Tout se passe comme si l'angoisse se mettait au service de l'élaboration psychique.

ANNEXE 4

LES DEFINITIONS DE L'INFIRMIERE

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, Article L 4311-1 :

" Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement."

DEFINITION DE L'INFIRMIERE PAR L'ORGANISATION MONDIAL DE LA SANTE (OMS) :

" La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé."

DEFINITION DES SOINS INFIRMIERS SELON LE CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIER(E)S (CII) :

" On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés - malades ou bien-portants - quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation."

ANNEXE 5

LES TEXTES DE LOI

➤ **Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 - code de déontologie médicale**
Article R4127-35

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

➤ **Code de la santé publique Article L1111-2**

Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 175](#)

Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 7](#)

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article [L. 1110-10](#), les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles [L. 1111-5](#) et [L. 1111-5-1](#). Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.

➤ **Article L1111-4**

Modifié par [LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 5](#)

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article [L. 1111-6](#), ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un

traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

➤ **Article L1111-6**

Modifié par [LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 9](#)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

➤ **Article L1111-11**

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

« A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

« Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. »

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

- M. RUSZNIEWSKI, *Face à la maladie grave*, Edition DUNOD ,1995
- M. RUSZNIEWSKI, *L'annonce*, Edition DUNOD, 2015
- R. AUBRY, M.C. DAYDE, *Soins palliatifs éthique et fin de vie*, 2ème édition, Edition LAMARRE, 2013
- M.S. RICHARD, *Soigner la relation en fin de vie*, Edition DUNOD, 2004
- P. EKMAN, *Je sais que vous mentez*, Edition J'AI LU, 2009
- B. CONSTANT / E. KANT, *Le droit de mentir*, Edition MILLE ET UNE NUIT, 2003
- C. DOLTO, *Les mensonges*, Edition GALLIMARD-JEUNESSE, 2010

ARTICLES

- REVUE Médecine palliative, M. TOMCZYK " *L'éthique du mensonge, D.Ducerf. Ethique au quotidien, L'Harmattan, Paris (2012)*, SFAP, vol.13 n°5, p282, novembre 2014
- SOINS, *Annoncer une mauvaise nouvelle*, Edition ELSEVIER MASSON, n°736, p33 à 46, juin 2009

DOCUMENTS DUR INTERNET

- H.A.S, *Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique*, 2014

Textes de loi

CONFERENCE

- E. LEMOINE, " Peut-on envisager un mensonge éthique ? ", Conférence à Lille

COURS

- R. AUBRY, *Annonce d'un diagnostic difficile - Stratégies et techniques de communication*, 14/04/16
- J. RENY, *Les mécanismes de défense psychologique des patients*, 07/04/16
- E. FIAT, *La relation à l'autre qui souffre*, 07/04/2016
- A. CHOLEWA, *Souffrance des soignants*, 31/03/16