



HAL
open science

Clinique interactionnelle de la consultation d'annonce de diagnostic de cancer en neuro-oncologie : analyse critique des consultations d'annonce et post-annonce des gliomes malins de l'adulte

Rénald Lanfroy de Belly

► To cite this version:

Rénald Lanfroy de Belly. Clinique interactionnelle de la consultation d'annonce de diagnostic de cancer en neuro-oncologie : analyse critique des consultations d'annonce et post-annonce des gliomes malins de l'adulte. Psychologie. Université de Lorraine, 2015. Français. NNT : 2015LORR0229 . tel-01754503

HAL Id: tel-01754503

<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01754503v1>

Submitted on 30 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

LABORATOIRE INTERPSY (GRC)

E.A. 4432

Thèse

présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en Psychologie

Rénald LANFROY de BELLY

**« CLINIQUE INTERACTIONNELLE DE LA CONSULTATION
D'ANNONCE DE DIAGNOSTIC DE CANCER EN
NEURO-ONCOLOGIE : ANALYSE CRITIQUE DES
CONSULTATIONS D'ANNONCE ET POST-ANNONCE DES
GLIOMES MALINS DE L'ADULTE »**

Sous la direction de Madame le Professeur **Martine BATT**
et la Co-direction de Monsieur le Professeur **Alain TROGNON**

Composition du Jury :

Madame **Martine BATT**, Directeur de Thèse

Professeur de Psychologie, Université de Lorraine, France

Monsieur **Carlo GALIMBERTI**, Président du jury

Professeur de Psychologie, Université Catholique de Milan, Italie

Madame **Joëlle LEBREUILLY**, Rapporteur

Maître de conférences (HDR) en Psychologie, Université de Caen, France

Monsieur **Luc TAILLANDIER**, Invité

Professeur de Médecine, Université de Lorraine, France

Monsieur **Alain TROGNON**, Co-directeur

Professeur émérite de Psychologie, Université de Lorraine, France

5 décembre 2015

Remerciements

A madame le Professeur Martine BATT

Un grand merci pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse.

Je te suis vraiment sincèrement reconnaissant de m'avoir convaincu de me lancer dans ce beau travail et d'avoir su me remotiver lorsque les doutes surgissaient. Ton regard m'a permis de lire derrière les mots et de percevoir toute la richesse du discours au-delà de son sens manifeste.

A monsieur le Professeur Carlo GALIMBERTI

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Votre expertise et vos nombreux travaux dans le domaine m'ont été, sont et seront essentiels pour la suite.

A monsieur le Professeur Alain TROGNON

Je vous remercie pour votre engagement et vos conseils avisés et rassurants qui m'ont guidé tout au long de ce travail. Nos échanges ont bien souvent donné sens à des phénomènes discursifs qui me semblaient de prime abord peu signifiants.

A madame Joëlle LEBREUILLY, Maître de conférence en Psychologie

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de siéger dans ce jury. J'espère que vous retrouverez la qualité de votre expertise dans ce travail.

A monsieur le Professeur Luc TAILLANDIER

Je ne te remercierai jamais assez pour la confiance que tu as mis en moi en m'invitant à travailler à tes côtés et plus encore, à partager très librement tes interrogations sur ta pratique. Ton investissement incessant auprès des patients force l'admiration et le respect. Tu es un idéal du moi à toi seul !!

A madame le Docteur Thérèse JONVEAUX

Votre gentillesse, vos encouragements et votre qualité d'écoute m'ont été d'une aide précieuse pendant toutes ces années. Je vous en remercie bien chaleureusement et espère pouvoir poursuivre tout ce beau travail avec vous.

A mes chers collègues de l'EMSP,

Merci, merci, merci pour votre soutien, votre compréhension et votre bonne humeur. Vous n'imaginez pas à quel point vous m'avez aidé en étant là au quotidien.

A monsieur le Docteur Patrick BEAUCHESNE,

Merci d'avoir accepté d'ouvrir les portes de tes consultations pour me permettre de réaliser ce travail. Ta bonne humeur et ta simplicité ont souvent permis de supporter un quotidien malheureusement parfois sombre.

A Luc, Marie, Evelyne, Katia, Fred

Votre rencontre a été La rencontre. "Une rencontre, c'est quelque chose de décisif, une porte, une fracture, un instant qui marque le temps et crée un avant et un après." Eric-Emmanuel Schmitt / L'Evangile selon Pilate

A Mary-Ann Haller,

Voyez en ce travail une modeste façon de vous remercier pour ce que vous avez fait pour moi.

Au Ptit Momo,

Sache qu'en m'ayant permis d'être à tes côtés sur ton court chemin de vie tu as donné sens à mon choix d'exercer là où je suis. Aujourd'hui je sais pourquoi je suis là. Merci de m'avoir fait confiance. Tu restes avec moi...

A Pascale et Aline,

Mes deux complices, mes deux amies, merci pour votre soutien quotidien et ces moments d'amitié « autour d'un bon verre de vin ... et avec des huîtres à présent !! »

A Claire,

Acolyte et un peu modèle quand même, tu m'as largement aidé à ce que ce travail puisse voir le jour. Je n'oublie pas les bons moments de travail mais surtout d'amitié passés à la B.U. ... Merci !!!

A mes parents,

« Nous sommes le produit de notre désir et le fruit de celui de nos parents. »

Merci infiniment ...

A mes grands-parents,

« Serrer vos grands-parents dans vos bras et dites « Merci d'avoir fait ce que vous avez fait pour que je puisse exister » ».

A mes beaux-parents,

« Alors, t'en es où de ta thèse ??? » La voilà, ma thèse... et c'est aussi grâce à vous si elle est là aujourd'hui. Merci pour votre générosité et votre joie de vivre.

A ma famille et ma belle-famille,

« La famille, c'est une grande table, et tout le monde autour. »

A mes amis,

Je ne prendrai pas le risque de vous nommer tous, par crainte d'en oublier, mais sachez que votre présence dans les bons et les moins bons moments est un réel trésor. Surtout, ne changez rien ... même toi Gégé !!

« Les amis sont la famille que nous choisissons pour nous-mêmes. »

A ma meilleure moitié, mon Essentiel,

Pour être, tout simplement ...



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	17
ACTE I	21
SCENE I L'annonce	22
I – Aspects psychologiques	23
I.1 – Celui qui reçoit ...	23
I.1.1 – Quand la brutalité de l'annonce fait effraction psychique	24
I.1.2 – Les effets de l'annonce sur le psychisme	25
I.1.3 – Les réactions face à l'inéluctable	27
I.1.4 – Imaginaire et représentations de la maladie	28
I.1.5 – L'appropriation inconsciente de la maladie	30
I.2 – Celui qui annonce ...	31
I.2.1 – Le médecin face à son annonce	32
I.2.2 – Le médecin dans son annonce	34
II - Les enjeux de l'annonce	38
II.1 - Attentes des patients vis-à-vis du médecin	38
II.2 – Enjeux éthiques de l'annonce	41
III – En pratique.....	45
III.1 – Vers des signes objectivables ...	45
III.1.1 – La place de l'annonce dans la relation médecin – patient	46
III.1.2 – L'attitude du médecin dans l'annonce	47
III.1.3 – La dimension contextuelle de l'annonce	51
III. 2 - La question de la formation des médecins aux techniques de communication	56
III.2.1 – Situation de la formation médicale actuelle	57
III.2.2 – Analyse critique des formations aux aptitudes à la communication, communément connues sous les termes « communications skills trainings » (CSTs)	58
III.2.3 – Place des patients dans la formation	60
III.2.4 – Place de l'imagerie	62
IV – Aspects contextuels	63
IV.1 - En Europe	64
IV.1.1 – En France	65
IV.1.1.1 – Avant 2004	65
IV.1.1.2 – 2004 : Mesure 40 du Plan cancer I : Le dispositif d'annonce	68
IV.1.1.2.1 – L'historique	68
IV.1.1.2.2 – Les données chiffrées	70
IV.1.1.2.3 – Les objectifs	70
IV.1.1.2.4 – Les recommandations	71
IV.1.1.2.5 – De l'idéal au réel : application des recommandations dans un quotidien	72
IV.1.1.2.6 – Le bilan	73
IV.1.1.3 – 2010 : Plan Cancer II	75
IV.1.1.3.1 – La mesure 25 : Vivre pendant et après un cancer	75
IV.1.1.3.2 – L'Infirmière référente (IDER) : une nouvelle profession ?	75
IV.1.1.3.2.1 – Son rôle	75
IV.1.1.3.2.2 – Intérêts / Bénéfices	76
IV.1.1.3.2.3 – Qualités de l'IDER	77
IV.1.1.3.3 – Evaluation nationale du dispositif d'annonce	77
IV.1.1.4 – Mai 2012 : Recommandations de bonne pratique de l'HAS : Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé	79
IV.1.1.5 – 2014-2019: Plan Cancer III:	81
IV.1.2 – Allemagne	81
IV.1.3 – Autriche	82
IV.1.4 – Belgique	82
IV.1.5 – Bulgarie	83
IV.1.6 – Chypre	83
IV.1.7 – République Tchèque	83

IV.1.8 – Danemark	84
IV.1.9 – Estonie	84
IV.1.10 – Espagne	84
IV.1.11 – Finlande	85
IV.1.12 – Grèce	85
IV.1.13 – Hongrie	86
IV.1.14 – Irlande	86
IV.1.15 – Islande	87
V.1.16 – Italie	87
IV.1.17 – Lettonie	88
IV.1.18 – Lituanie	89
IV.1.19 – Luxembourg	89
IV.1.20 – Malte	89
IV.1.21 – Pays-Bas	90
IV.1.22 – Norvège	90
IV.1.23 – Pologne	91
IV.1.24 – Portugal	92
IV.1.25 – Roumanie	92
IV.1.26 – Royaume-Uni	92
IV.1.27 – Slovaquie	94
IV.1.28 – Slovénie	94
IV.2 – En Amérique	95
IV.3 – En Asie	98
IV.4 – En Arabie Saoudite	102

SCENE II Les mécanismes de défense **106**

I – Définitions	108
II – Origine des mécanismes de défense	109
III – Elaboration des mécanismes de défense	110
IV – Evolution des mécanismes de défense	111
V – Mises en œuvre pathologique et normale des mécanismes de défense	112
VI – Le moi et les mécanismes de défense	114
VII – Principaux mécanismes de défense des patients	115
VIII – Principaux mécanismes de défense des soignants	118
IX – Mécanismes de défense et cancer	121

SCENE III La neuro-oncologie **123**

I – Définition	124
II – Les pathologies traitées	124
II.1 – Classification	125
II.2 – Epidémiologie	125
II.3 – Facteurs de risques	126
II.4 – Symptomatologie clinique	127
II.4.1 - Symptômes et syndrome neurologiques directement dus à la lésion	127
II.4.2 - Symptômes et signes liés au caractère expansif de la lésion	128
II.4.3 - Symptômes et signes de dysfonctionnement général	128
III – Les Traitements	129
III.1 - La neurochirurgie	129
III.2 - Les radiothérapies	130
III.3 - Les chimiothérapies	131
IV – Le parcours de soins	132
V – Particularités des tumeurs cérébrales	135
V.1 - L'entrée dans la maladie	135
V.2 - Aspects fantasmatiques autour de la localisation	136
V.3 - La place des proches	137
V.4 - L'impact de la maladie sur le quotidien	137
V.5 - Vécu des troubles neurologiques	138

V.6 - La qualité de vie	139
V.7 - Particularités de la prise en soins	140
SCENE IV Le Cancer	141
I - Introduction	142
II - Aspect historique de la lutte contre le cancer en France	143
III - Les données de 2014	144
III.1 - La prévalence	144
III.2 - L'incidence	144
III.3 - La mortalité	144
III.4 - Les localisations	145
III.5 - La survie	145
III.6 - Les modalités de prise en charge	146
III.7 - Les traitements	146
III.8 - La recherche	146
SCENE V La pragmatique	147
I - La pragmatique : définitions et principes	148
I.1 - Quelques éléments d'introduction	148
I.2 - Les maximes conversationnelles	150
I.3 - La théorie de la pertinence	152
II - Composantes élémentaires du discours	154
II.1 - Les mots	154
II.2 - Les actes de langage	155
II.3 - L'acte de référenciation	156
III - L'entretien	158
III.1 - L'entretien directif	158
III.2 - L'entretien semi-directif	159
III.3 - L'entretien non-directif	160
III.4 - L'entretien de recherche	161
III.5 - Les notions de transfert et de contre-transfert	162
III.6 - En conclusion	163
ACTE II	164
SCENE I : METHODOLOGIE	165
I - Procédure de recherche	166
I.1 - Les acteurs	166
I.1.1 - Les patients	166
I.1.2 - La personne de confiance	166
I.1.3 - Le Neuro-oncologue	168
I.1.4 - L'Infirmière diplômée d'état référente (IDER)	168
I.1.5 - Le Psychologue	168
I.2 - La scène	168
I.3 - Le temps	169
I.4 - Schéma du déroulement de l'étude	169
II - Les consultations d'annonce et post-annonce	173
II.1 - Analyse formelle	173
II.1.1 - Les acteurs	173
II.1.2 - La durée	173
II.1.3 - La structure	173
II.1.4- Etude quantitative des productions discursives	173
II.1.4.1 - Nombre de tours de parole	174
II.1.4.2 - Distribution du discours	174
II.1.4.2.1 - Masse discursive	174
II.1.4.2.2 - Usage des pronoms personnels	175
II.1.4.2.3 - Les questions	177

II.2 – Analyse sémantique	177
II.2.1 – Analyse automatique : ALCESTE	178
II.2.2 – Analyse manuelle	179
II.2.2.1 - Analyse » pas à pas »	179
II.2.2.2 - Avancée conversationnelle des termes	179
II.2.2.3 - Repère des termes spécifiques	179
II.3 – Analyse interactionnelle	180
III – Méta-analyse des termes prononcés en consultation d’annonce et repris en consultations post-annonce	180
SCENE II : Analyses cliniques	181
Monsieur ALBERT	182
Consultation d’annonce :	182
I – Analyse formelle	182
A - Acteurs	182
B – Durée de la consultation d’annonce	182
C – Structure de l’entretien d’annonce	183
D- Etude quantitative des productions discursives	189
1 – Nombre de tours de parole	189
2 – Distribution du discours	190
3 – Les questions	201
II – Analyse sémantique	210
A – Analyse automatique : ALCESTE	210
1 – Thème 1 : l’IRM	210
2 – Thème 2 : la maladie	210
3 – Thème 3 : les traitements	215
4 – Thème 4 : le patient	218
B – Analyse manuelle :	222
1 – Analyse » pas à pas »	222
2 - Avancée conversationnelle des termes	230
3 - Repère des termes spécifiques (furet)	232
III – Analyse interactionnelle :	232
A – La notion de masse :	232
B – La notion de tumeur :	233
C – La notion de lésion	235
D – La notion de cancer	236
E – La notion de glioblastome	238
F – La notion de gliome	239
G – La notion de malin / malignité	240
H – La notion de chirurgie	241
I – Les notions de radiothérapie et rayon	243
J – La notion de chimiothérapie	244
IV - Conclusion	244
Consultation post-annonce Patient – Infirmière	246
I – Acteurs	246
II – Durée de la consultation post-annonce infirmière	246
III – Structure de l’entretien	246
IV – Les questions	247
V – Eléments rappelés concernant la maladie et aux traitements	249
VI – Eléments nouveaux concernant la maladie	251
VII – Analyse thématique via ALCESTE	251
VIII – Conclusion	255
Consultation post-annonce infirmière – épouse	257
I – Acteurs	257
II – Durée de la consultation post-annonce infirmière	257
III – Structure de l’entretien	257
IV – Outils interrogatifs	260

V – Eléments rappelés concernant la maladie et les traitements	261
VII – Eléments nouveaux concernant la maladie	264
VII – Analyse thématique via ALCESTE	268
VIII - Conclusion :	272
Consultation post-annonce psychologue – patient.....	274
I – Acteurs	274
II – Durée de la consultation post-annonce psychologue	274
III – Structure de l’entretien	274
IV – Les questions	278
V – Eléments rappelés concernant la maladie et les traitements	283
VI – Eléments nouveaux concernant la maladie	285
VII – Analyse thématique via ALCESTE	286
VIII – Conclusion	290
Consultation post-annonce psychologue – épouse.....	292
I – Acteurs	292
II – Durée de la consultation post-annonce psychologue	292
III – Structure de l’entretien	292
IV – Outils interrogatifs	294
V – Eléments rappelés concernant la maladie et les traitements	296
VI – Eléments nouveaux concernant la maladie	298
VII – Analyse thématique via ALCESTE	299
VIII – Conclusion	303
Méta-analyse des termes prononcés en consultation d’annonce et repris en consultations post-annonce	305
.....	305
Pour conclure :.....	315
Monsieur Bertrand	320
Consultation d’annonce :.....	320
I – Analyse formelle	320
A - Acteurs	320
B – Durée de la consultation d’annonce	320
C – Structure	321
D – Etude quantitative des productions discursives	325
1 – Nombre de tours de parole	325
2 – Distribution du discours	326
II – Analyse sémantique	354
A – Analyse automatique ALCESTE	354
1 – Thème 1 : L’avant-maladie (M0 – P73)	354
2 – L’entrée dans la maladie (M74 - M179)	359
3 - Le début de la prise en charge et la situation clinique actuelle (C180 – M257)	363
4 – L’explication de la maladie, les traitements et leurs effets (M266 – C446)	367
5 – Le vécu du patient (P447 – P599)	371
B – Analyse manuelle	374
1 – Analyse « pas à pas »	374
2 - Avancée conversationnelle des termes	385
3 Repère des termes spécifiques (furet)	389
III – Analyse interactionnelle :	390
1 – La notion de <i>masse</i>	390
2 – La notion de <i>tumeur / tumoral</i>	390
3 – La notion de <i>lésion</i>	391
4 - La notion de <i>cancer</i>	392
5 – La notion de Glioblastome	392
IV - Conclusion	393
Consultation post-annonce Patient – Infirmière.....	395
I – Acteurs	395
II – Durée de la consultation post-annonce infirmière	395
III – Structure de l’entretien	395

IV – Outils interrogatifs	402
V – Eléments rappelés concernant la maladie et les traitements	404
VII – Eléments nouveaux concernant la maladie	408
VII – Analyse thématique via ALCESTE	409
VIII – Conclusion	413
Consultation post-annonce infirmière –Epoque	415
I – Acteurs	415
II – Durée de la consultation post-annonce infirmière	415
III – Structure de l’entretien	415
IV – Outils interrogatifs	425
V – Eléments rappelés concernant la maladie et les traitements	429
VII – Eléments nouveaux concernant la maladie	433
VII – Analyse thématique via ALCESTE	438
VIII - Conclusion :	441
Consultation post-annonce psychologue – patient.....	444
I – Acteurs	444
II – Durée de la consultation post-annonce psychologue	444
III – Structure de l’entretien	444
IV – Outils interrogatifs	454
V – Eléments rappelés concernant la maladie	457
VII – Eléments nouveaux concernant la maladie	460
VII – Analyse thématique via ALCESTE	462
VIII – Conclusion	466
Consultation post-annonce psychologue – épouse.....	470
I – Acteurs	470
II – Durée de la consultation post-annonce psychologue	470
III – Structure de l’entretien	470
IV – Outils interrogatifs	476
V – Termes en lien avec la maladie	478
VI – Eléments nouveaux concernant la maladie	480
VII – Analyse thématique via ALCESTE	481
VIII – Conclusion	485
Méta-analyse des termes prononcés en consultation d’annonce et repris en consultation post-annonce	486
Pour conclure :.....	495
Monsieur CLAUDE	500
Consultation d’annonce :.....	500
I – Analyse formelle	500
A - Acteurs	500
B – Durée de la consultation d’annonce	500
C – Structure	500
D – Etude quantitative des productions discursives	514
1 – Nombre de tours de parole	514
2 – Distribution du discours	515
II – Analyse sémantique	551
A – Analyse automatique : ALCESTE	551
1 – Thème 1 : Le patient	551
2 – Thème 2 : La sphère de la maladie	552
3 – Thème 3 : Le rapport du patient à la maladie	552
B – Analyse manuelle :	553
1 – Analyse » pas à pas »	553
2 - Avancée conversationnelle des termes	559
3 - Repère des termes spécifiques (furet)	562
III – Analyse interactionnelle :	562
III.1 – La notion de <i>tumeur</i>	562
III.2 – La notion de <i>lésion</i>	563

III.3 – La notion de <i>malin</i>	566
III.4 – La notion de <i>chirurgie</i>	567
III.5 – Les notions de radiothérapie et de rayon	567
III.6 – Les notions de <i>chimiothérapie</i>	569
VI - Conclusion	570
Consultation annonce Patient – Infirmière	573
I – Acteurs	573
II – Durée de la consultation post-annonce infirmière	573
III – Structure de l’entretien	573
IV – Eléments rappelés concernant la maladie	579
VI – Eléments nouveaux concernant la maladie	579
VII – Analyse thématique via ALCESTE	580
VIII – Conclusion	581
Consultation post-annonce infirmière – épouse	584
I – Acteurs	584
II – Durée de la consultation post-annonce infirmière	584
III – Structure de l’entretien	584
IV – Eléments rappelés concernant la maladie	590
V – Eléments nouveaux concernant la maladie	594
VII – Analyse thématique via ALCESTE	595
VIII - Conclusion :	596
Consultation post-annonce psychologue – patient.....	598
I – Acteurs	598
III – Structure de l’entretien	598
IV – Eléments rappelés concernant la maladie	608
VI – Analyse thématique via ALCESTE	609
VII – Conclusion	609
Consultation post-annonce psychologue – épouse.....	612
I – Acteurs	612
II – Durée de la consultation post-annonce psychologue	612
III – Structure de l’entretien	612
IV – Eléments rappelés concernant la maladie	617
VI – Analyse thématique via ALCESTE	619
VII – Conclusion	620
Méta-analyse des termes prononcés en consultation d’annonce et repris en consultation post-annonce	622
Pour conclure :	627
Monsieur Durand	628
Consultation d’annonce :	628
I – Analyse formelle	628
A - Acteurs	628
B – Durée de la consultation d’annonce	628
C – Structure	628
D – Etude quantitative des productions discursives	658
1 – Nombre de tours de parole	658
2 – Distribution du discours	659
II – Analyse sémantique	686
A – Analyse automatique : ALCESTE	686
B – Analyse manuelle	687
1 – Analyse « pas à pas »	687
2 – Avancées conversationnelles des termes	715
3 – Repères des termes spécifiques (furet)	721
III – Analyse interactionnelle	721
III.1 – La notion de <i>lésion</i>	722
III.2 – La notion de <i>tumeur</i>	722
III.3 – La notion de <i>cancer</i>	723
III.4 – La notion de <i>malin</i>	724

III.5 – La notion de <i>chirurgie</i>	725
III.6 – Les notions de <i>radiothérapie</i> et de <i>rayons</i>	725
III.6 – Les notions de <i>chimiothérapie</i>	726
IV – Conclusions	728
Consultation post-annonce Patient – Infirmière	730
I – Acteurs	730
II – Durée de la consultation post-annonce infirmière	730
III – Structure de l’entretien	730
IV – Outils interrogatifs	732
V – Eléments rappelés concernant la maladie et les traitements	737
VI – Eléments nouveaux concernant la maladie	740
VII – Analyse thématique via ALCESTE	740
VIII – Conclusion	741
Consultation post-annonce infirmière – épouse – fille	743
I – Acteurs	743
II – Durée de la consultation post-annonce infirmière	743
III – Structure de l’entretien	743
IV – Outils interrogatifs	746
V – Eléments rappelés concernant la maladie et les traitements	748
VII – Eléments nouveaux concernant la maladie	751
VII – Analyse thématique via ALCESTE	752
VIII - Conclusion :	753
Consultation post-annonce psychologue – patient.....	754
I – Acteurs	754
II – Durée de la consultation post-annonce psychologue	754
III – Structure de l’entretien	754
IV – Les questions	767
V – Eléments rappelés concernant la maladie et les traitements	772
VI – Eléments nouveaux concernant la maladie	774
VII – Analyse thématique via ALCESTE	774
VIII – Conclusion	775
Consultation post-annonce psychologue – épouse / fille :.....	777
I – Acteurs	777
II – Durée de la consultation post-annonce psychologue	777
III – Structure de l’entretien	777
IV – Outils interrogatifs	787
V – Eléments rappelés concernant la maladie et les traitements	790
VI – Eléments nouveaux concernant la maladie	793
VII – Analyse thématique via ALCESTE	794
VIII – Conclusion	794
Méta-analyse des termes prononcés en consultation d’annonce et repris en consultations post-annonce	796
Pour conclure :.....	807
ACTE III	810
SCENE I : Résultats	811
I – L’annonce : un traumatisme ?	812
II – L’annonce : un paradoxe	818
III- L’annonce : une co-construction de sens commun qui s’appuie sur des règles conversationnelles	820
IV – L’annonce : la rencontre de deux univers langagiers.....	833
V – L’annonce : entre subjectivation et opacification du discours médical	840
VI – L’annonce : au-delà des mots	843
VIII – L’annonce : une affaire de soignant ?	845
IX – L’annonce : une histoire de famille	849
X – L’annonce : une histoire socialisée	851

SCENE II : Conclusions et perspectives	852
ACTE IV	866
Bibliographie	866

INTRODUCTION

A ce jour, alors que les informations "grand public", sans lien direct avec les acteurs de santé, deviennent de plus en plus facilement accessibles, notamment via internet ou plus spécifiquement en France par le biais de structure de type ERI (Espace Rencontre Information), l'évaluation de la perception de l'annonce et de son retentissement n'a été que trop rarement rapportée en oncologie générale (Davidson, 2012) et surtout en neuro-oncologie chez le patient et a fortiori chez l'entourage (Davies 1996, 1997, 2003, 2005) dont la place est pourtant déterminante, eu égard aux handicaps physiques et cognitifs souvent présents dès le début de la maladie chez le patient.

Pour répondre aux exigences de nombreux patients concernés par l'annonce de diagnostic faite dans des conditions bien souvent traumatiques, la France s'est dotée en 2004 d'un véritable dispositif d'annonce de cancer ayant permis de transformer les conditions d'entrée dans la maladie. Ainsi, le Plan Cancer 1 (INCa, 2004), dans sa mesure 40, propose aux médecins un cadre formel leur permettant notamment d'être accompagnés d'une infirmière, dite d'annonce, dans ce temps si décisif pour la construction d'une relation soignant – soigné basée sur la confiance. Nous voyons ainsi apparaître une modification non négligeable de cette relation dans laquelle un tiers vient à présent prendre place tantôt auprès du médecin, par une observation silencieuse et un repérage des fragilités potentielles du patient et de ses proches, tantôt du côté de ces derniers avec une reformulation d'un discours médical parfois trop complexe. Ce dispositif va ensuite évoluer en accordant une place encore plus grande à ce soignant dans ce parcours en accompagnant le patient dans les différentes étapes et en l'orientant en fonction des besoins repérés vers les professionnels compétents en la matière. Aujourd'hui, les médecins ne remettent plus en cause cette présence et c'est ainsi que le plan cancer 3 (2014 – 2019) poursuit en ce sens les projets autour de l'annonce de diagnostic de maladie grave en développant les compétences de l'infirmière avec notamment l'apparition de nouveaux diplômés tels que le Master en pratiques avancées pour l'infirmière. Si tant de précautions sont prises dans ce contexte d'annonce de telles maladies, c'est principalement car le cancer reste une pathologie encore très souvent mortelle et, qu'en ce sens, il se trouve chargé sur un plan fantasmatique, réveillant les pires angoisses chez l'homme.

In fine, il existe autant de cancers que de patients atteints par cette pathologie. En d'autres termes, chaque situation va être singulière. Néanmoins, si aujourd'hui les progrès de la médecine promettent une guérison d'environ 50% des cancers (INCa, 2014), certaines tumeurs dites malignes restent malgré tout encore incurables. C'est le cas de la tumeur cérébrale et plus précisément le gliome qui représente une pathologie mortelle à plus ou moins longue échéance chez l'adulte. Si les gliomes de bas grade laissent la possibilité à un patient de vivre plusieurs années grâce à l'action de traitements spécifiques et une exérèse chirurgicale subtotal de la tumeur, les gliomes de haut-grade limitent malheureusement l'espérance de vie du patient à quelques mois voire rarement

quelques années, avec l'apparition souvent brutale de troubles cognitifs et/ou moteurs irréversibles. Ces derniers entraînent alors les proches dans cette spirale en les amenant à devoir être présents constamment auprès de leur proche malade et à assurer de plus en plus de tâches de la vie quotidienne.

Notre thèse répond à l'interrogation d'une équipe de neuro-oncologie quant à sa manière de procéder aux annonces de diagnostic de gliomes de haut-grade, et plus précisément à l'annonce de diagnostic de glioblastome, une telle pathologie venant, comme nous le verrons, limiter fortement le champ d'espérance du patient et touchant d'emblée un entourage devenu de fait « aidant naturel ». Le dispositif d'annonce est bien établi dans le service depuis maintenant de nombreuses années. Cette équipe reçoit environ 70 nouveaux patients atteints de glioblastome par an. La prise en charge débute classiquement après la découverte d'une lésion cérébrale par une consultation et/ou hospitalisation en milieu spécialisé neuro-oncologique où les hypothèses sont formulées au patient et où le bilan pré chirurgical est organisé. Pour notre étude, nous avons organisé un « circuit » formel débutant par la consultation proprement dite avec le patient qui sera, s'il en donne son accord, enregistrée et suivie environ 10 jours après d'une consultation post annonce, pour lui-même et son entourage (désignée comme *personne de confiance*), alternativement avec un psychologue et une infirmière, consultations qui seront, elles aussi, enregistrées.

Suite aux résultats anatomopathologiques obtenus 8 à 10 jours après le temps chirurgical, le patient et la personne de confiance sont reçus en consultation d'annonce par le médecin neuro-oncologue référent et une infirmière – dite d'annonce – afin de prendre connaissance du diagnostic, en l'occurrence celui de gliome malin et de la stratégie thérapeutique proposée. La consultation post-annonce a lieu environ 10 jours après, afin de respecter un temps d'« intégration psychique » des informations reçues lors de la consultation d'annonce. Lors de cette seconde consultation, l'infirmière évalue la perception des informations concernant la maladie séparément auprès du patient et de la personne de confiance et reformule au besoin ces dernières. Le patient et la personne de confiance sont de même interrogés sur la qualité perçue de l'entretien et sur les éléments qui devraient être, selon eux, conservés ou modifiés. Les informations sont recueillies à travers un entretien semi directif, afin d'aborder à la fois les différents thèmes de manière systématique tout en laissant une ouverture dans le discours. Le psychologue clinicien, lors d'un entretien non-directif mené également de manière séparée avec le patient puis la personne de confiance, évalue la perception dudit entretien, mais sous un angle davantage « psycho dynamique » et interroge de même le patient et la personne de confiance sur les aspects devant être conservés ou modifiés.

Quatre consultations d'annonce constituées chacune de cinq entretiens polylogiques ont donc été analysées dans notre étude. Les objectifs sont de parvenir à mettre en évidence les attentes des patients vis-à-vis des médecins quant à la manière d'annoncer. Nous souhaitons également appréhender le vécu de cette annonce et

d'en percevoir les effets psychiques. En outre, nous avons pour ambition de repérer les différentes stratégies discursives conscientes et inconscientes utilisées par les interlocuteurs en présence afin de permettre de donner des repères précis aux professionnels, notamment en ce qui concerne la formation des médecins mais également des autres acteurs impliqués dans l'annonce de diagnostic.

Notre thèse se compose de trois parties. Dans un premier temps (ACTE I), nous dressons un cadre théorique permettant de situer notre réflexion. Nous allons ainsi présenter dans une première partie (SCENE I) l'annonce sous ses différents aspects (psychologiques, éthiques, pratiques et contextuels), puis dans une deuxième partie (SCENE II) nous développons les stratégies défensives inconscientes mises en œuvre par les différents protagonistes dans ce temps si particulier de l'annonce. Dans une troisième partie (SCENE III) nous présentons la neuro-oncologie et les particularités de cette discipline pour ensuite faire un état des lieux du cancer en quatrième partie (SCENE IV) en présentant notamment les données récentes. En dernière partie (SCENE 5) nous clarifions en quoi consiste la pragmatique en tant que méthode originale d'étude du discours.

Dans un second temps (ACTE II) nous dressons le cadre méthodologique de notre travail (SCENE I) en décrivant finement la procédure de recherche, en annonçant les différents acteurs en présence et en expliquant quels critères objectifs nous étudions au sein des différents entretiens d'annonce et post-annonce. Ensuite, nous présentons les quatre situations cliniques (SCENE II) avec l'analyse microscopique des différents temps d'échange entre les patients (Monsieur ALBERT, Monsieur BERTRAND, Monsieur CLAUDE et Monsieur DURAND), leurs proches (filles et/ou épouses), le médecin neuro-oncologue, l'infirmière et le psychologue.

Dans un troisième temps (ACTE III) nous ferons part de nos résultats (SCENE I) et de nos conclusions et perspectives permettant de fournir des pistes de réflexion et des informations pratiques quant à la manière de procéder à l'annonce de diagnostic de glioblastome (SCENE II). Une bibliographie viendra enfin clore notre thèse (ACTE IV).

ACTE I

SCENE I L'annonce

I – ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

I.1 – CELUI QUI REÇOIT ...



« Là où était du ça, du moi doit advenir »

Freud²

¹ L-H Marqueste, *Persée et la gorgone*. Musée des beaux-arts de Lyon

² Freud, S. (1923). « Le moi et le ça » [Das Ich und das Es, 1923b], in Laplanche J. (ed.), *Œuvres complètes*, tome 16, PUF, 1923/1991, p. 255-301

I.1.1 – Quand la brutalité de l’annonce fait effraction psychique

Dans sa définition la plus usuelle, l’acte d’annoncer revient à *faire connaître une nouvelle, un événement* ou encore à *indiquer quelque chose par avance, le laisser présager, prévoir, en parlant de quelque chose* (Dictionnaire Larousse, 2015). Si cette annonce peut être heureuse, telle une naissance ou une réussite, elle peut néanmoins parfois comporter des éléments à même de déstabiliser terriblement un équilibre psychique. Freud lui-même a pu dire dès 1926 que « *les paroles peuvent faire un bien indicible ou causer de terribles blessures* ». Dans ces deux cas, elle crée toujours une violence intime en césurant à vif l’instant présent et en précipitant le sujet dans l’incertitude. Cette dernière est souvent associée à la pire des angoisses. Alfred de Musset dira en ce sens que « *l’incertitude est de tous les tourments le plus difficile à supporter*³ ». Et les affects les plus sombres lui sont préférés : « *Je préfère le désespoir à l’incertitude*⁴ », nous confiera Jean-Paul Sartre. Pour Boris Vian (1950), le temps de l’incertitude est jugé négativement et n’importe quelle certitude lui serait préférable. « *Une solution qui vous démolit vaut mieux que n’importe quelle incertitude* ». Ajoutons que « *personne ne contestera que ce qui est terrible et connu vaut toujours mieux que ce qui est terrible et inconnu. Dans les vieilles formules magiques, le diable est souvent conjuré parce qu’il dit son nom* » (Zorn, 1979). Enfin, « *Le temps de l’incertitude est de tous les chemins à parcourir le plus douloureux car le plus solitaire* » (Ruszniewski, 1995). Un pronostic de vie menacée, un avenir incertain entraînent des questions existentielles sur le sens de la vie et des sentiments ambivalents de doute, d’espoir, de crainte, ... Cependant, l’incertitude est également le lieu « *atopique* » d’une certaine espérance, qui se prolonge ainsi dans l’incurabilité (Levy-Soussan, 2012). Cette notion d’incertitude sera récupérée par le médecin pour éloigner la réalité de la mort « *inéluçtable, mais constamment ajournable* » (Jankélévitch, 1966). Ainsi, l’incertitude réelle du temps qui reste à vivre vient effacer la certitude du décès à venir (Lecomte, 2008). Paradoxalement, « *l’incertitude est le pire de tous les maux jusqu’au moment où la réalité nous fait regretter l’incertitude* » (Karr, 1842).

Quand le cancer s’impose sur la scène, c’est comme si cet élément extérieur venait constituer une menace mortelle étrangère au moi du patient. Cette pathologie s’apparente ainsi selon Eckhard Frick (2006) au « *ça* » inspiré par la théorie freudienne des névroses. En effet, selon ce médecin psychanalyste, cette menace de mort convoque les castrations passées et l’annonce de maladie grave fait remonter à la surface du psychisme les pertes

³ de Musset, A. (1836). Confessions d’un enfant du siècle

⁴ Sartre, J.-P. (1951). Le diable et le bon dieu

antérieurement vécues qui symbolisent pour le sujet l'expérience de mort (Alric, 2010). C'est ainsi que le concept d'« *inquiétude étrangeté* » que Freud a développé, nous permet d'avoir une idée de ce que peut représenter cet élément à la fois extérieur au sujet et pourtant ancré au plus profond de lui puisque déjà traversé symboliquement.

En outre, l'annonce équivaut à une rupture avec l'image intime du corps sain et avec l'idéal social sanitaire (Herzlich, 2000). Ainsi, la survenue du cancer dans l'espace intime du sujet provoque un « processus de mentalisation » de multiples pertes engendré par une activité idéatoire qui façonne une image intérieure de l'objet perdu (Bacque, 2008). Cette activité se retrouve dans le deuil, cet objet perdu pouvant être représenté par un défunt, une chose ou une abstraction tel qu'un idéal (Freud, 1917). Alors, à l'annonce d'un cancer, ces pertes touchent l'ensemble du psychisme du sujet, allant de la perte de l'illusion d'immortalité à la perte réelle de la vie. L'objet santé est perdu, objet paradoxal qui pourtant n'existe qu'en disparaissant (Gargiulo, 2005).

Par ailleurs, la maladie s'accompagne d'un « *sentiment de perte de sens dans le rapport avec l'avenir et devant l'existence* » (Saillant, 1988). Cette réalité que l'on croit irréelle pour soi, provoque un véritable traumatisme lorsqu'elle vient effondrer toutes les défenses névrotiques du sujet, laissant souvent le déni seul œuvrer pour contrer l'angoisse de morcellement et d'anéantissement et ne pas aboutir à une destruction psychique. « *La violence de l'inattendu ne s'amortit pas dans le dire annonciateur ; bien plus, elle le transperce, comme si le savoir passait le dicible, vers un outre-dire où se tient la cause immédiate et toujours instante qui a donné la vie ou donné la mort. Ce contact avec l'instant de la décision absolue est la folie de l'annonce* » (Benslama, 2005).

I.1.2 – Les effets de l'annonce sur le psychisme

Nul n'est préparé à un tel déferlement de paroles mortifères, ce qui nécessite de réels remaniements psychologiques. Ainsi, annoncer à une personne qu'elle est atteinte d'une maladie grave, et encore plus lorsque cette pathologie est incurable, revient à lui annoncer par la parole, un drame futur, inévitable, à savoir sa propre mort. L'annonce constitue une modification radicale de l'existence d'un sujet (Reich, 2008). Elle vient briser l'unité du sujet, son sentiment d'identité (Romano, 2010). Dans ce sens, « *La charge émotionnelle, évidemment souvent importante pour le médecin, est écrasante pour le malade. Pour ce dernier, l'annonce est un acte guillotine. Ce court moment va laisser une empreinte dans sa vie, dans la façon dont il la vivra, définitivement ou, pour le moins, pour de longues années* » (Delaporte, 2001). L'effet de surprise, voire de sidération, provoque un dessaisissement qui rend inassimilable l'information délivrée. L'irruption de la peur opère dans la soudaineté et la violence alors que la vie suivait son cours normal (Wrobel, 2015). Par ailleurs s'ajoute l'angoisse soulevée

par les perspectives réelles et/ou fantasmatisques d'un traitement lourd – chirurgie mutilante, radiothérapie ou chimiothérapie – pouvant avoir un retentissement sur l'image corporelle alors même que le patient a souvent déjà subi une agression iatrogène du corps, notamment à travers la biopsie.

Si le psychisme permet de reprendre souffle, à travers notamment des allers-retours salvateurs entre espoir et désespoir, l'annonce de la maladie grave fait surgir la conscience non plus de la finitude, mais de la fin, c'est-à-dire de sa propre mort.

« *La mort fait partie de la vie, elle est naturelle, incontournable, elle fait même aimer la vie* » indiquera en 2005 le psychologue Adam Phillips. Dans le même sens, Montaigne s'interroge : « *Que ferions-nous de nos vie si nous ne mourrions pas ?* ». La mort conditionne en quelque sorte l'existence du sujet et a une position fondatrice dans la constitution du Moi, mais ce dernier, pourtant, ne peut s'avouer mortel et s'engager dans une expérience limitée. En effet, selon Freud (1915), « *l'homme se sait mortel, mais si nous acceptons l'hypothèse de l'inconscient, et si nous prenons véritablement en compte que cette instance psychique ne connaît pas le temps : il se veut immortel* ». Il ajoute qu'« *il nous est absolument impossible de nous représenter notre propre mort et chaque fois que nous l'essayons, nous nous apercevons que nous y assistons en spectateur* ». Car l'annonce d'une telle nouvelle équivaut à remettre en cause ce fantasme d'immortalité tant investi par l'inconscient. « *Si tous les hommes reculent devant la mort, c'est en tant qu'elle est inscrite dans l'inconscient sur le mode de la répétition d'un événement psychique qui a déjà toujours eu lieu* ». Freud ainsi démontre à travers la psychanalyse que la mort est un processus psychique déjà traversé et que ce processus psychique relève du mode de fonctionnement endogène à l'inconscient qu'est la pulsion de mort. Au fond, notre relation à la mort est constituée de la répercussion émotionnelle et intellectuelle du savoir de la mort des autres (Levinas, 1991), la mort étant ce non-sens par lequel pourtant l'être est susceptible de ne plus être (Caron, 2008).

Dans la vie psychique, la perte est l'équivalent de la mort et elle renvoie à la notion de castration. Cependant, Epicure, Spinoza ou Jankélévitch démontrent bien que malgré tout, l'expérience psychique de sa propre mort reste impossible. D'ailleurs, pour ce dernier, « *la vie ne nous parle pas du néant, la vie ne parle que de la vie*⁵ ». Il poursuit ainsi : « *La mort et moi, nous sommes exclusifs l'un de l'autre et nous nous chassons réciproquement* ». Epicure, quant à lui, écrira dans la Lettre à Ménécée, « *tant que nous vivons, la mort n'est pas, et quand nous mourons, nous ne sommes plus* ».

⁵ Jankélévitch, V. (1966). La mort, Paris : Flammarion

I.1.3 – Les réactions face à l'inéluctable

Jérôme Alric (2010) fait remarquer que cette inévitable finitude ne se situe alors plus dans un infiniment loin. En fixant un terme à son analyse à l'Homme aux loups, Freud soulignera en ce sens l'analogie avec le terme qu'un malade peut avoir l'impression de se voir donner dans le moment où son médecin lui annonce une maladie grave (Brun, 2005).

Cette effraction du réel oblige les patients à gérer autant que faire se peut ce temps vécu comme à présent limité. Brutalement, cet espace-temps limité s'impose à la pensée. Certains vont alors se lancer dans une course effrénée contre le temps, au risque de s'épuiser physiquement et mentalement. D'autres vont au contraire, refuser de se réinvestir du côté du réel, mais tous cherchent, par ces réactions réflexes, stratégies de coping ou mécanismes de défense (Ruzniewski, 1995), à conserver tant bien que mal un certain contrôle sur ce qui se passe et sur cette perte, à travers une « *dimension de l'excès* » (Bataille, 2004). La violence ressentie par l'annonce attend une réponse de même mesure, et ce n'est qu'après un certain temps, une certaine appropriation du mal que le sujet va pouvoir reprendre forme. En effet, la déliaison opérée par l'angoisse entre réel, symbolique et imaginaire disparaîtra progressivement dès lors que le patient s'appuiera sur un référentiel qui lui est propre. Rétablir une réalité psychique le contraint à prendre pour référence sa propre émergence en tant que sujet (Pujol, 2013).

Dans le cadre de l'annonce de cancer, l'homme a besoin de temps pour que l'information, en tant que cognition, devienne une notion intégrable. De nombreux auteurs ont démontré que l'annonce d'une maladie grave, en tant qu'élément venant menacer l'individu dans sa continuité d'être, représente un événement traumatique majeur, même si « *identifier la maladie fait reculer l'inconnu* » (Hoerni & Bénézech, 1993) et dénommer la souffrance la fait mieux vivre (le Forestier, 2007). Elle vient marquer un effet de bascule de la vie (Bacque, 2008), dans ce sens où il y a, après l'annonce, un « avant » et un « après ». Rien ne sera plus jamais comme avant. Ce temps est comme suspendu.

Ce premier contact qui représente pour la personne malade son entrée dans la maladie va déterminer en partie la manière dont celle-ci va la vivre. La médecine produit des actes psychiques de plus en plus complexes qui consistent à donner un nom à ces phénomènes, qui troublent l'usage habituellement « silencieux » qu'une personne fait de son organisme (Leriche, 1936).

Aristote (330 avant JC) dans *La politique*, indique que l'homme en tant qu'animal possède la voix qui sert à indiquer joie et peine, mais il est en revanche le seul des animaux à posséder la parole. Le discours sert ainsi à exprimer le juste et l'injuste, des notions morales que lui seul dispose.

L'enjeu de l'annonce, au-delà d'une transmission formelle d'une information, va être d'ouvrir un autre espace psychique chez le sujet qui, sous l'effet de cette annonce, se trouve dans une impasse psychique, la scène étant entièrement envahie par la mort. L'annonce doit ainsi permettre au patient de mettre en œuvre ses mécanismes d'adaptation pour non plus à présent lutter contre l'annonce en tant qu'élément redouté et traumatique, mais pour s'adapter à la maladie et ses effets sur sa vie psychique et somatique. Par l'annonce, le patient se retrouve instantanément transféré d'un espace de liberté à un espace qui délimite sa liberté.

Mais intrinsèquement, la liberté existe toujours dans l'alternative aristotélicienne et le patient va pouvoir ainsi, plus ou moins inconsciemment, à travers des stratégies défensives, ne pas tout entendre de ce qui se révèle dans cet instant de l'annonce, et même si, pour parer à cette extinction émotionnelle le soignant vient à matérialiser cette oralité mal perçue à travers un écrit, le patient restera, au final, libre de lire ou de ne pas lire cette trace du dit. « *Je ne veux que si je vois, mais je cesse de voir si je cesse absolument de vouloir* » (Ricoeur, 2001).

Ainsi, pour être considérée comme vérité par le patient, l'information doit être accessible au bon moment (Bettevy et al., 2006).

Pour Soum-Pouyalet (2007), l'annonce de diagnostic et le parcours qui s'en suit peuvent être assimilés à un rite de passage, conceptualisé en 1909 par Van Gennep avec la séparation, la marge et l'agrégation. Selon lui, la personne atteint un seuil (ou limen) où elle oscille entre deux identités. Cette remise en question où l'être se démet de son identité précédente (séparation) sans s'être encore adapté à sa nouvelle condition (agrégation) est un temps du risque (marge). Les soignants assurent un rôle de « *passer* ». Ce parallèle permet de percevoir le caractère individuel et social des ruptures engendrées par l'annonce tant dans le rapport au corps malade que dans les mécanismes d'adaptation.

Les réactions face à cette annonce sont très variables et dépendent donc de multiples facteurs liés à l'individu lui-même, à son environnement mais également – et surtout ? – à la manière dont le médecin communique les informations (Dolbeaut & Brédart, 2010). L'apport progressif d'informations appropriées à la situation clinique, les besoins et les attentes du patient semble essentiel pour permettre à ce dernier ainsi qu'à son entourage de s'adapter à la réalité diagnostique, de trouver des ressources solides et efficaces ainsi que de réduire l'incertitude et la détresse (Ream et al., 1996 ; Fallowfield et al., 1995). En outre, cela permet au patient de mieux se positionner dans les prises de décision, notamment thérapeutique (Kitamura et al., 2005 ; Elkin et al., 2007 ; Bruera et al., 2006), et d'être davantage compliant (Deccache, 2010).

I.1.4 – Imaginaire et représentations de la maladie

L'homme, par essence, a besoin de sens pour comprendre ce qui lui arrive et surtout dans un contexte mortifère, pour échapper aux angoisses les plus archaïques. Très tôt les patients et/ou l'entourage, aborderont

inexorablement la question de l'origine et des causes de la maladie (Marcoux, 2012). En outre, la maladie apparaît chargée à un niveau symbolique. Elle constitue ainsi simultanément un fait et une représentation (Reich, 2004). Ce sont souvent les patients eux-mêmes qui cherchent à comprendre, à s'approprier, à intérioriser psychiquement cette maladie fondamentalement absurde pour certainement, au fond, mieux la maîtriser. Ces représentations vont conditionner en partie l'interprétation de l'information, sa mémorisation et les émotions qui y sont associées (Dauchy, 2008). Par ailleurs, chaque culture a sa propre vision de la maladie, ses représentations et son vécu (Die-Trill, 1998 ; Johnson, 1998 ; Laurence et al., 1994). Depuis toujours, les grandes maladies de l'humanité, et par prolongement ceux qui en sont atteints, ont suscité curiosité, attraction et répulsion (Sontag, 2005). Le cancer apparaît comme un fléau des temps modernes, touchant potentiellement sans exception chaque individu, indépendamment du genre, de l'âge, des conditions sociales, etc. (Pinell, 1992). Il symbolise aux yeux des français depuis des décennies la maladie grave par excellence (92.3%), détrônant dans ce triste palmarès le Sida (65.2%) et les maladies cardiovasculaires (30.1%) (Guilbert, Peretti-Watel, Beck, Gautier, 2006 ; Beck et al., 2012).

Ces représentations, souvent liées à une histoire personnelle et familiale, sont également symbolisées par de réels mythes partagés socialement et font partie de l'inconscient collectif. Le mythe du crabe va ainsi regrouper sous un même terme, les tumeurs malignes d'origine le plus souvent multifactorielle et perçues comme incurables et incontrôlées (Deschamps, 1997). Ces mythes sont en outre largement partagés par les soignants eux-mêmes qui aboutissent à la construction de certaines théories telle que celle autour de la personnalité cancéreuse, dite de type C (Caïn, 1988), bien développée par Bruchon-Schweitzer et al. dès 2001.

Par ailleurs, le patient à qui est faite une annonce de cancer, se retrouve souvent sans voix, sans parole, médusé (Frick, 2006). Dans la mythologie, Méduse, l'une des gorgones, sidère tout être humain qui la regarde. Persée s'approche donc d'elle en reculant, en l'observant dans un miroir, par réflexion, afin de la tuer. Des représentations de cancer sous forme de tête de Méduse ont ainsi été retrouvées, illustrant les phénomènes de répulsion par rapport au cancer et aux patients, inspirant un contact par réflexion tel le miroir de Persée.

La singularité du cancer ne réside pas uniquement dans les progrès techniques en matière de diagnostic, de thérapeutique et de prévention, mais également au niveau de la représentation de cette maladie, que l'on peut appeler imaginaire de la maladie. En effet, depuis le début du XX^{ème} siècle, dans les sociétés occidentales, le cancer a pris rang de fléau, ce qui signifie qu'il apparaît comme une calamité redoutable qui s'abat de façon incontrôlable, il est répandu et imprévisible. Il est ainsi de nos jours exceptionnel qu'une famille ne soit pas concernée par le cancer, cette maladie touchant ses membres plus ou moins directement. Cela explique que de manière assez imperceptible, la maladie va être, dans l'inconscient collectif, immédiatement assimilée au cancer et ce faisant, aboutit assez rapidement à l'angoisse de mort.

Le cancer est également synonyme de mort sociale, c'est-à-dire qu'avant la mort biologique, il détruit l'ensemble des rôles familiaux et socioprofessionnels habituels de l'individu. Sur le plan de l'imaginaire collectif, il entraîne une « mauvaise mort » : lente, inéluctable, dégradante, mutilante, invalidante, douloureuse et solitaire.

A cette représentation du cancer comme fléau, que l'on peut qualifier de collective ou de générale, viennent bien sûr s'ajouter des représentations singulières propres à chacun. En ce sens, Gori (2005) rappelle que la maladie et les paroles qui l'annoncent peuvent constituer ce que Freud déjà en 1917 considérait comme « *le représentant de toutes les fantaisies inconscientes qui épiaient la première occasion de se manifester* ».

I.1.5 – L'appropriation inconsciente de la maladie

Avec l'évolution technologique, le développement des modes de communication et de transmission de l'information, le patient a accès très précocement, et avant même qu'un diagnostic ne soit réellement posé, à une multitude d'éléments pouvant infirmer ou confirmer ce qu'il, en pensées, était convaincu d'avoir comme maladie. Le travail du psychologue est ainsi de s'affranchir, de se détacher de ce temps médical pour être dans une dimension de non-savoir et ainsi percevoir comment ce qui a été dit au patient fait sens et résonne en lui. Le malade recherche une cause officielle, objective à sa maladie mais il cultive en secret une autre théorie partiellement contradictoire ou complémentaire (Pedieli, 1999). Son travail psychique est alors de faire cohabiter cette théorie personnelle avec l'ensemble des représentations et sa pensée initiale d'avant l'annonce. En d'autres termes, la réalité psychique du patient obéit à une autre logique de signification du discours entendu, à savoir la logique de l'inconscient et des effets des signifiants. En outre, le savoir ne peut prendre la place de l'inconscient, ce dernier se constituant son propre savoir (Bonfils, 1978). Au-delà de la réalité médicale, scientifique, le patient va se créer sa propre réalité en s'appuyant sur son vécu personnel et social, en intégrant toutes les dimensions inconscientes subjectives et collectives pour appréhender ce que représente cette maladie pour lui, dans son histoire. Le patient réagit en fonction du « *roman de sa maladie* » (Marzano, 2006). Un grand nombre de signifiants va par ailleurs imposer à la conscience cette réalité médicale. Le patient va ainsi interpréter chaque comportement, chaque regard, chaque parole du soignant et les analyser à travers ses filtres et grilles d'analyse personnelles, cherchant par là-même des indices informationnels sur sa maladie. « *La subjectivité du patient, son vécu, ses représentations, son affect constituent une réalité à laquelle nous pouvons accéder par intersubjectivité* » (Zittoun, 2002)

I.2 – CELUI QUI ANNONCE ...



« *C'est grand malheur que d'annoncer le premier les malheurs* »

Eschyle, Les Perses (472 avt. JC)

⁶ L'Annonciation (Francesco Mochi), (1603-1608). Statues en marbre de Carrare, Eglise San Agostino rattachée au *Museo dell'Opera del Duomo di Orvieto* (MODO), Orvieto

I.2.1 – Le médecin face à son annonce

Le médecin qui réalise l'annonce porte une grande responsabilité dans cette masse émotionnelle et ne pourra s'en extraire une fois l'information transmise. Il se vit alors comme un messenger du malheur. Autrefois, les anges jouaient ce rôle d'annonciateur dans la Bible. Dans l'Antiquité, certains messagers ont même « perdu » la tête pour avoir annoncé de mauvaises nouvelles. Freud (1953) ajoutera que « *La parole était à l'origine un charme, un acte magique et elle a conservé encore beaucoup de son ancienne force* ».

Dans Anthropologie du point de vue pragmatique, Kant (1798) ajoute que « L'homme se distingue de l'animal par la faculté de penser, c'est-à-dire par l'entendement. Mais cette faculté de penser implique la faculté de se penser comme sujet pensant, comme personne. Pour penser, il faut nécessairement penser « je pense » ».

Si annoncer une bonne nouvelle à une personne constitue très naturellement un acte plaisant à réaliser, dévoiler une réalité plus sombre représente au contraire une situation redoutée, voire évitée tant elle implique affectivement. Dans ce sens, « *le cancer reste ce qu'un médecin n'a pas envie de dire à un patient qui n'a pas envie d'entendre* » (Alby, 1987). Les médecins considèrent que « *l'acte d'annoncer est un véritable moment de solitude* » (Ruzsniewski, 1995).

Ainsi, Sidonie Nahum (2007) cite un extrait du livre de Marc Durin-Valois, *Le diable est dans les détails*, pour signifier à quel point l'acte d'annoncer peut être vécu par le médecin comme un acte de cruauté :

« [...] Personne ne peut comprendre la solitude de celui qui doit annoncer au malade ce genre de nouvelle [...]. Je hais ces instants-là [...]. Il n'y a plus de médecin, il n'y a plus qu'un pauvre type, dépassé par l'ampleur de sa tâche. Que dire ? Quelle partie de moi dois-je contrôler d'abord – yeux, mains, voix – de peur qu'elle ne trahisse le caractère inéluctable de son sort ? Le plus redoutable est l'absence d'échappatoire. Il n'y a aucune situation dans la vie où ne traîne l'espoir, ou l'ombre d'un tout petit espoir. Sauf celle-là. Ne reste que l'annonce d'une exécution capitale qu'il faut prononcer comme un juge distancié, en laissant au condamné le soin de s'inventer un crime ».

Ibn Rushd, « Averroès » (1126-1198) écrivait « *en médecine, il y a d'abord la parole, ensuite il y a l'herbe, ensuite il y a le bistouri* ». Ce médecin, qui intrinsèquement est présent pour soulager, pour faire du bien, ou selon Hippocrate, pour « *accompagner toujours, soulager souvent, guérir parfois* », se retrouve ici à devoir

blessé psychiquement, voire, comme certains professionnels le rapportent, à « *avoir la sensation de donner symboliquement la mort* » à une personne qui souvent ne se sent pas malade et qui pourtant devient un patient atteint d'un mal silencieux mais bien présent et redoutable. C'est donc bien l'instant où le médecin ordonnance les signes, les agence et agit sur celui qui les reçoit qui rend réelle la maladie (Foucault, 1990). C'est également dans cet instant précis que se crée la relation transféro-contre-transférentielle entre un patient subissant une véritable crise d'identité et un médecin investi d'un savoir, d'un savoir-faire et d'un pouvoir de guérison.

Platon nous enseigne qu'« *Il faut aller à la vérité avec toute son âme* ». Il est ainsi intéressant d'entendre toutes les expériences rapportées par les patients eux-mêmes et leurs proches concernant les difficultés et le mal-être perçus chez le professionnel en charge de réaliser cette annonce. Les réticences médicales sous-tendues par un système défensif, constituent souvent un frein majeur à l'établissement d'une communication de qualité. Et pourtant dire, c'est reconnaître l'autre, reconnaître son existence. Annoncer constitue alors un acte libérateur (Glowinski, 2005) qui permet distanciation et reconnaissance de l'Autre. Et « *ce n'est pas communiquer que communiquer seulement ce qui est simple et clair* » (Alain, 1934). Que faire alors de ce désir de communiquer honnêtement et directement avec un patient qui parfois se retrouve en contradiction avec le désir également irrésistible de respecter le désir, voire le supplice d'une famille qui refuse la révélation de sa maladie au patient ?

Le plus compliqué n'est donc pas l'acte d'annoncer en tant que tel, mais c'est bien le contenu de cette annonce qui est difficile à entendre et, in fine, à dévoiler. « *Le Dire est plus important que le Dit. Le Dire est en puissance source de responsabilité, relation qui se noue entre médecin malade alors que le Dit est en acte* » (Levinas, 1982).

Annoncer, c'est faire savoir à l'autre ce qu'il ignorait sur lui-même, par la parole ou tout autre moyen de communication (Flies-Treves, 2005). Cette annonce étant complexe et représentant bien plus qu'une simple transmission d'informations, les deux protagonistes – celui qui transmet l'information et celui qui la reçoit – se retrouvent liés de fait dans un système dans lequel l'un sait quelque chose sur l'autre que celui-ci ne connaît pas, ignore totalement ou suppose tout au plus. Annoncer une maladie grave à une personne qui en est atteinte revient à une co-construction instantanée et indélébile d'un espace-temps commun dans lequel l'information s'annonce via la parole et les gestes. La dimension émotionnelle intense dans ces moments précis colore cette rencontre et est rapportée par les médecins comme étant un facteur majeur de difficulté : peur de faire mal, peur des réactions du patient, difficulté de percevoir la détresse, etc. (Perrain, Kousignian, Dauchy et al., 2009). Ainsi, le patient, même surpris par l'annonce brutale de la maladie, perçoit très finement la dimension du para-langage dans l'interlocution (Wrobel, 2005). Il capte par exemple clairement le ton chantant dans la voix du médecin lorsque ce dernier annonce la dimension bénigne de la pathologie ou au contraire la gêne sous-tendue par l'annonce du caractère plus péjoratif de la maladie qui le ronge silencieusement.

Les chirurgiens apparaîtraient ainsi comme étant les moins doués pour annoncer une mauvaise nouvelle (Barnet, 2000). Ils ont par exemple tendance à utiliser certains termes généraux tels que tumeur plutôt que d'aborder clairement la notion de malignité et semblent plus en difficulté pour recevoir et gérer les réactions psychologiques et émotionnelles des patients (Burton & Parker, 1997).

Annoncer constitue donc un acte engagé et engageant et laisse le médecin démuni de tout artifice technique permettant d'atténuer le choc et laissant nus les protagonistes impliqués (Denis, 2005). Cela est d'autant plus ressenti par le médecin lorsque ce dernier a à annoncer la présence d'une maladie cancéreuse sans avoir de véritables perspectives thérapeutiques curatives, empêchant toute expression d'espoir de guérison. C'est pourquoi il s'agit d'un moment d'une grande importance tant physique que symbolique qui n'épargne pas le médecin qui doit parvenir à le reconnaître et à le gérer (Zittoun, 2002). « *Le savoir-vivre* » des hommes de « *l'art médical* » ferait écho en quelque sorte au « *devoir-vivre* » avec et après l'annonce chez les patients (Reich, 2008). Dès l'instant où la maladie décelée prend forme humaine, c'est-à-dire, dès que le médecin rencontre le patient pour lui annoncer les résultats des examens et ainsi nommer précisément la maladie, il doit faire avec sa propre subjectivité, ses limites, sa sensibilité, ses angoisses, ... La crainte de l'angoisse provoquée chez le patient par la part d'incertitude énoncée est fréquemment retrouvée chez les médecins (Tattersall et al, 1999 ; Cohen et al., 2002 ; Dias et al., 2003 ; Voelter et al., 2005). Mais cette crainte est également projective, car « *nous souhaitons la vérité et ne trouvons en nous qu'incertitude* », nous dit Pascal⁷.

I.2.2 – Le médecin dans son annonce

Pour faire face à l'excitation externe et au déplaisir, le médecin va mettre en œuvre ses propres modalités défensives qui prennent souvent la forme d'une fuite ou d'un désinvestissement pour lutter contre l'objet dangereux qui est en l'occurrence le transfert. « *A cet instant de vérité, le malade se trouvera seul si le médecin n'est plus capable d'éprouver que lui aussi, derrière les couches de protection successives que sa formation lui a imposées, maintient une personnalité vivante, donc vulnérable. Ce qui est mort ne peut plus être blessée* » (Israël, 2005). Les craintes du médecin à dire la vérité colorent de manière plus globale sa manière d'être au monde (Le Coz, 2006). De même, le cancer et sa récurrence sont prototypiques des situations que les étudiants en médecine redoutent (Guirimand et al., 2011).

Il a été démontré qu'un médecin nerveux, mal-à-l'aise, qui s'adresse en premier lieu à la famille, qui utilise des euphémismes, présente autant d'attitudes considérées par le patient comme contraires à l'espoir et de facto

⁷ Voltaire, .Le Guern, M. (2004). Les pensées. Folio.

angoissantes. De même, dans la situation qui succède bien souvent à plus ou moins longue échéance l'annonce de cancer, les gestes physiques de réconfort sont parfois contre-productifs chez les patients en fin de vie, 44% des patients se montrant rassurés par de telles attentions alors que 46% d'entre eux considèrent plus favorables à l'espoir que le médecin ne s'assoient pas à leur côté (Hagerty & Clayton, 2005).

Cet engagement intersubjectif confronte le praticien à une série de blessures narcissiques. En premier lieu, le médecin, homme avant tout, est face à un semblable. Par identification, il se retrouve alors en proie à la maladie, dans son propre rapport à la souffrance et à la mort.

Ensuite, le médecin doit gérer une certaine culpabilité et souffre de devoir la métaboliser, dans la solitude de sa non reconnaissance. Annoncer une maladie équivaldrait en quelque sorte, à en devenir en partie son créateur (Ruiz, 2005). Ferenczi (1932) a théorisé cette culpabilité liée à l'identification à l'agresseur. Par ailleurs, concernant cette culpabilité liée au non-savoir, au doute, à l'incertitude, philosophiquement, la capacité à la dépasser apparaît comme une qualité. Kant dira dans ce sens que l'« *on mesure l'intelligence d'un individu à la quantité d'incertitudes qu'il peut supporter* », et nous reconnaissons qu'elle est principe moteur de la connaissance : « *La connaissance progresse en intégrant l'incertitude, non en l'exorcisant* » (Morin, 1980).

Enfin, la dernière blessure touche au désaveu de la parole énoncée et le positionnement du patient qui ne correspond pas forcément au schéma mentalisé par le médecin et qui suit davantage le désir du patient que sa demande initiale. Ainsi, « *la vérité n'est pas l'information, elle est mémoire de ce que le patient sait sans savoir et qui nécessite l'hypothèse de l'inconscient* » (Gori, 1997).

L'annonce ne se résume donc pas à un simple contenu informatif, mais procède d'un acte d'interprétation. Plus que le contenu en soi de l'annonce, c'est bien l'accompagnement des émotions et le maintien d'une relation qui permettront de préserver une relation de confiance entre le médecin et le patient. L'écoute, tout comme l'annonce, reste ainsi un acte thérapeutique en soi. Le médecin doit donc rester disponible à l'autre et ne peut se limiter à l'énonciation d'une réalité trop difficile à assimiler et à supporter pour le malade.

Au côté de son patient, le médecin peut adopter une position « *exorcistique* », rentrant dans le combat avec lui, engageant une guerre contre la maladie comparée à un démon à chasser, à extraire du corps ou de l'esprit possédé (Laplantine, 1986). A l'inverse, la maladie peut être considérée comme un véritable élément biographique du patient à intégrer de ce fait aux aléas de l'existence et à assumer comme étranger et propre. La position paternaliste entretenue pendant des millénaires par la médecine place le médecin en position de détenteur du savoir, d'acteur et de décideur, même si Hippocrate précisait déjà que « *le patient doit coopérer avec le médecin pour combattre la maladie* ». Avec l'évolution législative dans ce domaine, le patient obtient un

pouvoir d'autonomie. Pour le médecin, la difficulté réside alors dans le fait de pouvoir informer un patient exigeant une certaine responsabilité sans pour autant se dédouaner de son rôle protecteur. Il doit faire preuve d'un paternalisme bienveillant tout en respectant un humanisme médical exigé par le patient qui se veut acteur. Dans un langage plus trivial, il s'agit de transmettre une information désespérante sans désespérer. « *Etre responsable médicalement, c'est d'abord être redevable ou comptable d'un chiffrage exact de la maladie, puis, devant la démesure de cette mesure, la responsabilité consiste à trouver la modalité de l'annoncer. On lui donne une voix, un regard, c'est-à-dire une manière de rendre le compte convenable à la sensibilité humaine* » (Benslama, 2005). Alors, si le pouvoir des médecins leur échappe petit à petit face au diktat du chiffre et de la preuve (Gori & Del Volgo, 2005), « *le rôle de la psychanalyse est de maintenir un humanisme médical, et peut-être même de sauver une médecine menacée de toute part par un néoscientisme dont on voit poindre partout les signes avant-coureurs* » (Israël, 2005).

Toute annonce d'une mauvaise nouvelle, avant que d'être violence à « *entendre* », est violence « *à dire* » (Amar, 2005). De cette violence du dire va dépendre la violence à entendre. Le contexte législatif accentue en outre cette violence faite au médecin puisque la loi du 4 mars 2002 l'oblige, en reconnaissant au patient le droit à l'information, à donner à ce dernier les éléments relatifs à sa santé.

Tout comme la société dans sa large majorité, rares sont les professionnels aujourd'hui qui considèrent que le malade doit être tenu dans l'ignorance de sa pathologie (Mirabel, 2010 ; Tibi-Lévy & Bungener, 2010 ; Romefort, 2010). Il semble de toute façon illusoire d'avoir le pouvoir de faire croire à un patient qui sent au plus profond de lui qu'une partie de son corps dysfonctionne, qu'il n'en est rien et qu'il ne s'agit que d'une construction de son esprit. Comme le considéra très tôt Freud, « *l'art de tromper un malade n'est certainement pas souhaitable* ». Le moment où le médecin annonce au patient la maladie constitue ce qui vient sceller le pacte de confiance. Un proverbe turc dit que « *la langue d'un muet vaut mieux que celle d'un menteur* ». S'engager avec le patient sur un chemin où règne le mensonge conduira nécessairement le médecin sur un véritable champ de mines. Une relation de confiance ne peut s'instaurer s'il existe une discordance dans l'appréciation émotionnelle de l'annonce (Moley-Massol, 2004). Pour autant, cette confiance se veut réciproque et le patient doit aussi démontrer qu'il est, lui-aussi, digne de confiance. (Mitchell, 2002). Il doit alors parler de sa maladie en dosant ses émotions, sa sincérité et son incertitude à la convenance du soignant. Yourcenar⁸ considérera d'ailleurs, parlant des médecins, que « *leur présomption, leur pédantisme hypocrite est notre œuvre : ils mentiraient moins si nous n'avions pas si peur de souffrir* ».

⁸ Yourcenar M. (1974). *Mémoires d'Hadrien*, suivi de *Carnets de notes de Mémoires d'Hadrien*, Paris, Gallimard, «Folio», p. 304-316

La relation médicale repose finalement sur une autorité fondée sur le savoir. Le paternalisme médical, prédominant avant la loi de 2002, s'appuie sur « *une confiance qui s'en remet à une conscience* » (Forge, 1950).

En revanche, il ne s'agit pas d'être dans l'excès d'information, dans le « tout dire à tout prix ». Montaigne considère dans ce sens qu' « *il ne faut pas dire toujours tout car ce serait sottise, mais ce qu'on dit, il faut qu'il soit tel qu'on le pense* ». Dans la théogonie d'Hésiode, Prométhée avait été condamnée par les dieux pour deux fautes impardonnables, à savoir leur donner le feu et leur enseigner la métallurgie, mais surtout leur retirer la connaissance de l'avenir. Or, pour agir, l'homme a besoin d'oubli. Dans la mythologie, cette méconnaissance de la date et des conditions de la fin a été comprise comme indispensable à la vie. Donner un terme, c'est dire l'inéluctable et ainsi couper au patient toute possibilité d'action.

« *Je souhaite à nous tous, seulement que le passage [la mort] soit le plus court possible et le plus inattendu... Par quel sadisme alors, serions-nous poussés à prévenir très à l'avance celui que nous savons condamné, du fait qu'il l'est ?* » (Laborit, 1976).

C'est lors de cette annonce que le patient prend conscience de la maladie, l'accueille consciemment à travers l'évocation par le langage d'un nom et la reçoit en lui par la découverte de ses manifestations physiques, des traitements qu'elle nécessite et du pronostic qu'elle entraîne. Ce travail d'intégration psychique mérite bien plus qu'un moment ponctuel et impose une succession de temps pour passer ainsi de « *l'inquiétude au doute, puis à la certitude de la maladie* » (Dauchy, 2008). Il s'agit d'un travail intersubjectif progressif de transmission d'une information pensée, exprimée par le médecin afin qu'elle soit perçue, comprise et mémorisée par le patient. Annoncer consiste alors également à accompagner le patient dans ce travail d'intégration « *autant de fois que les étapes de la maladie rendront de nouvelles annonces nécessaires* » (Hoerni, 2004).

Il s'agit non plus de parler de vérité, mais de possible. Dans la pensée de Bergson (1934), l'opérateur critique est le temps. La vérité, c'est la connaissance. Elle ne se réalise pas d'un coup et nécessite un processus d'élaboration. Le possible doit permettre de combler l'écart entre la vérité et le changement, ce qui n'est pas encore réalisé et qui peut l'être : c'est le devenir. Or, parler à un patient de sa maladie, de son traitement, voire des risques encourus par l'un ou l'autre, c'est bien se situer dans l'ordre du possible. N'oublions pas que l'incertitude est tapie dans l'existence. Le temps est par essence incertain et la certitude ne peut être que présente, phénoménologique, de ce que l'on ressent immédiatement. Et pourtant, l'annonce reste intrinsèquement porteuse d'impossible, et c'est précisément ce qui la rend dramatique (Ruszniewski, Bouleuc, 2012).

II - LES ENJEUX DE L'ANNONCE

II.1 - ATTENTES DES PATIENTS VIS-A-VIS DU MEDECIN



« Il y a plus de grandeur à reconnaître ses limites qu'à croire son savoir sans limites »

Pascal, Les pensées (1669)

Pour le médecin Bernard Romefort (2011), la plus grande des vertus du médecin est de reconnaître qu'il sait qu'il ne sait pas et, de ce fait, de ne pas agir comme s'il savait. L'annonce d'une maladie grave relève à la fois de la toute puissance scientifique et de la toute impuissance de la médecine, lorsque la maladie est en dehors de toute ressource thérapeutique. En outre, en confondant impuissance et impossible, souvent le médecin participe à son insu, à la déshumanisation de la relation à l'autre (Van Meerbeeck, 2009). En effet, se sentant impuissant, le médecin y verra alors parfois une impossibilité à communiquer, à entrer en relation avec son patient. Ainsi il se détachera de cette situation pour aller vers d'autres problématiques qui lui paraissent – à tort ou à raison – plus maîtrisables. Le cancer, lorsqu'il s'avère incurable, constitue donc une résistance à la toute puissance de la logique scientifique et médicale (Stenger, 2002). La blessure narcissique prend ici les traits d'une castration de l'ambition thérapeutique. *« Au sens propre comme au sens figuré, il s'agit toujours d'exercer sur le malade un pouvoir, pouvoir de le faire parler, de le guérir, de lui faire du bien. La bienfaisance de ce pouvoir n'est pas à mettre en doute, mais il procure ainsi au médecin la satisfaction de constater sa puissance, ce qui n'aurait aucun inconvénient si une non-guérison n'était pas dans ce cas vécue comme une injure personnelle »* (Israël, 1968).

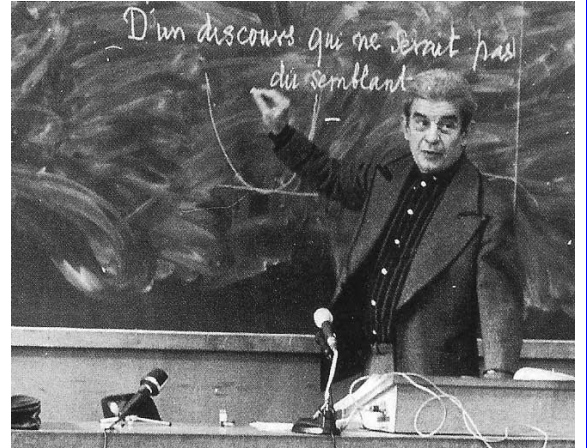
Le malade désire que son médecin soit savant, patient, prudent, et surtout les trois en même temps (Geoffroy, 2004). Ainsi, le patient qui consulte ce médecin a besoin de croire en l'infaillibilité de ce dernier et ce dernier en contre-partie doit croire en son savoir, sans pour autant croire en sa toute-puissance. Il poursuit en postulant que *« la relation soignant – soigné doit être l'événement (une hypostase temporelle) d'une rencontre entre deux personnes dont l'une (le soignant) est responsable asymétriquement de l'autre (le soigné) »*. Nous ne nous situons plus dans le *chronos*, à savoir le temps mesurable, mais dans le *tempus*, le temps vécu du malade. C'est ici que le médecin devra faire preuve de patience car l'annonce vient bousculer cette dimension infiniment subjective. Les temporalités ne sont pas superposables et celle de la maladie ne recouvre pas nécessairement celle de la psyché. Canguilhem (1975) explore ainsi cette rupture des temporalités dans l'approche de la mort : *« La difficulté dans cette situation, dans le rapport du médecin au malade, c'est qu'après qu'il a été fait appel au médecin, à sa science, à sa présence, à son dévouement, en somme la relation s'inverse et on lui demande de renoncer précisément à la fois à sa science, à sa présence et à son dévouement »*.

De sujet à sujet le médecin devra veiller à ne pas tomber dans la fusion qui, indéniablement est source de confusion. L'erreur est grande que de tomber dans une relation soi-niant / soi-nié. *« On peut souffrir de la souffrance d'autrui, on ne peut souffrir sa souffrance »* (Romefort, 2011). Le patient n'attend pas de son médecin qu'il pense à sa place, agisse comme bon lui semble et nie en quelque sorte son existence et sa capacité de penser et désirer. Il exige un discours-vérité révélé avec tact et délicatesse (Kilburger, 2012).

Au-delà des mots qui glacent, figent la relation, le patient attend de la part de son médecin une véritable disponibilité, un accompagnement. Il ne désire pas un excès d'affectivité, qui étouffe la relation, mais tout simplement de la chaleur humaine, cette dernière ayant le pouvoir de réchauffer la relation. Dans cette situation difficile, il faut considérer que dire c'est reconnaître ; reconnaître le patient comme présumé capable de se prendre en charge en collaboration avec un spécialiste de la santé ; c'est aussi attribuer du sens, processus capital pour vivre (avec) la maladie, dire donne une place à cette maladie sans qu'elle obture tout l'espace psychique du patient. Le médecin doit garder à l'esprit que ce type de savoir est plus rassurant que le doute qui, lui, est insupportable.

Enfin, la prudence est une vertu attendue chez le médecin car elle cadre la relation, lui donne des barrières éthiques. Pour Aristote, la prudence (*phronesis*) correspond à la sagesse pratique permettant de parvenir à un but. « *Nous serons en mesure de discerner ce qu'est la prudence, en étudiant d'abord ceux qu'on appelle les gens prudents. Il semble bien que ce qui les caractérise, c'est le pouvoir de décider convenablement ce qui est bon et utile pour eux-mêmes – non pas partiellement, comme dans le cas de ce qui est profitable à la santé et à la vigueur, mais en général en ce qui concerne le bonheur* ». C'est en résumé le désir surveillé par la raison. Le médecin doit ainsi, au travers de son expérience, de son savoir-faire et de son savoir-être, trouver la juste mesure entre les besoins engendrés par la situation et le désir ou la demande réelle du patient.

II.2 – ENJEUX ETHIQUES DE L'ANNONCE



« Gardons-nous avec soin de transformer les mots en pierre »

J. Lacan, Propos sur la causalité psychique, 1946

L'annonce de diagnostic occupe une fonction inaugurale en officialisant un nouvel état (Ruiz, 2005). Elle assure également une fonction conclusive dans le sens où elle met fin à un état d'attente, et elle a enfin une fonction prédictive puisqu'elle réorganise la temporalité à la mesure des indices de l'expression de la maladie.

En outre, l'annonce est constituée de trois éléments majeurs qui la rendent éminemment complexes sur un plan psychique. Tout d'abord elle est paradoxe puisqu'elle contraint le médecin à dire quelque chose qu'il préférerait très certainement cacher. Ensuite, elle est persécution en induisant une relation intersubjective basée sur la méfiance interprétative sur ce qui est dit, entendu et dénié par l'inconscient. Enfin, elle est ambivalence, compassion et formations réactionnelles cohabitant de manière continue (Ruiz, 2005).

La mauvaise nouvelle que le médecin a à annoncer a une dimension intimement subjective et ne concerne pas uniquement un diagnostic. Elle peut avoir attrait aux séquelles éventuelles induites par la maladie ou les traitements. Ainsi, une mauvaise nouvelle est « *une nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son (...) être et de son (...) avenir* » (Buckman, 1994). En ce sens, une nouvelle est mauvaise lorsqu'elle est évaluée comme telle par le patient lui-même après l'avoir reçue (Molley-Massol, 2004). C'est dans cette interprétation que rentrent en ligne de compte les valeurs, le contexte, les croyances, ... Par exemple, la proposition de rentrer dans un essai clinique peut être perçue par le patient comme une bonne nouvelle car porteuse d'espoir, ou au contraire, comme une mauvaise nouvelle car elle marque le caractère péjoratif et incertain du pronostic.

L'annonce de diagnostic relève d'une logique de la communication et de l'économie de la souffrance visant une humanisation du soin. Reich (2004) présente ce qu'il appelle les niveaux éthiques de l'annonce de diagnostic. Ainsi, selon lui, le médecin doit respecter en premier lieu l'estime de soi du patient et son droit à l'information, ce dernier étant considéré comme étant le plus important, bien plus que ceux de l'accès au dossier médical, au consentement aux soins, au secret médical et au refus de soins (Camhi, Moumjid, Brémond, 2004). Cette annonce exige d'être délivrée de manière optimale, c'est-à-dire qu'elle doit être adaptée au patient, cohérente dans le temps, progressive et surtout non désespérante. Le médecin doit également tenir compte de l'autonomie du patient et faire participer ce dernier dans les prises de décision, au travers notamment du consentement éclairé. Il doit par ailleurs accepter le refus du patient à recevoir une information pronostique qu'il n'est pas prêt à entendre. Ainsi, « *Respecter la personne malade, c'est lui permettre de faire des « va et vient » entre savoir, croire, droit de savoir ou de ne pas savoir, droit de croire ou de ne pas croire* » (de Broca, 2004). C'est en appliquant et en respectant ces règles éthiques que le pacte de confiance (Ricœur, 2001), sera assuré et maintenu dans le temps.

Par ailleurs, Caverni (2005), à qui l'on doit le code Caverni dont la première version date de 1998 et qui correspond à un code de conduite dans la recherche sur le comportement humain consensuellement accepté par la communauté scientifique, se demande si informer le sujet ne reviendrait pas à prendre le risque d'en faire un objet. Il explique alors que « *l'information vise à responsabiliser qui la reçoit. Mais elle ne saurait déresponsabiliser qui la délivre. Poser comme responsable de droit qui ne peut l'être de fait n'est éthique qu'en trompe-l'œil* ». En d'autres termes, la loi met en avant le droit à l'information, et plus largement le respect de la personne. Cette information violente de fait peut alors devenir « *violante* » dans le sens où elle peut chosifier la personne. Cette dernière passerait du statut de personne à celui de malade, et parfois même de maladie, voire dans le pire des cas, de mourant. Selon Max Weber (1921), l'autorité ne se distingue nullement de la domination ; elle relève d'un « *devoir d'obéir* ». Elle ne s'impose pas par la persuasion ou la contrainte ; elle s'exerce sur des êtres libres et se fait respecter inconditionnellement (Harendt, 1994).

Le Code de déontologie médicale, dans son article 35, offre ainsi une alternative à l'application stricto sensu de cette loi puisqu'il précise que le médecin doit tenir compte de la personnalité du patient et qu'il peut maintenir ce dernier dans l'ignorance (sauf si la pathologie dont il souffre met en danger autrui).

Le discours social actuel prône de plus en plus le droit à la vérité, la transparence et l'autonomie. (Levy-Soussan, 2012). Cette exigence risque d'aboutir à des formes standardisées de transmission d'information, voire déshumanisées (Rouy, 2004). Elle peut même à l'extrême prendre un caractère fasciste lorsqu'elle oblige à dire (Barthes, 1977⁹). Emmanuel Hirsch en 1999 se demandait en ce sens si « *une information réduite à la transmission routinière de données souvent sensibles ou délicates, incertaines ou évolutives, toujours dépendantes d'un contexte très spécifique, ne constitue pas la promotion la plus évidente des droits du patient* ».

L'annonce de diagnostic comporte une dimension éducative puisqu'elle a pour objectif de faciliter l'adaptation du patient à sa maladie et sa bonne compliance aux traitements. Le médecin doit également apporter, s'il en a la possibilité, des réponses aux questions de son patient et il doit avant tout chercher les moyens d'améliorer la qualité de vie de ce dernier en dépit de la maladie. Il doit aussi favoriser la maîtrise du patient sur ce qui lui arrive et encourager ce dernier à développer des stratégies défensives opérantes pour diminuer en particulier l'impact de la maladie et ses conséquences psycho-sociales.

Ainsi, « *le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même. Autrement dit ce n'est pas la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importe mais la manière dont le médecin la prescrit à son malade* » (Balint, 1957). Aujourd'hui encore, la notion de *drug physician* caractérise cet effet intrinsèquement thérapeutique du médecin.

⁹ Leçon inaugurale de la chaire de sémiologie littéraire du Collège de France

Pour certains philosophes tels que John Monagle ou David Thomasma et même certains médecins comme Canguilhem, la médecine actuelle, technoscientifique, qui objective toujours plus, amène à ne plus savoir dire quelque chose de nous-mêmes sans le support externalisé de la biologie ou de l'imagerie. Le patient s'en remet à son médecin, porteur du savoir « royal ». Or, ce que dit le patient de sa maladie, ce savoir profane, est pourtant constitué dans son être et dépasse le savoir que le médecin détient parce que ce patient est un sujet. En effet, le sens accordé par le malade à la maladie, traduit par le récit qu'il fait de son inscription dans sa vie, a une importance décisive ; le malade instruit son médecin, qui doit voir en lui un « exégète » avant même de « l'accepter comme réparateur ». Il introduit ainsi le concept de « *corps subjectif dans la définition d'un état que le discours médical croit pouvoir décrire en troisième personne* » (Canguilhem, 2002). Il est donc à favoriser une autre médecine, narrative (Monagle & Thomasma, 1998), qui permettrait au médecin de considérer d'autres lieux de savoir sur l'expérience sensible de la maladie. Dans ce sens, « *accompagner quelqu'un, ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas* » (Vespieren, 1992).

III – EN PRATIQUE...

III.1 – VERS DES SIGNES OBJECTIVABLES ...



« L'ignorant affirme, le savant doute, le sage réfléchit »

Aristote

III.1.1 – La place de l’annonce dans la relation médecin – patient

Il n’existe que des mauvais mots pour annoncer une mauvaise nouvelle. De ce fait, c’est la manière dont le patient va entrer dans la maladie, et plus précisément la façon dont il va la découvrir qui déterminera la façon dont elle sera perçue et vécue ultérieurement. En outre, la manière dont sera réalisée l’annonce – et par conséquent vécue – pourra avoir de véritables effets pathogènes dans l’organisation psychique du sujet mais influera également sur ses relations aux autres (Romano, 2010). Informer, c’est donc l’art de mettre des formes. Nous savons ainsi que ce sont les premières secondes de l’annonce qui vont être déterminantes dans la manière dont le patient va vivre sa maladie. Par exemple, une étude de cohorte réalisée en Suède a ainsi pu démontrer le lien entre un diagnostic de cancer et le risque immédiat de suicide ou de décès d’origine cardiovasculaire (Fang et al., 2012). Ainsi, le taux de suicide au cours de la première semaine est 12.6 fois plus important chez les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer que chez les individus sains (IC95%) et 3.1 fois au cours de la première année (IC95%), principalement lorsque le cancer est de pronostic sombre et ce, quels que soient l’âge, le sexe ou la période. Quant au risque de décès cardio-vasculaire, il est 5.6 fois plus important pendant la première semaine (IC95%) et 3.3 fois plus important au cours du premier mois (IC95%), progressant avec l’âge et la nature péjorative de la maladie.

Cette annonce a un effet fondateur de la relation médecin-patient. C’est dès cet instant que se crée un « *pacte de soins basé sur la confiance* » (Ricoeur, 2001) et sur la morale déontologique et téléologique. Ce médecin a donc une responsabilité plus que momentanée envers le patient puisqu’il ne s’agit pas d’un acte isolé sans conséquence ou discussion ultérieure (Buckman, 2001). Cette annonce exige une interactivité, un échange dans une écoute réciproque puisqu’elle constitue un acte thérapeutique à part entière. Bien dire, « *c’est d’abord écouter, concilier information, loyauté et humanité* » (Deschamps, 1988). Or, le patient est interrompu par le médecin en moyenne au bout de dix-huit secondes lorsqu’il raconte son histoire (Simpson, 2008).

Idéalement, le médecin désire que le patient supporte l’annonce de diagnostic, qu’il suive les traitements proposés et surtout qu’il accepte les perspectives d’avenir, notamment la plus redoutée qui est la mort (Keller, 2005). Tout se joue dans l’interaction, plus précisément dans l’interlocution, afin que « *l’instant de dire* » (del Voglo, 1997) puisse aboutir à une construction commune d’une représentation acceptable d’une réalité qui ne l’est pas, à partir du discours du patient et dans le vrai de sa maladie. En d’autres termes, c’est sur la dialectique que repose cette relation, c’est-à-dire dans la capacité du médecin d’entendre ce que lui dit le malade et de tenir compte du discours naïf de ce dernier sur sa maladie sans cliver la vérité et nier sa part subjective. Or, la parole médicale est souvent dévastatrice lorsqu’elle est destinée à un malade peu préparé à la recevoir. L’information se

place à un niveau individuel mais nécessite d'être placée dans contexte socioculturel, ou en d'autres termes, mettre en relation des concepts biomédicaux avec une logique populaire (Barreau et Tastet, 2007). Il semble que l'insatisfaction chez les patients concernerait davantage la manière dont l'information est communiquée, notamment lors de l'annonce, plutôt que sa quantité en elle-même (Kirk et al., 2004 ; Hagerty et al, 2005 ; Le Corroller-Soriano et al, 2008 ; Ganem et al., 2010).

Néanmoins, « *respecter l'autonomie d'un malade, c'est respecter son droit de savoir ou de ne pas savoir* » (Aubry, 2005). C'est à ce prix que le médecin pourra établir avec son patient « *une relation plus égalitaire, de solidarité et de respect réciproque* » (Oppenheim, 2008). Pour autant, il ne s'agit pas de laisser le patient dans une ignorance régressive.

III.1.2 – L'attitude du médecin dans l'annonce

Mc Henry et al. (2011) se sont intéressés au contexte d'annonce de mauvaise nouvelle et ont cherché à déterminer s'il existait des variations de débit de parole et de hauteur de voix chez les professionnels dans ce contexte bien précis. Pour ce faire, ils procèdent par enregistrement de consultation lors de laquelle le médecin transmet à un patient atteint de cancer une information qualifiée de neutre ou une information considérée comme une mauvaise nouvelle. Une première analyse consiste à étudier le débit de parole et la hauteur de voix sur un passage de 30 secondes. Puis des étudiants en orthophonie écoutent les échantillons et les évaluent selon trois critères, à savoir l'attention, le côté compatissant et la compétence. Ils ont pu démontrer que la totalité des professionnels, sauf un, a diminué le débit de parole et la majorité a baissé la hauteur de voix lors de l'annonce. Ils retrouvent par ailleurs une différence significative entre les caractéristiques non-verbales de l'orateur lors de l'annonce d'une nouvelle neutre ou mauvaise, le ton étant plus bas et le débit plus faible dans le deuxième cas, caractérisant un style plus attentionné et compatissant.

Une autre étude prospective néerlandaise menée par The, Hak, Koëter et al. en 2001 a montré que lors des échanges entre l'oncologue et le patient atteint de cancer (en l'occurrence dans cette étude un cancer bronchique à petites cellules), le médecin va avoir tendance à éviter les questions difficiles. Ainsi, lorsque le patient va aborder la question du pronostic, le médecin va plutôt se centrer sur les résultats des traitements et évoquer le pronostic uniquement si ce dernier a une conséquence directe sur la prise en soin tel qu'un arrêt de traitement par exemple. Cet évitement et cette collusion peuvent avoir pour effet d'engendrer un espoir de guérison inapproprié chez le patient. Cependant, pour les patients ayant un pronostic réservé, la connaissance d'un délai de survie

inférieur à six mois les amène à demander un arrêt de traitements au profit de soins de support et de soins palliatifs (Weeks, 1998).

Généralement, les patients veulent connaître le stade de la maladie, les conséquences physiques et fonctionnelles ainsi que le pronostic. Ils demandent également à avoir des informations concernant le projet thérapeutique envisagé et ses effets (Kilburger, 2012).

Les patients atteints de tumeurs cérébrales attendent davantage d'informations détaillées de la part de leur médecin (Arber et al., 2010), tant sur le plan des effets psychologiques / cognitifs (fatigue, insomnie, troubles psychologiques) (Rozmovits et al., 2010 ; Molassiotis et al., 2010) que sur les effets physiques (troubles fonctionnels, modification de l'image du corps, ...) (Lepola et al., 2001).

La difficulté la plus fréquemment rapportée par les médecins, qu'ils soient débutants ou séniors (Shanafelt et al., 2012), se situe dans le fait de devoir transmettre une information douloureuse tout en étant « gentil » et en conservant l'espoir chez le patient. Notons en outre que dans 90% des cas l'évocation du diagnostic est réalisée par des non-oncologues (Ganem et al., 2010). Il s'agit d'un véritable dilemme « vérité vs espoir » (Begley et Blackwood, 2000), notamment lorsqu'il s'agit d'aborder le pronostic (Wallace, Hlubocky, Daugherty, 2006 ; Lamont, Christakis, 2001) et que cette maladie est à évolution rapide avec une espérance de vie courte (Marcoux, 2012). Il y a souvent un déplacement de l'anxiété du médecin annonceur vers le patient receveur de cette annonce. Un paradoxe que relève parfaitement Reich (2004) concerne cette « double personnalité » attribuée à ce médecin qui représente à la fois le bien, à savoir apporter les soins et en même temps, le mal, lors de l'annonce de la maladie grave. Il invite selon lui ainsi sur la scène psychique le célèbre duo si évocateur, à la fois le bourreau Mister Hyde et le consolateur Docteur Jekyll. En d'autres termes, les médecins doivent se situer entre les principes éthiques d'autonomie, de bienfaisance et de non-malfaisance, d'autant que cela répond aux exigences formulées par les patients eux-mêmes (Cf. Etats Généraux des patients atteints de cancer, 2002).

Si les recommandations ou les guides de bonnes pratiques (INCa, 2005 ; HAS, 2008 ; INCa, 2012) insistent sur le fait qu'il est nécessaire que l'annonce d'un diagnostic et d'un pronostic soit réalisée de manière honnête, dans un langage simple et sans être brutal, aucun ne donne des outils linguistiques permettant d'y arriver naturellement. La plupart de ces guides s'appuient davantage sur des questionnaires ou des enquêtes que sur des enregistrements audio ou vidéo.

Del Vento et son équipe (2009) proposent alors une solution linguistique, à savoir l'utilisation du langage implicite. Ce langage consiste à déduire le sens du contenu des actes de langage formulés par le locuteur (Vanderveken, 1988 ; Ghiglione & Trognon, 1993). Ainsi des chercheurs ont démontré que dans le cadre de

l'annonce de diagnostic à un patient, le médecin utilise en permanence ce type de langage. Classiquement, le langage implicite est utilisé pour adoucir l'impact d'une demande, d'un ordre ou d'une critique.

- actes de langage indirects : « *peux-tu me passer le sel ?* » au lieu de « *passe-moi le sel* »
- voix passive sans agent : « *il est proposé que...* » plutôt que « *nous proposons que...* »
- litotes : « *pas mauvais* » plutôt que « *bon* »

L'utilisation préférentielle de ce langage oblige le récepteur à s'appuyer sur le contenu conversationnel ou sur les formes conventionnelles pour comprendre ce que le locuteur laisse entendre.

Néanmoins, les auteurs précisent que le langage implicite ne signifie pas langage mensonger, dans le sens où les messages implicites transmettent aussi bien que les messages explicites les informations nécessaires à la compréhension par le locuteur.

Concernant les termes utilisés pour aborder le diagnostic, le langage implicite se présente ainsi :

- euphémismes : « *tumeur* », « *état* », plutôt que « *cancer* » ou « *métastase* » (*termes néanmoins utilisés en premier lieu*)
- pronoms démonstratifs pour éviter de répéter le terme explicite (« *ex : nous ne serons pas en mesure de vous débarrasser de cela* »)
- solliciter le terme explicite chez le patient

Pour évaluer la gravité de la mauvaise nouvelle, l'emploi du langage implicite prend cette forme :

- euphémismes : « *un peu décevant* » ou « *sérieux* » plutôt que « *terminal* »
- litotes : « *ce n'est pas une superbe nouvelle* » plutôt que « *c'est une mauvaise nouvelle* »

Pour confirmer la mauvaise nouvelle, le médecin utilisant le langage implicite s'exprimera ainsi :

- expressions vagues : « *Selon les examens, il semble que vous ayez...* » ou « *c'est probablement...* » plutôt que « *Les examens concluent avec certitude...* »
- dénégation personnelle : « *Il pourrait s'agir d'un cancer, malheureusement. Je veux dire, ça n'a pas été biopsié, nous n'avons pas de tissu pour le confirmer.* »

Toujours pour Del Vento et al. (2009), le médecin qui doit faire référence au patient dans la transmission de mauvaises nouvelles s'y prendra ainsi :

- un article au lieu d'un pronom personnel : « *Le cancer du côlon* » au lieu de « *Vous avez un cancer dans votre côlon* ».
- termes génériques ou impersonnels reliant indirectement la maladie au patient : « *C'est un cancer* » au lieu de « *Vous avez un cancer* »

Enfin, les formes de langage implicite pour que le médecin s'implique en tant que locuteur de la mauvaise nouvelle sont les suivantes :

- se désidentifier de la source de l'information : « *Ces deux examens indiquent que les lésions sont probablement cancéreuses* » plutôt que « *J'ai une nouvelle...* »
- demande au patient s'il souhaite entendre la nouvelle

Les mêmes auteurs ont a contrario démontré que pour transmettre une bonne nouvelle, les médecins utilisent exclusivement un langage explicite, en nommant précisément le patient et en s'identifiant en tant que locuteurs de la source d'information.

Avant l'annonce, l'anxiété semble liée à l'anticipation des réactions incontrôlables des patients et de leurs proches. Lors de l'annonce, la difficulté à gérer la situation conduit les praticiens à se sentir mal à l'aise et la souffrance perçue des patients les touche alors de plein fouet. Après l'annonce, ils ressentent un soulagement, un relâchement physique et mental. C'est pourquoi lors de l'annonce, les médecins utiliseraient de manière privilégiée la suppression expressive, c'est-à-dire qu'ils s'efforceraient de dissimuler leur anxiété, leur impuissance et leur tristesse aux patients. En outre, ils mettraient davantage en œuvre des stratégies centrées sur le problème en se concentrant sur l'annonce et sur la complexité du dossier du patient. Après l'annonce, les médecins réguleraient leurs émotions grâce aux stratégies centrées sur l'émotion comme la distraction, ou alors ils vont trouver du soutien auprès des pairs (Desauw, 2009).

Michel Reich (2008) propose une analyse intéressante autour de la personnalité et plus particulièrement du *Locus Of Control* (LOC) conceptualisé par Rotter en 1966. Ce terme désigne une croyance générale selon laquelle les événements de vie peuvent être contrôlés soit par des actions individuelles et personnelles (LOC interne), soit par des forces externes telles que la chance ou le destin (LOC externe).

Les patients ayant un LOC interne élevé avec un fort besoin de maîtrise, auront la nécessité d'obtenir des informations complètes et précises pour supporter la réalité alors que les patients ayant un fort LOC externe préféreront ne pas trop recevoir d'informations et s'en remettront plus aisément à leur médecin (Reich, 2008).

Il pense également que la personnalité du médecin conditionne amplement la manière d'annoncer la maladie, en influençant le mode de communication. Un médecin ayant un fort LOC externe privilégiera la transmission d'informations plus sûres, moins prédictives (Libert, Janne, Razavi et al., 2003). Il se montrera par ailleurs plus empathique, réassurant (Libert, Merckaert, Reynaert et al., 2006). A l'inverse, un médecin avec un LOC interne élevé aura tendance à fournir des informations plus incertaines.

III.1.3 – La dimension contextuelle de l'annonce

En outre, cette interaction langagière entre le médecin et le patient est complexifiée par le contexte environnemental et émotionnel entourant l'annonce d'une maladie grave, le niveau intellectuel et cognitif du patient, par les aptitudes techniques et relationnelles du médecin et par la volonté commune de parler et s'entendre. Précisons dès à présent que 60% des patients sont tout à fait satisfaits de l'information donnée par le médecin lors de la consultation d'annonce et qu'ils sont 95% à se sentir en confiance (Ganem et al., 2010).

Annoncer une maladie grave oblige à voir la temporalité sous différents aspects et commence par un principe fondamental, à savoir celui de « prendre du temps » et « prendre son temps ». Plusieurs temps se percutent, se chevauchent ou se lient lors de l'annonce. En effet, une chronologie physiologique propre au patient se plaque d'emblée à une chronologie histopathologique liée à la maladie, ces deux temps se mêlant à une temporalité plus complexe à saisir, en l'occurrence ce temps psychique vital dans le processus d'annonce. Celui-ci débute dès les premiers mots prononcés, dès le diagnostic posé et se manifeste fréquemment par une sorte de sidération, de déni défensif, ou d'amnésie lacunaire (Delaporte, 2001) ayant pour unique but la survie psychologique du patient face à un événement extérieur d'une violence extrême, même si initialement cette catastrophe est vécue par personne, puisque le Moi s'évanouit et se soustrait à la réalité, ce temps catastrophique (Le Poulichet, 1994) aspirant le passé et l'avenir en dénudant la surface du Moi (Caron, 2008).

Un second temps, qualifié d'assimilation, permet au patient d'intégrer le discours médical et de prendre progressivement conscience de cette néo-réalité, parfois soudaine et même inimaginable.

S'ensuit alors un temps d'adaptation, plus ou moins long, dans ou par lequel le patient va pouvoir se projeter dans un autre temps, plus lointain et forcément incertain qui est celui des traitements et de l'évolution de la maladie elle-même.

Puis, un autre temps, plus insidieux mais pourtant bien réel, concerne ces deuils à faire, à vivre à travers les pertes plurielles (professionnelle, sociale, familiale, etc.) dues à la présence de la maladie dans le quotidien, dans la vie. Du point de vue des professionnels, à ces temps s'ajoute celui lié à la matérialité concrète, en d'autres termes ce temps après lequel nous courrons sans cesse, ce temps toujours insuffisant, condensé, frustrant et malmené parfois par une dimension administrative et par la nécessité de rendement liée à la tarification à l'activité (T2A). Une enquête réalisée en 2002 par la Ligue contre le Cancer auprès des 58 établissements impliqués dans la mise en œuvre du dispositif d'annonce a montré qu'une consultation d'annonce durait en moyenne entre 34 et 70 minutes, ce qui a amené les guides de bonnes pratiques à estimer idéalement ce temps à 30 minutes. Or, il n'y a pas forcément de durée « idéale » (Ganem et al., 2010).

Michel Reich (2008) présente plus finement les trois moments clés de l'annonce. Il existe selon lui une période d'évaluation de l'état psychologique du patient et de ses proches et de leur capacité à recevoir et comprendre les informations. Ensuite, l'annonce est réalisée de manière claire et brève puis s'ensuit une période « d'empathie » pour conclure sur les propositions thérapeutiques. En d'autres termes, il propose de s'appuyer sur les techniques de la relation d'aide pour procéder à une annonce de diagnostic et plus particulièrement, d'appliquer trois concepts clefs pour y parvenir (Manoukian, Masseboeuf, 2001).

En premier lieu le médecin devrait accueillir son patient sans jugement, sans a priori et sans crainte, c'est-à-dire faire preuve d'« acceptation positive inconditionnelle » (Rogers, 1942). Il devrait ainsi comprendre les réactions émotionnelles et psychologiques du patient pour mieux aider ce dernier à les gérer et les dépasser. Deux programmes européens (Pays Bas, Italie, 2014) cherchent ainsi à fournir au médecin un outil de « profilage psycho-émotionnel » permettant de mieux appréhender le patient dans sa singularité et ainsi adapter autant que faire se peut la forme de l'information transmise. L'équipe de Milan propose par exemple au patient via une tablette mise à disposition dans la salle d'attente de remplir un questionnaire constitué d'items tirés d'échelles de dépression – anxiété (HADS) pour qu'au moment de la rencontre avec le médecin, ce dernier ait instantanément une connaissance – élémentaire – du profil du patient concernant ces dimensions. Ainsi, il pourra adapter son attitude afin d'être au plus proche des capacités émotionnelles du patient dans ce contexte difficile.

Le médecin devrait également se montrer à son patient tel qu'il est, humain, et donc nécessairement animé par ses propres réactions psychologiques. Cette authenticité signifie qu'il existe une congruence entre l'idéal de soi (Moi-idéal) et l'idéal du moi vécu (Moi-vécu) par le médecin (Rogers, 1942). C'est enfin à travers l'empathie que le médecin sera au plus près des émotions du patient sans pour autant être dans une fusion avec lui. Or, le plus souvent, souhaitant aider au mieux son patient et poussé par des critiques sociétales qui lui reprochent d'être devenu inhumain, le soignant fait plutôt preuve de narcissisme relationnel,

pensant accéder à une compréhension de l'autre en cherchant à se mettre à sa place mais n'étant au final que subjugué devant le reflet de son image erronée tel Narcisse devant son reflet dans la fontaine, rappelant alors cette fleur, le narcisse, dont le nom puise son sens dans le grec « Narkè » (narcose) et à qui on reconnaissait le pouvoir d'endormir même les divinités.

Etant donné qu'il sera toujours illusoire de penser que nous pouvons nous mettre à la place de l'autre, il est alors indispensable de rester à sa place et surtout d'autoriser l'autre à être à sa place. Dans ce sens, l'affectivité qui consisterait à ressentir ce que vit l'autre, sera toujours nuisible à la relation, alors que cette chaleur humaine, inhérente au respect de l'autre dans sa légitimité à éprouver les choses, va réchauffer la relation, au lieu de l'étouffer et sera donc à privilégier.

Dans cette perspective, Buckman (1992) propose un « protocole en six étapes » :

1. préparation à l'entretien d'annonce
2. recueil des connaissances du patient sur sa maladie
3. recueil des volontés du patient en termes d'informations
4. transmission de l'information = annonce du diagnostic
5. soutien émotionnel du patient
6. résumé de la rencontre et perspectives d'avenir

Dans la phase d'accompagnement à l'annonce, le médecin doit s'appliquer à savoir ce que le patient connaît déjà ou suppose de son état, puis il devra faire une entrée de l'information de telle sorte que le patient comprenne que cette dernière n'est pas bonne, en précisant par exemple la crainte que la situation soit plus sérieuse que ce qui était espéré (Molley-Massol, 2004). Il s'agira après cela d'attendre que le patient exprime ou manifeste une demande d'en savoir plus, d'en connaître davantage puis de le laisser silencieux, pensif pour finalement encourager l'espoir, amorcer le combat et délivrer le schéma thérapeutique.

Durant ces étapes, le médecin doit, en parallèle à la communication verbale, utiliser la communication non-verbale en adoptant par exemple une posture adéquate. Pour compléter ces « recommandations », il faut ajouter qu'il est nécessaire d'éviter les termes ambigus souvent générateurs de confusion et de désinformation et également, de ne pas employer des termes trop techniques (Dauchy, 2008).

Face aux réactions émotionnelles du patient, le médecin doit davantage s'intéresser à leur caractère inhabituel qu'à leur intensité, en n'oubliant pas les différences interindividuelles au niveau du vécu des émotions.

En cas de sidération, le médecin pourra alors demander au patient si l'information qu'il vient de lui donner correspond à ce qu'il s'était représenté de la maladie éventuelle dont il souffre.

Plusieurs études montrent que les femmes atteintes d'un cancer du sein déplorent le manque réel de communication entre elles et leur oncologue (Wright, Holcombe, Salmon, 2004). Les attentes de ces patientes vis-à-vis de leur oncologue dépassent largement la compétence purement médicale. Ces femmes souhaitent que leur médecin respecte leurs réactions afin d'établir une véritable relation de confiance mutuelle et qu'ils les impliquent ainsi dans toutes les prises de décision, notamment thérapeutiques (Mallinger, Griggs, Shields, 2005).

Le Figaro, dans un numéro de février 2015, fait savoir qu'« un médecin britannique atteint d'un cancer incurable mobilise les réseaux sociaux pour promouvoir le devoir de compassion des médecins envers les malades ». Le journal explique qu'« il y a 3 ans, quand le Dr Kate Granger, 31 ans, est diagnostiquée d'un sarcome, un type de tumeur assez rare, elle découvre l'envers du décor du monde hospitalier. Les séances de chimiothérapie se succédant, cette praticienne hospitalière partage pour la première fois le quotidien de patients et ce qu'elle voit ne lui plaît pas du tout ». Le Dr Granger a ainsi déclaré à la BBC : « Après avoir observé les comportements du personnel soignant, j'ai réalisé que la plupart d'entre eux ne se présentaient pas lorsqu'ils me rencontraient, ou pire, n'avaient même pas le souci de connaître mon prénom ». Le Figaro ajoute que « le médecin qui lui annonce son diagnostic ne prend même pas la peine de dire «bonjour», ni de la regarder dans les yeux, se souvient la jeune femme », et indique qu'« après 2 ans de traitement, exaspérée qu'on se réfère à elle comme «le lit n°7», Kate Granger décide de lancer une campagne baptisée: «Hello, my name is...» (Bonjour, je m'appelle...) où médecins et patients se photographient avec leur prénom inscrit sur une pancarte avant de diffuser le cliché sur les réseaux sociaux. La campagne incite les professionnels de santé à adopter une attitude plus compatissante envers les patients ». Kate Granger a précisé qu'« il ne s'agit pas seulement de connaître le nom de quelqu'un, c'est beaucoup plus profond. Il s'agit de créer un contact humain, de commencer une relation thérapeutique fondée sur la confiance pour éviter que l'hôpital ne devienne une usine à patients ». Le journal indique que « la jeune femme se trouve aujourd'hui en phase terminale sans espoir de rémission mais espère que son témoignage «permettra de mettre la question de la compassion au cœur des soins de santé car il y a des preuves qui montrent que cela améliore la situation des patients» ». Le Figaro observe que « le mouvement s'est répandu comme une traînée de poudre sur les réseaux sociaux et en l'espace de 2 ans, plus de 500.000 médecins, infirmiers, brancardiers ou réceptionnistes se sont engagés à «humaniser» les relations soignant patient, s'affichant sur Twitter avec le hashtag #hellomynameis ».

Le quotidien relève qu'« en attendant l'arrivée de cette campagne en France, le Collectif interassociatif sur la santé (CISS), qui défend les droits des malades, affirme que «la question de l'humanisation des soins passe par l'acquisition d'une reconnaissance toujours plus importante des droits des patients, notamment avec l'adoption de la loi Kouchner de 2002, exigeant le respect de la dignité de la personne malade» ».

Enfin, nous constatons souvent que la consultation se termine avec la dictée, par le médecin, du courrier médical, ce qui est approuvé par près des deux-tiers des patients (Mc Connel, Butow, Tattersall, 1999).

III. 2 - LA QUESTION DE LA FORMATION DES MEDECINS AUX TECHNIQUES DE COMMUNICATION



10

¹⁰ *Hippocrate rendant visite à Démocrite*. Pieter Lansmann (1583-1633), tableau exposé aux Beaux-Arts de Lille.

III.2.1 – Situation de la formation médicale actuelle

Dans de nombreux pays se retrouve la même question : comment permettre aux médecins de trouver les armes pour réaliser une annonce qui offrirait au patient à la fois une information suffisamment précise pour comprendre et saisir la réalité ainsi que les conditions nécessaires et suffisantes pour réussir à survivre et se projeter, malgré cette réalité, dans un avenir à présent modifié dans sa perception fantasmagorique et réelle ? Les médecins ont eux-mêmes souvent tendance à regretter un manque de formation aux techniques de communication dans leur cursus (Heinrich, 2012), notamment dans le cadre de l'annonce de diagnostic de maladie grave (Finset, Ekeberg, Eide et al., 2003 ; Grassi, Giraldi, Messina et al., 2000), pensant trouver là une explication légitimant leur difficulté grande d'informer le patient (Berthelard, 2008). Ils affirment en outre qu'ils s'engageraient à suivre de tels modules s'ils étaient proposés (Roberts, Benjamin, Chen et al., 2005). Les étudiants en médecine eux-aussi font part d'une insatisfaction généralisée sur leur formation et leur apprentissage clinique (Roques et al., 2014). Il en est de même pour l'annonce de mauvaise nouvelle, contrairement aux pays anglo-saxons et en Belgique où la communication fait pleinement partie des disciplines enseignées dans les facultés de médecine (Baile, 1999; Delvaux, Razavi et al., 2004 ; Fallowfield, Jenkins, 2006). Les médecins seniors semblent eux-mêmes en attente de telles formations (Shanafelt, 2005), d'autant que l'arrêté du 23 avril 2013¹¹ relatif à l'obtention du DFSAM stipule que la communication est au cœur de la formation médicale.

Nous considérons que les médecins hospitaliers assumeront entre 90 000 et 130 000 entretiens cliniques au cours de leurs carrières (Ong, 1995) et la plupart, que ce soit dans un cadre hospitalier ou libéral, aura à annoncer des cancers (Guillou, 2008). Chaque malade, chaque maladie va provoquer des réactions singulières dont la source est à rechercher dans l'inconscient du médecin. C'est pourquoi Michel Balint (1966/79) considère que la psychanalyse en tant que théorie du fonctionnement psychique est la seule qui met en évidence les éléments cachés derrière les réactions des médecins face au malade atteint de cancer (Bacque, 2011). Il estime ainsi comme fondamentale la formation psychologique des médecins pour permettre la reconnaissance de l'impact psychique en médecine. Réfléchir entre pairs sur sa pratique favorise à la fois un apprentissage à l'écoute de l'autre mais également une reconnaissance de ses propres réactions dans le discours ou les attitudes de ses collègues.

Des études récentes montrent que l'entraînement par jeux de rôle ou par simulation améliore le sentiment d'efficacité personnelle, leurs compétences d'écoute de compréhension et de reformulation (Kissane et al., 2012).

¹¹ JORF n° 0095 du 23 avril 2013, texte n° 30, Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales, NOR : ESRS1308333A

Il est sans doute nécessaire d'interroger en amont le sens premier des concepts qui nous intéressent ici, à savoir celui d'annonce et de communication pour peut-être percevoir avec plus de finesse les raisons des manques attribués aux médecins dans ce domaine.

Tout d'abord intéressons-nous au verbe *annoncer*. Du latin *adnuntiare* ou *annuntiare* (Sénèque, *Dial.*, 7, 28, 1 ds *TLL s.v.*, 787, 82), annoncer signifie « *porter à la connaissance de quelqu'un* », ou encore « *prédire* » (Tertullien, *Fug.*, 1, *ibid.*, 788, 45). Alors, le présupposé selon lequel la relation s'instaurerait entre les deux acteurs en présence, à savoir le médecin et le patient, apparaît critiquable. Tout comme une annonce faite dans un aéroport à travers un microphone, l'annonce formulée dans un contexte de consultation médicale ne constitue pas en soi un dialogue. Si la loi Kouchner de 2002 permet au patient de savoir, elle lui donne également le droit de ne pas savoir. Or, lorsque le médecin réalise une annonce, il ne peut préjuger de prime abord de ce que le patient désire savoir ou au contraire ne pas savoir. Il s'agit alors pour ce professionnel de penser le « *bon ou le juste moment* », ce *kairos* qui constitue selon Jankélévitch (1957) le point de basculement décisif, avec une notion d'un avant et d'un après, l'instant d'inflexion. C'est précisément là que le médecin souffre, hésite, puis se lance en essayant autant que faire se peut de ne pas faire trop de dégâts, d'être au plus près des attentes et capacités du patient et ainsi de se décharger d'un savoir devenu trop lourd à porter mais pourtant complexe voire impossible à délivrer. Alors, si nous regardons de plus près le sens du verbe « *communiquer* », celui-ci vient du latin *communicare*, ce qui signifie « *être en relation avec* ». Il s'agit donc bien d'établir un champ d'intersubjectivité, une *gestalt* constituant un support de la rencontre de deux sujets dans un espace-temps donné (Stiefel, 2014) et l'émergence d'un sujet patient et d'un sujet médecin au sein de cette relation (Stiefel & Bourquin, 2014).

III.2.2 – Analyse critique des formations aux aptitudes à la communication, communément connues sous les termes « *communications skills trainings* » (CSTs)

Ces formations sont de plus en plus fréquentes au sein des formations médicales à l'échelle internationale (Boulé et al., 2005 ; Pottier et al., 2013 ; Layat Burn C., 2013 ; Razavi et al., 2000). Elles sont même devenues obligatoires en Suisse dans le domaine de l'oncologie (Stiefel, Bernhardt, Bianchi et al., 2011 ; Kissane, Bylund, Banerjee et al., 2012 ; Moore, Rivera Mercado, Grez Artigues, Lawrie, 2013 ; Bourquin, Stiefel, Bernhardt et al., 2014).

Si d'une manière générale ces CSTs diffèrent quant à la durée, le contenu, les méthodes utilisées, les effectifs des participants et la profession de ces derniers, il semble que ces programmes devraient prendre la forme de cours approfondis obligatoires sur trois jours donnés à des petits groupes afin d'aborder des thèmes précis comme la détection de la détresse sociale ou l'abord des options thérapeutiques (Stiefel, Barth, Bensing et al., 2010). Il s'agirait d'enseigner comment structurer un entretien, organiser l'échange d'informations, répondre aux émotions du patient et d'établir une relation de confiance afin de favoriser l'adhésion du patient. Or, certains modèles tels que SEGUE Framework (Makoul, 2001) ou Four Habits Model (Frankel, Stein, 1999 ; Frankel, Stein, Krupat, 2003) apparaissent trop stricts et exagérément standardisés et ne permettent pas de faire émerger la singularité du sujet. Une autre question concerne la possibilité – ou l'intérêt – d'enseigner ou d'améliorer une aptitude communicationnelle. En effet, l'aptitude relationnelle ne peut se réduire à une conduite figée et reproductible tant elle va dépendre de l'autre et de l'espace communicationnel créé. Salmon & Young (2011) montrent ainsi qu'« un contact visuel » ne peut être jugé adapté que par le patient qui se trouve face à ce médecin et non devenir une aptitude acquise par ce dernier.

D'autres programmes de formation tels que SPIKES (Baile, Buckman, Lenzi et al., 2000) composé de six étapes, ou encore NURSE (Smith, 2002) à travers cinq étapes, ont pour objectif d'enseigner l'empathie mais ont pour biais majeur et regrettable la mise en œuvre de discours uniformes remplis de sollicitude mais ne respectant pas forcément le souhait du patient d'aborder son ressenti.

Ces programmes semblent répondre aux demandes fréquentes des médecins d'avoir des guidelines, des protocoles ou à défaut des recommandations de bonnes pratiques dont le seul but est très certainement de contrer une angoisse latente d'entrer en relation vraie avec le patient (Bourquin et al., 2013, 2014). Une étude montre ainsi que les médecins utilisaient souvent des formules types pour aborder la dimension émotionnelle lors de la consultation et prononçaient des énoncés codés pour clore la consultation ou interrompre le discours du patient (Ishikawa et al., 2002).

Le processus intersubjectif oblige pourtant le médecin à être lui-même et les caractéristiques de ce dernier influent bien aisément sur la communication avec les patients (De Vries et al., 2014). C'est sans doute en abordant davantage dans ces programmes de formation les facteurs tant intrapsychiques que contextuels que les – futurs – professionnels parviendront à créer cette relation teintée de confiance avec leur patient, bien plus qu'en leur donnant de manière plaquée et presque « déshumanisée » des outils trop imprécis et abstraits (Stiefel, 2014). Les bonnes pratiques posent problèmes dès lors qu'elles prennent le pas sur le dialogue (Ameisen, 2015).

De nouveaux programmes de formation en communication apparaissent alors dans les universités de médecine et les établissements de santé puisqu'il est aujourd'hui devenu évident qu'un simple apport théorique, aussi riche et dense soit-il, ne peut être suffisant et utile dans ce domaine. Ces formations prennent la forme d'un apprentissage actif, individualisé et sécurisé, à l'instar du programme FormAnons développé au sein du centre de coordination en cancérologie (3C) du CHU d'Angers (Hureaux. Et al., 2012) ou celui de Brest (Balez, 2013 ;

2015). Des acteurs mettent en scène des scénarios validés par des médecins séniors en fonction des spécialités concernées puis les apprenants sont mis en situation. Ces simulations sont filmées afin d'être immédiatement reprises lors d'un debriefing pour faire le point sur le ressenti, les modalités et le vécu de l'entretien. Il est ainsi possible de percevoir l'implication du vécu personnel, les contre-transferts excessifs, l'identification et tous les autres mouvements psychiques inconscients en œuvre dans ce temps si particulier. Ces programmes doivent alors être attentifs aux aspects éthiques et psychologiques des situations jouées avec une écoute a-posteriori des apprenants – et des sujets acteurs ? – tant ces simulations, pour être vécues, se retrouvent intriquées au réel (Gaba, 2013).

Une étude récente (Rouby et al., 2014) a démontré que les formations basées sur les recommandations de la Conférence Européenne de consensus de 2009 sur le déroulement d'un programme de formation à la communication en oncologie (Stiefel et al., 2010) permettaient, dans le cadre de situation duelle, une augmentation significative du sentiment d'auto-efficacité chez les médecins, avec une amélioration perçue des capacités de communiquer et de gérer le stress. Lorsque le patient est accompagné d'un proche en consultation, les résultats montrent une augmentation encore plus grande du sentiment d'efficacité personnelle et ce, tant chez les médecins séniors que juniors. Il semble néanmoins que la satisfaction moyenne, en situation duale, diminue chez les jeunes médecins, ce qui semble être causé par une surestimation de leur communication et une prise de conscience de la réalité après la formation (Rees et al., 2003). Cette diminution ne se retrouve pas en situation triangulaire, très certainement parce que les médecins estiment d'emblée que la présence du proche est déjà en soi une difficulté supplémentaire et ont donc tendance à être moins sûr d'eux. (Rees et al., 2003).

Ce programme comporte trois séances de quatre heures et aborde à la fois des notions théoriques sur la communication en cancérologie, des études de cas filmés et apportés par les participants, des simulations et un temps de débriefing et d'échanges.

Une revue critique de 2003 de la littérature sur plus de 35 ans (Issenberg et al., 2005) met en avant le fait que la simulation doit être incluse dans un formation globale et reproduire autant que faire se peut des situations cliniques variées avec une confrontation à une difficulté croissante. Par ailleurs, l'acte de debriefing est une étape primordiale dans ces sessions de formation.

III.2.3 – Place des patients dans la formation

Une solution peut sans doute venir des patients eux-mêmes car finalement, qui d'autre que ces derniers sont en mesure de faire un retour – non objectif mais au contraire intime - sur le vécu de la consultation d'annonce ? C'est en partie la motivation de notre travail mais nous avons déjà en notre possession des

témoignages forts de patients qui nous permettent d'avoir un regard critique sur la pratique. Ces témoignages de patients faciliteraient la formation des soignants (Bacqué, 2014). Plusieurs initiatives existent d'ores et déjà et le discours des patients intègre de plus en plus l'univers « savants », notamment avec l'invitation de malades à témoigner lors de congrès ou colloques nationaux et internationaux. En Angleterre, Mitchell propose une application sur Smartphone permettant le visionnage de patients atteints de cancer et d'autres vidéos du même genre circulent sur Internet (Mobasheri et al., 2014). Les patients parlent aux patients. Ce groupe social prend place dans le discours politique et conduit les professionnels à tenir compte des attentes des patients dans leurs pratiques de la médecine. Dès lors, entendre, écouter les paroles des malades donne des pistes de réflexion quant à la façon d'être à tous les instants de la maladie, de l'entrée à l'issue, que celle-ci soit heureuse ou au contraire fatale.

En interrogeant les patients quant à leur vécu de l'annonce de leur cancer, Cattan (2004) a pu révéler quatre déterminants de la qualité relationnelle perçue, à savoir une connaissance mutuelle préalable entre le médecin et son patient, la prise en compte de l'entourage par le médecin, le respect par ce dernier de la volonté du patient de connaître la vérité et surtout la réalisation de cette consultation dans un cadre propice. Sur ce dernier point, il s'agit pour le médecin de faire preuve d'empathie et de disponibilité, d'annoncer la maladie de manière claire et progressive, sans excès d'informations, de favoriser la présence des proches lors de l'annonce, à la condition que le patient le souhaite (Buckman, 2001 ; Baile et al., 1999) et surtout de rester honnête vis-à-vis du patient et de son entourage. Une annonce échelonnée, par étapes, permet au patient de tenter d'apprivoiser l'impensable, ménageant des temps d'attente incertaine. Il est ainsi à noter que la mise en œuvre du dispositif d'annonce a eu un impact positif auprès des patients en proposant notamment un temps d'écoute soignant, discours médical plus adapté et des support d'informations utiles (Ganem et al, 2010).

Plus récemment, Kilburger (2012) dans sa Thèse de Médecine Générale, a montré que les patients appréciaient généralement d'être accompagnés par un de leur proche (conjoint ou autre membre de la famille), ce dernier constituant un soutien nécessaire dans ce temps particulier. Cependant, cette présence n'apparaît pas comme une évidence pour tous les patients, certains préférant informer eux-mêmes leur entourage. Par ailleurs, les patients qui considèrent que cette annonce doit être réalisée par le médecin traitant, mettent en avant la meilleure connaissance médicale et humaine les concernant alors que ceux qui estiment qu'il est préférable que l'annonce soit faite par le spécialiste pointent à la fois la compétence spécifique mais également cette non connaissance – et ainsi cette non implication personnelle voire affective - de ce professionnel.

III.2.4 – Place de l'imagerie

Pour compléter ces éléments d'informations relatives au « savoir-être », il est important d'aborder à présent la place de l'imagerie dans la transmission d'un diagnostic car celle-ci va pouvoir servir d'appui au médecin dans la délivrance de l'information. Le corps tient une place essentielle dans la vie psychique et constitue le lieu propice marquant le passage du statut d'être en bonne santé, vivant dans le « silence des organes (Leriche, 1936) à celui de malade, en proie à une inquiétante étrangeté. Cet ennemi, tapi à l'intérieur, n'induisant pas nécessairement de marque extérieure, va alors prendre forme lors de l'introduction des premiers traitements et de leurs effets sur ce corps (Estival, 2009), bien plus qu'à la simple énonciation d'un terme générique – cancer – ce dernier ayant en revanche un impact éminemment dévastateur sur le plan psychique tant il est porteur de sens pour le sujet humain (Saillant, 1990 ; Sarradon-Eck, 2004; Moulin, 2005; Aubry & Daydé, 2013). L'écart est parfois grand entre la perception des troubles et le diagnostic révélé (Fainzang, 2006).

Ainsi, s'appuyer sur l'imagerie médicale pour annoncer un diagnostic de maladie va favoriser la prise de conscience, par le patient et par ses proches, de la maladie. Cela vient en quelque sorte matérialiser le mal, en permettant alors d'en observer l'évolution, et tend à l'objectiver en le rendant rationnel à la fois sur le plan biologique mais également médical (Gori, 2004). C'est pourquoi, pour ces patients, ce processus de matérialisation, via un corps imagé, va aider à la compréhension, notamment en permettant une localisation claire ou une perception du volume tumoral.

Cependant, une capacité suffisante d'intériorisation reste nécessaire pour être en mesure de saisir le lien entre le cliché observé et la réalité objectale perçue en soi. Confier ces images au patient sans l'accompagner dans la lecture et l'interprétation risque d'être peu utile et provoquera au contraire l'apparition d'angoisses en lien avec une activité fantasmatique déjà largement sollicitée. Fournir un compte-rendu écrit offre une première aide de lecture en évitant « l'innocence sémantique » (Debray, 1992) de l'image, mais il apparaît plus opérant, pour faciliter la compréhension de la situation médicale par le patient, que ces images soient regardées lors de la consultation d'annonce avec le médecin, ayant alors une fonction médiatrice dans cette relation qui s'instaure à cet instant.

IV – ASPECTS CONTEXTUELS



En préambule, il est intéressant de rappeler qu'au niveau international, la **Convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine**, signée le 4 avril 1997 à Oviedo met en avant le droit à l'information du patient.

« Toute personne a le droit de connaître toute information recueillie sur sa santé. Cependant, la volonté d'une personne de ne pas être informée doit être respectée » (art. 10)

En outre, la **Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne**, signée le 7 décembre 2000 à Nice insiste sur l'importance du respect de la volonté du patient et du devoir d'information de la part du médecin.

« Toute personne a droit à son intégrité physique et morale. Dans le cadre de la médecine et de la biologie, doivent notamment être respectés le consentement libre et éclairé de la personne concernée, selon les modalités définies par la loi [...] ». (art.3)

IV.1 - EN EUROPE



IV.1.1 – En France

IV.1.1.1 – Avant 2004

Avant 2004, aucun cadre formalisé n'était appliqué dans le domaine de l'annonce de maladie grave. Chaque médecin la réalisait à sa manière, touchante, drôle, agressive, toujours pathétique, tant l'inconscient est aux commandes dans cette relation soignant – soigné (Van Meerbeeck, 2009). De ce fait, sans cadre structurant, l'annonce se résumait bien souvent ainsi : « Annonce mouvante, pressée, expéditive, abréactive, rétentrice ou fécalisée, dans laquelle l'intentionnalité informative, exhaustive et écrasante, laissera peu de place à la mise en latence interprétative du patient » (Ruiz, 2005).

Cependant, il ne faut pas négliger les prémises législatifs concernant les droits des malades et ce, 1930, avec les articles 1382 et 1383 du Code Civil renvoyant à la notion de responsabilité sans faute du fait des choses, puis l'arrêt Mercier du 20 mai 1936 qui précise qu' « *il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade du moins de lui donner des soins non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et réserve faite des circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; que la violation même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle* ».

Puis, c'est l'arrêt du 8 novembre 1955 qui viendra signifier au médecin l'obligation de l'obtention du consentement libre et éclairé du patient avant d'opérer toute intervention.

D'autres arrêts et décrets dans les années 1960 vont préciser cette notion de consentement libre et éclairé, en insistant explicitement sur l'obligation d'information du patient par le médecin. Par exemple, l'arrêt du 21 février 1961 précise que l'obtention du consentement se double d'une obligation d'information simple, approximative, intelligible et loyale (Saint-Dizier, 2012).

L'article 37 du décret du 28 juin 1979 précise que le médecin doit veiller à la bonne compréhension de ses prescriptions pour que le patient puisse prendre une décision en toute connaissance de cause.

En 1979 est inscrit un certain nombre de règles dans le code de déontologie des médecins, telle que « la volonté du malade doit toujours être respectée dans toute la mesure du possible » (art. 37 du décret du 28 juin 1979).

On observe dans les années 1990 un abandon progressif du modèle paternaliste longtemps dominant dans le système français. En définissant le concept d'éducation thérapeutique, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) rend ainsi le patient acteur de sa santé.

La première loi protégeant véritablement les patients est celle du 29 juillet 1994 (loi n°94-653 du code civil) qui est relative au respect du corps humain. D'après l'article 16 : « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité, et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de la vie ».

C'est en 1995 que le consentement des individus sera qualifié d'éclairé dans le code de déontologie médicale. L'essor fulgurant d'Internet rend accessible une quantité immense d'informations. Ce phénomène traduit un changement de mentalité et voit son expression à travers la loi du 4 mars 2002 autour de la transparence de l'information médicale et du désir du patient d'être mieux informé et plus impliqué dans les choix concernant les décisions médicales. Ainsi, l'enjeu dans la relation thérapeutique entre le médecin et le patient revient à « trouver la juste distance entre points de vue singuliers sur le front d'une compréhension partagée » (Ricoeur, 2001). En donnant au patient l'accès direct à son dossier médical, la loi de 2002 érige l'information au rang de véritable droit subjectif du patient (Hocquet-Berg & Py, 2006).

Ces pratiques font l'objet de recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) qui sont homologuées par arrêté ministériel (Hoerni, 2008). L'agence préconise dans un texte publié en 2000 qu'une « information loyale est une information honnête, une information claire est une information intelligible, facile à comprendre, une information appropriée est une information adaptée à la situation propre à la personne soignée ».

Suite au Plan Cancer et à l'échelon national, les procédures d'annonce du diagnostic de cancer se sont en partie standardisées et de nombreuses réflexions sont nées et ont donné lieu à diverses recommandations (Baile, 2000, 2002, Brédart, 2005 ; Clement-Hryniewicz, 2008 ; Fournier, 1999 ; Ruszniewski, 1995 ; Teutsch, 2003).

Concernant le code de santé publique, ce dernier affirme que toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (art. L. 1111-2) et que toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté

(art.L.1110-5, al 1) (Hocquet-Berg & Py, 2006). Il est ajouté que le patient doit être le premier destinataire de l'information (art.L.1111-2, al 3).

L'article L1111-2 de 2009 explicite ce point : «Toute personne a le droit d'être informé 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 et 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 (...). 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 ».

Dès lors, la forme va prévaloir sur la quantité d'informations à délivrer. Le problème devient plus le «comment dire » et non plus le « faut-il dire » la vérité (Weil M, Smith M, Khayat, 1994).

Ces questionnements renvoient à la notion d'autonomie tant exigée par la Société, mais pas nécessairement par le patient lui-même. Pour tenter d'éclairer cet aspect, il faut prendre le temps d'analyser la forme que prend la relation médecin – patient pour mieux comprendre le positionnement de chacun.

Prenant place progressivement face à un vieux paternalisme aujourd'hui banni par la loi, une autre conception consiste à attribuer au patient seul le pouvoir de décisions le concernant. Ce modèle informatif conduit le malade, autonome, à contrôler la prise de décision médicale (Reach, 2010). L'information s'appuyant sur l'evidence-based medicine est transmise au patient par le médecin, mais ce dernier ne fera en aucun cas état de ses préférences et ne connaîtra pas non plus celles du malade.

Entre ces deux modes de relation, nous pourrions observer une approche interprétative dans laquelle chaque protagoniste échange d'égal à égal. Le médecin ne cherche pas à s'identifier à son patient pour savoir ce qui est bon ou non pour lui et ainsi, il ne fait pas mention de ses préférences personnelles mais aide simplement le patient à trouver ses propres préférences au regard de sa position de malade.

Enfin, un quatrième modèle, qualifié de délibératif, s'apparente au modèle interprétatif décrit précédemment, mais inclut les préférences du médecin, ce dernier exprimant effectivement son opinion quant aux différentes options possibles. La loi du 4 mars 2002 s'appuie sur cette conception par laquelle le médecin doit tenter de persuader le malade de choisir telle ou telle option sans aborder l'aspect moral mais en s'en tenant à la dimension médicale.

Pourtant, si ce dernier modèle semble respecter l'autonomie d'un patient clairement informé dans ses choix, il arrive parfois que ce malade s'en remette au médecin – plus expert – pour décider, notamment lorsqu'il vient de recevoir une nouvelle qui l'anéantit et qui l'empêche de prendre part aux prises de décision (Tauber, 2005).

En 2013, l'HAS a réalisé un état des lieux autour de la notion de décision médicale partagée afin de faire le point sur le niveau de connaissances de ce concept, sur les outils existants favorisant ce processus auprès des patients et sur son application concrète en France. Ce concept est défini comme étant un échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient.

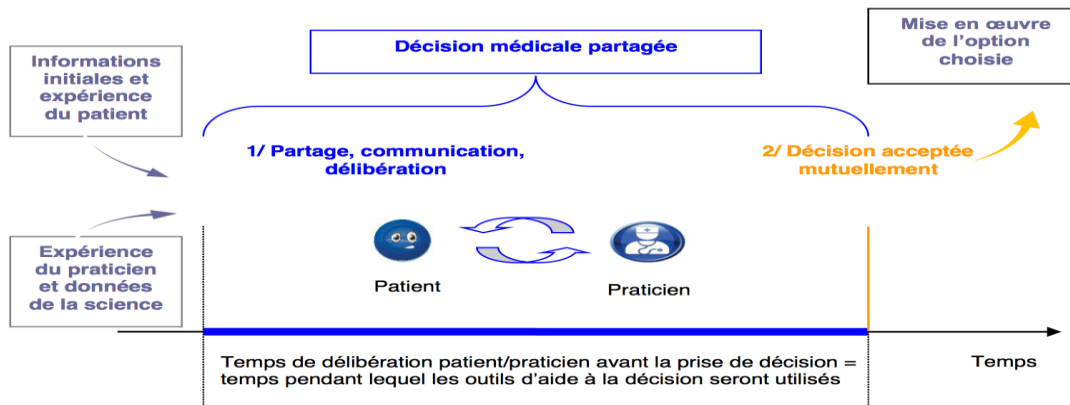


Figure 1. Processus de décision médicale partagée

12

IV.1.1.2 – 2004 : Mesure 40 du Plan cancer I : Le dispositif d'annonce

IV.1.1.2.1 – L'historique

En 1999, lors des premiers Etats Généraux des malades du cancer (Cf. le Livre blanc des malades), les patients s'autorisent enfin à s'imposer dans le rapport médecin-malade en exigeant une part active dans les prises de décision et surtout le respect de leur capacité à entendre une vérité les concernant, si dure soit-elle. Il ne peut y avoir de choix véritable et donc de liberté, que si l'information délivrée en amont est pertinente, sincère et directement utilisable (Pujol, 2006).

C'est dans le cadre du Plan Cancer qu'apparaît pour la première fois en 2003 la « consultation d'annonce », cette dernière ayant pour but de répondre aux attentes des patients.

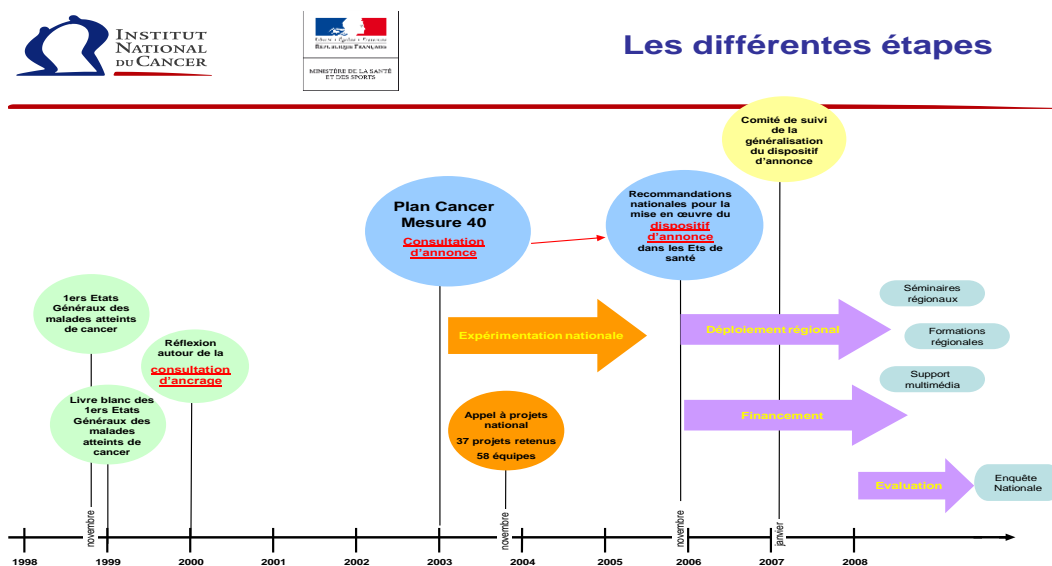
¹² Etat des lieux : patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impacts de la « décision médicale partagée ». HAS, Service Bonnes pratiques professionnelles, Octobre 2013

La première étape a consisté à réaliser une phase expérimentale de ce dispositif en l'appliquant dans 58 sites expérimentateurs. Ce test a eu pour effet immédiat une prise de conscience par le corps soignant de la forte demande et le besoin d'une telle démarche pour les patients atteints de cancer et a mis en exergue la nécessité inconditionnelle d'une approche multidisciplinaire et pluriprofessionnelle dans la prise en soin des malades. Il a également pu être mis en avant l'impossibilité d'appliquer un schéma unique – un protocole – en raison de la multitude des situations rencontrées, toutes individuelles en fonction du contexte culturel, social, psychologique et culturel de chaque patient.

Le second point résultant de cette phase expérimentale concerne l'importance de la collégialité et du partage de l'information en incluant tous les professionnels qui gravitent autour du patient et en n'oubliant pas, en premier lieu, le médecin traitant du patient. Les liens ville-hôpital sont en effet indispensables à une prise en soin de qualité en favorisant une cohérence. Néanmoins, un interlocuteur privilégié reste nécessaire pour respecter au mieux la singularité de la relation médecin-malade.

Enfin, au vu de la diversité des pratiques des différents centres expérimentateurs, l'Institut National du Cancer (INCa) a privilégié la diffusion d'une charte plutôt qu'un protocole pour aboutir à des recommandations nationales sur le dispositif d'annonce (www.e-cancer.fr). Ces dernières correspondent à une approche raisonnée et adaptative du dispositif plutôt qu'à une édition de règles strictes multicentriques.

Voici sur le schéma suivant représentant les différentes étapes constitutives du Plan Cancer I.



IV.1.1.2.2 – Les données chiffrées

Dans le cadre du dispositif d'annonce, 378 postes ont été financés dans 444 établissements. Il s'agit de 270 postes d'infirmiers, représentant 71% du total des recrutements et 54 psychologues (14 %). En moyenne, les postes financés sont de 0,85 ETP par établissement.

IV.1.1.2.3 – Les objectifs

La première volonté a été de respecter autant que faire se peut la personne malade dans toutes ses dimensions. Or, seule une rencontre avec le patient permet d'apporter une réponse à cette équation à trois inconnues : le patient, la maladie et la perception de la maladie par le patient (Pujol, 2006).

En effet, l'entretien initial permet d'obtenir des informations anamnestiques et d'évaluer, si possible, les potentialités défensives et de soutien du patient, même si, sur ce dernier point, une part inconnue reste inhérente au mystère de l'inconscient. Concernant la maladie, là aussi, une part d'incertitude autour du diagnostic et donc du schéma thérapeutique obligera le médecin à solliciter la réflexion multidisciplinaire à travers la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour tracer alors un parcours de soin personnalisé nécessairement non-linéaire puisque soumis à la part d'incertitude liée à l'évolution de la maladie et au processus psychiques du patient.

Enfin, l'écart entre ce qui a été dit – réellement – et ce qui a été entendu – retenu – par le patient impose une attention continue de la part des soignants.

L'annonce doit donc être un moment constructif pour l'avenir en établissant un pacte de confiance (Ricoeur, 2001). Néanmoins, l'annonce d'une maladie grave ne peut que tenter de constituer un moment non-destructif, considérant qu'il ne peut y avoir de bonnes façons d'annoncer une telle nouvelle, mais que certaines sont effectivement plus mauvaises que d'autres et surtout, que ce temps très particulier doit permettre l'expression des émotions et doit donc tenir compte du processus de maturation de l'information (Saltel, 2005). Ce dernier point renvoie alors aux enjeux relationnels de l'annonce qui conditionnent une élaboration psychique progressive et une construction d'un nouveau schéma de vie face à une prise de conscience de la gravité de la maladie.

IV.1.1.2.4 – Les recommandations

Dans les établissements de santé, le dispositif d'annonce se construit autour de quatre temps:

- Un temps médical
- Un temps d'accompagnement soignant
- L'accès à une équipe impliquée dans les soins de support
- Un temps d'articulation avec la médecine de ville

Lors de cette consultation médicale, les patients n'attendent – et n'exigent – avant tout que la mise en état sur le plan du réel d'un diagnostic qui viendra objectiver les troubles ressentis depuis plusieurs mois ou apparus de manière brutale. Certains préféreront alors une consultation en « seul-à-seul », d'homme-à-homme, sans présence qui pourrait influencer sur la charge émotionnelle potentielle. Cependant, beaucoup apprécient qu'un soignant accompagne le médecin lors de ce temps car celui-ci, sachant ce qui a été dit, pourra être rencontré par la suite pour reprendre plus calmement cette masse de données nouvelles et angoissantes, dans un souci de cohérence et de continuité de la prise en soin (Bataille, 2004).

Une enquête réalisée en 2007 auprès de 110 femmes dans le cadre de l'évaluation d'un dispositif d'annonce et d'information adapté à la reconstruction mammaire en cancérologie a montré que si dans 85.3% des cas, les patientes ne souhaitent pas une consultation systématique avec un psychologue, elles manifestent pour 61.2% d'entre elles le désir d'avoir une autre consultation infirmière (soignante) lors du parcours de soin, notamment en raison de l'ambiance démedicalisée qui favorise, selon elles, l'expression (Dravet, Dejode, Laib et al., 2010). Cette infirmière semble être la mieux placée pour accompagner le médecin dans cette difficile tâche, notamment lorsqu'elle a une expérience clinique en cancérologie bien plus grande que le médecin lui-même (Kalber, 2009).

Cependant, l'annonce ne se résume pas à un instant, mais représente au contraire un processus interactif longitudinal, constitué d'une multitude d'annonces, ce qui nécessite que toute l'équipe reçoive une formation suffisante qui permettra à chaque soignant de développer ses compétences relationnelles pour être en mesure d'accompagner le patient et son entourage tout au long du parcours de soins (Berthelard, 2008).

En février 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) a édité un guide à l'intention des médecins pour les aider à « annoncer une mauvaise nouvelle ». Ce guide se veut être un outil à la fois d'amélioration des pratiques

professionnelles (EPP), mais également un guide pragmatique au regard des considérations psychologiques du patient et du soignant dans ce temps délicat de l'annonce de la maladie grave.

Une partie est consacrée aux aspects pratiques de cette consultation d'annonce. Ainsi, il est rappelé dans ce guide qu'il ne s'agit pas de préconiser une longueur optimale de cette consultation, une quantité figée de temps, mais plutôt d'aborder cette notion temporelle sous l'angle d'une disponibilité à l'autre, avec une adaptation permanente au patient.

Par ailleurs, la dimension d'écoute est elle-aussi davantage à considérer en termes de qualité et non de quantité. Cette qualité du temps d'échange doit permettre au patient de poser des questions, d'exprimer ses émotions, etc. Enfin, si les deux premiers points concernent la forme de la consultation, il ne faut pas négliger le fond qui lui-aussi, à travers les « mots choisis », permettra au patient d'obtenir une information simple, progressive, respectueuse des stratégies parfois archaïques de défense, ... Cette information sera répétée si nécessaire, cohérente, adaptée et surtout non-désespérante. Il est ainsi signifié que « l'important, c'est ce qui est compris, pas ce qui est dit ».

Alors, puisque tout ce qui est dit n'est pas forcément entendu, compris, retenu et pour compléter les informations et permettre au patient de poursuivre la quête de sens par rapport à ce qui lui arrive, des documents explicatifs autour de la maladie, des traitements, des coordonnées d'associations, de psychologues, d'assistante sociale, etc. pourront lui être remis.

Un autre volet de ce guide aborde certaines interrogations que le médecin qui a la charge d'annoncer une maladie grave devrait se poser, avant la rencontre, pendant, pour obtenir des informations et à la fin de la consultation, pour réaliser une annonce dans de bonnes conditions « mentales ».

IV.1.1.2.5 – De l'idéal au réel : application des recommandations dans un quotidien

Si ces guidelines constituent en eux-mêmes un idéal, force est de constater qu'ils ne peuvent en pratique être appliqués de manière standardisée tant les aléas du réel s'imposent aux praticiens. En effets, les contraintes temporelles obligent souvent les médecins à réaliser l'annonce sans tenir compte du rythme nécessaire au patient pour « se préparer ». Le morcellement dans la prise en soins avec l'intervention nécessaire de différents professionnels qui eux-mêmes subissent les contraintes propres à leur activité amène le patient à être lui-même vu comme parcellaire. Il devra se soumettre au rythme médical qui est rarement synchronisé avec le temps psychique.

De plus, les difficultés organisationnelles rencontrées depuis plusieurs années dans les hôpitaux, poussées par la recherche d'une efficacité sans fin, conduisent à une injonction paradoxale qui est de toujours faire mieux avec des moyens – humains et financiers – constants voire réduits. Or, il est reconnu que le temps de l'annonce est primordial et ne peut être réductible au temps purement « économiquement calculé ».

Le temps de la maladie va lui-aussi empêcher une application stricte de ces recommandations tant l'évolution est fulgurante et dramatique.

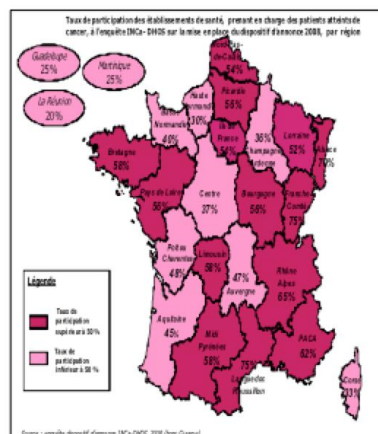
Enfin, ce temps de rencontre ne peut exclure, bien au contraire, la dimension émotionnelle et la gestion de cette dernière reste ardue car infinie et perpétuellement dynamique. Elle renvoie à soi, à un narcissisme bousculé sans cesse et à sa capacité faillible de réguler ses propres émotions pour garder la face (Goffman, 1967).

Ainsi, il y a à la fois des contingences internes et externes qui nécessitent sans cesse des adaptations de ce cadre de référence à considérer davantage comme un idéal à atteindre qu'une norme stricte anxiogène et culpabilisante voire décourageante.

IV.1.1.2.6 – Le bilan

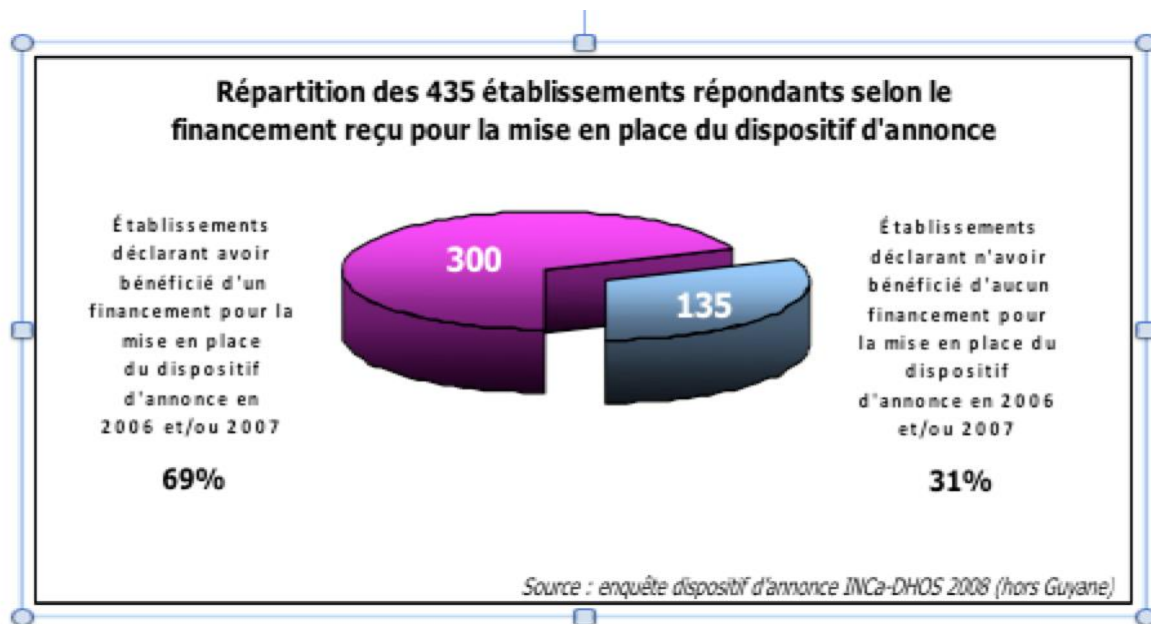
Une enquête nationale a été lancée en juillet 2008 par l'INCa et la DHOS auprès de 859 établissements de santé. Chacun de ces établissements devait remplir un questionnaire divisé en deux parties, la première concernant des questions générales quant à la mise en place du dispositif d'annonce dans l'établissement (nombre de patients bénéficiaires, montants des financements reçus et leur utilisation), la seconde, abordant des aspects plus spécifiques relatifs à la mise en œuvre des quatre temps du dispositif dans chaque service.

Le taux de participation des établissements est de 54%. Par ailleurs, dans 85 % des établissements répondants, au moins un service a mis en place le dispositif d'annonce.



Type d'établissement	Nombre d'établissements		Taux de participation
	Interrogés	Répondus	
Privé	447	184	41%
CH	251	164	65%
CHU/CHR	60	53	88%
PSPH	57	31	54%
CLCC	20	20	100%
TOTAL	835	452	54%

Concernant le financement, 69% des établissements interrogés ont reçu une somme d'argent dans le but de mettre en place le dispositif d'annonce.



Le montant de ces aides reçues a été pour cette même période de 20 264 604 € (285 établissements ayant précisé ces sommes).

Concernant la mise en œuvre des temps de l'annonce, entre 2006 et 2007, le temps médical a été réorganisé de plus de 37%, notamment avec des consultations dédiées plus longues.

La remise d'un Programme Personnalisé de Soins (PPS) a évolué de 36% et la proposition d'un entretien avec un soignant après l'annonce a progressé de 31%.

Par ailleurs, 42% des patients en plus ont pu bénéficier d'un entretien spécifique avec un soignant (IDE ou manipulateur en radiothérapie) et 31% supplémentaires de consultations avec un psychologue ont été effectuées dans le cadre du dispositif d'annonce).

Sur l'articulation avec la médecine de ville, le médecin traitant est informé par courrier de la prise en charge de son patient entre deux et sept jours.

IV.1.1.3 – 2010 : Plan Cancer II

IV.1.1.3.1 – La mesure 25 : Vivre pendant et après un cancer

L'aspect inédit de ce second Plan cancer concerne la prise en considération du patient dans sa « sortie de la maladie ». Il s'agit plus spécifiquement de l'axe « Vivre pendant et après un cancer ».

Ainsi, la mesure 25 concerne le développement d'une prise en charge sociale personnalisée et vise à accompagner l'après cancer. Elle a pour mission de généraliser les actions d'évaluation sociale dans le cadre du dispositif d'annonce et intégrer un volet social dans le Programme personnalisé de soins (PPS), de proposer à chaque patient une consultation sociale en cours de traitement afin d'évaluer la mise en œuvre du volet social du PPS et de préparer l'après cancer, d'expérimenter la mise en œuvre d'un Programme personnalisé de l'après cancer et de se doter de critères médicaux relatifs à la sortie d'affection longue durée (ALD) et de prendre les mesures nécessaires pour assurer le financement d'une surveillance médicale régulière après la sortie d'ALD, dans les cas où cette surveillance reste nécessaire.

Elle permet en outre de prendre en charge des implants, supports de prothèses dentaires et maxillo-faciales dans la réhabilitation prothétique des patients traités pour des cancers de la cavité buccale, des maxillaires ou des tissus attenants.

IV.1.1.3.2 – L'Infirmière référente (IDER) : une nouvelle profession ?

IV.1.1.3.2.1 – Son rôle

Plus concrètement, cette nouvelle mission est assurée en premier lieu par une infirmière, cette dernière prenant alors le nom d'infirmière diplômée d'état référente – IDER – (si elle est attachée à une spécialité telle que la neuro-oncologie, la dermatologie, ...) ou de coordination – IDEC – (dans les centres de lutte contre le cancer où elle a une mission exclusive liée à l'annonce de cancer sans distinction de spécialité).

Cette infirmière, à travers ces actions, cherche à améliorer le suivi des patients à domicile en s'impliquant dans leur parcours dès l'annonce, et en poursuivant le suivi tout au long des traitements, des annonces de rémission ou de récurrence, en phase palliative, ...

Elle continue donc à assurer ses missions premières lors de la consultation d'annonce, à savoir faire preuve d'une écoute active, donner des explications sur le projet thérapeutique et remettre des documents concernant la pathologie et les traitements ainsi que la liste des coordonnées du service et des différents professionnels.

Elle a également une fonction de liant avec les autres secteurs (chirurgie, urgences, ...), les autres établissements (centre de convalescence, unité de soins palliatifs, ...) et les autres professionnels (médecin traitant, réseau, hospitalisation à domicile, ...) impliqués auprès du patient.

Elle va enfin anticiper autant que faire se peut l'apparition de difficultés sociales en maintenant un contact constant, le plus souvent téléphonique, pour écouter, rassurer, expliquer et soutenir les patients et leurs proches dans le quotidien de la maladie. Elle ne se substitue cependant pas aux autres professionnels, c'est-à-dire qu'elle pourra ainsi, à travers le repérage de difficultés, orienter les patients et leur entourage vers les intervenants compétents tels que le médecin spécialiste, l'assistante sociale, le psychologue, ... Nous savons en effet qu'une rencontre avec d'autres professionnels de santé est largement souhaitée par les patients eux-mêmes (Ganem et al, 2010). Par exemple, une intervention psychologique brève peut réduire l'apparition de troubles anxio-dépressifs (Pitceathly, Maguire, Fletcher et al., 2009).

IV.1.1.3.2.2 – Intérêts / Bénéfices

Cette implication professionnelle permet de rompre l'isolement du patient, de ses proches et de les soutenir tout au long du parcours. Elle permet aussi parfois d'éviter certaines ré-hospitalisations puisque chaque intervenant est informé de l'évolution de la situation et peut donc, à son niveau, anticiper les besoins pour agir en temps voulu. Le patient pourra à l'inverse, bénéficier d'une hospitalisation directe dans le service lorsque son état le nécessite ou lorsque l'entourage arrive à un seuil élevé d'épuisement.

En outre, l'intervention psychosociale, bien que complexe à évaluer l'impact direct car difficilement quantifiable, aurait une influence sur la survie en améliorant l'immunité (Fawzy, Fawzy, Hyun et al., 1993 ; Fawzy, Canada, Fawzy, 2003 ; Kemeny, Miller, 1999 ; Augustin, 2002). Il apparaît donc primordial pour le patient de pouvoir bénéficier d'une prise en charge psycho-sociale précoce.

Pour les professionnels de santé intra-hospitaliers, l'évaluation et le suivi réalisés par cette infirmière permettent une meilleure connaissance du patient, de son entourage et de son contexte de vie. Cela conduit également souvent à éviter un certain épuisement professionnel.

Pour les professionnels de santé extrahospitaliers, les intérêts sont multiples et répondent en grande partie à leurs revendications vis-à-vis du milieu hospitalier. Ainsi, l'intervention de l'IDER est un véritable gain de temps, puisqu'au-delà d'une meilleure connaissance du milieu hospitalier, elle leur permet d'avoir davantage d'informations concernant la pathologie, le patient et son parcours, et favorise une meilleure réactivité en cas d'aggravation ou de complications.

IV.1.1.3.2.3 – Qualités de l'IDER

Cette infirmière doit avoir une connaissance approfondie de la pathologie des traitements, complications et des protocoles de recherche, ce qui nécessite une formation continue dans ce domaine. Elle doit en outre connaître les différents intervenants et surtout savoir distinguer les spécificités et fonctions de chacun et avoir un lien étroit avec le référent médical hospitalier.

Cela nécessite de sa part de réelles facultés d'adaptation, d'autonomie, de rigueur et d'organisation et surtout une véritable capacité d'écoute.

Ainsi, même si ces qualités sont inhérentes à la profession, la mise en œuvre pratique de cette mission demande à cet infirmier d'investir un espace nouveau, davantage social, en conjuguant avec son rôle propre de soignant, ce qui oblige une partition innovante dans son organisation de travail. En ce sens, nous pouvons supposer que l'IDER ouvre le champ à une nouvelle profession dans laquelle l'infirmier retrouve finalement ses valeurs premières d'assistance et de soins.

IV.1.1.3.3 – Evaluation nationale du dispositif d'annonce

Pour évaluer la mise en œuvre de la mesure 19 du plan Cancer 2009-2013 qui concerne le renforcement de la qualité de la prise en charge pour tous les malades atteints de cancer, et plus particulièrement l'action 19.1 qui vise à généraliser l'accès aux mesures transversales lancées par le Plan cancer, améliorant la qualité de toute prise en charge en cancérologie, l'INCa a lancé une étude en 2011 auprès de 53 établissements de santé ayant appliqué le dispositif d'annonce (©*Étude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011* - INCa – mai 2012)

TABLEAU 1. STRUCTURE DES 53 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DANS LESQUELS LES PERSONNES MALADES DE L'ENQUÊTE « ANNONCE » ONT ÉTÉ PRISES EN CHARGE

Région	Structure de l'ensemble des établissements autorisés	Répartition des établissements sélectionnés	Répartition des établissements des patients répondeurs
BASE	885	100	53
Alsace	2%	3%	2%
Aquitaine	6%	4%	6%
Auvergne	2%	2%	2%
Basse Normandie	3%	3%	-
Bourgogne	3%	5%	8%
Bretagne	5%	6%	9%
Centre	4%	4%	2%
Champagne Ardenne	2%	2%	2%
Corse	1%	2%	2%
Dom Tom	2%	2%	2%
Franche Comte	1%	2%	-
Haute Normandie	3%	2%	-
Ile de France	17%	15%	11%
Languedoc Roussillon	4%	2%	2%
Limousin	1%	1%	2%
Lorraine	4%	4%	2%
Midi Pyrénées	4%	4%	6%
Nord Pas De Calais	7%	8%	13%
PACA	9%	8%	8%
Pays de la Loire	5%	6%	8%
Picardie	2%	4%	4%
Poitou Charentes	3%	3%	2%
Rhône Alpes	8%	8%	9%

Statut	Structure de l'ensemble des établissements autorisés	Répartition des 100 établissements sélectionnés	Répartition des établissements des patients répondeurs
BASE	885	100	53
CH	28%	28%	28%
CHU-R	6%	7%	11%
CLCC	2%	2%	-
ESPIC	6%	7%	11%
GCS	2%	1%	2%
LIBERAL	7%	6%	2%
PRIVE	50%	49%	45%

Modalités d'autorisation	Structure de l'ensemble des établissements autorisés	Répartition des 100 établissements sélectionnés	Répartition des établissements des patients répondeurs
Chimiothérapie	53%	55%	60%
Radiothérapie	19%	16%	15%
Chirurgie	87%	88%	91%

Nombre d'autorisations	Structure de l'ensemble des établissements autorisés	Répartition des 100 établissements sélectionnés	Répartition des établissements des patients répondeurs
Une	51%	48%	42%
Deux	40%	45%	51%
Trois	9%	7%	8%

Il s'agit ainsi d'étudier l'impact de l'application de ce dispositif en interrogeant les patients qui en ont bénéficié afin de connaître leur ressenti concernant la structuration de la consultation, l'impact du dispositif sur la confiance, la mise en œuvre formelle d'une prise en charge personnalisée et en dernier lieu, sur la coordination dans les faits avec leur médecin traitant pour une continuité de la prise en soins.

TABLEAU 2. PROFIL DES PERSONNES MALADES AYANT PARTICIPÉ À L'ENQUÊTE « ANNONCE »

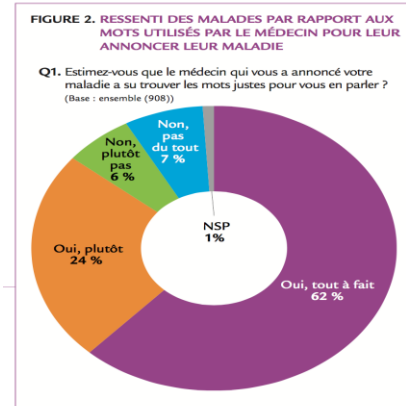
Sexe	%		
BASE	908		
Homme	40%		
Femme	60%		

Age	%		
BASE	908	364	544
Moins de 45 ans	10%	5%	13%
45 à 54 ans	20%	12%	25%
55 à 64 ans	30%	34%	28%
65 à 74 ans	27%	31%	24%
75 ans ou plus	13%	17%	11%

Situation professionnelle	%		
BASE	908	364	544
CSP+	20%	17%	22%
CSP-	21%	14%	25%
Retraité	56%	67%	49%
Autres inactifs	4%	3%	5%

Spécialistes rencontrés	%
BASE	908
Oncologue	28%
Radiothérapeute	19%
Gynécologue	16%
Gastro-entérologues / chirurgie digestive	13%
Urologue	8%
Hématologue	6%
Pneumologue	4%
Dermatologue	2%
Chirurgien (sans précision)	2%
ORL	1%
Rhumatologue	+
Autre	1%

Dans presque 2/3 des cas, les patients considèrent que le médecin a su trouver les mots justes pour leur annoncer la maladie.



Cependant, les médecins, patients et étudiants en médecine déplorent le retard pris parfois dans la mise en œuvre de ce dispositif, l'annonce étant encore réalisée de manière rapide et dans un lieu inadapté (Lozachmeur-Rolland G., 2014).

IV.1.1.4 – Mai 2012 : Recommandations de bonne pratique de l'HAS : Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé

Ces recommandations constituent une mise à jour de celles édictées en 2000 à l'intention des médecins quant à l'information à donner au patient. Comme les précédentes, elles aident les professionnels de santé, et non plus seulement les médecins, dans leur devoir d'information au regard de la loi pour que les patients puissent prendre une décision en ayant les éléments nécessaires et pertinents. Les patients doivent ainsi connaître l'objectif des actes envisagés, leur nature et la manière dont ceux-ci vont se dérouler en ayant connaissance des différentes alternatives thérapeutiques possibles.

Ces nouvelles recommandations ont été modifiées afin d'apporter davantage de repères aux professionnels de santé quant au contenu, à la cohérence, à l'évaluation, les qualités de l'information à délivrer et la manière de procéder. Par ailleurs, certains compléments concernent des aspects plus spécifiques, notamment les situations où le patient est mineur ou majeur protégé ou encore les situations particulières où l'information ne

peut être délivrée à la personne en raison des circonstances. Ces recommandations ne s'appliquent pas au contexte de la fin de vie puisque ce dernier se réfère à la loi du 22 avril 2005, dite Loi Leonetti.

Ainsi, concernant le contenu de l'information, cette dernière doit porter sur l'état de santé de la personne. L'importance est que le sujet, après avoir reçu cette information, puisse connaître les différentes options possibles pour, *in fine*, se positionner au regard des enjeux réels de sa décision.

En outre, l'information, qu'elle soit donnée oralement ou complétée par des notes d'explication, doit être « synthétique, hiérarchisée, compréhensible et personnalisée ». Le médecin se doit de développer les différentes alternatives possibles en n'omettant pas de préciser les effets positifs espérés et au contraire les risques éventuels et les inconvénients attendus. Il doit également s'assurer que l'information a été comprise, aussi dure soit-elle, ce qui nécessite parfois un temps de rencontre supplémentaire, en différé, pour que le patient puisse s'exprimer, restituer ce qu'il a compris et intégrer progressivement cette nouvelle difficile. Après avoir exposé les raisons de son choix, le médecin doit aussi laisser un temps de réflexion au patient, voire lui proposer de consulter un autre médecin pour obtenir un second avis.

Concernant la délivrance de l'information, ces recommandations précisent que l'entretien individuel doit être adapté à la personne et ne peut se baser sur des généralités évasives et éloignées de la situation propre du patient. Par ailleurs, le médecin doit respecter la volonté de ce dernier de ne pas être informé, sauf si des tiers sont exposés à un risque de transmission. Dans ce cas, le médecin a l'obligation d'informer le patient de ce risque.

Lorsque le patient souhaite être accompagné d'un proche ou de la personne de confiance, il serait bon malgré tout que le médecin puisse s'entretenir en partie individuellement avec le patient. Si une infirmité, une différence de langue, ou tout autre élément à même de perturber la bonne compréhension des éléments d'information, un assistant de communication devrait pouvoir être présent pour aider le patient à comprendre l'information divulguée.

Si des documents écrits sont remis au patient, ceux-ci doivent contenir des informations claires et adaptés mais ne doivent en aucun cas se substituer à l'entretien en face à face avec le médecin.

En parallèle à ces éléments concrets, une dimension évaluative est apportée dans ces recommandations, à la fois professionnelle – le médecin doit se questionner sur sa pratique –, institutionnelle – via les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) – et ministérielle – par les démarches de certification.

IV.1.1.5 – 2014-2019: Plan Cancer III:

Le 3^{ème} Plan Cancer tourne autour de 3 axes principaux, développés en différentes actions :

- Guérir plus de personnes malades :
 - o Favoriser des diagnostics
 - o Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge
 - o Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques
 - o Faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie
 - o Accélérer l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients
 - o Conforter l'avance de la France dans la médecine personnalisée
- Préserver la continuité et la qualité de vie
 - o Assurer des prises en charge globales personnalisées
 - o Réduire les risques de séquelles et de second cancer
 - o Diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle
- Investir dans la prévention et la recherche
 - o Lancer le programme national de réduction du tabagisme
 - o Donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer
 - o Prévenir les cancers liés au travail ou à l'environnement
 - o Se donner les moyens d'une recherche innovante
- Optimiser le pilotage et les organisations
 - o Faire vivre la démocratie sanitaire
 - o Appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées
 - o Optimiser les organisations pour une plus grande efficacité
 - o Adapter les modes de financement aux défis de la cancérologie

IV.1.2 – Allemagne

Grâce à de grandes avancées dans la détection précoce, le diagnostic et les traitements, les chances de survie et la qualité de vie des patients atteints de cancer en Allemagne au cours des dernières décennies ont grandement progressé. Pour autant, chaque année, plus de 426 800 personnes souffrent de cancer et plus de 210 930 personnes en meurent. Le cancer est la deuxième cause de décès en Allemagne, après les maladies cardiovasculaires (cancer en Allemagne 2005 / 2006- Incidence et tendances, Berlin 2010)

Le ministère fédéral de la Santé (BMG) avec la Société allemande du cancer (DKG), l'Aide allemande contre le cancer (DKH) et l'Association allemande des centres de cancérologie (ADT) le 16 Juin 2008 ont initié le Plan national du cancer qui met alors l'accent sur :

- la poursuite du développement du dépistage du cancer
- la poursuite du développement des structures de soins oncologiques
- l'amélioration des traitements oncologiques
- l'amélioration de l'orientation / information du patient

IV.1.3 – Autriche

Un plan cancer est en préparation mais n'a pas encore vu le jour. Néanmoins, il y a de plus en plus un repérage des besoins individuels des patients, avec une attention portée au dépistage des cancers du côlon et du sein.

Une étude menée avec l'aide de la ligue contre le cancer de Vienne par Wolfgang Spiegel en 2009 auprès de 272 patients atteints de cancer a permis de montrer que seul un tiers de ces patients considérait que leur médecin avait été très empathique ou empathique pour leur annoncer le diagnostic de maladie grave, contrairement à leur médecin traitant qui lui, a fait preuve d'une qualité d'écoute et de soutien plus grande, en prenant notamment davantage de temps pour répondre aux questions.

Cependant, la majorité des patients préfère aborder la question des options thérapeutiques avec leur oncologue plutôt qu'avec leur médecin traitant.

Ces patients mettent enfin en avant la nécessité d'une collaboration étroite entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, pointant dans ce sens le manque de communication dans la réalité.

Il semble donc essentiel que le médecin de ville soit formé ou tout du moins soutenu par les médecins hospitaliers car il devra suivre le patient dans le quotidien de sa maladie, ce dernier ne vivant pas toujours à proximité du centre hospitalier dans lequel il est pris en soin pour son cancer.

IV.1.4 – Belgique

Un Centre Belge du Cancer a été créé, avec l'instauration d'un premier plan stratégique contre le cancer en 2003, puis un véritable plan cancer (2008-2010) qui a mis en avant 3 types d'actions prioritaires, à savoir :

- des actions de prévention
- des actions relatives à l'amélioration des soins, des traitements et du soutien proposé
- des actions de recherche, de développement des techniques innovantes et d'évaluation

IV.1.5 – Bulgarie

Des difficultés financières empêchent le développement d'un plan cancer mais ce projet reste une priorité politique.

IV.1.6 – Chypre

En 2004, 1697 nouveaux patients ont été touchés par le cancer et 123 enfants l'ont été en 2003. Il existe sur l'île depuis 2009 un Plan National Cancer composé de 4 axes prioritaires :

- prévention
- diagnostic et traitements
- soins palliatifs
- recherche

IV.1.7 – République Tchèque

En 2005 le Gouvernement a mis en place un programme national de contrôle du cancer. Ce dernier a été suivi en 2008 d'un Plan cancer avec comme orientations principales :

- la diminution de l'incidence et de la mortalité
- l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de cancer
- le développement des modes diagnostiques et thérapeutiques

IV.1.8 – Danemark

Le premier plan cancer a vu le jour en 2000. Un suivant est arrivé en 2005. Depuis 2010, le pays suit le 3^{ème} plan qui s'oriente à présent sur :

- Un diagnostic plus précoce
- Une meilleure prise en charge palliative
- Une augmentation de la survie
- Une amélioration de la qualité de vie des patients avant, pendant et après le traitement

IV.1.9 – Estonie

3479 patients sont décédés de cancer en 2005, ce qui représente 20% de la mortalité (données issues de Eesti Statistikaameti andmebaas, 2006).

Il existe un plan stratégique national du cancer 2007-2015 qui s'oriente sur :

- la prévention
- le dépistage
- l'amélioration de la qualité de vie
- les progrès diagnostic et thérapeutiques
- le déploiement des soins de support et de réhabilitation

IV.1.10 – Espagne

En Espagne, le cancer est considéré comme l'une des principales causes de morbidité et de mortalité et représente à lui seul 25% du taux de mortalité globale (Benítez et al., 2001; Cuidados Paliativos, 1993 ; Ocaña-Riola & Martínez-García, 1999).

Traditionnellement, la famille espagnole assume la fonction « soignante » auprès de son membre malade, en se chargeant notamment le plus souvent de gérer l'information sur le diagnostic, le pronostic et toutes les décisions concernant les traitements (Alonso, 2006 ; Rubiales et al., 2000). Or, plus de 2/3 des patients espagnols

souhaitent être informés par le médecin lui-même (Rubio et al., 2004). C'est pourquoi, même si la majorité de la population considère que c'est au malade de connaître en priorité son diagnostic, la pratique la plus courante est pourtant d'informer en premier lieu la famille (Centeno & Núñez, 1998 ; Rubiales et al. 2000). Il semblerait que 60 à 75% des familles de patients atteints de cancer refusent de donner l'information au patient (Centeno et al., 2000 ; Rubiales et al., 2000 ; Centeno & Núñez, 1998). C'est pourquoi en Espagne, plus de 60% des individus atteints de cancer n'ont pas été informés de leur diagnostic, même si plus de 60% de ces personnes malades non-informées auraient malgré tout des soupçons quant à leur diagnostic (Centeno et al., 2000).

En Espagne, 85,77% des médecins traitants voudraient être informés du cancer dans le cas où eux-mêmes seraient affectés par la maladie, et pourtant, seuls 58,67% d'entre eux informeraient le patient de sa maladie (Gómez, 2001).

Alors, en 2006, le gouvernement espagnol a mis en place un Plan Cancer à l'échelon national. Ce programme met en avant les répercussions du cancer sur la vie du patient et de son entourage, en insistant sur l'impact émotionnel, cognitif et comportemental de cette pathologie décrite comme grave et complexe (Massie, 1989).

IV.1.11 – Finlande

Il existe une Société du Cancer en Finlande qui a constitué en 2010 un Plan cancer dont les objectifs sont :

- L'amélioration du délai de prise en charge (< 6 semaines entre la découverte de la maladie et le début des traitements, < 4 semaines pour ce qui concerne les traitements adjuvants après chirurgie).
- L'application de recommandations nationales et internationales dans le cadre diagnostic et thérapeutique
- L'égalité entre le secteur public et le secteur privé
- La préférence pour les prises en charge ambulatoires
- Le développement des soins palliatifs
- L'augmentation des effectifs médicaux et la valorisation de la discipline oncologique

IV.1.12 – Grèce

La mortalité par cancer apparaît moins importante que dans les autres pays de l'union européenne mais ce fait est à prendre avec prudence en raison des lacunes diagnostiques et l'absence de registre du cancer.

Néanmoins, il est constaté entre 1980-2004 une tendance à la hausse constante des décès par cancer tant chez les hommes que chez les femmes. Le cancer est la deuxième cause de décès après les maladies cardiovasculaires (CIRC 2008).

Il existe dans ce pays un Plan d'action national pour le cancer (2008-2012) en parallèle à un Plan Cancer en 2010, qui a mis l'accent sur:

- La prévention efficace et la détection précoce du cancer (notamment dans les services de soins de santé primaires)
- L'amélioration des diagnostics et des traitements
- L'amélioration des conditions d'accès aux soins

IV.1.13 – Hongrie

La Hongrie a depuis 2006 un programme national de contrôle du cancer. Son objectif est de :

- diminuer le taux d'incidence et le taux de prévalence de cancer
- améliorer les conditions de prise en charge
- améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles
- développer la prise en charge palliative

IV.1.14 – Irlande

Le 2^{ème} programme de lutte contre le cancer développé en 2006 porte sur :

- la prévention,
- le dépistage,
- le diagnostic, le traitement
- les soins de soutien et les soins palliatifs.

Il met en outre l'accent sur la mesure des besoins et sur la lutte contre les inégalités.

IV.1.15 – Islande

Il n'existe pas de réel plan cancer dans ce pays. Cependant la prévention contre le cancer est intégrée pleinement au Plan National de Santé de 2010, avec comme objectifs :

- la diminution de 10% de la mortalité par cancer chez les personnes de moins de 75 ans
- la diminution de 30% de la mortalité par cancer de la prostate chez l'homme de moins de 75 ans
- la diminution de 30% de la mortalité par cancer du sein chez la femme de moins de 75 ans
- la diminution de 50% des cabines U.V.

En outre, les actions de prévention et de contrôle sont :

- l'information sur les facteurs de risque
- les actions de promotion sur les styles de vie sains
- la rédaction de guidelines relatif au diagnostic et aux traitements du cancer
- Le dépistage systématique, la surveillance et le suivi
- La recherche concernant sur le lien entre le cancer et les styles de vie, le statut social et l'environnement
- L'éducation sur les risques des cabines U.V.

V.1.16 – Italie

En 2006, en Italie ont été enregistrés dans la population plus de 168 000 décès par cancer, ce qui constitue 30% de tous les décès et la deuxième cause de décès; voire la première pour les adultes de moins de 85 ans. Cependant, dans la dernière décennie la mortalité par cancer a diminué.

Le gouvernement a mis en place un Plan Cancer triennal dès 2007. Le second plan cancer 2010-2012 vise à résoudre tous les problèmes liés au cancer, de la prévention à la mise en œuvre effective de soins palliatifs. Il existe par ailleurs depuis 1974 un registre national des cancers mais qui ne couvrait en 2010 que 36% de la population. La création de réseaux informatiques de registres du cancer devrait permettre d'améliorer la vision à l'échelle du territoire national pour réduire l'écart de mortalité entre les différentes régions.

En ce qui concerne l'annonce même de la maladie grave, il est en Italie, comme dans de nombreux pays méditerranéens, une tradition séculaire qui donne à la famille une place importante dans la transmission de l'information. C'est encore souvent la famille qui découvre ce dont souffre le patient. En maintenant ce dernier dans l'ignorance, cela va engendrer une communication ambiguë, non claire et qui laissera beaucoup de place à l'interprétation (Gordon, 1994). Lorsque cette situation prévaut dans les soins palliatifs, cela peut occasionner de

grandes difficultés d'adaptation dans la famille, et des relations tendues entre des professionnels de la santé et la famille (Gomez, 2001 ; Rubiales et al., 2000 ; Sanz, 2001 ; Workman, 2007).

Si nous nous centrons plus spécifiquement sur la pathologie qui nous concerne dans ce travail, le registre italien du cancer relève 9.3 nouveaux cas de tumeur cérébrale par an pour 100.000 habitants. L'incidence des glioblastomes (GBM) est de 12-15% de toutes les néoplasies intracérébrales et de 50-60% des tumeurs astrocytaires.

La médiane de survie des patients atteints d'un GBM qui ont reçu un traitement (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie) est de 14.6 mois. Le taux de récurrence reste élevé, avec une médiane de survie sans progression de 6 mois.

Par ailleurs, malgré leur nature histologique, toutes les tumeurs cérébrales réévaluent après une période de silence. En 2011, une équipe de chercheurs menée par Lamperti a souhaité évaluer les réactions des patients auxquels était faite une annonce de rechute de leur tumeur cérébrale. 81 patients atteints d'une tumeur cérébrale dont la majorité souffrait d'un GBM ont rempli différentes échelles de qualité de vie et de dépression. Au préalable, l'Indice de Karnofsky (IK) qui permet d'avoir des informations sur l'état général du patient en termes de capacités physiques et cognitives était apprécié.

Au-delà des résultats qui restent discutables du fait de leur non généralisation à toutes les entités tumorales, cette étude a pour intérêt de montrer la nécessité de se questionner sur le caractère réactionnel, transitoire ou au contraire pathologique de la dépression perçue souvent dans ce moment précis de la rechute et donc de distinguer comme le font de nombreux auteurs la dépression et la démoralisation.

En outre, l'étude relève des différences entre le jugement des patients sur leur qualité de vie (mauvais sauf au niveau émotionnel) et leur détresse rapportée (faible), ce qui suggère que les stratégies d'adaptation au niveau émotionnel sont parfaitement préservées malgré un jugement intact et une conscience de la maladie. Néanmoins, il faut émettre des réserves quant à la capacité des échelles actuelle à percevoir spécifiquement la qualité de vie dans le contexte de rechute.

IV.1.17 – Lettonie

Il existe un programme de contrôle du cancer 2009-2015. Les principaux objectifs sont les suivants :

- Réduire et éliminer les facteurs de risque qui causent des maladies oncologiques

- Créer et mettre en œuvre les programmes de dépistage organisé du cancer
- Améliorer les services de soins de santé pour les patients atteints de cancer
- Promouvoir la sensibilisation du public, l'éducation du patient et le respect
- Fournir des traitements efficaces et favoriser la réadaptation des patients en oncologie
- Développer la communication
- Mieux organiser le secteur de l'oncologie

IV.1.18 – Lituanie

Un programme national de contrôle et de prévention du cancer a été mis en place sur la période 2003-2010.

IV.1.19 – Luxembourg

Un programme est annoncé prochainement. Il concernera :

- le dépistage du cancer du sein
- le contrôle du tabagisme
- la vaccination HPV
- le dépistage du cancer du col de l'utérus

IV.1.20 – Malte

Environ une personne sur trois développera un cancer à Malte. Une personne sur quatre en mourra.

Un plan cancer national s'applique pour la période 2011-2015 et couvre cinq domaines prioritaires d'intervention :

- la prévention
- le dépistage et le diagnostic précoce
- la qualité des soins
- le soutien des proches

- la recherche et l'évaluation

IV.1.21 – Pays-Bas

Un Programme National de contrôle du Cancer (NPK) 2005 - 2010 englobe tous les aspects de lutte contre le cancer: la prévention primaire, la prévention secondaire, soins du cancer, éducation des patients et des soins psychosociaux, la formation professionnelle continue et de la recherche. L'objectif est de rendre le contrôle du cancer plus efficace à l'avenir, à tirer le meilleur parti des ressources disponibles.

IV.1.22 – Norvège

En 2013, plus de 200 000 personnes vivant en Norvège ont ou ont eu un cancer. Cela représente environ trois fois plus de personnes qu'en 1980. Un peu moins de 30 000 nouveaux cas de cancer sont maintenant diagnostiqués chaque année, comparativement à 14 000 en 1980.

Dès 1997 la Norvège a réfléchi à 20 propositions fortes dont la diminution de la consommation de tabac, la prévention primaire, le dépistage, le développement des soins palliatifs... Ainsi un Plan national du cancer a vu le jour pour la période 1999-2003. Le principal objectif de ce plan était de réduire le nombre de nouveaux cas de cancer grâce à une stratégie de prévention à long terme et d'améliorer le diagnostic et le traitement.

En 2006 apparaît un plan stratégique national de lutte contre le cancer qui avait initialement une durée de 4 ans mais qui finalement sera poursuivi jusque 2011. Se basant sur une consultation des norvégiens, ce plan se centre sur les points suivants :

- prévention
- programmes de dépistage national
- le lien entre les patients, les soignants et la société
- les diagnostics
- les traitements
- les traitements alternatifs
- la réadaptation
- la gestion de la douleur
- les ressources personnelles du patient

- le registre du cancer, les registres nationaux de la qualité des soins et la recherche

La stratégie nationale du cancer 2013-2017 précise encore plus ses actions :

- développer la médecine personnalisée
- développer une médecine de pointe
- améliorer la prévention
- améliorer l'espérance de vie
- améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches

La majorité des médecins norvégiens considère que les patients atteints de cancer devraient recevoir une information claire et complète concernant le diagnostic (Loge, Kaasa et al., 1996). Cela traduit un abandon progressif du modèle paternaliste dans ce pays (Emmanuel E.J., Emmanuel L.L., 1992).

La prise en compte de la dimension psychologique du cancer est reconnue comme primordiale dans la prise en charge des patients ayant un cancer et informer ces derniers les aideraient davantage à mettre en œuvre des stratégies d'adaptation pour supporter la réalité. Cela permettrait en outre de diminuer leur niveau d'anxiété (Koenig, 1969).

Les jeunes médecins, quant à eux, estiment que l'information donnée doit être personnalisée, adaptée à la situation spécifique du patient et surtout, qu'elle doit être donnée de manière claire, sans intellectualisation nébuleuse ou approximation hypothétique. La place des proches dans ce moment crucial est souhaitée par ces mêmes médecins.

Par ailleurs, les médecins hospitaliers apprécient de pouvoir réaliser cette annonce de diagnostic en présence d'un soignant, valorisant ainsi l'importance du travail pluriprofessionnel et le nécessaire soutien dans ces instants complexes (Roberts C.S., Cox C.E. et al., 1994).

IV.1.23 – Pologne

Un Plan Cancer National a été créé en 2006.

IV.1.24 – Portugal

Un Plan Stratégique de Lutte contre le Cancer existe depuis 2007.

Comme dans tous les pays latins, aborder le diagnostic et le pronostic au Portugal est considéré comme cruel et inhumain et sera alors le plus souvent évité (Etapé J, Palombo H, Hernandez E, et al., 1992 ; Mosconi P, Meyerowitz BE, Liberati MC, Liberati A., 1991 ; Surbone A., 1992).

IV.1.25 – Roumanie

Depuis 2002, un plan cancer et de stratégies de lutte contre le cancer existe dans ce pays.

IV.1.26 – Royaume-Uni

Dans les pays anglo-saxons, cacher le diagnostic est considéré comme illégal et non éthique (Candie L., 2002; Holland JC., Geary N., Marchini A., Tross S., 1987) et les médecins sont encouragés à dévoiler la vérité, même aux enfants afin que ce dernier puisse participer activement aux soins (Die Trill M., Kovalcik R., 1997).

En Angleterre, il existe un plan national cancer depuis 2011. En Ecosse, en 2008 le gouvernement s'est aperçu que généralement, les personnes tardaient avant d'aller consulter leur médecin, alors même que les premiers symptômes étaient déjà bien installés. Or, un diagnostic précoce peut souvent être efficace pour lutter contre la maladie, ce qui nécessite un véritable travail au niveau national pour comprendre ces comportements de santé. Le Plan Cancer mis en place à un niveau national insiste sur la nécessité d'une bonne communication entre les professionnels de santé et les patients atteints de cancer.

En 2004, l'homologue britannique de l'Institut National du Cancer a mis en avant l'importance de respecter et d'évaluer de manière continue les préférences individuelles au niveau de l'implication dans les décisions. Même si la plupart des études montrent que les patients veulent être informés sur leur cancer et sur les traitements, certains souhaitent malgré tout recevoir un minimum d'information, cette dernière pouvant être source de stress intense.

Partant du constat que peu d'études s'étaient intéressées à la manière dont les patients souhaitaient être informés du diagnostic (Salander, 2002), Brown et ses collaborateurs (2011) se sont concentrés sur un Centre de Cancérologie en particulier, en l'occurrence celui de Leiceister, pour questionner les patient à ce propos. Les résultats obtenus ne reflètent donc pas nécessairement la position nationale, mais apportent malgré tout des repères très intéressants pour mieux comprendre les attentes des patients en termes d'informations lors de l'annonce.

Les patients ont répondu à un questionnaire créé par des chercheurs de l'université du Texas, à savoir le MPP : Measure of Patients' Preferences (Parker et al., 2001), ainsi qu'au CPM : Control Preferences Measure.

Dans ce centre, 98% des patients interrogés en ambulatoire ont besoin de connaître le diagnostic et 95% veulent connaître leur chance de guérison. Ces résultats vont dans le sens d'autres études sur ce sujet (Paillaud, Ferrand, Lejonc, Henry, Bouillanne, Montagne, 2007 ; Roupie, Santin, Boulme et al., 2000). La plupart des patients souhaiterait être impliquée dans la prise de décision, mais cela n'est pas toujours reconnu par les médecins.

Dans la littérature scientifique (Brown, Parker, Furber, Thomas, 2010), les variables suivantes sont corrélées de manière positive à un rôle passif lors de l'annonce : avoir un faible niveau d'éducation, être âgé, être de sexe masculin et la gravité de la maladie. Si les deux premiers critères suivent cette logique, il ne semble pas que la gravité de la maladie (présence de métastases) soit associée à un rôle passif, tout comme le fait d'être un homme.

La majorité des patients considèrent qu'il est nécessaire d'aborder la question du pronostic, ce qui va dans le sens d'autres études antérieures.

Concernant la communication autour du diagnostic, tous les patients mettent en avant des difficultés inhérentes au médecin lui-même, plus précisément un manque d'expérience, de connaissances, voire d'empathie. Ils relèvent également des problèmes spécifiques au système de santé, à savoir des contraintes temporelles ou financières.

Il semble donc capital que le médecin s'adapte aux besoins du patient concernant l'information donnée dans le cadre de la consultation d'annonce et qu'il préserve son patient afin que ce dernier conserve un espoir tout en lui apportant des données justes relatives à son état de santé. Ce dilemme apparaît donc partagé à un niveau international.

Concernant le contenu de l'annonce, le côté pragmatique prime et les médecins considèrent qu'il ne faut dire que ce que l'on sait dans ces instants et qu'il est nécessaire de reconnaître son ignorance. Cela favorise une mutualité et une confiance réciproque entre le patient et le médecin. Il reste en parallèle à s'ajuster à la personnalité du patient, à sa demande d'information ou de non-information et à ses ressources.

IV.1.27 – Slovaquie

Il n'existe pas de stratégie particulière autour du cancer dans ce pays, principalement pour des raisons d'absence de consensus politique. Néanmoins, une attention est portée :

- au dépistage du cancer du sein
- à la mise en place de campagnes de prévention du cancer colo-rectal

IV.1.28 – Slovénie

Il existe un plan stratégique contre le cancer depuis 2009.

IV.2 – EN AMERIQUE



Nous observons une évolution positive dans l'information donnée au patient concernant le diagnostic de maladie grave.

Dans les années 50 et 60, il semble que la démarche habituellement appliquée par les médecins allait dans le sens d'une non-information du patient quant à sa pathologie.

Ainsi, en 1953, Fitt a révélé en interrogeant 442 médecins exerçant à Philadelphie que seuls 31% d'entre eux informaient en détails le patient du diagnostic de cancer.

En 1960, Rennick montrait à travers une étude réalisée auprès de 5500 médecins que seuls 16% communiquaient le diagnostic à leurs patients, ce pourcentage passant même à 10% dans l'étude menée par Oken en 1961 auprès de 219 médecins de Chicago.

En revanche, sur la même période, deux études concernant 1244 sujets américains montraient qu'environ 60% d'entre eux considéraient que le médecin se devait de dire au patient qu'il souffrait d'un cancer.

Cette attitude médicale, qualifiée de conservatrice concernant l'annonce de diagnostic, s'explique de plusieurs façons.

Tout d'abord, à cette époque pas si lointaine, le cancer restait très fortement attaché à la mort et l'annonce d'une telle pathologie était considérée – sans doute encore plus qu'aujourd'hui – comme étant une réelle sentence mortifère et de ce fait, perçue comme cruelle, voire inhumaine. En outre, une telle annonce risquait, selon l'entourage, de faire perdre tout espoir au patient, ce dernier étant alors totalement anéanti psychologiquement.

Ensuite, cette attitude reflète parfaitement un modèle dit paternaliste, prédominant à cette époque, le principe de bienfaisance étant soutenu et encouragé par les proches.

Enfin, la place laissée à ces proches dans ce processus décisionnel, principalement la famille, favorisait très certainement une mise à distance du patient quant à la connaissance de son diagnostic.

Dans les années 60, les médecins ont progressivement abandonné ce système en faveur d'une plus grande autonomie du patient, notamment en ce qui concerne ses capacités à entendre et recevoir un diagnostic de maladie grave.

Certaines études ont ainsi prouvé que les médecins américains reconnaissaient comme une évidence et même une nécessité le fait que le patient soit informé en premier lieu de sa maladie, avant sa famille ou son entourage. Dire la vérité constitue alors un véritable principe moral et constitue une condition fondamentale dans la prise de décision de la part du patient.

Cette modification dans les mentalités est multifactorielle. Dans un premier temps les révélations d'expérimentations sur l'homme lors de la seconde guerre mondiale ont fait prendre conscience de l'absolue nécessité du consentement « libre » et « éclairé ». Dans le même temps, les bouleversements sociaux quant aux droits reconnus progressivement aux femmes, aux consommateurs et aux patients ont fait émerger cette demande de responsabilité individuelle concernant les prises de décisions pour soi. Enfin, l'évolution de la médecine dans les techniques et les traitements, principalement en ce qui concerne la radiothérapie et la chirurgie, et une meilleure maîtrise des traitements chimiothérapeutiques ont offert la possibilité d'un renouveau d'optimisme quant à la guérison de certains cancers et ont ainsi abouti à la nécessaire divulgation de la maladie pour obtenir une meilleure adhésion aux traitements proposés.

Cependant, annoncer une mauvaise nouvelle reste toujours, outre-atlantique, une action difficile à réaliser pour le médecin qui en a la charge. Plusieurs guides ont été publiés pour aider les médecins à annoncer une mauvaise nouvelle à leurs patients. La plupart de ces guides sont articulés en trois parties :

1^{ère} partie : la préparation de la consultation d'annonce

Il s'agit d'être certain d'avoir le temps nécessaire à consacrer au patient et de réaliser cette annonce dans un lieu dédié et non dans un couloir ou entre deux portes. Il faut par ailleurs interroger initialement le patient sur ce qu'il sait et sur ce qu'il souhaite savoir de la maladie.

2^{ème} partie : l'annonce

Le médecin devra utiliser un langage clair avec des mots simples. L'annonce sera progressive et adaptée au rythme de patient, d'où la nécessité d'évaluer la compréhension du patient vis-à-vis des éléments dévoilés.

3^{ème} partie : la réponse aux réactions du patient

Le médecin favorisera l'expression des émotions, il répondra aux questions du patient. Ensuite, il résumera tout ce qui a été dit lors de cette consultation et donnera les explications relatives à la suite.

Les Etats-Unis étant un pays cosmopolite, certains guides ajoutent des aspects éthiques et interculturels à prendre en considération lors de l'annonce de diagnostic. Pour exemple, il faut pouvoir tenir compte du fait que les sujets sains américains d'origine hispanique ne veulent pas savoir s'ils sont atteints d'un cancer incurable au contraire des individus d'origine anglosaxonne (Perez-Stable et al., 1992).

Eggy et son équipe ont souhaité réaliser en 2006 une révision de ces guides pour savoir si ces derniers étaient réellement applicables dans la clinique. Ses conclusions sont approximativement les mêmes que les constats faits dans d'autres pays et d'autres continents, à savoir ;

- que les médecins ne peuvent pas établir de plan d'interaction de mauvaise nouvelle. En effet, pour eux, il s'agit d'une appréciation subjective de ce qu'est une mauvaise nouvelle et de ce fait, il n'est pas possible d'anticiper le déroulement de la consultation d'annonce.
- que la consultation ne se réduit pas à l'annonce seule de la maladie mais que les échanges sont bien plus complexes et que les informations transmises sont multiples.
- que l'annonce d'une mauvaise nouvelle ne repose pas que sur la dyade médecin – malade et que le proche présent lors de la consultation participe activement aux échanges.

IV.3 – EN ASIE



En 2002, au Japon, la plupart des médecins préféraient ne pas informer les patients de leur état. Certaines études ont montré que le fait de connaître le diagnostic d'une mauvaise manière empêchait son acceptation par le malade et risquait de provoquer chez ce dernier du désespoir et des choix irrationnels pouvant précipiter la mort. De ce fait, seule une partie de l'information était donnée aux patients. Ces mêmes patients ignoraient alors la gravité de leur maladie et l'apprenaient bien souvent tardivement, en phase terminale.

En Chine, comme au Japon ou dans d'autres pays d'Asie, le modèle paternaliste reste dominant. Aborder le diagnostic et le pronostic est considéré comme cruel et inhumain et donc évité (Akabayashi, Kai, Takemura, Okazaki, 1999 ; Long, Long (1982).

Le respect de l'autonomie du patient est subordonné au pouvoir de la famille. Ainsi, en Chine, l'annonce de diagnostic est toujours basée sur le souhait de la famille plutôt que sur celui du patient. Dans ce sens, les médecins chinois, mais également les patients eux-mêmes, considèrent que la famille doit être avertie d'un diagnostic de maladie grave avant le patient lui-même (Ruhnke, 2000).

Néanmoins, de plus en plus de médecins font valoir le fait qu'informer de manière appropriée le malade du diagnostic de maladie grave pourrait aider ce dernier et atténuer sa détresse et ses incertitudes, d'autant que le plus souvent, il est au courant du diagnostic malgré le fait que son médecin et ses proches ne lui aient pas transmis l'information. Ainsi, les patients les plus jeunes et ceux les plus diplômés ont tendance à connaître le diagnostic avant même que l'annonce leur en soit faite, en consultant notamment Internet. Certains patients vont

même interpréter la non information de la part du médecin comme un signe de la sévérité de la maladie et de son caractère incurable.

Recevoir la vérité fait partie des droits des patients. La plupart des études réalisées dans les pays d'Asie montre que la majorité des patients souhaitent connaître le diagnostic mais seul un faible pourcentage d'entre eux est actuellement informé. Dire la vérité encouragerait le patient à être plus compliant et à mieux organiser, le cas échéant, le temps qu'il lui reste. Or, en Chine, les patients ne sont pas forcément informés car on considère qu'ils auraient alors plus de difficultés à faire face. A Hong-Kong par exemple, le diagnostic est donné à 68% des patients en stage terminal et le pronostic à 38% de ces mêmes patients (Fujimori et al., 2007). De plus, même si plus de 90% des patients préfèrent largement aborder la question de la maladie et des traitements, seulement la moitié d'entre eux souhaite recevoir l'information sur le pronostic et 30% ne veulent pas en parler. Il semble donc préférable de donner des informations complètes au patient, mais éviter de donner des chiffres exacts concernant le pronostic car celui-ci reste toujours incertain et ne peut être abordé qu'en termes d'estimation.

Il est donc nécessaire de recueillir lors de la consultation d'annonce le souhait du patient à être complètement informé. En revanche, donner l'information de manière progressive favoriserait une meilleure adaptation psycho-sociale et ferait diminuer le risque de dépression. Néanmoins, prendre trop de temps pour faire l'annonce de diagnostic risque de prolonger l'incertitude et le désarroi du patient. Par ailleurs, cela demande plus de temps, ce qui explique que deux tiers des médecins à Hong-Kong font une annonce brutale.

En Chine, Juan Li, Xiang Lin Yuan et d'autres médecins ont tenté en 2011 de déterminer comment réaliser l'annonce de diagnostic à des patients atteints de cancer. 150 patients et leurs proches ont répondu à un auto-questionnaire.

Les résultats montrent que les patients, plus que les proches, pensent que les malades devraient être informés par le médecin de leur pathologie et ce, dès le diagnostic confirmé.

Plus précisément, les agriculteurs, les patients à faible niveau d'études et ceux à faible revenu sont moins enclins à souhaiter être complètement informés. De plus, les agriculteurs et les patients qui n'ont pas bénéficié dans un premier temps de traitements à visée curative préfèrent ne pas être informés immédiatement et directement par le médecin.

Par ailleurs, 49.3% des patients souhaitent être informés dès la confirmation du diagnostic alors que 50.7% préfèrent une information progressive. A l'inverse, seules quelques familles veulent que le patient soit informé immédiatement alors 85.3% d'entre elles demandent une information progressive.

Même si 98% des patients veulent être informés personnellement, les familles vont pour la plupart à l'encontre de ce souhait et 79% des médecins ne donnent pas le diagnostic au patient si la famille leur demande de ne pas le faire.

Il semble donc préférable d'informer le patient avec le soutien de la famille et d'impliquer le patient dans les prises de décision.

Fujimori et Uchitomi ont réalisé en 2009 un relevé de la littérature sur les souhaits des patients japonais concernant l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Là encore les conclusions sont quasiment les mêmes que celles retrouvées dans d'autres endroits du monde :

- il existe une grande variabilité quant aux préférences des patients vis-à-vis de la présence des proches
- le médecin doit s'adapter à la personnalité de chaque patient qu'il rencontre. Il peut ainsi utiliser des mots simples, montrer les images radiographiques et les résultats d'examens aux patients, etc. pour faciliter sa bonne compréhension.
- les patients souhaitent connaître le diagnostic de cancer, leur chance de guérison et l'efficacité des traitements proposés. En revanche, peu veulent aborder le pronostic.
- Les patients souhaitent que les médecins prennent en compte leurs émotions mais ils ne désirent pas forcément un contact physique tel qu'une main sur leur épaule.

A côté de ces composantes, les études ont fait ressortir des facteurs associés qui interviennent dans la manière d'annoncer une maladie grave :

- âge, sexe, niveau d'étude
Les plus jeunes, les femmes et les patients ayant un haut degré d'études souhaitent recevoir davantage d'informations détaillées ainsi que la possibilité d'être soutenus psychologiquement. Les plus jeunes et les plus qualifiés veulent également participer aux décisions thérapeutiques.
- état psychologique
Les patients ayant un fort niveau de détresse, une anxiété élevée et un esprit combatif souhaitent recevoir le maximum d'informations et bénéficier d'un soutien psychologique.
- revenu
Les patients ayant un faible revenu veulent recevoir moins d'informations que les personnes au revenu modéré.

- différences culturelles

Seuls 30% ou moins des patients asiatiques préfèrent aborder la question du pronostic alors que 60% des patients des pays de l'Ouest le souhaitent. Par ailleurs, 78% des patients japonais souhaitent être accompagnés par un membre de la famille, alors que seulement 40% des irlandais, 53-57% des australiens et 61% des portugais le veulent. Quant aux américains, ils ne sont que 19% à le vouloir.

Ces différents aspects constituent de réelles recommandations dans le cadre de la consultation d'annonce.

Au Japon, depuis 1994, des postes d'infirmières certifiées spécialisées (ICS) ont été créés, notamment en oncologie, pour répondre aux besoins des patients et des médecins (Komatsu, 2010). Ces soignants reçoivent une formation de pointe dans le but d'évaluer lors des consultations, le ressenti des patients quant à l'annonce de diagnostic, les difficultés autour des prises de décision et les ressources potentielles du patient. Elles ont également un rôle de formation et participent à la Recherche mais leur fonction s'étendra très certainement dans les années à venir à l'aspect diagnostic et thérapeutiques pour répondre aux configurations actuelles et à venir du pays. Nous pouvons ainsi constater que la France, quelques années plus tard, s'appuie sur le même modèle, avec l'apparition dans le Plan Cancer II de l'infirmier référent (IDER) ou de coordination (IDEC) qui se voit attribuer ces mêmes fonctions, et plus récemment, avec la possibilité pour les infirmiers d'obtenir un Master 2 d'Infirmière de pratique avancée (IPA) qui à terme, leur donnera un plus grand rôle dans la prise en charge médicale.

IV.4 – EN ARABIE SAOUDITE



Si le principe d'autonomie est à présent largement reconnu en droit – ce qui ne signifie pas appliqué dans les faits – et le droit à l'information mis en avant dans nos sociétés occidentales, ces deux aspects restent encore à la marge en Arabie Saoudite.

Ainsi, la famille participe de manière très forte aux prises de décision, traduisant la prédominance des valeurs à la fois culturelles et religieuses. La famille et les amis se doivent en effet d'être présents auprès du malade et de le soutenir tout au long de la maladie, et ce dès son apparition (Aljubran, 2010).

Par ailleurs, la pensée qui domine encore aujourd'hui et qui peut paraître à nos yeux « naïve » est que le patient, et encore plus la patiente, serait très vulnérable et ne devrait pas de ce fait, se retrouver seul face à la détresse provoquée par l'annonce d'une maladie grave ou dans le processus de décision. Cela aboutit très souvent au maintien du patient dans l'ignorance de sa maladie ou à son évincement dans les prises de décision le concernant. Ainsi, en 1984, Bedikian et al. ont interrogé 100 patients atteints de cancer et leur conjoint(e) et ont ainsi vu que seuls 16% de ces patients étaient informés de leur cancer et 34% de la présence d'une tumeur, alors que 69% de leurs proches connaissaient le diagnostic clair de cancer.

La même année, une autre étude (Mobeireek et al, 1996) a montré que 75% des médecins préféreraient annoncer le diagnostic de la maladie à la famille plutôt qu'au patient lui-même. Les médecins ne semblent donc pas savoir quoi dire ni comment le dire au patient quand ils ont à lui annoncer une maladie grave. Ils préfèrent alors éviter cette rencontre, prétextant un emploi du temps chargé ou une incapacité du patient à gérer cette mauvaise nouvelle.

Une autre étude (Mobeireek et al., 2008) réalisée en 2008 auprès de 321 médecins et 264 agents hospitaliers exerçant dans six régions différentes montre que dans le cadre d'une annonce de maladie incurable, 67% des médecins et 51% des agents hospitaliers souhaiteraient en informer en priorité le patient, excepté dans le cas du VIH pour lequel 59% des médecins et 81% des agents hospitaliers informeraient la famille malgré le refus exprimé par le patient.

Il semble donc primordial qu'il y ait une plus grande reconnaissance de l'autonomie du patient parmi les médecins.

En 2009, Al-Amri a interrogé 114 patients d'un hôpital universitaire dans la province de l'est du pays et a montré que tous des patients sauf un souhaitaient connaître toute l'information concernant leur maladie. En outre, tous les patients étaient contre le fait qu'on leur cache la vérité, notamment sur les effets secondaires des traitements et tous voulaient connaître le pronostic. Ces résultats vont à l'encontre de ce qui est pratiqué habituellement dans ce pays puisque généralement, la vérité n'est pas complètement dévoilée au patient.

Avec son équipe, Tavakol s'est intéressé en 2008 à la manière dont les médecins annoncent la maladie grave à leurs patients. A travers des entretiens, il a ainsi pu mettre en exergue quatre aspects influençant l'acte d'annoncer.

Tout d'abord, les médecins s'appuient sur un **modèle paternaliste** pour annoncer une maladie grave à leurs patients. En effet, certains d'entre eux estiment que les patients ne sont pas tous égaux quant à leur capacité à recevoir une telle nouvelle. C'est pourquoi ils préfèrent ne pas délivrer l'information directement au patient.

Par ailleurs, tous considèrent qu'aborder la maladie, principalement lorsqu'elle est évoluée (présence de métastases par exemple), va engendrer une forte anxiété et une peur intense influant sur la qualité de vie du patient. Ils pensent ainsi qu'il leur appartient de décider eux-mêmes de la quantité et du contenu de l'information dévoilée, l'espoir étant selon eux une dimension à respecter. Ils se pensent en outre empathiques en informant en premier lieu l'entourage plutôt que le patient.

Ensuite, il apparaît que la place de la culture, et encore plus celle de la **religion**, est extrêmement importante dans la façon d'annoncer une maladie grave. Les médecins vont ainsi s'appuyer généralement sur des principes théologiques tels que « *nous appartenons tous à Allah* » ou « *Nous retournons tous vers lui* » pour diminuer l'anxiété ou la souffrance chez les proches juste avant ou après le décès du patient.

Le troisième point relevé par les professionnels interrogés concerne le manque patent de **formation** au niveau universitaire quant à l'annonce de diagnostic de maladie grave.

Enfin, le dernier aspect rapporté est le manque d'investissement des soignants dans le domaine de la formation par **manque de reconnaissance**, notamment salariale, ce qui amène ces derniers à privilégier leur pratique médicale pure au détriment de la formation professionnelle.

Aljubran (2010) émet quelques suggestions concernant la manière d'annoncer une maladie grave, n'oubliant pas que cet acte reste difficile à réaliser, particulièrement lorsque les thérapeutiques cessent d'être efficaces et que le médecin n'a plus d'autres propositions que la mise en œuvre de soins palliatifs.

Tout d'abord délivrer un diagnostic de maladie grave doit être réalisé, selon lui, en fonction de guides ayant pour vocation d'aider le médecin à annoncer une maladie grave de la « moins pire façon possible », ces repères devant être enseignés très tôt dans les études médicales et post-doctorales.

L'auteur insiste également sur la nécessité de mettre en place un système efficace de soutien et d'accompagnement, à la fois du patient mais également de la famille, ce qui faciliterait la tâche difficile du médecin quant à l'annonce d'une telle maladie.

Il poursuit en précisant que le fait de dire la vérité au patient peut être soutenu par différents arguments, notamment celui relatif au principe retrouvé dans l'Islam qui consiste à respecter le patient et protéger le droit de ce dernier de connaître et de faire des choix librement.

Par ailleurs, il n'est plus à discuter du bénéfice évident, tant pour le patient que pour le médecin, dans le fait de dire clairement et simplement la vérité au patient, reconnaissant ainsi à ce dernier une réelle capacité à prendre des décisions, ce qui favorise un véritable climat de confiance, une alliance solide et une compliance thérapeutique (Libert & Reynaert, 2009). En outre, cela aide profondément le patient à aborder plus naturellement la perspective de sa fin de vie.

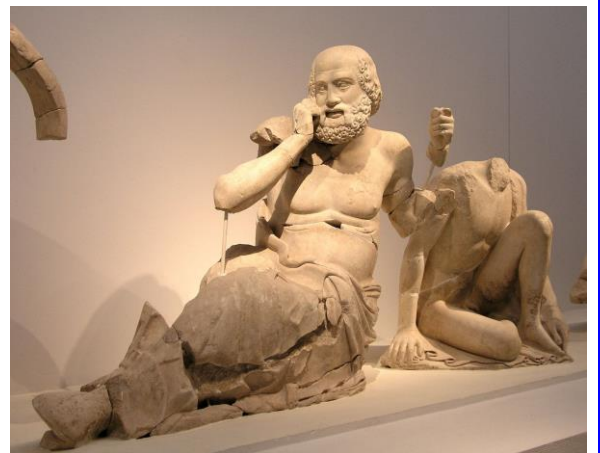
Hallenbeck et Arnold (2007) ont aussi proposé ce qu'ils nomment un modèle de négociation avec la famille de patients atteints de maladie grave, celle-ci restant très présente dans ces moments d'entrée du patient dans la maladie.

Contrairement à d'autres pays, la norme socioculturelle en Arabie Saoudite impose au médecin d'établir une relation avec la famille, en parallèle à la relation qu'il doit créer avec le patient lui-même. Il est donc

nécessaire pour ces médecins d'accepter d'informer en premier lieu, si elle le souhaite, la famille, sous la condition que le patient ne reste pas par la suite dans l'ignorance de sa maladie.

Par ailleurs, il s'agit pour le médecin de comprendre le point de vue de la famille en répondant de manière empathique à leur détresse, gardant à l'esprit malgré tout que l'objectif n'est pas de cacher la vérité au patient mais d'expliquer au contraire à la famille tout l'intérêt et la nécessité de lui dire ce qui lui arrive (Aljubran, 2010).

SCENE II Les mécanismes de défense



« L'annonce du diagnostic de cancer ou de rechute représente une des situations médicales les plus angoissantes »

Martine Ruszniewski

L'annonce de diagnostic de maladie grave représente un traumatisme qui va placer le patient et son entourage dans une situation qualifiée d'extrême. « Les mécanismes de défenses, fréquents, automatiques et inconscients, ont pour but de réduire les tensions et l'angoisse, et s'exacerbent dans des situations de crise et d'appréhension extrêmes (Ruszniewski, 1995).

L'utilisation des mécanismes de défense dans la pratique est très diversifiée. Si au départ, les mécanismes de défense ont permis une meilleure compréhension du fonctionnement psychologique aussi bien normal que pathologique, ils trouvent maintenant de nouvelles applications dans la pratique clinique en tant que marqueurs du fonctionnement psychique des patients au cours des psychothérapies ou encore comme indices diagnostiques et d'évolution des troubles psychopathologiques. Mais leur utilisation dépasse de plus en plus le champ de la psychopathologie et devient courante dans des domaines comme la prévention et l'éducation de la santé, la médecine des troubles psychiques, la sélection professionnelle, etc.

Nous devons noter la diversité des approches utilisées dans l'étude des mécanismes de défense. Dans un premier temps, les mécanismes de défense ont été ignorés en raison de la purification notionnelle opérée dans le contexte de la psychopathologie athéorique et des excès de la révolution cognitive. La suite des événements a montré que le concept de mécanismes de défense était attrayant, fort, voire indispensable. Les nouvelles directions de recherche dans ce domaine sont le résultat de la diversification des approches utilisées dans l'étude des mécanismes de défense : approche développementale (pour l'ontogenèse et la perspective de cycle de vie), approche quantitative-comportementaliste (pour l'évaluation) ou cognitiviste (dans le cas d'étude des relations avec les stratégies de coping).

C'est Freud qui a introduit le terme de défense en 1894 mais c'est surtout sa fille, Anna Freud, qui présentera dans son ouvrage *le moi et les mécanismes de défense* (1936) la défense comme une activité du moi destinée à protéger le sujet contre une trop grande exigence pulsionnelle.

I – DEFINITIONS

Les mécanismes de défense constituent des outils, développés pour protéger le moi, employés spécifiquement à cette fin, aussi bien dans la normalité que dans la pathologie. Ce sont des processus intrapsychiques mis en œuvre par le moi du sujet et qui lui permettent de supporter une réalité potentiellement intrusive ou stressante. « Tout acte défensif a pour objet d'assurer la sécurité du moi et d'éviter un déplaisir » (Reich, 2001).

Différents auteurs ont tenté une définition des mécanismes de défense. Ainsi, pour Laplanche et Pontalis (1967), « les mécanismes de défense représentent les différents types d'opérations dans lesquelles peut se spécifier la défense. La défense, quant à elle, constitue l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique.»

Vaillant (1993) considère que « Les défenses représentent des processus mentaux de régulation, visant à restaurer l'homéostasie interne. »

Citons enfin Ionescu (1997) pour qui « les mécanismes de défense sont des processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités interne et/ou externe et dont les manifestations – comportements, idées ou affects- peuvent être inconscients ou conscients. ».

II – ORIGINE DES MECANISMES DE DEFENSE

Les auteurs s'intéressant à l'origine des mécanismes de défense n'adoptent pas une position consensuelle quant au développement de ces derniers.

Certains emploient le terme de précurseur pour faire référence au stade précoce d'une défense, où celle-ci n'a pas encore le véritable statut de défense. Ainsi, pour Sandler (1989), le concept de précurseur concerne les conditions nécessaires pour qu'une défense puisse apparaître. Dans ce sens, Spitz (1966) estiment que les précurseurs sont des fonctions physiologiques archaïques qui assurent, au départ, l'adaptation. Les prototypes des défenses représentent des fonctions somatiques innées.

Dans une perspective développementale, Cramer (1991) résume de la manière suivante les points de vue contemporains concernant les mécanismes de défenses :

« Chaque défense a son origine dans une réaction innée particulière de type réflexe. Dans de nombreux cas, ce prototype physiologique peut être identifié. Des réactions motrices volontaires, dérivées du réflexe inné, servent de précurseurs moteurs différents. L'intériorisation et la transformation du précurseur moteur en structure cognitive constituent le point, qui, dans la séquence développementale, représente le début de l'existence du mécanisme de défense. La défense peut, ensuite, continuer à se développer prenant des formes plus avancées. Lorsque le développement d'une défense est complet, son utilisation dépend de la force relative des autres défenses disponibles, du tempérament et du caractère de la personne, du degré de stress vécu. »

Lacan insiste, quant à lui, sur le rôle fondamental du langage dans la construction des mécanismes de défense qu'il considère comme des figures de rhétorique exerçant sur le discours de l'inconscient une censure.

« C'est là la raison pour laquelle une exhaustion des mécanismes de défense, aussi sensible que nous la fait un Fenichel (...), se manifeste, sans qu'il en rende compte ni même qu'il s'en rende compte, comme l'envers dont les mécanismes de l'inconscient serait l'endroit. La périphrase, l'hyperbate, l'ellipse, la suspension, l'anticipation, la rétractation, la dénégation, la digression, l'ironie, ce sont les figures de style, comme la catachrèse, la litote, l'antonomase, l'hypotypose sont les tropes, dont les termes s'imposent à la plume comme les plus propres à étiqueter ces mécanismes. Peut-on n'y voir qu'une simple manière de dire, quand ce sont les figures mêmes qui sont en acte dans la rhétorique du discours effectivement prononcé par l'analysé ? »

III – ELABORATION DES MECANISMES DE DEFENSE

L'idée d'une transformation avec l'âge des procédés défensifs apparaît en 1915 dans le texte intitulé « pulsions et destins des pulsions », où Freud précise que les destins pulsionnels dépendent des modes de défense contre les pulsions. Il suggère dès 1915, que les défenses passent d'un stade initial, moins organisé, à un stade ultérieur, plus organisé.

La construction des mécanismes de défense dépend de plusieurs éléments, d'une part des différents stades d'évolution de l'individu au cours desquels s'élaborent ses mécanismes et d'autre part, de la structure de personnalité du sujet et plus précisément, de son moi.

Anna Freud (1936) pense qu'« à diverses périodes de la vie et suivant sa structure spécifique, le moi individuel choisit tel ou tel moyen de défense ». Elle reprend les suggestions de son père et considère alors que la chronologie de l'apparition des défenses est difficile à établir et que certaines conditions sont au préalable nécessaires. En outre, la présence de certains mécanismes de défense serait normale à certains âges et dangereuse – voire pathologique – avant ou après. Par exemple, la fantaisie est un mécanisme normal de l'enfance mais celui-ci témoigne d'une pathologie psychotique s'il apparaît plus tard sous la forme de délire. Enfin, une défense peut évoluer au cours de la vie et, dans certains cas, il existerait une véritable séquence développementale.

Au cours de son élaboration, le moi va apprendre différentes méthodes défensives et une fois structuré, il va toujours se servir de ces mêmes méthodes. Ces mécanismes nous renseigneront sur la façon dont l'individu va traiter ses propres affects.

IV – EVOLUTION DES MECANISMES DE DEFENSE

Les auteurs qui utilisent l'âge chronologique et ceux qui utilisent les stades du développement psychosexuel aboutissent à des conclusions qui divergent quant à l'évolution des mécanismes de défense. Cependant, nous notons un assez large consensus concernant le déni qui est une défense précoce et l'intellectualisation qui est un mécanisme plutôt caractéristique des adolescents ou des adultes.

Cramer (1991) attire l'attention sur le fait que chaque défense a son histoire propre. Au moyen d'une étude longitudinale, Vaillant (1971, 1976, 1993, 2000) arrive à la conclusion qu'au cours du cycle de vie, le type de mécanisme de défense utilisé change.

Concernant les personnes âgées, peu d'études abordent cette question. Il y a deux positions divergentes concernant l'utilisation des défenses chez ces personnes (Ferrey & Le Goues, 1993) : d'une part le point de vue selon lequel ces personnes tendent à régresser à des formes plus primitives de défense et, d'autre part, celui selon lequel, tout comme les personnes matures, elles utiliseraient moins de défense qui distordent la réalité.

Cramer (1991) propose ainsi plusieurs possibilités d'évolution dans le temps des mécanismes de défense. Après son apparition, le mécanisme de défense est utilisé, par l'enfant, durant une période de temps, puis il perd de son importance. Il peut, soit disparaître entièrement, soit rester « endormi ». Plus tard, il peut être remplacé par un nouveau mécanisme.

Une défense peut également émerger et être utilisée sous sa forme initiale pendant un certain temps. Ensuite, elle se modifiera, tout en restant une variante de la même défense, ou se transformera en une défense tout à fait différente.

Par ailleurs, il arrive qu'un mécanisme de défense subisse un « changement de fonction ». La même forme cognitive de pensée persiste alors mais se sépare de son origine conflictuelle et peut, dans ces nouvelles conditions, être utilisée dans le cadre d'une activité intellectuelle libre de conflit. Il peut devenir un mécanisme de contrôle cognitif ou constituer un trait général de caractère.

V – MISES EN ŒUVRE PATHOLOGIQUE ET NORMALE DES MECANISMES DE DEFENSE

Dans *le normal et le pathologique* (1972), G. Canguilhem considère que l'état pathologique n'est qu'une modification qualitative de l'état normal. Selon lui, il y aurait un continuum entre ces deux éclats. A. Comte (1908) considère que la distinction entre le normal et le pathologique est de nature quantitative. Pour Bernard (1947), normal et pathologique se confondent et la distinction n'est au fond que conventionnelle. Le passage d'un état à un autre est insaisissable ; il y aurait une fusion intime. Enfin, Leriche (1936) affirme aussi la continuité entre le normal et le pathologique mais le seuil pour lui n'est pas quantitatif mais qualificatif.

A travers ces différentes approches du passage du normal au pathologique, nous nous apercevons qu'il est illusoire de vouloir différencier ces deux états, la frontière entre normal et pathologique étant imprécise pour des individus ensemble mais précise pour un seul et même individu. La norme de vie d'un organisme est donnée par l'organisme lui-même, contenu de son existence.

Pour A. Freud, le lien des mécanismes de défense avec la pathologie lui a paru assez fort tout au long de sa vie. En revanche, pour le psychiatre Vaillant (1993, 2000) la présence des défenses n'est pas, en elle-même, une preuve de pathologie. En effet, il pense que certaines défenses peuvent être adaptatives, en facilitant aussi bien l'homéostasie psychique, c'est-à-dire un certain équilibre mental, que l'adaptation du sujet à son environnement. Les défenses adaptatives présentent cinq caractéristiques :

- Leur mode d'action vise, par exemple, dans le cas de l'affect, non pas à le faire disparaître mais plutôt à agir sur lui et, donc, à « réduire la douleur » ;
- Les défenses adaptatives s'inscrivent dans une perspective temporelle : elles sont davantage orientées vers le long terme ;
- Une défense adaptative doit être aussi spécifique que possible ;
- Les défenses adaptatives doivent canaliser les sentiments ;
- Les défenses adaptatives rendent leur utilisateur agréable, attrayant.

Le Psychiatre Valenstein (1967) note que les mécanismes de défense gênent le développement du moi tout en le favorisant et il considère que la présence d'un même mécanisme indique, d'une part l'existence d'une névrose, et d'autre part, le fait qu'il est indispensable pour le fonctionnement psychique de la personne.

Brenner (1967) distingue les défenses pathologiques (identifiées par leurs caractéristiques de rigidité, d'intensité et de surgénéralisation) et les défenses pathogènes (condition préalable nécessaire pour le développement d'une pathologie mais ne conduisant pas nécessairement à une pathologie).

Pour Anna Freud, la réussite d'une défense doit être considérée du point de vue du moi et pas en termes de monde externe, d'adaptation à ce monde. Les critères de réussite sont liés aux buts suivants : empêcher la pulsion interdite d'entrer dans la conscience ; écarter l'angoisse connexe à la pulsion ; échapper à toute forme de déplaisir. Dans le cas particulier du refoulement, la réussite est effective lorsque toute prise de conscience disparaît. Une défense réussie est toujours quelque chose de dangereux car elle restreint excessivement le domaine de la conscience ou de la compétence du moi, ou elle falsifie la réalité.

Pour Fenichel (1987), les défenses qui réussissent sont appelées *sublimation*. Elles ne bloquent pas la décharge d'une pulsion. En revanche, les défenses qui échouent, pathogènes, sont utilisées par le moi de manière trop fréquente ou continue pour prévenir la percée de la pulsion écartée, détournée de la conscience. Leur but est de bloquer la pulsion.

Les mécanismes de défense ne sont pas pathologiques en soi, ils sont utilisés par chaque individu. Selon Bergeret (1995), « un sujet n'est jamais malade parce qu'il a des défenses ». Il précise que la « pathologie demeure essentiellement le fait du manque de diversité, de souplesse, de subtilité et d'efficacité de différents mécanismes habituels de défense d'un individu », c'est-à-dire que les défenses utilisées habituellement peuvent être caractérisées comme inefficaces, trop rigides, mal adaptées aux réalités internes et externes et/ou exclusivement d'un même type. Il ajoute que le sujet « normal » est celui qui possède de « bonnes défenses ». La meilleure manière d'écarter les défenses est de mettre en confiance la personne qui les utilise pour pouvoir aborder indirectement ses défenses.

VI – LE MOI ET LES MECANISMES DE DEFENSE

Pour Anna Freud, le moi se défend nécessairement contre les pulsions et contre les affects.

Lorsque le moi se défend contre les pulsions, les motifs sont variés. Ils peuvent en effet correspondre à la peur du surmoi et la peur réelle, les deux ayant en commun le fait qu'en se défendant, le moi obéit au principe de réalité. En supposant que malgré l'opposition du Surmoi ou du monde extérieur la pulsion arrive à se satisfaire, il y aurait initialement production du plaisir car satisfaire un instinct est toujours agréable au début. Mais ensuite, des sentiments de culpabilité, engendrés par l'inconscient ou liés aux châtiments infligés par le monde extérieur, produiraient du déplaisir. Dans les deux cas, le moi tente donc d'éviter ce déplaisir secondaire.

D'autres motifs sont présents tels que la crainte que l'intensité des pulsions ne devienne excessive, ou encore un effet du besoin de synthèse du moi lié au fait que le moi adulte exige une certaine harmonie entre ses tendances opposées (passivité / activité ; homosexualité / hétérosexualité,...) entre lesquelles apparaissent des conflits.

Lorsque le moi se défend contre les affects, la défense est alors issue des conflits entre le moi et la pulsion. Dans *Le moi et les mécanismes de défense*, Anna Freud distingue deux cibles : les pulsions du ça et les affects liés à ces pulsions (l'amour, la désirance, la jalousie,...).

Sandler (1989), quant à lui, affirme que la défense est une défense contre l'affect, partant du principe que s'il ne s'agissait pas d'affect déplaisant, on ne se défendrait pas.

Pour Laplanche et Pontalis (1967), la défense porte de façon générale sur la pulsion et électivement, sur des représentations auxquelles la pulsion est liée (souvenirs, fantasmes), sur des situations capables de déclencher des pulsions déplaisantes pour le moi ou sur des affects déplaisants.

VII – PRINCIPAUX MECANISMES DE DEFENSE DES PATIENTS

L'**annulation** (ou déni) : la représentation gênante du diagnostic est considérée comme n'ayant jamais existé : par l'annulation, les patients mettent en jeu des pensées propres à effacer, du discours du médecin, toute menace qui ne peut encore être entendue. En annulant tout simplement l'expression d'un dit, le patient annule par là-même la représentation insupportable de la réalité qui se trouve de facto niée et implicitement démentie.

Certains patients, profitant parfois du souci du médecin de vouloir entourer l'annonce du diagnostic d'une attentive et délicate sollicitude afin de leur permettre d'intégrer la nature de la maladie sans toutefois engendrer une trop grande sidération nient à ce point la réalité qu'ils parviennent à se raccrocher au seul climat de confiance instauré par le médecin, pour ne pas entendre ni percevoir l'essentiel.

Ainsi, le danger de mort concrétisé par le mot terrifiant de « cancer » s'est trouvé escamoté puis aboli grâce au soutien bénéfique et apaisant, au climat de confiance créé par le médecin, permettant ainsi au malade de noyer la menace en dissolvant la réalité afin de mieux la noyer.

Par la **dénégation**, il s'agit d'intégrer ce qui est acceptable – la reconnaissance d'une part de réalité vécue dans une souffrance encore tolérable – et de rejeter ce qui tendra à être vécu trop douloureusement, la mort virtuelle ou probable.

Le malade sait mais préfère ne rien savoir. Il subodore la vérité mais s'acharne à la déloger de son esprit. Par cette contre-intégration du dit, certains n'admettront ainsi qu'une parcelle de vérité, un pan du diagnostic, voulant croire tout au plus en « un début de leucémie » ou en une « sorte de cancer ». Puis, une fois le diagnostic intégré, le processus se réactivera à nouveau et le pronostic létal, à son tour, sera plus ou moins dénié.

Grâce à l'**isolation**, le malade reconnaît certes la gravité de son état mais il s'attache à la décrire avec détachement et précision, l'exposant sous forme d'un compte-rendu froid et insensible, aussi distant et inexpressif que possible. S'efforçant de dénuder les mots de toute affectivité, dissociant ainsi la représentation gênante de l'affect, il va parvenir à intellectualiser sa maladie et à la transposer tout naturellement dans un autre corps que le sien. Le malade parvient ainsi à affaiblir la réalité en la privant de tout lien associatif avec lui-même.

Par cette dissociation qui perturbe et décontenance l'entourage, le malade tente encore et toujours de temporiser, plus ou moins massivement, en fonction essentiellement de la distance qu'il consent à instaurer face à ce champ d'affectivité et d'émotion.

Par le mécanisme du **déplacement**, le malade « choisit » une cible plus accommodante et plus conciliante comme source de son angoisse, transférant alors l'angoisse inhérente à sa maladie sur un élément substitutif qui s'appuiera soit sur la maladie elle-même (mais hors de sa globalité, comme sur un symptôme précis ou sur un effet secondaire des soins), soit sur une autre réalité sans rapport apparent avec la maladie.

Mais le malade se sentira moins vulnérable s'il pense pouvoir encore comprendre l'évènement et en maîtriser le processus, agir sur sa propre histoire qui lui échappe déjà et dont le devenir lui apparaît si dramatiquement indistinct et fluctuant. Ce désir de **maîtrise** qu'il va tenter de conserver le plus loin possible au moyen de subterfuges divers l'aidera à se sentir encore un sujet résolu et volontaire, même s'il pressent déjà que la vie l'abandonne, insensiblement.

Contraints de restituer cohérence et logique à leur maladie, certains tentent d'en rationaliser l'origine comme pour se justifier, d'autres opteront pour une forme d'irrationalité sous-tendue par la dérision et l'humour acerbe, d'autres enfin essaient de la maîtriser dans le présent en s'attachant à respecter certains rites, précis et obsessionnels, avec lesquels ils ne peuvent transiger.

Afin de combattre leur angoisse et leur insuffisance à trouver en eux les ressources nécessaires pour engager une quelconque offensive contre leur maladie, certains patients, à l'antipode du déni, cherchent à se protéger en opérant une paradoxale immersion dans la maladie, en se fondant en elle, en s'oubliant pour la laisser vivre et s'exprimer, ne faisant plus qu'un avec cette souffrance, opération qualifiée de **mouvement régressif**.

Cette forme de régression affective conduit souvent à adopter un comportement infantile et puéril, renforcé lorsque conjugué à une perte d'autonomie physique. Ne plus s'assumer revient à se mettre à l'abri de la souffrance, à ne plus prendre sur soi, ne plus endosser la moindre responsabilité susceptible de faire resurgir l'angoisse.

Certains patients peuvent réagir en se défendant sur un mode agressif et revendicateur, ils se protègent en déversant sur l'entourage leur ressentiment et leur amertume, le rendant constamment responsable de tous leurs maux. Dans la **projection aggressive**, la douloureuse réalité a effectivement pu être intégrée, mais le patient y fait front par une agressivité parfois violente et une exigence toujours accrue.

Désireux parfois de compenser le sentiment d'inutilité induit par le statut de malade, certains d'entre eux tentent alors de rééquilibrer cette déficience physique par une investigation exhaustive des potentielles forces et richesses et leur personnalité. La **sublimation**, apte à prévenir un enlèvement dans l'angoisse et l'impuissance, constitue peut-être le mécanisme le plus « réussi » et le moins invalidant pour les malades auxquels cette forme de défense s'avère accessible.

Le bénéfice qu'elle procure n'est jamais dans la finalité mais dans l'exercice de l'activité elle-même, elle ne vise jamais au résultat mais à l'instant présent ; en effet, plus intense sera le vécu de ce présent sublimé, plus flou semblera l'angoissant devenir.

VIII – PRINCIPAUX MECANISMES DE DEFENSE DES SOIGNANTS

De toutes les opérations défensives que les soignants pourront édifier, le **mensonge** est, à l'évidence, le mécanisme le plus entier, le plus radical et le plus dommageable pour l'équilibre psychique du malade. Il consiste à travestir purement et simplement la vérité, en donnant sciemment de fausses informations sur la nature ou la gravité de la maladie.

Coupant court à tout échange, il permet au médecin de figer le temps en renvoyant sa propre angoisse dans un temps encore à venir. Or, différer la vérité, c'est différer l'apparition d'une nécessaire angoisse. En effet, en annihilant chez son patient ce temps d'adaptation et de préparation, le soignant aura empêché l'élaboration de l'angoisse qui, en se développant pas à pas, en s'exprimant et en se manifestant sous toutes ses formes, lui aurait permis de se préparer psychologiquement à l'évolution de sa maladie.

Par un autre comportement, en apparence moins massif que le mensonge mais tout aussi intolérable pour le patient, le soignant peut mettre en place un mécanisme plus contrasté, dit de **banalisation**, qui va fonctionner sur un mode dichotomique : le soignant sera certes dans la reconnaissance d'une certaine vérité mais celle-ci, partielle et tronquée, se focalisera sur une seule partie du sujet en souffrance.

En d'autres termes, ceci revient à traiter une maladie avant de traiter le malade. En privilégiant exclusivement la souffrance physique, le soignant va à priori parvenir à occulter la souffrance psychique du patient.

Parfois, les soignants vont se sentir si démunis, si impuissants face à la maladie et à la souffrance psychique, qu'ils ne pourront ni aborder le sujet, ni faire face au malade, avec lequel ils seront toujours en complet déphasage. Pour autant ces soignants ne sont pas dans le refus de la souffrance psychique, qu'ils reconnaissent et identifient. Ils vont alors vivre dans l'**esquive**, mécanisme grâce auquel ces soignants ne seront jamais dans le registre du mensonge : ils seront en permanence hors sujet, hors de la réalité environnante.

Impuissant à contrôler sa propre angoisse mais détenteur d'une réalité médicale que le patient commence à soupçonner, le médecin va trouver une échappatoire temporaire par la **fausse réassurance**. Ce dernier va avoir tendance à optimiser les résultats et à entretenir chez son patient une sorte d'espoir, simulé et artificiel, alors même que le malade n'y croit plus.

Le médecin qui tient un discours si hermétique et incompréhensible pour le non-initié un langage médical tente en fait, avec ses propres armes, de pallier son dénuement : l'annonce d'un diagnostic à pronostic léthal est et restera toujours source d'angoisse pour les soignants. Certains médecins, en s'immergeant dans la **rationalisation** et en se retranchant derrière leur savoir médical, peuvent ainsi faire face au malade, établir un dialogue sans dialogue, apporter aux questions trop embarrassantes du patients des réponses toujours plus obscures, en s'engouffrant dans cet imparable domaine de la connaissance non partagée.

Dans certains cas, les soignants vont se protéger en mettant en place un mécanisme d'**évitement** s'assimilant à un comportement de fuite qui peut revêtir différents aspects : le soignant pénètre dans la chambre et, sans un regard pour le malade, consulte aussitôt son dossier, dans lequel il va se plonger sans jamais lever les yeux ; ou encore il profitera du sommeil du patient pour ne pas le déranger. Ainsi le médecin nie la présence physique et effective du patient en le réduisant à un dossier, à un cas à traiter uniquement d'un point de vue médical.

Ainsi réduite à des informations indirectes et techniques, la relation avec le patient se trouve privée de toute communication que le soignant estime ne pas être de son ressort, reléguant ainsi à d'autres – collègues ou psychologue – le soin de veiller au contact et à l'échange.

Parfois, lorsque l'angoisse est trop lourde à porter – au moment de l'annonce du diagnostic en particulier – certains médecins ne sont plus capables de soutenir leur souffrance et, tout comme on s'allège d'un accablant fardeau, ils veulent s'affranchir de leur angoisse et se délivrer de tout leur savoir, se déchargeant aussitôt d'une si brûlante vérité. C'est le mécanisme de **fuite en avant** qui est à l'œuvre, obligeant le médecin à dire tout et tout de suite.

Ainsi, certaines questions du malade, inattendues, impromptues et sans équivoque, provoqueront chez le médecin un tel état de sidération que ses réponses, comme aspirées par la spontanéité des questions, jailliront sur le même ton, dans un style concis et lapidaire, empreint de la même rudesse et d'une égale franchise.

Par le mécanisme de **l'identification projective**, qui consiste à attribuer à l'autre certains aspects de soi-même ou d'une ressemblance globale avec soi-même, le soignant se substitue au malade et transfère sur lui certains aspects de sa personnalité, lui prêtant pour toute conduite à tenir face aux situations de crise ses propres sentiments et réactions, ses propres pensées et émotions.

Par cette fusion étroite qu'il croit avoir mis en œuvre, le soignant acquiert la conviction qui lui seul sait ce qui convient au malade, lui seul perçoit l'attitude adéquate et appropriée pour le bien-être du patient – ne dissimulant jamais sa sévère réprobation de tout acte qu'il jugera nocif et préjudiciable au malade. Il s'attache

alors à inculquer au patient la marche à suivre la plus efficace pour lui venir en aide, sans jamais se douter qu'il ne fait là que projeter sur le malade ses propres souhaits et aspirations.

IX – MECANISMES DE DEFENSE ET CANCER

Le fonctionnement psychique des patients peut être déstabilisé par la maladie en tant que telle (douleurs, mutilations, contrainte de traitements ...) mais également et parfois bien plus, par ses représentations.

Il faut également souligner que les effets psychiques de l'imaginaire de la maladie influent aussi largement sur les soignants.

Ainsi, cette rencontre avec le cancer induit une rupture dans la vie du sujet et met en jeu ses capacités d'adaptation. Ces dernières peuvent être débordées ponctuellement ou durablement, ce qui donne lieu à différentes manifestations de détresse émotionnelle. Le cancer requiert un effort continu d'adaptation tout au long de la maladie. Le cancer provoque en ce sens une rupture entre un déjà-plus et le pas encore (Herzlich, 1984).

Le terme d'adaptation renvoie au terme anglo-saxon de *coping*. Face à une réalité nouvelle, à un traumatisme, l'individu développera une série de réactions cognitives, émotionnelles et comportementales, qui lui permettront d'évaluer les difficultés et d'y réagir. Soit ces réactions permettront à la personne de s'adapter, soit elles seront tenues en échec. Bien sûr, ces réactions individuelles sont extrêmement diversifiées et dépendantes de facteurs multiples, tant sur le plan physique, psychologique et social.

Ainsi, la situation d'annonce de cancer va déclencher de violentes angoisses, qui vont elles-mêmes solliciter les mécanismes de défense de manière importante. Les mécanismes de défense du patient peuvent être prévisibles si l'on retrace l'anamnèse de l'individu : groupe culturelle d'appartenance, mécanismes favorables par le passé, ...

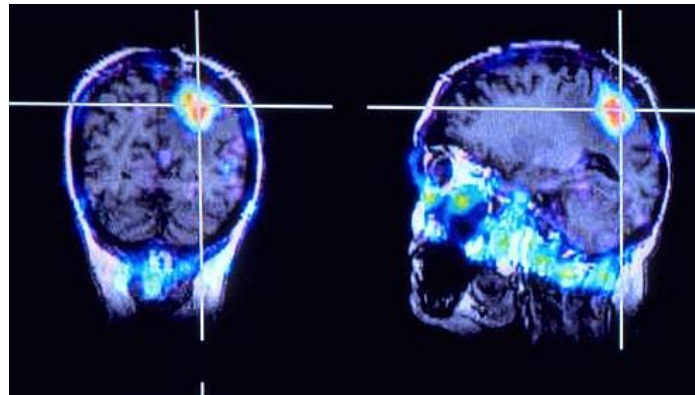
De plus, le postulat selon lequel le malentendu lors du dire ne peut être attribué qu'au patient est dommageable mais bel et bien présent. C'est généralement un malade qui n'a rien compris ou qui n'a rien voulu entendre, et plus rarement un médecin qui se questionne sur ce qu'il n'a pas clairement énoncé ou volontairement scotomisé.

Enfin, certains malentendus peuvent apparaître dans la communication comme des conséquences de la dissymétrie de la relation : il y a une différence dans l'image du corps entre les deux protagonistes, le médecin considérant plutôt le corps comme une somme d'organes, un objet manipulable, tandis que le malade considère son corps comme une expérience sociale et culturelle. Et puis le jargon médical peut provoquer des malentendus comme par exemple « votre biopsie est positive » ou encore « tumeur » qui pourrait s'entendre comme « tu meurs ». De plus, la « confusion des langues » (Ferenczi, 1933) vient en ce sens, selon Gori (2005), hanter le colloque médecin / patient par une polyphonie des discours et des équivoques sémantiques et phoniques.

On comprend donc qu'il est très important pour le médecin de bien se connaître, d'apprendre à bien connaître son patient, et d'être très attentif au choix de ses mots.

Finalement, les mécanismes de défense, qui sont une source importante de protection et d'adaptation face à une situation angoissante, ne doivent surtout pas aliéner la communication entre le patient et son médecin.

SCENE III La neuro-oncologie



I – DEFINITION

La neuro-oncologie regroupe la prise en charge diagnostique et thérapeutique des tumeurs cérébrales primitives et secondaires ainsi que des complications neurologiques des patients atteints de cancer.

II – LES PATHOLOGIES TRAITEES

Les **gliomes malins** (glioblastomes, astrocytomes anaplasiques, oligodendrogliomes anaplasiques, épendymomes anaplasiques) sont les tumeurs cérébrales primitives les plus fréquentes chez l'adulte. Malgré de récents et réels progrès (Hottinger & Stupp, 2008 ; Stupp et al., 2005 ; Taillandier, Antunes, Angioi-Duprez, 2003), les médianes de survie, pour l'ensemble de la population, demeurent inférieures à 1 an pour les glioblastomes (Ducray et al., 2010) et entre 2 et 4 ans pour les gliomes anaplasiques (Ohgaki, 2005 ; Louis et al., 2007).

Porter le diagnostic de gliome de haut grade, ou en d'autres termes confirmer la présence d'un glioblastome, revient à envisager d'emblée une lésion au pronostic spontané fatal à court ou moyen terme. Les gliomes de haut grade constituent un groupe de tumeurs partageant à la fois de grandes caractéristiques communes et un grand polymorphisme :

- Ils sont d'origine clonale comme tous les cancers et leur cellule d'origine appartient à la lignée neuroépithéliale gliale
- Ils comportent tous les critères histologiques de malignité des tumeurs cancéreuses, mais n'en ont pas le potentiel métastatique ; ils demeurent une maladie focale
- Plus que des maladies d'organes, les gliomes sont des lésions qui ont un impact sur l'entité même du sujet, son autonomie physique mais aussi mentale
- Enfin, alors que les progrès des connaissances oncobiologiques sont considérables, les résultats thérapeutiques demeurent proches de ce qu'ils étaient au temps du simple empirisme clinique ; cette situation conduit les cliniciens à se situer entre un activisme de recherche en ayant recours à des protocoles fluctuant au gré des nouvelles données fondamentales, et un nihilisme limitant la prise en charge aux méthodes diagnostiques et thérapeutiques établies en routine et centrées sur le respect de la qualité de vie des patients dont l'avenir à court terme est compromis.

II.1 – CLASSIFICATION

Identifier un gliome de haut grade est habituellement simple puisque la neuroradiologie et notamment l'imagerie par résonance magnétique (IRM) le permet d'emblée dans la plupart des cas, et que le diagnostic le confirme le plus souvent en peropératoire.

Cependant, pour un diagnostic précis permettant de décider des orientations de prise en charge ou d'introduction dans un protocole de recherche clinique, les difficultés sont tout autres : la tumeur est-elle d'origine astrogliale ou oligodendrogliale ? La zone de haut grade appartient-elle à une tumeur maligne d'emblée, ou au contraire à une tumeur de bas grade ayant évolué progressivement ?

Ainsi, le diagnostic différentiel pour déterminer le grade de la tumeur ne repose pas uniquement sur la biopsie et les données histologiques mais doit tenir compte à la fois des données cliniques telles que l'histoire du patient, l'ancienneté des premiers symptômes, ainsi que des données obtenues grâce à l'imagerie.

II.2 – EPIDEMIOLOGIE

Les tumeurs gliales malignes représentent 2 à 3% de l'ensemble des cancers (Loiseau, Huchet et al., 2009). Leur incidence (nombre de personnes atteintes) et les données de morbi-mortalité font qu'elles posent un réel problème de santé publique.

Les études épidémiologiques sont relativement nombreuses mais difficiles à analyser : absence ou quasi-absence de registres nationaux ou régionaux, difficultés de classification histologique, etc.

Les tumeurs cérébrales primitives ont une incidence selon les études de 5 à 25/100 000/an (Bauchet, 2014 ; Vincent et al., 2014). Durant les dernières décennies, une augmentation de l'incidence de 1 à 3 % par an a été observée chez les sujets âgés de plus de 85 ans, groupe d'âge où, de 1975 à 1991, l'incidence passe de 5,4 à 15,7. Des variations de moindre amplitude ont été observées dans les autres classes d'âge.

Les tumeurs gliales malignes (gliomes anaplasiques, glioblastomes) sont des tumeurs qui surviennent principalement chez l'adulte jeune (gliomes anaplasiques) ou autour de la soixantaine (glioblastomes) (Baldi et al., 2010). Il existe une légère prédominance masculine.

Les données de survie sont très largement dépendantes de l'indentification histologique (Taillandier, 2015):

- Les glioblastomes (gliomes de grade OMS IV) traités par radiothérapie et chimiothérapie ont une médiane de survie de l'ordre de 12 mois, avec 2 % de survivants à 5 ans (cette survie plus longue

pouvant être la conséquence soit de la biologie des tumeurs elle-même, soit des spécificités du terrain immunitaire)

- Les médianes de survie des gliomes anaplasiques sont très hétérogènes (de 2 à largement plus de 10 ans) selon les caractéristiques biologiques intrinsèques et notamment moléculaires
- Des médianes de 7 à 14 ans sont rapportées pour les gliomes diffus de bas grade

II.3 – FACTEURS DE RISQUES

Trois facteurs de risque sont établis avec certitude (Baldi, Huchet, Bauchet et al., 2010) :

- Le premier est l'existence d'une prédisposition génétique liée à des anomalies identifiées (la codélétion 1p/19q est un marqueur participant au diagnostic, en complémentarité de paramètres cliniques, morphologiques et biologiques)
- Le second est le risque de carcinogénèse chimique lié à l'environnement professionnel : les ouvriers du caoutchouc, ceux des industries utilisant le plomb, les travailleurs agricoles ayant une exposition fréquente aux pesticides ont été ciblés lors d'études conduites dans ces secteurs professionnels, comme des facteurs à prendre en compte, mais pour un cas donné, aucun lien de causalité directe ne peut être affirmé
- Enfin, l'existence d'une irradiation ionisante, même à faible dose, au niveau de l'encéphale, est bien établie : traitement de lésions cutanées ou du cuir chevelu, bilans radiographiques itératifs à visée odontologique, irradiation antérieure de lésions tumorales.

En dehors de ces trois facteurs, toutes les causes extrinsèques liées soit à l'environnement général, soit à l'activité professionnelle sont incertaines et en tout cas n'ont certainement pas l'importance que l'on pouvait redouter sur la base des modèles de neuro-oncogénèse expérimentale, qu'elles soient chimiques ou virales. L'alimentation contenant des dérivés nitrés a été incriminée ; le rôle pathogène des champs électriques et magnétiques à basse fréquence sur l'induction des oncogènes n'a été prouvé qu'expérimentalement, mais les conclusions d'innocuité demeurent contestées et de vastes programmes épidémiologiques restent en cours. Ainsi, s'il existe un lien possible entre l'usage du téléphone portable et l'apparition de gliomes et de neurinomes de l'acoustique, celui-ci reste faible et ne s'appuie que sur des études épidémiologiques suggérant des excès de risques (INCa, 2014).

A l'inverse, de façon récente, une étude épidémiologique conduite en Allemagne sur 1178 gliomes, a montré une association inverse entre le développement d'une tumeur gliale et la présence de maladies allergiques

(asthme, eczéma) et/ou d'antécédents de maladies infectieuses répétitives (rhume, grippe). Elle révèle une réduction de 30 % du risque. Ces données semblent indiquer l'influence possible de facteurs immunologiques dans le développement des tumeurs gliales.

II.4 - SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

Le mode d'expression des tumeurs gliales malignes est celui de tout processus expansif du système nerveux central intracrânien qui agit par deux mécanismes physiopathologiques : soit souffrance directe des structures cérébrales donnant lieu à une expression clinique lésionnelle, soit syndrome expansif secondaire au volume tumoral lui-même, à l'œdème qu'il induit, aux compressions vasculaires veineuses ou au blocage des voies du liquide céphalorachidien.

En plus de ces deux mécanismes pathogéniques, un syndrome d'atteinte de l'état général dominé par l'asthénie est très fréquent, mal expliqué, attribué aux altérations immunitaires ou métaboliques liées à la tumeur.

II.4.1 - Symptômes et syndrome neurologiques directement dus à la lésion

Quelle qu'en soit la raison, infiltration tumorale, mécanisme compressif, biais vasculaire ischémique ou hémorragique, les tumeurs de localisation corticale et cortico-sous-corticale peuvent entraîner soit des phénomènes critiques épileptiques, soit des phénomènes déficitaires dont la sémiologie dépend de la localisation lésionnelle.

Toute épilepsie focale survenant chez un sujet sans antécédent pathologique (méningite, souffrance néonatale, traumatisme crânien) et quel que soit le type de la symptomatologie critique doit faire suspecter un processus expansif tumoral.

De même, tout syndrome déficitaire franc évoluant de façon progressive, moteur, sensitif, sensoriel ou cognitif doit entraîner la pratique sans délai d'une imagerie cérébrale.

II.4.2 - Symptômes et signes liés au caractère expansif de la lésion

Ils sont en lien direct avec le volume de la lésion, sa localisation proche des voies de circulation du liquide céphalorachidien ou de retour veineux.

L'hypertension intracrânienne peut se manifester avec une intensité variable soit par un tableau céphalalgique focal prédominant dans une zone proche du processus lésionnel, soit par un syndrome plus complet associant céphalées et vomissements.

II.4.3 - Symptômes et signes de dysfonctionnement général

Ils constituent rarement la symptomatologie qui conduit les patients à consulter, mais ils sont retrouvés très fréquemment par l'interrogatoire.

Ces patients ou leur entourage confirment la présence d'une asthénie importante, d'une perte de l'élan vital, de difficultés à poursuivre des tâches nécessitant une concentration prolongée, d'une diminution de la libido, de l'apparition de réactions anxieuses devant toute action à entreprendre même sans difficulté réelle.

Ces symptômes sont souvent interprétés comme éléments d'un syndrome dépressif ou comme comportement névrotique réactionnel, évocation souvent réfutée par les patients et qui est remise en cause dès l'apparition d'un symptôme ou d'un syndrome objectif.

Les lésions de localisation frontale ou frontotemporale pourront donner naissance à un tableau inaugural de type psychiatrique : modifications comportementales, erreurs de jugement, troubles de la mémoire, courts épisodes de désorientation, symptômes plus souvent notés par l'entourage que par le patient lui-même.

Au total, la symptomatologie clinique des tumeurs intracrâniennes est riche mais simple et surtout fortement évocatrice dans la plupart des cas : le caractère persistant et progressivement délétère des symptômes et des signes doit entraîner rapidement la pratique d'exams d'imagerie diagnostique.

III – LES TRAITEMENTS

Le traitement des gliomes de haut grade est difficile pour différentes raisons. Tout d'abord, l'entreprise thérapeutique n'est que palliative et pour les glioblastomes, l'évolution fatale à court terme est d'emblée prévisible ; l'objectif est donc d'obtenir une prolongation de vie de qualité acceptable, en prenant en compte le contexte personnel, familial et professionnel. De plus, le caractère multiple des thérapeutiques et des intervenants conduit à exclure toute décision médicale individuelle et impose des options de consensus via les réunions de concertation pluridisciplinaires. Enfin, la dimension « progrès médical », à travers les nombreux protocoles expérimentaux, doit avoir sa place dans ses décisions.

Six domaines thérapeutiques doivent être envisagés : la neurochirurgie, les irradiations, les chimiothérapies, les nouvelles cibles et les nouvelles méthodes, les modificateurs de la réponse immune, et les thérapies géniques.

Seront exposés ci-après uniquement les trois premiers, qui correspondent aux options thérapeutiques mises en œuvre le plus couramment.

III.1 - LA NEUROCHIRURGIE

L'acte neurochirurgical est au cœur du processus diagnostique et thérapeutique : le temps chirurgical est premier et est celui autour duquel tout s'organise. En effet, « *la chirurgie occupe une place centrale dans la prise en charge des gliomes car elle permet d'obtenir un diagnostic histologique précis et d'améliorer le pronostic des patients réduisant le volume tumoral* » (Comet, Bibault, 2009).

Il est classique de lui attribuer trois objectifs :

- obtenir des prélèvements tumoraux qui permettent de confirmer le diagnostic ; ce temps chirurgical est le point de départ du processus de diagnostic différentiel et de décision thérapeutique
- améliorer l'état clinique en réduisant l'expression symptomatique de la lésion ; le tissu tumoral n'est pas fonctionnel, il peut être réséqué, au moins partiellement, dans la plupart des situations
- participer au traitement oncologique en diminuant la masse tumorale

Sur le plan instrumental et méthodologique, les progrès des techniques neurochirurgicales bénéficient grandement au traitement des gliomes malins. La décision d'intervention, le choix des méthodes relèvent de l'équipe neurochirurgicale, des données cliniques et biologiques du patient, des contraintes liées aux anesthésies.

Le rôle propre de l'étendue de l'exérèse dans la survie et la qualité de vie des patients a donné lieu à de nombreuses évaluations contradictoires.

Sur le plan de la qualité de vie, la réponse est clinique et il est certain que la résection tumorale évite dans de nombreux cas des symptômes liés au volume tumoral ou à l'hypertension intracrânienne.

Pour ce qui est de la survie, les études de l'Organisation européenne de recherche sur le traitement des cancers (EORTC) n'ont jamais établi de différence entre biopsie et exérèse « complète ». En revanche, des études récentes ont évalué le rôle de l'exérèse sur la base du reliquat tumoral en imagerie IRM et ont établi une corrélation entre le délai de la récurrence, la survie et la qualité de l'exérèse. Un gain de 8 à 14 semaines est attribué à l'acte chirurgical. Le bénéfice d'une exérèse optimale ne se discute donc plus, mais les conditions de sa pratique demeurent très dépendantes de la localisation lésionnelle.

La place de la neurochirurgie d'exérèse est donc centrale : essentielle au diagnostic, importante pour la qualité de vie et pour la durée avant récurrence. Elle demeure cependant sans espoir de conduire par elle-même à la guérison.

III.2 - LES RADIOTHERAPIES

La radiothérapie externe augmente la médiane de survie de toutes les tumeurs cérébrales malignes. Ainsi, elle fait partie du traitement standard de tout gliome malin, mais la réponse n'est que de courte durée et la récurrence va survenir le plus souvent au niveau de la berge de résection lésionnelle et des champs d'irradiation.

Le but est de traiter la tumeur tout en limitant au maximum l'irradiation des tissus sains. Cela est relativement facile en cas de tumeurs gliales malignes peu infiltrantes, plus difficile dans les astrocytomes devenus anaplasiques.

Malheureusement, cette thérapeutique entraîne souvent des complications qui vont apparaître quelques semaines, quelques mois plus tard voire même plusieurs années.

Les réactions aiguës (premières semaines après le début du traitement) se caractérisent par une aggravation des signes cliniques pendant le traitement. De telles réactions sont généralement transitoires et cèdent à une corticothérapie.

Les réactions secondaires (trois premiers mois suivant la fin de l'irradiation) se présentent sous la forme de céphalées ou d'une détérioration neurologique avec état de somnolence qui disparaissent vers la sixième semaine. La connaissance de ces réactions est importante : elles sont plus fréquemment rencontrées dans les irradiations étendues des gliomes de bas grade et correspondraient à l'expression de la démyélinisation. Ces

manifestations sont transitoires et ne nécessitent pas de traitement particulier ; elles justifient le maintien d'une surveillance rapprochée.

Les réactions tardives sont le risque principal de l'irradiation cérébrale. Elles sont de trois ordres : radionécrose, atrophie cérébrale, troubles endocriniens. La radionécrose peut survenir de quatre mois à plusieurs années après l'irradiation, c'est un phénomène irréversible et progressif, qui survient généralement dans le volume cible ; ses manifestations cliniques font évoquer la possibilité d'une récurrence, l'âge du patient au moment de l'irradiation est à prendre en compte. L'atrophie cérébrale survient généralement quelques mois après l'irradiation et se caractérise par des signes de détérioration intellectuelle. Enfin les troubles endocriniens sont liés à l'iatrogénicité sur la région hypothalamohypophysaire et peuvent avoir un important retentissement cérébral.

III.3 - LES CHIMIOTHERAPIES

La chimiothérapie fait partie des moyens thérapeutiques complémentaires des gliomes malins. En ce sens, elle n'est jamais proposée seule, et arrive toujours suite à une chirurgie ; elle se combine également à une radiothérapie, soit de manière synchrone, soit au décours de l'irradiation, soit précédemment.

En fait, le moment optimal de traitement chimiothérapique demeure incertain et dépend des options des divers centres de traitement sans que les conséquences en soient significatives, du moins jusqu'à présent. Cependant, aucun patient ne devrait être privé de son bénéfice potentiel à un moment de sa maladie, d'emblée ou à la récurrence.

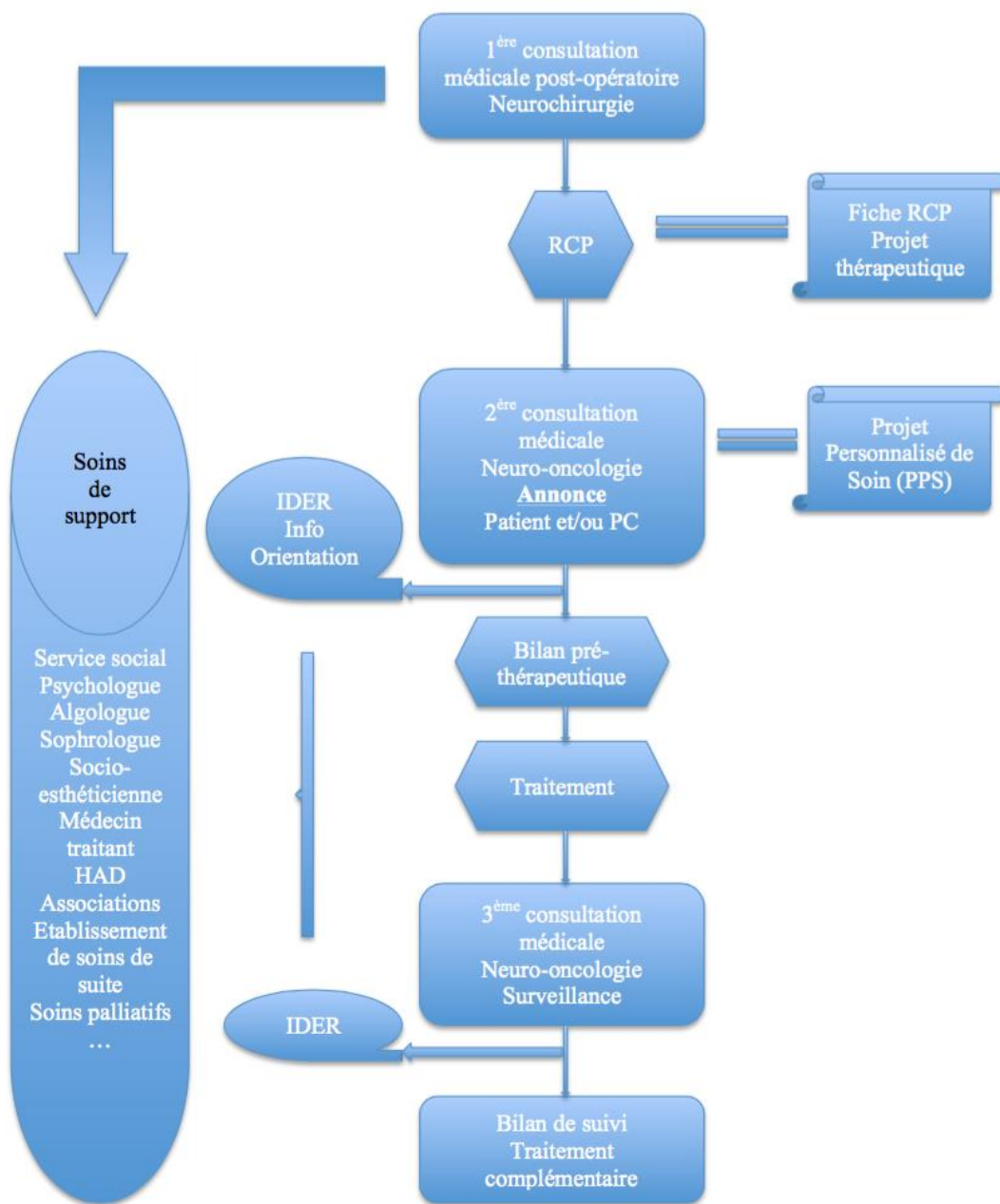
Les réponses dépendent de nombreux facteurs, pharmacocinétiques mais aussi de la biologie de la tumeur ; les molécules efficaces sont peu nombreuses et les monochimiothérapies se révèlent aussi efficaces que les protocoles combinés.

Un des échecs de la chimiothérapie étant la distribution insuffisante des substances dépendant du passage de la barrière hématoencéphalique et de la vascularisation tumorale, le concept de chimiothérapie par dépôt local a été développé. Cette approche est à envisager quand la situation topographique de la tumeur, la qualité de l'exérèse et de la cavité opératoire et l'état clinique du patient le permettent.

Enfin, la modestie des résultats ouvre deux attitudes : soit la prescription établie sur des preuves (ce qui limite les possibilités à quelques molécules), soit la conduite d'études innovantes.

IV – LE PARCOURS DE SOINS

Le schéma suivant représente le parcours classique d'un patient présentant des troubles évocateurs d'une tumeur cérébrale :



Suite à l'apparition souvent soudaine de troubles neurologiques (épilepsie, hémiplégie, troubles de l'élocution ...) le patient est adressé soit par son médecin traitant, soit directement par le service d'accueil des urgences d'un établissement de soins à l'unité de neuro-oncologie ou immédiatement en neurochirurgie afin de réaliser les premiers soins symptomatiques puis de réaliser les examens nécessaires à la pose d'un diagnostic (IRM, biopsie, ...). La situation du patient – son dossier avec les résultats aux différents examens – sera ensuite présenté par le neuro-oncologue en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) où les différents acteurs de la neuro-oncologie (neurochirurgiens, chimiothérapeutes, radiothérapeutes, oncologues, neuroradiologues, cadre de santé, ...) vont réfléchir à la meilleure option thérapeutique pour ce patient en particulier au vu des dernières avancées scientifiques dans le domaine et de la situation personnelle du patient lui-même. Une fiche RCP sera alors complétée afin de consigner les informations actuelles et la décision prise collectivement. Elle sera en outre adressée au médecin traitant pour que ce dernier soit informé et investi dans le parcours futur de soins de son patient.

Suite à cette réunion une seconde consultations est programmée avec le patient qui sera invité, s'il le souhaite, à venir accompagné d'un de ses proches. C'est lors de cette rencontre que le médecin, le plus souvent en présence de l'infirmière de coordination, va annoncer le diagnostic au patient et lui faire part des conclusion de la RCP afin de lui donner les informations sur la suite de la prise en charge, en l'occurrence la réalisation des traitements. Néanmoins, les conclusions de la RCP sont discutées avec le patient et ce dernier peut à tout instant décider de ne pas suivre ces recommandations. Le médecin aura donc l'obligation de lui faire part des risques qu'il encourt et devra lui proposer dès à présent un accès aux soins de support pour lui permettre de bénéficier malgré tout d'une prise en charge des douleurs éventuelles ou pour pallier toute répercussion de la maladie dans le quotidien, au niveau social, familial, professionnel, ... C'est sur ces différents aspects qu'interviendra l'IDEC en participant activement à l'orientation du patient et de ses proches vers les professionnels compétents. Elle sera également présente pour apporter un complément d'information, réexpliquer si nécessaire et répondre aux interrogations du patient et de son entourage à la suite de la consultation dite d'annonce. Elle fait également le lien avec le service d'hospitalisation de neuro-oncologie et peut transmettre des informations à ses collègues.

Un bilan pré-thérapeutique sera réalisé pour s'assurer de la bonne conformité des traitements retenus avec par exemple une consultation auprès du radiothérapeute pour réaliser la marquage et définir les doses de radiothérapie à administrer ou encore une consultation dentaire afin d'éliminer toute source possible d'infection. Viendra alors la période plus ou moins longue des traitements. Régulièrement, lors de cette période le patient va rencontrer l'IDEC qui fera le lien avec le neuro-oncologue et qui pourra ainsi transmettre des informations sur la situation du patient et sur l'apparition d'éventuels événements indésirables, ce qui là-encore sera alors suivi d'une orientation vers un professionnel à même de répondre à ces nouvelles problématiques. Puis, instant paradoxalement attendu mais en même temps extrêmement redouté, il s'agit de savoir, de connaître si les efforts réalisés depuis plusieurs mois avec notamment l'acceptation de se plier à des traitements lourds et contraignants

ont porté leurs fruits, en d'autres termes de savoir si la maladie s'est stabilisée voire a regressé. Puis, lors d'une nouvelle consultation programmée après la réalisation de l'IRM de contrôle, le médecin va informer le patient des résultats et définir ou redéfinir la suite du parcours. Ainsi, la poursuite ou une modification de la chimiothérapie, une chirurgie pourront être proposées. Il se peut même que le neuro-oncologue décide d'un arrêt des traitement – une pause – mais le parcours de soins du patient n'est pas pour autant terminé puisqu'il sera toujours nécessaire qu'une surveillance soit réalisée, la maladie restant encore aujourd'hui incurable et donc évolutive malgré une exérèse ou une disparition quasi-totale. C'est pourquoi l'IDEC reste joignable à tout instant pour assurer une présence auprès du patient et de ses proches afin que ces derniers puissent l'informer de tout changement chez le patient. Une nouvelle consultation sera alors programmée avec le neuro-oncologue et de nouveau les différentes étapes seront éventuellement à vivre (IRM, biopsie, traitements symptomatiques ...), avec cependant une nouvelle épreuve que sera l'annonce de la récurrence.

V – PARTICULARITES DES TUMEURS CEREBRALES

Même si nous sommes en mesure d'affirmer aujourd'hui qu'aucun cancer ne se ressemble et ce même si l'organe concerné est le même, nous pouvons malgré tout considérer que la tumeur cérébrale n'est pas un cancer comme les autres et ce, pour de multiples raisons.

V.1 - L'ENTREE DANS LA MALADIE

Très souvent la découverte de la maladie est insidieuse, même si ses manifestations sont généralement brutales et déconcertantes. Le ou les signes neurologiques révélateurs d'un dysfonctionnement cérébral constituent en effet un choc psychologique précoce.

Il est donc essentiel de prendre en considération très précocement le discours du patient – et des proches – quant à la manifestation clinique de la maladie et d'entendre le vécu psychique de cette dernière. Il s'agit en d'autres termes de tenir compte de ce « travail d'historisation » (Del Volgo, 1997) car « cette mise en mots permet au patient d'avoir accès à la réalité psychique de son symptôme... de le rattacher à son sens imaginaire et symbolique ».

La révélation de la maladie propulse le sujet dans la sphère médicale et le milieu hospitalier, ainsi happé par le monde clos et stérile dont l'issue se ferme promptement sur lui (Ruszniewski, 1995). Les investigations para-cliniques nombreuses se succèdent pour appréhender toutes les manifestations cliniques et aboutir ainsi à un diagnostic précis de la tumeur.

Classiquement, l'étape neurochirurgicale débute par la biopsie, c'est-à-dire le prélèvement d'un morceau de la tumeur. Elle a pour but de définir la nature de la tumeur mais elle constitue d'ores et déjà une épreuve difficile d'un point de vue psychique, avec un processus de fantasmatisation fort perturbant (Lanfroy et al, 2010). En effet, il s'agit d'aller ponctionner un morceau de cerveau, ce qui peut venir réveiller des angoisses liées aux représentations symboliques de cet organe. Ainsi, il n'est pas rare d'entendre des patients – et leurs proches – redouter de « perdre la tête », de « devenir fou », de « ne plus maîtriser ses émotions » ou encore de « devenir paralysé tout en conservant une conscience de son état ».

Ensuite, en fonction de la tumeur et de sa localisation, une intervention chirurgicale peut être proposée. Toucher au cerveau, en retirer une partie, entraîne là-aussi une excitation de l'imaginaire du patient qui voit derrière cet organe bien plus que la simple dimension physiologique.

Cette localisation tumorale a un impact émotionnel qui concerne à la fois le cancer et ses représentations individuelles et collectives, mais qui touche aussi au cerveau et aux représentations qui y sont également associées (cf. ci-après). Le patient a alors à intégrer cette réalité difficile à accepter et à comprendre.

L'angoisse de mort liée à une réalité certaine – la mort future – mais paradoxalement incertaine car pas nécessairement prononcée et surtout non programmée, amène souvent le patient à développer une somme de symptômes communément appelée syndrome de Damoclès (Derzelle, 2007), c'est-à-dire une angoisse constante et diffuse d'un risque à vie de récurrence (Caillibotte-Melchior, 2006).

V.2 - ASPECTS FANTASMATIQUES AUTOUR DE LA LOCALISATION

Le cerveau représente à la fois le siège des fonctions supérieures telles que le langage ou la mémoire et sur un plan symbolique, il contient l'âme, la pensée, la personnalité, etc. La tumeur cérébrale va alors venir toucher à l'intégrité psychique en perturbant les zones fondamentales de l'être.

Les patients perçoivent de ce fait un risque de développer une maladie neurologique souvent dégénérative, incontrôlable, évolutive et surtout irréversible. La crainte d'une véritable décompensation psychique, voire psychiatrique, s'installe alors chez ces patients mais également chez les proches confrontés à une « inquiétante étrangeté ». L'angoisse de morcellement est latente, parfois manifeste. Une mise à distance peut se produire de la part de l'entourage par méconnaissance et par confusion entre maladie mentale et atteinte neurologique. A l'inverse, un désir de contrôle peut amener les proches à surprotéger le patient qui tentent ainsi d'en maîtriser les manifestations inadaptées.

V.3 - LA PLACE DES PROCHES

De fait, les proches sont investis dans la maladie et le parcours du patient. Très précocement, les manifestations réelles de la maladie caractérisées par des handicaps divers et invalidants engendrées par la pression tumorale sur certaines zones du cerveau obligent les proches à soutenir physiquement et psychologiquement le patient.

Les proches ont eux-mêmes à s'adapter aux mécanismes d'adaptation du patient face à sa maladie. En outre, la perte d'autonomie motrice ou cognitive rapide, associée parfois à des troubles anosognosiques, impose à l'entourage d'être présent au quotidien dans la vie du patient (Lanfroy et al., 2010). L'entourage, le proche a un rôle déterminant en neuro-oncologie. Il est désigné « volontaire d'office » comme personne « aidante ». Il est obligatoirement impliqué, qu'il le veuille ou non, de gré ou de force (Salander, Spetz, 2002; Giovagnoli, Silvani, Colombo, Boiardi, 2005; Muñoz, Juarez, Muñoz et al, 2008) et se retrouve souvent épuisé au fil du temps (Bergot et al., 2014).

Les proches attendent de la part du médecin des informations précises tant sur la manière de réaliser certains soins (McConigley et al., 2010) que sur la façon de gérer et ainsi s'adapter au quotidien aux modifications physiques, cognitives et psychologiques du patient (Spezeski, 2009).

Il apparaît donc nécessaire que l'entourage – les aidants naturels – soit bien informé sur la maladie et ses manifestations pour lui permettre de développer des stratégies d'adaptation opérantes et des compétences pratiques de soutien efficaces (Cegala et al., 2000 ; Wrixon et al., 2009). En parallèle, les proches précisent que le fait que le patient ait été bien informé par le médecin les aide par la suite (Langbecker & Janda, 2015).

V.4 - L'IMPACT DE LA MALADIE SUR LE QUOTIDIEN

C'est une véritable rupture biographique qui fait irruption dans la vie du patient. La maladie oblige ce dernier à modifier son quotidien tant au niveau de son environnement (adaptation du logement, mise en place d'aide à domicile, ...) qu'au niveau de ses activités avec une accumulation instantanée de deuil à réaliser (activités de loisirs ou professionnelle).

Le malade exprime alors des sentiments d'injustice, de honte, de frustration, d'ennui ou de solitude qui se surajoute à un sentiment déjà fort présent d'incertitude et à une angoisse de mort bien présente.

Ainsi, vivre nécessite une modification radicale de sa façon d'être et de se considérer dans un monde qui est devenu limité dans sa temporalité et dans son existence réelle. L'incertitude se fait encore plus présente.

Ce changement au monde engendre une modification des rapports aux autres. Une perte de spontanéité naît dans les relations interpersonnelles. L'indicible se retrouve en opposition à une angoisse de ne pas avoir le temps de dire. Paradoxe d'un dire qu'on ne peut exprimer par s de bouleverser un monde déjà chamboulé par tant de changement brutaux et violents.

V.5 - VECU DES TROUBLES NEUROLOGIQUES

Souvent, malgré les atteintes neurologiques qui provoquent des troubles fonctionnels et cognitifs, la personnalité du patient reste pourtant en filigrane. Freud ainsi considère que « rien dans la vie psychique ne peut se perdre, rien ne disparaît de ce qui s'est formé, tout est conservé et peut réapparaître ». Cette quête de retrouver l'autre derrière les multiples troubles cognitifs tels que le syndrome confusionnel, les troubles mnésiques, l'excitation anxieuse, ou encore les angoisses de persécution, nécessite une attention toute particulière quant à l'attitude à adopter auprès de ce patient en perte de repères. Il est primordial d'être attentif au discours du patient, aux postures, au regard car ce sont ces éléments qui représentent des indices de compréhension de l'autre derrière sa maladie et au-delà des signes manifestes. Les dimensions para-verbale et non-verbale de la communication sont à prendre en considération dans ce contexte où parfois les mots ont comme disparu face à la violence subie par l'annonce. C'est ici que les émotions peuvent se mêler et leur expression prendre des formes des plus surprenantes : pleurer de colère, rire de désespoir, être stupéfait de peur... tant de réactions que le médecin, aidé de l'infirmière, aura à observer et à traduire pour comprendre le background subjectif du patient.

En parallèle à ces troubles comportementaux ou émotionnels peut s'installer une aphasie qui vient alors entraver davantage l'échange. Les patients atteints de tumeur cérébrale se plaignent souvent d'un manque du mot, de paraphasies, de troubles de la lecture ou de l'écriture, de perte de mémoire immédiate ou à plus ou moins long-terme. Les proches observent également des persévérations et doivent souvent s'y accoutumer après un certain temps, les remarques et tentatives de « rééducation » étant la plupart du temps vaines.

Lorsque la tumeur – ou la métastase – se situe dans la zone frontale, les marqueurs émotionnels ne sont plus concordants avec les situations. Le patient peut alors souffrir d'anesthésie affective ou au contraire de labilité

émotionnelle. La relation au monde et à l'autre devient brutalement complexe, les comportements, attitudes et paroles du patient étant difficiles à supporter par l'entourage, comme si « l'enveloppe psychique au sens d'Anzieu se modifiait dans sa texture, sa perméabilité ne garantissant plus de la même façon certaines fonctions de base, notamment celle de pare-excitation et d'intersensorialité » (Caillibotte-Melchior, 2006). Le *ça* ne connaît plus de limite et s'exprime ardemment, ce qui se manifeste chez le patient par un comportement désinhibé, une indifférence ou une froideur affective.

V.6 - LA QUALITE DE VIE

L'impact du glioblastome sur l'autonomie des patients et sur leur situation familiale et sociale affecte fortement leur qualité de vie. En effet, notion éminemment subjective, la qualité de vie est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant « *la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* ». Elle considère donc la personne dans son intégralité, c'est-à-dire qu'elle prend en considération sa santé physique, son état psychologique, son niveau d'autonomie, ses relations sociales, ses croyances personnelles et ses relations avec les événements marquants de son environnement (Träger et al., 2010).

Concernant l'entourage de patients atteints de glioblastome, celui-ci présente de manière significative une atteinte plus importante sur le plan psychologique que les proches de personnes ayant une tumeur cérébrale de bas grade, ainsi qu'une altération de la vie sociale (Boele et al., 2013). Cet effet de la maladie sur l'entourage – que nous pourrions qualifier de dommages collatéraux – conduit souvent le patient à éprouver une certaine culpabilité et inquiétude, ce qui majore son anxiété (Mezue et al., 2011). La proposition d'un soutien psychologique aux proches permettrait de les aider à conserver une certaine efficacité d'action auprès du patient (Boele et al., 2013).

Il est donc nécessaire de tenir compte de l'impact des traitements sur la qualité de vie du patient en mesurant éventuellement la survie sans progression, c'est-à-dire le temps écoulé sans symptôme lié à la maladie, ni toxicité liée au traitement (Brédart, 2005).

V.7 - PARTICULARITES DE LA PRISE EN SOINS

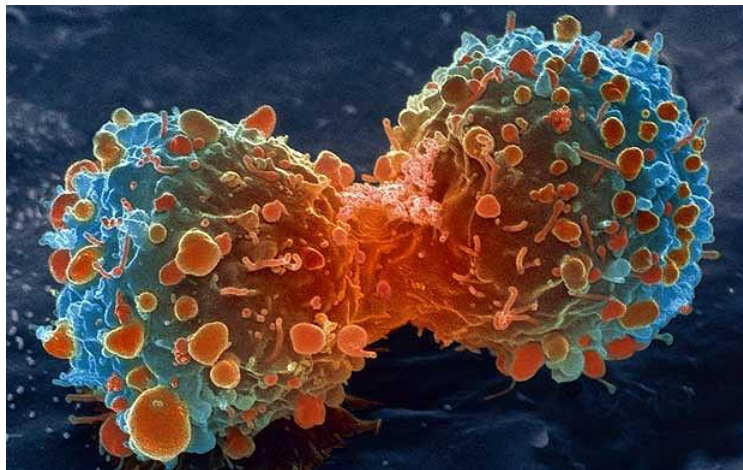
Les connexions neuronales se retrouvent ralenties, mais restent le plus souvent efficaces malgré tout. Il sera donc nécessaire de prendre le temps auprès de ces patients, de leur parler lentement, en articulant de manière prononcée et d'éviter d'amener plusieurs informations en même temps.

Par ailleurs, les symptômes neurologiques, cognitifs ou psychologiques sont souvent liés et nécessitent donc un réel travail d'équipe (Kvale et al., 2009). Il est inconcevable, pour une prise en soins de qualité, de ne pas travailler en interdisciplinarité dans le champ de la neuro-oncologie.

Comme nous l'avons vu précédemment, la place de l'entourage est de fait très importante et il sera donc nécessaire d'échanger avec les proches, de questionner, d'écouter les « aidants » pour obtenir des informations claires et les plus justes possibles sur la situation, notamment au domicile. C'est entre autres le rôle de l'infirmière référente (Bergo et al., 2014).

Aucune règle ne peut être appliquée dans l'évolution de cette maladie, même si la fin reste certaine et inéluctable. Chaque situation restera unique tant les patients sont différents les uns des autres.

SCENE IV Le Cancer



I - INTRODUCTION

Depuis 2004 le cancer est la première cause de mortalité en France. Il peut toucher sans exception et de manière indifférenciée n'importe quel individu, ce qui en fait encore aujourd'hui la maladie la plus redoutée et celle considérée comme étant la plus grave par plus de 90% des français. Tous les cancers n'évoluent pas à la même vitesse, certains ayant une croissance lente alors que d'autres vont progresser de façon foudroyantes (Stora, 1999). Le risque de souffrance associé à la maladie semble plus redouté que le handicap qu'elle impose. En outre, les expériences personnelles du cancer, lorsque ce dernier touche un proche, sont le plus souvent douloureuses en raison de cette souffrance mais peuvent parfois à l'inverse être vécues comme rassurantes si le proche touché par la maladie s'en est sorti (Kilburger, 2012).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié récemment les derniers chiffres relatifs à l'incidence, la mortalité et la prévalence issus de la base de données du Centre international de recherche sur le cancer, GLOBOCAN 2012, cette dernière concernant 28 types de cancers dans 184 pays.

Au **niveau mondial**, 14,1 millions de nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués en 2012, soit une augmentation de 11% par rapport à 2008. Le taux d'incidence estimé se situe à 205,4 nouveaux cas de cancers pour 100 000 hommes ; et à 165,3 nouveaux cas pour 100 000 femmes. Les cancers les plus fréquents sont ceux du poumon (1,8 million de cas, soit 13 % du total), du sein (1,7 million de cas, soit 11,9 % du total et 25 % des cancers chez les femmes, en progression de + 20 % par rapport à 2008) et le cancer colorectal (1,4 million de cas, soit 9,7 % du total).

En 2012, 8,2 millions de personnes sont décédées d'un cancer. Cela constitue une augmentation de 600 000 décès par rapport à 2008, soit 8,4%. Tous cancers confondus, le taux de mortalité par cancer est de 126,3 décès pour 100 000 hommes et de 82,9 pour 100 000 femmes. Les causes les plus fréquentes de décès par cancer étaient les cancers du poumon (1,6 million, soit 19,4 % du total), du foie (0,8 million, soit 9,1 % du total) et de l'estomac (0,7 million, soit 8,8 % du total). Il y avait en outre 32,6 millions de personnes âgées de plus de 15 ans chez qui un cancer avait été diagnostiqué entre 2008 et 2012.

À l'échéance 2030, l'Organisation mondiale de la santé, sur la base des données les plus récentes disponibles, prévoit une augmentation considérable de l'incidence (22 millions de nouveaux cas/an) en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population mondiale, mais aussi du développement de facteurs de risque au premier rang desquels le tabagisme. Plus de 60 % de tous les cancers et 70 % des décès par cancer ont été enregistrés en Afrique, en Asie et en Amérique latine et la tendance ne devrait pas s'inverser dans les prochaines années.

II – ASPECT HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER EN FRANCE

En France, les grandes étapes dans la lutte contre le cancer sont les suivantes :

- 1885 : Découverte des rayons X par Conrad Roentgen
- 1889 : Découverte du radium par Pierre et Marie Curie
- 1918 : création de la Ligue Franco-Anglo-Américaine contre le Cancer par Justin Godard
- 1922 : Création d'un réseau de centres anti-cancer
- 1943 : Début des premières Chimiothérapies (CT)
- 1947 : première journée nationale de quête contre le cancer
- 1958 : reconnaissance publique du tabac comme cause première du cancer du poumon
- 1976 : Découverte du rôle des gènes dans la cancérogenèse par Dominique Stehelin
- 1990 : Premier traitement par greffe de moelle osseuse dans le cas des leucémies
- 1998 : Premiers Etats Généraux des malades atteints de cancer par la Ligue Nationale Contre le Cancer
- 2002 : Premier Plan Cancer
- 2008 : Second Plan Cancer
- 2014 : 3^{ème} Plan Cancer

III – LES DONNEES DE 2014

Le rapport de l'INCa sur les cancers en France en 2014 tout comme celui de l'Observatoire sociétal des cancers publié la même année par la Ligue contre le Cancer nous apporte un éclairage objectif et réel de la situation.

III.1 – LA PREVALENCE

La *prévalence* est de 3 millions en ce qui concerne le nombre de personnes de 15 ans et plus en vie en 2008 et ayant eu un cancer au cours de leur vie. Il s'agit de 1570000 hommes et 1412000 femmes.

III.2 - L'INCIDENCE

Le *taux d'incidence* baisse ou tend à se stabiliser depuis 2005. En effet, chez les hommes nous constatons une baisse de 1,3% par an entre 2005 et 2012, liée à la baisse de l'incidence du cancer de la prostate. Chez la femme, la progression est de 0,2% par an et est plus faible entre 2005 et 2012 qu'entre 1980 et 2005 (+1,6%). Cette diminution s'explique par la baisse de l'incidence du cancer du sein.

Néanmoins, le nombre de nouveaux cas de cancers est en hausse en raison de l'augmentation et du vieillissement de la population. Ainsi, 355000 nouveaux cas de cancers apparaissent en France par an, touchant 200000 hommes (soit +107% en 32 ans) et 155000 femmes (soit +111,4% en 32 ans). Chez l'homme, les trois cancers les plus fréquents sont la prostate (56841 cas), le poumon (28211 cas) et le côlon-rectum (23266 cas). Chez la femme, il s'agit du sein (48763 cas), du côlon-rectum (18926 cas) et le poumon (11284 cas).

III.3 – LA MORTALITE

Le *taux de mortalité* par cancer baisse également en raison des diagnostics plus précoces, des traitements plus efficaces et la diminution globale du risque d'avoir un cancer. Plus précisément, chez l'homme la baisse représente 1,5% par an alors qu'elle est de 1% chez la femme entre 1980 et 2012.

Cependant, nous assistons à une hausse du nombre de décès par cancer (148000) à cause de l'augmentation du nombre de cas de cancers. Chez les hommes, les cancers sont la première cause de mortalité à la fois tous âges confondus et prématurée (<65 ans) et représentent 85000 décès, soit 11% d'augmentation en 32 ans. Chez les femmes, les cancers sont la première cause de mortalité prématurée (<65 ans) et la deuxième cause tous âges confondus après les affections circulatoires. Ils causent 63000 décès de femmes, soit 20,3% d'augmentation en 32 ans.

Dans le détail, nous constatons que les trois cancers les plus meurtriers chez l'homme sont le poumon (21326 cas), le côlon-rectum (9275 cas) et la prostate (8876 cas). Chez la femme, le cancer du sein est le plus meurtrier (11886 cas), suivi du poumon (8623 cas) puis du côlon-rectum (8447 cas).

Il existe en outre de grandes disparités géographiques avec une situation globalement plus favorable dans le sud de la France que dans les régions du nord. Les taux de mortalité les plus importants chez la femme sont situés au Nord et à l'Est de la France, en Ile-de-France et en Bourgogne. Chez l'homme, il s'agit du Nord, du Nord-Est, du Nord-Ouest, de la Bretagne et du Centre de la France.

III.4 – LES LOCALISATIONS

Concernant les *localisations*, nous observons qu'en une trentaine d'années l'incidence et la mortalité de certains cancers ont diminué (estomac, col de l'utérus chez la femme / œsophage et voies aérodigestives supérieures (VADS) chez l'homme), l'incidence a augmenté mais le taux de mortalité a, lui, diminué (sein chez la femme / prostate chez l'homme) ou encore l'incidence et la mortalité ont en revanche augmenté (poumon chez la femme / mélanome cutané et système nerveux central chez l'homme).

La survie

III.5 – LA SURVIE

La *survie* à 10 ans des personnes atteintes de cancers varie considérablement selon l'organe atteint. Ainsi, elle n'est chez l'homme que de 1% pour le mésothéliome pleural alors qu'elle atteint 93% pour le cancer du testicule. Chez la femme, elle est de 6% concernant le cancer du foie et représente 92% pour le cancer de la thyroïde.

III.6 – LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Les *prises en charge* des cancers représentent 1/3 du nombre de séjours hospitaliers. Elles se font principalement en centres hospitaliers (28,1%), en centres hospitalo-niversitaires et régionaux (23,5%), en établissements privés commerciaux (21,6%), en centres de lutte contre le cancer (19,9%), en établissements privés non commerciaux (5,9%) ou dans une autre structure (1%). 1,128 millions d'individus touchés par le cancer ont été hospitalisés en 2013, ce qui représente une hausse de 3% par rapport à 2010. Les femmes suivies ont en moyenne 64 ans et les hommes 67 ans. L'activité en ambulatoire a quant à elle, augmenté de 28% entre 2010 et 2013.

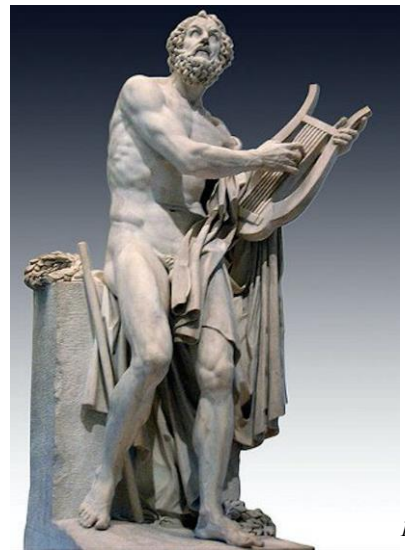
III.7 – LES TRAITEMENTS

Concernant les traitements, 376776 personnes atteintes de cancer ont été traitées par chirurgie en 2013, ce qui représente une hausse de 3% entre 2010 et 2013. La chirurgie concerne majoritairement (75%) les cancers du sein, de l'appareil digestif, des voies urinaires ou de la peau. La radiothérapie a concerné de manière générale 194326 patients en 2013. Les séances de chimiothérapie ont été au nombre de 2232669 en 2013, ce qui représente 253393 séjours, la tendance actuelle étant une prise en soins plus fréquente en ambulatoire.

III.8 – LA RECHERCHE

Enfin, la cancérologie est une discipline en plein essor et les protocoles de recherches dans ce domaine sont en constante augmentation. Ainsi, plus de 44000 patients sont inclus dans des essais cliniques en 2013, ce qui représente une augmentation de 102% par rapport à 2008.

SCENE V La pragmatique



13

« Si doué soit-on, on ne peut, grâce à l'intuition clinique, répertorier les figures rhétoriques d'un discours, repérer les particularités d'un langage, spécifier les modes de raisonnement, mettre en relief infailliblement la scansion et les ruptures d'un entretien »

Castarède, in Chiland, 1997, p. 128

« Je ne puis devenir moi-même sans autrui »

Bakhtine, in Todorov, 1981, p. 148

¹³ Philippe Laurent Roland (1746-1816) : Homère. Marbre, musée du Louvre

I – LA PRAGMATIQUE : DEFINITIONS ET PRINCIPES

I.1 – QUELQUES ELEMENTS D'INTRODUCTION

On oppose traditionnellement (Bernicot & Trognon, 2002) en sémiotique depuis Morris (1938) la syntaxe, définie comme l'étude des relations entre les signes et qui traite ainsi des aspects formels d'une langue, la sémantique définie comme l'étude du langage ou plus précisément, des relations entre les signes linguistiques et leurs sens (vériconditionnels ou non) et la pragmatique qui est l'étude cognitive, sociale et culturelle du langage et de la communication (Verschueren, Östman & Blommaert, 1995) et qui concerne « *l'étude de la relation entre les signes et les interprètes* » (Morris, 1938).

La pragmatique est ainsi devenue une véritable méthode de recherche dans de nombreuses disciplines telles que la psychologie du développement en s'intéressant à l'acquisition du langage et de la communication (Bernicot, 1994) ou plus récemment la psychologie cognitive à travers l'analyse des processus en œuvre dans le traitement du langage (Bernicot @ Trognon, 2002).

Se situant dans le cadre de la linguistique mais également de la philosophie du langage et de la sémiotique, la pragmatique cherche à expliquer « *comment le langage [...] produit de la signification, c'est-à-dire des effets, dans le contexte communicatif de son utilisation par des locuteurs* » (Blanchet, 1995). Ainsi, le concept de contexte est fondamental dans la conception pragmatique puisqu'il s'agit de montrer que l'activité communicationnelle consiste principalement à situer sa parole vis-à-vis de celle des autres et que le sens des énoncés est dépendant en grande partie des positions respectives des interlocuteurs au sein de l'échange conversationnel. « *L'être humain (...) n'existe qu'en dialogue : au sein de l'être on trouve l'autre* ». (Todorov, 1981). Elle permet ainsi de mettre en évidence une dialectique entre la société et l'individu, une interaction continue entre macro et micro et un rapport complexe entre la normalité des codes et l'innovation des usages (Kerbrat-Orecchioni, 2001). L'émetteur et le récepteur tels qu'ils sont nommés dans la théorie mathématique de la communication sont alors considérés comme des interactants, des co-énonciateurs qui co-construisent une interaction socio-langagière (Kerbrat-Orecchioni, 1980). En d'autres termes, la co-construction par le locuteur et l'interlocuteur d'un univers référentiel commun produit du sens, les discours de l'un et de l'autre construisant le contexte d'interaction basé sur les systèmes de représentations et les compétences linguistiques et situationnelles

des acteurs en interaction. « *Le sens implique la communauté. Concrètement, on s'adresse toujours à quelqu'un, et ce quelqu'un n'assume pas un rôle purement passif (...) : l'interlocuteur participe à la formation du sens de l'énoncé, tout comme le font les autres éléments, également sociaux, du contexte d'énonciation* » (Todorov, 1981).

L'étude de la communication consiste à montrer comment les composantes de l'activité du langage interagissent (Hymes, 1972) ou comment des éléments autres que les connaissances grammaticales ou lexicales vont influencer nécessairement le sens des échanges (Gumperz, 1972).

Il s'agira donc d'aborder la communication sous la forme d'interactions, de transactions ou de négociations plutôt que de simples échanges de messages (Hymes, 1972) puisque « *le cadre, le savoir d'arrière-plan propre à chaque participant, ses attitudes avec les autres participants, les postulats socioculturels concernant les rôles et les statuts, les valeurs sociales associées à diverses composantes du message jouent également un rôle décisif* » (Gumperz, 1989).

Tout est alors question d'interprétation : en produisant un énoncé le locuteur amène une expression interprétative d'une de ses pensées alors que l'interlocuteur s'appuie sur cet énoncé pour créer une hypothèse interprétative portant sur l'intention informative du locuteur (Ghiglione & Trognon, 1993). « *Aucun énoncé en général ne peut être attribué au seul locuteur : il est le produit de l'interaction des interlocuteurs et, plus largement, le produit de toute cette situation sociale complexe dans laquelle il a surgi* » (Volochnov, 1927).

La pragmatique soutient donc l'idée que l'utilisation de certaines formes d'énoncés par le locuteur crée chez l'interlocuteur non seulement des attentes mais également des croyances particulières. C'est alors en s'appuyant sur des connaissances extra-linguistiques que le locuteur parviendra à adapter son discours aux exigences des situations de communication auxquelles il est confronté. « *Il ne s'agit pas de comprendre le texte comme le faisait son auteur (...). L'auteur est toujours en partie inconscient à l'égard de son œuvre, et le sujet de la compréhension a pour devoir d'enrichir le sens du texte ; il est également créateur* » (Todorov, 1981).

« *La parole sert à signifier et à agir* » ou plus précisément, elle sert à accomplir trois actions fondamentales, interdépendantes et hiérarchisées. Elle a une fonction référentielle (dire comment sont les choses), une fonction modale (dire ce qu'on pense des choses) et une fonction d'acte (altérer l'état de l'auditeur).

Les deux premières fonctions sont intra-linguistiques, c'est-à-dire qu'elles sont accomplies principalement par le support de la langue. Tout énoncé est constitué de deux ingrédients : la référence et la modalité : l'un porte un enjeu de vérité, l'autre de doute. La troisième fonction est extra-linguistique, elle est accomplie par la mise en œuvre de mécanismes d'inférences complexes.

La fonction référentielle est subordonnée à la fonction modale (Russel, 1940), cette dernière étant subordonnée à la fonction d'acte (Récanati, 1982).

1.2 – LES MAXIMES CONVERSATIONNELLES

Grice estime qu'il n'existe de conversations possibles qu'à la condition que chacun des interlocuteurs se plie et soit supposé se plier à un principe élémentaire qui est un **principe de coopération** : « *Que votre contribution à la conversation soit, au moment où elle intervient, telle que le requiert l'objectif ou la direction acceptée de l'échange verbal dans lequel vous êtes engagé* » (Grice, 1979). La participation à une conversation suppose le respect de ce principe fondamental. Chaque interlocuteur attend des autres qu'ils contribuent de manière rationnelle et coopérative à la conversation afin de faciliter l'interprétation des énoncés. Ainsi, dans une situation de communication, le destinataire qui tente tout naturellement de détecter une intention communicative est en droit d'attendre que le locuteur suive ce principe et donc agisse de manière coopérative. De ce principe découlent quatre catégories de maximes conversationnelles, appelées « super-maximes », supposées être respectées par les interlocuteurs (Grice, 1991):

Maximes de quantité

1. Que votre contribution soit aussi informative que nécessaire.
2. Que votre contribution ne soit pas plus informative que nécessaire.

Maximes de qualité

1. Ne dites pas ce que vous croyez être faux.
2. Ne dites pas ce que vous n'avez pas de raisons suffisantes de considérer comme vrai.

Maxime de relation

1. Soyez pertinents.

Maximes de manière

1. Évitez de vous exprimer de manière obscure.
2. Évitez l'ambiguïté.
3. Soyez bref.
4. Soyez ordonné.

Les maximes de conversation sont donc davantage des attentes qu'ont les interlocuteurs entre eux, bien plus que des règles normatives et conventionnelles. La conversation teinte voire gouverne la relation que les interlocuteurs établissent entre eux. Cette relation débute avec les pensées que les interlocuteurs développent afin de découvrir les intentions communicatives qu'ils cherchent à découvrir chez leurs partenaires. Si bien que converser revient à se livrer à une procédure d'élaboration de sens: « qu'est-ce qu'il me dit ? Comment dois-je le prendre ? » (Recanati, 1981) ce qui revient à « qu'est-ce qu'il me fait ? » (Labov, 1977). La communication est en effet possible parce que le locuteur et l'auditeur partagent le même système de stratégies inférentielles (Bach et Harnish, 1979). Grice appelle ces hypothèses et conclusions supplémentaires des implicatures. Le locuteur a alors deux stratégies pour déclencher une implicature : soit respecter les maximes conversationnelles, soit les exploiter en violant l'une d'entre elles. En effet, l'interprétation d'une phrase dépasse de beaucoup la signification qui lui est conventionnellement attribuée. En ce sens il y a selon Grice (1975) deux moyens de communiquer :

- un moyen conventionnel, qui aboutit à une implicature conventionnelle déclenchée par un mot ou une expression linguistique et qui est non annulable, détachable, non calculable et déterminée. Les implicatures conventionnelles, contrairement à la notion d'explicitation, sont en effet associées à la signification de certains mots ou groupe de mots. Les aspects conventionnels de la signification découlent exclusivement des propriétés sémantiques des mots employés
- un moyen conversationnel, qui engendre une implicature conversationnelle annulable, non détachable (l'implicature est associée au sens de l'expression qui la déclenche plutôt qu'à sa forme), calculable et indéterminée, déclenchée par une procédure mettant en jeu les maximes de conversation et le principe de coopération. En d'autres termes, les implicatures conversationnelles sont le résultat de l'application des maximes conversationnelles. Elles sont déterminées pragmatiquement. Ce sont alors des hypothèses que l'auditeur est amené à faire pour concilier ce que le locuteur dit avec la présomption selon laquelle le locuteur respecte, dans la mesure du possible, les principes généraux de la conversation. Un schéma de déclenchement spécifique permet le calcul des implicatures conversationnelles. Ainsi, «pour détecter une implicature conversationnelle, il doit être possible de suivre la démarche suivante : Le locuteur a dit P, il n'y a pas lieu de supposer qu'il n'observe pas les règles ou du moins le principe de coopération. Mais pour cela il fallait qu'il pense Q ; il sait (et sait que je sais qu'il sait) que je comprends qu'il est nécessaire de supposer qu'il pense Q ; il n'a rien fait pour m'empêcher de penser Q ; il veut donc que je pense ou du moins me laisser penser Q ; donc il a implicité Q » (Grice, 1979).

L'originalité de l'approche de Grice a été de reconnaître, dès 1957, ces processus inférentiels dans la situation de communication. Plus précisément, Grice a mis en avant, chez les interlocuteurs, à la fois une capacité à avoir des états mentaux, mais également une capacité à attribuer aux autres des états mentaux. Ces croyances sont des représentations de représentations ou « métareprésentations » (Dennett, 1987), c'est-à-dire des représentations de l'activité même de l'esprit, de soi et des autres (Georgieff, 2005). Cette attribution nécessite que chaque interlocuteur tienne compte de l'état mental de son partenaire. L'acteur est toujours dans l'obligation d'inclure dans son projet des prévisions, des attentes concernant le comportement de son partenaire, dont il sait aussi que les actions s'orientent elles-mêmes en fonction des attentes relatives à son comportement à lui (Bange, 1992).

1.3 – LA THEORIE DE LA PERTINENCE

Sperber & Wilson (1989) s'affranchissent de la pensée classique qui voulait que le langage représente le support d'une activité mentale, ou comme l'affirme en 1916 de Saussure, que la langue constitue « *la pensée organisée dans la matière phonique* » (Saussure, 1972). Ils considèrent que la pensée est une computation mentale de l'univers environnant – bien plus riche que de « *simples énoncés linguistiques* ». La forme linguistique du message ne suffit pas à en saisir le sens.

« En rédigeant ce livre nous n'avons pas littéralement mis nos pensées sur du papier. Ce que nous avons mis sur le papier, ce sont de petites marques noires, dont vous avez en ce moment une copie sous les yeux. Quant à nos pensées, elles sont restées là où elles ont toujours été : dans nos cerveaux ». (Sperber & Wilson, 1989, p.11)

De ce constat, Sperber et Wilson vont développer la théorie de la pertinence. Partant de l'idée que le contexte est ce que les interlocuteurs pensent de la réalité et non pas ce qu'elle est effectivement, qu'un degré de plausibilité – les hypothèses – est davantage à considérer qu'une certitude absolue et que ces hypothèses s'appuyant sur un processus inférentiel sont mutuellement manifestes.

Ils définissent alors la pertinence comme étant liée aux notions de coût et d'effort cognitif. Une proposition dans un contexte donné aura comme effet cognitif les propositions que l'on peut inférer d'elle lorsqu'elle est liée à un contexte et que l'on n'inférerait pas du contexte seul.

La pertinence est alors d'autant plus grande que le coût pour l'obtenir est faible. Elle permet ainsi de prévoir l'interprétation d'un énoncé dans un contexte donné. Il s'agit donc de l'ensemble des propositions inférables de l'énoncé et qui le rendent le plus pertinent possible.

II – COMPOSANTES ELEMENTAIRES DU DISCOURS

II.1 – LES MOTS

D'un point de vue linguistique, il est difficile d'apporter une définition claire du mot. La phonologie – étude de l'organisation des sons d'une langue – tout comme la sémantique – étude des signifiés – ne permettent pas d'apporter une identification réelle du mot. Selon Roman Jakobson (1981), le mot seul n'est rien. Il s'agirait simplement d'un groupe de symboles graphiques séparés par des blancs.

Cependant, les mots qui naissent dans une histoire collective trouvent malgré tout une résonance dans l'histoire personnelle, individuelle et intime de chacun de nous (Clément-Hryniewicz, 2008).

En faisant des lapsus un matériel d'analyse de la vie intrapsychique du sujet et en les considérant comme des rejets de l'inconscient tant ils viennent là, quand ils surgissent, signifier quelque chose du sujet et des émotions qui le traversent, Freud affirme bien que les mots ont toute leur importance dans les espaces du réel, du symbolique et de l'imaginaire.

Les mots ont ainsi une force, celle de re-narcissiser le sujet qui se trouve congratulé, flatté, aimé à travers eux, mais également celle d'anéantir, voire tuer psychiquement l'individu qui se voit asséner une vérité trop difficile à entendre, à saisir et à vivre. En d'autres termes, les mots peuvent avoir à eux-seuls cette capacité absolue de narcissisation positive et un pouvoir de déstructuration, voire de destruction psychique.

« Le mot s'adresse à un interlocuteur ; il est fonction de la personne de cet interlocuteur [...] Cette orientation du mot en fonction de l'interlocuteur a une grande importance. En fait, tout mot comporte deux faces. Il est déterminé tout autant par le fait qu'il procède de quelqu'un que par le fait qu'il est dirigé vers quelqu'un. Il constitue justement le produit de l'interaction du locuteur et de l'auditeur. [...] A travers le mot, je me définis par rapport à l'autre, c'est-à-dire, en dernière analyse, vis-à-vis de la collectivité. Le mot est une sorte de pont jeté entre moi et les autres » (Bakhtine, 1929/1977).

II.2 – LES ACTES DE LANGAGE

John Austin va initier en 1962 la théorie des actes de langage et J.-R Searle développera cette dernière dans deux ouvrages *Les actes de Langage* (1972) et *Sens et expression* (1982). Il s'agit davantage d'une approche philosophique du langage qui cherche à rendre compte de certaines propriétés universelles du langage humain que d'une simple théorie linguistique. Elle s'approche d'une théorie sociale de « *l'agir communicationnel* » (Habermas, 1987) dont l'idée fondatrice revient à dire que la communication n'est pas qu'une simple transmission d'informations mais bien une véritable construction, prolongation et modification des rapports sociaux dans un contexte institutionnel avec des régularités communicationnelles. Le langage a donc une fonction actionnelle et une fonction descriptive. Il peut ainsi construire et modifier le contexte à travers l'intentionnalité émise à travers l'acte de langage du locuteur. Il constitue une manière d'agir sur le monde au-delà de la signification sémantique des mots (Searle, 1969). Il est de fait complexe et composé de trois aspects:

- Aspect locutionnaire : production de sons (acte phonétique) ayant un sens dans une langue (acte phatique), événement de parole ou articulation des mots en fonction d'une syntaxe (acte rhétique).
- Aspect illocutionnaire : production d'un énoncé auquel est attachée conventionnellement une certaine « force ». Il existe :
 - o des actes verdictifs qui correspondent à la production d'un verdict ou d'un jugement (acquitter, estimer, condamner, ...).
 - o des actes exercitifs qui reviennent à produire un énoncé en faveur ou en défaveur d'une décision (ordonner, conseiller, ...)
 - o des actes commissifs qui traduisent un engagement (promettre, jurer, ...)
 - o des actes expositifs qui permettent d'exposer un point de vue (répondre, affirmer, nier, ...)
 - o des actes comportatifs qui traduisent un comportement social (remercier, critiquer, ...).

L'acte illocutoire est fonction de la situation de la situation du locuteur et du type d'action qu'il accomplit en parlant.

- Aspect perlocutionnaire : cette dimension sort du cadre linguistique et concerne les effets produits par l'énoncé dans la situation de communication, c'est-à-dire les effets produits par l'acte de langage sur l'interlocuteur (perturbations, changements). Cet énoncé peut ne pas correspondre à l'intention du locuteur.

Tout énonciation comporte au moins un acte locutoire et un acte illocutoire. (Austin, 1962).

Par ailleurs, un énoncé peut être « constatif » (« affirmatif ») lorsqu'il affirme un état de chose réel ou « performatif », c'est-à-dire qu'il a pour qualité de décrire l'accomplissement d'un acte (une promesse, un ordre, une déclaration, etc.). Selon Austin, il existe des actes performatifs explicites qui contiennent un indicateur explicite (« Je te demande de te taire ») et des énoncés performatifs primaires (« tais-toi ! »).

Pour Bühler (1934), le langage a trois fonctions (référentielle, expressive et conative). En 1963, Jakobson y ajoutera trois autres fonctions générales de transmission de l'information (phatique, poétique et métalinguistique).

Si pour Martinet (1970) la fonction principale du langage est la communication, Popper (1972) considère qu'il a un rôle expressif, de signal, de description et surtout un aspect propre à l'homme, à savoir une fonction de discussion argumentée.

D'autres théoriciens du langage voient dans le langage un aspect représentationnel et communicationnel (Bronckart, 1977, 1994 ; Bernicot, 1994).

II.3 – L'ACTE DE REFERENCIATION

L'identification des référents s'effectue par les sujets parlants au fur et à mesure qu'ils développent leur discours. Ce qui signifie que ces opérations dépendent principalement *du point de vue de l'énonciateur* et, de manière générale, du contexte d'interaction (Apothéloz et Reichler- Béguelin, 1995). En ce sens, chaque mot a une signification qui nécessite un travail de désambiguïsation qui consiste à interpréter les énoncés à travers leur usage dans des contextes spécifiés; il déclenche des processus de traitement ultime du langage, soit au niveau de son explicitation, soit au niveau de ses implicites. C'est ainsi que la signification d'un mot, d'un énoncé, peut varier selon les individus et selon les situations. La conséquence directe est que la signification d'un discours, bien que rarement multiple, appartient cependant à un faisceau d'interprétations possibles parmi lesquelles on peut puiser. Sont ainsi déterminés des effets de sens, des sous-entendus et des intentions communicatives qu'un auditeur s'autorisera à comprendre. « Les

actes communicationnels doivent prendre en compte l'esprit d'autrui, c'est-à-dire sa capacité à lire dans nos mots et nos gestes les signes de nos sentiments, de nos pensées et de nos intentions » (Goffman, 1986).

C'est ainsi que l'acte de référenciation est considéré comme une production conjointe, travaillée entre partenaires de l'interaction, où chacun fait sa part de l'activité pour un résultat nécessitant l'action de l'autre (Searle, 1991). Néanmoins, le discours, en lui-même entrave parfois ce processus de référenciation qui n'est pas en correspondance avec le monde réel et ce malgré une certaine maîtrise du bien-dire. La référence est en ce sens un processus réalisé dans le discours et ne résultant pas d'une ontologie déjà donnée, mais de pratiques symboliques complexes qui, dans une dimension intersubjective, produisent l'illusion du monde objectif (Mondada et Dubois, 1995).

Il apparaît donc, et ce depuis Aristote, que c'est à travers la conversation considérée comme « la forme la plus commune et représentative du fonctionnement général des interactions verbales » (Kerbrat-Orecchioni, 1995) que les êtres humains expriment le plus souvent leurs pensées. Selon la théorie pragmatique (Morris, 1938), nos comportements langagiers sont régis par des règles ou principes universels de nature tout-à-fait rationnelle. Nos manières d'utiliser le langage dans la communication et le discours sont ainsi déterminées par des principes généraux qui eux-mêmes sont à la base des inférences pragmatiques, c'est-à-dire des constructions de sens qui affleurent au cours de l'interaction (Sperber et Wilson, 1986).

III – L'ENTRETIEN

« *L'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (...) ou encore d'étudier le fait de parole lui-même* » (Blanchet, 2003). Il est toujours apparu comme un outil privilégié pour obtenir des informations objectives sur le vécu subjectif du réel.

J. Piaget a ainsi très tôt eu recours à l'entretien dans son étude approfondie du développement intellectuel de l'enfant et E. Kübler-Ross (1975) a ressenti la nécessité évidente de procéder par entretien pour comprendre et conceptualiser les stades du « mourir » chez les patients en fin de vie. En outre, il est rare, voire inconcevable qu'un employeur ne désire s'entretenir avec un postulant avant de le retenir pour intégrer son entreprise. Ces exemples montrent bien toute l'importance de l'entretien et ce, dans différents champs d'intervention.

III.1 – L'ENTRETIEN DIRECTIF

Cet entretien est conduit sur le mode du questionnaire tel qu'il peut être rempli en ligne ou en version papier. Cette forme d'entretien correspond à une technique d'enquête particulière (Blanchet & al, 2000) qui ne favorise pas une implication personnelle de l'interviewé de par son caractère organisé, préparé voire figé. En effet, le locuteur A va poser une série de questions dans un ordre donné à un locuteur B puis il sera susceptible de reproduire le même schéma avec n locuteur. L'avantage est ainsi un gain de temps puisque l'interviewer se cantonne à sa liste de questions prédéfinies.

Si en clinique son intérêt reste limité et sa forme socialement peu admise tant il donne l'impression de déshumaniser la relation, il peut en revanche constituer un pré-test dans le cadre d'une validation d'un questionnaire.

Cet entretien par rapport à notre objet d'étude aurait pu prendre cette forme :

P : Psychologue

M : Malade

P1 : « A quelle date avez-vous reçu le diagnostic de votre maladie ? »

M2 : « Le 12 janvier 2010 »

P3 : « Etiez-vous accompagné ? Si oui, qui était présent à vos côtés ? »

M4 : « Mon épouse était là... c'est d'ailleurs elle qui a eu le plus de mal à ce moment là... »

P5 : « Votre médecin a-t-il utilisé d'emblée le mot cancer ? Si non quel(s) mot(s) a-t-il employé(s) ? Tumeur, masse tumorale, nodule, kyste ? »

M6 : J'me souviens plus, je sais qu'il n'a pas tout de suite abordé le diagnostic et c'est surtout quand il a parlé de chimio que j'ai pensé au cancer... »

Nous saisissons rapidement à travers cet exemple les limites d'un tel entretien. Le patient ne semble pas entendu dans tout ce qu'il peut exprimer au-delà des simples mots prononcés. Le ressenti et toute la dimension émotionnelle ne sont pas pris en compte (Passage de M4 à P5 où la souffrance et le vécu de la maladie par l'épouse ne sont pas pris en considération). Par ailleurs, il semble difficile d'obtenir l'information recherchée à travers cette méthode directive (passage de P5 à M6 où le malade ne répond pas à la question posée par le psychologue).

III.2 – L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Cet entretien prend forme autour d'une idée, une hypothèse. L'interviewer va alors créer un guide d'entretien, c'est-à-dire une liste de thèmes à aborder en lien avec la question ou la problématique de départ qui vient cadrer le discours. Il va alors chercher à développer tous les thèmes prédéfinis tout en laissant la liberté à l'interviewer de les développer comme bon lui semble se laissant aller à des associations libres. Voici un exemple de grille d'entretien :

- *L'attente des résultats aux examens*
- *Les sentiments ressentis juste avant la consultation d'annonce*
- *La perception du médecin au moment de l'annonce*
- *Le rapport aux proches*
- *L'avenir*

Au fur et à mesure de l'entretien, dès qu'un thème apparaît dans les propos de l'interviewé ou dès que l'interviewer considère qu'il est opportun de développer ce sujet à ce moment précis, alors celui-ci va procéder à une relance afin d'obtenir des informations plus précises. L'interviewer pourra en outre conclure son entretien en abordant un thème qui n'aurait pas été auparavant développé par l'interviewé. Souvent plus long que l'entretien directif, il a cependant pour mérite de donner une plus grande place à l'autre.

III.3 – L'ENTRETIEN NON-DIRECTIF

Cet entretien est communément appelé « entretien centré sur la personne » dans l'univers soignant ». Utilisé par Carl Rogers (1945), le fondateur de la « thérapie centré sur le client », il constitue l'outil principal de la relation d'aide ou, en d'autres termes, le soin relationnel assuré par les soignants auprès des patients (Benony et Chahraoui, 1999). Selon lui, l'entretien doit être une forme d'intercommunication où se crée un pont entre deux partenaires, qui fait de leurs deux personnalités un "nous", ce qui engendre un sentiment de solidarité affective. Il s'appuie selon Poussin (2003) sur les notions de *congruence*, de *considération positive inconditionnelle* et de *compréhension empathique*. Pour Brun (2000), il s'agira plutôt de croissance, alors que Blanchet et Gotman (1965) parleront de *liberté* et de *démocratie*.

Cet entretien se passe sur le mode de la conversation « naturelle ». L'interviewer évite en effet de donner à l'interviewé une quelconque direction et le laisse ainsi entièrement libre d'aborder tout sujet qu'il souhaite et de la manière qu'il souhaite également. Il ne s'agit pas pour autant d'inaction de la part de l'interviewer ou de laisser-faire mais grâce à des relances basées sur la reformulation (Blanchet, 1998) amenées sous une forme interrogative douce, des relances non-verbales (de Bonis, 2001 ; Kendon, 1980), ou encore par des acquiescements (Masse, 1999), il va ainsi inviter l'interviewé à préciser ses propos. Techniquement, il s'agit de « *se garder de toute clôture, de toute parole définitive ou clôturante afin de laisser au sujet toute possibilité de rebondir, de repartir, de continuer à dire et à penser* » (Jacobi, 1995). Ainsi la reformulation consiste à redire en d'autres termes et d'une manière plus concise ou plus explicite, ce que l'interviewé vient d'exprimer et ce, de telle sorte que l'interviewer obtienne l'aval ou l'accord de l'interviewé.

Pour Pedinielli (1994) et Widlöcher (1986), le clinicien doit être dans une attitude contenant et faire preuve d'une véritable neutralité bienveillante pour que le patient qui le consulte puisse se libérer (Pagès, 1965). Ceci nécessite que le thérapeute puisse se libérer de tout jugement à l'égard du patient et surtout qu'il soit en mesure de prendre conscience de tous les mouvements transféro-contre-transférentiels qui se jouent dans la relation avec l'autre (Widlöcher & Hardy-Baylé, 1990).

Ce genre d'entretien est très riche lorsqu'il est correctement mené et exploité. Il est souvent utilisé pour les récits de vie.

III.4 – L'ENTRETIEN DE RECHERCHE

Dispositif hyper empirique, l'entretien ne répond pas aux critères minimaux qui caractérisent une méthode scientifique. Il constitue de ce fait un véritable paradoxe car il constitue à la fois un outil, irrecevable du point de vue de l'idéal scientifique, mais pourtant irremplaçable pour accéder à des connaissances dont l'intérêt scientifique est manifeste. Le statut scientifique des données produites reste indéfini. Si à travers la pragmatique l'entretien de recherche devient une technique maîtrisée de production de discours, « une part de liberté reste la condition indispensable du bon déroulement d'un entretien de recherche » (Revault d'Allonnes, 1989).

Les interventions des interviewers « s'ajustent pragmatiquement à la situation et sont difficiles à définir » (Roethlisberger et Dickson, 1943). Rogers (1945) plaide pour l'application à la recherche de l'attitude « non-directive » pour recueillir des données « chimiquement pures ». Hyman (1954) pense au contraire que l'absence de question peut constituer le biais à l'état pur. De nombreux auteurs dénoncent le mythe de la non-directivité dans la recherche (Bourdieu, Chamboredon & Passeron, 1967 ; Pagès, 1970 ; Blanchet, 1982).

L'entretien de recherche est né d'une recherche-action en milieu industriel (Roethlisberger & Dickson, 1943).

« La pratique de l'entretien de recherche est sous-tendue par un point de vue épistémique, voire « idéologique » qui valorise dans les phénomènes psychologiques étudiés les représentations – mises en discours – du sujet et ses savoirs subjectifs » (Blanchet, 2002).

L'entretien de recherche va être utilisé dans différents domaines et selon différentes approches. Ainsi, sous un angle expérimental, l'Ecole de Würzburg (Bülher, 1927) va associer systématiquement stimuli expérimentaux manipulés et rapports introspectifs des sujets. Dilthey (1886) dans une approche biographique (1886), milite pour une psychologie des représentations du monde et des perceptions internes des propres états du sujet. Enfin, Freud (1895), d'un point de vue clinique, élabore le dispositif de la cure dans lequel la parole du sujet devient le vecteur de la thérapie

Il s'agit au fond d'un dispositif d'enquête susceptible de lever certaines résistances d'un interlocuteur ; c'est un mode d'accès efficace aux représentations et opinions individuelles (Leplay, 1862 ; Kinsey, 1948 ; Bertaux, 1980). Il représente l'outil de l'étude qualitative et exploratoire ; les données collectées doivent être rigoureusement confrontées et analysées, la subjectivité du codeur et de l'analyse neutralisée (Ghiglione et Matalon, 1978).

Dispositif pragmatique, les interventions de l'interviewer semblent s'ajuster « hyperempiriquement » selon l'expression de Bourdieu et al. (1968) à la situation interlocutoire, ce qui, loin d'être une garantie de neutralité (Gotman, 1985), contribuerait plutôt à épaissir le voile de méconnaissance que le chercheur étend sur les conditions de production de ses données (Trognon, 1987).

Un contrat de communication particulier, posé initialement, est nécessaire pour constituer la référence des croyances communes mutuelles des interlocuteurs. Ceux-ci utilisent des discours spécifiques pour valider et renforcer ce contrat. Ces discours doivent être les plus linéaires possible, c'est-à-dire continus dans leur enchaînement, formant un tout cohérent, et structurés, « problématisés » (Meyer, 1981) ou « auto-théorisés » (Laplanche, 1987), c'est-à-dire répondre à leurs propres questions et ainsi à auto-entretenir leur propre production sous la stimulation des relances de l'interviewer.

III.5 - LES NOTIONS DE TRANSFERT ET DE CONTRE-TRANSFERT

Si le transfert correspond dans le langage courant à un déplacement de personnes ou de choses d'un lieu à un autre selon des modalités précises, ou s'il peut être synonyme de virement bancaire, en psychologie, ce terme a été créé à la fin du 19^{ème} siècle par James Sully pour désigner le « Phénomène par lequel un sentiment éprouvé pour un objet est étendu, par association, à un autre objet. Il se fait généralement par association de contiguïté (spatiale, temporelle, causale, ...) ou de ressemblance.

En psychanalyse, le transfert correspond au phénomène découvert par Freud au cours de son travail sur l'hystérie, c'est-à-dire le « processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique » (Laplanche et Pontalis, 1967). Freud (1900), explique que "*la représentation inconsciente est tout à fait incapable, en tant que telle, de pénétrer dans le préconscient et elle ne peut y exercer un effet qu'en se mettant en connexion avec une représentation anodine qui appartient déjà au préconscient, en transférant son intensité sur elle et en se faisant couvrir par elle. C'est là le fait du transfert...*" (p.461)

Le transfert n'est cependant pas un phénomène qui se rencontre uniquement en psychanalyse. Il se manifeste aussi dans les relations amoureuses, amicales, dans les relations soignants/soignés, ...

Le contre-transfert renvoie quant à lui aux sentiments que le psychanalyste pourrait éprouver pour son patient en fonction de sa problématique. C'est en quelque sorte l'inconscient de l'analyste qui se met au travail

avec celui de son patient. C'est en 1910 que, pour la première fois, Freud étudie plus avant la notion de contre-transfert qu'il définit alors comme « (...) *l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscient de son analyste* ». Il s'agit pour le psychanalyste de repérer quels affects son patient suscite en lui et savoir en tenir compte dans sa façon d'interpréter le transfert de son patient. De manière plus générale, il s'agit des sentiments que nous éprouvons pour l'autre dans la relation que nous avons avec lui.

III.6 – EN CONCLUSION

L'entretien est une situation non ordinaire qui, de fait, constitue un objet d'étude à part entière pouvant s'appréhender de manière technique. C'est ce que nous démontrons dans notre étude en nous intéressant précisément aux entretiens d'annonce de diagnostic et en montrant qu'il s'agit bien d'une co-construction d'une référence commune, avec un partage intersubjectif des croyances relatives à la situation et à ses protagonistes (Batt, 2003, Batt & al., 2014) qui représente « *une ressource de l'interaction et un produit de cette interaction* » (Bromberg & Trognon, 2000 ; Garfinkel, 1967 ; Trognon, 2001). Il est donc primordial de prendre en considération le contexte socio-culturel dans lequel évolue l'acte communicatif.

ACTE II

SCENE I : METHODOLOGIE

I – PROCEDURE DE RECHERCHE

I.1 – LES ACTEURS

I.1.1 – Les patients

Il s'agit de quatre hommes âgés en moyenne de 64 ans et qui souffrent tous d'une tumeur cérébrale incurable appelée un glioblastome. En fonction de la maladie et surtout de sa localisation, les patients présenteront des troubles particuliers, cognitifs, émotionnels ou comportementaux. La plupart souffre de manques du mot, de pertes de mémoire, de cacolalie, etc. Certains se mettront à pleurer de manière inopinée, à passer des rires aux pleurs ou encore à varier l'intonation de la voix sans raison apparente. Enfin, quelques-uns souhaiteront interrompre l'entretien en prétextant une fatigue intense ou au contraire entreront dans une logorrhée difficile à suivre.

I.1.2 - La personne de confiance

En France, cette personne prend son existence dans la cadre de la loi du 4 mars 2002, communément appelée Loi Kouchner. Cette dernière est relative au droit des malades et à la qualité du système de santé. Elle précise les droits de la personne malade (accès à des soins de qualité, information, consentement aux soins, accès au dossier médical, respect de sa dignité, de sa vie privée, secret médical, protection contre les discriminations, réparation du risque médical, accès aux soins palliatifs), sur l'information du patient et son consentement aux soins.

L'article. L1111-4 du code de la santé publique définit la notion de personne de confiance.

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

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. 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. »

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. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade 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 malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. La désignation s'effectue obligatoirement par écrit, sur une feuille pré-imprimée fournie par l'établissement ou sur papier libre.

Dans les faits, nous observons qu'en 2015, la nomination de cette personne de confiance n'est toujours pas faite de manière systématique. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette absence de nomination.

La première relève d'un manque de connaissance de la part des soignants – et des patients – quant à son existence et/ou ses missions. Elle est ainsi souvent confondue avec la « personne à prévenir » alors que nous venons de voir qu'elle n'a pas le même rôle et qu'elle n'est pas nécessairement la même personne.

Une autre raison évoquée par les soignants est la difficulté d'aborder le sujet avec le patient lors de son entrée à l'hôpital, comme si sa simple évocation sous-tendait, à travers une pensée magique, la forte probabilité d'avoir à la consulter lors de cette hospitalisation. Elle serait, comme la mort, un sujet tabou à éviter, même si sa nomination permettrait de faciliter éventuellement la prise en soin par la suite.

Pour ces raisons, la sollicitation de cette personne dans le cadre de cette recherche permet à la fois d'en expliquer son rôle et surtout sa nomination précoce, ce qui souvent facilite la suite de la prise en charge lorsque la situation se dégrade et que le patient n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté.

Les patients ont tous ici désigné leur compagne comme personne de confiance et à trois reprises, une fille du couple a tenu à être présente à la consultation d'annonce auprès de ses parents.

I.1.3 - Le Neuro-oncologue

Le médecin est celui qui va être amené à devenir le référent médical du patient au sein du service de neuro-oncologie. En théorie il connaît parfaitement la situation du patient mais il arrive que le patient ait au préalable rencontré un autre neurologue lors de la période pré-diagnostique (service de neuro-oncologie).

I.1.4 – L’Infirmière diplômée d’état référente (IDER)

L’infirmière est chargée d’assurer la coordination au sein de l’établissement et à l’extérieur en accompagnant le patient et ses proches tout au long du parcours de soin.

I.1.5 – Le Psychologue

Le psychologue, non présent à l’annonce, est celui qui sera sollicité si nécessaire durant le parcours de soins du patient à la fois pour s’entretenir avec ce dernier mais également pour rencontrer les proches pendant et après la maladie (suivi de deuil) et enfin pour soutenir au quotidien les soignants.

Nous devons ajouter à ces acteurs la Cadre de Santé de l’unité de Neuro-oncologie qui a permis de coordonner très souvent les rencontres. Son implication dès le début de la création du dispositif d’annonce à travers la coordination des infirmiers engagés signe son réel intérêt quant à l’évaluation et *in fine* à l’amélioration des pratiques soignantes.

I.2 – LA SCENE

La recherche se déroule au sein de l’unité de neuro-oncologie du CHRU de Nancy où chaque année, environ 70 nouveaux patients atteints de gliome malin sont pris en charge. Au-delà de l’aspect purement didactique, cette recherche a permis de créer un lien entre le service de neuro-oncologie et celui de soins palliatifs, le psychologue de cette recherche travaillant au sein de l’Equipe Mobile de Soins Palliatifs.

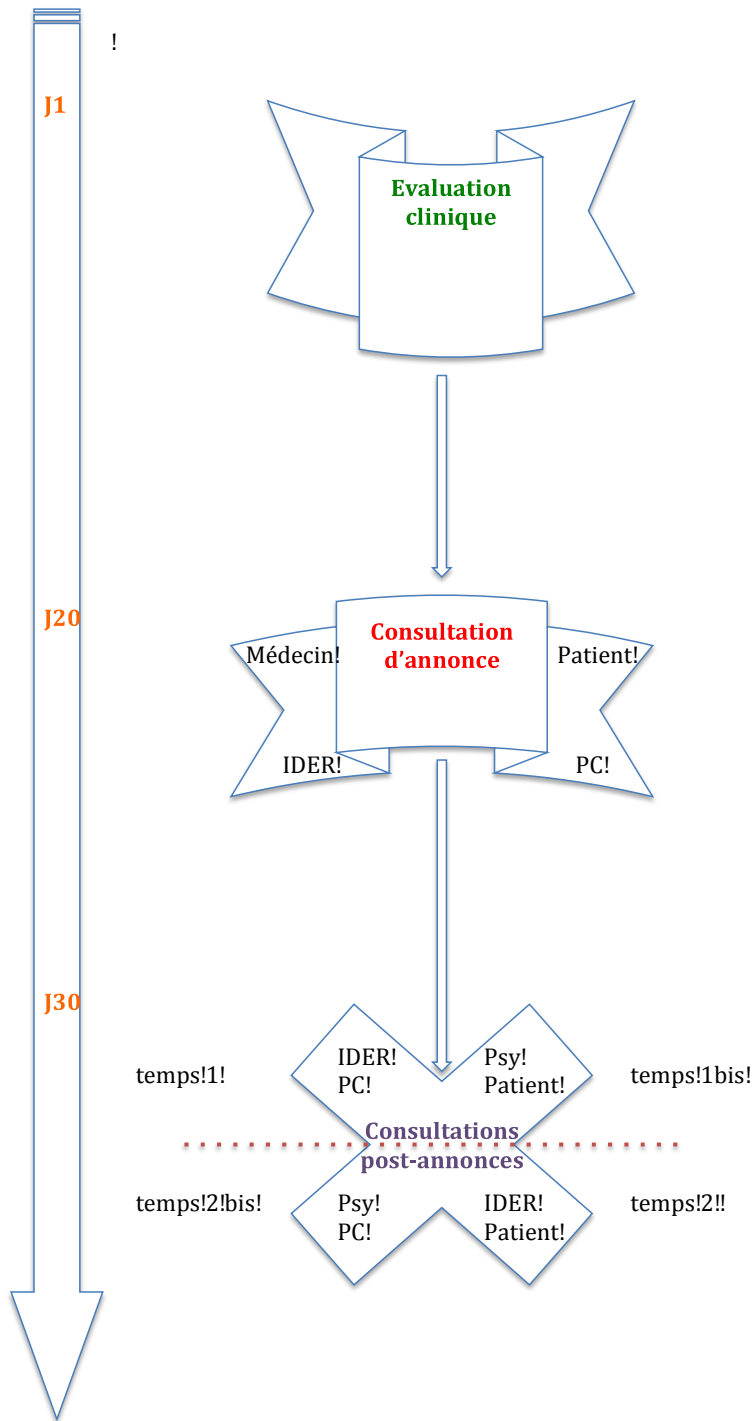
1.3 – LE TEMPS

Cette étude a débuté dans l'unité de neuro-oncologie en décembre 2009, c'est-à-dire cinq ans après la mise en place du dispositif d'annonce dans ce service. Ce délai semblait suffisant à une analyse fine de cette pratique professionnelle par et pour les acteurs en jeu dans cette consultation d'annonce.

Les contraintes temporelles des uns et des autres ont rendu parfois complexe la réalisation des entretiens. Il était néanmoins indispensable de programmer les rencontres « post-annonces » dans un délai raisonnable après la consultation d'annonce pour éviter que le patient et la personne de confiance soient encore sous l'effet de cette annonce ou au contraire trop éloignés de la découverte de la maladie.

Par ailleurs, l'évolution de la maladie étant péjorative et souvent rapide en termes de dégradation des fonctions supérieures, la qualité des échanges nécessitait elle-aussi une rencontre précoce du patient.

1.4 – SCHEMA DU DEROULEMENT DE L'ETUDE



IDER!:!Infirmière!référente!
PC!:!Personne!de!confiance!
Psy!:!Psychologue!

La prise en charge débute classiquement après la découverte d'une lésion cérébrale par une consultation et/ou hospitalisation en milieu spécialisé neuro-oncologique où les hypothèses diagnostiques sont formulées au patient et où le bilan préchirurgical est organisé.

C'est lors de cette étape que le médecin va prendre le temps d'informer le patient et ses proches sur le parcours de soins futur et ainsi leur proposer de participer à notre étude.

Le dispositif présenté ci-dessus correspond au schéma classique de la prise en charge dans le service de neuro-oncologie, c'est-à-dire que nous avons très rapidement proposer au patient et à son entourage de rencontrer, à distance de l'annonce du diagnostic, l'infirmière et/ou le psychologue afin de leur permettre de bénéficier d'un temps et d'un espace de parole personnels pour exprimer leur ressenti, leur interrogations ou pour confier leurs craintes.

Une durée de huit à dix jours est nécessaire, après le temps chirurgical proprement dit, pour obtenir les résultats anatomopathologiques. C'est ensuite que le patient et la personne de confiance sont reçus en **consultation d'annonce** par le médecin neuro-oncologue référent et l'infirmière – dite référente ou de coordination – afin de prendre connaissance du diagnostic, en l'occurrence celui de gliome malin et de la stratégie thérapeutique proposée.

Afin de respecter un temps d'«intégration psychique» des informations reçues lors de la consultation d'annonce, la seconde **consultation dite de post-annonce** a lieu environ dix jours plus tard. Le patient et la personne de confiance sont reçus alternativement et séparément par l'IDER et le psychologue.

Temps 1		Temps 2
IDE + Personne de confiance	PUIS	IDE + Patient
PSY + Patient		PSY + Personne de confiance

Lors de cette seconde consultation, l'infirmière (temps 1) recevra d'abord la personne de confiance puis le patient (temps 2). Elle évaluera la perception des informations concernant la maladie (nature de la tumeur – traitements proposés – risques évolutifs) séparément par la personne de confiance (temps 1) puis le patient (temps 2) et les reformulera. Au cours de cette interaction, l'IDE explorera le vécu de l'entretien d'annonce par le patient et la personne de confiance et les invitera à proposer des améliorations. Les informations seront recueillies à travers un entretien semi-directif, afin d'aborder à la fois les différents thèmes de manière systématique tout en laissant une ouverture dans le discours. La grille d'entretien était ainsi constituée des questions suivantes :

- Que pouvez-vous me dire sur les traitements que vous allez avoir ? Avez-vous besoin de plus d'informations ?
- Que pouvez-vous dire sur votre maladie ? Localisation? Nature? Gravité? Avez-vous d'autres questions?
- Que pouvez-vous dire sur votre futur traitement ? Avez-vous besoin d'informations complémentaires?
- Que vous avez spécifié votre médecin concernant l'évolution de votre maladie ?
- Que pensez-vous des informations que nous vous avons données lors de la première consultation?
- Que pensez-vous de ce deuxième entretien ?

Temps 1 IDE + Personne de confiance	PUIS	Temps 2 IDE + Patient
Temps 1bis PSY + Patient		Temps 2bis PSY + Personne de confiance

Pendant ce temps, le psychologue clinicien, lors d'un entretien libre mené lui-aussi de manière séparée avec le patient (Temps 1bis) puis la personne de confiance (Temps 2bis), évaluera également la perception dudit entretien, mais sous un angle davantage «psycho-dynamique» et interrogera de même le patient et la personne de confiance sur les aspects devant être conservés ou modifiés. Lors de cet entretien, les sujets resteront libres d'aborder tous les aspects qu'ils souhaitent, de la manière dont ils le souhaitent.

II – LES CONSULTATIONS D’ANNONCE ET POST-ANNONCE

II.1 – ANALYSE FORMELLE

II.1.1 – Les acteurs

Une brève présentation des différents protagonistes est réalisée.

II.1.2 – La durée

La durée de l’entretien d’annonce est d’environ 49 minutes. Il ne comprend pas le temps pris par le médecin pour dicter le compte-rendu de la consultation qui sera transmis ensuite à la secrétaire afin d’informer les professionnels extra-hospitaliers (médecin traitant, radiologue, ...) ou intra-hospitaliers (radiothérapeute, oncologue, ...). En outre, un double sera automatiquement adressé au patient.

II.1.3 – La structure

Nous présentons dans cette partie les différents thèmes abordés chronologiquement dans chaque entretien d’annonce. Des extraits du discours sont utilisés pour étayer les thématiques.

II.1.4– Etude quantitative des productions discursives

II.1.4.1 – Nombre de tours de parole

Bange (1992) nous rappelle que « *l'alternance des locuteurs est la forme dans laquelle se réalise la réciprocité des actions sociales et [c'est] ce qui donne au dialogue son caractère imprévisible* ». L'interaction se compose donc d'un jeu de dialogue dans lequel chaque interlocuteur prend la parole de manière alternée, coordonnée et séquencée ce qui nécessite alors nécessairement une négociation (Bange, 1992). Trognon (1994) souligne en ce sens que « *la séquentialité conversationnelle est la matrice de production et de reproduction, et en même temps, d'intelligibilité des événements sociaux* ».

Pour une félicité de l'échange conversationnel il est nécessaire que locuteur et récepteur perçoivent mutuellement le type d'unité grammaticale sur lequel est construit le tour de parole de l'autre pour prévoir instantanément les activités possibles (Batt, 2003).

Un tableau présente une analyse quantitative de la production discursive de chaque acteur en présence : le nombre de tours de parole et le pourcentage. Un graphique illustre ces données chiffrées.

Pour exemple, monsieur Albert a émis 69 tours de parole lors de la consultation d'annonce alors que le médecin en a produit 140.

II.1.4.2 – Distribution du discours

II.1.4.2.1 – Masse discursive

Il s'agit de calculer le nombre total de mots par tour de parole en moyenne pour chaque interlocuteur.

Exemple : Lors de la consultation d'annonce, monsieur Albert a émis en moyenne 3,19 mots par tour de parole alors que les tours de parole du médecin sont en moyenne constitués de 44.04 mots.

II.1.4.2.2 – Usage des pronoms personnels

@ Je

Le pronom personnel *je* ou sa forme élidée *j'* concerne le locuteur et vient marquer une **implication personnelle** (Benveniste, 1966). Il s'agit de représentants référentiels qui renvoient au plan du discours en tant qu'embrayeurs.

Le « *je* » est dans la théorie de Benveniste une instance de discours qui signifie selon lui « *la personne qui énonce la présente instance du discours contenant je* » (1967). Le « *je* » se situe au cœur de la coïncidence de l'acte d'énonciation et de l'action énoncée (Akatane, 1997) et est le seul avec le *tu* à représenter la sphère subjective. En effet, les pronoms de la troisième personne sont selon Benveniste des « non-personnes ».

Dans l'interaction, le « *je* » n'est rien sans le « *tu* » et chaque acteur va ainsi passer de l'un à l'autre pour dialoguer, ce qui *in fine* permet une reconnaissance constitutive d'autrui et donc de soi en tant que personne. Cette intersubjectivité est nommée par Benveniste « *la polarité des personnes* » et son intériorisation est une condition nécessaire à la constitution de la subjectivité. En d'autres termes, en « *je* » il y a un « *tu* » qui l'écoute (Benveniste, 1970).

Nous présenterons dans un tableau et en graphique le pourcentage de *je* présents dans le discours de chaque interlocuteur relativement à la masse produite par chacun. Ainsi, nous verrons par exemple que le *je* représente 2,27% du discours de monsieur Albert lors de la consultation d'annonce.

@ On

Le *On*, dont l'étymologie signifie homme, a pour fonction d'opacifier le discours, de généraliser. Il peut ainsi représenter une ou plusieurs personnes, nous, les gens, tout le monde. L'usage du mot « *on* » met ainsi sur la scène conversationnelle des groupes de locuteurs.

La psychologue Ophélie Avron (2014) souligne que pour Bion, le *on* est anonyme et renvoie à *la mentalité de groupe*, c'est-à-dire « *la capacité de partager d'emblée un fonctionnement primaire d'ordre émotionnel* ». Il se distingue du *nous* qui lui est conscient et assumé et concerne le *fonctionnement secondarisé du groupe de travail*, en l'occurrence « *une certaine forme de pensée qui mobilise les émotions sous-jacentes mais au bénéfice de méthodes rationnelles et de finalités collectives conscientes* ».

Un tableau et un graphique présentent le pourcentage de *on* prononcé par chaque interlocuteur en fonction de la masse discursive.

Exemple : lors de la consultation d'annonce concernant monsieur Albert, le *on* va représenter en moyenne 2,85% de l'ensemble du discours du médecin.

@ nous

Le *nous* est souvent utilisé pour marquer l'appartenance à une collectivité dont fait partie la personne qui parle avec comme postulat le partage d'idées, de croyances, de normes, d'habitudes, etc.

Précisons que dans le langage oral, *nous* est souvent remplacé par *on*. Selon L. R. Waugh (2007), dans son corpus du français métropolitain conversationnel, *nous* est utilisé seulement dans 1 % des cas, et *on* dans 99 % des cas.

Certains philosophes, à l'instar de Gao Xingjian, font preuve d'une critique assez acerbe de ce pronom qui selon eux, ne permet pas réellement de définir combien d'individus (*je*) sont compris en lui. D'autres auteurs en revanche font le constat inverse, valorisant le *nous* au détriment d'un *je* abusif. Ainsi Victor Hugo dans les *Contemplations*, évoque « *un de ces orgueils exigeants qui s'accommode mal d'un « nous* ». ».

Les pourcentages de *nous* prononcés par chaque interlocuteur en fonction de la masse discursive sont représentés dans un tableau et un graphique.

Exemple : lors de la consultation d'annonce concernant monsieur Albert, le *nous* va représenter en moyenne 0,50% de l'ensemble du discours de l'épouse.

@ vous

Ce pronom est utilisé pour s'adresser à plusieurs personnes lorsqu'il est pronom de la deuxième personne du pluriel. Son usage, en tant que pronom de la deuxième personne du singulier, vient signifier une marque de politesse à l'égard de son interlocuteur. Un tableau et un graphique présentent les pourcentages de *vous* présents dans le discours de chaque interactant.

Exemple : le *vous* représente 3,41% de l'ensemble des mots prononcés par l'infirmière lors de la consultation d'annonce de monsieur Albert.

@ tu

L'usage du pronom *tu* marque une familiarité entre deux acteurs. Nous les retrouvons représentés sous forme d'un tableau et d'un graphique.

Exemple : Le *tu* représente 0,61% de la totalité des mots utilisés par la fille de monsieur Albert lors de la consultation d'annonce.

II.1.4.2.3 – Les questions

Comme le rappellent Batt (2003), Batt et Trognon (2012), Trognon, Batt et al. (2010), Hintikka (1976) distingue les questions catégorielles (QW) pour lesquelles le choix porte sur « les valeurs d'une variable quantifiée » des questions propositionnelles (QP) pour lesquelles le choix a trait à des propositions. Dans les deux cas les questions constituent des requêtes d'information. Elles sont donc des demandes d'information et spécifient également le desideratum des questions qui consiste en un certain état épistémique *je sais (qui, comment, pourquoi, etc.) X*, pour les questions catégorielles ou bien *je sais si X*, pour les questions propositionnelles. (Hintikka, 1976, 1981).

Un tableau représente la distribution des questions dans l'entretien en fonction des domaines thématiques et en fonction de leur forme, à savoir propositionnelle ou catégorielle.

II.2 – ANALYSE SEMANTIQUE

L'analyse sémantique s'intéresse au sens des éléments (des mots) pour établir la signification d'un message.

Cette analyse permet d'avoir au-delà de l'aspect linguistique, grammatical ou sémantique une vision fine et subtile des thématiques présentes dans le matériel discursif, qu'il soit spontané (associations verbales), exprimé dans des entretiens (individuels ou collectifs), induit par des questions ou cristallisé dans des corpus littéraires, documentaires, filmiques, iconographiques ou même épistolaires (Kalampalikis, 2003).

II.2.1 – Analyse automatique : ALCESTE

ALCESTE (Analyse des Lexèmes Cooccurrents dans les Enoncés Simplifiés d'un Texte) constitue une aide informatique face à des corpus textuels numérisés. C'est une méthode de statistique textuelle qui permet de mieux comprendre le matériel discursif et qui est un outil complémentaire et non négligeable à l'analyse de contenu classique et à la dimension interprétative du chercheur.

Cette méthode s'intéresse à l'organisation topique du discours et cherche à mettre en évidence des « mondes lexicaux », c'est-à-dire des intentions de sens (des traces) du locuteur, véhiculées par le vocabulaire. Ces traces lexicales, dans leur répétition, font parties d'espaces de référence dans lesquels le locuteur semble avoir déposé du sens.

Max Reinert (1999¹⁴), auteur de la méthode, dit que cette dernière permet de cartographier les principaux lieux communs d'un discours. « En eux-mêmes, ces mondes lexicaux sont donc indépendants de toute interprétation. Mais ils ne prennent sens, pour un lecteur, qu'à travers une activité interprétative particulière en fonction de son propre « vouloir-dire » ». (Ibid, 1997). Kalampalikis précise que les mondes lexicaux ont un sens et ne se prêtent à l'interprétation que dans un rapport d'opposition, un système de relations antithétique. Les classes lexicales bénéficient d'un degré d'autarcie égal à zéro. Les mondes lexicaux fuient la solitude.

A travers ALCESTE, nous obtenons une traduction/transformation du discours formel en un grand ensemble de type associatif dans lequel nous nous intéressons davantage aux mots qui font sens, c'est-à-dire des mots qui fonctionnent comme des prédicats (les lexèmes) qu'à leur forme grammaticale. Il s'agit d'une approche des contenus à l'aide de « contenants textuels » (Reinert, 2001¹⁵).

« L'ensemble des liaisons associatives d'un locuteur peut être conçu comme un système doué de propriétés structurales [...], support d'un processus de signification » (Jodelet, 1972, p.99¹⁶).

La méthode Alceste se base sur des « unités de contexte », des fragments de taille relativement analogues du corpus qui seront classés statistiquement selon une procédure descendante hiérarchique. La fragmentation du corpus est effectuée de manière algorithmique. A partir d'une première distribution des fragments en deux classes les plus différenciées possible, la plus grande d'entre elles se voit ré-distribuée à nouveau jusqu'à ce qu'elle se divise en deux.

¹⁴ Reinert, Max (1999). Quelques interrogations à propos de l'"objet" d'une analyse de discours de type statistique et de la réponse "Alceste", *Langage et société*, 90, 57-70.

¹⁵ Reinert, Max (2001). Alceste, une méthode statistique et sémiotique d'analyse de discours : Application aux "Rêveries du promeneur solitaire", *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, V (49), 32-36.

¹⁶ Jodelet, François (1972). L'association verbale, in *Traité de Psychologie Expérimentale VIII*, Paris, PUF, pp. 97-153.

Cette distribution/classification continue jusqu'à obtenir un nombre stable de classes. L'objectif est la répartition des énoncés en classes marquées par le contraste de leur vocabulaire (Reinert, 1993¹⁷, 2001).

Trois étapes se succèdent dans cette méthode :

- Le calcul du tableau des données avec en lignes les énoncés, et en colonnes, les lexèmes retenus
- Le classement des énoncés en fonction de la ressemblance ou dissemblance de leur vocabulaire
- La description des classes obtenues grâce à différentes procédures (sélection du vocabulaire spécifique de chaque classe, sélection des énoncés de chaque classe les plus représentatifs de ce vocabulaire, calcul des segments répétés par classe, ... (Reinert, 1991).

II.2.2 – Analyse manuelle

II.2.2.1 - Analyse » pas à pas »

Cette analyse permet d'avoir une lecture fine de la structure de l'entretien afin de mettre en exergue les stratégies discursives appliquées par chaque interlocuteur.

II.2.2.2 - Avancée conversationnelle des termes

Cette analyse présente l'avancée lexicale au cours de l'annonce. Nous percevons ainsi comment le médecin procède pour informer le patient, quels termes ils emploient et de quelle manière il les introduit dans l'entretien.

II.2.2.3 - Repère des termes spécifiques

Nous analysons ici plus spécifiquement l'occurrence des termes en lien avec la maladie et les traitements, précisant quel interlocuteur les amène dans l'entretien.

¹⁷ Reinert, Max (1993). Les "mondes lexicaux" et leur "logique" à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars, *Langage et société*, 66, 5-39.

II.3 – ANALYSE INTERACTIONNELLE

L'analyse interactionnelle a pour fonction de repérer la manière dont l'entretien se construit au regard des échanges qui se créent entre les différents protagonistes. L'analyse interactionnelle sera réalisée grâce à la LI.

III – META-ANALYSE DES TERMES PRONONCES EN CONSULTATION D'ANNONCE ET REPRIS EN CONSULTATIONS POST-ANNONCE

SCENE II : Analyses cliniques

Monsieur ALBERT

Le discours des interactants sera retranscrit en italique. Il s'agit ici d'analyser de manière fine l'interaction entre les acteurs sans tenir compte de leur profil cognitif ou comportemental.

CONSULTATION D'ANNONCE :

I – ANALYSE FORMELLE

A - Acteurs

Le nombre de personnes présentes lors de cette consultation est de cinq. Le médecin (M) et l'infirmière (I) reçoivent monsieur ALBERT (P), un patient âgé de 76 ans. Il est accompagné de son épouse (E) qui est âgée de 74 ans et ne possède pas le permis de conduire. Le couple retraité vit en milieu rural. Une des deux filles (F) a alors souhaité participer à la consultation afin probablement de mieux comprendre la situation et ainsi mieux se préparer à la gérer puisqu'elle est déjà amenée quotidiennement à s'occuper de ses parents.

B – Durée de la consultation d'annonce

La durée de cette consultation est de **41 minutes et 32 secondes**. Si les recommandations (cf. supra) préconisent une durée d'environ une heure pour cette consultation d'annonce, nous devons reconnaître que dans la retranscription a été retirée toute la partie finale de l'entretien qui n'était constituée que de la dictée du courrier médical à l'attention du médecin traitant et ne comportant pas au final d'élément pertinent pour l'analyse qualitative de la consultation d'annonce.

C – Structure de l'entretien d'annonce

Dans cette consultation d'annonce notre analyse a mis en évidence **quatre grands domaines thématiques** développés par les protagonistes présents :

- L'examen révélateur : l'IRM
- La maladie
- Les traitements et leurs effets
- L'interrogatoire clinique du patient

Cela donne le synopsis suivant illustré d'extraits de corpus observés à un grain d'analyse assez global.

Avec M : Médecin ; P : Patient ; F : la Fille de M. Albert ; E : Epouse de M. Albert ; I : Infirmière.

Le premier tour de parole de M se symbolise M1, le deuxième tour pris par F est F2, le troisième tour pris par M donne M3, etc...

- **L'examen révélateur**

M1 : juste pour qu'on sache de quoi on parle, euh, ça c'est l'IRM, je regarde la date, voilà, je vais vous mettre les deux d'ailleurs... Vous aviez revu les images non ?

(...)

M26: et on voit cette image anormale qui capte le produit de contraste qu'on voit en blanc, en fait c'est le produit qu'on a injecté qui se fixe

F27 : d'accord

M28: normalement voyez dans un cerveau normal ça se fixe pas

Nous observons que l'**IRM** constitue le point de départ de cette consultation sur lequel le médecin va s'appuyer pour réaliser son travail d'annonce. Ainsi de L1 à L24 le médecin va procéder à une explication pragmatique de l'examen pour permettre au patient et à ses proches de se repérer sur l'imagerie tout en introduisant la **notion d'anormalité : le cerveau de Monsieur Albert n'est pas normal.**

M102: Ok, alors ça c'est je vous montre juste, c'est l'aspect euh post-opératoire, alors, pour bien apprécier faut mettre les coupes avant et après injection sur le même plan, je vais vous la mettre

voilà ça c'est avant d'injecter le produit de contraste et après, ça ça permet de se rendre compte de l'existence ou non d'un **résidu** et si oui de sa topographie

E103 : Hum

M104: Alors en fait **comme on le voit le résidu c'est une zone qui capte le produit de contraste** donc là c'est avant l'injection et après, pour l'instant, ce sont les mêmes coupes, hein, y a pas de différence, donc on va niveau par niveau, voilà je vous montre progressivement avant et après...hop... je redécouvre, hein, je regarde avec vous cette, cette imagerie post-opératoire, en fait ça m'semble pas mal hein, il n'y a pas de ...

Le médecin rentrera ensuite davantage dans les détails pour aboutir à la description de la situation actuelle, du point de vue de l'imagerie, et ainsi débiter l'annonce en introduisant des termes qui, de nouveau, ne peuvent qu'alerter sur la présence d'une maladie (« résidu » ; « *comme on le voit le résidu c'est une zone qui capte le produit de contraste* »). Ce terme est fortement connoté négativement, tant il renvoie à la notion de reste, de déchet. Il s'agit en effet d'un élément qui reste à notre insu mais qu'on voudrait voir partir. Il n'est donc pas perçu comme agréable voire désiré.

- **La maladie**

M30: donc là ça se fixe, alors quand on voit cette image là notre hypothèse est plutôt celle effectivement d'une **tumeur** au sens large du terme sans que nous puissions préciser la nature de la tumeur sur l'image. Alors, on sait situer sa topographie, c'est le lobe temporal du côté droit, y a des signes qui nous font penser quand même qu'elle est un p'tit peu **agressive**, c'est trois, trois choses : un, vous voyez qu'au centre elle est un peu noire là...

{...}

M42: plutôt que d'une métastase par exemple d'un **cancer** que vous auriez ailleurs. On ne peut pas être formel, rien ne permet formellement de porter un diagnostic, mais on est orienté par l'imagerie

Dans un premier temps de M30 à M42 le médecin procède à une description assez imprécise, générale. Son discours est modalisé, minimisé, mais introduit néanmoins la maladie par des mots génériques comme « tumeur », « agressive », « cancer ».

E105 : C'est quoi les tâches blanches ? Là c'est pas, non... ?

M106: ça c'est une calcification, c'est physiologique, c'est normal ... {...} Donc là, mon collègue conclut à un **glioblastome**, hum, alors, c'est quoi un glioblastome ? {...}

{...}

M118: Des moutons à cinq pattes, voilà, des choses très très exceptionnelles, la problématique essentielle de ce type de tumeur c'est le contrôle local. C'est tout faire pour diminuer au maximum ou retarder au maximum le risque de récurrence.

Puis de E105 à M118 nous observons que le médecin va être à la fois beaucoup plus précis dans ses explications, en nommant la maladie par son terme le plus médical, mais utilise à nouveau une stratégie minimisant en utilisant des termes triviaux (*un mouton à cinq pattes, des choses*), en présentant la possibilité du retard de récurrence (*retarder au maximum le risque de récurrence*). Notons également que le médecin indique que la tumeur en question est *très très exceptionnelle* ce qui, nous semble-t-il, pourrait avoir pour effet d'augmenter le sentiment d'injustice que pourrait ressentir le patient (i.e. l'implicature pourrait être *c'est rare et ça tombe sur moi* »).

P139: Et puis c'est rapide, quoi, oui entre les premiers symptômes et l'instant où on se retrouve dans le bain, la nouveauté

{...}

M186: Donc, tout ça pour répondre à la question, que on sait pas, voilà, on sait pas les causes, euh, c'est peut-être favoriser la survenue d'une telle lésion tumorale, alors ça augmente probablement avec l'âge, l'âge moyen au diagnostic c'est plutôt autour de la soixantaine mais bon y en a chez l'enfant aussi, hein

Enfin, de P139 à M186 la maladie sera abordée sous ses aspects évolutifs, notamment concernant son apparition.

- **Les traitements et leurs effets**

M44: Sur ce, nous discutons, nous avons discuté de la conduite à tenir en RCP et on a pris la décision de faire la chirurgie.

En M44 le médecin insiste bien auprès du patient sur la prise de décision partagée concernant le choix du traitement à proposer et que l'option retenue est la chirurgie. Notons l'introduction de la notion de RCP, probablement inconnue du patient.

M118 : {...} Sans traitement complémentaire, **ce risque il est très important** mais *c'qu'on va* vous proposer c'est ce dont je vais vous parler maintenant c'est du **traitement** que nous proposons habituellement pour diminuer ce risque de récurrence.

{...}

M131: Alors en fait, voilà en fait ça fait une bonne transition parce que le traitement complémentaire de temps en temps on peut le faire commencer pendant l'opération pour deux raisons {...} Dans votre cas j'avoue que j'ai pas beaucoup d'arrière pensées et que je vous proposerai le traitement des patients de plus de 70 ans, mais le traitement standard, hum.

Le médecin introduit la notion de risque important concomitamment avec la question du traitement. Il décrit alors de M118 à M131 le schéma thérapeutique classique pour les patients de 70 ans en aboutissant à la situation particulière du patient.

M189: Ouais, hum alors j'reviens un p'tit peu au traitement, euh le traitement standard s'est modifié ces dernières années, dans l'sens d'une plus grande agressivité entre guillemets euh, il est aujourd'hui classique de proposer comme traitement standard une radiothérapie, des rayons centrés sur la zone opératoire, couplée à une chimiothérapie ; en même temps qu'vous avez les rayons et la chimiothérapie, la chimiothérapie se prenant par la bouche

E190 : ah oui

M191: c'est à vous de prendre la gélule une heure avant d'avoir votre séance, donc quand vous irez faire votre séance de radiothérapie, et la radiothérapie dans l'cadre de ce type de tumeur ça s'étale sur 6 semaines: 42 jours

E192 : hum

M193: hum, à raison de 5 jours de rayon par semaine, donc les rayons vous les faites du lundi au vendredi mais la chimiothérapie c'est tous les jours, y compris le samedi et le dimanche

E194 : hum hum

M195: donc à peu près à la même heure, peu importe

E196 : hum

M197: vous prenez la chimiothérapie les jours où y a des rayons une heure avant au moment où vous partez faire vos rayons, vous prenez les gélules et vous allez faire vos rayons et puis les samedi et dimanche, y a pas de rayons mais vous prenez quand même la chimiothérapie

P198: D'accord

M199: Euh, en principe en terme de tolérance, c'est une chimiothérapie qui est plutôt bien tolérée, qui donne très peu de nausées, très peu de vomissements au point que pendant la première semaine

comme vous avez en même temps, vous commencez en même temps les rayons et la chimiothérapie, on préconise un traitement assez fort, peu importe, ça s'appelle des Cetrans, je vous ferais l'ordonnance tout à l'heure mais dès la deuxième semaine la plupart des gens ne se plaignent pas de troubles digestifs et on recommande juste ben du Primperan ou du Motilium, 1 à 2 comprimés en même temps que la chimiothérapie éventuellement à renouveler dans la journée mais c'est vraiment très très rare. Mes autres effets secondaires de la chimiothérapie, c'est quand même une chimiothérapie que vous prenez tous les jours donc qui peut faire chuter les globules blancs, les globules rouges et les plaquettes, euh, la contrainte, il est proposé de faire une prise de sang par semaine, toutes les semaines vous ferez une prise de sang

E200 : hum

M201: et puis on adapte ensuite les doses en fonction de votre taux de globules, 9 fois sur 10 normalement y bougent pas, 1 fois sur 10 ça peut nous amener à baisser les doses de chimiothérapie voire, si vos globules descendent un petit peu trop ou descendent de trop ou si vous avez des risques infectieux si vous avez de la fièvre, on peut imaginer que vous soyez réhospitalisé pour avoir des antibiotiques et la probabilité pendant la radiothérapie c'est vraiment très faible, je veux pas dire 0 mais c'est vraiment très très faible et c'est plutôt bien toléré voire très bien toléré. Hum, à l'inverse, la radiothérapie, ça peut fatiguer, les rayons en soi peuvent fatiguer un peu euh, ça peut faire tomber les cheveux dans les champs d'irradiation, c'est, bon, secondaire et en plus c'est souvent, le plus souvent transitoire, hum, ça peut donner des maux de tête un peu, la radiothérapie mais c'est surtout quand on fait les rayons sur les gens qui ont pas été opérés, y a des tumeurs qu'on peut pas opérer quand on fait les rayons alors que la tumeur est en place ça peut donner des maux de tête, ça peut accentuer les symptômes qui ont fait découvrir la tumeur dans l'cas particulier on va faire des rayons sur une cavité opératoire, la tolérance elle est vraiment plutôt bonne, donc ça c'est pendant la radiothérapie, la radiothérapie a des effets secondaires semi-retardés et retardés, semi-retardés c'est dans les semaines ou mois qui suivent, et c'est souvent d'la fatigue, les gens se plaignent plus de fatigue après que pendant le plus souvent, c'est pas majeur, hein, c'est rarement majeur, ça oblige souvent les gens qui n'ont pas l'habitude, qui n'en ont pas l'habitude de faire la sieste par exemple, de faire une petite sieste ou les gens dorment bien la nuit mais c'est pas dans tous les cas, loin de là, hein, euh, je dirais même que la majorité des gens reprennent leurs activités sans limitation au décours de la radiothérapie mais la fatigue peut se voir et y a un troisième type d'effets secondaires, donc, pendant, on en a parlé, juste après on en a parlé, et les effets secondaires, les autres effets secondaires, c'est plus retardé et éventuellement des effets secondaires sur la mémoire à terme les rayons peuvent altérer la mémoire ou c'est quand ça peut détruire une partie du cerveau dans la zone qui a reçu les plus fortes doses, c'est ce qu'on appelle des radio-nécroses mais à ce jour avec les

modalités standard de radiothérapie, on ne voit quasiment pas , hum, quasiment pas, donc à long terme franchement avec les techniques actuelles si c'est bien fait sur le plan technique on n'a quasiment pas , euh, pendant, j'ai dit, pas grand chose le plus souvent et après, la fatigue, y a un autre effet secondaire, c'est pas forcément sur le plan des symptômes, c'est plus nous qui aurons à le dépister c'est c'qu'on appelle les pseudo progressions. En fait, des fois, on fait une IRM euh post-radiothérapie dans les mois qui suivent la radiothérapie et on a une majoration des zones qui captent le produit de contraste

{...}

M248: oui là sincèrement j'pense que c'est vraiment l'contre-coup de l'opération, des traitements administrés, ça le le le contre-coup de l'opération va se lever assez rapidement hein, dans le mois

De M189 à M248 nous constatons que le médecin conduit alors le patient à être acteur (« **c'est à vous de prendre la gélule une heure avant d'avoir votre séance** ») et aborde la question en personnalisant les traitements.

- **L'interrogatoire clinique du patient**

M44 : {...} Alors on arrive là, là c'est l'imagerie post-opératoire, ça s'est bien passé techniquement, pour vous, l'opération ? Entre les deux ?

{...}

E138 : ben oui bien sûr on s'attendait pas à ça quoi

Dans un premier temps, de M44 à E138, le médecin s'intéresse à l'histoire clinique du patient :

M252: j'vous trouve un peu palot mais bon, non vous avez toujours été comme ça, vous êtes pas bronzé habituellement ?

{...}

M320 : alors vous allez reprendre un peu d'assurance mais tout c'qui vient de la gauche faut faire attention

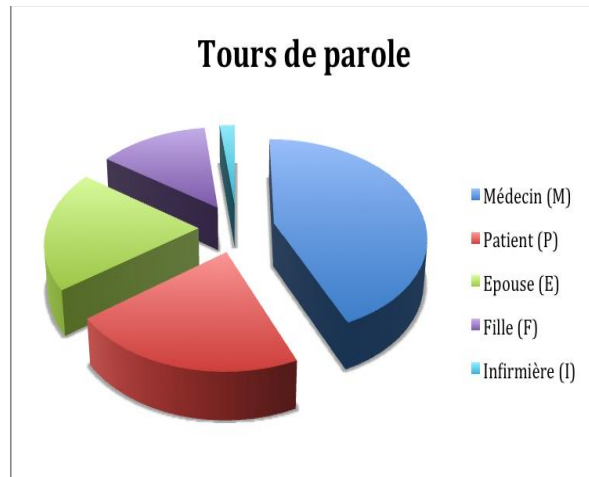
Puis de M252 à M320, il va se focaliser sur l'état clinique actuel du patient.

D– Etude quantitative des productions discursives

1 – Nombre de tours de parole

Le tableau suivant présente une analyse quantitative de la production discursive de chaque acteur en présence : le nombre de tours de parole et le pourcentage de masse discursive par rapport à l'ensemble des tours de parole.

	Tours de parole	%
<i>Médecin (M)</i>	140	43,48%
<i>Patient (P)</i>	69	21,43%
<i>Epouse (E)</i>	64	19,88%
<i>Fille (F)</i>	43	13,35%
<i>Infirmière (I)</i>	6	1,86%
	322	100,00%



D'emblée nous remarquons que le **médecin** est la personne qui réalise le **plus grand nombre de tours de parole** (140). C'est-à-dire que le médecin, au cours de cette interaction, prend la parole 4,34 fois sur 10. Cela est cohérent avec le but discursif de cette interaction qui l'annonce à faire par le médecin. Annoncer quelque chose n'implique pas obligatoirement, sur le plan formel de l'interaction (qui est un autre aspect que l'aspect relationnel, voire éthique) de donner la parole à son interlocuteur.

Pour autant, dans cette consultation, nous observons 69 tours de parole de la part du patient (21,4%), ce qui décrit tout de même la place laissée par le médecin à cet acteur dans ce contexte d'annonce.

Il est également intéressant d'observer que l'entourage a une place au sein de cette consultation puisque nous comptabilisons 107 tours de parole de la part de l'épouse (19,8%) et de la fille du patient (13,3%), la première intervenant 64 fois et la seconde 43 fois. L'épouse du patient émet ainsi un nombre d'énoncés presque aussi élevé que le patient lui-même.

On observe entre le médecin et le couple, en tant qu'entité, une bonne alternance des tours de parole.

Enfin, l’infirmière ne va intervenir que 6 fois (1,8%) lors de cette annonce, respectant ainsi sa place d’observatrice « active » plutôt qu’actrice pure de cette consultation.

Suite à ces données quantitatives nous allons à présent étudier plus finement ces interventions afin d’en définir une signification par rapport à ce temps d’annonce de la maladie.

2 – Distribution du discours

Nous avons calculé la somme totale des tours de parole par locuteur (colonne 2), le nombre de mots total (colonne 3) puis la somme de certains indicateurs (colonnes 4, 6, 8, 10, 12) que nous avons rapportée en pourcentage (colonnes 5, 7, 9, 11, 13). Cela donne :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Tours	Nombre de mots total	je	% je	on	% on	nous	% nous	vous	% vous	tu	% tu
Médecin	140	6166	77	1,25%	176	2,85%	18	0,29%	134	2,17%	0	0
Patient	69	220	5	2,27%	6	2,73%	0	0,00%	4	1,82%	0	0
Epouse	64	599	8	1,34%	9	1,50%	3	0,50%	0	0,00%	2	0,33%
Fille	43	165	2	1,21%	2	1,21%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,61%
IDE	6	88	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	3,41%	0	0

Exemple de lecture : le médecin a réalisé 140 tours de parole constitués au total de 6166 mots. Il a prononcé 176 **on**, ce qui représente 2.85% de l’ensemble de ses mots prononcés. Le patient a réalisé 69 tours de parole constitués au total de 220 mots. Il a prononcé 5 **je**, ce qui représente 2.27% de l’ensemble de ses mots prononcés. On observe ainsi un effet inversé : le médecin prononce aussi souvent « on » que le patient dit « je » alors que ce dernier a moins la parole.

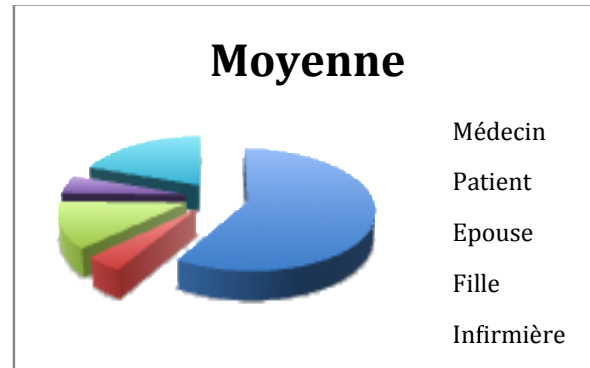
a – Masse discursive

Si le médecin est celui qui s’approprie lors de cet entretien le plus grand nombre de tours de parole (43,4%) avec le plus grand nombre de mots (6166), nous constatons que l’épouse parle à 64 reprises, soit 5 tours de parole de moins que le patient, mais qu’elle produit beaucoup plus de mots que lui (599 # 220) en moins de tours de parole (64 # 69). Quand elle a la parole, elle la garde plus longtemps afin de parler davantage. Tout

semble indiquer qu'elle a des choses à dire (ou à demander). La fille va, elle, réaliser 43 tours de parole et ainsi prononcer seulement 165 mots, elle est discrète (nous analyserons le contenu ultérieurement). Enfin, en seulement 6 tours de parole l'infirmière va émettre 88 mots.

En résumé, le tableau suivant présente le nombre de mots moyen par tour de parole pour chaque locuteur (*moy = masse / nb de tours de parole*):

?	Tours	Masse	Moyenne
Médecin	140	6166	44,04
Patient	69	220	3,19
Epouse	64	599	9,36
Fille	43	165	3,84
Infirmière	6	88	14,67



Nous constatons donc qu'un tour de parole du médecin est constitué en moyenne de 44.04 mots alors que le patient n'émet en moyenne que 3.19 mots par tour de parole. Nous pouvons aisément considérer que le **médecin** procède le plus souvent à un **flux massif** de parole qui contraste fortement avec le patient qui est beaucoup plus discret, quasiment silencieux. L'infirmière prononce en moyenne 14.67 mots par tour de parole. L'épouse émet 9.36 mots par tour de parole alors que la fille n'en émet que 3.84.

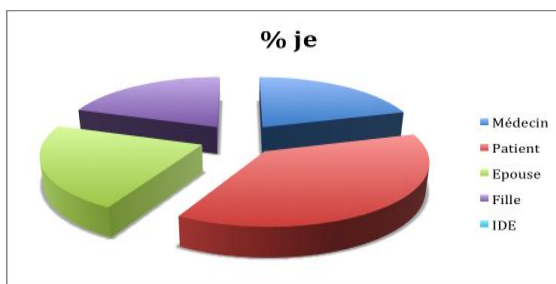
b - Usage des pronoms personnels

@I - « Je »

Le pronom personnel *je* ou sa forme élidée *j'* concerne le locuteur et vient marquer une **implication personnelle** (Benveniste, 1966)¹⁸.

¹⁸ E. Benveniste (1966). L'appareil formel de l'énonciation. In *Problèmes de linguistique générale*. Paris : Gallimard.

	Tours	Masse	% je
Médecin	140	6166	1,25%
Patient	69	220	2,27%
Epouse	64	599	1,34%
Fille	43	165	1,21%
IDE	6	88	0,00%



Ainsi, nous constatons que dans cette consultation c'est le patient qui parle le plus en son nom propre, presque deux fois plus que l'ensemble des interlocuteurs (2.27%). Il est suivi de son épouse (1.34%), alors que le médecin arrive en troisième position (1.25%). La fille ne prononcera le *je* que quelques fois (1.21%) alors que l'infirmière, elle, n'utilisera jamais ce pronom. Cela souligne la densité de la prise en charge de son discours par le patient ainsi que la position énonciative du médecin qui ne parle pas en son nom, mais met en scène à la fois le groupe des médecins dont il se fait le représentant et le porte-parole, et à la fois le couple médecin/Patient. En effet, ces thérapeutes appartiennent à un réseau. Outre son savoir d'expérience et universitaire, le neurologue semble acquérir ses convictions en se référant au savoir qui provient d'un nœud de décision d'un réseau. Cela donne :

Le **patient** à travers le *je* marque :

- sa présence

P54: ben je me trouve tout à fait à l'aise

- sa participation à la pose du diagnostic

P65: qu'est ce que j'avais eu ...

P87: Je parlais, hein

- Son effort de compréhension d'une situation nouvelle et complexe

P243: je reste sous corticoïdes quoi

P245: ah c'est c'que j'ai cru

Le fait que l'**épouse** utilise souvent le *je* dans les échanges marque bien sa forte implication dans la situation, bien qu'elle touche avant tout son mari, et les phrases introduites par « je » renvoient le plus souvent à des pensées ou des émotions ou des préoccupations personnelles, certes, mais relatives à son époux :

E84 : C'est là [...] alors j'ai dit p't-être c'est l'inaction aussi qui le faisait dormir [...]

E88 : et où je me suis rendue compte [...]

E127 : non parce que y avait un liquide je sais plus...

E257 : quelqu'un a trouvé qu'il avait le coude mais je sais plus

E310 : oh je pense que c'est d'avoir monté des escaliers

E319 : je l'aide je l'aide parce que j'ai peur qu'il tombe

Nous l'avons vu, le **médecin** utilise peu le « je » pour marquer sa position d'acteur dans la situation mais lorsqu'il le fait c'est pour singulariser sa prise en charge en signifiant au patient son investissement en tant que professionnel référent (i.e. le médecin de son patient). Il reprend sa position de rapporteur d'une voix multiple et d'ailleurs (mais comme observé ci-après, quand il s'agit de discuter une décision, le médecin préfère employer le « on », réputé opacifier le discours et créer une distance dans la prise en charge référentielle) :

M1 : juste pour qu'on sache de quoi on parle, euh, ça c'est l'IRM, je regarde la date, voilà, je vais vous mettre les deux d'ailleurs... Vous aviez revu les images non ?

M104: Alors en fait comme on le voit le résidu c'est une zone qui capte le produit de contraste donc là c'est avant l'injection et après, pour l'instant, ce sont les mêmes coupes, hein, y a pas de différence, donc on va niveau par niveau, voilà je vous montre progressivement avant et après...hop... je redécouvre, hein, je regarde avec vous cette, cette imagerie post-opératoire, en fait ça m'semble pas mal hein, il n'y a pas de ...

La **fille** du patient utilise deux fois le mot « je ». « je » est lié à un verbe psychologique intentionnel (*je veux, je sais*) et marque une préoccupation de comprendre de manière plus objective la situation :

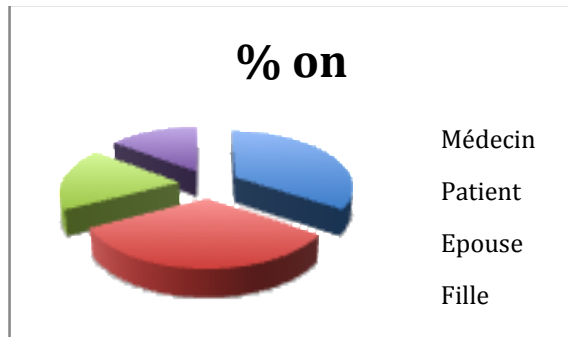
F140 : ça a pas commencé avant le mois d'janvier, j'veux dire la la tumeur elle-même s'est développée ?

F307 : c'est hier qu'il m'a dit ça j'sais pas si...

L'**infirmière** n'emploiera jamais le *je* lors de ses tours de parole.

@2 – « on »

	Tours	Masse	% on
Médecin	140	6166	2,85%
Patient	69	220	2,73%
Epouse	64	599	1,5%
Fille	43	165	1,21%
IDE	6	88	0,00%



C'est le **médecin** qui opacifie le plus son discours en utilisant ce pronom « on » (2.85%). Il reste ainsi sur un mode imprécis et distant dans la transmission de l'information :

Exemple :

*M34: et quand **on** a une lésion tumorale qui capte le produit de contraste, c'est plutôt un signe d'agressivité et troisième point, c'est une autre coupe, c'est celle-là, vous voyez que, la lésion présumée tumorale est ici mais que autour **on** a en fait une espèce de zone blanchâtre*

A travers l'usage du « on » (2.73%), le **patient** vient dans un premier temps marquer son positionnement personnel puis son sentiment d'appartenance à un groupe qui lui permet sûrement de ne pas se sentir seul et sans doute de se sentir plus fort. Il globalise le sujet acteur :

*P58: soulagé parce que **on** sent qu'on a avancé*

L'usage du « on » par le patient exprime le sentiment d'être à la fois acteur et spectateur d'un phénomène qui lui arrive, comme en P139 où il verbalise son ressenti en marquant une distance avec ce qui lui arrive, en généralisant.

*P139: Et puis c'est rapide, quoi, oui entre les premiers symptômes et l'instant où **on** s'retrouve dans le bain, la mouvance*

Par le « on », le patient en P160 s'exprime au nom d'un ensemble de personnes (le couple ? une association ? des amis ?..). Il décrit un combat mené avec d'autres, non pas contre le cancer mais contre une cause possible de l'apparition du cancer. Mais on ne peut s'empêcher de relever la sémantique associative :

E159 : parce qu'il est, on est...en fait il est apiculteur

*P160: et **on** s'bat contre les pesticides et les grandes firmes*

Suite à la remarque du médecin (M164) qui rejette implicitement son hypothèse, le patient, qui a dit ce qu'il avait à dire, évacue le sujet de conversation qu'il avait initié, effaçant ainsi tout désaccord éventuel :

M164: oui Bayer hum, alors c'est une piste avec quelques, euh, alors le problème c'est que on a, en fait on n'a pas beaucoup de données sur les tumeurs cérébrales

*P165: ben oui, **on** n'a rien*

(...)

*P188 : **on** saura p't'être un jour...*

L'épouse utilise très peu le mot « on ». Quand elle le fait, c'est pour marquer son union avec son mari et son partage de vie (de manière quasi fusionnelle) :

*E77 : ah au mois de septembre ? Oh là là non, parce qu'**on** a marché 300 kilomètres, ça a été, non, peut-être qu'il pensait... non*

*E82bis: il est rentré vendredi, le mercredi il prend des cours de musique parce qu'**on** s'est inscrits à la ville à côté à 30 kilomètres*

*E88 : et où je me suis rendue compte c'est trois jours avant seulement parce qu'**on** va chez des amis*

*E159 : parce qu'il est, **on** est...en fait il est apiculteur*

Dans la proposition suivante (E138), on constate que le partage porte aussi sur les états mentaux. Cette séquence est très forte sur le plan émotionnel, le patient et son épouse ne font qu'un au moment où ils sont sous le choc de l'annonce :

*E138 : ben oui bien sûr **on** s'attendait pas à ça quoi*

En F130, la **fille** vient marquer son implication dans les décisions thérapeutiques. F130 transmet l'idée que c'est un groupe (auquel elle appartient) qui a discuté du cas.

M128: Quand ils ont ouvert le ventricule et quand on ouvre le ventricule c'est qu'en théorie on a une contre-indication

I129: Il vous a dit qu'il avait pas pu les mettre d'accord d'accord

*F130: **On** avait discuté avant mais... C'était accepté quoi*

La fille, en F233, questionne de manière très directe le médecin sur la possibilité d'une guérison de son père. LA question est directe mais néanmoins généraliste. Ce n'est pas « mon père va-t-il guérir ? » qu'elle demande, elle questionne les probabilités. Sa question porte sur un contenu objectif, scientifique, généraliste, elle est distanciée par rapport à un vécu affectif d'une situation familiale dramatique. La question aurait pu être brutale sans ce « on » qui vient protéger les témoins de l'interaction pour une réponse qui pourrait être binaire.

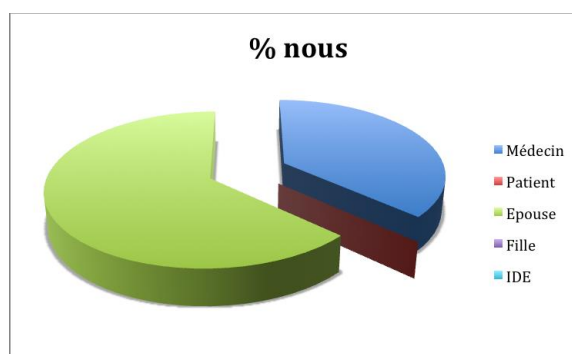
F233 : est-ce qu'on peut en guérir complètement de ce genre de tumeur ?

@3 – « nous »

Le « nous » est souvent utilisé pour marquer l'appartenance à une collectivité dont fait partie la personne qui parle avec comme postulat le partage d'idées, de croyances, de normes, d'habitudes, etc.

Précisons que dans le langage oral, « nous » est souvent remplacé par « on » comme le souligne L.-R. Waugh (2007), dans son corpus du français métropolitain conversationnel. Ici « nous » est utilisé seulement dans 1 % des cas, et « on » dans 99 % des cas. Nous ne sommes pas dans une conversation ordinaire.

	Tours	Masse	% nous
Médecin	140	6166	0,29%
Patient	69	220	0,00%
Epouse	64	599	0,50%
Fille	43	165	0,00%
IDE	6	88	0,00%



C'est l'épouse qui va employer le plus souvent « nous » (.50%), marquant, de cette manière aussi, sa grande proximité avec son époux. Ils forment une unité :

*E84 : C'est là qu'son...ben il était d'jà fatigué il dormait un peu, pas mal chez **nous** comme le temps n'était pas bon alors j'ai dit p't-être c'est l'inaction aussi qui le faisait dormir et donc le mercredi, deux jours avant son professeur a dit, y m'a appelée y m'a dit « y faut venir Michel est très fatigué »*

*E135 : tout le monde disait Michel il est costaud comme...et puis c'est vrai, c'est pour ça qu'ça **nous** est tombé dessus. Son père est décédé à 94 ans*

*E136 : en ayant connu les deux guerres mondiales, non mais c'est vrai qu'il est jamais malade c'est ça qui, ça **nous** est arrivé, tomber dessus parce que*

A travers l'usage du « nous », le médecin vient signifier son appartenance à un groupe social constitué, en l'occurrence celui des médecins, des oncologues voire des scientifiques du domaine médical. Nous serions tentés de traduire cet usage par un phénomène d'affiliation bien connu en psychologie qui correspond à une forme de sociabilité de l'être humain. Cette recherche naturelle d'appartenance au groupe conduit, encore davantage à rechercher du réconfort ou à s'appuyer sur autrui dans une situation génératrice d'angoisse. Souvenons-nous que S. Freud considère que le mécanisme d'affiliation n'est pas une défense à part entière. Mais dans une perspective athéorique (Blanchet et Trognon, 2008), l'affiliation constitue une véritable défense groupale et représente même un élément décisif dans la construction de la vie affective et sociale de l'individu. C'est ce qui apparaissait dans le DSM IV. Trop intense, l'esprit de corps vient majorer une anxiété déjà présente lorsque l'individu ne peut trouver au sein du groupe l'étayage espéré. Pour Ionescu (1997), ce mécanisme est mis en œuvre lorsque l'individu recherche de l'aide et le soutien d'autrui dans une situation génératrice d'angoisse.

Ainsi, il est possible que le médecin pour asseoir son savoir, utilise la force de son groupe d'appartenance pour valoriser ses dires en fonction des connaissances actuelles de la communauté scientifique toute entière. Par son usage, « on » peut également venir protéger le professionnel de la violence des dires qu'il a à prononcer et de leur impact émotionnel sur le patient et son entourage. Il vient ainsi diminuer le sentiment de solitude exprimé fréquemment par les médecins lorsqu'ils se retrouvent à devoir annoncer une mauvaise nouvelle à leur patient.

Exemple :

M30: donc là ça se fixe, alors quand on voit cette image là notre hypothèse est plutôt celle effectivement d'une tumeur au sens large du terme sans que **nous** puissions préciser la nature de la tumeur sur l'image. Alors, on sait situer sa topographie, c'est le lobe temporal du côté droit, y a des signes qui **nous** font penser quand même qu'elle est un p'tit peu agressive, c'est trois, trois choses : un, vous voyez qu'au centre elle est un peu noire là...

M44: Sur ce, **nous** discutons, **nous** avons discuté de la conduite à tenir en RCP {...}

M219: voilà, **nous** on vous r'verra pas ici pendant la radiothérapie c'est le médecin radiothérapeute revoit les patients une fois par semaine pendant les six semaines {...}

Enfin, en employant ce pronom, le médecin offre au patient une sorte de sécurité. Il lui attribue ainsi un rôle de contenant en créant une sorte d'unité qui protège de l'isolement et de l'incertitude. Le patient n'est donc pas seul confronté à la maladie mais un médecin – une équipe – est à ses côtés pour lutter contre la maladie et se lancer dans le combat avec lui :

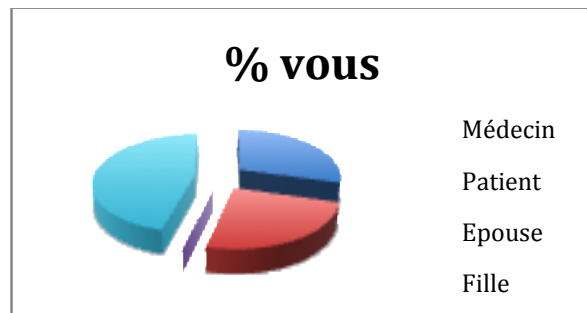
M110: {...} Alors, ça c'est l'explication de la nature de la lésion tumorale, ça veut dire aussi, c'est l'explication qui est liée à la nature que si **nous** ne faisons pas de traitement, si on arrête là, on peut arrêter là mais déjà je pense qu'y a un p'tit résidu en arrière et en dedans et même s'il n'y avait pas de résidu visible sur le plan radiologique

M219: voilà, {...} c'est le médecin radiothérapeute qui revoit les patients une fois par semaine pendant les six semaines et **nous** on se reverra une fois la radiothérapie terminée

@4 – « vous »

Ce pronom est utilisé pour s'adresser à plusieurs personnes lorsqu'il est pronom de la deuxième personne du pluriel. Son usage, en tant que pronom de la deuxième personne du singulier, vient signifier une marque de politesse à l'égard de son interlocuteur.

Colonne1	Tours	Masse	% vous
Médecin	140	6166	2,17%
Patient	69	220	1,82%
Epouse	64	599	0,00%
Fille	43	165	0,00%
IDE	6	88	3,41%



L'**infirmière**, qui tutoie habituellement le médecin, n'utilise pas « vous » pour lui parler. Elle utilise ce pronom en s'adressant au patient pour le questionner ou lui donner des informations pratiques quant à la suite du parcours.

*M123: Monsieur Albert, le neurochirurgien M.F **vous** a dit qu'il avait mis des pastilles non dans la cavité opératoire ?*

*M129: Il **vous** a dit qu'il avait pas pu les mettre d'accord d'accord*

*M116: Pendant la radiothérapie, **vous** verrez le médecin radiothérapeute une fois par semaine*

Dans cette consultation, le **médecin** va employer le *vous* pour s'adresser spécifiquement au patient.

*M197: **vous** prenez la chimiothérapie les jours où y a des rayons une heure avant au moment où **vous** partez faire vos rayons, **vous** prenez les gélules et vous allez faire vos rayons et puis les samedi et dimanche, y a pas de rayons mais **vous** prenez quand même la chimiothérapie*

*M320 : alors **vous** allez reprendre un peu d'assurance mais tout c'qui vient de la gauche faut faire attention*

Il est intéressant de noter que le **patient** va utiliser ce pronom pour s'adresser directement au médecin. Mais l'interpelle-t-il personnellement ou s'adresse-t-il à lui en tant que représentant de la communauté qu'il invite sur la scène conversationnelle (P154, P157). Parfois, toutefois, le médecin s'exprime au nom de « nous » mais le patient lui répond au nom de « vous » comme en P273, P317 :

P154 : **vous** ne connaissez les autres origines ? Comment ça se développe ?

P157 : oui **vous** avez des pistes là-dessus ?

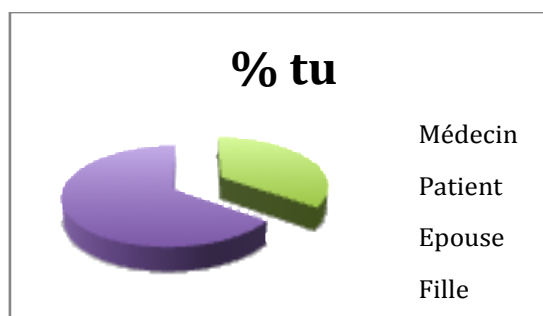
P273: **Vous** m'dites c'qui faut faire

P317: Comme **vous** voulez

Enfin, nous nous rendons compte que ni l'**épouse** ni la **fille** ne fait usage du *vous* dans cet entretien. Il semble donc que ces dernières n'interpellent pas directement le médecin ou l'infirmière.

@5 – « tu »

Colonne1	Tours	Masse	% tu
Médecin	140	6166	0
Patient	69	220	0
Epouse	64	599	0,33%
Fille	43	165	0,61%
IDE	6	88	0



Il semble évident qu'en tant que pronom marquant une familiarité, le **médecin** ne va pas l'utiliser pour s'adresser au patient ou à ses proches.

En revanche, la **fille** va employer ce même mode pour s'adresser à son père et résumer les propos du médecin pour l'aider à comprendre.

F7 : post opératoire **t'**as eu que ça

L'**épouse** va, quant à elle, s'adresser une fois directement à son mari en utilisant ce pronom et sa forme élidée pour lui expliquer l'information demandée par le médecin.

E73 : le 13 mars **tu t'**es fait hospitaliser, pas très longtemps avant ...

3 – Les questions

Pour procéder à une analyse fine des interactions de cette consultation nous proposons de mettre en exergue les **questions** formulées par les différents protagonistes. Ainsi nous pouvons remarquer dans le tableau suivant la fréquence des questions en fonction des interlocuteurs ainsi que **leur forme syntaxique et sémantique** selon les 4 thèmes repérés précédemment :

Consultation de M. ALBERT

Distribution des questions dans l'entretien en fonction des domaines thématiques

Thème	Questions Propositionnelles					Questions catégorielles					TOTAL
	M	P	E	F	I	M	P	E	F	I	
Examen	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	4
Maladie	1	1	0	3	0	1	2	0	0	0	8
Traitements	3	0	0	1	1	1	0	0	1	0	7
Interrogatoire clinique du patient	18	1	1	0	0	8	1	0	1	0	30
TOTAL	24	2	1	4	1	11	3	1	2	0	

Tout d'abord nous constatons que d'une manière générale c'est le médecin (M) qui pose le plus de questions dans cet entretien (35).

- **Les questions du médecin**

La forme syntaxique des questions

Le médecin privilégie les questions propositionnelles (i.e. en oui/non). Rappelons (cf. Chapitre méthodologie) que ces questions ont la particularité de circonscrire l'univers du discours à celui qui est imposé par la question. En d'autres mots, **le médecin**, en posant deux fois plus de questions propositionnelles que catégorielles, **borne le contenu du discours du patient**.

La thématique

Les questions propositionnelles du médecin portent majoritairement sur l'interrogatoire clinique du patient (26). Nous assistons à un **entretien médical classique**. Les autres questions concernent les traitements, l'examen et enfin la maladie. Cela donne :

* Questions en lien avec les examens :

M1 : « juste pour qu'on sache de quoi on parle, euh, ça c'est l'IRM, je regarde la date, voilà, je vais vous mettre les deux d'ailleurs... Vous aviez revu les images non ? (Question Propositionnelle)

M3 : je vous remets ça juste, euh 16 mars et on va mettre, ça c'est le post- opératoire, y a eu que un scanner en post-opératoire **ou** y a eu une IRM ? (Question propositionnelle disjonctive)

M10 : des fois oui c'est un scanner ou une IRM, Ok, on va regarder d'accord, donc ça vous avez été opéré c'était ? (Question catégorielle)

* Questions en lien avec l'interrogatoire clinique du patient :

M44 : (...) Alors on arrive là, là c'est l'imagerie post-opératoire, ça s'est bien passé techniquement, pour vous, l'opération, entre les deux ? (Question propositionnelle)

M46: pas de douleur ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)

M48: Pas de, d'aggravation post-opératoire de votre état général ou neurologique, non ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)

M52: Quand vous comparez votre état comment vous étiez euh, à l'entrée et votre état maintenant, vous dites, diriez quoi ? (Question catégorielle)

M55: Mais par rapport à avant l'opération. Juste avant l'opération quand vous étiez hospitalisé par rapport à là, par rapport à mi-mars. Plutôt, un p'tit peu aggravé par l'opération ou plutôt même d'ailleurs les deux peuvent se voir, plutôt soulagé ? (Question propositionnelle disjonctive)

M59: *quand vous aviez été hospitalisé là le 16 mars quand on a fait l'IRM là, vous aviez quoi comme symptômes, mi mars, 16 mars ?* (Question catégorielle)

M62: *des maux de tête ?* (Question propositionnelle)

M70: *et puis ?* (Question catégorielle incomplète)

M72: *Vous feriez remonter a posteriori maintenant qu'on en est là, à quand les premiers symptômes, premiers, tout début début, a posteriori ?* (Question catégorielle)

M78: *fin d'année alors, non, plutôt fin d'année ou début d'année, janvier, vous marchiez normalement ou vous aviez déjà des p'tits troubles de l'équilibre ?* (Question propositionnelle disjonctive)

M252: *j'veus trouve un peu palot mais bon, non vous avez toujours été comme ça, vous êtes pas bronzé habituellement ?* (Question propositionnelle posée à la forme négative)

M266: *Là vous vous sentez comment, un peu instable ou ... ?* (Question propositionnelle disjonctive incomplète)

M268: *et la station debout, si j'veus demande juste de tenir debout, c'est comment ?* (Question catégorielle)

M276: *Voilà ! Ça va là ?* (Question propositionnelle)

M282: *En terme de sensibilité droite gauche, quand je touche la main droite et la main gauche, est-ce qu'y a une différence ?* (Question propositionnelle)

M284: *Et les yeux fermés, pareil, vous fermez les yeux, vous m'dites quel côté je touche, les yeux fermés, ouais... je r'commence et sur la jambe aussi, là, droite ou gauche, je r'commence...alors ?* (Question catégorielle)

M290 : *ok, là ok, je r'commence, là, ouais dernière fois, là... quand vous r'gardez l'bout de mon nez, mon visage il est comment, net ?* (Question propositionnelle)

M292: *en fixant le bout de mon nez, est-ce que vous voyez ma main qui bouge ?* (Question propositionnelle)

M294: *et là ?* (Question propositionnelle incomplète)

M300: *On fra on va laisser un peu passer la résorption de l'œdème, vous avez un ophtalmo habituel ?* (Question propositionnelle)

M304: *alors le mollet, montrez-moi voir, c'est l'quel qui vous fait mal ?* (Question catégorielle)

M306: *ok, depuis quand vous avez mal ?* (Question catégorielle)

M308: *pas du tout douloureux quand j'appuie là hein ?* (Question propositionnelle)

M312: *Quand je vous fais ça, je réveille la douleur ?* (Question propositionnelle)

M314: *Non, ça tire pas plus que ça ?* (Question propositionnelle)

M316: *Bon...j' préfère quand même avant d'partir qu'on fasse un écho doppler, non ?* (Question propositionnelle)

* Questions en lien avec la maladie :

Le médecin ne va poser qu'une seule question en lien avec la maladie, de type propositionnel, pour demander une précision quant à la question posée par le patient :

P154 : *vous ne connaissez les autres origines, comment ça se développe ?* (Question Catégorielle)

M155: *La cause ?* (Question propositionnelle)

* Questions en lien avec les traitements :

M223: *c'est à peu près clair sur le plan du...du ?* (Question Propositionnelle)

M120: *Quel âge vous avez exactement ? (Question Catégorielle)*

M227: (...) *Voilà un p'tit peu pour le chemin des mois à venir, est-ce que vous avez des questions ? (Question Propositionnelle)*

M229: *techniques, pratiques ? (Question propositionnelle)*

* Particularités : un questionnement de type socratique à but didactique

Nous observons à plusieurs reprises l'emploi de la forme interrogative dans le discours du médecin, adressé à lui-même puisqu'**il fournit les réponses à ses propres questions**, et lorsqu'il fournit une explication au patient. C'est l'expression d'un processus de pensée du médecin exposée à son auditoire.

M106: *ça c'est une calcification, c'est physiologique, c'est normal [...]. Donc là, mon collègue conclut à un glioblastome, hum, alors, c'est quoi un glioblastome ? Ca va dans le sens de l'hypothèse que nous avons formulée avant l'intervention [...].*

M108: *alors que normalement elles doivent pas se multiplier ou très peu. Qu'est-ce qui s'est multiplié? C'est pas vos cellules nerveuses, c'est les cellules qui sont autour des cellules nerveuses. [...]*

M131: *Alors en fait, voilà en fait [...]. Alors en l'absence de pastilles mises en place, quels sont les traitements? Alors les traitements ils sont extrapolés d'une étude qui concernait c'est pour ça que je vous ai redemandé votre âge [...].*

M209: *Lors de cette consultation-là on fait le point pour savoir comment vous allez et on organise la suite, et la suite, c'est quoi ? C'est la poursuite de la chimiothérapie.*

M211: *Un mois de break, et là [...]. Pendant ce mois-là, qu'est-ce qu'y a comme contrainte? Ben en dehors du fait de prendre les gélules, y a une prise de sang par mois systématique*

- **Les questions du patient (P)**

La forme syntaxique des questions :

Le patient posera 3 questions propositionnelles et 2 questions catégorielles, ce qui ne nous permet pas d'émettre d'hypothèse interprétative quant à une quelconque stratégie ou attitude adoptée.

La thématique :

* Questions en lien avec les examens :

Aucune question relative à ce thème n'est posée par le patient lui-même.

* Questions en lien avec l'interrogatoire clinique du patient :

M274: *Juste vous asseoir que je vois vos pieds plus facilement*

P275: *Comme ça ? (Question catégorielle)*

M280: *maintenez comme ça, encore un tout p'tit peu, une p'tite chute, c'qui explique qu'il soit un p'tit peu instable*

P281: *quoi donc, la jambe cassée ? (Question Propositionnelle)*

* Questions en lien avec la maladie :

M110: *Bon en fait les tumeurs cérébrales sont classées en grade d'agressivité croissante, chez un adulte ça peut être un grade 2 un grade 3 ou un grade 4 et les glioblastomes, je vous ai dit que ça correspondait à une tumeur maligne cancéreuse ça correspond à des tumeurs de grade 4. Alors, ça c'est l'explication de la nature de la lésion tumorale, ça veut dire aussi, c'est l'explication qui est liée à la nature que si nous ne faisons pas de traitement, si on arrête là, on peut arrêter là mais déjà je pense qu'y a un p'tit résidu en arrière et en dedans et même s'il n'y avait pas de résidu visible sur le plan radiologique*

P111: *Y en aurait ? (Question propositionnelle pertinente)*

La question suivante s'adresse au médecin et concerne un aspect très important de son discours puisqu'il s'agit de la **poursuite du traitement ou pas**. Le médecin est en train d'évoquer un cas où le traitement pourrait être interrompu, le patient demande si l'on est dans ce cas de figure.... **Le patient convoque ici le principe de pertinence.**

P154 : vous ne connaissez les autres origines, comment ça se développe ? (Question catégorielle)

Question épistémique dont la réponse attendue est « les autres origines sont.. »

P157 : oui vous avez des pistes là-dessus ? (Question catégorielle) Question épistémique dont la

réponse attendue est « les pistes sont.. »

* Questions en lien avec les traitements :

Aucune question du patient n'est en lien avec ce thème.

Le patient, interlocuteur principal du médecin, n'intervient sous forme de questions que pour faire préciser ce que le médecin apporte. On observe que le patient s'est présenté dans cette consultation sans avoir préparé de questions, il se laisse porter par l'annonce.

- **Les questions de l'épouse (E)**

* Questions en lien avec les examens :

E105 : C'est quoi les taches blanches, là c'est pas, non... ? (Question catégorielle)

L'épouse va s'approprier les explications données par le médecin concernant les images radiographiques en posant des questions relatives à l'imagerie, montrant une volonté de comprendre précisément le diagnostic de son mari. Ces questions sont des demandes d'explication.

* Questions en lien l'interrogatoire clinique du patient :

E247 : pour le moment la fat...parce qu'y dort beaucoup beaucoup, c'est normal là ? (Question propositionnelle)

Manifestement toujours désireuse de comprendre la maladie, l'épouse va interroger le médecin sur les effets de la pathologie et donne, par là même occasion, la preuve d'une attention portée sur le comportement de son mari en cherchant à observer des changements significatifs relatifs à la maladie.

* Questions en lien avec la situation la maladie :

Aucune question n'a trait à cette thématique.

* Questions en lien avec la situation les traitements :

Aucune question n'a trait à cette thématique.

- **Les questions de la fille (F)**

La forme syntaxique des questions :

La fille va poser autant de questions catégorielles que propositionnelles, à savoir 2 de chaque.

La thématique :

* Questions en lien avec la situation l'examen :

La fille ne pose pas de question relative à cette thématique.

* Questions en lien avec la l'interrogatoire clinique du patient :

La fille demande une précision quant à une question posée par le médecin au patient, s'appropriant indirectement l'échange.

M48: Pas de, d'aggravation post-opératoire de votre état général ou neurologique, non ?

F49 : non

P50: rien du tout

F51 : quand ? (Question catégorielle)

* Questions en lien avec la maladie :

Elle pose plusieurs questions rationnelles :

F140 : ça a pas commencé avant le mois d'janvier, j'veux dire la la tumeur elle-même s'est développée ? (Question propositionnelle)

M147: on a quelques exemples de patients par exemple qui ont fait une crise épileptique, on fait une IRM, l'IRM est considérée comme normale et on revoit les gens quelques mois plus tard, vraiment quelques mois avec une tumeur de cette taille-là

F148 : ah oui ? (Question propositionnelle)

F233 : est-ce qu'on peut en guérir complètement de ce genre de tumeur ? (Question propositionnelle)

* Questions en lien avec les traitements :

Ses questions portent sur des aspects très pragmatiques :

F231 : le rôle de la chimio, c'est ? (Question catégorielle)

F239 : y a pas un régime particulier par rapport aux médicaments justement ? (Question propositionnelle)

La fille adopte le même comportement que sa mère, de manière presque incisive. Quand ses questions ne sont pas des relances interrogatives, elles viennent percuter l'interaction par des questions directes, à peine modalisées comme nous l'avons démontré.

- Les questions de l'infirmière (I)

La forme syntaxique des questions :

L'infirmière ne posera qu'une seule question au cours de cet entretien, sous une forme propositionnelle.

La thématique :

* Questions en lien avec les traitements:

I123: Monsieur Albert, le neurochirurgien M.F vous a dit qu'il avait mis des pastilles non dans la cavité opératoire ? (Question propositionnelle)

L'infirmière va conserver une réelle place d'observatrice des réactions des différents interlocuteurs.

II – ANALYSE SEMANTIQUE

A – Analyse automatique : ALCESTE

1 – Thème 1 : l'IRM

Le logiciel ALCESTE ne nous a pas permis d'obtenir une classification au sein même du thème de l'IRM.

2 – Thème 2 : la maladie

27% du discours en lien avec le thème de la maladie n'a pas été retenus par le logiciel.

La **classe 1** comprend à elle-seule un quart des unités du discours (29%), ce qui peut paraître choquant lorsque nous constatons qu'elle représente l'aspect scientifique de la maladie alors que nous nous situons dans une relation clinique. Ainsi, il y est abordé la recherche, notamment sur les causes de la maladie (*étude, cas, pesticides, chimique, etc.*), comme si ce discours s'adressait à des étudiants ou des universitaires, en tous les cas, des membres d'une communauté scientifique.

La **classe 2** est liée à la classe 1 et même si elle ne représente que 9% du discours, elle précise le thème qui y est abordé (*résultat, piste, etc.*). C'est là qu'apparaît le mot *glioblastome*.

Les **classes 4 et 5** portent chacune d'elles 13% du discours, ce qui est peu. La classe 4 est identifiée comme contenant le discours qui est le contenu de l'annonce. Le terme *tumeur* apparaît sous deux formes, *tumeur* et *tumoral* et sature ainsi la classe. Le mot *lésion* est très présent ainsi que l'adjectif *agressif*.

En fin, la **classe 3**, représentant 9% du discours, aborde davantage l'aspect de la maladie, son caractère évolutif et solide (*récidiver, évolue, résidu, etc.*) et ce qu'elle n'est pas (*métastase*).

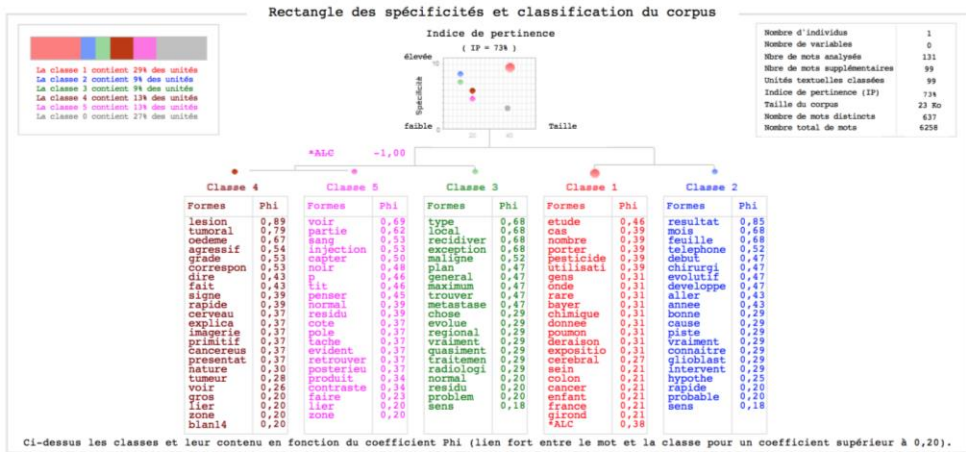
Rapport de synthèse

Mercredi 31 Juillet 2014 à 15 h 36

Texte analysé : alcoste theme maladie

Le corpus alcoste theme maladie a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste en utilisant un paramétrage standard où les valeurs des paramètres sont prédéfinies en fonction de la taille du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, effectue deux classifications successives.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 73% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 27% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 5 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorisée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 40% des unités textuelles classées (soit 29% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que *étude, cas, nombre, porter, pesticides, utilisation*. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 12% des unités textuelles classées (soit 9% du corpus initial) ses mots significatifs sont *resultat, mois, feuille, telephone, debut, chirurgi*. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 12% des unités textuelles classées (soit 9% du corpus initial) ses mots significatifs sont *type, local, recidiver, exceptionnel, maligne, plan*. puis de la classe 4 qui représente 18% des unités textuelles classées (soit 13% du corpus initial) marquée par les mots *lesion, tumoral, cedeme, agressif, grade, correspondre*. puis de la classe 5 qui représente 18% des unités textuelles classées (soit 13% du corpus initial) marquée par les mots *voir, eleve*.



Classe n°1

Cette classe est formée de 39 unités textuelles, soit 40% des unités classées. Les Marqueurs d'une modalisation tels que *oui, pas, ne, non, rien*, et les Marqueurs d'une intensité tels que *beaucoup, peu, plus, bien, tres*, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.



Classe n°2

Cette classe est formée de 12 unités textuelles, soit 12% des unités classées. Les Marqueurs de la personne tels que je, se, nous, vous, me, et les autres mots analysés tels que feuill123, téléphonique, fait, bon, cause, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

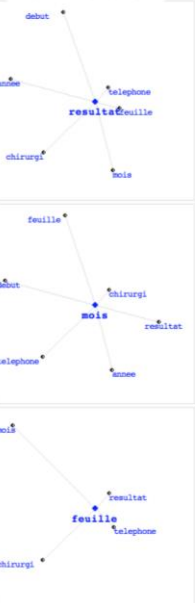
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
resultat	0,85	9
mois	0,68	6
feuille	0,68	6
donc	0,59	12
ah	0,52	6
si	0,52	12
bien	0,52	9
telephone	0,52	6
ne	0,49	18
lis	0,47	6
par	0,47	3
quoi	0,47	3
debut	0,47	3
chirurgi	0,47	6
evolutif	0,47	3
developper	0,47	3
aler	0,43	9
annee	0,43	9
ca	0,31	24
me	0,29	9
ete	0,29	3
dire	0,29	6
vous	0,30	6
avoir	0,29	3
bonne	0,29	3
cause	0,29	6
piete	0,29	3
surtout	0,29	3
quelques	0,30	6
vraiment	0,29	3
connaitre	0,29	3
gliblastome	0,29	6
intervention	0,29	3
nous	0,29	6
hypothse	0,25	3
se	0,24	6
je	0,24	6
bon	0,20	3
hum	0,20	6
pas	0,19	6
Mots absents	Phi	Freq.
y	-0,33	0
lumeur	-0,28	0
voir	-0,21	0
a	-0,18	6
p	-0,21	0
tit	-0,21	0
ou	-0,17	0
du	-0,17	0
elle	-0,16	0

Unités textuelles de la classe 2

donc une **chirurgie**, de bonne qualite que nous on qualifie ca de **chirurgie** subtotale, c'-est 90%de au **mois** du volume tumoral initial qui a ete ote. alors, les **resultats** anatomo pathologiques definitifs je les ai aujourd'-hui mais je les ai eus par **telephone**, hein, donc euh bon, en principe, ils ne ils ne se contredisent pas mais j' aime bien avoir la **feuille**, j' n' ai pas la **feuille** j' n' ai que le **resultat** **telephonique**. donc la, mon collegue conclut a un **gliblastome**, hum, alors, c'-est quoi un **gliblastome**? ca **va** dans le sens de l' hypothese que nous avions formulee avant l' intervention a-savoir: ah oui? L149: on sait que ca peut evoluer en quelques **mois**, donc en fait ce-que vous m' disiez en m' disant fin d' **annee** ou **debut** d' **annee** ca **allait** tout bien et ca n' est vraiment que tres recemment, ca m' **va** tres bien avec ce **resultat** la E150: ah oui d'-accord L151: c'-est probablement plus rapide E152: d'-accord L153: c'-est pas quelques **annees** d' **evolution** ca c'-est sur, hum P154: vous ne connaissez les autres origines? comment ca se **developpe**? L155: la cause? F156: oui enfin la cause surtout P157: oui vous avez des pistes la-dessus? donc une **chirurgie**, de bonne qualite que nous on qualifie ca de **chirurgie** subtotale, c'-est 90%de au **mois** du volume tumoral initial qui a ete ote. alors, les **resultats** anatomo pathologiques definitifs je les ai aujourd'-hui mais je les ai eus par **telephone**, hein, donc euh bon, en principe, ils ne ils ne se contredisent pas mais j' aime bien avoir la **feuille**, j' n' ai pas la **feuille** j' n' ai que le **resultat** **telephonique**. donc la, mon collegue conclut a un **gliblastome**, hum, alors, c'-est quoi un **gliblastome**? ca **va** dans le sens de l' hypothese que nous avions formulee avant l' intervention a-savoir: ah oui? L149: on sait que ca peut evoluer en quelques **mois**, donc en fait ce-que vous m' disiez en m' disant fin d' **annee** ou **debut** d' **annee** ca **allait** tout bien et ca n' est vraiment que tres recemment, ca m' **va** tres bien avec ce **resultat** la E150: ah oui d'-accord L151: c'-est probablement plus rapide E152: d'-accord L153: c'-est pas quelques **annees** d' **evolution** ca c'-est sur, hum P154: vous ne connaissez les autres origines? comment ca se **developpe**? L155: la cause? F156: oui enfin la cause surtout P157: oui vous

Proximite de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°3

Cette classe est constituée de 12 unités textuelles, soit 12% des unités classées. Les Adverbes en "ment" tels que vraiment, quasiment, et les Marqueurs d'une relation temporelle tels que deja, arriere, sont les catégories de mots les plus spécifiques cette classe.

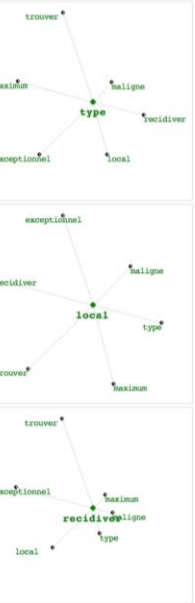
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
voila	0,71	9
type	0,68	9
local	0,68	6
recidiver	0,68	6
exceptionnel	0,68	9
maligne	0,68	9
se	0,47	9
meme	0,47	3
plan	0,47	3
jamais	0,47	6
general	0,47	3
maximum	0,47	6
trouver	0,47	3
metastase	0,47	3
deja	0,43	6
sans	0,39	3
ou	0,36	15
elle	0,32	6
il	0,30	6
ete	0,29	3
chose	0,29	3
dedans	0,29	3
evolue	0,29	3
on-dit	0,29	3
surtout	0,29	3
regional	0,29	3
vraiment	0,29	3
quasiment	0,29	6
traitement	0,29	3
radiologique	0,29	3
pouvoir	0,24	9
hein	0,20	3
pour	0,20	3
tres	0,20	3
autre	0,20	3
normal	0,20	3
residu	0,20	3
problem	0,20	3
d'-accord	0,20	3
ce	0,15	9
Mots absents	Phi	Freq.
qui	-0,26	0
ca	-0,24	3
oui	-0,24	0
je	-0,22	0
hum	-0,22	0
fait	-0,22	0
voir	-0,21	0
en	-0,18	3
dans	-0,21	0

Unités textuelles de la classe 3

on peut arreter la mais deja je-pense qu' y a un p' tit residu en arriere et en dedans et meme s' il n' y avait pas de residu visible sur le **plan** radiologique P111: Y en aurait L112: **voila**, on sait que sans traitement complementaire, ce type de tumeur evolue vers la **recidive** et la **malignite** de ce type de tumeur c'-est surtout une **malignite**, euh, **locale** ou loco regionale alors que l' endroit ou elle se **trouve** P113: d'-accord L114: ca n' est pas une **malignite** generale. E115: elle peut pas a' deplacer euh. L116: **voila** au sens ou c'-est **exceptionnel**, hein, quasiment jamais, quasiment jamais, normalement on-dit qu' il n' y a pas de **metastase** pulmonaire ou autre, alors ca peut arriver ca a deja ete rapporte mais c'-est vraiment.. E117: **exceptionnel** L118: des moutons a cinq pattes, **voila**, des choses tres tres **exceptionnelles**, la problematique essentielle de ce **type** de tumeur c'-est le controle **local**: c'-est tout faire pour diminuer au **maximum** ou retarder au **maximum** le risque de **recidive**: on peut arreter la mais deja je-pense qu' y a un p' tit residu en arriere et en dedans et meme s' il n' y avait pas de residu visible sur le **plan** radiologique P111: Y en aurait L112: **voila**, on sait que sans traitement complementaire, ce type de tumeur evolue vers la **recidive** et la **malignite** de ce type de tumeur c'-est surtout une **malignite**, euh, **locale** ou loco regionale alors que l' endroit ou elle se **trouve** P113: d'-accord L114: ca n' est pas une **malignite** generale. E115: elle peut pas a' deplacer euh. L116: **voila** au sens ou c'-est **exceptionnel**, hein, quasiment jamais, quasiment jamais, normalement on-dit qu' il n' y a pas de **metastase** pulmonaire ou autre, alors ca peut arriver ca a deja ete rapporte mais c'-est vraiment.. E117: **exceptionnel** L118: des moutons a cinq pattes, **voila**, des choses tres tres **exceptionnelles**, la problematique essentielle de ce **type** de tumeur c'-est le controle **local**: c'-est tout faire pour diminuer au **maximum** ou retarder au **maximum** le risque de **recidive**: on peut arreter la mais deja je-pense qu' y a un p' tit residu en arriere et en dedans et meme s' il n' y avait pas de residu visible sur le **plan** radiologique P111: Y en aurait L112: **voila**, on sait que sans traitement complementaire, ce type de tumeur evolue vers la **recidive** et la **malignite** de ce type de tumeur c'-est surtout une **malignite**, euh, **locale** ou loco regionale alors que l' endroit ou elle se **trouve** P113: d'-accord L114: ca n' est pas une **malignite** generale. E115: elle peut pas a' deplacer euh. L116: **voila** au sens ou c'-est **exceptionnel**, hein, quasiment jamais, quasiment jamais, normalement on-dit qu' il n' y a pas de **metastase** pulmonaire ou autre, alors ca peut arriver ca a deja ete rapporte mais c'-est vraiment.. E117: **exceptionnel** L118: des moutons a cinq pattes, **voila**, des choses tres tres **exceptionnelles**, la problematique essentielle de ce **type** de tumeur c'-est le controle **local**: c'-est tout faire pour diminuer au **maximum** ou retarder au **maximum** le risque de **recidive**.

Proximite de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°4

Cette classe est constituée de 18 unités textuelles, soit 186 des unités classées. Les Adjectifs et adverbes tels que agressif, grade, gros, évolue, cerebral, et les Marqueurs d'une relation spatiale tels que ici, sur, autour, chez, dans, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

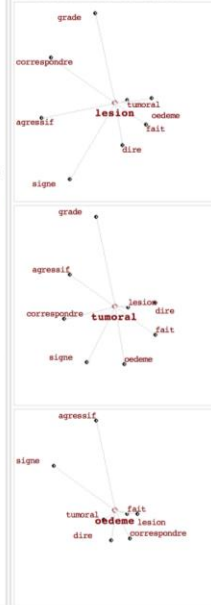
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
lesion	0,89	18
tumoral	0,79	15
oedeme	0,62	21
quand	0,54	9
agressif	0,54	9
grade	0,53	15
correspondre	0,53	9
plutot	0,51	9
dire	0,43	6
fait	0,43	15
autour	0,43	6
ici	0,39	6
signe	0,39	6
rapide	0,39	6
vous	0,38	9
cerveau	0,37	3
explique	0,37	6
imagerie	0,37	3
primitif	0,37	3
cancereuse	0,37	3
presentation	0,37	3
qui	0,33	15
en	0,30	21
celle	0,30	3
nature	0,30	6
tumeur	0,28	15
voir	0,26	9
est	0,24	15
tout	0,23	6
vouloir	0,23	3
et	0,21	21
si	0,20	6
chez	0,20	3
dire	0,20	6
elle	0,20	6
gros	0,20	3
lier	0,20	6
zone	0,20	3
était	0,20	6
ouais	0,20	3
Mots absents	Phi	Freq.
p	-0,26	0
lit	-0,26	0
peu	-0,22	0
quelques	-0,22	0
ne	-0,19	3
euh	-0,19	3
avant	-0,19	0
penser	-0,19	0
deja	-0,17	0

Unités textuelles de la classe 4

la lesion presumee tumorale est ici mais que autour on a en fait une espece de zone blanche F35; ouais L36; qui elle correspond a l' oedeme et l' oedeme c'-est euh, en fait quand le cerveau, il produit toujours un gros oedeme et y a d'-autant plus-de oedeme que l' installation de la tumeur est rapide, hm,, une lesion tumorale qui evolue sur plusieurs annees en fait y a quasiment pas d' oedeme puisque y a des mecanismes d' adaptation qui se mettent en-place alors que la, quand ca evolue plutot rapidement, vous voyez tout ca c'-est l' oedeme, tout ce-que on voit ici. F37; d'-accord L38; autour, en fait la lesion elle est la F39; oui L40; et la c'-est l' oedeme, voila, donc c' qu' on pouvait dire sur l' imagerie preoperatoire, c' était que la lesion était plutot tumorale, avec des signes radiologiques d' agressivite et cette presentation pour nous va plus dans le sens d' une tumeur primitive, E109; hum hum L110; bon en fait les tumeurs cerebrales sont classees en grade d' agressivite croissante, chez un adulte ca peut-etre un grade 2 un grade 3 ou un grade 4 et les glioblastomes,, je vous ai dit que ca correspondait a une tumeur maligne canereuse ca correspond a des tumeurs de grade 4. alors, ca c'-est l' explication de la nature de la lesion tumorale, ca veut dire aussi, c'-est l' explication qui est liee a la nature que si nous ne faisons pas de traitement, si on arrete la,, la lesion presumee tumorale est ici mais que autour on a en fait une espece de zone blanche F35; ouais L36; qui elle correspond a l' oedeme et l' oedeme c'-est euh, en fait quand le cerveau il est comprime il produit toujours un gros oedeme et y a d'-autant plus-de oedeme que l' installation de la tumeur est rapide, hm,, une lesion tumorale qui evolue sur plusieurs annees en fait y a quasiment pas d' oedeme puisque y a des mecanismes d' adaptation qui se mettent en-place alors que la, quand ca evolue plutot rapidement, vous voyez tout ca c'-est l' oedeme, tout ce-que on voit ici. F37; d'-accord L38; autour, en fait la lesion elle est la F39; oui L40; et la c'-est l' oedeme, voila, donc c' qu' on pouvait dire sur l' imagerie preoperatoire, c' était que la lesion était plutot tumorale, avec des signes radiologiques d' agressivite et cette presentation pour nous va plus dans le sens d' une tumeur primitive, E109; hum hum L110; bon en fait les tumeurs cerebrales sont classees en grade d' agressivite croissante, chez un adulte ca peut-etre un grade 2 un grade 3 ou un grade 4 et les glioblastomes,, je vous ai dit que ca correspondait a une tumeur maligne canereuse ca correspond a des tumeurs de grade 4. alors, ca c'-est l' explication de la nature de la lesion tumorale, ca veut dire aussi, c'-est l' explication qui est liee a la nature que si nous ne faisons pas de traitement, si on arrete la,, la lesion presumee tumorale est ici mais que autour on a en fait une espece de zone blanche F35; ouais L36; qui elle correspond a l' oedeme et l' oedeme c'-est euh, en fait quand le cerveau il est comprime il produit toujours un gros oedeme et y a d'-autant plus-de oedeme que l' installation de la tumeur est rapide, hm,, une lesion tumorale qui evolue sur plusieurs annees en fait y a quasiment pas d' oedeme puisque y a des mecanismes d' adaptation qui se mettent en-place alors que la, quand ca evolue plutot rapidement, vous voyez tout ca c'-est l' oedeme, tout

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 5

Classe n°5

Cette classe est constituée de 18 unités textuelles, soit 186 des unités classées. Les Verbes tels que , et les Marqueurs d'une relation temporelle tels que , sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

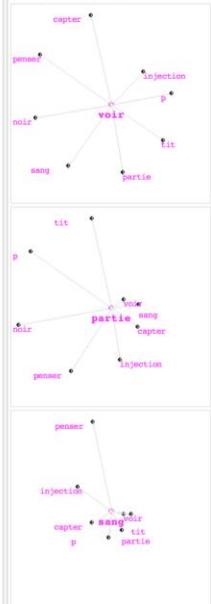
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
voir	0,69	22
partie	0,62	8
arriere	0,54	9
sang	0,53	6
injection	0,53	6
capter	0,50	8
soir	0,48	5
p	0,46	18
lit	0,46	18
avant	0,45	9
penser	0,45	9
normal	0,39	6
residu	0,39	6
peu	0,38	15
cote	0,37	3
pole	0,37	3
tache	0,37	3
trois	0,37	6
evident	0,37	6
retrouver	0,37	3
posterieur	0,37	6
par-exemple	0,37	3
par-rapport	0,37	3
produit	0,34	8
contraster	0,34	5
cette	0,27	4
je	0,24	12
est	0,24	9
faire	0,23	6
ce	0,23	6
on	0,21	22
lier	0,20	12
zone	0,20	3
alors	0,20	10
chose	0,20	3
était	0,20	3
juste	0,20	3
petit	0,20	3
il	0,20	3
blanc	0,20	3
dedans	0,20	3
Mots absents	Phi	Freq.
euh	-0,35	0
ou	-0,31	0
oui	-0,31	0
sur	-0,28	1
ca	-0,23	6
il	-0,22	0
tumoral	-0,22	0
quelques	-0,22	0
*ALC	-1,00	0

Unités textuelles de la classe 5

alors, on sait situer sa topographie, c'-est le lobe temporal du cote droit, y a des signes qui nous font penser quand-meme qu' elle est un p' tit peu aggressive, c'-est trois, trois choses: un, vous voyez qu' au centre elle est un peu noire la., la c'-est pas, non? L106: ca c'-est une calcification, c'-est physiologique, c'-est normal. alors ca prend un p' tit peu le, dans le pole posterieur, la on voit des remaniements lies a l' intervention et dans dans le pole posterieur, ca capte un p' tit peu le produit de contraste, c'-est pas majeur,, j' pense qu' y a probablement un p' tit residu en arriere, j' avance. mais c'-est pas c'-est pas evident evident voyez par-rapport, par-exemple, la c'-est avant de faire l' injection, on voit du blanc c'-est un p' tit peu de sang, ce-qui est normal la on retrouve ici mais en arriere de cette petite tache la je vois qu' y a une zone qui capte le produit alors que la partie externe, c' était du sang puisqu' on voyait deja avant, mais la partie la on ne voyait rien avant l' injection j' pense qu' y a un p' tit residu de la tumeur en arriere et en dedans, on va terminer juste la vais regarder, ok., alors, on sait situer sa topographie, c'-est le lobe temporal du cote droit, y a des signes qui nous font penser quand-meme qu' elle est un p' tit peu aggressive, c'-est trois, trois choses: un, vous voyez qu' au centre elle est un peu noire la., la c'-est pas, non? L106: ca c'-est une calcification, c'-est physiologique, c'-est normal. alors ca prend un p' tit peu le, dans le pole posterieur, la on voit des remaniements lies a l' intervention et dans dans le pole posterieur, ca capte un p' tit peu le produit de contraste, c'-est pas majeur,, j' pense qu' y a probablement un p' tit residu en arriere, j' avance. mais c'-est pas c'-est pas evident evident voyez par-rapport, par-exemple, la c'-est avant de faire l' injection, on voit du blanc c'-est un p' tit peu de sang, ce-qui est normal la on retrouve ici mais en arriere de cette petite tache la je vois qu' y a une zone qui capte le produit alors que la partie externe, c' était du sang puisqu' on voyait deja avant, mais la partie la on ne voyait rien avant l' injection j' pense qu' y a un p' tit residu de la tumeur en arriere et en dedans, on va terminer juste la vais

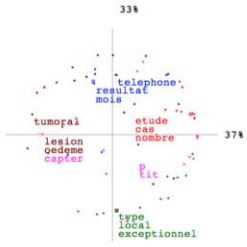
Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 6

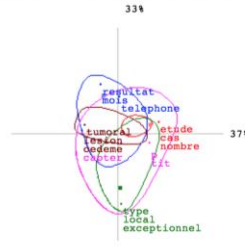
Analyse factorielle en corrélations



Statistique des formes

Libellé	Total
Nombre total de mots du corpus	6258
Effectif moyen d'un mot	9
Nombre de mots analysés	2235
Verbes	465
Adjectifs et adverbes	276
Noms communs	864
Autres	630
Nombre de mots non analysés	2937
Articles	246
Pronoms	993
Auxiliaires	186
Autres	1512
Richesse du vocabulaire (RV)	60 %

Analyse factorielle en coordonnées



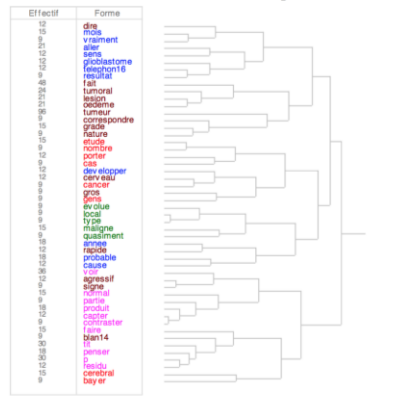
Extrait du dictionnaire du corpus

Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq
tumeur	96	agressif	12	multiplier	9	girond	6	difficile	6	colle	3	papier	3
fait	48	developper	12	pesticides	9	mettre	6	injection	6	coupe	3	parler	3
voir	36	téléphone	12	utilisation	9	niveau	6	recidiver	6	court	3	recent	3
p	30	glioblastome	12	correspondre	9	poumon	6	retrouver	6	crise	3	rendre	3
tis	30	cas	9	exceptionnel	9	detroit	6	cancereuse	6	delai	3	rester	3
cellule	30	gens	9	radiologique	9	evident	6	diagnostic	6	droit	3	revoir	3
tumoral	24	glie	9	age	6	explica	6	exposition	6	faite	3	risque	3
aller	21	gros	9	cote	6	general	6	postérieur	6	ferme	3	situer	3
lesion	21	type	9	lier	6	maximum	6	traitement	6	grand	3	taille	3
oedeme	21	bayer	9	noir	6	measurer	6	intervention	6	heure	3	volume	3
annee	18	local	9	onde	6	organisme	6	presentation	6	large	3	america	3
penser	18	signe	9	plan	6	prendre	6	bat	3	ligne	3	anatomy	3
produit	18	blanc	9	pois	6	sembler	6	cle	3	micro	3	arrete	3
probable	18	cancer	9	rare	6	symptom	6	fin	3	monde	3	arriver	3
mois	15	evolue	9	sang	6	trouver	6	hmm	3	moyen	3	avancer	3
etude	15	formel	9	sein	6	chirurgi	6	nom	3	ordre	3	P,	3
faire	15	moment	9	zone	6	deraison	6	agir	3	patte	3	collige	3
grade	15	nature	9	bonne	6	evolutif	6	bain	3	phyto	3	electri	3
normal	15	nombre	9	choss	6	feuille	6	etat	3	adulte	3	electro	3
maligne	15	partie	9	colon	6	imagerie	6	fixe	3	anodin	3	endroit	3
cerebral	15	appeler	9	debut	6	neurones	6	haut	3	argent	3	enfance	3
dire	12	hypoth	9	image	6	primitif	6	idee	3	arrete	3	engrais	3
sens	12	nerveux	9	petit	6	question	6	lobe	3	centre	3	epilept	3
cause	12	problem	9	piste	6	regional	6	loco	3	espece	3	evoluer	3
capter	12	resultat	9	tache	6	registre	6	nerf	3	europe	3	exemple	3
porter	12	vraiment	9	terme	6	repondre	6	oter	3	faible	3	externe	3
rapide	12	quasiment	9	chimique	6	augmenter	6	aimer	3	limite	3	facteur	3
residu	12	centimetre	9	donnee	6	commencer	6	audit	3	majeur	3	initial	3
cerveau	12	contraster	9	france	6	confirmer	6	cadre	3	montre	3	instant	3
premier	12					connaître	6	clair	3	mouton	3	janvier	3

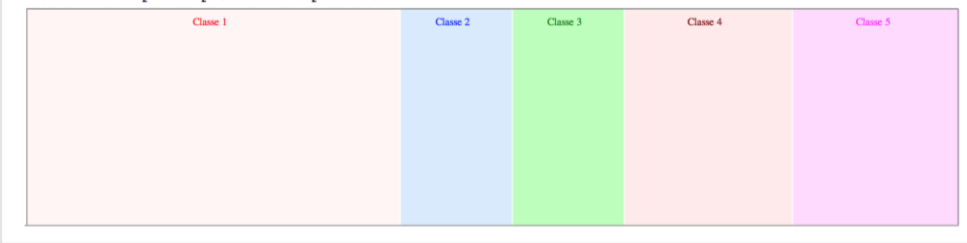
Individus les plus représentatifs par classe

Individu	Richesse	Libellé des variables signalétiques
Absences d'individus		

Classification ascendante sur le corpus



Individus les plus représentatifs par classe



3 – Thème 3 : les traitements

29% du discours en lien avec cette thématique ont été exclus par ALCESTE.

La **classe 2** est celle qui représente à elle-seule plus de 50% du discours. Elle comporte des précisions sur les traitements, avec une surreprésentation de la *radiothérapie* et des *rayons*.

La **classe 3** contient 10% du discours et concerne l'aspect évolutif avec ou malgré les traitements, *risque*, *guérison*, *récidive*, *limite*, etc. Enfin, la **classe 1** contient 9% du discours et comprend les caractéristiques du patient tels que l'*âge*, *agressif*, *altérer*...



Classe n°1
 Cette classe est formée de 12 unités textuelles, soit 114 des unités classées. Les Auxiliaires être et avoir tels que est, ai, être, sont, ont, et les Marqueurs d'une intensité tels que plus, moins, beaucoup, peu, plus-d, sont les catégories de mots sur-représentés dans cette classe.

Mots significatifs		
Mots présents	Phi	Freq.
an	0,90	14
age	0,68	6
patient	0,57	8
etat	0,55	12
sont	0,55	6
general	0,55	8
agressif	0,55	4
considerer	0,55	6
pathologies	0,55	4
moins	0,43	6
beaucoup	0,43	4
traitement	0,38	14
etre	0,35	4
vous	0,35	4
standard	0,35	4
ai	0,25	4
bon	0,24	2
ils	0,24	2
non	0,24	2
etes	0,24	2
gros	0,24	2
alors	0,25	6
envie	0,24	2
jusqu	0,24	2
ouais	0,24	2
alterer	0,24	2
traiter	0,24	2
forcement	0,24	2
maintenant	0,24	2
qu	0,20	14
hum	0,21	6
gens	0,21	4
plus	0,17	14
ces	0,17	2
est	0,16	6
dire	0,17	2
plus-d	0,17	2
en-place	0,17	2
en	0,14	8
comme	0,13	4
Mots absents	Phi	Freq.
a	-0,29	4
radiotherapie	-0,22	0
y	-0,21	0
mois	-0,20	0
faire	-0,20	0
ce	-0,18	0
rayon	-0,20	0
ne	-0,15	0
si	-0,15	0

Unités textuelles de la classe 1

alors en l' absence de pastilles mises en-place, quels sont les traitements? alors les traitements ils sont extrapolés d' une étude qui concernait c' -est pour ca que je vous ai redemande votre age et qui concernait les patients de moins de 70 ans. Y a des gens qui jusq' a maintenant euh ont considere et continuent a considerer qu' on doit pas forcément donner le meme traitement avant et apres 70 ans, mais en fait c' -est une barriere qui est arbitraire, hum, on considere beaucoup plus l' etat general et physiologique que l' age de l' etat civil et que on peut avoir 70 ans et etre en excellent etat general comme vous l' etes comme on peut avoir 70 ans et cumuler plein de pathologies differentes.. en gros l' etat d' esprit c' -est de se dire, que plus l' age est eleve, sous-entendu plus les pathologies sont nombreuses ou plus l' etat general est altere moins on va etre agressif et plus on a un bon etat/ general plus on a envie de traiter les gens au-dela-de 70 ans comme les/ patients de moins de 70 ans. dans votre cas j' avoue que j' ai pas beaucoup/ d' arrieres pensees et que je vous proposerai non pas un patient, le traitement/ des patients de plus-de 70 ans mais le traitement, euh le traitement standard s' est modifie ces dernieres annees, dans l' sens d' une plus grande agressivite entre guillemets euh, alors en l' absence de pastilles mises en-place, quels sont les traitements? alors les traitements ils sont extrapolés d' une étude qui concernait c' -est pour ca que je vous ai redemande votre age et qui concernait les patients de moins de 70 ans. Y a des gens qui jusq' a maintenant euh ont considere et continuent a considerer qu' on doit pas forcément donner le meme traitement avant et apres 70 ans, mais en fait c' -est une barriere qui est arbitraire, hum, on considere beaucoup plus l' etat general et physiologique que l' age de l' etat civil et que on peut avoir 70 ans et etre en excellent etat general comme vous l' etes comme on peut avoir 70 ans et cumuler plein de pathologies differentes.. en gros l' etat d' esprit c' -est de se dire, que plus l' age est eleve, sous-entendu plus les pathologies sont nombreuses ou plus l' etat general est altere moins on va etre agressif et plus on a un bon etat/ general plus on a envie de traiter les gens au-dela-de 70 ans comme les/ patients de moins de 70 ans. dans votre cas j' avoue que j' ai pas beaucoup/ d' arrieres pensees et que je vous proposerai non pas un patient, le traitement/ des patients de plus-de 70 ans mais le traitement standard, hum. L189: ouais, hum alors j' reviens un p' tit peu au traitement, euh le traitement standard s' est modifie ces dernieres annees, dans l' sens d' une plus grande agressivite entre guillemets euh,



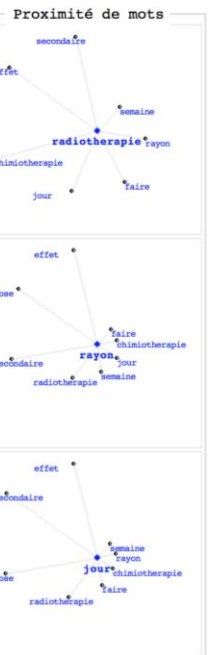
La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe Page 2

Classe n°2
 Cette classe est formée de 84 unités textuelles, soit 754 des unités classées. Les Marqueurs d'une relation spatiale tels que dans, sur, ici, pres, et les indicateurs de couleurs tels que blanc, rouge, sont les catégories de mots sur-représentés dans cette classe.

Mots significatifs		
Mots présents	Phi	Freq.
radiotherapie	0,38	46
rayon	0,33	42
par	0,28	30
jour	0,28	30
pendant	0,28	26
semaine	0,28	32
chimiotherapie	0,28	32
si	0,25	30
faire	0,25	38
avez	0,23	18
secondaire	0,21	18
y	0,18	28
sur	0,18	20
dose	0,18	10
fois	0,20	20
effet	0,20	16
juste	0,20	14
globule	0,18	10
souvent	0,18	10
ah	0,16	8
ca	0,17	34
ou	0,16	18
IM	0,16	8
ben	0,16	8
fin	0,16	8
oui	0,16	8
heure	0,16	8
blanc	0,16	8
bouche	0,16	8
gelule	0,16	8
plutot	0,16	8
suivre	0,16	8
appeler	0,16	8
arreter	0,16	8
premier	0,16	8
prendre	0,16	18
terminer	0,16	8
tolerance	0,16	8
progressif	0,16	8
consultatif	0,16	8
Mots absents	Phi	Freq.
an	-0,54	0
traitement	-0,50	8
age	-0,41	0
moins	-0,41	0
guerison	-0,41	0
recidiver	-0,41	0
risque	-0,40	4
but	-0,33	0
vie	-0,33	0

Unités textuelles de la classe 2

c' -est a vous de prendre la gelule une heure avant d' avoir votre seance, donc quand vous irez faire votre seance de radiotherapie, et la radiotherapie dans l' cadre de ce type de tumeur ca s' etale sur 6 semaines: 42 jours L193: hum, a raison de 5 jours de rayon par semaine, donc les rayons vous les faites du lundi au vendredi mais la chimiotherapie c' -est tous les jours, y-compris le samedi et le dimanche E194: hum hum L195: donc a peu pres a la meme heure, peu importe E196: hum L197: vous prenez la chimiotherapie les jours ou y a des rayons une heure avant au-moment ou vous partez faire vos rayons vous prenez les gelules et vous allez faire vos rayons et puis les samedi et dimanche, y a pas de rayons mais vous prenez quand-meme la chimiotherapie P198: d' -accord L199: euh, en principe en terme de tolerance, c' -est une chimiotherapie qui est plutot bien toleree, qui donne tres peu de nausees, tres peu de vomissements au-point que pendant la premiere semaine comme vous avez en-meme-temps, 1 a 2 comprimés en-meme-temps que la chimiotherapie eventuellement a renouveler dans la journee mais c' -est vraiment tres tres rare. les autres effets secondaires de la chimiotherapie, c' -est quand-meme une chimiotherapie que vous prenez tous les jours donc qui peut faire chuter les globules blancs, les globules rouges et les plaquettes, euh, la contrainte, ce sera juste par la bouche et une fois les rayons termines, ce sera juste 5 jours par mois, 5 jours toutes les 4 semaines, a une dose plus importante que celle que vous prenez pendant les rayons, ou vous prenez tous les jours mais ce sera juste 5 jours par mois et la premiere cure apres les rayons, on commence un mois plus tard. donc, y a les rayons qui durent 6 semaines, un mois rien du tout E210: ah oui y aura un mois sans rien du tout L111: une progression du residu et si on est certain qu' c' -est une vraie progression et pas une pseudo progression comme on peut le voir juste apres la radiotherapie, a ce moment la on arretera la chimiotherapie par la bouche, euh, la chimiotherapie c' -est vous qui la prendrez, le suivi qu' on fera ici c' -est un suivi de consultation, et pour nous il n' y a pas de limitation vous pouvez faire ce-que vous avez envie de faire P237: d' -accord L238: c' -est a vous de prendre la gelule une heure avant d' avoir votre seance, donc quand vous irez faire votre seance de radiotherapie, et la radiotherapie dans l' cadre de ce type de tumeur ca s' etale sur 6 semaines: 42 jours L193: hum, a raison de 5 jours de rayon par semaine, donc les rayons vous les faites du lundi au vendredi mais la chimiotherapie c' -est tous les jours, y-compris le samedi et le dimanche E194: hum hum L195: donc a peu pres a la meme heure, peu importe E196: hum L197: vous prenez la chimiotherapie les jours ou y a des rayons une heure avant au-moment ou vous partez faire vos rayons, vous prenez les gelules et vous allez faire vos rayons et puis les samedi et dimanche, y a pas de rayons mais vous prenez quand-meme la chimiotherapie P198: d' -accord L199: euh, en principe en terme de tolerance, c' -est une chimiotherapie qui est plutot bien toleree, qui donne tres peu de nausees, tres peu de vomissements au-point que pendant la premiere semaine comme vous avez en-meme-temps, 1 a 2 comprimés en-meme-temps que la chimiotherapie eventuellement a renouveler dans la journee mais c' -est vraiment



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe Page 3

Classe n°3

Cette classe est constituée de 16 unités textuelles, soit 149 des unités classées. Les autres mots analysés tels que *risque*, *rare*, *chirurgi*, *possible*, *conscient*, et les Démonstratifs, indéfinis et relatifs tels que *on*, *en*, *qu*, *ce*, *c'est*, sont les catégories de mots les plus spécifiques cette classe.

Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
risque	0,61	12
guérison	0,58	6
recidiver	0,58	6
but	0,47	4
vis	0,47	4
mener	0,47	4
limite	0,47	4
mettre	0,47	4
savoir	0,47	4
chirurgi	0,47	4
possible	0,47	4
tumorale	0,47	4
conscient	0,47	4
persister	0,47	4
surveillance	0,47	4
parler	0,40	6
se	0,37	8
toujours	0,35	4
important	0,35	4
ce	0,28	14
prise	0,28	4
normal	0,28	4
parce-qu	0,28	4
traitement	0,28	8
en	0,23	12
même	0,23	4
rare	0,23	4
tous	0,23	6
on	0,19	38
est	0,19	8
aura	0,19	2
dont	0,19	2
nous	0,18	8
ca	0,19	2
habitu	0,19	2
jamais	0,19	2
au-bout	0,19	2
vouloir	0,19	2
diminuer	0,19	2
proposer	0,18	6
ou	-0,19	0
radiothérapie	-0,26	0
rayon	-0,23	0
euh	-0,20	0
par	-0,20	0
jour	-0,20	0
pendant	-0,20	0
semaine	-0,20	0
chimiothérapie	-0,20	0
ou	-0,19	0

Unités textuelles de la classe 3

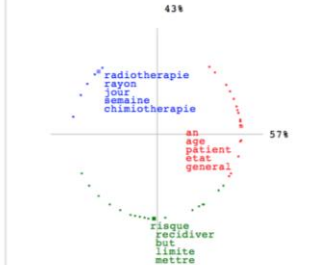
L44: sur ce, nous discutons, nous avons discuté de la conduite à tenir en RCP et on a pris la décision de faire la chirurgie. L118: sans traitement complémentaire, ce risque il est très important mais c' qu' on va vous proposer c'est-ce dont je vais vous parler maintenant c'est de ce que nous proposons habituellement pour diminuer ce risque de recidiver. a réduire le risque voire les cellules tumorales qui entourent la cavité opératoire de se remettre à proliférer. F233: est-ce que on peut en querir complètement de ce genre de tumeur?. L234: alors, hum, on est assez prudent en terme de guérison parce-que on sait que ce risque de recidive il existe et il est très important donc même s' il n' y avait plus-de prise de contraste apres les 6 mois de traitement et qu' on soit dans des conditions/ radiologiques optimales on sait que malgré c' la le risque de recidive persistera quasiment toujours donc on parle rarement de guérison et dans tous les cas on met en-place une surveillance a l' arret du traitement qui n' depasse jamais 3/ mois sauf quand on a au-bout de quelques mois et qu' on voit qu' on n' bouge pas et tant mieux a la limite ça voudra dire qu' on aura atteint le delai suffisant mais même le traitement arrete on propose toujours une surveillance tous les 2/ a 3 mois, parce-que le risque va persister et que on parle rarement de guérison en-tout-cas pour cette entité tumorale la. E235: d'accord L236: en tous les cas, le but de tout cela, c'est que vous menez la vie la plus normale possible et on est vraiment bien conscient qu' on souhaite vous apporter le moins d' inconfort possible. c'est a vous de mettre les limites, on est quand-même conscients que la on vous a, on a commencé a vous agresser avec la chirurgie, j' vous l' ai dit qu' ça peut fatiguer, et voilà, c'est a vous de mettre les limites mais nous n' en mettons pas., vous menez la vie la plus normale possible puis c'est vraiment le but de la prise en charge F239: y a pas un regime particulier par-rapport aux médicaments justement?. sur ce, nous discutons, nous avons discuté de la conduite à tenir en RCP et on a pris la décision de faire la chirurgie. L118: sans traitement complémentaire, ce risque il est très important mais c' qu' on va vous proposer c'est-ce dont je vais vous parler maintenant c'est de ce que nous proposons habituellement pour diminuer ce risque de recidiver. a réduire le risque voire les cellules tumorales qui entourent la cavité opératoire de se remettre à proliférer. F233: est-ce-que on peut en querir complètement de ce genre de tumeur?. L234: alors, hum, on est assez prudent en terme de guérison parce-que on sait que ce risque de recidive il existe et il est très important donc même s' il n' y avait plus-de prise de contraste apres les 6 mois de traitement et qu' on soit dans des conditions/ radiologiques optimales on sait que malgré c' la le risque de recidive persistera quasiment toujours donc on parle rarement de guérison et dans tous les cas on met en-place une surveillance a l' arret du traitement qui n' depasse jamais 3/ mois sauf quand on a au-bout de quelques mois et qu' on voit qu' on n' bouge pas et tant mieux a la limite ça voudra dire qu' on aura atteint le delai suffisant mais même le traitement arrete on propose toujours une surveillance tous les 2/ a 3

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

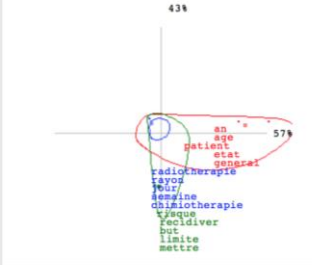
Analyse factorielle en corrélations



Statistique des formes

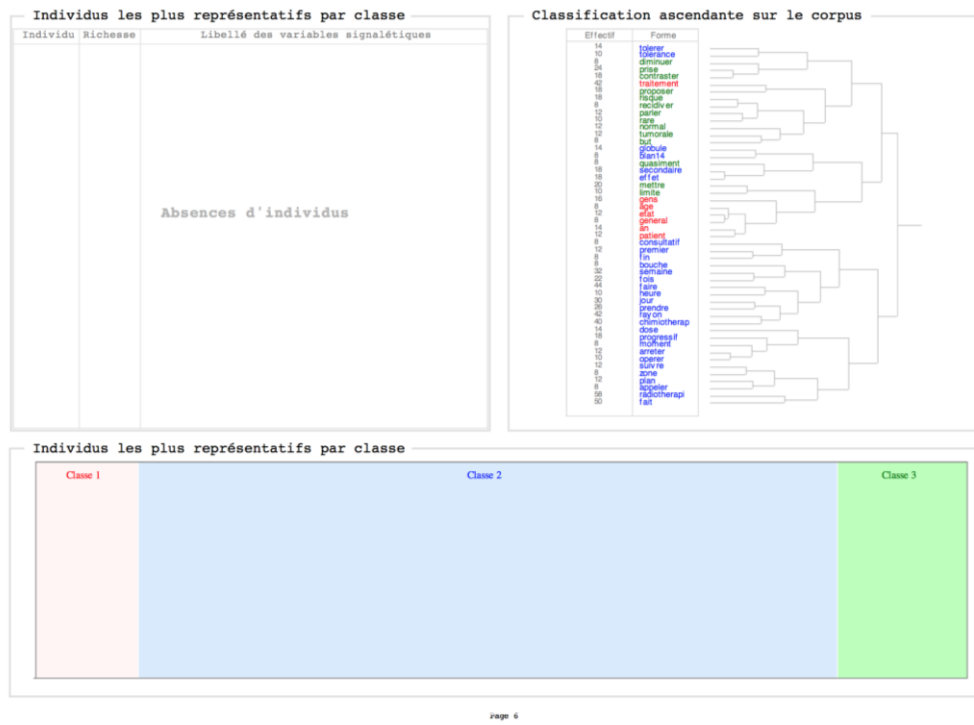
Libellé	Total
Nombre total de mots du corpus	4974
Effectif moyen d'un mot	8
Nombre de mots analysés	2632
Verbes	736
Adjectifs et adverbes	278
Noms communs	938
Autres	620
Nombre de mots non analysés	3028
Articles	354
Pronoms	890
Auxiliaires	204
Autres	1580
Richesse du vocabulaire (RV)	63 %

Analyse factorielle en coordonnées



Extrait du dictionnaire du corpus

Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq
mois	60	globe	14	bien14	8	chuter	6	long	4	inverse	4	disparaître	4
radiothérap	58	tolérer	14	bouche	8	habitu	6	maux	4	mémoire	4	particulier	4
aller	52	état	12	cavité	8	induit	6	mise	4	minimum	4	recommander	4
fait	50	plan	12	gélule	8	rester	6	semi	4	sincere	4	différencier	4
faire	44	donner	12	moment	8	seance	6	vrai	4	accepter	4	radiothérapie	4
rayon	42	normal	12	partie	8	simple	6	break	4	détruire	4	ra	2
traitement	42	parler	12	revoir	8	cellule	6	façon	4	deuxième	4	bas	2
chimiotherap	40	suivre	12	appeler	8	cervau	6	mener	4	dimanche	4	cru	2
semaine	32	arrêter	12	général	8	laisser	6	œuvre	4	importer	4	fat	2
jour	30	patient	12	médicin	8	liquide	6	petit	4	plaindre	4	rai	2
voir	30	premier	12	syptom	8	techniques	6	rouge	4	principe	4	sel	2
prendre	26	tumorale	12	chirurgi	8	traiter	6	suite	4	probable	4	vis	2
prise	24	rare	10	diminuer	8	agressif	6	dormir	4	concerner	4	noir	2
fois	22	heure	10	retarder	8	clinique	6	examen	4	conscient	4	nuit	2
cas	20	terme	10	standard	8	discuter	6	faible	4	descendre	4	oral	2
mettre	20	limite	10	terminer	8	eventuel	6	majeur	4	difficile	4	post	2
effet	18	operat	10	commencer	8	guérison	6	oedeme	4	forçement	4	recu	2
operat	18	pastille	10	quasiment	8	possible	6	ouvert	4	guillemet	4	role	2
risque	18	tolérance	10	recidiver	8	continuer	6	parell	4	infection	4	sale	2
tumeur	18	complementa	8	corticoide	8	passer	6	alterer	4	infiltrer	4	sens	2
fatigue	18	age	8	consultatif	8	important	6	raison	4	limitatif	4	taux	2
proposer	18	but	8	radiologique	8	persister	6	rapide	4	organiser	4	voie	2
vraiment	18	fin	8	r	6	considérer	6	regime	4	reprendre	4	année	2
contraster	18	tit	8	vis	6	ordonnance	6	samedi	4	contrainte	4	arret	2
progressif	18	cure	8	fort	6	plaquettes	6	servir	4	indication	4	avoue	2
secondaire	18	dire	8	gros	6	surveillance	6	siente	4	pathologies	4	bouge	2
gens	16	type	8	sang	6	recommandati	6	alterer	4	poursuivre	4	cadre	2
an	14	zone	8	tete	6	f	4	arriver	4	proliférer	4	champ	2
dose	14	bonne	8	clair	6	agir	4	baïsser	4	ventricule	4	chose	2
penser	14	temps	8	envie	6	coup	4	dernier	4	corticoides	4	civil	2



4 – Thème 4 : le patient

26% du discours en rapport avec ce thème ont été rejetés par le logiciel. Les classes 2 et 3 représentent respectivement 25% du discours. La **classe 2** contient des termes ayant trait à la dimension pratique (*jour, mois, dormir, janvier, semaine, ...*), alors que la **classe 3** concerne l'effet de la maladie sur le corps : *voir, champ visuel, instable, sens, peur, ...*). Cette classe est associée à la **classe 4** (12%) qui apporte des précisions. Enfin, la **classe 1** (11%) concerne la dimension physique : *main, nez, jambe, visage, etc.*

Rapport de synthèse

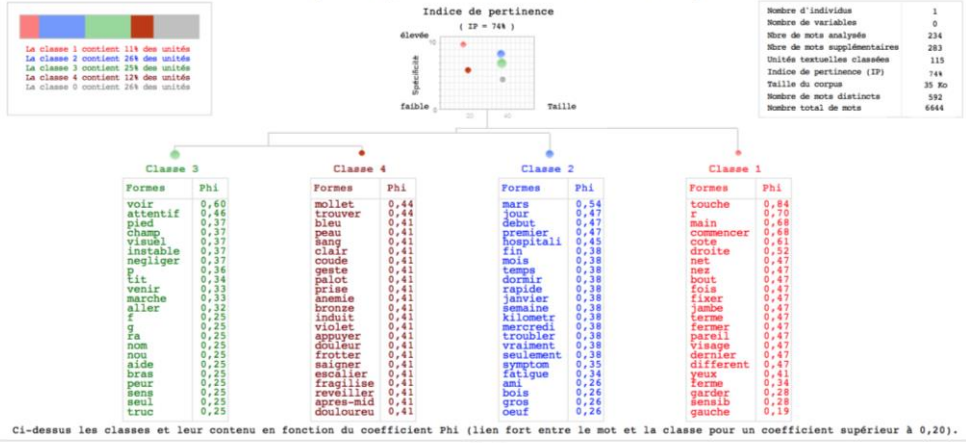
Texte analysé : alceste theme patients

Jeudi 31 Juillet 2014 à 15 h 48

Le corpus alceste theme patients a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste en utilisant un paramétrage standard où les valeurs des paramètres sont prédéfinies en fonction de la taille du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, effectue deux classifications successives.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 74% des unités textuelles du corpus ont été classées (indice de pertinence) et 26% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 4 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorisée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 14% des unités textuelles classées (soit 11% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **touche**, **r**, **main**, **commencer**, **cote**, **droite**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 34% des unités textuelles classées (soit 26% du corpus initial) ses mots significatifs sont **mars**, **jour**, **debut**, **premier**, **hospitali**, **fin**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 35% des unités textuelles classées (soit 25% du corpus initial) ses mots significatifs sont **voir**, **attentif**, **piéd**, **champ**, **visuel**, **instable**, puis de la classe 4 qui représente 17% des unités textuelles classées (soit 12% du corpus initial) marquée par les mots **mollet**, **trouver**, **bleu**, **peau**, **sang**, **clair**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.

Rectangle des spécificités et classification du corpus



Page 1

Classe n°1

Cette classe est formée de 16 unités textuelles, soit 14% des unités classées. Les Noms tels que **toucher**, **main**, **yeux**, **droite**, **nez**, et les Marqueurs de la personne tels que **vous**, **je**, **me**, **il**, **sa**, sont les catégories de mots sur-représentés dans cette classe.

Mots significatifs

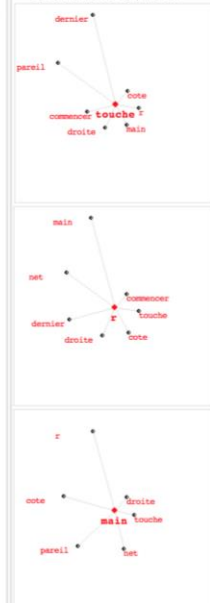
Mots présents	Phi	Freq.
toucher	0,84	16
r	0,70	20
main	0,68	12
commencer	0,68	16
cote	0,61	12
quel	0,61	12
droite	0,52	12
est-ce	0,52	8
je	0,47	4
sa	0,47	4
me	0,47	12
mon	0,47	12
net	0,47	8
nez	0,47	8
E289	0,47	4
L282	0,47	4
L284	0,47	4
L286	0,47	4
L288	0,47	4
L290	0,47	4
L292	0,47	4
P283	0,47	4
P285	0,47	4
P287	0,47	4
P291	0,47	4
bout	0,47	8
dire	0,47	12
fois	0,47	4
aucun	0,47	4
fixer	0,47	4
jambe	0,47	4
terme	0,47	4
fermer	0,47	4
pareil	0,47	4
visage	0,47	4
dermier	0,47	4
different	0,47	4
yeux	0,41	28
ouais	0,41	8
ferme	0,34	20
Mots absents	Phi	Freq.
c'est	-0,35	0
peu	-0,34	0
faire	-0,34	0
on	-0,32	0
aller	-0,31	0
ca	-0,31	0
e	-0,27	4
pas	-0,27	0
p	-0,24	0

La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Unités textuelles de la classe 1

L282: en terme e sensibilité **droite** gauche, quand je **toucher** la **main droite** et la **main gauche**, est-ce-que y a une différence? P283: aucune L284: et les yeux fermes, pareil, vous fermez les yeux, vous m' dites quel **cote** je **toucher**, les yeux fermes, ouais. je r' **commence** et sur la jambe aussi, la, **droite** ou gauche? je r' **commence**. alors? P285: L286: faut que vous me disiez de quel **cote** j' ai **toucher**, je r' **commence** alors.. la P287: les deux L288: voila, les yeux fermes, vous m' dites quel **cote** j' **toucher** maintenant les yeux fermes E289: les yeux, ferme les yeux L290: ok, la ok, je r' **commence**, la, ouais derniere **fois**, la.. quand vous r' gardez l' **bout** de mon **nez**, mon visage il est comment? **net**? P291: **net** L292: en fixant le **bout** de mon **nez**, est-ce-que vous voyez **ma main** qui bouge?. L282: en terme e sensibilité **droite** gauche, quand je **toucher** la **main droite** et la **main gauche**, est-ce-que y a une différence? P283: aucune L284: et les yeux fermes, pareil, vous fermez les yeux, vous m' dites quel **cote** je **toucher**, les yeux fermes, ouais. je r' **commence** et sur la jambe aussi, la, **droite** ou gauche? je r' **commence**. alors? P285: L286: faut que vous me disiez de quel **cote** j' ai **toucher**, je r' **commence** alors.. la P287: les deux L288: voila, les yeux fermes, vous m' dites quel **cote** j' **toucher** maintenant les yeux fermes E289: les yeux, ferme les yeux L290: ok, la ok, je r' **commence**, la, ouais derniere **fois**, la.. quand vous r' gardez l' **bout** de mon **nez**, mon visage il est comment? **net**? P291: **net** L292: en fixant le **bout** de mon **nez**, est-ce-que vous voyez **ma main** qui bouge?. L282: en terme e sensibilité **droite** gauche, quand je **toucher** la **main droite** et la **main gauche**, est-ce-que y a une différence? P283: aucune L284: et les yeux fermes, pareil, vous fermez les yeux, vous m' dites quel **cote** je **toucher**, les yeux fermes, ouais. je r' **commence** et sur la jambe aussi, la, **droite** ou gauche? je r' **commence**. alors? P285: L286: faut que vous me disiez de quel **cote** j' ai **toucher**, je r' **commence** alors.. la P287: les deux L288: voila, les yeux fermes, vous m' dites quel **cote** j' **toucher** maintenant les yeux fermes E289: les yeux, ferme les yeux L290: ok, la ok, je r' **commence**, la, ouais derniere **fois**, la..

Proximité de mots



Page 2

Classe n°2

Cette classe est formée de 39 unités textuelles, soit 348 des unités classées. Les indicateurs de jours et de mois tels que mars, janvier, mercredi, février, vendredi, et les Adverbes en "ment" tels que vraiment, seulement, finalement, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

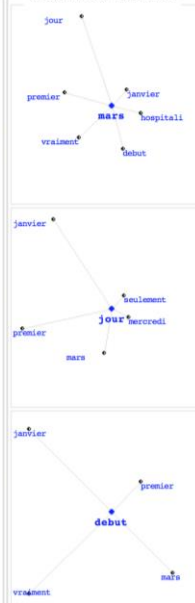
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
donc	0,56	24
accord	0,54	33
mars	0,47	16
jour	0,47	16
trés	0,46	16
debut	0,47	16
était	0,47	16
premier	0,45	16
hospitali	0,45	11
hum	0,42	23
il	0,38	40
fin	0,38	12
chez	0,38	8
mois	0,38	8
assez	0,38	8
temps	0,38	8
dormir	0,38	12
rapide	0,38	8
janvier	0,38	8
semaine	0,38	8
kilometre	0,38	8
mercredi	0,38	8
troubler	0,38	8
vraiment	0,38	8
seulement	0,38	8
aviez	0,35	10
symptom	0,35	7
fatigue	0,34	12
faire	0,30	28
es	0,26	4
eu	0,26	4
ne	0,26	4
sa	0,26	4
te	0,26	4
tu	0,26	4
E73	0,26	4
E75	0,26	4
E77	0,26	4
E81	0,26	4
E84	0,26	4
E86	0,26	4
Mots absents	Phi	Freq.
voir	-0,48	0
je	-0,47	12
vous	-0,46	15
bien	-0,35	0
cote	-0,32	0
quel	-0,32	0
peu	-0,30	8
r	-0,28	0
sur	-0,28	0

Unités textuelles de la classe 2

F79: non, il allait faire sa portion au bois et tout, non L80: donc y a pas eu quoi, des troubles E81: fin février debut mars, vraiment marquant L82: ok, d'accord, et puis une evolution crescendo assez rapide alors E82bis: il est rentre vendredi, le mercredi il prend des cours de musique parce-que on s' est inscrits a la ville a-cote a 30 kilometres L83: hum E84: c'est la qu' son. a une ferme acheter des oeufs et il roulaît mais il roulaît a gauche voila mais donc c' était vraiment, mettons une semaine seulement L91: hum hum c'est assez rapide hein, donc finalement la premiere hospitalisation, c' était euh. le premier scanner E92: 13 janvier L93: mars F94: mars mars mars E95: oui c'-est moi qui vais me faire operer L96: ok, donc tres peu de temps donc en gros pour synthetiser, c'-est pas, ca evolue pas depuis 6 mois, j' crois pas et c'-est, c' que vous m' racontez ca fait quand-meme quelques jours, voire quelques semaines, en cherchant un p' tit peu... F79: non, il allait faire sa portion au bois et tout, non L80: donc y a pas eu quoi, des troubles E81: fin février debut mars, vraiment marquant L82: ok, d'accord, et puis une evolution crescendo assez rapide alors E82bis: il est rentre vendredi, le mercredi il prend des cours de musique parce-que on s' est inscrits a la ville a-cote a 30 kilometres L83: hum E84: c'est la qu' son. a une ferme acheter des oeufs et il roulaît mais il roulaît a gauche voila mais donc c' était vraiment, mettons une semaine seulement L91: hum hum c'est assez rapide hein, donc finalement la premiere hospitalisation, c' était euh. le premier scanner E92: 13 janvier L93: mars F94: mars mars mars E95: oui c'-est moi qui vais me faire operer L96: ok, donc tres peu de temps donc en gros pour synthetiser, c'-est pas, ca evolue pas depuis 6 mois, j' crois pas et c'-est, c' que vous m' racontez ca fait quand-meme quelques jours, voire quelques semaines, en cherchant un p' tit peu... F79: non, il allait faire sa portion au bois et tout, non L80: donc y a pas eu quoi, des troubles E81: fin février debut mars, vraiment marquant L82: ok, d'accord, et puis une evolution crescendo assez rapide alors E82bis: il est rentre vendredi, le mercredi il prend des cours de musique parce-que on s' est inscrits a la ville a-cote a 30 kilometres L83: hum E84: c'est la qu' son. a une ferme acheter des oeufs et il roulaît mais il roulaît a gauche voila mais donc c' était vraiment, mettons une semaine seulement L91: hum hum c'est assez rapide hein, donc finalement la premiere hospitalisation, c' était euh. le premier scanner E92: 13 janvier L93: mars F94: mars mars mars E95: oui c'-est moi qui vais me faire operer L96: ok, donc tres peu de temps donc en gros pour synthetiser, c'-est pas, ca evolue pas depuis 6 mois, j' crois pas et c'-est, c' que vous m' racontez ca fait quand-meme quelques jours, voire quelques semaines, en cherchant un p' tit peu... F79: non, il allait faire sa portion au bois et tout, non L80: donc y a pas eu quoi, des troubles E81: fin février debut mars, vraiment marquant L82: ok, d'accord, et puis une evolution crescendo assez rapide alors E82bis: il est rentre vendredi, le mercredi il prend des cours de musique parce-que on s' est inscrits a la ville a-cote a 30 kilometres L83: hum E84: c'est la qu' son. a une ferme acheter des oeufs et il roulaît mais il roulaît a gauche voila mais donc c' était vraiment, mettons une semaine seulement L91: hum hum c'est assez rapide hein, donc finalement la premiere hospitalisation, c' était euh.

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 3

Classe n°3

Cette classe est constituée de 40 unités textuelles, soit 354 des unités classées. Les Verbes tels que voir, aller, faire, venir, prendre, et les Marqueurs d'une intensité tels que peu, bien, moins, plus, sont les catégories de mots les plus spécifiques cette classe.

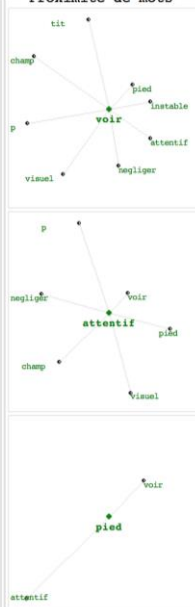
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
voir	0,60	36
peu	0,56	40
bien	0,50	23
moins	0,46	12
attentif	0,46	12
pour	0,41	19
dans	0,37	8
pied	0,37	8
champ	0,37	8
debout	0,37	12
encore	0,37	8
visuel	0,37	8
vouloir	0,37	8
instable	0,37	8
negliger	0,37	8
p	0,36	20
tit	0,34	16
vous	0,33	83
venir	0,33	12
marche	0,33	12
aller	0,32	28
comme	0,28	16
f	0,25	4
g	0,25	4
je	0,26	56
ra	0,25	4
nom	0,25	4
nou	0,25	4
vos	0,25	4
E261	0,25	23
E263	0,25	4
E301	0,25	4
E303	0,25	4
E319	0,25	4
F262	0,25	4
F265	0,25	4
L264	0,25	4
L266	0,25	4
L268	0,25	4
L270	0,25	4
Mots absents	Phi	Freq.
non	-0,41	0
il	-0,37	8
fait	-0,32	0
r	-0,29	0
donc	-0,29	0
aussi	-0,29	0
fatigue	-0,29	0
mars	-0,28	0
a	-0,27	16

Unités textuelles de la classe 3

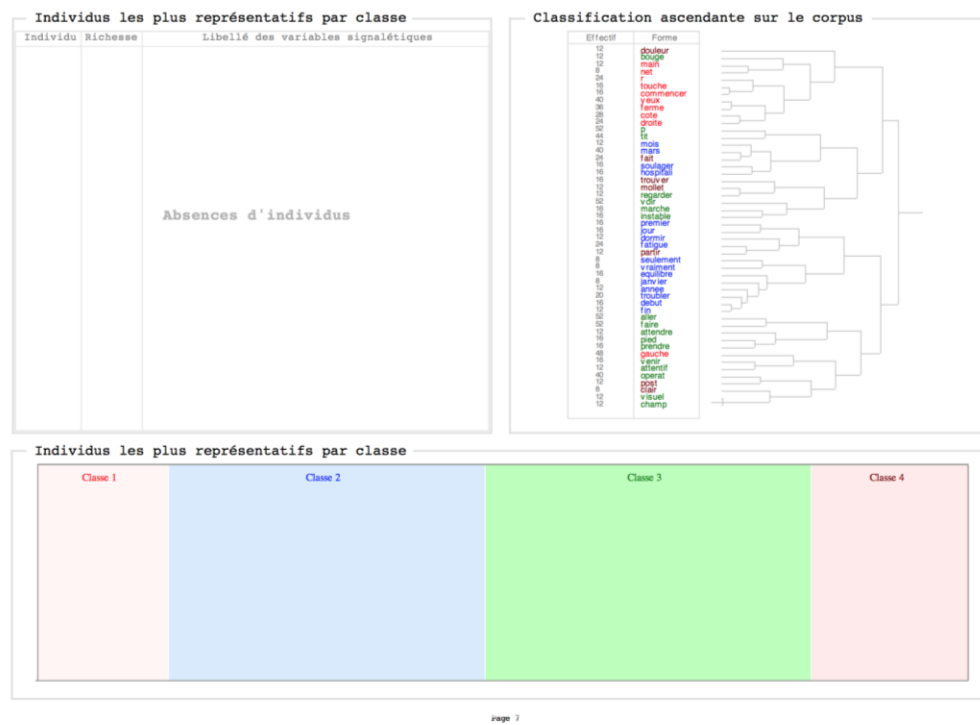
au niveau mobilite, la marche, montrez moi voir comme vous marchez, le patient se leve, E261: attention parce-que il va se prendre les pieds dans l' truc, F262: avance E263: attends on va enlever L264: faites quelques pas en avant, juste pour voir, venez voir vers moi F265: marche tout seul pour voir L266: la vous vous sentez comment? un peu instable ou? P267: bien, tout-a-fait bien L268: et la station debout, si j' vous demande juste de tenir debout, c'-est comment?, comme ca j' en profiterai pour regarder le mollet, tendez voir les bras devant, les deux cotes, les doigts ecartes et les yeux fermes, une dizaine de secondes, 10 secondes, j' trouve que c'-est un p' tit peu instable la marche, et le g' nou plie on f' ra on va laisser un peu passer la resorption de l' oedeme, vous avez un optalmo habituel? E301: oui c'-est monsieur. L302: je noterai son nom et puis vous l' reverrez sans urgence mais vous prendrez rendez-vous pour faire un champ visuel, a distance de l' operation, vous pouvez prendre rendez-vous maintenant, vus les delais E303: oui, hum hum L304: alors vous allez reprendre un peu d' assurance mais tout c' qui vient de la gauche faut faire attention L44: alors on arrive la, la c'-est l' imagerie post operateiro, ca s' est bien passe techniquement, pour vous, l' operation? au niveau mobilite, la marche, montrez moi voir comme vous marchez, le patient se leve, E261: attention parce-que il va se prendre les pieds dans l' truc, F262: avance E263: attends on va enlever L264: faites quelques pas en avant, juste pour voir, venez voir vers moi F265: marche tout seul pour voir L266: la vous vous sentez comment? un peu instable ou? P267: bien, tout-a-fait bien L268: et la station debout, si j' vous demande juste de tenir debout, c'-est comment?, comme ca j' en profiterai pour regarder le mollet, tendez voir les bras devant, les deux cotes, les doigts ecartes et les yeux fermes, une dizaine de secondes, 10 secondes, j' trouve que c'-est un p' tit peu instable la marche, et le g' nou plie, on f' ra on va laisser un peu passer la resorption de l' oedeme, vous avez un optalmo habituel? E301: oui c'-est monsieur. L302: je noterai son nom et puis vous l' reverrez sans urgence mais vous prendrez rendez-vous pour faire un champ visuel, a distance de l' operation, vous pouvez prendre rendez-vous maintenant, vus les delais E303: oui, hum hum L304: alors vous allez reprendre un peu d' assurance mais tout c' qui vient de la gauche faut faire attention L44: alors on arrive la, la c'-est l' imagerie post operateiro, ca s' est bien passe techniquement, pour vous, l' operation? au niveau mobilite, la marche, montrez moi voir comme vous marchez, le patient se leve, E261: attention parce-que il va se prendre les pieds dans l' truc, F262: avance E263: attends on va enlever L264: faites quelques pas en avant, juste pour voir, venez voir vers moi F265: marche tout seul pour voir L266: la vous vous sentez comment? un peu instable ou? P267: bien, tout-a-fait bien L268: et la station debout, si j' vous demande juste de tenir debout, c'-est comment?, comme ca j' en profiterai pour regarder le mollet, tendez voir les bras devant, les deux cotes, les doigts ecartes et les yeux fermes, une dizaine de secondes, 10 secondes, j' trouve que c'-est un p' tit peu instable la marche, et le g' nou plie, on f' ra on va laisser un peu passer la resorption de l' oedeme, vous avez un optalmo habituel? E301: oui c'-est monsieur. L302: je noterai son nom et puis

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 4



B – Analyse manuelle :

1 – Analyse « pas à pas »

1 – Introduction : Création du lien mise en scène via l'imagerie (« IRM ») pour aborder les explications en M1

M12 : donc 16 mars c'est l'IRM préopératoire et ça c'est le scanner pré-opératoire donc en fait on partait de là quand vous avez été hospitalisé effectivement on a découvert cette masse, cette masse c'est un terme général, ça préjuge pas de l'origine quand on dit ça, qui est située là vous imaginez que vous êtes couché sur le dos

F13 : oui

M14: Les pieds sont vers la fenêtre et en fait le front est ici

F15 :d'accord

M16: donc vous êtes comme ça et on fait des coupes comme ça

F17 : oui oui

M18: si je balaie là on est au niveau des yeux

F19 : hum hum

M20: et puis là je remonte progressivement là on est au sommet de la tête

F21 : d'accord

M22: *on part du haut et puis en gros je descends comme si je faisais des coupes, des tranches...*

F23 : *hmmm*

M24: *donc là c'est du côté droit puisque les pieds sont vers la fenêtre*

F25 : *oui oui oui*

M26: *et on voit cette image anormale qui capte le produit de contraste qu'on voit en blanc, en fait c'est le produit qu'on a injecté qui se fixe*

On observe d'emblée que le médecin crée une relation partenariale (« on » collectif) avec le groupe patient-PC. A la question posée au groupe, la réponse est apportée par la fille.

En 42 tours de parole est posé sur la scène de l'entretien, le champ de la gravité. Tout d'abord la notion de **MASSE** est introduite par le médecin (M12).

De M14 à M40, le médecin décrit et il se prête à un « enseignement » à la lecture de l'image au groupe « patient »

Ensuite, le médecin aborde l'hypothèse de **TUMEUR** au sens large (M30). En disant « sens large », le médecin transmet déjà la possibilité d'une nature dangereuse ou non dangereuse. Mais l'orientation du **diagnostic** pointe le bout de son nez par l'introduction du connecteur « quand même » qui semble venir contre-argumenter une possibilité non dangereuse. Le groupe patient ne peut que faire cette inférence : la gravité n'est pas éliminée après deux minutes d'entretien.

Il évoque très vite son caractère **AGRESSIF** qu'il nuance avec le modalisateur « un p'tit peu ». Le médecin passe alors à un domaine sémantique inquiétant, voire effrayant : *noir, nécrotique* (même si on ne connaît ce mot, on entend le préfixe morbide « nécro » de nécrologie qui s'apparente à la mort, *détruit* (le constat d'un subi, qui se rapporte à la cassure, la brisure, la démolition irréversible), *agressivité, blanchâtre* (qui s'éloigne du blanc, symbole de la pureté, du sain)

Pour qui est informé, ce sont les critères du malin (M32, M34), pour qui ne l'est pas, ce sont les critères de l'inquiétant, créant ainsi un climat de tension.

C'est le concept « **LESION TUMORALE** » qui est personnalisé « elle » comme un acteur vivant, actif « elle capte », un acteur vivace, robuste et résistant « évolue sur plusieurs années ».

Ces représentations sont ancrées fortement dans le réel par l'introduction du connecteur causal « quand » (Benzitoun, 2008) : *quand on a* ... Ici le médecin, annonce au patient sous une forme syllogistique le diagnostic :

- 1/ Il positionne le patient dans l'IRM (corps entier)
- 2/ Il réduit le patient à l'image cérébrale
- 3/ L'image représente une lésion tumorale
- 4/ Quand *on* a cette image (donc le patient = on), c'est un signe *plutôt* d'agressivité
- 5/ le patient a cette image
- 6/ La probabilité bascule vers la gravité.

La fille manifeste une écoute active par ses réactions « hum, ouais, oui, d'accord... ». Le patient est muet. Son épouse aussi. La fille occupe la position d'interlocuteur latéral (Trognon, 1993).

C'est ainsi un polylogue parce qu'en s'adressant au patient, l'intervention du médecin est publique et chaque participant au polylogue occupe une place spécifique. De M12 à M44, on observe essentiellement une interaction langagière médecin-fille, le patient et son épouse sont présents mais silencieux.

Le médecin poursuit ses explications en amenant la notion de **TUMEUR PRIMITIVE** (M40) en s'adressant toujours au patient (*plutôt que d'une métastase par exemple d'un cancer que vous auriez ailleurs*) malgré la place prise par la fille et en restant sur un mode hypothétique quant au diagnostic, mais en plaçant cette éventualité comme étant de l'ordre du possible (M42). En insistant sur la dimension collégiale (*nous, on a pris la décision de...*) de la prise de décision initiale concernant la chirurgie (M44), le médecin semble vouloir montrer que la prise en charge ne repose pas uniquement sur lui mais que les choix restent pris à plusieurs. De là il arrive à la situation actuelle, justifiant au préalable a posteriori les décisions prises au vu de la situation clinique antérieure du patient.

2 – Centration sur le patient

Dès lors le médecin ouvre la discussion à l'échange en interrogeant le patient sur le vécu de l'intervention chirurgicale et en s'intéressant à la symptomatologie. Le patient va alors pour la première fois prendre la parole en étant concis quant à son ressenti (P45 : « *Y'a rien à dire* ») ce qui amène le médecin à préciser sa demande (M46 *pas de douleur ?*) et la fille de répondre à la place de son père (F47 *il a jamais eu de douleur*). Le médecin

va de nouveau tenter de faire réagir le patient (M48) mais la fille va de suite répondre à la place de son père (F49), celui-ci ne faisant que valider les propos de cette dernière (P50).

M48: Pas de, d'aggravation post-opératoire de votre état général ou neurologique, non ?

F49 : non

P50: rien du tout

F51 : quand ?

M52: Quand vous comparez votre état comment vous étiez euh, à l'entrée et votre état maintenant, vous dites, diriez quoi ?

F53 (s'adresse à son père) : avant d'être opéré et puis maintenant ?

P54: ben je me trouve tout à fait à l'aise

M55: Mais par rapport à avant l'opération. Juste avant l'opération quand vous étiez hospitalisé par rapport à là, par rapport à mi-mars. Plutôt, un p'tit peu aggravé par l'opération ou plutôt même d'ailleurs les deux peuvent se voir, plutôt soulagé ?

P56: soulagé

M57: Hum

P58: soulagé parce que on sent qu'on a avancé

On observe que le médecin, en posant une question disjonctive obtient une réponse concluante mais c'est le sens des mots sur lequel ils ne sont pas d'accord :

Soulagé dans le discours du médecin signifie soulagement somatique (R1) ; le patient accepte la proposition du médecin mais justifie sa réponse en référence à un autre domaine qui est le domaine de la sensation, du ressenti, du psychologique (R2).

M55	Aggravé par l'opération OU soulagé	question disjonctive	R1
P56	soulagé	Réponse concluante	R1
M57	humm	Phatique	R1
P58	Soulagé parce que on sent qu'on a avancé	Justification	R2
M59	Mais...	Opposition	R1
(...)		Enquête	R1
M100	soulagé par l'intervention	Réponse concluante	R1

Ici, on observe un bel exemple de l'ambiguïté qui est introduite par la question disjonctive.

Ensuite le médecin cherche à obtenir des informations sur la vie du patient depuis les premiers troubles. L'épouse va alors pouvoir participer à l'échange en donnant des éléments de réponse sur la vie quotidienne, en essayant de mettre en avant des aspects qui auraient pu alerter (E84).

Le médecin va alors résumer ces éléments et faire un point sur l'évolution clinique pré-diagnostique (M96). Il essaye de faire restituer l'histoire de la maladie. C'est l'épouse qui la relate en détails.

Puis le médecin s'appuie de nouveau sur l'imagerie pour poursuivre et aborder la situation actuelle après la chirurgie (M102, M104). L'épouse va intervenir à plusieurs reprises, posant même une question (E105) et montrant ainsi son effort de compréhension.

Dès lors le médecin introduit la notion de **RESIDU DE LA TUMEUR** (M106) et développe un discours très technique, inaccessible à un non professionnel, en impliquant par exemple l'anatomopathologie pour finalement énoncer le diagnostic et utiliser le mot **GLIOBLASTOME** (on est au 106^{ème} tour de parole, c'est-à-dire à 9 minutes 50 secondes) et l'expliquer. Le neurologue se prête à un exposé didactique, il fait cours (*les neurones d'un côté, la glie, ce qu'on appelle la glie g.l.i.e (...)* *Quand on a une tumeur, où qu'elle soit dans l'organisme, c'est quoi une tumeur, c'est des cellules qui se multiplient sans régulation*).

Apparaît en M106, présentée comme la confirmation de l'hypothèse posée en M30, une salve de concepts : « *tumeur* », « *tumeur primitive* », qui vont jusqu'à être liés pour ne faire qu'une entité réunissant les trois critères de gravité : « **TUMEUR MALIGNE CANCEREUSE** », et le niveau le plus élevé dans les grades de sévérité (**GRADE 4**), « *tumeur qui s'est développée au dépens des cellules qui sont autour des neurones* ».

L'épouse semble attentive au discours du médecin délivrant toutes ces informations (E107). Elle complète ses phrases, elle répond aux questions, tout se passe comme si elle était captée, emportée par le discours. On observe ici une **complétude interactionnelle**.

M112: Voilà, on sait que sans traitement complémentaire, ce type de tumeur évolue vers la récurrence et la malignité de ce type de tumeur c'est surtout une malignité, euh, locale ou loco-régionale alors que l'endroit où elle se trouve

P113: d'accord

M114: ça n'est pas une malignité générale...

E115 : elle peut pas s'déplacer euh...

M116: *Voilà au sens où c'est exceptionnel, hein, quasiment jamais, quasiment jamais, normalement on dit qu'il n'y a pas de métastase pulmonaire ou autre, alors ça peut arriver ça a déjà été rapporté mais c'est vraiment...*

E117 : exceptionnel

M118: *Des moutons à cinq pattes, voilà, des choses très très exceptionnelles, (...) la problématique essentielle de ce type de tumeur c'est le contrôle local. C'est tout faire pour diminuer au maximum ou retarder au maximum le risque de récurrence. Sans traitement complémentaire, ce risque il est très important mais c'qu'on va vous proposer c'est ce dont je vais vous parler maintenant c'est du traitement que nous proposons habituellement pour diminuer ce risque de récurrence.*

A partir de là, le discours bascule vers le champ sémantique du contrôle de la maladie, de l'action de diminuer au maximum, de retarder au maximum le risque de récurrence. Le patient et sa famille ne peuvent qu'interpréter ces propos comme une reprise en main de la maladie par le médecin qui d'ailleurs s'apprête à énoncer des propositions. On glissait vers la gravité et c'est un espoir d'amélioration qui apparaît maintenant.

3 – Abord des traitements spécifiques

Maintenant c'est la tumeur qui est présentée comme inapte. Elle ne peut (finalement pas ? au moins pas ?) se déplacer. alors que jusqu'à présent elle était personnifiée et omnipotente. Le médecin introduit la question des traitements en mettant en avant leur intérêt premier qui est « diminuer au maximum ou retarder au maximum le risque de récurrence » (M118). Sur ce sujet nous constatons que le patient et son épouse sont attentifs. Mais on observe une rupture brutale dans l'annonce des « bonnes nouvelles » :

I123: *Monsieur Albert, le neurochirurgien M.F vous a dit qu'il avait mis des pastilles non dans la cavité opératoire ?*

P124: *ils ont pas pas pu*

E125 : *non non ils ont pas pu*

I126: *ils ont pas pu ?*

E127 : *non parce que y avait un liquide je sais plus...*

M128: *Quand ils ont ouvert le ventricule et quand on ouvre le ventricule c'est qu'en théorie on a une contre-indication*

I129: *Il vous a dit qu'il avait pas pu les mettre d'accord d'accord*

L'intervention de l'infirmière crée une **césure radicale** dans le fil du discours, non adaptée. On peut s'interroger sur son intention, et la pertinence de son incursion. La non félicité de son incursion crée un revirement sémantique (espoir / désespoir) de I123 à I129. S'ensuit un discours d'explication à nouveau très technique du médecin.

Mais le médecin, aguerri, semble rapidement reprendre le cours de son argumentation. Il présente les alternatives thérapeutiques, ce qui lui donne l'occasion de se saisir des aspects positifs de la situation en mettant en avant les caractéristiques individuelles positives du patient. Ce discours est immédiatement capté et renforcé par la famille qui valorise la robustesse du patient : il est prêt à supporter le meilleur traitement, il réunit les conditions requises.

M131: (...) *plus on a un bon état général plus on a envie de traiter les gens au-delà de 70 ans comme les patients de moins de 70 ans. Dans votre cas j'avoue que j'ai pas beaucoup d'arrière-pensées et que je vous proposerai non pas un patient, le traitement des patients de plus de 70 ans mais le traitement standard, hum.*

E132 : *oui parce que jusque-là il avait jamais eu, il était jamais malade, il était très actif*

F133 : *costaud quoi*

M134: *Hum*

E135 : *tout le monde disait 'Michel il est costaud comme'...et puis c'est vrai, c'est pour ça qu'ça nous est tombé dessus. Son père est décédé à 94 ans*

F136 : *en ayant connu les deux guerres mondiales, non mais c'est vrai qu'il est jamais malade c'est ça qui, ça nous est arrivé, tomber dessus parce que*

M137: *hum hum*

Fort de ses qualités qu'on lui attribue, le patient refait surface (P154). Il s'exprime, pose des questions précises, cherche à identifier l'ennemi. Il est fort et robuste, certes, mais son corps a failli. Il n'a pas senti venir le mal, et il est en quête de sens. Il s'adresse alors à celui qui est supposé apporter une *piste* de réponse. Dès lors, surviennent sur la scène de l'entretien, les **mécanismes de rationalisation** classiques : il y a un ennemi supposé, il est circonscrit, c'est l'industrie chimique (Bayer).

P154 : *vous ne connaissez les autres origines ? Comment ça se développe ?*

M155: *La cause ?*

F156 : *oui enfin la cause surtout*

P157 : *oui vous avez des pistes là-dessus ?*

M158: *Non, euh, non on patine un p'tit peu depuis plusieurs années y a eu plusieurs hypothèses mais aucune n'a clairement pu être confirmée que ce soit des facteurs d'environnement, chimique ou des phyto-sanitaires engrais pesticides ou des ...*

E159 : *parce qu'il est, on est...en fait il est apiculteur*

P160: et on s'bat contre les pesticides et les grandes firmes

M161: *hum c'est bien, c'est hum euh, ce dont on a, on s'entoure là c'est ça euh*

E162 : *Bayer*

P163: *Bayer oui*

M164: *oui Bayer hum, alors c'est une piste avec quelques, euh, alors le problème c'est que on a, en fait on n'a pas beaucoup de données sur les tumeurs cérébrales*

P165: *ben oui, on n'a rien*

Le médecin qui s'est adapté avec souplesse au courant de la conversation, revient résolument sur son thème discursif central : **le traitement** « *Ouais, hum alors j'reviens un p'tit peu au traitement* ». On assiste alors à une description très détaillée des traitements, de leurs effets attendus et indésirables, Il introduit les termes **RADIOThERAPIE** et **CHIMIOThERAPIE**. L'épouse, par ses réactions phatiques, manifeste qu'elle est très attentive (E190), ce qui traduit une forme d'implication dans le parcours de la maladie à venir notamment à domicile. Néanmoins, le patient semble écouter le médecin et manifeste son accord (de surface ?) de temps à autre (P198). On observe ensuite, une présentation quasi-exhaustive des thérapeutiques proposées avec en particulier les effets secondaires (M199) ; le patient fait preuve encore une fois de son écoute active par un acquiescement (P208 « *D'accord* »).

Enfin le médecin va terminer son explication du parcours thérapeutique détaillé (M209, M211), sans être interrompu par le patient, ce dernier signifiant son écoute (P214 : « *d'accord* », P222 : « *c'est clair* », P224 : « *très clair* »). On observe un véritable engagement thérapeutique de la part de l'équipe par le médecin (P219 : on vous r'verra. Notons qu'à aucun moment, le patient n'a exprimé de reformulations qui, elles-seules, auraient pu témoigner de sa compréhension.

4 – Le suivi

Le médecin va évoquer la **PROGRESSION** de la maladie en présentant d'abord la poursuite possible de la chimiothérapie si la situation clinique se stabilise puis en expliquant la modification du traitement si la maladie évolue. Il ne développera pas plus ce sujet mais ouvrira l'échange en questionnant le patient (M227 et M229). Si dans un premier temps le patient dira ne pas avoir de question (P228 et P230), il va malgré tout demander des précisions sur le rôle de la chimiothérapie (P231).

F233 : *est-ce qu'on peut en **guérir complètement** de ce genre de tumeur ?*

M234: *Alors, hum, on est assez **prudent** en terme de **guérison** parce qu'on sait que ce **risque de récidive** il existe et il est très important donc*

C'est la fille qui, restée silencieuse pendant un certain temps, va reprendre la parole pour poser la question fatale du pronostic (F233). C'est une question propositionnelle en oui/non qui, en tant que telle, n'obtient pas de réponse concluante. En réponse, le médecin associe **PRUDENCE**, **GUERISON** et **RECIDIVE** versus **RISQUE DE RECIDIVE**, **PERSISTER** et **TOUJOURS** versus **RAREMENT DE GUERISON**.

Il va en effet plutôt aborder le sujet en parlant de risque de **RECIDIVE** quasi-systématique (M234). L'épouse signifie son accord (de surface ?) (E235). Le médecin tente de relativiser en insistant sur le but premier qui est le maintien de la qualité de vie (M236 : « *vous meniez la vie la plus normale possible* » ; « *moins d'inconfort possible* »).

La fille rebondit sur ces informations et se demande si des contraintes alimentaires existent avec cette maladie, notamment à cause de la cortisone (F239). C'est alors l'infirmière qui va prendre la parole brièvement pour apporter quelques explications à ce sujet (I241). Dès lors une véritable interaction s'engage entre les partenaires de la consultation : médecin, patient et sa famille.

Enfin, suite à l'évocation de troubles physiques par le patient et validés par la famille, le médecin procède à un examen clinique, perçoit un probable déficit visuel et demande un examen complémentaire pour investiguer une douleur.

2 - *Avancée conversationnelle des termes*

Le premier terme employé par le médecin pour évoquer la maladie est celui de masse. Il apparaît assez tôt dans le discours du médecin (M12) et se lie à la localisation cérébrale (M29) en précisant la nature *agressive* (M29). La notion de *masse* n'est cependant utilisée que deux fois par le médecin qui va rapidement utiliser le terme de tumeur (M30) pour poursuivre son discours et ce à 53 reprises lors de la consultation d'annonce. C'est d'ailleurs ce terme qui sera repris par la fille à deux reprises (F140 / F233) pour aborder la maladie.

Le médecin va ensuite parler de lésion (M34) et d'œdème (M36) pour décrire la maladie.

Le terme métastase ne correspondant pas à la réalité de la maladie chez ce patient le médecin va rarement employer ce terme (M42) alors qu'étonnamment la réalité ne sera décrite par le mot cancer que cinq fois par le médecin et jamais par le patient ou son entourage présent à la consultation.

L'oncologue aborde alors longuement la chirurgie (M44) et introduit la notion de résidu (M102) pour signifier au patient que malgré l'intervention la maladie reste présente. C'est à cet instant que le médecin va annoncer

clairement le nom de la maladie, à savoir glioblastome (M106). Ce terme sera prononcé six fois par le médecin seul et ne sera jamais repris par le patient ou l'entourage. Il emploiera dans le même tour de parole (M106) la notion de malignité et ce à six reprises dans cet entretien pour caractériser la maladie. La description de la nature de la maladie passera par l'explication de la classification par grade (M110) et surtout son caractère incurable sera abordé six fois via le terme récidive (M112). La classe de la pathologie, en l'occurrence le gliome, ne sera évoquée qu'une seule fois par le médecin (M131).

Puis le médecin va prendre le temps d'aborder la question des traitements, en débutant et reprenant souvent la radiothérapie (M189), cette dernière étant également abordée deux fois par l'infirmière au cours de la consultation (I216). Le terme de rayon(s) sera lui-aussi employé à de nombreuses reprises par le médecin (M189), de même que la notion de chimiothérapie (M189).

En conclusion il apparaît que le médecin aborde progressivement la maladie, en débutant par des termes généraux tout en introduisant la notion de gravité et de tumeur, le mot cancer n'étant pas précocement prononcé dans la consultation. Il décrit la nature de la maladie, la nomme et aborde enfin les traitements à mettre en place pour tenter de limiter l'évolution défavorable.

Il est à noter que ces éléments donnés en premier lieu au patient ne seront jamais repris par ce dernier. L'épouse ne questionnera pas non plus le médecin quant à ces éléments d'information. Seule la fille va rebondir sur deux notions, à savoir celle de tumeur à deux reprises et celle de chimiothérapie vers la fin de l'entretien. Voici ces trois interventions qui montrent qu'elle se préoccupe :

- du traitement et de ses effets

F231 : le rôle de la chimio, c'est ?

- des signes précurseurs de la maladie, se demandant peut-être si elle – ou d'autres – aurait pu s'apercevoir plus tôt des premiers signes de la pathologie

F140 : ça a pas commencé avant le mois d'janvier, j'veux dire la la tumeur elle-même s'est développée ?

- du pronostic de la maladie

F233 : est-ce qu'on peut en guérir complètement de ce genre de tumeur ?

3 - Repère des termes spécifiques (furet)

Occurrence :

<u>Termes « maladie »</u>	<u>CS1</u>	<u>Termes « traitements »</u>	<u>CS1</u>
<i>Masse</i>	2M	<i>Chirurgie</i>	7M
<i>Tumeur(s)/ tumorale(s)</i>	53M	<i>Radiothérapie</i>	29M
	2F		1I
<i>Lésion</i>	8M	<i>Rayon</i>	21M
<i>Cancer/euse</i>	5M	<i>Chimiothérapie</i>	21M
			1F
<i>Glioblastome(s)</i>	5M		
<i>Gliome</i>	1M		
<i>Malin</i>	6M		

III – ANALYSE INTERACTIONNELLE :

A – La notion de masse :

E9 : non non mais le scanner après l'opération

M10 : des fois oui c'est un scanner ou une IRM, Ok, on va regarder d'accord, donc ça vous avez été opéré c'était ?

E11 : 26

*M12 : donc 16 mars c'est l'IRM préopératoire et ça c'est le scanner pré-opératoire donc en fait on partait de là quand vous avez été hospitalisé effectivement on a découvert cette **masse**, cette **masse** c'est un terme général, ça préjuge pas de l'origine quand on dit ça, qui est située là vous imaginez que vous êtes couché sur le dos*

F13 : oui

M14: Les pieds sont vers la fenêtre et en fait le front est ici

F15 :d'accord

La notion de *masse*, bien que déjà identifiée comme étant la maladie (*cette masse*), n'est pas reprise par les interactants très certainement car le médecin l'introduit dans le discours en minimisant son intérêt, tant sémantique (*c'est un terme général*) qu'informatif (*ça préjuge pas de l'origine*). En outre il enchaîne avec l'explication de la lecture de l'imagerie, ce qui nécessite de la part du patient et des proches une attention et une concentration (*vous imaginez que vous êtes couché sur le dos*).

B – La notion de tumeur :

M30: donc là ça se fixe, alors quand on voit cette image là notre hypothèse est plutôt celle effectivement d'une tumeur au sens large du terme sans que nous puissions préciser la nature de la tumeur sur l'image. Alors, on sait situer sa topographie, c'est le lobe temporal du côté droit, y a des signes qui nous font penser quand même qu'elle est un p'tit peu agressive, c'est trois, trois choses : un, vous voyez qu'au centre elle est un peu noire là...

(...)

M40: et là c'est l'œdème, voilà. Donc c'qu'on pouvait dire sur l'imagerie préopératoire, c'était que la lésion était plutôt tumorale, avec des signes radiologiques d'agressivité et cette présentation pour nous va plus dans le sens d'une tumeur primitive, donc une tumeur qui s'est développée directement au niveau du cerveau

(...)

M106: (...)Ca va dans le sens de l'hypothèse que nous avons formulée avant l'intervention à savoir : un ça confirme que c'est bien une tumeur, déjà, hum, deux, que cette tumeur est une tumeur primitive du cerveau et pas la métastase d'un cancer qui se trouve ailleurs, ça ça va bien avec la présentation radiologique, trois, heu, qu'il s'agit d'une tumeur maligne, cancéreuse, hum, et quatre, c'est une tumeur qui s'est développée au dépend des cellules qui sont autour des neurones, donc, dans le cerveau, y a les neurones d'un côté, la glie, ce qu'on appelle la glie g.l.i.e de l'autre, c'est toutes les cellules qui sont autour des cellules nerveuses. Quand on a une tumeur, où qu'elle soit dans l'organisme, c'est quoi une tumeur, c'est des cellules qui se multiplient sans régulation

(...)

F140 : *ça a pas commencé avant le mois d'janvier, j'veux dire la la tumeur elle-même s'est développée ?*

La notion de **tumeur** est amenée par le médecin en M30 qui s'appuie sur l'imagerie pour formuler l'hypothèse de la présence d'une telle entité sans en préciser ses propriétés. Il s'agit ainsi d'une tumeur. Néanmoins, cette hypothèse semble déjà se vérifier dans la tête du médecin puisqu'il poursuit en l'identifiant (*la tumeur*) et en en donnant même certains aspects (*sa topographie, un p'tit peu agressive*). En M40 il informe de son origine (*une tumeur qui s'est développée directement au niveau du cerveau*). Le médecin va en M106 résumer les informations transmises sur la tumeur. Il semble ainsi respecter les maximes de quantité en étant autant informatif que nécessaire, de qualité en apportant des preuves à son diagnostic, de manière en étant organisé et de pertinence. Ceci invite alors la fille du patient en F140 à creuser le sujet et à en savoir encore plus.

*M232: complémentaire à celui de la chirurgie, complémentaire à celui de la radiothérapie, en fait quand on est confronté à ce type de **tumeur**, on pense que, c'est pas on pense, on sait qu'y a la partie , ça c'est le cerveau, j'dis n'importe quoi, ça c'est c'qu'on voit sur l'IRM, en fait ce type de tumeur, on sait qu'elle a tendance à infiltrer le cerveau adjacent, donc c'est c'qu'on voit sur le plan radiologique, mais on sait que dans la couronne, en fait dans l'oedème que je vous ai montré tout à l'heure, c'qui a autour, y a d'l'oedème c'est sûr mais y a aussi des **cellules tumorales** infiltrées, qui vont être d'ailleurs à l'origine de la récidive. Donc en fait, le fait de faire , la chirurgie déjà, on va r'tirer l'plus gros mais sait qu'on laisse des **tumeurs** tout autour, on complète par la radiothérapie, le but étant de détruire les **cellules tumorales résiduelles** et le but de la chimiothérapie c'est d'agir en complément de la radiothérapie, c'est un traitement adjuvant qui vise là encore hein, à empêcher la prolifération, à réduire le risque voire les **cellules tumorales** qui entourent la cavité opératoire de se remettre à proliférer.*

F233 : est-ce qu'on peut en guérir complètement de ce genre de tumeur ?

En abordant la dimension des traitements, le médecin va amener la fille du patient à poser la question tant redoutée, à savoir celle du pronostic de ce type de tumeur. Cela étant, la formulation employée laisse suggérer que l'information reçue n'est pas précise puisqu'elle aboutit à un paradoxe : *guérir complètement*. En effet, que signifie *guérir complètement* ? Dans l'absolu, soit nous le sommes, soit nous ne le sommes pas. Le médecin décrit l'effet de la chirurgie (*on va r'tirer l'plus gros mais sait qu'on laisse des **tumeurs** tout autour*) puis complète par des informations sur le but de la radiothérapie (*détruire les **cellules tumorales résiduelles***) et de la chimiothérapie (*empêcher la prolifération, à réduire le risque voire les **cellules tumorales** qui entourent la cavité opératoire de se remettre à proliférer*). Il ne respecte pas ainsi le principe de manière en étant ambigu.

C – La notion de lésion

M34: et quand on a une lésion tumorale qui capte le produit de contraste, c'est plutôt un signe d'agressivité et troisième point, c'est une autre coupe, c'est celle-là, vous voyez que, la lésion présumée tumorale est ici mais que autour on a en fait une espèce de zone blanchâtre

F35 : ouais

M36: qui elle correspond à l'oedème et l'oedème c'est euh, en fait quand le cerveau il est comprimé il produit toujours un gros oedème et y a d'autant plus d'oedème que l'installation de la tumeur est rapide, hmm, une lésion tumorale qui évolue sur plusieurs années en fait y a quasiment pas d'oedème puisque y a des mécanismes d'adaptation qui se mettent en place alors que là, quand ça évolue plutôt rapidement, vous voyez tout ça c'est l'oedème, tout ce qu'on voit ici...

F37 : d'accord

M38: autour, en fait la lésion elle est là

F39 : oui

M40: et là c'est l'oedème, voilà. Donc c'qu'on pouvait dire sur l'imagerie préopératoire, c'était que la lésion était plutôt tumorale, avec des signes radiologiques d'agressivité et cette présentation pour nous va plus dans le sens d'une tumeur primitive, donc une tumeur qui s'est développée directement au niveau du cerveau

(...)

M110: Bon en fait les tumeurs cérébrales sont classées en grade d'agressivité croissante, chez un adulte ça peut être un grade 2 un grade 3 ou un grade 4 et les glioblastomes, je vous ai dit que ça correspondait à une tumeur maligne cancéreuse ça correspond à des tumeurs de grade 4. Alors, ça c'est l'explication de la nature de la lésion tumorale, ça veut dire aussi, c'est l'explication qui est liée à la nature que si nous ne faisons pas de traitement, si on arrête là, on peut arrêter là mais déjà je pense qu'y a un p'tit résidu en arrière et en dedans et même s'il n'y avait pas de résidu visible sur le plan radiologique

(...)

M131: Alors en fait, voilà en fait ça fait une bonne transition parce que le traitement complémentaire de temps en temps on peut le faire commencer pendant l'opération pour deux raisons : la première c'est qu'on retire la lésion tumorale donc même si la démarche elle va nous servir à avoir le diagnostic, c'est aussi le premier temps du traitement et on peut éventuellement y associer la mise en place de pastille dans la cavité opératoire, euh, juste des pastilles quand on a de fortes probabilités de penser qu'il s'agit d'un glioblastome, d'un gliome malin et on demande la plus souvent une

confirmation par un examen extemporané qui est une analyse rapide mais qui n'est pas l'examen de certitude et là en fait il l'a pas fait parce qu'effectivement il a ouvert la partie centrale là en noir où y a du liquide et quand on ouvre la partie où y a du liquide c'est une contre-indication à mettre en place les pastilles. Alors en l'absence de pastilles mises en place, quels sont les traitements? Alors les traitements ils sont extrapolés d'une étude qui concernait c'est pour ça que je vous ai redemandé votre âge et qui concernait les patients de moins de 70 ans. Y a des gens qui jusqu'à maintenant euh ont considéré et continuent à considérer qu'on doit pas forcément donner le même traitement avant et après 70 ans, mais en fait c'est une barrière qui est arbitraire, hum, on considère beaucoup plus l'état général et physiologique que l'âge de l'état civil et que on peut avoir 70 ans et être en excellent état général comme vous l'êtes comme on peut avoir 70 ans et cumuler plein de pathologies différentes. En gros l'état d'esprit c'est de se dire, que plus l'âge est élevé, sous-entendu plus les pathologies sont nombreuses ou plus l'état général est altéré moins on va être agressif et plus on a un bon état général plus on a envie de traiter les gens au-delà de 70 ans comme les patients de moins de 70 ans. Dans votre cas j'avoue que j'ai pas beaucoup d'arrière-pensées et que je vous proposerai non pas un patient, le traitement des patients de plus de 70 ans mais le traitement standard, hum.

(...)

M186: Donc, tout ça pour répondre à la question, que on sait pas, voilà, on sait pas les causes, euh, c'qui peut favoriser la survenue d'une telle lésion tumorale, alors ça augmente probablement avec l'âge, l'âge moyen au diagnostic c'est plutôt autour de la soixantaine mais bon y en a chez l'enfant aussi, hein

Lorsque le médecin va prononcer le terme *lésion*, il va l'associer à chaque fois à la notion de *tumeur* (*tumorale*). Celle-ci étant socialement plus connue et redoutée car associée très souvent au cancer, nous pouvons supposer que la notion de *lésion* est effacée au profit de celle de *tumeur*, d'où sa non évocation par le patient et/ou ses proches. Ainsi le principe de pertinence semble défaillant.

D – La notion de cancer

M42: plutôt que d'une métastase par exemple d'un cancer que vous auriez ailleurs. (...)

(...)

M106: (...) Ca va dans le sens de l'hypothèse que nous avons formulée avant l'intervention à savoir : un ça confirme que c'est bien une tumeur, déjà, hum, deux, que cette tumeur est une tumeur primitive du cerveau et pas la métastase d'un cancer qui se trouve ailleurs (...)

(...)

MI166: *parce que ce sont des tumeurs rares, hum. Si on prend toutes les tumeurs diagnostiquées dans l'organisme, les tumeurs cérébrales on dit qu'il y a entre 1 et 2% donc, en gros ça intéresse pas beaucoup de monde, les gens préfèrent beaucoup faire des études sur les cancers du colon, du poumon, du sein*

Concernant le terme *cancer*, il est toujours utilisé par le médecin pour aborder une situation autre que celle du patient. Le professionnel enfreint le principe de pertinence.

MI106: (...) *Donc là, mon collègue conclut à un glioblastome, hum, alors, c'est quoi un glioblastome ? Ca va dans le sens de l'hypothèse que nous avons formulée avant l'intervention à savoir : un ça confirme que c'est bien une tumeur, déjà, hum, deux, que cette tumeur est une tumeur primitive du cerveau et pas la métastase d'un cancer qui se trouve ailleurs, ça ça va bien avec la présentation radiologique, trois, heu, qu'il s'agit d'une tumeur maligne, cancéreuse, hum, et quatre, c'est une tumeur qui s'est développée au dépend des cellules qui sont autour des neurones, donc, dans le cerveau, y a les neurones d'un côté, la glie, ce qu'on appelle la glie g.l.i.e de l'autre, c'est toutes les cellules qui sont autour des cellules nerveuses. Quand on a une tumeur, où qu'elle soit dans l'organisme, c'est quoi une tumeur, c'est des cellules qui se multiplient sans régulation*

(...)

MI110: *Bon en fait les tumeurs cérébrales sont classées en grade d'agressivité croissante, chez un adulte ça peut être un grade 2 un grade 3 ou un grade 4 et les glioblastomes, je vous ai dit que ça correspondait à une tumeur maligne cancéreuse ça correspond à des tumeurs de grade 4. Alors, ça c'est l'explication de la nature de la lésion tumorale, ça veut dire aussi, c'est l'explication qui est liée à la nature que si nous ne faisons pas de traitement, si on arrête là, on peut arrêter là mais déjà je pense qu'y a un p'tit résidu en arrière et en dedans et même s'il n'y avait pas de résidu visible sur le plan radiologique*

Concernant la notion de *cancéreuse*, elle est associée elle-aussi à la notion de tumeur qui sera davantage développée par le médecin. Le principe de manière n'est pas respecté, étant finalement flou dans les informations.

E – La notion de glioblastome

M106: (...) Donc là, mon collègue conclut à un glioblastome, hum, alors, c'est quoi un glioblastome ? Ca va dans le sens de l'hypothèse que nous avons formulée avant l'intervention à savoir : un ça confirme que c'est bien une tumeur, déjà, hum, deux, que cette tumeur est une tumeur primitive du cerveau et pas la métastase d'un cancer qui se trouve ailleurs, ça ça va bien avec la présentation radiologique, trois, heu, qu'il s'agit d'une tumeur maligne, cancéreuse, hum, et quatre, c'est une tumeur qui s'est développée au dépend des cellules qui sont autour des neurones, donc, dans le cerveau, y a les neurones d'un côté, la glie, ce qu'on appelle la glie g.l.i.e de l'autre, c'est toutes les cellules qui sont autour des cellules nerveuses. Quand on a une tumeur, où qu'elle soit dans l'organisme, c'est quoi une tumeur, c'est des cellules qui se multiplient sans régulation

E107 : hum

M108: alors que normalement elles doivent pas se multiplier ou très peu. Qu'est-ce qui s'est multiplié? C'est pas vos cellules nerveuses, c'est les cellules qui sont autour des cellules nerveuses. Me terme général de ces cellules là ça s'appelle la glie et en l'occurrence le nom de la tumeur s'appelle un glioblastome.

E109 : hum hum

M110: Bon en fait les tumeurs cérébrales sont classées en grade d'agressivité croissante, chez un adulte ça peut être un grade 2 un grade 3 ou un grade 4 et les glioblastomes, je vous ai dit que ça correspondait à une tumeur maligne cancéreuse ça correspond à des tumeurs de grade 4. Alors, ça c'est l'explication de la nature de la lésion tumorale, ça veut dire aussi, c'est l'explication qui est liée à la nature que si nous ne faisons pas de traitement, si on arrête là, on peut arrêter là mais déjà je pense qu'y a un p'tit résidu en arrière et en dedans et même s'il n'y avait pas de résidu visible sur le plan radiologique

P111: Y en aurait

(...)

M131: Alors en fait, voilà en fait ça fait une bonne transition parce que le traitement complémentaire de temps en temps on peut le faire commencer pendant l'opération pour deux raisons : la première c'est qu'on retire la lésion tumorale donc même si la démarche elle va nous servir à avoir le diagnostic, c'est aussi le premier temps du traitement et on peut éventuellement y associer la mise en place de pastille dans la cavité opératoire, euh, juste des pastilles quand on a de fortes probabilités de penser qu'il s'agit d'un glioblastome, d'un gliome malin et on demande la plus souvent une confirmation par un examen extemporané qui est une analyse rapide mais qui n'est pas l'examen de

certitude et là en fait il l'a pas fait parce qu'effectivement il a ouvert la partie centrale là en noir où y a du liquide et quand on ouvre la partie où y a du liquide c'est une contre-indication à mettre en place les pastilles. Alors en l'absence de pastilles mises en place, quels sont les traitements? Alors les traitements ils sont extrapolés d'une étude qui concernait c'est pour ça que je vous ai redemandé votre âge et qui concernait les patients de moins de 70 ans. Y a des gens qui jusqu'à maintenant euh ont considéré et continuent à considérer qu'on doit pas forcément donner le même traitement avant et après 70 ans, mais en fait c'est une barrière qui est arbitraire, hum, on considère beaucoup plus l'état général et physiologique que l'âge de l'état civil et que on peut avoir 70 ans et être en excellent état général comme vous l'êtes comme on peut avoir 70 ans et cumuler plein de pathologies différentes. En gros l'état d'esprit c'est de se dire, que plus l'âge est élevé, sous-entendu plus les pathologies sont nombreuses ou plus l'état général est altéré moins on va être agressif et plus on a un bon état général plus on a envie de traiter les gens au-delà de 70 ans comme les patients de moins de 70 ans. Dans votre cas j'avoue que j'ai pas beaucoup d'arrière-pensées et que je vous proposerai non pas un patient, le traitement des patients de plus de 70 ans mais le traitement standard, hum.

E132 : oui parce que jusque là il avait jamais eu, il était jamais malade, il était très actif

F133 : costaud quoi

M134: Hum

Le terme *glioblastome*, nom scientifique de la maladie du patient, est prononcé à 5 reprises par le médecin dans cet entretien. Nous constatons assez aisément qu'il est complètement noyé dans un vocabulaire médical complexe et que la stratégie employée par le professionnel pour transmettre le message, ou en d'autres termes, pour annoncer, ne permet pas au patient et à son entourage de capter l'information, pris sous un flux incessant de parole. En effet, à travers un jeu de questions/réponses, le médecin tente d'informer mais finalement, il laisse ainsi peu de place aux échanges voire à la réflexion et in fine à l'intégration du terme. A cet instant, il est impossible de savoir si ce mot a été entendu par les protagonistes puisqu'il n'y a pas d'interaction. Les principes de quantité et de pertinence sont largement bafoués.

F – La notion de gliome

M131: Alors en fait, voilà en fait ça fait une bonne transition parce que le traitement complémentaire de temps en temps on peut le faire commencer pendant l'opération pour deux raisons : la première c'est qu'on retire la lésion tumorale donc même si la démarche elle va nous servir à avoir le diagnostic, c'est aussi le premier temps du traitement et on peut éventuellement y associer la mise en

place de pastille dans la cavité opératoire, euh, juste des pastilles quand on a de fortes probabilités de penser qu'il s'agit d'un glioblastome, d'un gliome malin et on demande la plus souvent une confirmation par un examen extemporané qui est une analyse rapide mais qui n'est pas l'examen de certitude et là en fait il l'a pas fait parce qu'effectivement il a ouvert la partie centrale là en noir où y a du liquide et quand on ouvre la partie où y a du liquide c'est une contre-indication à mettre en place les pastilles. Alors en l'absence de pastilles mises en place, quels sont les traitements? Alors les traitements ils sont extrapolés d'une étude qui concernait c'est pour ça que je vous ai redemandé votre âge et qui concernait les patients de moins de 70 ans. Y a des gens qui jusqu'à maintenant euh ont considéré et continuent à considérer qu'on doit pas forcément donner le même traitement avant et après 70 ans, mais en fait c'est une barrière qui est arbitraire, hum, on considère beaucoup plus l'état général et physiologique que l'âge de l'état civil et que on peut avoir 70 ans et être en excellent état général comme vous l'êtes comme on peut avoir 70 ans et cumuler plein de pathologies différentes. En gros l'état d'esprit c'est de se dire, que plus l'âge est élevé, sous-entendu plus les pathologies sont nombreuses ou plus l'état général est altéré moins on va être agressif et plus on a un bon état général plus on a envie de traiter les gens au-delà de 70 ans comme les patients de moins de 70 ans. Dans votre cas j'avoue que j'ai pas beaucoup d'arrière-pensées et que je vous proposerai non pas un patient, le traitement des patients de plus de 70 ans mais le traitement standard, hum.

Le terme *gliome* n'est prononcé qu'une seule fois dans l'entretien et devient vite masqué par un apport massif de termes scientifiques incompréhensible pour un novice tel que le patient. Le médecin, comme pour le mot *glioblastome*, ne respecte pas les principes de quantité et de pertinence.

G – La notion de malin / malignité

M131: Alors en fait, voilà en fait ça fait une bonne transition parce que le traitement complémentaire de temps en temps on peut le faire commencer pendant l'opération pour deux raisons : la première c'est qu'on retire la lésion tumorale donc même si la démarche elle va nous servir à avoir le diagnostic, c'est aussi le premier temps du traitement et on peut éventuellement y associer la mise en place de pastille dans la cavité opératoire, euh, juste des pastilles quand on a de fortes probabilités de penser qu'il s'agit d'un glioblastome, d'un gliome malin et on demande la plus souvent une confirmation par un examen extemporané qui est une analyse rapide mais qui n'est pas l'examen de certitude et là en fait il l'a pas fait parce qu'effectivement il a ouvert la partie centrale là en noir où y

a du liquide et quand on ouvre la partie où y a du liquide c'est une contre-indication à mettre en place les pastilles (...).

(...)

Ici nous constatons que le terme *malin* est mentionné mais pas explicité, ce qui est contre le principe de manière. En outre, il est abordé sous un angle hypothétique, ce qui là vient enfreindre le principe de qualité.

M110: Bon en fait les tumeurs cérébrales sont classées en grade d'agressivité croissante, chez un adulte ça peut être un grade 2 un grade 3 ou un grade 4 et les glioblastomes, je vous ai dit que ça correspondait à une tumeur maligne cancéreuse ça correspond à des tumeurs de grade 4. Alors, ça c'est l'explication de la nature de la lésion tumorale, ça veut dire aussi, c'est l'explication qui est liée à la nature que si nous ne faisons pas de traitement, si on arrête là, on peut arrêter là mais déjà je pense qu'y a un p'tit résidu en arrière et en dedans et même s'il n'y avait pas de résidu visible sur le plan radiologique

P111: Y en aurait

M112: Voilà, on sait que sans traitement complémentaire, ce type de tumeur évolue vers la récurrence et la malignité de ce type de tumeur c'est surtout une malignité, euh, locale ou loco-régionale alors que l'endroit où elle se trouve

P113: d'accord

M114: ça n'est pas une malignité générale...

E115 : elle peut pas s'déplacer euh...

Le médecin introduit plusieurs informations en un tour de parole (*ça correspondait à une tumeur maligne cancéreuse ça correspond à des tumeurs de grade ; si nous ne faisons pas de traitement, si on arrête là, on peut arrêter là mais déjà je pense qu'y a un p'tit résidu en arrière ; ça n'est pas une malignité générale*), ce qui amène le patient et les proches à devoir faire un choix s'il souhaite intervenir. Ici l'épouse va ainsi plutôt rebondir sur l'évolutivité (*elle peut pas s'déplacer*). Il y a donc un non respect des maximes de quantité et de manière.

H – La notion de chirurgie

M44: Sur ce, nous discutons, nous avons discuté de la conduite à tenir en RCP et on a pris la décision de faire la chirurgie. Alors on arrive là, là c'est l'imagerie post-opératoire, ça s'est bien passé techniquement, pour vous, l'opération ? Entre les deux ?

P45: y a rien a dire

(...)

Dans ce passage le médecin formule une requête sans lien avec la *chirurgie*, n'évoquant cette dernière que pour rappeler la décision prise initialement.

M106: (...) la partie externe, c'était du sang puisqu'on voyait déjà avant, mais la partie là on ne voyait rien avant l'injection j'pense qu'y a un p'tit résidu de la tumeur en arrière et en dedans, on va terminer juste là vais regarder, ok. Donc une chirurgie, de bonne qualité que nous on qualifie ça de chirurgie subtotale, c'est 90% de au mois du volume tumoral initial qui a été ôté. Alors, les résultats anatomo-pathologiques définitifs je les ai aujourd'hui mais je les ai eus par téléphone, hein, donc euh bon, en principe, ils ne ils ne se contredisent pas mais j'aime bien avoir la feuille, j'n'ai pas la feuille j'n'ai que le résultat téléphonique. Donc là, mon collègue conclut à un glioblastome, hum, alors, c'est quoi un glioblastome ? (...)

Le médecin dans ce tour de parole transmet plusieurs informations denses avec un mode de questions/réponses qui empêche tout échange. Nous ne savons donc pas si cette notion de *chirurgie* est intégrée et surtout quelle valeur elle prend pour le patient puisque le médecin semble n'en faire qu'un détail.

I123: Monsieur Albert, le neurochirurgien M.F vous a dit qu'il avait mis des pastilles non dans la cavité opératoire ?

Ici l'infirmière ne fait que questionner le patient sur l'action du *neurochirurgien*.

F231 : le rôle de la chimio, c'est ?

M232: complémentaire à celui de la chirurgie, complémentaire à celui de la radiothérapie, en fait quand on est confronté à ce type de tumeur, on pense que, c'est pas on pense, on sait qu'y a la partie, ça c'est le cerveau, j'dis n'importe quoi, ça c'est c'qu'on voit sur l'IRM, en fait ce type de tumeur, on sait qu'elle a tendance à infiltrer le cerveau adjacent, donc c'est c'qu'on voit sur le plan radiologique, mais on sait que dans la couronne, en fait dans l'oedème que je vous ai montré tout à l'heure, c'qui a autour, y a d'l'oedème c'est sûr mais y a aussi des cellules tumorales infiltrées, qui vont être d'ailleurs à l'origine de la récurrence. Donc en fait, le fait de faire la chirurgie déjà, on va r'tirer l'plus

gros mais sait qu'on laisse des tumeurs tout autour, on complète par la radiothérapie, le but étant de détruire les cellules tumorales résiduelles et le but de la chimiothérapie c'est d'agir en complément de la radiothérapie, c'est un traitement adjuvant qui vise là encore hein, à empêcher la prolifération, à réduire le risque voire les cellules tumorales qui entourent la cavité opératoire de se remettre à proliférer.

Le médecin répond à une question de la fille du patient relative à la chimiothérapie. Il reprend alors la *chirurgie* mais explique davantage l'effet de la chimiothérapie.

M238: C'est à vous de mettre les limites, on est quand même conscients que là on vous a, on a commencé à vous agresser avec la chirurgie, j'veus l'ai dit qu'ça peut fatiguer, et voilà, c'est à vous de mettre les limites mais nous n'en mettons pas, vous menez la vie la plus normale possible puis c'est vraiment le but de la prise en charge

F239 : y a pas un régime particulier par rapport aux médicaments justement ? euh .

La médecin présente la *chirurgie* comme un acte agressif. Il compense alors cet aspect par une liberté à présent acquise, ce qui interroge la fille sur la conduite à suivre pour le futur.

I – Les notions de radiothérapie et rayon

Ces notions restent largement du côté soignant, principalement utilisées par le médecin (29 fois pour la *radiothérapie* et 21 fois pour les *rayons*) et une fois par l'infirmière. Pour autant, rien ne peut donner une explication sûre quant au fait que ces termes ne soient pas abordés par le patient ou les proches. Une des raisons est peut-être alors à chercher du côté symbolique et non du côté discursif ? En effet, il semble que dans cet entretien les professionnels insistent beaucoup plus sur ce traitement, en mettant bien en avant ses effets tant attendus que redoutés. Ils agissent moins de la sorte en ce qui concerne la *chimiothérapie*. Ici, ils apportent ainsi les informations en respectant les différentes maximes de Grice. Dans la pensée commune le cancer reste attaché à la *chimiothérapie* et moins systématiquement à la *radiothérapie*. Le patient et ses proches n'ont peut-être alors pas forcément dans l'instant de questions en étant davantage dans une écoute attentive ?

J – La notion de chimiothérapie

M227: Si il persiste des prises de contraste, que vous tolérez bien ou que ces prises de contraste tendent plutôt à diminuer d'une IRM sur l'autre, il nous arrive de proposer après les 6 mois de poursuivre la chimiothérapie, en fait euh, tant qu'y a des prises de contraste, tant qu'vous tolérez bien, si vous tolérez très bien et qu'y a des prises de contraste dont on présume qu'elles peuvent être tumorales et ben on peut continuer à la limite sans mettre de limite très stricte. Et si, dernière chose, à un moment ou à un autre, que ce soit pendant l'traitement ou que ce soit après l'traitement, on voit l'effet inverse, c'est-à-dire, une progression et ça peut arriver dans certains cas, une progression du résidu et si on est certain qu'c'est une vraie progression et pas une pseudo-progression comme on peut le voir juste après la radiothérapie, à ce moment-là on arrêtera la chimiothérapie par la bouche, on changera de chimiothérapie pour une chimiothérapie plutôt injectable. Mais un peu plus on va dire entre guillemets agressive que celle qu'on prend par voie orale mais qui garde quand même un profil de tolérance quand même acceptable le plus souvent. Voilà un p'tit peu pour le chemin des mois à venir, est-ce que vous avez des questions?

P228: rien du tout

M229: techniques, pratiques ?

P230: rien du tout

F231 : le rôle de la chimio, c'est ?

Le terme *chimiothérapie* est prononcé 21 fois par le médecin et une fois par la fille du patient au cours de cet entretien. Ce n'est qu'au bout de 18 énonciations faites par le médecin que la fille va enfin questionner ce dernier sur l'intérêt de ce traitement. Il semble en effet qu'avec les informations transmises par le professionnel en M227 la fille n'a pas obtenu des informations précises, ce qui l'amène à demander une précision. Ceci démontre très certainement un non respect par le médecin du principe de manière, étant confus en introduisant des données complexes.

IV - CONCLUSION

Dans cette consultation il apparaît que le patient est venu chercher de l'information concernant son état. Il est donc davantage dans une position d'auditeur mais participe cependant en apportant des réponses pouvant aider le

médecin à comprendre la situation. Ce dernier vient quant à lui donner un certain nombre de réponses au patient à et ses proches en expliquant progressivement la réalité sombre tout en tentant de fournir des éléments à même d'aider le patient à supporter la situation. Il est donc dans une position d'émetteur d'un savoir mais reste dans l'ouverture du discours à l'autre pour que celui-ci puisse se sentir exister en tant que sujet et surtout en confiance. L'épouse s'implique davantage dans la consultation en cherchant à comprendre la situation à travers certaines questions ou en fournissant des éléments utiles au médecin. La fille, dans une attitude projective d'aidante, vient plus comme réceptrice d'un savoir pour certes comprendre la situation mais surtout pour anticiper l'évolution de la maladie afin de trouver des modes d'adaptation opérants.

CONSULTATION POST-ANNONCE PATIENT – INFIRMIERE

I – ACTEURS

Dans cette consultation, l’infirmière (I) et le patient (P) sont les deux seuls interlocuteurs. Le patient a déjà rencontré le psychologue en consultation post-annonce. Les deux acteurs se sont déjà rencontrés dans le cadre de la consultation d’annonce.

II – DUREE DE LA CONSULTATION POST-ANNONCE INFIRMIERE

La durée de cet entretien est de 12 minutes et 50 secondes. Le patient ayant déjà eu à s’entretenir avec le psychologue sur son vécu de l’annonce juste avant cette consultation, la fatigue induite par cette rencontre peut expliquer la rapidité relative de cet entretien.

III – STRUCTURE DE L’ENTRETIEN

Le patient exprime très rapidement le rôle essentiel de l’équipe soignante qui l’entoure face à la maladie. Selon lui, il considère que l’épreuve de la maladie – et de son annonce ? – constitue une expérience positive puisqu’elle est venue lui montrer toute l’importance de l’entourage à ses côtés et la nécessité de ne pas être seul à vivre ce qu’il qualifie « *la misère de la maladie* » (P2). Il fait alors mention de l’utilité qu’il trouve dans le fait d’être malade pour les autres et pour la société : « *si je peux apporter la moindre chose positive à la science* » (P4).

Dans ces échanges, nous percevons la valence émotionnelle puisqu’à plusieurs reprises le patient a une voix tremblotante et fait plusieurs pauses dans son discours.

Lorsque l’infirmière aborde la question des traitements, le patient manifeste une certaine confusion mais finalement semble supporter les effets ressentis.

Ensuite la consultation d'annonce est réellement abordée par l'infirmière qui demande au patient s'il se souvient de ce temps où il a appris la maladie. Si le patient exprime alors une certaine difficulté à se rappeler précisément comment s'est passée cette consultation, il précise bien clairement que selon lui, ce temps est fondamental car il vient nommer la maladie et que ceci aide alors « à avancer » (P38). Il signifie que cette consultation vient poser une sorte de cadre dans le parcours de vie du patient, comparant les choses au « permis de conduire » et les règles que ce dernier vient imposer au sujet. Est-ce à dire que la consultation d'annonce assure une fonction contenante ?

Concernant la consultation post-annonce infirmière, le patient indique l'intérêt de pouvoir échanger avec cette soignante, notamment pour répondre à une interrogation concernant la suite thérapeutique (P55).

IV – LES QUESTIONS

	Question catégorielle	Question propositionnelle	Total
Patient	0	2	2
Infirmière	2	16	18
Total	2	18	20

Dans cet entretien, c'est l'infirmière qui va poser le plus de questions. Ces dernières concernent :

- les impressions du patient sur la consultation d'annonce :

Il : donc vous avez vu mon collègue précédemment, H (psychologue), et moi je suis infirmière du service, on s'est déjà vu dans le service ce week-end et je voulais reprendre avec vous, par rapport aux explications que vous a donné monsieur Y., par rapport à votre maladie euh qu'est ce que vous pouvez en ressortir en dire, un petit peu à distance du moment de l'annonce ? (Question catégorielle)

I37 : D'accord, d'accord. Pour vous cette consultation vous a paru, dans vos souvenirs elle était adaptée à ce que vous attendiez ? (Question propositionnelle)

- les symptômes :

I21 : ça va vous n'avez plus mal au ventre ? (Question propositionnelle)

I23 : mal à la tête ? (Question propositionnelle)

I27 : ça ne vous empêche pas de manger ? (Question propositionnelle)

- la consultation post-annonce infirmière – Psy :

I43 : d'accord, d'accord, et alors par rapport à cette première consultation, le fait de revenir aujourd'hui, pour vous ça vous semble bien, ça vous semble trop ? (Question propositionnelle)

I45 : vous avez pu exprimer des choses ? (Question propositionnelle)

I49 : voilà, est ce que vous avez des choses particulières à ajouter ? (Question propositionnelle)

I51 : vous avez pu exprimer tout ce que vous souhaitez ? (Question propositionnelle)

- des aspects contextuels :

I53 : vous rentrez chez vous cet après-midi ? (Question propositionnelle)

I70 : d'accord vous avez rencontré le radiothérapeute hier ? (Question propositionnelle)

En outre, un certain nombre de ces questions ont pour but d'aider le patient à exprimer sa pensée :

I11 : Témodal ? (Question propositionnelle)

I13 : la chimiothérapie ? (Question propositionnelle)

I15 : la radiothérapie ? (Question propositionnelle)

I17 : le préviscan ? (Question propositionnelle)

158 : vous voulez parler de creuser, opérer ? (Question propositionnelle)

156 : ou ça ? (Question catégorielle)

160 : un résidu ? (Question propositionnelle)

Le patient ne posera que deux questions propositionnelles pour connaître les possibilités thérapeutiques futures :

P55 : je voulais vous demandez est-ce qu'on recreusera quelque chose ou quoi ? (Question propositionnelle disjonctive)

P57 : autour de la tête, y a rien de spécial à faire ? (Question propositionnelle)

V – ÉLEMENTS RAPPELES CONCERNANT LA MALADIE ET AUX TRAITEMENTS

Nous allons à présent analyser les éléments rapportés par le patient suite à la consultation d'annonce et qui ont trait à la maladie et aux traitements. Voyons dans le tableau suivant comment se répartissent ces éléments :

Termes	Locuteur(s) Cs Annonce	Locuteur(s) Cs Post-A I/P
<i>Masse</i>	M (2 fois)	
<i>Tum-eur/orale</i>	M (53 fois) F (1 fois)	
<i>Lésion</i>	M (8 fois)	
<i>Cancer</i>	M (5 fois)	
<i>Glioblastome</i>	M (6 fois)	
<i>Gliome</i>	M (1 fois)	
<i>Malin</i>	M (6 fois)	
<i>Chirurgie</i>	M (7 fois)	I (1 fois)

Radiothérapie	M (29 fois) I (1 fois)	I (3 fois)
Rayon	M (21 fois)	
Chimiothérapie	M (21 fois) F (1 fois)	I (2 fois)

Nous allons approfondir ci-dessous l'analyse des éléments repris par l'infirmière et voir leur parcours lors de cette consultation post-annonce.

Le terme *chirurgien* est repris par l'infirmière pour expliquer au patient l'éventualité d'un résidu de la maladie malgré l'acte opératoire. Le patient ne reprendra pas ce terme par la suite mais signifiera sa compréhension malgré tout.

*166 : on enlève ce que le **chirurgien** voit mais il peut rester des cellules qu'on ne voit pas à l'œil...*

Tout d'abord l'infirmière évoque la *radiothérapie* au patient pour lui donner des informations concernant le traitement futur. Elle poursuit donc sur ce sujet en questionnant le patient mais ce dernier semble ne pas se souvenir de sa rencontre avec le radiothérapeute la veille. De ce fait l'infirmière va resituer le patient sur le plan temporel en lui donnant une information oubliée. Le patient ne reprendra pas ce terme mais marquera tout de même son acquiescement.

*162 : eh bien en fait c'est justement pour ça que le traitement que vous allez avoir de **radiothérapie**
[...]*

*170 : d'accord vous avez rencontré le **radiothérapeute** hier ?*

*174 : vous l'avez vu hier et vous allez avoir la **radiothérapie** en mai*

Lorsque le patient souhaite donner une information sans trouver le terme approprié l'infirmière va en déduire qu'il s'agit de la *chimiothérapie* et pose donc la question au patient sur l'exactitude de sa supposition (I13). Une autre fois (I62) l'infirmière va rappeler au patient le motif du traitement proposé par le médecin.

*I13 : la **chimiothérapie** ?*

I62 : eh bien en fait c'est justement pour ça que le traitement que vous allez avoir de radiothérapie et de chimiothérapie est mis en place...

VI – ELEMENTS NOUVEAUX CONCERNANT LA MALADIE

Nous relevons peu d'éléments explicatifs nouveaux lors de cette consultation post-annonce infirmière. A trois reprises l'infirmière va prononcer le nom de traitements pour tenter d'aider le patient à retrouver ce qu'il souhaite dire.

I11 : Témodal ?

I17 : le préviscan ?

I19 : ah c'est le témodal !

L'autre élément à relever concerne l'intervention du patient qui reprend en quelque sorte la notion de *cerveau* donnée par le médecin lors de la consultation d'annonce mais sans retrouver le terme exact pour s'exprimer.

P57 : autour de la tête, y a rien de spécial à faire ?

VII – ANALYSE THEMATIQUE VIA ALCESTE

5% du discours n'ont pas été retenus dans cette analyse. La **classe 1** se distingue des autres classes, avec 1/3 du discours. Elle concerne principalement les traitements. La **classe 3**, avec 24% du discours, traite du quotidien : Meuse, jardin, abeille, ... Elle est reliée à la **classe 4** qui, avec 16% du discours, ramène la consultation et la maladie dans ce quotidien. La **classe 2** est reliée aux deux classes précédentes, et avec 22% du corpus, aborde plus spécifiquement la maladie sous un versant plus positif avec le lien aux autres, notamment les amis.

Rapport de synthèse

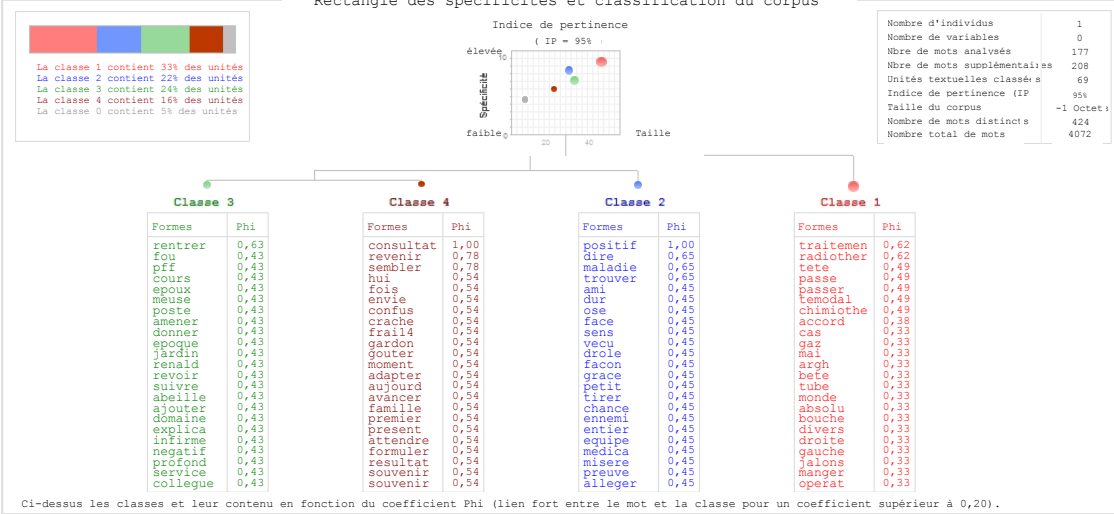
Texte analysé : IDE - Patient All

Mercredi 06 Mai 2015 à 15 h 45

Le corpus IDE - Patient All a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste en utilisant un paramétrage standard où les valeurs des paramètres sont prédéfinies en fonction de la taille du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, effectue deux classifications successives.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 95% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 5% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 4 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 35% des unités textuelles classées (soit 33% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **traitement**, **radiothérapie**, **tete**, **passer**, **passer**, **temodal**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 23% des unités textuelles classées (soit 22% du corpus initial) ses mots significatifs sont **positif**, **dire**, **maladie**, **trouver**, **ami**, **dur**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 25% des unités textuelles classées (soit 24% du corpus initial) ses mots significatifs sont **rentrer**, **fou**, **pfif**, **cours**, **époux**, **meuse**. Puis de la classe 4 qui représente 17% des unités textuelles classées (soit 16% du corpus initial) marquée par les mots **consultatif**, **revenir**, **sembler**, **hui**, **fois**, **envie**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.

Rectangle des spécificités et classification du corpus



Page 1

Classe n°1

Cette classe est formée de 24 unités textuelles, soit 35% des unités classées. Les Mots en majuscules **tete**, **gaz**, **I15**, **I17**, **I19**, et les Marqueurs d'une modalisation tels **qu'on**, **pas**, **rien**, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

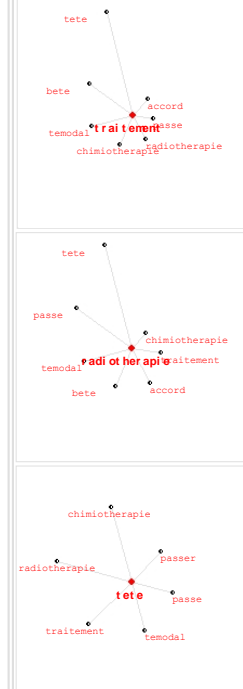
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
eh	0,62	12
rien	0,62	12
traitement	0,62	12
radiothérapie	0,62	12
n	0,49	8
ah	0,49	8
tete	0,49	8
passer	0,49	8
passer	0,49	8
savoir	0,49	8
comment	0,49	8
temodal	0,49	8
chimiothérapie	0,49	8
ne	0,48	20
c	0,49	8
ca	0,37	20
non	0,38	24
avez	0,38	24
bien	0,38	16
accord	0,38	20
I11	0,33	4
I13	0,33	4
I15	0,33	4
I17	0,33	4
I19	0,33	4
I21	0,33	4
I23	0,33	4
I25	0,33	4
I27	0,33	4
I39	0,33	4
I56	0,33	4
I58	0,33	4
I60	0,33	4
I62	0,33	4
I64	0,33	4
I66	0,33	4
I68	0,33	4
I70	0,33	4
I72	0,33	4
I74	0,33	4
Mots absents	Phi	Freq.
moi	-0,53	0
dans	-0,46	12
a	-0,46	0
me	-0,40	0
chose	-0,40	0
votre	-0,40	0
positif	-0,40	0
souhait	-0,40	0
ete	-0,33	0

Unités textuelles de la classe 1

hum m d **accord**, et par-rapport aux **traitements** P10: oh ben ca se **passer** bien le. euh comment vous appelez ca le. I11: **temodal**? P12: le le ah ces betes la argh. I13: la **chimiothérapie**? P14: euh non euh I15: la **radiothérapie**? P16: non I17: le previscan? P18: celui qu on prend avec les tubes la? I19: ah c est le **temodal**! P20: ca **passer** tout seul I21: ca va vous n avez plus mal au ventre? P22: j ai quelques **gaz** mais c est rien. j ai pas mal au ventre non I23: mal a la **tete**? P24: non, un peu la bouche mais c est **periodique**, c est bizarre I25: je regarderai apres P26: c est **periodique** ca ca **passera** I27: ca ne vous empeche pas de manger? I56: ou ca? P57: autour de la **tete**, y a rien de special a faire? I58: vous voulez parler de creuser, operer? P59: au **cas** si il restait des comment dit on des reminiscences. I60: un residu? P61: residuel, non enfin il traite uniquement par I62: eh bien en fait c est justement pour ca que le **traitement**, que vous allez avoir de **radiothérapie** et de **chimiothérapie** est mis en-place. P63: d **accord** I64: parce qu on sait que l operation ne peut pas tout enlever. P65: est absolu voila I66: on enleve ce-que le chirurgien voit mais il peut rester des cellules qu on ne voit pas a l oeil P67: eh bien vous avez repondu I68: c est pour ca qu il faut continuer, c est pour ca qu il faut ce **traitement** P69: hum m d **accord**, et par-rapport aux **traitements** P10: oh ben ca se **passer** bien le. euh comment vous appelez ca le. I11: **temodal**? P12: le le ah ces betes la argh. I13: la **chimiothérapie**? P14: euh non euh I15: la **radiothérapie**? P16: non I17: le previscan? P18: celui qu on prend avec les tubes la? I19: ah c est le **temodal**! P20: ca **passer** tout seul I21: ca va vous n avez plus mal au ventre? P22: j ai quelques **gaz** mais c est rien. j ai pas mal au ventre non I23: mal a la **tete**? P24: non, un peu la bouche mais c est **periodique**, c est bizarre I25: je regarderai apres P26: c est **periodique** ca ca **passera** I27: ca ne vous empeche pas de manger? I56: ou ca? P57: autour de la **tete**, y a rien de special a faire? I58: vous voulez parler de creuser, operer? P59: au **cas** si il restait des comment dit on des reminiscences. I60: un residu? P61: residuel, non enfin il traite uniquement par I62: eh bien en fait c est justement pour ca que le **traitement**, que vous allez avoir de **radiothérapie** et de **chimiothérapie** est mis en-place. P63: d **accord** I64: parce qu on sait que l operation ne peut pas tout enlever. P65: est absolu voila I66: on enleve ce-que le chirurgien voit mais il peut rester des cellules qu on ne voit pas a l oeil P67: eh bien vous avez repondu I68: c est pour ca qu il faut continuer, c est pour ca qu il faut ce **traitement** P69: hum m d **accord**, et par-rapport aux **traitements** P10: oh ben ca se **passer** bien le. euh comment vous appelez ca le. I11: **temodal**? P12: le le ah ces betes la argh. I13: la **chimiothérapie**? P14: euh non euh I15: la **radiothérapie**? P16: non I17: le previscan? P18: celui qu on prend avec les tubes la? I19: ah c est le **temodal**! P20: ca **passer** tout seul I21: ca va vous n avez plus mal au ventre? P22: j ai quelques **gaz** mais c est rien. j ai pas mal au ventre non I23: mal a la **tete**? P24: non, un peu la bouche mais c est **periodique**, c est bizarre I25: je regarderai apres P26: c est **periodique** ca ca **passera** I27: ca ne vous empeche pas de manger? I56: ou ca? P57: autour de la **tete**, y a rien de special a faire? I58: vous voulez parler de creuser, operer? P59: au **cas** si il restait des comment dit on des reminiscences. I60: un residu? P61: residuel, non

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 2

Classe n°2

Cette classe est formée de 16 unités textuelles, soit 23% des unités classées. Les Nombres **mal** et **quel** les Adjectifs et adverbes tels **positif**, **dur**, **seul**, **ennemi**, **entier**, sont les catégories de mots sur-représentés dans cette classe.

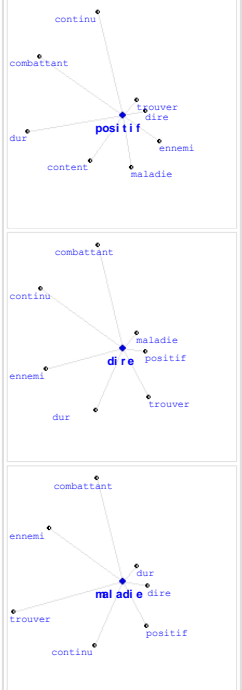
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
positif	1,00	16
me	0,67	12
qui	0,65	16
dire	0,65	4
tres	0,65	8
maladie	0,65	8
trouver	0,65	8
l	0,46	16
m	0,46	12
moi	0,46	20
autour	0,47	8
I3	0,45	4
I5	0,45	4
I7	0,45	4
I9	0,45	4
P2	0,45	4
P4	0,45	4
P6	0,45	4
P8	0,45	4
eu	0,45	4
ami	0,45	4
dur	0,45	4
ont	0,45	4
ose	0,45	4
son	0,45	4
face	0,45	4
leur	0,45	4
nous	0,45	8
sens	0,45	4
vecu	0,45	4
aucun	0,45	4
drole	0,45	4
façon	0,45	4
grâce	0,45	4
mille	0,45	4
petit	0,45	4
tirer	0,45	4
aurait	0,45	4
chance	0,45	4
ennemi	0,45	4
Mots absents	Phi	Freq.
avez	-0,45	0
vous	-0,45	12
ne	-0,40	0
ca	-0,36	4
ben	-0,35	0
vouloir	-0,35	0
ce	-0,30	0
voir	-0,30	0
d	-0,23	4

Unités textuelles de la classe 2

par-rapport a votre **maladie** euh qu est-ce-que vous pouvez en ressortir en **dire**, un petit peu a distance du-moment de l annonce? P2: pour moi c est du **positif** dans le **sens** ou on est **face** a un **ennemi**, qui m aurait laisse aucune chance, pas plus moi que les autres et qu il me fallait combattre grace a une equipe medicale combattante, qui existe et qui ont non seulement fait leur preuve et qui continue a le faire, en-plus ca me fait comprendre combien la misere du a la **maladie** est tres **dure**, a supporter, ou autour de moi y-compris pour moi mais combien allège quand on est entoure comme on l est, donc je **dirai** que ca a ete une epreuve **positive**, que vous allez peut-etre **trouver** drole. I3: hum m P4: non pas que je l eu souhaite, mais que je suis content de l avoir **vecu**, et si je peux apporter la moindre chose **positive**, a la science, je suis a son entiere disposition, mais je me **trouve** tres bien. I5: hum m en fait vous essayez un maximum de tirer quelque-chose de **positif** de tout ce-qui vous arrive P6: voila, voila I7: d accord P8: autour de moi j ai beaucoup d **amis** nous nous retrouvons de mille facons si j **ose dire** alors on est pas seul I9: par-rapport a votre **maladie** euh qu est-ce-que vous pouvez en ressortir en **dire**, un petit peu a distance du-moment de l annonce? P2: pour moi c est du **positif** dans le **sens** ou on est **face** a un **ennemi**, qui m aurait laisse aucune chance, pas plus moi que les autres et qu il me fallait combattre grace a une equipe medicale combattante, qui existe et qui ont non seulement fait leur preuve et qui continue a le faire, en-plus ca me fait comprendre combien la misere du a la **maladie** est tres **dure**, a supporter, ou autour de moi y-compris pour moi mais combien allège quand on est entoure comme on l est, donc je **dirai** que ca a ete une epreuve **positive**, que vous allez peut-etre **trouver** drole. I3: hum m P4: non pas que je l eu souhaite, mais que je suis content de l avoir **vecu**, et si je peux apporter la moindre chose **positive**, a la science, je suis a son entiere disposition, mais je me **trouve** tres bien. I5: hum m en fait vous essayez un maximum de tirer quelque-chose de **positif** de tout ce-qui vous arrive P6: voila, voila I7: d accord P8: autour de moi j ai beaucoup d **amis** nous nous retrouvons de mille facons si j **ose dire** alors on est pas seul I9: par-rapport a votre **maladie** euh qu est-ce-que vous pouvez en ressortir en **dire**, un petit peu a

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°3

Cette classe est constituée de 17 unités textuelles, soit 25% des unités classées. Les Marqueurs d'une relation spatiale temporelle et les Marqueurs de la personne tels **ques**, **je**, **vous**, **il**, **se**, sont les catégories de mots les plus spécifiques cette classe.

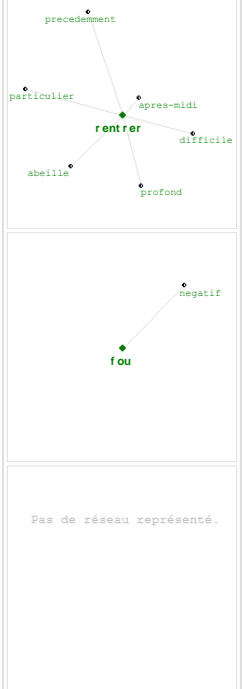
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
oui	0,80	16
chez	0,63	8
rentrer	0,63	8
dans	0,52	12
vouloir	0,52	12
est-ce	0,44	8
s	0,43	4
I1	0,43	4
I47	0,43	4
I49	0,43	4
I51	0,43	4
I53	0,43	4
I76	0,43	4
I78	0,43	4
P46	0,43	4
P48	0,43	4
P50	0,43	4
P52	0,43	4
P54	0,43	4
P55	0,43	4
P77	0,43	4
bon	0,43	4
cet	0,43	4
fou	0,43	4
mon	0,43	4
nos	0,43	4
pfif	0,43	4
deja	0,43	4
meme	0,43	4
sera	0,43	4
tous	0,43	4
assez	0,43	4
cours	0,43	4
epoux	0,43	4
meuse	0,43	4
ouais	0,43	4
poste	0,43	4
amener	0,43	4
donner	0,43	4
epoque	0,43	4
Mots absents	Phi	Freq.
non	-0,47	0
pour	-0,47	0
accord	-0,47	0
ca	-0,39	4
en	-0,36	0
peu	-0,36	0
et	-0,34	5
me	-0,31	0
si	-0,31	0

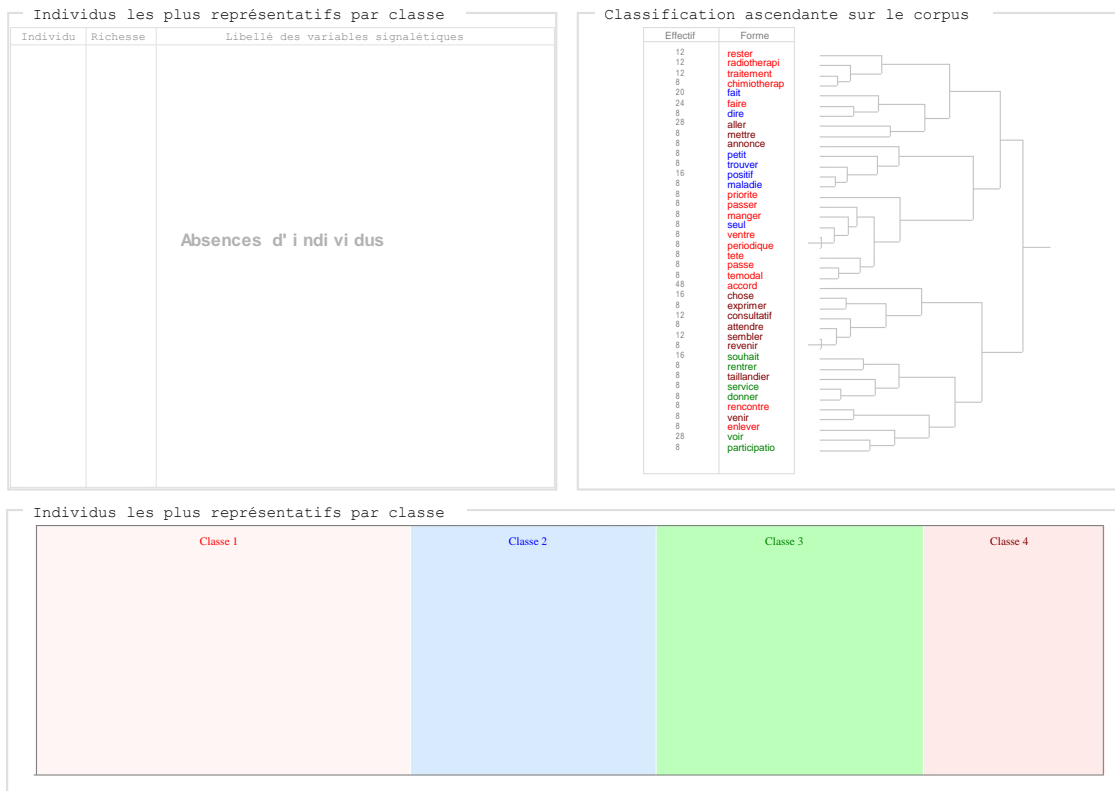
Unités textuelles de la classe 3

Il: donc vous avez vu mon collegue precedemment, renaud, et moi je suis infirmiere du service, on s est deja vu dans le service ce week-end et je voulais reprendre avec vous, par-rapport aux explications que vous a **donne** monsieur taillandier, . P46: oui, ben vous verrez je suis assez participatif I47: hum m P48: dans tous les domaine j ai toujours ete participatif, meme au **poste** a l **epoque** mais bon **pfif fou** ouais c est jamais negatif jamais. I49: voila, est-ce-que vous avez des choses particulieres a ajouter? P50: ca serait difficile I51: vous avez pu exprimer tout ce-que vous souhaitiez? P52: oh ben oui alors I53: vous **rentrez** chez vous cet apres-midi? P54: oui, dans la **meuse** profonde, P55: je voulais vous demandez est qu on recrusera quelque-chose ou quoi? oui, ne vous inquietez pas on va faire tout ce qu il faut qu est-ce-que j ai d autre a faire I76: hum m, on sera **amene** a se revoir au **cours** de votre suivi P77: quand vous voulez I78: votre **epouse** a nos coordonnees, je vous souhaite de bien **rentrer** chez vous et de profiter de votre jardin et de vos abeilles. I1: donc vous avez vu mon collegue precedemment, renaud, et moi je suis infirmiere du service, on s est deja vu dans le service ce week-end et je voulais reprendre avec vous, par-rapport aux explications que vous a **donne** monsieur taillandier, . P46: oui, ben vous verrez je suis assez participatif I47: hum m P48: dans tous les domaine j ai toujours ete participatif, meme au **poste** a l **epoque** mais bon **pfif fou** ouais c est jamais negatif jamais. I49: voila, est-ce-que vous avez des choses particulieres a ajouter? P50: ca serait difficile I51: vous avez pu exprimer tout ce-que vous souhaitiez? P52: oh ben oui alors I53: vous **rentrez** chez vous cet apres-midi? P54: oui, dans la **meuse** profonde, P55: je voulais vous demandez est qu on recrusera quelque-chose ou quoi? oui, ne vous inquietez pas on va faire tout ce qu il faut qu est-ce-que j ai d autre a faire I76: hum m, on sera **amene** a se revoir au **cours** de votre suivi P77: quand vous voulez I78: votre **epouse** a nos coordonnees, je vous souhaite de bien **rentrer** chez vous et de profiter de votre jardin et de vos abeilles. I1: donc vous avez vu mon collegue precedemment, renaud, et moi je suis infirmiere du service, on s est deja vu dans le service ce week-end et je voulais reprendre avec vous, par-rapport aux explications que vous a **donne** monsieur taillandier, . P46: oui, ben vous verrez je suis assez

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe



Page 7

VIII – CONCLUSION

Cette consultation post-annonce soignante permet de mettre en avant certains aspects concernant la consultation d'annonce et nous aide à comprendre ce que le patient en attend.

En premier lieu le patient insiste bien sur l'importance de sentir la présence d'une équipe attentive et impliquée auprès de lui. La confiance en cette équipe va lui permettre de tenir le coup face à une situation nouvelle génératrice d'angoisse et potentiellement mortifère tant elle vient mettre en question le sentiment inconscient d'invulnérabilité voire d'immortalité décrit par Freud.

Cette consultation d'annonce vient révéler au patient quelque chose qui le touche « matériellement », en l'occurrence la tumeur cérébrale, mais elle vient également lui faire prendre conscience d'un aspect beaucoup plus immatériel car davantage affectif et émotionnel, à savoir l'amour, l'amitié, la valeur humaine, des notions que nous avons tendance à oublier tant elles font partie de nos besoins vitaux... Elle fait au final ressentir ce qu'est la vie alors que paradoxalement elle vient annoncer la mort.

C'est aussi pour ces raisons sans doute que le patient pointe la nécessité – pour lui – de ne pas être « malade pour rien », c'est-à-dire qu'il espère que sa nouvelle condition de malade pourra servir à d'autres et même pour les autres. En d'autres termes cette annonce fait naître ou apparaître l'altruisme et là-aussi l'annonce vient donner une raison de vivre, un sens à la vie.

Il semble que les aspects plus concrets, tels que les traitements, soient plus difficiles à appréhender par le patient. Il flotte une sorte de confusion concernant le parcours thérapeutique, d'où l'importance que l'infirmière soit bien présente, dès la consultation d'annonce pour constituer ce fil rouge tout au long du parcours afin que le patient – et ses proches – puissent s'y référer si à un moment donné ils se retrouvent perdus. Si le coup reçu par cette annonce ou les troubles cognitifs parfois déjà présents chez le patient empêchent ce dernier de comprendre point par point la situation, il semble néanmoins que la dimension émotionnelle, soulevée et exacerbée par l'annonce de la maladie en elle-même, vienne finalement entraver ce processus mais pour autant, le patient décrit bien le caractère fondamental de ce temps. En effet, l'annonce, en donnant un nom au mal, constitue presque le point de départ d'une nouvelle vie qui débute et de ce fait, tel un nourrisson, le patient a besoin de repères, d'un cadre étayant et rassurant pour pouvoir évoluer dans un parcours inconnu. L'annonce assure donc une fonction inaugurale contenant pour contrecarrer l'angoisse de mort, voire l'angoisse du mourir.

Concernant les termes prononcés par le médecin lors de la consultation d'annonce et rappelés par le patient lors de cette consultation post-annonce, seule la notion de *résidu* apparaît. Elle est d'ailleurs rappelée par l'infirmière et c'est de là que le patient va évoquer cette notion. Est-ce la preuve que le patient a compris le caractère incurable de la maladie, relevant la présence de la maladie même à une taille infime ? Est-ce, selon lui, le plus important à retenir de la situation ?

Enfin, cette consultation post-annonce donne l'occasion à l'infirmière d'éclairer le patient – et son épouse – en nommant les traitements, assurant là son rôle informatif. Elle aide ainsi de manière sans doute plus concrète le patient à se repérer dans la masse d'informations reçues par les différents acteurs de la prise en charge, cette dernière s'ouvrant à présent aux pharmaciens et éventuellement aux différents professionnels du domicile. Elle permet aussi au patient de faire part de certaines de ses interrogations.

CONSULTATION POST-ANNONCE INFIRMIERE – EPOUSE

I – ACTEURS

Les acteurs en présence dans cette consultation sont l'infirmière (I), présente lors de la consultation d'annonce, et l'épouse (E) du patient.

II – DUREE DE LA CONSULTATION POST-ANNONCE INFIRMIERE

Cette consultation s'est déroulée en 17 minutes et 12 secondes.

III – STRUCTURE DE L'ENTRETIEN

Lorsque l'infirmière fait part de son impression sur l'état du patient (I3 : « *je trouve votre mari beaucoup plus fatigué* »), l'épouse atteste (E4) et précise que le médecin traitant met cet état sur le compte de l'intervention chirurgicale, mais elle exprime un doute (E8 : « *[...] le médecin de L (ville)* » E10 : « *elle pensait que c'était l'opération, je trouve que c'est...* »). En revanche, elle est plus attentive aux explications données par l'infirmière (E12 : « *oui oui* » ; E14 : « *Humm* ») et finalement approuve la raison donnée par cette dernière et déjà mentionnée par le médecin traitant, à savoir l'impact psychologique de la maladie (E16 : « *voilà c'est ça qu'elle dit peut-être un peu psychologique aussi* »). L'information transmise par l'infirmière du service trouve donc un meilleur écho chez l'épouse, même si elle avait déjà été donnée par le médecin traitant.

L'épouse va ensuite préciser que son mari semble avoir « *garder le moral* » (E18) et « *l'appétit* » (E20) mais que les symptômes (E18 « *fatigue* » et E20 : « *mal de bouche* ») sont difficiles à vivre. Sur ce point aussi

L'épouse va exposer les arguments avancés par le médecin traitant pour expliquer ces troubles mais elle reste dans le doute. Le rôle de l'IDER apparaît bien comme étant d'expliquer les aspects symptomatiques et thérapeutiques à l'entourage qui prend à sa charge de surveiller voire gérer ces derniers.

Chez l'épouse, la maladie est appréhendée à travers les symptômes qu'elle provoque chez le patient. Ainsi, elle confie que les troubles de son mari la démoralise parfois (E52) et qu'elle aussi est fatiguée (E58). Cependant elle garde cela pour elle et veut avant tout protéger son mari (E58-60). L'infirmière tente alors de rassurer l'épouse en normalisant sa réaction (I55 : « *ça fait beaucoup de choses [...] maladie pas anodine, plus la chirurgie* »).

L'épouse émet une requête en demandant si cette fatigue dure longtemps chez tous les patients. L'infirmière constitue bien un soutien et permet à l'entourage d'obtenir des informations sur la maladie afin de se préparer à accompagner le patient, fixant les bases communes et en recevant les inquiétudes.

Après la consultation d'annonce, l'épouse se retrouve dans le même état d'esprit que le patient, c'est-à-dire qu'il va falloir faire face à « *l'ennemi* » (E86) et non attendre.

Lorsque l'infirmière demande à l'épouse si elle se souvient du nom de la maladie, celle-ci va d'emblée parler de la manière dont elle a pris connaissance de la maladie, faisant une distinction entre le patient et l'entourage, ce dernier manifestant déjà une inquiétude (E88 : « *idées noires [...] pas des bonnes idées* ») face à ce qu'elle qualifie de « *premier choc* ».

L'épouse montre bien que la consultation d'annonce n'a pas été « traumatique », contrairement à l'entrevue aux urgences car lors de cette dernière, les deux professionnels présents ont parlé de « *masse* » et « *tumeur* ». Ce dernier terme est venu bouleverser l'épouse (E98) et lui signifier la gravité de la situation (E102 : « *le mot, rien que ça [...] c'est quelque chose de très grave* ») et en même temps elle précise qu'il est nécessaire de l'entendre – et donc, qu'il soit prononcé – pour pouvoir se lancer dans le combat.

Lorsqu'elle dit qu'aux urgences le personnel ne peut pas s'apitoyer sur tout le monde (E104), ne laisse-t-elle pas à penser qu'elle attend une plus grande écoute de la part des professionnels du service, confirmant les propos de l'infirmière quant au fait que l'équipe spécialisée est plus habituée à gérer ce genre de situation ?

En E106, l'épouse décrit plusieurs étapes dans le processus d'intégration de la réalité, à savoir :

1 – la notion de tumeur

2 – l'espoir

3 – la notion de malignité redoutée

4 – l'espoir

5 – la notion de malignité signifiée

6 – le combat

Dès lors, il semble que l'information soit suffisante pour que le patient et l'entourage se lancent sur le parcours de la maladie (E106 : « *il faut se battre et puis c'est tout* ».), insistant sur la place des proches auprès du patient (E106 : « *on est deux et la famille est autour* »).

L'épouse semble avoir compris les informations données lors de la consultation d'annonce (E108), les trouvant « *accessibles* » (E110) et « *pas trop techniques* » (E112).

En revanche, concernant les traitements, si elle considère avoir reçu correctement les informations, elle reconnaît quand même avoir besoin de relire de temps en temps les ordonnances (E118). Cela caractérise bien la complexité du parcours du patient et l'implication obligée des proches. Ceci nécessite sans doute la délivrance d'un guide « *personnalisé* » pour aider l'entourage. Est-ce que le Programme Personnalisé de Soins (PPS) tend à assumer ce rôle ?

Concernant l'intérêt d'une seconde consultation avec une infirmière, si l'épouse n'en ressent pas le besoin, elle considère néanmoins que celle-ci peut être utile pour certaines personnes qui « *ont besoin d'encore une bonne séance* » (E150). L'expression « *Bonne séance* » signifie bien la place particulière de la consultation d'annonce. On vient apprendre quelque chose qu'il faut retenir sinon il faut une autre leçon car cela est nécessaire pour vivre la suite. Elle inaugure quelque chose de nouveau qu'on ne connaît pas.

L'épouse montre également que les proches ont un rôle d'information auprès du patient, en jouant une sorte de filtre et en l'adaptant à la personnalité du patient, ce que les médecins ou les soignants ne connaissent pas forcément. Le rôle du soignant sera alors sans doute d'aider ces proches à communiquer des informations réelles au patient, en évitant ainsi une rétention ou une altération des informations par peur de « *tuer* » leurs proches par des mots trop durs à entendre.

Enfin, l'épouse exprime bien sa volonté d'être auprès de son mari notamment lors des premières séances de chimiothérapie pour « *voir comment ça se passe* » (E177) car elle ne veut pas le laisser seul (E181) et

qu' « elle a peur » (E181). En raison de leur implication précoce et continue, il est sans doute important de proposer un soutien à l'entourage, notamment au domicile.

IV – OUTILS INTERROGATIFS

	Question catégorielle	Question propositionnelle	Total
Epouse	0	0	0
Infirmière	0	12	12
Total	0	12	12

Dans cette consultation seule l'**infirmière** va poser des questions, toutes propositionnelles. Elles ont trait :

- à des aspects contextuels :

I1 : vous devez repartir chez vous cet après midi ? (questions propositionnelle)

I170 : Hum, et cet après-midi alors cet après-midi vous faites quoi vous restez à Nancy ou vous repartez chez vous ? (question propositionnelle disjonctive)

- aux symptômes et traitements:

E28 : et je lui en ai parlé, j'ai dit qu'il avait mal à la bouche, elle était étonné qu'il ait mal voilà...

I29 : elle a regardé ? (question propositionnelle)

I71 : ben après.....c'est un tout au niveau de la fatigue, est-ce qu'il prend encore de la cortisone ? (question propositionnelle)

E72 : médrol c'est ça, il en prend oui tous les matins...

I73 : combien ? (question propositionnelle)

E74 : 3/4

I75 : d'accord, et vous êtes dans une phase de décroissance ou pas ? (question propositionnelle disjonctive)

I172 : *Rentrez chez vous ça va vous faire du bien, hum et en plus là il fait beau , et la radiothérapie commence bientôt ? (question propositionnelle)*

- à la consultation d'annonce :

I187 : *et par rapport aux mots qu'on a prononcés, ça vous est resté le nom de la maladie ? (question propositionnelle)*

I109 : *vous avez trouvé que c'était accessible ? (question propositionnelle)*

I113 : *d'accord et par rapport à tous les traitements qui se mettent en place ? (question propositionnelle)*

E114 : aussi, ça va

I115 : *ça a été ? (question propositionnelle)*

- à la consultation post-annonce :

I141 : *et sinon est ce que vous trouvez que c'est utile qu'on refasse un entretien comme ça juste avec une infirmière et un psychologue un peu à distance du moment de l'annonce ? (question propositionnelle)*

V – ELEMENTS RAPPELES CONCERNANT LA MALADIE ET LES TRAITEMENTS

Nous allons à présent analyser les éléments rapportés par l'épouse suite à la consultation d'annonce et qui ont trait à la maladie et aux traitements. Voyons dans le tableau suivant comment se répartissent ces éléments :

Termes	Locuteur(s) Cs Annonce	Locuteur(s) Cs Post-A I/E
Masse	M (2 fois)	E (2 fois)
Tum-eur/orale	M (53 fois) F (1 fois)	I (1 fois) E (2 fois)
Lésion	M (8 fois)	
Cancer	M (5 fois)	
Glioblastome	M (6 fois)	
Gliome	M (1 fois)	
Malin	M (6 fois)	E (2 fois)
Chirurgie	M (7 fois)	I (2 fois)
Radiothérapie	M (29 fois) I (1 fois)	I (5 fois)
Rayon	M (21 fois)	
Chimiothérapie	M (21 fois) F (1 fois)	

L'épouse va reprendre le début de l'histoire de la maladie de son mari en expliquant qu'elle a compris que quelque chose de grave ou tout du moins d'anormal se passait lorsque le mot *masse* a été utilisé par des professionnels des urgences. Ce terme a donc été entendu avant la consultation d'annonce et c'est d'ailleurs ce qui semble avoir été le plus difficile pour l'épouse.

*E94 : yen a une qui disait c'est une **masse** qui appuie, bon déjà avant que je vienne déjà j'avais une mauvaise impression là, une **masse** qui appuie c'est pour ça qu'il a des pertes d'équilibre et l'autre ; c'est tellement dans le brouillard que je ne saurais même plus qui c'est*

Le terme *tumeur* a lui-aussi été utilisé aux urgences et a donc déjà alerté l'épouse sur la possible gravité du mal dont était atteint son mari.

*E96 : La deuxième a dit disons le mot c'est une **tumeur**, c'est ça qui m'a...*

L'infirmière va donc confirmer le choc que peut constituer le mot *tumeur* lorsqu'il est prononcé de manière brutale, de surcroît par des professionnels non spécialistes de la pathologie en question.

*I103 : oui et puis en plus au niveau des urgences, je pense qu'ils ont aussi moins l'habitude à faire face à ces situations qu'un médecin par exemple comme le docteur Y., qui va expliquer de manière beaucoup plus adaptée, c'est vrai que **tumeur** comme ça, c'est un mot qui est assez brutal*

L'épouse emploie de nouveau ce terme pour signifier la crainte de la dangerosité de la maladie avec une mise en avant d'un espoir fragile.

*E106 : c'était ça oui, mais après je vous dit on espère on se dit c'est peut être pas une **tumeur** maligne [...]*

Dans ce même tour de parole elle va reprendre la notion de malignité en tant qu'élément redouté, donnant à ce terme une valeur très négative et l'utilisant pour définir la réalité :

E106 : c'était ça oui, mais après je vous dit on espère on se dit c'est peut être pas une tumeur maligne, après on nous annonce maligne mais on s'attend toujours euh à tout et après on se dit il faut se battre, il faut se battre et puis c'est tout. C'est tout ce qu'il nous reste à faire et puis voilà. On est à deux la famille est autour et puis voilà.

L'infirmière va aborder la chirurgie en la décrivant comme difficile, justifiant ainsi le fait que le patient puisse être fatigué.

*I13 : il y a la **chirurgie**, l'anesthésie...*

*I55 : c'est sur ça fait beaucoup, beaucoup de choses, c'est quand même une maladie pas anodine, plus la **chirurgie**...*

L'infirmière va parler de la radiothérapie à six reprises, marquant ainsi l'importance que celle-ci prend dans le parcours thérapeutique du patient.

*I27 : la **radiothérapie**, hier matin*

*I77 : ça vous verrez pendant la **radiothérapie**, le **radiothérapeute** pourra être amené à augmenter un peu la cortisone*

I181 : oui, ce sera en fonction de la **radiothérapie**

I121 : parce que sinon classiquement y a un bilan une fois par semaine pendant la **radiothérapie**

I172 : Rentrez chez vous ça va vous faire du bien, hum et en plus là il fait beau, et la **radiothérapie** commence bientôt ?

Il est à relever que l'épouse va davantage rapporter des éléments en rapport avec la maladie alors que l'infirmière assure plus son rôle de soignant en évoquant des notions médicales ou thérapeutiques.

VII – ELEMENTS NOUVEAUX CONCERNANT LA MALADIE

Dans cet entretien il apparaît clairement une préoccupation majeure de l'épouse concernant l'état actuel de son mari, principalement la *fatigue* continue. En effet, lorsque l'infirmière fait mention à l'épouse de son impression concernant cet état de fatigue du patient (I3), celle-ci va à plusieurs reprises pointer ce symptôme comme étant finalement la source majeure de difficulté voire de souffrance pour l'entourage. Elle emploiera ce terme à dix reprises pour caractériser l'état de son époux et finalement une fois pour elle, marquant ainsi l'impact de la maladie sur le conjoint.

Locuteur	Locution	Signification
I3	<i>je trouve votre mari beaucoup plus <u>fatigué</u> par rapport à ce week-end</i>	Partage par l'infirmière d'un état ressenti du monde à l'épouse du patient
E4	<i>il est <u>fatigué</u>, il est <u>fatigué</u> oui [...]</i>	Confirmation par l'épouse – Partage commun
E8	<i>rien que ça, ça l'a <u>fatigué</u>... [...]</i>	Constat d'un état du patient par l'épouse avec insistance

		sur l'importance du symptôme
E10	<i>je lui avais dit qu'il était très <u>fatigué</u> [...]</i>	Partage par l'épouse de l'état du patient au médecin traitant – Insistance sur le symptôme
I11	<i>après la <u>fatigue</u> dans cette maladie, il y a plusieurs composantes, il y a la maladie en elle-même c'est pas rien, ça joue sur la <u>fatigue</u></i>	Explications objectives sur les causes du symptôme
E18	<i>par contre il a l'air d'avoir gardé le moral parce qu'il plaisante, là il est <u>fatigué</u>, sinon...</i>	Essai de gestion de l'impact émotionnel du symptôme par compensation par un élément positif
E52	<i>ben oui c'était ça les problèmes [...] et puis cette <u>fatigue</u>... moi des fois ça me démoralise (pleurs) mais alors pfffff...</i>	Retour du symptôme avec son impact et sa force
E54	<i>(pleurs) (silence) <u>fatigue</u></i>	Poids et omniprésence du symptôme
E58	<i>je ne veux pas lui montrer que je suis <u>fatiguée</u>...</i>	Impact de la maladie sur le conjoint avec protection du patient – Isolement
E68	<i>ça ça fait rien non....c'est plutôt sa <u>fatigue</u>...</i>	Force du symptôme
I71	<i>ben après.....c'est un tout au</i>	Constat du symptôme et de

	<i>niveau de la <u>fatigue</u></i>	son caractère inévitable
E163	<i>oui, il a un bon caractère, mais moi c'est cette <u>fatigue</u> qu'il a quoi</i>	Retour du symptôme et de son poids
I164	<i>[...] la <u>fatigue</u> c'est une des conséquences de ce qui lui arrive</i>	Explication du symptôme

Concernant les autres termes introduits dans l'entretien et qui touchent à la maladie, nous retrouvons l'évocation :

- de symptômes
 - o de la part de l'épouse qui répertorie les différents troubles invalidants au quotidien, notamment au niveau buccal et digestif :

E20 : et l'appétit il mange bien sauf qu'il a mal dans la bouche quand...

E24 : mais c'est drôle qu'il ait toujours mal alors elle pensait que ça venait de l'hématome de l'opération...

E30 : [...] elle avait regardé voir si c'était des aphtes ou...

E38 : il en mange deux par jours il mange bien normalement et il a aussi des problèmes de diarrhée à intervalle aussi avec constipation

- o de la part de l'infirmière qui fait le point sur la situation actuelle :

165 : hum après il y aussi la cicatrice au niveau de la tête ça s'estompe....

I119 : ah ben là en plus ce qui complique la situation c'est le problème des phlébites

- des traitements, l'épouse là encore donnant des indications sur ce qui est mis en place pour pallier les différents symptômes et l'infirmière donnant des conseils quant à la démarche thérapeutique à suivre en fonction des troubles et de leur évolution

E34 : [...] normalement il mange bien et elle lui a donné aussi des compléments alimentaires

I35 : ah oui des petites crèmes ou des briquettes de ...

E40 : c'est plutôt diarrhée, alors je lui donne un imodium et après

I43 : ah euh vous avez du smecta

I45 : c'est peut être mieux que l'imodium parce le smecta ça va plâtrer un peu alors que l'imodium ça bloque vraiment le transit

I49 : quand il a des diarrhées et si jamais après il est constipé il y a aussi des fibres en sachets qu'on peut donner..

I123 : là ce qui complique un peu la situation, c'est les anti-coagulants.

I125 : d'accord et par rapport aux traitements vous trouvez que c'était assez adapté le témodal...

E128 : c'est juste le préviscan qui a posé quelques problèmes

Dans l'échange suivant nous pouvons percevoir la bonne compréhension de l'épouse par rapport au traitement, puisque le terme *cortisone* prononcé par l'infirmière a été correctement traduit par *médrol* par l'épouse, ce qui montre là encore son implication attentive dans le parcours thérapeutique de son époux.

*I71 : ben après.....c'est un tout au niveau de la fatigue, est-ce qu'il prend encore de la **cortisone** ?*

*E72 : **médrol** c'est ça, il en prend oui tous les matins...*

- l'organisation pratique, l'épouse démontrant sa connaissance de la réalité par rapport au système de transport dans le contexte hospitalier et donc de la maladie :

E175 : non on va prendre un VSL

L'infirmière va introduire une perspective souvent douloureuse pour les patients et les proches qui est la nécessité de déplacement en *fauteuil roulant* mais l'épouse montre qu'elle a déjà envisagé cette possibilité en parlant du *déambulateur* de sa mère et surtout en ajoutant que cette dernière est décédée, faisant peut-être plus ou moins inconsciemment le lien entre la situation de sa mère qui est décédée et son mari qui se retrouve atteint d'une maladie que l'on dit létale.

I184 : est ce que vous voulez une ordonnance pour un fauteuil roulant

E185 : chez moi j'ai un déambulateur, de ma mère qui est décédée

VII – ANALYSE THEMATIQUE VIA ALCESTE

L'intégralité du discours a été pris en compte par le logiciel ALCESTE dans l'analyse. La **classe 1** se démarque nettement, avec 44% du corpus. Elle aborde l'annonce. La **classe 3**, (23%) parle des examens et des traitements et est liée à la **classe 4** qui, avec 16%, concerne les effets produits par la maladie, telles que la *fatigue*, le *moral*, les *pleurs*, ... La **classe 2** (17%), est reliée aux deux classes précédentes et concerne les symptômes et les traitements pour y remédier.

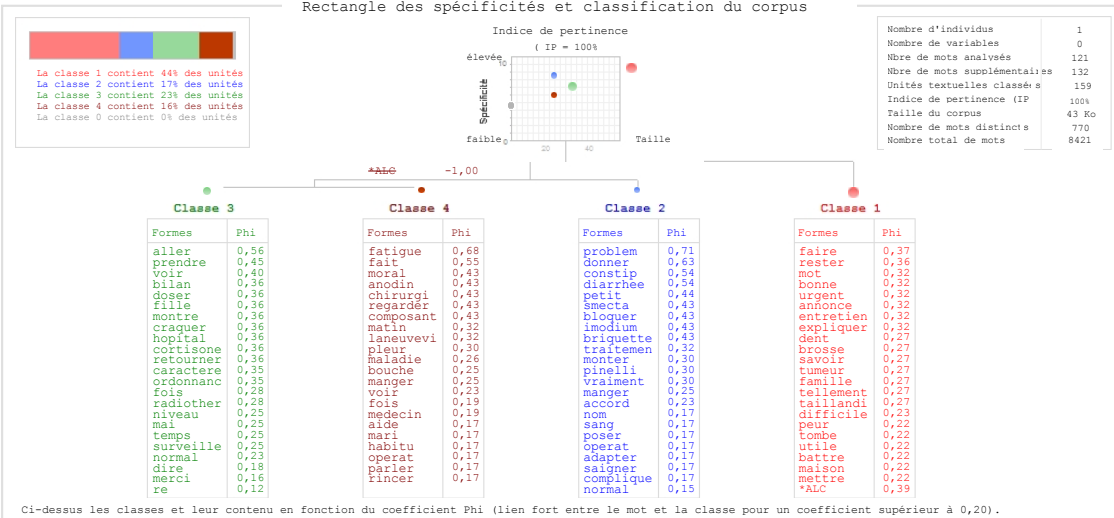
Rapport de synthèse

Texte analysé : IDE - PC A11

Mercredi 06 Mai 2015 à 15 h 53

Le corpus IDE - PC A11 a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 100% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 0% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 4 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 43% des unités textuelles classées (soit 44% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **faire, rester, mot, bonne, urgent, annonce**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 17% des unités textuelles classées (soit 17% du corpus initial) ses mots significatifs sont **probleme, donner, constip, diarrhee, petit, smecta**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 23% des unités textuelles classées (soit 23% du corpus initial) ses mots significatifs sont **probleme, donner, constip, diarrhee, petit, smecta**. Elle est suivie de la classe 4 qui représente 16% des unités textuelles classées (soit 16% du corpus initial) marquée par les mots **fatigue, fait, moral, anodin, chirurgi, regarder**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.



Page 1

Classe n°1

Cette classe est formée de 69 unités textuelles, soit 43% des unités classées. Les Mots tels que **annonce, accord, maladie** et les Mots en majuscules tels que sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

Mots significatifs

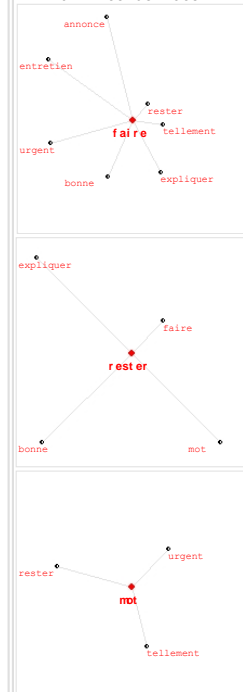
Mots présents	Phi	Freq.
qui	0,37	57
faire	0,37	30
rester	0,36	18
mot	0,32	12
bonne	0,32	12
urgent	0,32	12
annonce	0,32	12
entretien	0,32	15
expliquer	0,32	12
pour	0,30	48
vous	0,30	66
a	0,29	132
tout	0,29	33
ete	0,28	21
ont	0,27	9
dent	0,27	12
brosse	0,27	12
savoir	0,27	12
tumeur	0,27	9
famille	0,27	9
tellement	0,27	9
taillandier	0,27	9
difficile	0,22	12
C	0,22	6
ils	0,22	9
avec	0,22	15
deja	0,22	9
peur	0,22	12
sont	0,22	6
trop	0,22	9
autre	0,22	6
comme	0,22	21
tombe	0,22	6
utile	0,22	6
battre	0,22	9
maison	0,22	6
mettre	0,22	6
souple	0,22	6
brosser	0,22	6
*ALC	0,39	69

Mots absents	Phi	Freq.
bien	-0,42	0
fatigue	-0,42	0
aller	-0,38	3
voir	-0,36	0
lui	-0,35	6
probleme	-0,34	0
normal	-0,31	0
fois	-0,28	0
petit	-0,25	0

Unités textuelles de la classe 1

E88: moi c est: je l ai mis dans le questionnaire; c est le premier choc c est sur, parce-que les familles déjà quand on arrive, c est des idées noires, c est sur, c est pas des **bonnes** idées qu'on a I89: hum E90: . c est tellement dans le brouillard que je ne saurais même plus qui c est I95: d accord E96: la deuxième a dit disons le **mot** c est une tumeur, c est ca qui m a. I97: d accord, d accord, donc ca a été au moment de la découverte aux **urgences** E98: oui, oui la c est le ciel qui me tombe sur la tête I99: d accord E100: après au-bout de quelques jours on digère, après on espère que I101: . donc pour vous c est ca qui a été le plus difficile E106: c était ca oui, mais après je vous dit on espère on se dit c est peut-être pas une tumeur maligne, après on nous **annonce** maligne mais on s attend toujours euh a tout et après on se dit il faut se battre, il faut se battre et puis c est tout. C est tout ce qu'il nous **reste a faire** et puis voilà. on est a deux la famille est autour et puis voilà. I107: d accord et par-rapport alors euh donc la maladie, ce qu'on vous a **explique** avec monsieur taillandier, il y a des choses qui vous sont **reste** ou pour vous tout ce qui est technique ca. . voilà il avait sa **brosse a dent** de la maison qui est pas dure il dit c est une **brosse** en fer que tu m as donnée la, mais tellement ca lui **faisait** mal quoi. I141: et sinon est-ce-que vous trouvez que c est utile qu'on refasse un **entretien** comme ca juste avec une infirmière et un psychologue un peu a distance du moment de l **annonce** ? non mais c est pour nous après savoir, un des objectifs de notre travail c est de savoir si c est utile ou pas de demander aux patients et a leur famille de revenir pour des **entretiens** quinze jours après le moment de l **annonce** du diagnostic. E88: moi c est: je l ai mis dans le questionnaire; c est le premier choc c est sur, parce-que les familles déjà quand on arrive, c est des idées noires, c est sur, c est pas des **bonnes** idées qu'on a I89: hum E90: . c est tellement dans le brouillard que je ne saurais même plus qui c est I95: d accord E96: la deuxième a dit disons le **mot** c est une tumeur, c est ca qui m a. I97: d accord, d accord, donc ca a été au moment de la découverte aux **urgences** E98: oui, oui la c est le ciel qui me tombe sur la tête I99: d accord E100: après au-bout de quelques jours on digère, après on espère que I101: . donc pour vous c est ca qui a été le plus difficile E106: c était ca oui, mais après je vous dit on espère on se dit c est peut-être pas une tumeur maligne, après on nous **annonce** maligne mais on s attend toujours euh a tout et après on se dit il faut se battre, il faut se battre et puis c est tout. C est tout ce qu'il nous **reste a faire** et puis voilà. on est a deux la famille est autour et puis voilà. I107: d accord et par-rapport alors euh donc la maladie, ce qu'on vous a **explique** avec monsieur taillandier, il y a des choses qui vous sont **reste** ou pour vous tout ce qui est technique ca. . voilà il avait sa **brosse a dent** de la maison qui est pas dure il dit c est une **brosse** en fer que tu m as donnée la, mais tellement ca lui **faisait** mal quoi. I141: et sinon est-ce-que vous trouvez que c est utile qu'on refasse un **entretien** comme ca juste avec une infirmière et un psychologue un peu a distance du moment de l **annonce** ? non mais c est pour nous après savoir, un des objectifs de notre travail c est de savoir si c est utile ou pas de demander aux patients et a leur famille de revenir

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 2

Classe n°2

Cette classe est formée de 27 unités textuelles, soit 17% des unités classées. Les Marqueurs d'une intensité absolument, mieux, plus, très, et les Interjections tels qum, ah, ben, euh, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

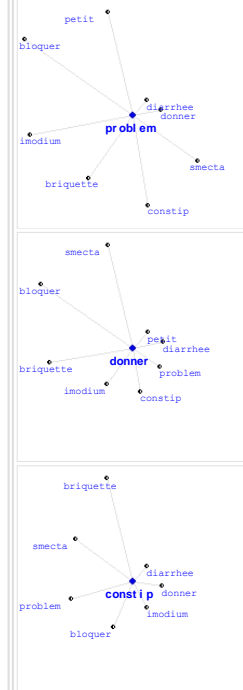
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
problem	0,71	21
donner	0,63	18
constip	0,54	9
diarthee	0,54	12
petit	0,44	9
smecta	0,43	12
bloquer	0,43	9
imodium	0,43	12
briquette	0,43	6
mieux	0,36	12
traitement	0,32	6
monter	0,30	6
pinelli	0,30	6
vraiment	0,30	6
bien	0,29	15
manger	0,25	12
il	0,23	54
accord	0,23	18
peu	0,19	9
aussi	0,19	15
ait	0,17	3
nom	0,17	3
son	0,17	3
avez	0,17	3
sang	0,17	3
alors	0,18	15
assez	0,17	3
avant	0,17	3
juste	0,17	3
moins	0,17	6
poser	0,17	3
operat	0,17	3
plutot	0,17	3
adapter	0,17	3
saigner	0,17	3
compliquer	0,17	3
c	0,15	60
m	0,16	12
ah	0,15	9
etait	0,16	12
Mots absents	Phi	Freq.
pour	-0,36	0
on	-0,34	3
dire	-0,31	0
j	-0,21	0
je	-0,20	6
se	-0,20	0
ai	-0,19	0
voir	-0,19	0
faire	-0,19	0

Unités textuelles de la classe 2

mais ca guerit pas E34: non, alors il a ce probleme la et parce-que il mange bien, normalement il mange bien et elle lui a donne aussi des complements alimentaires I35: ah oui des petites cremes ou des briquettes de E36: . d accord, d accord E40: c est plutot diarthee, alors je lui donne un imodium et apres I41: ah et apres il est constipe E42: pendant trois jours voila il est bloque I43: ah euh vous avez du smecta E44: oui, c est peut-etre mieux I45: . c est peut-etre mieux que l imodium parce le smecta ca va plattre un peu alors que l imodium ca bloque vraiment le transit. E46: d accord il vaut mieux smecta I47: c est pas tres bon a boire mais c est moins, c est moins l imodium ca bloque vraiment E48: il est pas difficile a prendre ce qu et alors le smecta c est seulement quand il a un probleme intestinal I49: . la ce-qui complique un peu la situation, c est les anti coagulants. E124: hum m I125: d accord et par-rapport aux traitements vous trouvez que c est assez adapte le temodal E126: si il a bien supporte, y avait pas de probleme I127: d accord E128: c est juste le previscan qui a pose quelques problemes I129: . 79 donc c est bien par-contre y a quand-meme plus-de risque de petit saignement le sang est plus fluide E134: oui ben oui I135: mais c est vrai qu il etait monte tres haut E136: 10 il etait monte I137: . mais ca guerit pas E34: non, alors il a ce probleme la et parce-que il mange bien, normalement il mange bien et elle lui a donne aussi des complements alimentaires I35: ah oui des petites cremes ou des briquettes de E36: . d accord, d accord E40: c est plutot diarthee, alors je lui donne un imodium et apres I41: ah et apres il est constipe E42: pendant trois jours voila il est bloque I43: ah euh vous avez du smecta E44: oui, c est peut-etre mieux I45: . c est peut-etre mieux que l imodium parce le smecta ca va plattre un peu alors que l imodium ca bloque vraiment le transit. E46: d accord il vaut mieux smecta I47: c est pas tres bon a boire mais c est moins, c est moins l imodium ca bloque vraiment E48: il est pas difficile a prendre ce qu et alors le smecta c est seulement quand il a un probleme intestinal I49: . la ce-qui complique un peu la situation, c est les anti coagulants. E124: hum m I125: d accord et par-rapport aux traitements vous trouvez que c est assez adapte le temodal E126: si il a bien supporte, y avait pas de probleme I127: d accord E128: c est juste le previscan qui a pose quelques problemes I129: . 79 donc c est bien par-contre y a quand-meme plus-de risque de petit saignement le sang est plus fluide E134: oui ben oui I135: mais c est vrai qu il etait monte tres haut E136: 10 il etait monte I137: . mais ca guerit pas E34: non, alors il a ce probleme la et parce-que il mange bien, normalement il mange bien et elle lui a donne aussi des complements alimentaires I35: ah oui des petites cremes ou des briquettes de E36: . d accord, d accord E40: c est plutot diarthee, alors je lui donne un imodium et apres I41: ah et apres il est constipe E42: pendant trois jours voila il est bloque I43: ah euh vous avez du smecta E44: oui, c est peut-etre mieux I45: . c est peut-etre mieux que l imodium parce le smecta ca va plattre un peu alors que l imodium ca bloque vraiment le transit. E46: d accord il vaut mieux smecta I47: c est pas tres bon a boire mais c est moins, c est moins l

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 3

Classe n°3

Cette classe est constituée de 36 unités textuelles, soit 23% des unités classées. Les Verbes aller, prendre, doser, venir, et les Verbes modaux tels quere, savoir, pouvait voulait devoit, sont les catégories de mots les plus spécifiques cette classe.

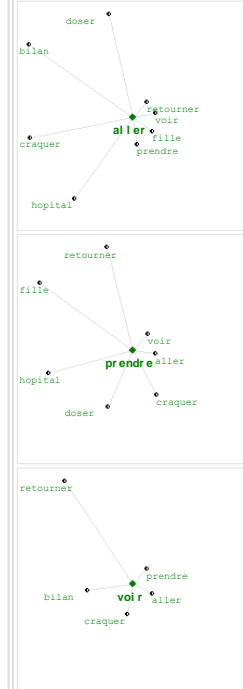
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
aller	0,56	39
prendre	0,45	18
je	0,41	57
voir	0,40	15
fort	0,36	6
suis	0,36	9
bilan	0,36	6
doser	0,36	6
filie	0,36	9
montré	0,36	6
craquier	0,36	6
hopital	0,36	6
cortisone	0,36	6
retourner	0,36	6
caractere	0,35	9
ordonnance	0,35	9
fois	0,28	12
radiotherapie	0,28	9
y	0,27	18
ma	0,25	9
par	0,25	6
niveau	0,25	6
pendant	0,25	6
mi	0,25	6
te	0,25	6
mai	0,25	6
temps	0,25	6
surveiller	0,25	6
normal	0,23	9
parce-qu	0,23	9
j	0,20	15
dire	0,18	6
nous	0,18	18
avais	0,18	6
ai	0,14	9
merci	0,16	3
savoir	0,14	9
ne	0,12	3
re	0,12	3
tu	0,12	3
Mots absents	Phi	Freq.
plus	-0,29	0
qui	-0,27	3
etait	-0,26	0
a	-0,24	21
elle	-0,22	0
maladie	-0,21	0
c	-0,18	21
donner	-0,19	0
trouver	-0,19	0

Unités textuelles de la classe 3

je l aide a venir jusqu a la cuisine dejeuner et ma filie me dit tiens papa il marchait normalement quoi et rien que le trajet I5: oui, oui E6: de chez ma filie a ici il doit y avoir une dizaine de km, on va dire quoi. des fois je craque, pas devant lui mais. I57: oui on E58: je ne veux pas lui montrer que je suis fatiguer I59: on voit que de-toute-facon vous prenez fin sur vous E60: je ne lui montre pas I61: . apres sachez que nous on est aussi la pour ca hein, avec nous vous pouvez craquier, vous pouvez parler de. E62: normalement j ai un caractere fort et pff c est de le voir comme ca quoi I63: hum m E64: ca va aller I65: hum m, apres il y aussi la cicatrice au niveau de la tete, ca s estompe. . E72: medrol c est ca, il en prend oui tous les matins I73: combien? E74: 3/ 4 I75: d accord, et vous etes dans une phase de décroissance? ou pas? E76: non c est toujours la meme chose I77: ca vous verrez pendant la radiotherapie, le radiotherapeute pourra etre amene a augmenter un peu la cortisone E78: hum, je lui avais montre l ordonnance de ce qu il prend I79: oui E80: . E114: aussi, ca va I115: ca a ete? E116: oui oui ca va I117: parce-que parfois on se dit que c est peut-etre un peu beaucoup E118: non, mais c est sur que de temps en temps je relis les ordonnances pour voir, y a des bilans certains jours y a des prises de sang toutes les 48 h, euh. . en-general il a bon caractere toujours c est vrai, alors je lui ai dit il va falloir te surveiller parce-que c est pas, le taux n est pas bon et puis apres j ai fini par lui dire tout j ai dit l hopital voudrait que tu retournes pour te surveiller quelques jours pour doser. je l aide a venir jusqu a la cuisine dejeuner et ma filie me dit tiens papa il marchait normalement quoi et rien que le trajet I5: oui, oui E6: de chez ma filie a ici il doit y avoir une dizaine de km, on va dire quoi. des fois je craque, pas devant lui mais. I57: oui on E58: je ne veux pas lui montrer que je suis fatiguer I59: on voit que de-toute-facon vous prenez fin sur vous E60: je ne lui montre pas I61: . apres sachez que nous on est aussi la pour ca hein, avec nous vous pouvez craquier, vous pouvez parler de. E62: normalement j ai un caractere fort et pff c est de le voir comme ca quoi I63: hum m E64: ca va aller I65: hum m, apres il y aussi la cicatrice au niveau de la tete, ca s estompe. . E72: medrol c est ca, il en prend oui tous les matins I73: combien? E74: 3/ 4 I75: d accord, et vous etes dans une phase de décroissance? ou pas? E76: non c est toujours la meme chose I77: ca vous verrez pendant la radiotherapie, le radiotherapeute pourra etre amene a augmenter un peu la cortisone E78: hum, je lui avais montre l ordonnance de ce qu il prend I79: oui E80: . E114: aussi, ca va I115: ca a ete? E116: oui oui ca va I117: parce-que parfois on se dit que c est peut-etre un peu beaucoup E118: non, mais c est sur que de temps en temps je relis les ordonnances pour voir, y a des bilans certains jours y a des prises de sang toutes les 48 h, euh. . en-general il a bon caractere toujours c est vrai, alors je lui ai dit il va falloir te surveiller parce-que c est pas, le taux n est pas bon et puis apres j ai fini par lui dire tout j ai dit l hopital voudrait que tu retournes pour te surveiller quelques jours pour doser. je l aide a venir jusqu a la cuisine dejeuner et ma filie me dit tiens papa il marchait normalement quoi et rien que le trajet I5: oui, oui E6: de chez ma filie

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 4

Classe n°4

Cette classe est constituée de 27 unités textuelles, soit 17% des unités classées. Les Adjectifs et adverbes tels que , et les Marqueurs d'une intensité tels que , sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

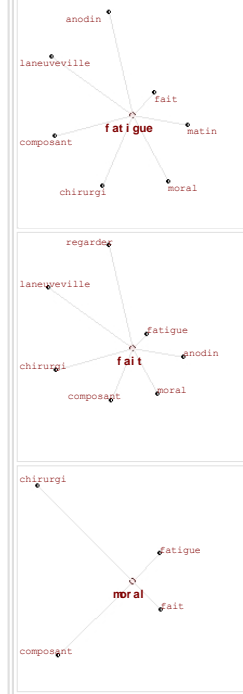
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
fatigue	0,68	36
fait	0,55	24
moral	0,43	6
anodin	0,43	6
chirurgi	0,43	6
regarder	0,43	6
composant	0,43	6
plusieurs	0,43	6
n	0,41	12
elle	0,37	24
cette	0,32	6
matin	0,32	6
par-contre	0,32	6
laneuveville	0,32	6
rien	0,31	9
beaucoup	0,31	12
hier	0,30	6
pleur	0,30	6
lui	0,29	15
bien	0,29	12
dans	0,26	9
maladie	0,26	12
mal	0,25	9
parce	0,25	6
bouche	0,25	6
manger	0,25	6
plus	0,23	15
mari	0,23	9
en	0,20	12
bon	0,19	9
moi	0,19	6
fois	0,19	6
medecin	0,19	6
sa	0,17	3
ait	0,17	3
cet	0,17	3
aide	0,17	3
avoir	0,17	3
entre	0,17	3
Mots absents	Phi	Freq.
vous	-0,26	3
accord	-0,24	0
qui	-0,20	3
faire	-0,19	0
avec	-0,17	0
jour	-0,17	0
nous	-0,17	0
comme	-0,17	0
*ALC	-1,00	0

Unités textuelles de la classe 4

I1: vous devez repartir chez vous cet apres-midi? E2: oui on devait repartir dans l apres-midi, apres manger. I3: je trouve votre mari beaucoup plus par-rapport a ce week-end E4: il est fatigue, il est fatigue oui, et ce matin il s est leve, d habitude je l aide, bon je lui mets ses bas de contention, . I11: apres la fatigue dans cette maladie, il y plusieurs composantes, il-y-a la maladie en elle meme c est pas rien, ca joue sur la fatigue. E12: oui, oui I13: il-y-a la chirurgie, l anesthesie E14: hum m I15: tout ca, ca fait beaucoup, plus peut-etre un peu moralement, ce n est pas facile E16: voila c est-ce qu elle dit, peut-etre un peu psychologique aussi I17: . non et hier on avait rendez-vous pour euh I27: la radiotherapie, hier matin E28: et je lui en ai parle, j ai dit qu il avait mal a la bouche, elle etait etonne qu il ait mal voila I29: elle a regarde? E30: non elle n a pas regarde, par-contre le medecin de laneuveville elle avait regarde, voir si c etait des aphtes ou I31: ben oui, parce qu apres peut-etre mais bon E32: alors ici il avait un liquide pour rincer, ca lui fait du bien mais I33: . moi des fois ca me demoralise, pleurs, mais alors pfffff I53: hum m hum m E54, pleurs, silence, fatigue I55: c est sur ca fait beaucoup, beaucoup de choses, c est quand-meme une maladie pas anodine, plus la chirurgie E56: . merci a vous I1: vous devez repartir chez vous cet apres-midi? E2: oui on devait repartir dans l apres-midi, apres manger. I3: je trouve votre mari beaucoup plus fatigue par-rapport a ce week-end E4: il est fatigue, il est fatigue oui, et ce matin il s est leve, d habitude je l aide, bon je lui mets ses bas de contention, . I11: apres la fatigue dans cette maladie, il y plusieurs composantes, il-y-a la maladie en elle meme c est pas rien, ca joue sur la fatigue. E12: oui, oui I13: il-y-a la chirurgie, l anesthesie E14: hum m I15: tout ca, ca fait beaucoup, plus peut-etre un peu moralement, ce n est pas facile E16: voila c est-ce qu elle dit, peut-etre un peu psychologique aussi I17: . non et hier on avait rendez-vous pour euh I27: la radiotherapie, hier matin E28: et je lui en ai parle, j ai dit qu il avait mal a la bouche, elle etait etonne qu il ait mal voila I29: elle a regarde? E30: non elle n a pas regarde, par-contre le medecin de laneuveville elle avait regarde, voir si c etait des aphtes ou I31: ben oui, parce qu apres peut-etre mais bon E32: alors ici il avait un liquide pour rincer, ca lui fait du bien mais I33: . moi des fois ca me demoralise, pleurs, mais alors pfffff I53: hum m hum m E54, pleurs, silence, fatigue I55: c est sur ca fait beaucoup, beaucoup de choses, c est quand-meme une maladie pas anodine, plus la chirurgie E56: . merci a vous I1: vous devez repartir chez vous cet apres-midi? E2: oui on devait repartir dans l apres-midi, apres manger. I3: je trouve votre mari beaucoup plus fatigue par-rapport a ce week-end E4: il est fatigue, il est fatigue oui, et ce matin il s est leve, d habitude je l aide, bon je lui mets ses bas de contention, . I11: apres la fatigue dans cette maladie, il y plusieurs composantes, il-y-a la maladie en elle meme c est pas rien, ca joue sur la fatigue. E12: oui, oui I13: il-y-a la chirurgie, l anesthesie E14: hum m I15: tout ca, ca fait beaucoup, plus peut-etre un peu moralement, ce n est pas facile E16: voila c est-ce qu elle dit, peut-etre un peu

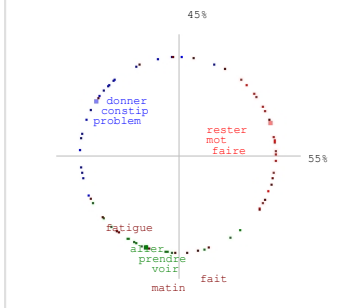
Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 5

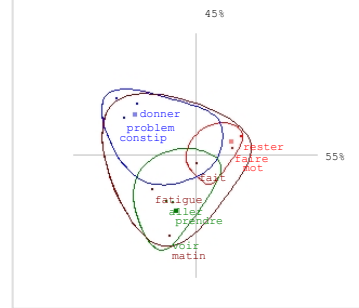
Analyse factorielle en corrélations



Statistique des formes

Libellé	Total
Nombre total de mots du corpus	8421
Effectif moyen d'un mot	10
Nombre de mots analysés	2958
Verbes	726
Adjectifs et adverbes	186
Noms communs	924
Autres	1122
Nombre de mots non analysés	4644
Articles	729
Pronoms	921
Auxiliaires	576
Autres	2418
Richesse du vocabulaire (RV)	47 %

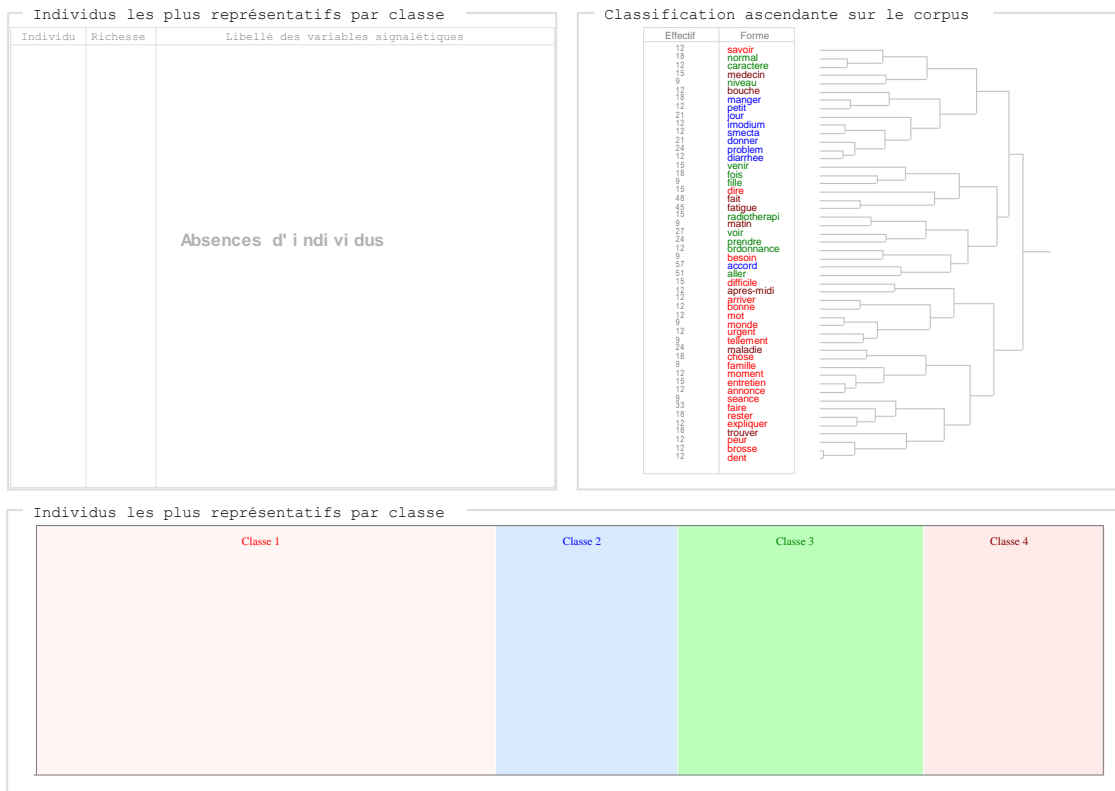
Analyse factorielle en coordonnées



Extrait du dictionnaire du corpus

Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq
accord	57	brosse	12	revenir	9	mettre	6	psychologue	6	noir	3	amener	3	appetit	3
aller	15	moment	12	regarder	9	monter	6	di	3	papa	3	appele	3	aujourd	3
fait	48	penser	12	tellement	9	montre	6	km	3	pied	3	boulot	3	choquer	3
fatigue	45	savoir	12	traitement	9	operat	6	air	3	rare	3	brutal	3	P :	3
faire	33	smecta	12	taillandier	9	parler	6	bas	3	rire	3	compte	3	compris	3
voir	27	urgent	12	laneuveville	9	rincer	6	bat	3	seul	3	decide	3	costaud	3
vrai	24	annonce	12	re	6	souple	6	cas	3	taux	3	donnee	3	cuisine	3
maladie	24	arriver	12	mal	6	adapter	6	dur	3	voix	3	enfant	3	deceder	3
prendre	24	inodum	12	nom	6	appuyer	6	fer	3	aphte	3	enmei	3	denier	3
problem	24	diarhee	12	aide	6	battant	6	fil	3	boire	3	facile	3	digerer	3
jour	21	repartir	12	coup	6	brosser	6	fin	3	cadre	3	fluide	3	dizaine	3
donner	21	caractere	12	idee	6	craquer	6	hui	3	creme	3	guerir	3	docteur	3
fois	18	expliquer	12	long	6	esperer	6	ose	3	debut	3	longue	3	etonner	3
chose	18	hospitali	12	mari	6	hospital	6	pff	3	drole	3	medrol	3	excuser	3
manger	18	previscan	12	sang	6	infirme	6	pot	3	faxer	3	metier	3	exister	3
normal	18	situation	12	tete	6	maligne	6	yen	3	femme	3	minute	3	hesiter	3
rester	18	apres-midi	12	bilan	6	pinelli	6	avis	3	fibre	3	nestle	3	laisser	3
trouver	18	ordonnance	12	doser	6	pouvoir	6	beau	3	finir	3	pareil	3	liquide	3
dire	15	filie	9	masse	6	saigner	6	bref	3	garde	3	pffff	3	matcher	3
venir	15	matin	9	merci	6	technique	6	calm	3	genre	3	relire	3	mauvais	3
medecin	15	monde	9	moral	6	chirurgi	6	choc	3	grave	3	risque	3	montrer	3
difficile	15	battre	9	passer	6	vraiment	6	ciel	3	heure	3	rouler	3	patient	3
entretien	15	besoin	9	pleur	6	briquette	6	cote	3	lever	3	sachet	3	platre	3
radiotherapi	15	niveau	9	poser	6	composant	6	dame	3	nancy	3	sortir	3	premier	3
mot	12	seance	9	temps	6	cortisone	6	face	3	perce	3	valoir	3	refaire	3
dent	12	trajet	9	tombe	6	retourner	6	gros	3	phase	3	P :	3	rentrer	3
peur	12	tumeur	9	utile	6	brouillard	6	haut	3	place	3	yaourt	3	reussir	3
bonne	12	bloquer	9	anodin	6	compliquer	6	joue	3	plain	3	acheter	3	semaine	3
petit	12	constip	9	habitu	6	surveiller	6	mere	3	prise	3	aliment	3	silence	3
bouche	12	famille	9	maison	6	composition	6	met	3	total	3	appeler	3	soigner	3

Page 6



Page 7

VIII - CONCLUSION :

Nous observons que tout en sachant la raison de cet entretien qui est initialement d'aborder la question de la consultation d'annonce, l'épouse va vite, encouragée par l'infirmière, ressentir le besoin d'exprimer ses interrogations quant à la maladie. Cet entretien fait apparaître la préoccupation essentielle de l'épouse qui est la gestion de la vie au quotidien avec cette maladie évolutive et son côté aléatoire quant à son expression, son évolution et ses moyens de s'y adapter.

Il semble donc fondamental d'aborder la fatigue dès la consultation d'annonce en la présentant comme une cause inexorable de la maladie et ce pour éviter que l'entourage ne se focalise sur ce symptôme ou cherche à sur-stimuler le patient victime finalement de son état.

Ainsi lors de la consultation d'annonce, il serait très certainement bénéfique pour le patient que le médecin s'adresse davantage au proche lorsqu'il aborde la question des traitements et qu'il ouvre son attention à l'entourage. Souhaitant aider son proche malade, l'entourage va chercher à « faire quelque chose », à participer et il est souvent plus aisé d'assurer la gestion des aspects pratiques plutôt que de tenter en vain de soulager le patient d'une souffrance morale inévitable dans le processus de cheminement psychologique.

Concernant la consultation post-annonce infirmière, si l'épouse exprime moins le besoin de ce temps soignant, c'est peut-être parce que dès la consultation d'annonce son attention est portée sur les aspects pratiques de la gestion, ce qui pour autant n'empêche qu'elle puisse se questionner sur la maladie, les symptômes et l'évolution. L'infirmière assure un rôle de réassurance et de confort en valorisant l'action de l'épouse et en l'aiguillant sur la démarche à suivre et la position à tenir auprès de son mari malade.

Ainsi ce temps permet à l'épouse de faire un état des lieux des symptômes présents chez son mari afin d'obtenir des conseils ou réponses sur la marche à suivre. L'infirmière peut ainsi expliquer plus en détails la démarche thérapeutique et introduire des éléments sur l'avenir en assurant l'épouse de son soutien et sa présence continue ou à défaut celle de l'équipe, offrant là-aussi à l'entourage un cadre soutenant.

CONSULTATION POST-ANNONCE PSYCHOLOGUE – PATIENT

I – ACTEURS

Le patient (P) et le psychologue (Ψ) sont les deux interlocuteurs dans cet entretien. Ils se rencontrent pour la première fois.

II – DUREE DE LA CONSULTATION POST-ANNONCE PSYCHOLOGUE

L'échange a duré 32 minutes et 18 secondes.

III – STRUCTURE DE L'ENTRETIEN

Dans un premier temps, lorsque le psychologue présente l'objectif de cette étude au patient en indiquant que selon lui l'annonce d'une mauvaise nouvelle reste quelque chose de difficile à entendre, le patient nuance ses propos (P2). Il parle alors en tant que membre d'un groupe identifié, à savoir celui des patients (P4 : « *Nous patients* ») (**affiliation**) et note le rôle actif du patient à côté des médecins dans le choix à prendre.

En ce sens, l'annonce oblige le patient à faire un choix, à décider.

Le psychologue va ensuite questionner le patient sur le vécu de cette annonce. Pour répondre, le patient va mentionner l'histoire collective d'amis décédés de cancer (P12) pour justifier en quelque sorte la souffrance personnelle éprouvée (**déplacement**). Rapidement il va s'appuyer sur la notion « *d'acceptation* » nécessaire, bien que difficile, mais en faisant tenir ces propos au psychologue et validant leur véracité (P16 : « *comme vous dites*

y'a une certaine *acceptation* »). Par cette méthode le patient laisse à penser qu'il souhaite être soutenu dans sa façon de gérer cette réalité difficile en mettant en l'autre ce que lui essaie de croire, partageant ainsi une vision du monde. Ainsi, pour le patient, l'acceptation est possible avec le temps (P18) mais pour autant la réalité reste douloureuse (P24).

Quand le patient est interrogé sur la méthode que le médecin pourrait appliquer pour réaliser cette annonce, ce dernier va réfléchir et mettre en avant la *présence* (P30) comme élément essentiel pour réduire la souffrance vécue, précisant sa pensée par l'*écoute* (P34). En P40 le patient va se questionner sur l'existence d'un Dieu et donc de l'intérêt de rencontrer un représentant du culte (P38), signifiant ainsi une remise en cause de ses croyances religieuses, s'en remettant davantage aux soignants (P42). **Il semble que l'imaginaire est inopérant face à un tel réel avec un système de croyances inefficace pour affronter ce contexte de maladie mortelle).**

Un autre élément pointé par le patient est la **confiance** que ce dernier doit pouvoir avoir en son médecin (P47-P48) et ce dès le début de cette consultation d'annonce.

Le patient va ensuite montrer que l'annonce est venue confirmer la pré-existence d'un malaise qu'il ressentait, apportant une « *réponse* » (P50).

Le rôle de la consultation d'annonce serait alors de venir confirmer – ou infirmer – une impression subjective d'un mal-être ou d'un problème objectif.

Le patient définit ce qu'il a vécu lors de cette annonce comme une sorte d'accompagnement teinté de *confiance* (P56) qui lui a permis de se sentir en **sécurité** (P58), ce qui selon lui est un véritable besoin du patient dans ces moments (P60).

Concernant la nécessité d'une consultation post-annonce médicale, si le patient ne semble pas trouver cette proposition inintéressante, permettant d'aborder certains points mal compris, il va néanmoins pointer la qualité de la première consultation comme critère principal avec la finalité de réduire la souffrance. Il indique ici toute l'importance de la **prise en compte de cette dimension psychologique** et de l'impact de l'annonce sur le plan émotionnel.

L'annonce permettrait finalement au patient de se laisser aller si ce dernier sent qu'il peut avoir confiance en son médecin et si celui-ci lui apporte ce cadre contenant, secure. L'aspect informationnel semblerait passer au second plan puisqu'étranger au monde patient mais appartenant au monde soignant à qui l'on peut se confier, psychologiquement et physiquement.

Le patient va ensuite exprimer un sentiment d'inutilité vis-à-vis de ses proches, notamment de ses enfants (P86). La consultation d'annonce, en incluant l'entourage, peut sans doute permettre au patient de faire part de cette impression afin de s'en libérer de suite.

Au niveau du contenu de la consultation, le patient précise que de son côté il n'attendait pas forcément beaucoup (P104), précisant que le travail en amont de questionnement quant à la situation (P106 : « *cheminement* ») lui avait déjà permis d'appréhender certains éléments de la réalité et si pour lui l'information est certes nécessaire à recevoir (P112), il signale que le discours médical reste parfois compliqué à saisir (asymétrie entre discours médical et discours profane = rencontre de deux univers langagiers distincts). Néanmoins, il semble occulter cette sorte d'excès psychique qui entrave la bonne compréhension des éléments d'information (saturation / sidération) (P114 : « *on y entend rien dans tout ça alors ça vous arrive dessus* »). Là aussi le patient considère que son épouse a en revanche vécu un « choc » lors de cette consultation (déplacement). Cet état semble protéger le patient dans ces instants quant au « choc » psychique vécu, le protégeant d'un trauma primaire et lui permettant d'intégrer progressivement les infirmations, d'où l'importance d'un accompagnement continu de la part des soignants, et notamment de l'infirmière.

Le patient montre qu'il intègre bien son épouse dans ce processus (d'où l'importance de sa présence dès la consultation d'annonce) mais pour autant, il n'a pu reprendre avec elle après la consultation les informations reçues, évoquant là aussi les échanges avec les amis sur la maladie (P124) (déplacement).

Dès que le sujet devient « intime » le patient a tendance à ouvrir la vision de l'échange au collectif, se protégeant ainsi de l'impact subjectif ou familial de la maladie. Une piste est peut-être d'aborder la dimension émotionnelle de l'annonce sous l'angle du collectif, du groupe auquel le patient se retrouve projeté, à savoir celui des malades. Ainsi, en notant la réaction « habituelle » ou en « normalisant » les ressentis émotionnels du patient, ce dernier s'autorisera peut-être davantage à les exprimer, ce qui l'aidera à s'en libérer.

Concernant les traitements, le patient montre bien son intérêt mais exprime également le flou quant à l'organisation précise.

Sur ce plan il est nécessaire que l'entourage soit investi pour suivre car le patient ne semble pas en état d'intégrer les informations précises, même s'il cherche à conserver une certaine maîtrise.

Ensuite le patient explique comment il tente de vivre avec la maladie et ce malgré la fatigue, en évoquant ses activités telles que l'apiculture (P186), le jardinage (P188), la musique et le chant (P190). S'il constate la nécessité imposée par la fatigue de réduire le rythme, il considère que ces occupations participent à la guérison

(P202) et précise que la musique qu'il partage avec son épouse les aident tous les deux à lutter contre la maladie (P214).

Aborder la dimension des activités lors de la consultation d'annonce peut fournir au patient et à ses proches un appui pour vivre. Cela vient aussi rappeler au patient que le partage fait partie de sa vie et que de ce fait il semble légitime voire naturelle de partager à présent ce nouvel élément difficile. Nous savons par ailleurs que l'activité sportive, dans un certain cadre bien précis, est bénéfique pour les patients en cancérologie et semble même majorer les effets bénéfiques de la chimiothérapie.

Le patient va de nouveau insister sur l'importance de l'entourage pour supporter la réalité de la maladie. Lorsque le psychologue interroge le patient sur d'éventuels changements dans son comportement, celui-ci décrit bien l'état second dans lequel les patients se trouvent à la suite d'une telle annonce (P248 « *Y'a tellement d'choses que qui passent comme un film* »).

Le patient va signifier une projection dans l'avenir (P258) et même si la progression dans la maladie risque d'entraver la mise en œuvre de ce désir, il semble bien essentiel de ne pas désespérer le patient mais plutôt de le soutenir dans ses projets de vie, aussi surprenants soient-ils. Le patient confie ainsi que l'arrivée de la maladie dans sa vie lui a donné l'envie de s'ouvrir à certaines choses, évoquant un voyage en Espagne l'année prochaine.

Puis, par un processus de comparaison, le patient vient mettre en quelque sorte à distance sa propre mort en rappelant celle d'un cousin (P286) qui a eu un « *cas différent* » et qui est décédé « *six mois après la découverte de la maladie* ».

Le psychologue va ensuite interroger le patient sur la découverte de la maladie. Le malade parle de signes précurseurs (P292-P314) en signifiant qu'à ce stade, même si « *on savait rien* », « *on savait qu'y avait quelque chose mais sans plus* » et « *on était dans le flou* » (P322).

Nous percevons ici la connaissance primitive d'une maladie par le patient lui-même que personne ne peut encore nommer mais qui en quelque sorte vient éveiller une vigilance personnelle, d'où l'importance d'un travail en réseau et en partenariat avec les divers intervenants dans cette phase pré-diagnostique (médecin traitant, radiologue, neuro-oncologue, ...).

De nouveau, le patient confirme la nécessité d'un entourage soignant solide et présent dans ces moments de vulnérabilité (P352-P360), attendant de la précision, de la clarté et de la logique (P366). Cette remarque

permet d'argumenter le fait qu'il est sans doute plus pertinent que l'annonce de maladie grave soit réalisée par un médecin spécialiste de l'organe atteint et non un médecin traitant qui de fait est seul à son cabinet.

La question des traitements et plus précisément de la chimiothérapie semble confuse pour le patient (P386). Ainsi, nous voyons que sur ce point le patient doit être encadré à la fois par un personnel soignant ayant une bonne connaissance des traitements et de la maladie mais également par les proches pour l'organisation quotidienne au domicile.

Le patient va dans ce sens montrer qu'il a besoin de sentir que l'équipe sait parfaitement mettre en œuvre ces traitements lourds à la fois sur un plan physique mais également sur un plan symbolique (P390, P392) et de manière rapide, rappelant que l'attente reste anxiogène (P390). Nous voyons là le rôle « *anxiolytique* » assuré par les soignants

Le patient manifeste le besoin de connaître à la fois l'orientation thérapeutique mais également le nom de la maladie, parlant pour son cas de « *tumeur* » (P398). Lorsque le psychologue aborde de manière indirecte le nom de la maladie, le patient ne réagit pas mais il va attendre une relance de la part du professionnel (acte directif) qui pose de manière explicite la question « *vous vous souvenez de votre maladie ? De ce que vous avez ?* » pour exprimer ce qu'il sait à ce sujet.

Le patient va enfin montrer que les éléments retenus, bien que flous ou incertains, restent « *les dégâts* » que la maladie peut provoquer et la nécessité d'agir après réflexion et d'être accompagné.

Il semble que l'impact de la maladie soit plus marquant que la pathologie en elle-même et qu'il est important pour le patient d'agir sur l'évolution naturelle de la maladie.

IV – LES QUESTIONS

	Question catégorielle	Question propositionnelle	Total
Patient	1	4	5
Psychologue	6	30	36
Total	7	34	41

Le psychologue pose 7 fois plus de questions que le patient au cours de cet entretien. Ses questions concernent :

- le contexte de l'annonce :

Ψ3 : Comment vous ça s'est passé justement ? (Question catégorielle)

Ψ11 : Comment vous avez appris justement, euh ben quelque part l'existence de cet ennemi du coup, l'annonce de la maladie, comment vous l'avez, euh, vécue ? (Question catégorielle)

Ψ55 Et comment ça s'est passé justement cette cette ... ? (Question catégorielle incomplète)

Ψ97 Comme quoi vous voyez y a quand même euh... si elle est présente et si on en revient à l'annonce justement c'est quel médecin qui vous a fait l'annonce quel chirurgien, le docteur X ? (Question propositionnelle)

P98 Non non

Ψ99 Le docteur Y ? (Question propositionnelle)

- l'aspect structurel de la consultation d'annonce :

Ψ29 Et est-ce que vous vous auriez des des idées sur la manière dont on dont l'médecin pourrait s'y prendre pour euh... ? (Question propositionnelle)

Ψ47 Mais ça euh est-ce que vous pensez pas qu'c'est justement lors de l'annonce de la maladie quand ça se passe bien que que tout se joue ? (Question propositionnelle)

Ψ63 Oui et est-ce que vous pensez qu'cette annonce là le jour où ça s'est fait est-ce que vous pensez que y faudrait une autre annonce, quoi une autre consultation quelques temps après, une semaine, quinze jours pour reprendre peut être avec le médecin, pour lui poser des questions, pour qu'il vous réexplique certaines choses, est-ce que vous pensez que ce serait utile ? (Question propositionnelle)

- le contenu de l'annonce :

Ψ101 Oui alors si vous r'pensez à ce jour-là est-ce que vous avez l'impression que vous avez eu suffisamment d'informations ? (Question propositionnelle)

P102 Oh ben oui, hein

Ψ103 Oui ? (Question propositionnelle)

Ψ111 Et est-ce que vous avez eu l'impression d'avoir trop d'informations, pas assez ? (Question propositionnelle)

Ψ119 Et est-ce que vous avez eu euh besoin de reprendre avec justement le docteur Y certaines choses ? (Question propositionnelle)

- la dimension symptomatique et thérapeutique :

Ψ75 Et est-ce que vous on a réussi à vous soulager ? (Question propositionnelle)

Ψ167 Vous dormez beaucoup ? (Question propositionnelle)

Ψ169 Oui alors est-ce que c'est l'traitement, vous prenez quelque chose pour dormir, non ? (Question propositionnelle)

Ψ175 C'est possible hein, mais est-ce que vous vous sentez euh...entre guillemets en forme au réveil ? (Question propositionnelle)

Ψ237 (rire) et par rapport à la chimiothérapie justement vous y pensiez ? (Question propositionnelle)

Ψ381: Vous avez une date vous savez quand ça commence ? (Question propositionnelle)

Ψ383: Vous savez quand va commencer la chimio ? (Question propositionnelle)

- la vie après l'annonce :

Ψ123 Et vous avez pu justement en r'parler avec votre épouse après ou au contraire ?... (Question propositionnelle disjonctive)

Ψ191 Ah oui, vous avez quand même pas mal d'activités

P192 Oui oui

Ψ193 Et ça c'est des choses que vous continuez là ? (Question propositionnelle)

Ψ245 Hum et est-ce que vous avez remarqué ou repéré des des changements dans votre comportement ou... ? (Question propositionnelle disjonctive incomplète)

Ψ271 Donc c'est un nouveau projet...

P272 On a prévu ça l'année prochaine au mois d'octobre alors euh...

Ψ273 2009 ou 2010 ? (Question propositionnelle disjonctive)

- la découverte de la maladie :

Ψ291 Hum et vous comment vous avez découvert votre maladie, comment vous avez senti qu'il y avait quelque chose ? (Question catégorielle)

Ψ401: Et vous, vous avez bien compris c'que c'était quand il vous a expliqué ou... ? (Question propositionnelle disjonctive incomplète)

P402: Oh les dégâts, j'ai surtout compris les dégâts que ça pouvait faire

Ψ403: Oui

P404: Ce qu'il fallait impérativement faire

Ψ405: Hum

P406: Et puis le suivi qu'il faut automatiquement accompagner

Ψ407: Oui, et ça vous pensez qu'c'était essentiel ? (Question propositionnelle)

- des informations personnelles :

Ψ91 Vous avez combien d'enfants ? (Question catégorielle)

Ψ95 Donc là c'est une de vos filles qui vous a accompagné ? (Question propositionnelle)

Ψ145 *Parce que vous habitez où ? (Question catégorielle)*

P346 *C'est fondamental et les petits-enfants, ils ne savent pas quoi faire autour de moi*

Ψ347 *(rires)*

P348 *C'est la folie*

Ψ349 *Vous les voyez souvent ? (Question propositionnelle)*

Certaines questions ont une fonction de relance :

Ψ77 *Oui ? (Question propositionnelle)*

Ψ121 *Non ? (Question propositionnelle)*

Ψ177 *Oui ? (Question propositionnelle)*

Ψ385: *Le 13 ? (Question propositionnelle)*

Certaines questions marquent la surprise du psychologue quant à la réponse du patient et ont un effet de relance:

P72 : *Vous faites un travail immense et je suis modeste*

Ψ73 : *Vous êtes modeste ? (Question propositionnelle) Mais le travail c'est aussi vous qui le faites, parce que nous on aura beau de notre côté euh faire c'qu'on veut, si en face...*

P240 *Je le redis, j'en rajoute encore sur ce que j'ai dit tout à l'heure, j'suis presque content d'avoir vécu ça (pleurs) pour vous connaître d'une part, l'efficacité de l'équipe et la progression énorme que nous avons fait ensemble, je dis bien énorme, puis c'matin, vous allez rigoler, j'me suis l'vé, j'me suis mis à courir*

Ψ241 *Ah oui ? (Question propositionnelle)*

Le patient va poser des questions pour avoir une précision quant à l'attente du psychologue :

P246 *Physique euh ? (Question propositionnelle)*

P382: *Comment ? (Question catégorielle)*

Il va également s'assurer qu'il a bien compris les informations communiquées en termes d'orientation spatio-temporelle :

Ψ375: *oui, mais ça K., l'infirmière vous expliquera, justement, n'hésitez pas à lui poser les questions par rapport à...*

P376: *La...la p'tite blonde là ? (Question propositionnelle)*

P384: *C'est pas l'treize ? (Question propositionnelle)*

Il demande au psychologue approbation de sa façon de voir la situation :

P332 *Voilà, c'est bien c'est qu'on fait des processus point par point automatiquement euh pour neutraliser les les points qui sont encore touchés mais qu'on peut récupérer au fur et à mesure de l'avancée du traitement*

Ψ333 *Hum hum*

P334 *C'est c'est l'essentiel non, finalement ? (Question propositionnelle)*

V – ELEMENTS RAPPELES CONCERNANT LA MALADIE ET LES TRAITEMENTS

Nous allons à présent analyser les éléments rapportés par le patient suite à la consultation d'annonce et qui ont trait à la maladie et aux traitements. Voyons dans le tableau suivant comment se répartissent ces éléments :

Termes	Locuteur(s) Cs Annonce	Locuteur(s) Cs Post-A ψ /P
<i>Masse</i>	M (2 fois)	
<i>Tum-eur/orale</i>	M (53 fois) F (1 fois)	P (1 fois)
<i>Lésion</i>	M (8 fois)	
<i>Cancer</i>	M (5 fois)	
<i>Glioblastome</i>	M (6 fois)	
<i>Gliome</i>	M (1 fois)	
<i>Malin</i>	M (6 fois)	
<i>Chirurgie</i>	M (7 fois)	
<i>Radiothérapie</i>	M (29 fois) I (1 fois)	
<i>Rayon</i>	M (21 fois)	
<i>Chimiothérapie</i>	M (21 fois) F (1 fois)	Ψ (4 fois) P (2 fois)

Nous pouvons constater que le patient a retenu sa maladie sans pour autant la nommer avec précision. Il reprend ainsi le terme de *tumeur*, utilisé beaucoup par le médecin lors de la consultation d'annonce.

P398: *Oui j'ai une tumeur !*

Le patient en introduisant la notion de *chimiothérapie*, montre qu'il a saisi cette information. Néanmoins, il semble qu'il y ait une compréhension erronée car il s'agira de la radiothérapie et non de la chimiothérapie qui nécessitera des déplacements à l'hôpital. Cela traduit un flou dans l'intégration des informations concernant le traitement.

P134 *Dans l'temps, boh y a automatiquement, y a, y a un VSL qui va m'emmener pour la chimio*

Le psychologue cherche à savoir comment le patient appréhende la *chimiothérapie* qui socialement est souvent connotée de manière péjorative. Le patient ne va pas apporter une réponse claire mais il va plutôt éluder la question en rebondissant sur l'impact positif que la maladie a eu sur le cours de sa vie.

Ψ 237 *(rire) et par rapport à la chimiothérapie justement vous y pensez ?*

Le psychologue parle de nouveau de la chimiothérapie mais le patient rebondit sur le terme mais ne développe pas davantage son propos.

Ψ371: *Quand vous r'viendrez en **chimio**, en...*

P374: *ça va bien **chimio** par là*

Le psychologue, sentant que le patient n'a pas tout saisi concernant le traitement par chimiothérapie, rappelle à celui-ci qu'il aura la possibilité d'aborder ce point avec l'infirmière qu'il voit en entretien juste après.

Ψ377: *Voilà, [...] comme ça vous pourrez lui poser des questions par rapport à c'qui est vraiment technique, la **chimio**, les... [...]*

Enfin, le psychologue essaie de situer le patient dans son parcours en lui demandant des informations temporelles.

Ψ383: *Vous savez quand va commencer la **chimio** ?*

VI – ÉLEMENTS NOUVEAUX CONCERNANT LA MALADIE

Monsieur A va exprimer l'émotion vécue lors de l'annonce d'une telle maladie, en l'occurrence la souffrance – indissociée de la douleur, terme habituellement utilisé pour la sensation physique - montrant la nécessité de dépasser cet état pour supporter la réalité (« vous savez quand on a déjà résolu la douleur »).

P12 : *Moi j'ai d'jà vécu assez douloureusement par des amis qui y sont passés puis qui... qui sont partis (chuchote en pleurant)*

P24 : *Faut pas rêver, c'est douloureux (voix tremblante)*

P68 : *Encore que, vous savez quand on a déjà résolu la douleur*

P74 : *J'en ai vu d'souffrance écoutez (inaudible, pleurs), les pauvres cousins...y repartent quand même, c'est ça qui est beau*

Il parle de la fatigue ressentie mais ne fait pas de lien avec la maladie. C'est en effet, selon lui, son activité qui le fatigue. Pourtant, l'épouse avouera lors de son entretien avec le psychologue son inquiétude en raison de cet état de fatigue induit, selon elle, par la maladie.

P198 : *Le chant c'est très tard c'est très fatigant alors on s'retrouve avec 170 choristes c'est fatigant aussi*

Il faut noter que le patient va parler de guérison, ce qui laisse à penser que tout en ayant conscience de la gravité de la situation, il reste accroché à cet espoir. La pulsion de vie se manifeste ainsi.

P202 : *Mais c'est, disons que c'est presque complémentaire pour la guérison de c'que je, de c'qui m'arrive*

VII – ANALYSE THEMATIQUE VIA ALCESTE

Dans cette analyse, 4% du discours ont été rejetés. La **classe 2** est majoritaire (37% du corpus) et regroupe des termes positifs (*beau, rire*) avec celui de chimio. Elle est liée à la **classe 1** qui, avec 21%, concerne l'environnement proche du patient. La **classe 4** représente 24% du corpus et concerne plus les proches du patient. La **classe 3** (14%) y est associée et concerne l'aspect médical, avec *l'annonce, le médecin, la chirurgie, la maladie, ...*

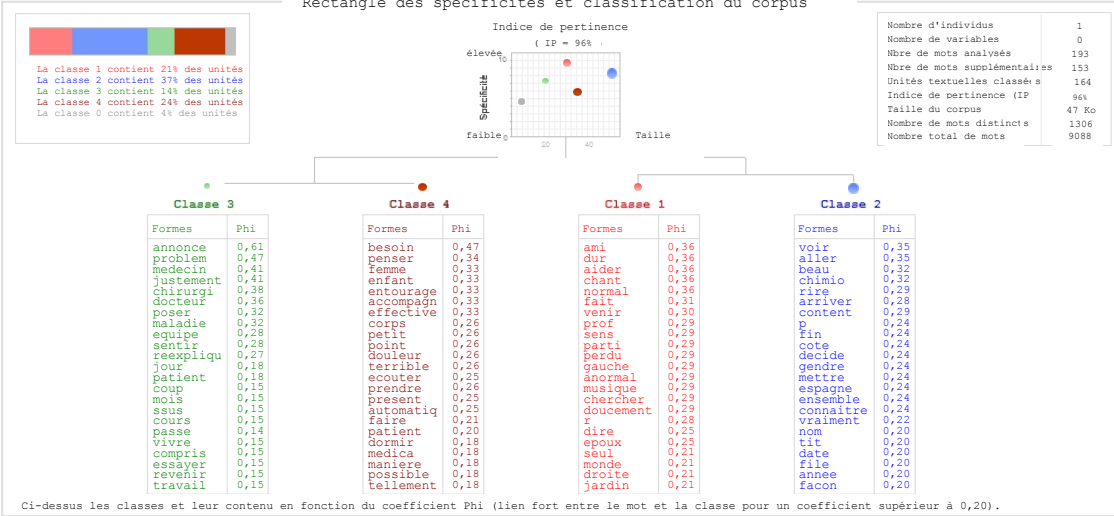
Rapport de synthèse

Texte analysé : PSY PATIENT A1.t2

Mercredi 06 Mai 2015 à 16 h 05

Le corpus PSY PATIENT A1.t2 a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 96% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 4% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 4 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 22% des unités textuelles classées (soit 21% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **ami, dur, aider, chant, normal, fait**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 37% des unités textuelles classées (soit 37% du corpus initial) ses mots significatifs sont **voir, aller, beau, chimio, rire, arriver**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 15% des unités textuelles classées (soit 14% du corpus initial) ses mots significatifs sont **annonce, problem, medecin, justement, chirurugi, docteur**. puis de la classe 4 qui représente 26% des unités textuelles classées (soit 24% du corpus initial) marquée par les mots **besoin, penser, femme, enfant, entourage, accompagner**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.



Page 1

Classe n°1

Cette classe est formée de 36 unités textuelles, soit 22% des unités classées. Les Adjectifs et adverbes **tels, quand, seul, parti, perdu**, et les Marqueurs d'une intensité tels **qu'en, tres, plus, peu, trop**, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

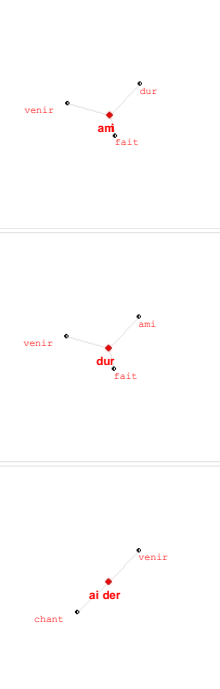
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
ami	0,36	6
dur	0,36	6
aider	0,36	6
chant	0,36	6
normal	0,36	6
fait	0,31	20
venir	0,30	12
prof	0,29	4
sens	0,29	4
parti	0,29	4
perdu	0,29	6
gauche	0,29	6
anormal	0,29	4
en-plus	0,29	4
musique	0,29	4
aussitot	0,29	4
chercher	0,29	4
doucement	0,29	4
r	0,28	12
dire	0,25	20
epoux	0,25	8
y	0,21	8
dire	0,21	20
seul	0,21	4
monde	0,21	6
droite	0,21	4
jardin	0,21	6
accepter	0,21	6
pas-mal-d	0,21	4
douloureux	0,21	4
ca	0,19	46
oui	0,19	62
tous	0,19	6
apres	0,19	6
tout	0,17	10
etc	0,15	4
mon	0,16	10
bien	0,16	20
leur	0,15	6
nous	0,16	16
Mots absents	Phi	Freq.
ce	-0,31	2
qu	-0,25	14
voir	-0,20	0
penser	-0,18	2
comment	-0,19	0
vous	-0,17	22
maladie	-0,17	0
pas	-0,14	0
besoin	-0,14	0

Unités textuelles de la classe 1

P12: moi j' ai d' ja vecu assez douloureusement par des **amis** qui y sont passés puis qui. qui sont **partis**, chuchote en pleurant? 13: oui, ca ca a **fait** r' **venir** pas-mal-de choses P14: excusez moi? 15: oui P16 mais bon y a comme vous dites y a une certaine acceptation, **dure** mais y a une acceptation quand-meme? • 123 et vous avez pu justement en r' parler avec votre epouse apres? ou au-contraires. P124 non entre nous, avec les **amis** souvent on-dit ca nous tombe dessus c'est drôle, c'est **dur** quoi? 125 oui P126 on s' y attend pas, on **fait** comme tout le monde hein? • c'-est un coup de massue hein P216 A qui vous le dites oui mais bon l' un dans l' autre ca montre parce-que on est tres entoures? 217 oui P218 on a des **amis** ex postiers, ils etaient postiers, ex enseignants, ils etaient enseignants? 219 donc y a du monde autour de vous P220 Y a du monde autour de nous alors on est loin-d' etre seuls? 221 oui et ca ca va vous **aider** aussi P222 ca nous aide enormement? 223 hum P224 puis c'-est une bande de gamins, je veux dire, a notre age, j' leur disais quand on s' amuse a faire de la musique et du **chant** c'-est une bande de copains. • 297 oui P298 vraiment anormal que mon epouse m' a dit attention qu' est-ce-que tu fais? **normalement** on est a droite, qu' est-ce-que je fichais a gauche? 299 vous aviez perdu des r' peres euh P300 j' avais pas de r. y avait un r' pere qui etait rate la? 301 oui P302 sur? 303 et donc ca a ete un des signes qui vous a **fait** dire qu' y avait quelque-chose P304 oui je cherche encore si y a autre chose. • 307 d'-accord vous avez perdu l' equilibre euh. P308 voila j' ai perdu, une perte d' equilibre c'-est ca que je cherchais a vous dire et aussitot mon **prof** a telephone a mon epouse **venez** michel n' est pas bien, il va revenir tout doucement, non non, qu' il ne bouge pas! • 315 oui P316 n' ait pas **fait**, n' ait pas reagi dans ce **sens**, aussitot il a appele l' ambulancier pour faire un bilan immediat parce-que y dit ca c'-est, c'-est pas **normal** c'-est tres grave, hein, qu' y ait quelque-chose comme ca? P324 on etait dans le flou? 325 hum P326 alors a la suite de ca ben je suis redevenu a peu pres **normal**? 327 oui oui P328 on peut dire comme ca, j' me permets j' ai chaud? • P12: moi j' ai d' ja vecu assez douloureusement par des **amis** qui y sont passés puis qui. qui sont **partis**, chuchote en pleurant? 13: oui, ca ca a **fait** r' **venir** pas-mal-de choses P14: excusez moi? 15: oui P16 mais bon y a comme vous dites y a une certaine acceptation, **dure** mais y a une acceptation quand-meme? • 123 et vous avez pu justement en r' parler avec votre epouse apres? ou au-contraires. P124 non entre nous, avec les **amis** souvent on-dit ca nous tombe dessus c'-est drôle, c'-est **dur** quoi? 125 oui P126 on s' y attend pas, on **fait** comme tout le monde hein? • c'-est un coup de massue hein P216 A qui vous le dites oui mais bon l' un dans l' autre ca montre parce-que on est tres entoures? 217 oui P218 on a des **amis** ex postiers, ils etaient postiers, ex enseignants, ils etaient enseignants? 219 donc y a du monde autour de vous P220 Y a du monde autour de nous alors on est loin-d' etre seuls? 221 oui et ca ca va vous **aider** aussi P222 ca nous aide enormement? 223 hum P224 puis c'-est une bande de gamins, je veux dire, a notre age, j' leur disais quand on s' amuse a faire de la musique et du **chant** c'-est une bande de copains. • 297 oui P298 vraiment anormal que mon epouse m' a

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 2

Classe n°2

Cette classe est formée de 62 unités textuelles, soit 37% des unités classées. Les indicateurs de lieux et de pays: cote, gare, cousin et les Lieux, pays tels quespagne, sont les catégories de mots sur-représentés dans cette classe.

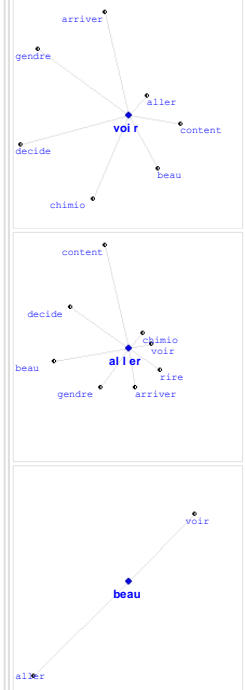
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
voir	0,35	22
aller	0,35	45
beau	0,32	10
chimio	0,32	10
par-rapport	0,32	10
rire	0,29	8
arriver	0,28	16
content	0,24	6
p	0,24	6
fin	0,24	6
cote	0,24	6
rien	0,24	6
decide	0,24	8
gendre	0,24	6
la-bas	0,24	6
mettre	0,24	6
espagne	0,24	8
ensemble	0,24	8
connaître	0,24	6
lui	0,22	8
vraiment	0,22	8
en	0,20	32
nom	0,20	8
sur	0,20	16
tit	0,20	4
date	0,20	6
file	0,20	4
année	0,20	4
façon	0,20	4
betise	0,20	4
projet	0,20	6
relegt	0,20	6
prevoir	0,20	4
importer	0,20	6
prochain	0,20	4
inaudible	0,20	4
en-tout-cas	0,20	10
ne	0,18	20
ce	0,18	42
être	0,16	8
Mots absents	Phi	Freq.
fait	-0,32	4
annonce	-0,23	0
docteur	-0,23	0
besoin	-0,21	0
sentir	-0,21	0
medecin	-0,21	0
eu	-0,19	0
cette	-0,19	0
penser	-0,19	6

Unités textuelles de la classe 2

145 parce-que vous habitez ou? P146 oh. 1' fin fond d' la meuse a XXX? 147 ah, XXX, oui P148 A cote de YYY? 149 ouais ouais P150 of c'-est pas? 151 j' connais un peu oui P152 hum hum ca va pas casser trois pattes a un canard la-bas non plus, mais bon rire? 225 c'-est un plaisir P226 qui partagent quelque-chose, y a. 227 oui P228 y a un p' tit plus, c'-est la c' rise sur l' gateau quand on fait quelque-chose qui vous. 229 oui P230 que vous voulez? 231 c'-est vraiment un plaisir P232 voila, hors du commun? • vous allez rire, en espagne ils font les penitents et justement le pere a mon gendre il est ne en espagne, donc il va la-bas? 263 hum P264 et c'-est une tres grande euh soiree religieuse que les penitents c'-est a euh facon d' exprimer des sentiments peu importe religieus ou pas peu importe et c'-est l' annee prochaine ou j' lui ai promis d' y aller? 267 oui ca reste euh. 1' espagne P268 ils sont tres tres tres croyants les espagnols? 269 hum P270 alors voila? 271 donc c'-est un nouveau projet. P272 on a prévu ca l' annee prochaine au mois d' octobre alors euh. 273 2009 ou 2010? P274 euh, attendez on est en. P292 alors voions voir, que j' dise pas d' betise, ah oui, chez mon gendre ca nous arrise d' y aller, comme on va dans la famille, je me suis escalier en spirale? 293 oui P294 et a droite, ben je ne tenais pas, je ne restais pas a droite sur les parties droites de la, des marches. 295 de l' escalier oui. • 7', ca prend aux tripes? 357 hum P358 inaudible? 359: c'-est un combat qu' on mene ensemble P360: c'-est leur metier d'-accord mais elles vont au-dela? 361: hum c'-est vraiment un combat qu' on va mener ensemble hein P362: hum? 363: avec vous P364. 9', et oui, c'-est comme ca faut accepter, aujourd'hui on accepte faut pas non plus être euh, pas chauvin mais j' sais pas comment expliquer euh. • P376: la. la p' tite blonde la? 377: voila, que vous allez voir juste apres qui est avec votre epouse, comme ca vous pourrez lui poser des-questions par-rapport a c' qui est vraiment technique, la chimie, les. parce-que bon P378: si vous saviez c' que j' ai, j' en sais rien? 379: ben quand on connaît pas c'-est sur que. • P388: de deux jours a deux jours? 389: bof ca vous verrez, mais en-tout-cas y a deja une date, hein, c'-est d' ja decide, ouais P390: oh ben si c'-est decide c'-est bien hein, j' suis content, qu' ce soit en route parce-que quand on attend, on n' aime pas trop attendre' fin si on fera comme tout le monde, on s' met dans la file pis on attend? 391: oui, mais euh. P392: mais une fois qu' c'-est enclenche c'-est enclenche? 393: oui P394: autant y aller? 395: hum, c'-est comme quand on attend de savoir. euh un nom sur la maladie P396: voila? 397: une fois qu' on sait c' que c'-est euh, donc la on vous a bien donne un nom sur votre maladie, vous vous souvenez de votre maladie? • 145 parce-que vous habitez ou? P146 oh. 1' fin fond d' la meuse a XXX? 147 ah, XXX, oui P148 A cote de YYY? 149 ouais ouais P150 of c'-est pas? 151 j' connais un peu oui P152 hum hum ca va pas casser trois pattes a un canard la-bas non plus, mais bon rire? 225 c'-est un plaisir P226 qui partagent quelque-chose, y a. 227 oui P228 y a un p' tit plus, c'-est la c' rise sur l' gateau quand on fait quelque-chose qui vous. 229 oui P230 que vous voulez? 231 c'-est vraiment un plaisir P232 voila, hors du commun? • vous allez rire, en espagne ils font les penitents et justement le pere a mon gendre il

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe Page 3

Classe n°3

Cette classe est constituée de 24 unités textuelles, soit 15% des unités classées. Les autres mots analysés: maladie, probleme, chirurgie, posse et les Démonstratifs, indéfinis et relatifs tels quequ, c-est, ca, on, ce, sont les catégories de mots les plus spécifiques cette classe.

Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
annonce	0,61	16
probleme	0,47	8
medecin	0,41	10
justement	0,41	14
chirurgie	0,38	4
lors-d	0,38	4
comment	0,37	16
docteur	0,36	10
cette	0,32	6
poser	0,32	6
maladie	0,32	8
avez	0,29	22
Y	0,28	4
étant	0,28	4
equipe	0,28	8
en-face	0,28	4
il	0,28	20
sentir	0,28	6
reexplique	0,27	3
ete	0,22	4
certaines	0,22	4
ce-qu	0,21	6
voila	0,19	8
eu	0,18	4
qu	0,18	30
est	0,16	14
jour	0,18	6
patient	0,18	4
et	0,15	18
ou	0,16	6
ici	0,15	2
ceci	0,15	2
coup	0,15	2
mois	0,15	2
ssus	0,15	2
apres	0,14	4
cours	0,15	2
était	0,16	8
moins	0,15	2
pas	0,14	4
Mots absents	Phi	Freq.
oui	-0,26	13
je	-0,24	9
faire	-0,25	0
a	-0,23	12
parce-qu	-0,21	0
hein	-0,21	1
plus	-0,18	0
oh	-0,17	0
nous	-0,16	1

Unités textuelles de la classe 3

1: donc euh oui, j' vais vous reexpliquer rapidement, hein notre le but nous de nous rechercher la c'-est de pouvoir euh si on peut, hein, essayer d' ameliorer justement le moment ou on vous annonce la maladie euh c'-est l' docteur Y_ qui souhaitait euh qu' on puisse travailler la d' ssus pour euh qu' ce soit le le moins difficile surtout pour le patient d' entendre certaines/ 7: hum, ben c'-est-vrai que. P8: l' ennemi étant en-face, y a pas a bricoler, on y va? 9: ouais, mais comment vous l' avez. P10: voila non cas? 11: comment vous avez appris justement, euh ben quelque part l' existence de cet ennemi du coup, l' annonce de la maladie, comment vous l' avez, euh, vecue? 41 hum P42 voila le probleme que je me pose, bon ceci étant dit l' equipe, comment on-dit, l' equipe chirurgicale, euh l' equipe des, medicale? 43 oui P44 c'-est exceptionnel? 45 vous vous sentez en confiance ici en-tout-cas P46 exceptionnel et ca ne se remplace pas? • 63 oui et est-ce-que vous pensez qu' cette annonce la le jour ou ca s' est fait est-ce-que vous pensez que y faudrait une autre annonce, quoi une autre consultation quelques temps apres, une semaine, quinze jours pour reprendre peut-etre avec le medecin, pour lui poser des-questions, pour-que il vous reexplique certaines choses, • si elle est presente et si on en revient a l' annonce, justement, c'-est quel medecin qui vous a fait l' annonce quel chirurgien, le docteur X? P98 non non? 99 le docteur Y? P100 oui ca y est? 101 oui alors si vous s' pensez a ce jour la est-ce-que vous avez l' impression que vous avez eu suffisamment d' informations? 287 oui P288 il est revenu, 6 mois apres il mourait il était disparu? 289 oui ca a été vite P290 les metastases avaient gagné partout, tres vite? 291 hum et vous comment vous avez decouvert votre maladie, comment vous avez sent qu' il y avait quelque-chose? • qu' elle dit, on le retient jusqu' a ce-que vous veniez bizarrement. 6', donc voila? 309 et c'-est votre medecin traitant P310 alors j' ai un peu comme vous, un medecin tres énergique, le docteur F_, il avait remarque qu' au cours d' un examen euh d' un champ visuel? • de ce-que vous avez? P398: oui j' ai une tumeur! 399: ca, c'-est voila, ca a été dit avec le docteur euh lors-de cette annonce justement? P400: ouais ouais? 401: et vous, vous avez bien compris c' que c' était quand il vous a explique ou? essayer d' ameliorer justement le moment ou on vous annonce la maladie euh c'-est l' docteur Y_ qui souhaitait euh qu' on puisse travailler la d' ssus pour euh qu' ce soit le le moins difficile surtout pour le patient d' entendre certaines/ 7: hum, ben c'-est-vrai que. P8: l' ennemi étant en-face, y a pas a bricoler, on y va? 9: ouais, mais comment vous l' avez. P10: voila non cas? 11: comment vous avez appris justement, euh ben quelque part l' existence de cet ennemi du coup, l' annonce de la maladie, comment vous l' avez, euh, vecue? 41 hum P42 voila le probleme que je me pose, bon ceci étant dit l' equipe, comment on-dit, l' equipe chirurgicale, euh l' equipe des, medicale? 43 oui P44 c'-est exceptionnel? 45 vous vous sentez en confiance ici en-tout-cas P46 exceptionnel et ca ne se remplace pas? • 63 oui et est-ce-que vous pensez qu' cette annonce la le jour ou ca s' est fait est-ce-que vous pensez que y faudrait une autre annonce, quoi une autre consultation quelques temps apres, une semaine, quinze jours pour reprendre peut-etre avec le medecin, pour lui poser des-

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe Page 4

Classe n°4

Cette classe est constituée de 42 unités textuelles, soit 26% des unités classées. Les autres mots analysés d'espagne, enfant, patient, present, et les Nombres tels que eux, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

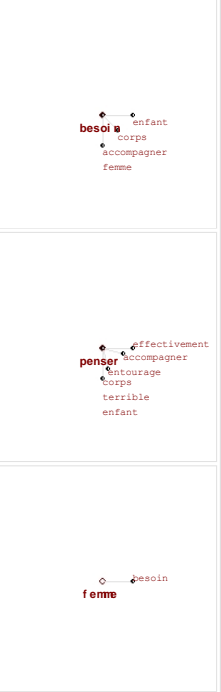
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
besoin	0,47	12
penser	0,34	18
femme	0,33	6
enfant	0,33	8
entourage	0,33	8
accompagner	0,33	6
effectivement	0,33	6
vos	0,26	4
corps	0,26	4
petit	0,26	4
point	0,26	4
douleur	0,26	4
terrible	0,26	4
toujours	0,26	4
moi	0,25	6
écouter	0,25	8
prendre	0,26	10
present	0,25	12
automatiquement	0,25	6
oh	0,23	12
eu	0,20	6
faire	0,21	32
patient	0,20	6
ma	0,18	4
euh	0,19	32
ont	0,18	4
deux	0,18	4
dormir	0,18	6
medica	0,18	4
maniere	0,18	4
possible	0,18	4
quelques	0,18	4
peut-etre	0,18	4
tellement	0,18	6
traitement	0,18	4
qui	0,16	26
sont	0,15	6
aussi	0,15	8
passé	0,15	6
est-ce	0,15	10

Unités textuelles de la classe 4

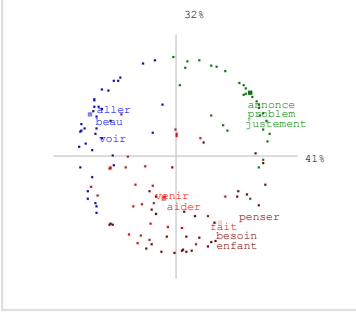
ils ont besoin de vous quand-meme P90 peut-etre oui? 91 vous avez combien d' enfants? P92 alors 60 euh. 11 petits enfants, nous avions 4 filles? 93 d'-accord. ah oui! P94 hum hum, a l' origine? 95 donc la c'-est une de vos filles qui vous a accompagne? P96 ouais c'-est une des-quatriemes? 97 comme quoi vous voyez y a quand-meme euh. 169 oui alors est-ce-que c'-est l' traitement, vous prenez quelque-chose pour dormir? non? P170 oui oh oui oui? 171 oui P172 oui, je prends tout ce-qui est prescrit, au pied a la lettre comme on dirait? 173 oui P174 j' pense que c'-est un peu ca aussi? 175 c'-est possible hein, mais est-ce-que vous vous sentez euh. entre guillemets en forme au reveil? P176 oui? 177 oui? P178 oh oui? 179 donc c'-est un sommeil reputeur quand-meme P180 c'-est ca? 181 bon, y va falloir apprendre aussi a, a vous écouter et a faire un peu comme vous avez envie, si vous avez besoin de dormir, c'-est qu' votre corps reclame donc euh, ben vous dormez P182 ouais ouais? • P204 oh si? 205 vous écouter P206 etant-donne qu' j' y crois et que j' aime faire c' que j' fais, nous aimons parce-que on vient a deux, euh, ca ca ca nous change la vie? 207 oui, j' pense qu' effectivement c'-est important de vous écouter P208 j' fais corps d' harmonie marie rose fait clarinettiste alors automatiquement euh on etoffe quand-meme une harmonie qui prend une belle couleur. P246 physique euh? 247 physique ou dans votre maniere de penser de de faire aussi P248 oh y en certainement pis qui m' passe au d' ssus parce-que y a tellement d' choses que qui passent comme un film? 331 oui donc il y avait eu quelque-chose effectivement hein euh au niveau cerebral P332 voila, c' qui est bien c'-est qu' on fait des processus point par point automatiquement euh pour neutraliser les les points qui sont encore touches mais qu' on peut recuperer au-fur-et-a-mesure de l' avance du traitement? 353 terrible. P354 c'-est positif a 90 a 110? 355 hum P356 sans l' entourage vous faites pas grand-chose, je depasse hein, je prends l' entourage medical avec hein elles sont merveilleuses, elles sont charmantes, y savent pas quoi faire pour soulager. P402: oh les degats, j' ai surtout compris les degats que ca pouvait faire? 403: oui P404: ce-que il fallait imperativement faire? 405: hum P406: et puis le suivi qu' il faut automatiquement accompagner? 407: oui, et ca vous pensez qu' c' etait essentiel? ils ont besoin de vous quand-meme P90 peut-etre oui? 91 vous avez combien d' enfants? P92 alors 60 euh. 11 petits enfants, nous avions 4 filles? 93 d'-accord. ah oui! P94 hum hum, a l' origine? 95 donc la c'-est une de vos filles qui vous a accompagne? P96 ouais c'-est une des-quatriemes? 97 comme quoi vous voyez y a quand-meme euh. 169 oui alors est-ce-que c'-est l' traitement, vous prenez quelque-chose pour dormir? non? P170 oui oh oui oui? 171 oui P172 oui, je prends tout ce-qui est prescrit, au pied a la lettre comme on dirait? 173 oui P174 j' pense que c'-est un peu ca aussi? 175 c'-est possible hein, mais est-ce-que vous vous sentez euh. entre guillemets en forme au reveil? P176 oui? 177 oui? P178 oh oui? 179 donc c'-est un sommeil reputeur quand-meme P180 c'-est ca? 181 bon, y va falloir apprendre aussi a, a vous écouter et a faire un peu comme vous avez envie, si vous avez besoin de dormir, c'-est qu' votre corps reclame donc euh, ben vous dormez P182 ouais ouais? • P204 oh si? 205 vous écouter P206 etant-donne qu' j' y crois et que j' aime faire c' que j' fais, nous aimons parce-que on vient a

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

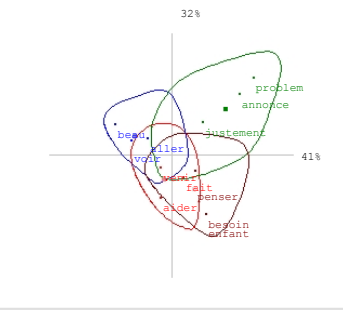
Analyse factorielle en corrélations



Statistique des formes

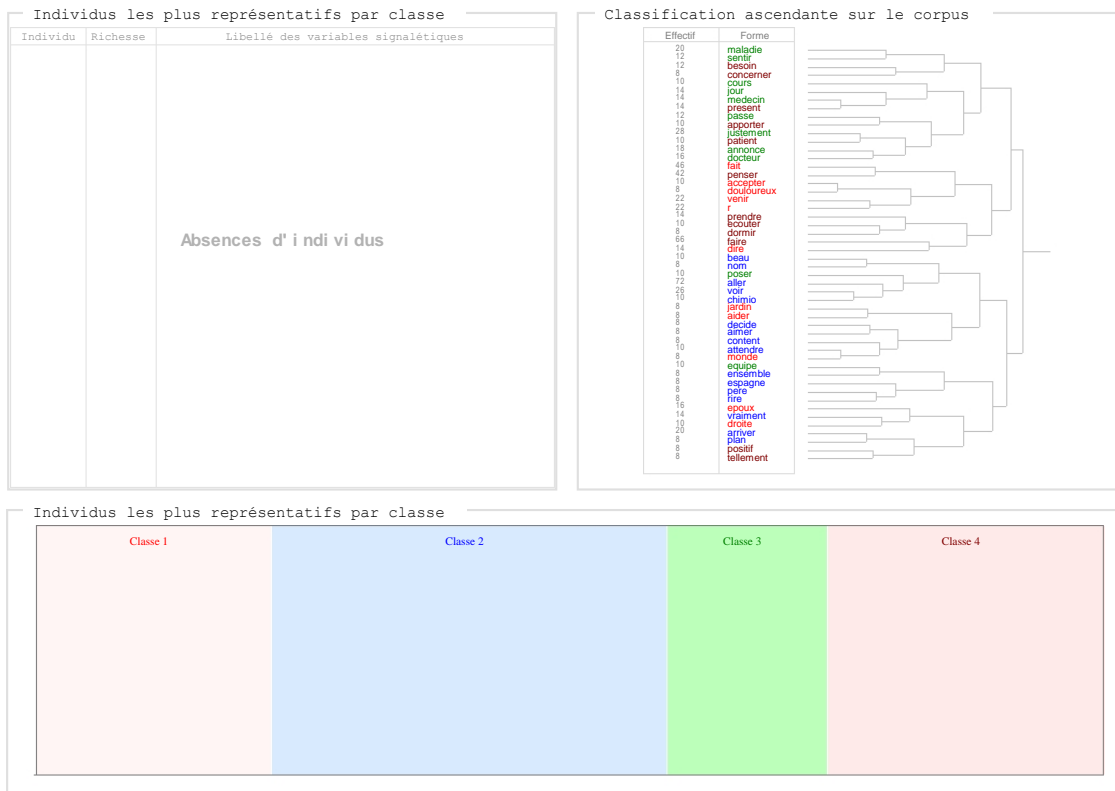
Libellé	Total
Nombre total de mots du corpus	9088
Effectif moyen d'un mot	6
Nombre de mots analysés	2692
Verbes	854
Adjectifs et adverbes	312
Noms communs	944
Autres	582
Nombre de mots non analysés	5016
Articles	860
Pronoms	1222
Auxiliaires	360
Autres	2574
Richesse du vocabulaire (RV)	55 %

Analyse factorielle en coordonnées



Extrait du dictionnaire du corpus

Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq
aller	72	ville	10	concerner	8	commencer	6	droit	4	musique	4	equilibre	4	dame	2
faire	66	écouter	10	entourage	8	connaitre	6	facon	4	plaisir	4	essentiel	4	flou	2
fait	46	patient	10	tellement	8	enclenche	6	filie	4	pleurer	4	imperatif	4	Fond	2
penser	42	accepter	10	douloureux	8	expliquer	6	matin	4	pouvoir	4	inaudible	4	gens	2
justement	28	apporter	10	p	6	comprendre	6	mener	4	prevoir	4	processus	4	idee	2
voir	26	attendre	10	ami	6	traitement	6	parti	4	rentrer	4	programme	4	joue	2
chose	26	impression	10	dur	6	accompagner	6	petit	4	reponse	4	remarquer	4	mala	2
r	22	nom	8	fin	6	effectivemen	6	point	4	reussir	4	reprendre	4	note	2
venir	22	pepe	8	cote	6	ex	4	train	4	revenir	4	souffrant	4	oser	2
arriver	20	plan	8	date	6	ja	4	vivre	4	souhait	4	finaleme	4	pied	2
maladie	20	rire	8	seul	6	cas	4	betise	4	trouver	4	reexplique	4	plot	2
annonce	18	aider	8	chant	6	mot	4	combat	4	cheminer	4	information	4	rate	2
epoux	16	aimer	8	femme	6	tit	4	cousin	4	chercher	4	exceptionnel	4	rise	2
docteur	16	monde	8	grand	6	coup	4	ennemi	4	confiant	4	an	2	rose	2
dire	14	decide	8	perdu	6	etat	4	modest	4	diminuer	4	ch	2	tete	2
jour	14	dormir	8	temps	6	file	4	partir	4	escalier	4	of	2	truc	2
medecin	14	enfant	8	action	6	film	4	physique	4	fatigant	4	ve	2	yeux	2
prendre	14	enorme	8	gauche	6	fois	4	pioche	4	immédiat	4	age	2	belle	2
present	14	jardin	8	genre	6	mois	4	revoir	4	penitent	4	bof	2	blond	2
vraiment	14	passer	8	limite	6	prof	4	sieste	4	boh	2	boh	2	borne	2
pas	12	religi	8	medica	6	sens	4	suivre	4	securise	4	but	2	bouge	2
besoin	12	rester	8	mettre	6	soin	4	touche	4	soulager	4	man	2	champ	2
sentir	12	content	8	normal	6	ssus	4	anormal	4	terrible	4	mur	2	chaud	2
beau	10	espagne	8	projet	6	vecu	4	compris	4	trembler	4	nan	2	choix	2
part	10	positif	8	maniere	6	voix	4	couleur	4	apprendre	4	pef	2	clair	2
cours	10	problem	8	postier	6	annes	4	douleur	4	decouvert	4	vie	2	creer	2
poser	10	chirurgi	8	travail	6	bande	4	essayer	4	différent	4	vue	2	drole	2
chimio	10	ensemble	8	harmonie	6	bilan	4	famille	4	difficile	4	acte	2	envie	2
droite	10	entendre	8	importer	6	corps	4	hesiter	4	doucement	4	aide	2	finir	2
equipe	10	automatiquem	8	possible	6	degat	4	infirm	4	enseigner	4	choc	2	folie	2



Page 7

VIII – CONCLUSION

A travers cet entretien lors duquel le patient a pu exprimer son ressenti par rapport à la consultation d'annonce mais également sur la situation qui lui arrive, plusieurs pistes apparaissent.

Ce patient décrit bien ce sentiment d'appartenance à un nouveau groupe social, en l'occurrence celui des patients. En agissant ainsi il décrit la force nécessaire pour faire un choix car selon lui, la consultation d'annonce constitue un temps de décision et nécessite alors un principe de coopération ou tout du moins de reconnaissance du patient dans son nouveau statut de malade en partant de l'idée qu'il connaît déjà suffisamment de choses pour pouvoir décider pour lui-même alors même qu'il entre juste dans la maladie et qu'il se retrouve face à un professionnel censé porter ce savoir. En d'autres termes, cette consultation aura pour fonction de venir confirmer le ressenti du patient qui vit sans le savoir la maladie bien avant cette consultation d'annonce. Il semble donc essentiel que le médecin considère le patient comme suffisamment solide pour supporter la réalité. La difficulté n'est donc pas de savoir que dire, partant du principe que le patient sera capable de recevoir cette réalité, mais plutôt de trouver l'attitude à adopter pour être en phase avec ce que le patient souhaite réellement entendre. Le

médecin doit bien évidemment logiquement employer un langage clair et adapté à la capacité de compréhension du patient. Il doit partir de la parole du patient pour libérer ce dernier.

Chargée émotionnellement, cette consultation doit représenter pour le patient un lieu de soutien dans lequel la présence et la confiance sont les deux éléments fondamentaux. En tenant compte des propos du patient il semble nécessaire de tenir compte de la valence émotionnelle qui apparaît extrêmement importante, voire plus parfois que l'information elle-même. Preuve est que le patient semble avoir plus de difficultés à expliquer le traitement qu'à décrire son ressenti.

Si le patient nous apprend également le rôle limité de la croyance religieuse pour supporter le réel à l'état brut, il insiste sur la présence des proches à cette consultation d'annonce. Ceci permet d'éviter les non-dits ou incompréhensions futurs, de favoriser le partage de la souffrance et surtout de mettre au même niveau le patient et les proches, c'est-à-dire d'avoir un point de départ commun.

En amont il est important de rapidement créer un réseau pour travailler en accord entre les différents acteurs intra et extra hospitaliers. Cela procurera une enveloppe soutenance pour le patient et son entourage, notamment au domicile, assurant une sorte d'anxiolyse humaine.

Enfin aborder lors de ce temps les loisirs, les activités et les projets avec le patient maintient ce dernier dans son statut de vivant et permet d'entretenir une pulsion de vie mise à mal. En résumé, cela reviendrait à encourager plutôt que désespérer.

CONSULTATION POST-ANNONCE PSYCHOLOGUE – EPOUSE

I – ACTEURS

L'épouse (E), après avoir échangé avec l'infirmière, est seule pour s'entretenir avec le psychologue (ψ) qu'elle rencontre pour la première fois.

II – DUREE DE LA CONSULTATION POST-ANNONCE PSYCHOLOGUE

L'échange a duré 18 minutes et 46 secondes.

III – STRUCTURE DE L'ENTRETIEN

Dans le discours de l'épouse nous comprenons que la consultation d'annonce n'a pas été traumatique car le passage par les urgences et l'entretien avec les professionnels ont inauguré l'entrée dans la maladie, en introduisant de manière « *brutale* » (E7) et « *violente* » (E8) selon elle les notions de « *masse* » et « *tumeur* ». C'est ainsi ce mode d'entrée qui constitue davantage le traumatisme de l'annonce que l'on peut parfois retrouver dans la littérature plutôt que la consultation d'annonce en elle-même qui au contraire dans cette situation vient poser les choses en nommant la maladie et ainsi identifier l'ennemi à combattre. (Ψ 16 - E17). L'épouse, comme le patient, emploieront des termes guerriers pour parler de la maladie : « *ennemi [...] lutter* » (E11), « *se battre* » (E15).

Néanmoins, l'épouse du patient précise qu'après ce « *choc énorme* » (E8) elle a tenté de reprendre espoir (**Résilience**), mais surtout a tenté de préserver son mari en ne lui montrant pas l'anxiété ressentie (E9 : « *j'en parlais pas trop à M. parce que pour pas lui créer de soucis* »).

Dès lors, la consultation d'annonce n'est venue en quelques sortes que confirmer un diagnostic redouté (E10 : « *et bon là quand on nous l'a dit on s'y attendait presque* »). Par ailleurs, l'épouse montre bien la résignation adoptée face à cette situation (E7 ; E12), n'étant pas dans une acceptation primaire de la situation mais plus dans une lutte face à un ennemi identifié et bel et bien présent.

L'annonce vient donc aider l'épouse et le patient à se lancer dans ce combat après avoir nommé le mal (ψ16-E16).

Dans le cas présent, l'épouse précise que le médecin a utilisé des « *mots accessibles* » (E20) et donner des « *explications simples* » (E22) mais surtout que l'imagerie a aidé à la compréhension (E22 : « *les photos* ») en facilitant la représentation de la maladie (E24) et en montrant « *l'essentiel* » (E25).

L'épouse considère qu'elle a reçu suffisamment d'information et qu'une deuxième consultation à distance de la première n'est pas forcément nécessaire, précisant néanmoins que cela va dépendre de la compréhension des informations, notamment chez le patient.

En E32 l'épouse parle de coup d'assomoir pour décrire ce qu'ils ont vécu avec son mari lors du passage par les Urgences mais de nouveau montre bien le cheminement qui s'ensuit et l'importance d'une diffusion progressive des informations (E34 : « *après on l'a digéré on a eu deux ou trois jours avant l'IRM où on a commencé à digérer la première annonce on avait quelques jours comme ça à chaque fois euh euh pff où on digérait la nouvelle* »).

L'épouse va ensuite aborder la manière dont elle vit la maladie, en mentionnant la difficulté à supporter l'état de grande fatigue de son mari. (E35). Son anxiété se focalise ainsi sur les symptômes de la maladie (E37 : « *[...] c'est cette fatigue là qui me tracasse là* ».), relatant les nombreuses activités de son mari depuis la retraite.

Concernant les informations retenues, l'épouse rapporte les propos tenus par le médecin lors de l'annonce concernant les troubles possibles de la mémoire induits par les séances de radiothérapies (E76).

Dès lors l'épouse va décrire les symptômes qui ont amené le patient à consulter son médecin (E81 ; E83 ; E84 ; E85), sachant que les mots prononcés par le médecin (E88 : « *très mauvais ça peut pas venir des yeux...* ») ont

rapidement fait comprendre à l'épouse qu'il s'agissait d'une tumeur. (**Représentation du cancer dans la société comme maladie grave par excellence**).

Nous voyons que l'épouse n'a pas de suite abordé cela avec son mari et que de ce fait, elle ne sait pas si lui aussi a pensé à la tumeur (E92).

L'épouse évoque ensuite les projets de vie, notamment un voyage aux Etats-Unis chez leur fille (E96) et un en Espagne (E98), insistant sur l'importance de maintenir des projets dans une telle situation (E102).

En E107, l'épouse montre qu'elle a retenu une information donnée par l'infirmière (« *elle m'a dit...* »), ce qui tend à prouver la place que cette dernière prend dans le contexte de l'annonce.

L'implication des proches est également citée (E113 : « *il pense qu'il va pouvoir avoir la force mais ça va être moi* ».) et surtout, l'épouse note l'importance de donner l'impression au patient d'être toujours utile et d'avoir une place (E 115 : « *et lui donner des responsabilités* ») tout en restant « prudent » (E114). Elle s'appuie ainsi sur une phrase prononcée par le médecin lors de l'annonce (E120) pour justifier le fait que son mari, après un mois et en gérant la fatigue, pourra reprendre ses activités habituelles.

Elle reconnaît « *craquer* » parfois (E123), ce qui démontre bien là aussi l'impact de la maladie sur l'entourage, notamment la place qu'elle prend au quotidien (E131 : « *[...] j'ose pas le laisser tout seul.* »)

IV – OUTILS INTERROGATIFS

	Question catégorielle	Question propositionnelle	Total
Epouse	0	1	1
Psychologue	1	9	10
Total	1	10	11

Assez peu de questions seront posées au cours de cet entretien. L'épouse du patient ne posera qu'une seule question dans le but d'obtenir une précision :

ψ 64 : et vous en avez parlé tout de suite avec votre mari en sortant ou y a eu un temps où... ?

E 64 : euh quand on nous a annoncé la... ? (Question propositionnelle)

Le psychologue va poser des questions sur :

- la consultation d'annonce :

ψ23 : oui est-ce que vous trouvez qu'il y a eu trop d'informations de données pas assez ? (Question propositionnelle disjonctive)

ψ64 : et vous en avez parlé tout de suite avec votre mari en sortant ou y a eu un temps où... ? (Question propositionnelle disjonctive)

- des pistes d'amélioration :

ψ21 : oui qu'est-ce qui qu'est-ce qu'on pourrait justement si il y avait des choses à améliorer est-ce que vous avez une idée de ce qu'on pourrait mieux faire ? (question propositionnelle)

ψ26 : et est-ce que vous pensez qu'une deuxième euh un deuxième temps à cet annonce hein une deuxième consultation une semaine quinze jour après serai utile ? (question propositionnelle)

ψ28 : est-ce que vous pensez qu'une deuxième consultation permettrait voila de poser ces questions ? (question propositionnelle)

- sur le patient :

ψ48 : est-ce que vous avez l'impression que la maladie euh parfois il arrive à à la mettre un peu de côté ? (question propositionnelle)

ψ72 : et est-ce que vous avez repéré des des modifications dans son comportement dans sa manière d'être de... ? (question propositionnelle)

ψ91 : et votre mari il a il vous en a parlé ou ...? (question propositionnelle disjonctive incomplète)

ψ94 : et comment il aborde justement l'avenir là avec le programme de chimio de ? (question catégorielle)

V – ELEMENTS RAPPELES CONCERNANT LA MALADIE ET LES TRAITEMENTS

Nous allons à présent analyser les éléments rapportés par l'épouse suite à la consultation d'annonce et qui ont trait à la maladie et aux traitements. Voyons dans le tableau suivant comment se répartissent ces éléments :

Termes	Locuteur(s) Cs Annonce	Locuteur(s) Cs Post-A ψ/E
<i>Masse</i>	M (2 fois)	E (1 fois)
<i>Tum-eur/orale</i>	M (53 fois) F (1 fois)	E (7 fois)
<i>Lésion</i>	M (8 fois)	
<i>Cancer</i>	M (5 fois)	
<i>Glioblastome</i>	M (6 fois)	
<i>Gliome</i>	M (1 fois)	
<i>Malin</i>	M (6 fois)	E (3 fois)
<i>Chirurgie</i>	M (7 fois)	
<i>Radiothérapie</i>	M (29 fois) I (1 fois)	
<i>Rayon</i>	M (21 fois)	E (3 fois)
<i>Chimiothérapie</i>	M (21 fois) F (1 fois)	

De nouveau dans l'extrait suivant nous retrouvons le même discours formulé par l'épouse lors de la consultation post-annonce avec l'infirmière. Ainsi elle évoque une fois la notion de masse, trois fois la notion de malignité et sept fois la notion de tumeur en montrant que le fait que ces mots soient prononcés de manière prématurée a été plus difficile à entendre car nous étions encore en phase d'examen. **La consultation d'annonce devrait donc être le lieu de synthèse et d'énonciation après une phase de recherche lors de laquelle les différents**

intervenants devraient adopter une attitude plus groupale. Le choc de l'annonce décrit dans la littérature se semble donc pas se produire lors de la consultation dédiée mais bien en amont, lors des différentes rencontres avec les professionnels qui gravitent autour du patient et qui dans une logique individuelle vont énoncer au patient leur(s) hypothèse(s) diagnostique(s) sans connaître la globalité des données recueillies permettant de poser un diagnostic avec une plus grande certitude.

*E 7 : on se résigne on nous pour nous le le je l'ai dit à l'infirmière le plus gros choc c'était la première annonce hein y avait deux infirmières je sais pas si ou deux médecins internes y en a une qui disait c'est une **masse** après le scanner qui appuie qui donne des troubles de l'équilibre et la deuxième bon c'est sur les urgences ils voient tellement de choses que pour eux c'est euh la deuxième a dit disons le mot ça sert à c'est une **tumeur** moi j'ai trouvé que c'était un peu brutal ça hein*

L'extrait suivant montre bien que tout en redoutant le pire, qu'elle considère comme finalement déjà réel, l'épouse va s'accrocher à l'espoir tout en ayant la volonté de protéger son mari.

*E 9 : bon alors là sans trop y croire je me disais ça sera peut-être pas une **tumeur maligne** bon j'en parlais pas trop à M. parce que pour pas lui créer de soucis encore que lui y pensait aussi*

Les deux interventions suivantes montrent que dans cette situation l'épouse est aux côtés de son mari et s'approprie les informations autant que lui. Face aux enfants, le patient et son épouse font union, assumant leur fonction parentale.

*E 18 : euh non on le savait déjà que c'était une **tumeur maligne** je sais plus si c'est **maligne** c'est le docteur c'est le lui il nous a tout expliqué parce que après parce que après y a eu le scanner et l'IRM
E 67 : oui ben oui il m'a dit y a une **tumeur** bon après non non on a jamais rien caché euh y a nos enfants nous on a quatre filles euh on leur a dit euh tout ce qu'il en était et voila hein*

Néanmoins, lors de nouvelles informations inquiétantes l'épouse se remet dans une position isolée afin de protéger son mari et fait le lien seule avec la tumeur. Ce lien marque bien un ancrage mnésique fort de ce terme chez elle.

*E 88 : ben dans ces moments là le champ visuel quand on nous a dit c'est très mauvais ça peut pas venir des yeux là j'ai pensé elle nous a rien dit elle nous a pas dit ce que ça pouvait être il faut faire un bilan complet de santé tout ça moi c'est tout de suite j'ai pensé **tumeur** tout de suite*

*E 89 : alors que je savais pas les les cons ce que ça provoquait une **tumeur***

Dans les moments difficiles, si l'épouse pense systématiquement à la tumeur il semble pour autant que ce terme reste tu.

*E 92 : je sais pas si il a pensé à sa **tumeur***

Enfin, la notion de rayons est rapportée trois fois par l'épouse. Ce traitement, présenté par le médecin comme pouvant provoquer des troubles de la mémoire, n'est pas anxiogène car le patient le supporte bien.

*E 76 : non non non et j'avais peur en lui qu'il ait les troubles de on m'a dit que la on nous a dit le docteur Y. que les les **rayons** ça peut provoquer des troubles de mémoire*

*E 56 : il a pas été malade après les **rayons** c'est la mi-mai non mais il craint pas de il dit faut aller jusqu'au bout il maintenant on a plus que ça à faire se soigner*

*E 95 : il a déjà fait cinq jours les **rayons** ben ça va il a non il a il a pas de craintes non ben l'avenir il voit un avenir*

VI – ELEMENTS NOUVEAUX CONCERNANT LA MALADIE

Dans cet entretien l'épouse fait part là-encore de l'état de grande fatigue de son mari.

E 35 : voila jusqu'à jusque là maintenant euh ce que je disais à l'infirmière c'est ce qui me choque le plus maintenant c'est sa fatigue ce matin il s'est levé je l'aide parce que j'ai toujours qu'il tombe ou qu'il bon

E 37 : alors c'est ça c'est cette fatigue là qui me tracasse là

E 127 : oui hier soir de le voir fatigué comme ça pfiou

Nous percevons bien le poids que représente ce symptôme pour l'épouse.

Elle va également faire part d'un autre symptôme :

*E 76 : non non non et j'avais peur en lui qu'il ait les troubles de on m'a dit que la on nous a dit le docteur Y. que les les rayons ça peut provoquer des **troubles de mémoire***

Ainsi, il semble patent que l'épouse appréhende les modifications que la maladie peut engendrer dans le quotidien à travers les troubles vécus par le patient, tant elle vit déjà difficilement ceux apparus, principalement la fatigue. Elle ne reconnaît plus son mari.

VII – ANALYSE THEMATIQUE VIA ALCESTE

L'intégralité du corpus a été pris en compte par ALCESTE. La **classe 2** représente à elle-seule 45% du corpus et aborde l'état du patient. Elle est liée à la **classe 1** (20%) qui, elle, précise la place de l'entourage auprès du patient. La **classe 3**, avec 22%, concerne la maladie et ses effets sur le patient. Elle est liée à la **classe 4** (13%) qui aborde spécifiquement le vécu de l'annonce.

Rapport de synthèse

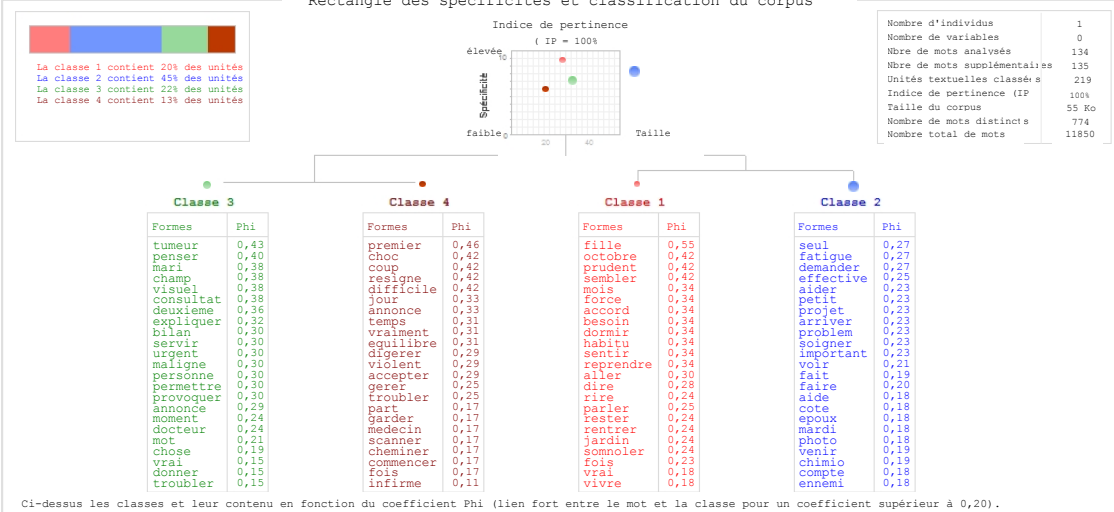
Texte analysé : PSY PC A12

Mercredi 06 Mai 2015 à 16 h 12

Le corpus PSY PC A12 a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 100% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 0% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 4 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 19% des unités textuelles classées (soit 20% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **fille**, **octobre**, **prudent**, **sembler**, **mois**, **force**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 44% des unités textuelles classées (soit 45% du corpus initial) ses mots significatifs sont **seul**, **fatigue**, **demandeur**, **effectivement**, **aider**, **petit**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 23% des unités textuelles classées (soit 22% du corpus initial) ses mots significatifs sont **tumeur**, **penser**, **mari**, **champ**, **visuel**, **consultatif**, puis de la classe 4 qui représente 14% des unités textuelles classées (soit 13% du corpus initial) marquée par les mots **premier**, **choc**, **coup**, **resigne**, **difficile**, **jour**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.

Rectangle des spécificités et classification du corpus



Page 1

Classe n°1

Cette classe est formée de 42 unités textuelles, soit 19% des unités classées. Les indicateurs de jours et de mois **septembre** et les Verbes tels **quelles**, **parle**, **sentir**, **sembler**, **voir**, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

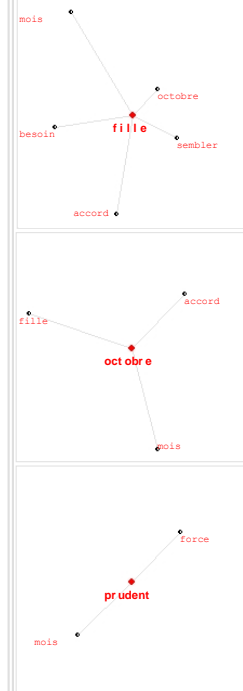
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
fille	0,55	18
octobre	0,42	12
prudent	0,42	9
sembler	0,42	9
ma	0,41	12
mois	0,34	6
force	0,34	6
accord	0,34	6
besoin	0,34	9
dormir	0,34	9
habitu	0,34	6
quatre	0,34	6
sentir	0,34	9
reprendre	0,34	9
tout-a-fait	0,34	9
comme	0,31	21
aller	0,30	36
ah	0,27	15
chez	0,28	15
dire	0,28	9
rire	0,24	6
parler	0,25	18
rester	0,24	6
retrner	0,24	6
qu	0,24	51
jardin	0,24	6
somnoler	0,24	6
ben	0,23	33
etre	0,23	9
fois	0,23	15
vrai	0,18	6
sinon	0,18	6
vivre	0,18	6
devoir	0,18	9
donner	0,18	9
pasce-qu	0,18	18
bon	0,17	21
dans	0,18	12
hein	0,16	15
en	0,13	36
Mots absents	Phi	Freq.
donc	-0,25	0
y	-0,18	3
eu	-0,19	0
avez	-0,19	0
faire	-0,19	0
est-ce	-0,19	0
savoir	-0,19	0
peu	-0,18	0
jour	-0,18	0

Unités textuelles de la classe 1

j espere que ca va aller pour lui pas pour euh qu il reprenne des **forces** psy 54: hum oui parce qu il me parlait de la chimio hein c est vrai que E 54: oui hum psy 55: il **semble** ben l attendre E 55: . non non du point de vue d apparence j avais peur bon euh quelques fois il **semble** parce-que comme il a fait des seances il est rentre quatre fois a l hopital hein et chez ma **fille** ou on ne vit pas d **habitude** quoi alors quelques fois qu on/ . puisse reperer euh je vais avec lui mais je-pense qu il se sent un perdu mais comme il est toute la journée lui aussi en train de somnoler psy 73: oui E 73: il **dort** pas mais il somnole alors bon quelque fois la direction des toilettes ou des trucs comme ca psy 74: hum E 74: mais sinon euh non psy 75: non hein mais c est vrai qu il dans le discours ca ressent pas E 75: oui psy 76: . ben oui ne pas hesiter justement a dire a poser des-questions ce dont vous auriez **besoin** pour euh/ E 109: hum hum/ psy 110: parce-que ca peut toujours se negocier je dirais/ E 110: ben oui hum et puis comme on repart de se retrouver chez nous ca va peut-etre aussi c est pas qu on n est pas bien chez ma **fille** mais dans le cadre **habituel**/ psy 111: oui tout-a-fait il va retrouver ses reperes/ E 111: ses reperes voila hum/ psy 112: . pi son jardin/ E 112: le jardin/ psy 113: il a parle de fraises/ E 113: oui il pense qu il va pouvoir avoir la **force** mais ca va etre moi, rire, psy 114: oui bon comme vous dites il faut aussi rester **prudent**/ E 114: . j espere que ca va aller pour lui pas pour euh qu il reprenne des **forces** psy 54: hum oui parce qu il me parlait de la chimio hein c est vrai que E 54: oui hum psy 55: il **semble** ben l attendre E 55: . non non du point de vue d apparence j avais peur bon euh quelques fois il **semble** parce-que comme il a fait des seances il est rentre quatre fois a l hopital hein et chez ma **fille** ou on ne vit pas d **habitude** quoi alors quelques fois qu on/ on ne vit pas d **habitude** quoi alors quelques fois qu on/ . puisse reperer euh je vais avec lui mais je-pense qu il se sent un perdu mais comme il est toute la journée lui aussi en train de somnoler psy 73: oui E 73: il **dort** pas mais il somnole alors bon quelque fois la direction des toilettes ou des trucs comme ca psy 74: hum E 74: mais sinon euh non psy 75: non hein mais c est vrai qu il dans le discours ca ressent pas E 75: oui psy 76: . ben oui ne pas hesiter justement a dire a poser des-questions ce dont vous auriez **besoin** pour euh/ E 109: hum hum/ psy 110: parce-que ca peut toujours se negocier je dirais/ E 110: ben oui hum et puis comme on repart de se retrouver chez nous ca va peut-etre aussi c est pas qu on n est pas bien chez ma **fille** mais dans le cadre **habituel**/ psy 111: oui tout-a-fait il va retrouver ses reperes/ E 111: ses reperes voila hum/ psy 112: . pi son jardin/ E 112: le jardin/ psy 113: il a parle de fraises/ E 113: oui il pense qu il va pouvoir avoir la **force** mais ca va etre moi, rire, psy 114: oui bon comme vous dites il faut aussi rester **prudent**/ E 114: . j espere que ca va aller pour lui pas pour euh qu il reprenne des **forces** psy 54: hum oui parce qu il me parlait de la chimio hein c est vrai que E 54: oui hum psy 55: il **semble** ben l attendre E 55: . non non du point de vue d apparence j avais peur bon euh quelques fois il **semble** parce-que comme il a fait des seances il est rentre quatre fois a l hopital hein et chez ma **fille** ou on ne vit pas d **habitude** quoi alors quelques fois qu on/ .

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 2

Classe n°2

Cette classe est formée de 97 unités textuelles, soit 44% des unités classées. Les Adverbes en "ment" (effectivement, justement, vraiment) et les autres mots analysés tels quant, petit, probleme, important, cote, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
s	0,30	21
suis	0,30	15
seul	0,27	12
fatigue	0,27	21
demandeur	0,27	12
par-rapport	0,27	12
effectivement	0,25	21
ici	0,23	9
meme	0,23	13
aider	0,23	9
avoir	0,23	18
jusqu	0,23	12
petit	0,23	9
projet	0,23	12
arriver	0,23	15
problem	0,23	9
soigner	0,23	12
important	0,23	9
voir	0,21	40
ce	0,19	27
avez	0,20	21
fait	0,19	24
faire	0,20	24
est-ce	0,20	30
il	0,19	240
son	0,19	15
aide	0,18	6
cote	0,18	6
assez	0,18	6
autre	0,18	6
enfin	0,18	6
epoux	0,18	6
mardi	0,18	6
photo	0,18	6
venir	0,19	12
chimio	0,19	15
compte	0,18	6
ennemi	0,18	6
aborder	0,18	6
adapter	0,18	9
Mots absents	Phi	Freq.
savoir	-0,35	0
annonce	-0,33	0
nous	-0,27	3
tumeur	-0,26	0
premier	-0,26	0
apres	-0,24	6
docteur	-0,24	0
deuxieme	-0,24	0
ou	-0,22	9

Unités textuelles de la classe 2

ouï qu est-ce-qui qu est-ce qu on pourrait justement si il y avait des choses a ameliorer est-ce-que vous avez une idee de ce qu on pourrait mieux faire? E 21: ouï son travail je-pense qu il est bien fait psy 22: hum E 22: c etait bien c etait simple euh comme explications avec les photos sur euh psy 23: ouï est-ce-que vous trouvez qu il-y-a eu trop d informations de donnees pas assez? et pis il etait costaud hein c est euh/ psy 40: ouï ouï/ E 40: on est en retraite euh euh les deux lui il travaillait au a PTT/ psy 41: hum/ E 41: moi j etais institt et puis euh des la retraite on s est inscrit a l ecole de musique on a fait la chorale/ psy 42: ouï/ E 42: . psy 84: ouï/ E 84: donc ca c etait le mardi le mercredi il a ete a neufchateau c est a 28 km prendre son cours de musique il etait tout seul et c est la que son prof m a appele il m a dit euh M_ est tres fatigue, et il faudrait venir le chercher alors je suis/ mais vous si ca vous fait du bien par-contre euh ben c est peut-etre important de garder ce contact la aussi/ E 131: ouï c est que j ai j ose pas le laisser tout seul c est ca/ psy 132: ouï bon vous voyez comment ca va se passer ce retour/ E 132: . et puis on est la effectivement c est-ce-que je disais a votre epoux on se voit regulierement quand il vient en chimio vous l accompagnez vous enfin/ E 141: hum hum/ psy 142: sans probleme je suis pas attache a ce service/ E 142: ouï ouï/ psy 143: . mais je viens regulierement donc il suffit de demandeur je passe mon bureau il est de l autre cote/ E 143: hum hum/ psy 144: donc y a pas de probleme et c est important que vous puissiez vous aussi justement avoir euh vos moments a vous/ E 144: . 1 objectif c est pas de dire ben voila monsieur et madame albert. ont vecu ca comme ca euh c est de voir un petit peu de la maniere generale dont c est fait pour ameliorer/ E 2: voila/ psy 3: voila donc c est vraiment dans ce but donc d ameliorer euh/ E 3: hum/ psy 4: de faire euh/ E 4: que les/ psy 5: . ouï qu est-ce-qui qu est-ce qu on pourrait justement si il y avait des choses a ameliorer est-ce-que vous avez une idee de ce qu on pourrait mieux faire? E 21: ouï son travail je-pense qu il est bien fait psy 22: hum E 22: c etait bien c etait simple euh comme explications avec les photos sur euh psy 23: ouï est-ce-que vous trouvez qu il-y-a eu trop d informations de donnees pas assez? et pis il etait costaud hein c est euh/ psy 40: ouï ouï/ E 40: on est en retraite euh euh les deux lui il travaillait au a PTT/ psy 41: hum/ E 41: moi j etais institt et puis euh des la retraite on s est inscrit a l ecole de musique on a fait la chorale/ psy 42: ouï/ E 42: . psy 84: ouï/ E 84: donc ca c etait le mardi le mercredi il a ete a neufchateau c est a 28 km prendre son cours de musique il etait tout seul et c est la que son prof m a appele il m a dit euh M_ est tres fatigue et il faudrait venir le chercher alors je suis/ mais vous si ca vous fait du bien par-contre euh ben c est peut-etre important de garder ce contact la aussi/ E 131: ouï c est que j ai j ose pas le laisser tout seul c est ca/ psy 132: ouï bon vous voyez comment ca va se passer ce retour/ E 132: . et puis on est la effectivement c est-ce-que je disais a votre epoux on se voit regulierement quand il vient en chimio vous l accompagnez vous enfin/ E 141: hum hum/ psy 142: sans probleme je suis pas attache a ce service/ E 142: ouï ouï/ psy 143: . mais je viens regulierement donc il

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°3

Cette classe est constituée de 50 unités textuelles, soit 23% des unités classées. Les indicateurs de mesures et d'époque (bilan, quant) les Verbes modaux tels quère, savoir, pouvoir, falloit, croire, sont les catégories de mots les plus spécifiques cette classe.

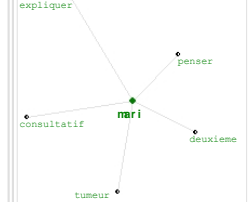
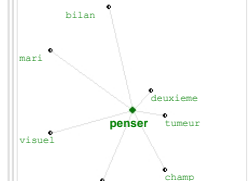
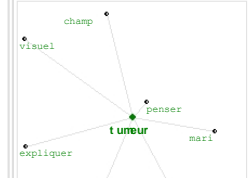
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
y	0,47	42
savoir	0,44	45
tumeur	0,43	18
penser	0,40	27
mari	0,38	9
champ	0,38	12
visuel	0,38	12
consultatif	0,38	9
deuxieme	0,36	24
expliquer	0,32	14
ces	0,30	9
bilan	0,30	6
croire	0,30	6
servir	0,30	6
urgent	0,30	6
maligne	0,30	9
personne	0,30	6
permettre	0,30	6
provoquer	0,30	6
annonce	0,29	15
a	0,27	118
ce-qui	0,26	12
j	0,25	24
nous	0,25	24
elle	0,25	11
trop	0,24	12
moment	0,24	12
docteur	0,24	9
ou	0,23	24
pouvoir	0,23	21
moi	0,22	18
mon	0,21	6
mot	0,21	6
sans	0,21	6
tout-de-suite	0,21	9
ai	0,19	15
ca	0,19	45
je	0,18	44
rien	0,19	9
chose	0,19	9
Mots absents	Phi	Freq.
aller	-0,29	0
ben	-0,27	5
ouï	-0,27	26
comme	-0,25	0
ce	-0,24	0
effectivement	-0,20	0
ah	-0,19	0
il	-0,17	30
se	-0,18	3

Unités textuelles de la classe 3

appuie qui donne des troubles de l equilibre et la deuxieme bon c est sur les urgences ils voient tellement de choses que pour eux c est euh la deuxieme a dit disons le mot ca sert a c est une tumeur moi j ai trouve que c etait un peu/ . euh non on le savait deja que c etait une tumeur maligne je sais plus si c est maligne c est le docteur c est le lui il nous a tout explique parce-que apres parce-que apres y a eu le scanner et l IRM/ psy 19: ouï/ E 19: . ouï ou peut-etre que vous puissiez poser des-questions euh voir euh parce-que voila si y a des choses que vous sur lesquelles vous doutez ou si vous avez des-questions E 27: hum hum psy 28: est-ce-que vous pensez qu une deuxieme consultation permettrait voila de poser ces questions? et la dans ces moments la vous avez pense euh/ E 88: ben dans ces moments la le champs visuel quand on nous a dit c est tres mauvais ca peut pas venir des yeux la j ai pense elle nous a rien dit elle nous a pas dit ce-que ca pouvait etre il faut faire un bilan complet de sante tout ca moi c/ . est tout-de-suite j ai pense tumeur tout-de-suite/ psy 89: ouï/ E 89: alors que je savais pas les les cons ce-que ca provoquait une tumeur / psy 90: hum/ E 90: voila je sais pas j ai pense a ca/ psy 91: et votre mari il a il vous en a parle ou? E 91: non il savait non il savait pas trop champ visuel il savait pas il fallait faire un bilan mais je sais pas psy 92: hum E 92: je sais pas si il a pense a sa tumeur psy 93: c est vrai qu il a pas parle donc je sais pas E 93: hum hum psy 94: . appuie qui donne des troubles de l equilibre et la deuxieme bon c est sur les urgences ils voient tellement de choses que pour eux c est euh la deuxieme a dit disons le mot ca sert a c est une tumeur moi j ai trouve que c etait un peu/ . euh non on le savait deja que c etait une tumeur maligne je sais plus si c est maligne c est le

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°4

Cette classe est constituée de 30 unités textuelles, soit 14% des unités classées. Les Marqueurs d'une relation temporelle avant, puis, toujours et les Marqueurs d'une intensité tels que peu, mieux, tres, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

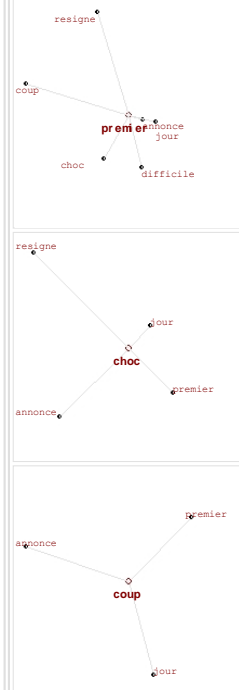
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
premier	0,46	15
eu	0,42	24
choc	0,42	6
coup	0,42	6
avant	0,42	6
trois	0,42	6
resigne	0,42	6
difficile	0,42	6
apres	0,36	15
jour	0,33	15
plus	0,33	12
annonce	0,33	12
mieux	0,31	6
temps	0,31	18
il-y-a	0,31	6
surtout	0,31	6
vraiment	0,31	6
equilibre	0,31	12
digerer	0,29	9
violent	0,29	6
accepter	0,29	9
gerer	0,25	6
troubler	0,25	15
peu	0,21	9
je-pense	0,21	9
deux	0,20	9
avait	0,20	6
savoir	0,18	9
IRM	0,17	3
donc	0,17	12
part	0,17	3
aviez	0,17	3
garder	0,17	3
scanner	0,17	3
cheminer	0,17	3
commencer	0,17	3
deja	0,17	6
fois	0,17	6
Mots absents	Phi	Freq.
voir	-0,24	0
aller	-0,21	0
il	-0,21	15
hum	-0,21	6
a	-0,19	18
j	-0,18	0
bon	-0,19	3
fait	-0,17	0
vous	-0,18	6

Unités textuelles de la classe 4

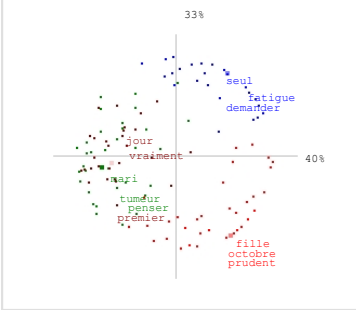
on se resigne on nous pour nous le le je l ai dit a l infirmiere le plus gros choc c etait la premiere annonce hein y avait deux infirmieres je sais pas si ou deux medecins internes y en a une qui disait c est une masse apres le scanner qui/ ben oui non mais la non parce-que le coup d assomoir on l a eu psy 33: vous l aviez deja eu E 33: c est la c est surtout le premier jour psy 34: oui donc on peut considerer presque que cette annonce E 34: . apres on l a digere on a eu deux ou trois jours avant l IRM ou on a commence a digerer la premiere annonce on avait quelques jours comme ca a chaque fois euh euh pff ou on digerait la nouvelle psy 35: oui E 35: . oui apres chacun est different aussi E 78: hum psy 79: dans la maniere de gerer E 79: hum hum psy 80: de supporter de E 80: oui psy 81: donc euh E 81: a part les troubles de l equilibre euh c est trois jours seulement avant d etre hospitalise qu il a eu ses troubles de l equilibre psy 82: oui E 82: il a pas eu de troubles de parole ni rien psy 83: oui c est vraiment l equilibre E 83: . oui mais c est humain et je-pense qu il vaut mieux que ca sorte de temps en temps plutot que de garder tout/ E 125: oui/ psy 126: parce-que apres euh ben c est plus difficile de gerer/ E 126: oui/ psy 127: alors que ben de temps en temps euh/ E 127: . on se resigne on nous pour nous le le je l ai dit a l infirmiere le plus gros choc c etait la premiere annonce hein y avait deux infirmieres je sais pas si ou deux medecins internes y en a une qui disait c est une masse apres le scanner qui/ ben oui non mais la non parce-que le coup d assomoir on l a eu psy 33: vous l aviez deja eu E 33: c est la c est surtout le premier jour psy 34: oui donc on peut considerer presque que cette annonce E 34: . apres on l a digere on a eu deux ou trois jours avant l IRM ou on a commence a digerer la premiere annonce on avait quelques jours comme ca a chaque fois euh euh pff ou on digerait la nouvelle psy 35: oui E 35: . oui apres chacun est different aussi E 78: hum psy 79: dans la maniere de gerer E 79: hum hum psy 80: de supporter de E 80: oui psy 81: donc euh

Proximite de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

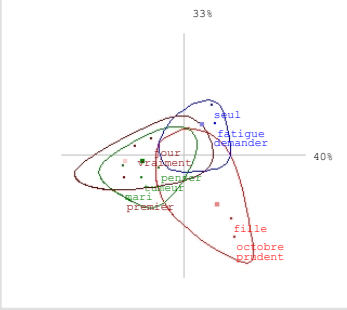
Analyse factorielle en corrélations



Statistique des formes

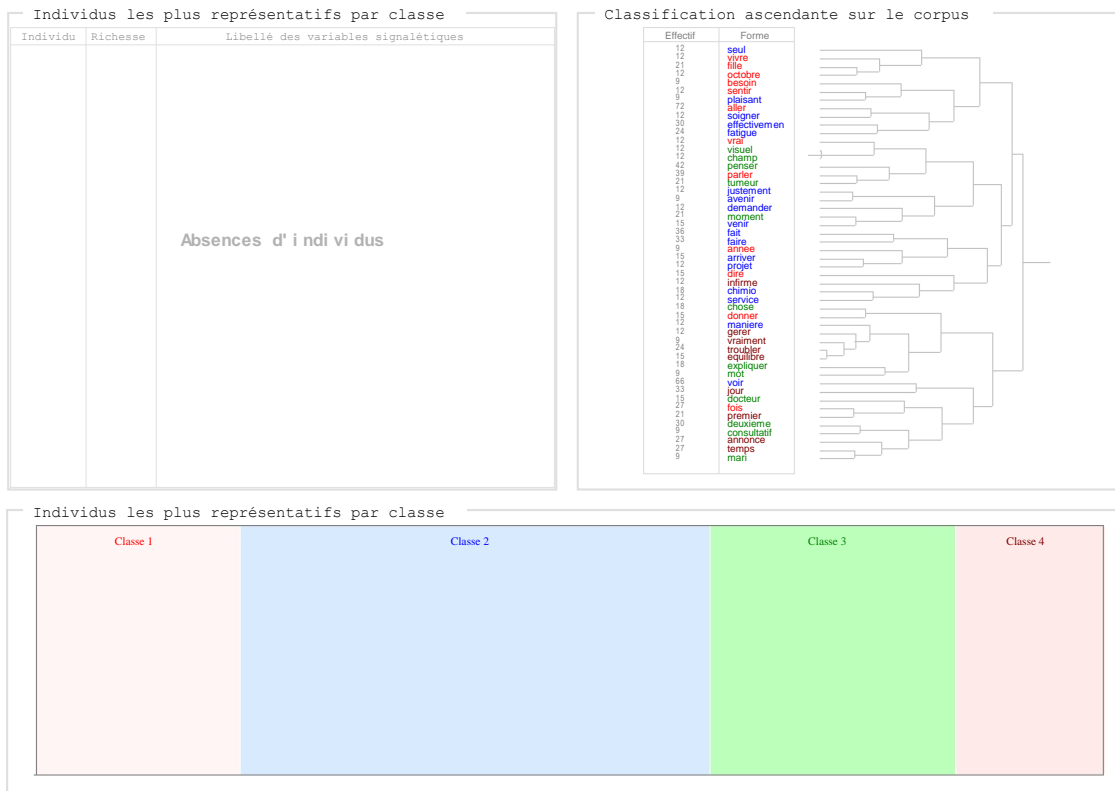
Libellé	Total
Nombre total de mots du corpus	11850
Effectif moyen d'un mot	15
Nombre de mots analysés	4047
Verbes	1071
Adjectifs et adverbes	282
Noms communs	996
Autres	1698
Nombre de mots non analysés	6048
Articles	1041
Pronoms	1122
Auxiliaires	588
Autres	3297
Richesse du vocabulaire (RV)	70 %

Analyse factorielle en coordonnées



Extrait du dictionnaire du corpus

Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq
psy	438	champ	12	rester	9	mardi	6	violent	6	idee	3	perdu	3	enorme	3
aller	72	gerer	12	adapter	9	merci	6	attendre	6	joie	3	pfiou	3	equipe	3
voir	66	vivre	12	digerer	9	photo	6	cheminer	6	main	3	place	3	facile	3
penser	42	action	12	maligne	9	sante	6	discours	6	pire	3	plein	3	fraise	3
parler	39	projet	12	problem	9	utile	6	personne	6	plat	3	prier	3	gendre	3
fait	36	sentir	12	prudent	9	accord	6	question	6	prof	3	rendu	3	gerant	3
jour	33	visuel	12	rentrer	9	compte	6	regulier	6	soir	3	repas	3	humain	3
faire	33	infirmie	12	semaine	9	course	6	retraite	6	tour	3	ruche	3	instist	3
deuxieme	30	maniere	12	sembler	9	ennemi	6	somolier	6	truc	3	salle	3	lutter	3
effectiveness	30	octobre	12	trouver	9	garder	6	caractere	6	vecu	3	sorte	3	maison	3
fois	27	service	12	accepter	9	gauche	6	commencer	6	yeux	3	souci	3	malade	3
temps	27	soigner	12	plaisant	9	habitu	6	difficile	6	abord	3	suite	3	marche	3
annonce	27	demander	12	vraiment	9	jardin	6	permettre	6	aerer	3	tenir	3	P :	3
fatigue	24	justement	12	ameliorer	9	mettre	6	provocquer	6	aimer	3	tente	3	minute	3
troubler	24	mot	9	essentiel	9	retenu	6	km	3	cadre	3	terme	3	normal	3
filie	21	mari	9	important	9	savoir	6	ami	3	corps	3	tombe	3	nouvel	3
moment	21	rire	9	reprendre	9	seance	6	auh	3	cours	3	train	3	parole	3
tumeur	21	aider	9	retrouver	9	servir	6	but	3	court	3	usine	3	passer	3
premier	21	annee	9	consultatif	9	urgent	6	con	3	creer	3	verre	3	P :	3
chose	18	matin	9	pi	6	voisin	6	mai	3	debut	3	alerie	3	rapide	3
chimio	18	passer	9	aide	6	aborder	6	nom	3	ecole	3	appele	3	rendre	3
expliquer	18	petit	9	choc	6	acheter	6	ose	3	jambe	3	brutal	3	retour	3
dire	15	poser	9	cote	6	contact	6	pff	3	jeudi	3	bureau	3	reveil	3
venir	15	rayon	9	coup	6	laisser	6	vie	3	katia	3	cacher	3	rouler	3
donner	15	avenir	9	mois	6	medecin	6	vue	3	lever	3	P :	3	simple	3
arriver	15	battre	9	part	6	musique	6	agir	3	masse	3	dallas	3	solide	3
docteur	15	besoin	9	peur	6	resigne	6	avis	3	moral	3	devoir	3	suivre	3
equilibre	15	dormir	9	bilan	6	scanner	6	bois	3	moyen	3	donnee	3	tracas	3
seul	12	enfant	9	epoux	6	suffire	6	face	3	oubli	3	douter	3	trajet	3
vrai	12	reperer	9	force	6	travail	6	gros	3	parti	3	droite	3	valoir	3



VIII – CONCLUSION

La place accordée aux proches à la consultation d'annonce semble indispensable tant ces derniers vont assurer un rôle majeur auprès du patient. Leur présence va leur permettre de recevoir une information objective et totale sur la situation de la part du médecin, évitant ainsi au patient d'être seul et d'avoir à partager cette nouvelle avec eux ultérieurement. Cela crée une unité sociale qui constitue la base pour se lancer dans le parcours de la maladie. Ils viennent donc protéger par leur présence le patient.

Pour ces raisons, il semble donc qu'ils doivent être considérés dans la prise en charge à la fois comme aidants naturels du patient mais également comme sujets à aider et soutenir. C'est une des tâches que l'infirmière aura à assumer mais qu'elle pourra partager avec le psychologue durant le temps de la maladie, voire après en termes de suivi de deuil.

Conscients de la réalité, souvent même plus que le patient lui-même, les proches ont le besoin vital qu'on les aide à conserver un espoir plus ou moins inconsciemment illusoire, afin de pouvoir se lancer dans le combat au côté du patient. Les soignants se retrouvent alors face à un dilemme insoluble qui reviendrait en quelques sortes à dire la vérité en niant une certaine part de la réalité afin de soutenir la pulsion de vie et à entretenir chez les proches et le patient une certaine incertitude alors même que cette dernière est ressentie dans ces instants

comme la cause première de souffrance. Ainsi, en nommant la maladie, la consultation d'annonce assure son rôle et permet au patient et à ses proches de savoir contre quoi ils vont devoir lutter. Elle favorise alors un déplacement de l'angoisse de l'inconnu du mal vers l'incertitude de la maladie.

Dans cette situation l'épouse ne ressent pas nécessairement le besoin d'une consultation post-annonce, estimant avoir reçu suffisamment d'informations. En revanche, cet espace lui donne l'opportunité d'exprimer un certain nombre de craintes quant à l'avenir auprès de son mari malade. Elle montre bien l'implication pesante mais obligée de l'entourage auprès du patient. Elle est ainsi plus dans une position d'émettrice que de réceptrice, ce qui nous laisse à penser qu'il serait peut-être opportun dans les suites de la consultation d'annonce de proposer une rencontre régulière avec le psychologue.

Enfin, sur un plan pratique, elle met en avant le rôle important de l'imagerie dans la compréhension concrète et symbolique de la maladie. Cette méthode explicative apparaît donc comme efficace dans cette consultation d'annonce.

META-ANALYSE DES TERMES PRONONCES EN CONSULTATION D'ANNONCE ET REPRIS EN CONSULTATIONS POST-ANNONCE

Fréquence d'occurrences des termes relatifs à la maladie et aux traitements

		ANNONCE					POST-ANNONCES						TOTAUX		
		M	P	E	F	I	ψ	P	I	E	ψ	E	I	P	
MALADIE	<i>Masse</i>	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	5
	<i>Tumeur</i>	53	0	0	2	0	0	1	1	2	0	7	0	0	66
	<i>Lésion</i>	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
	<i>Cancer</i>	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	<i>Glioblastome</i>	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	<i>Gliome</i>	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	<i>Malin</i>	6	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0	0	11
TRAITEMENTS	<i>Chirurgie</i>	7	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	10
	<i>Radiothérapie</i>	29	0	0	0	1	0	0	5	0	0	0	3	0	38
	<i>Rayon</i>	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	24
	<i>Chimiothérapie</i>	21	0	0	1	0	4	2	0	0	0	0	2	0	30

Légende :

M : Malade

F : Fille

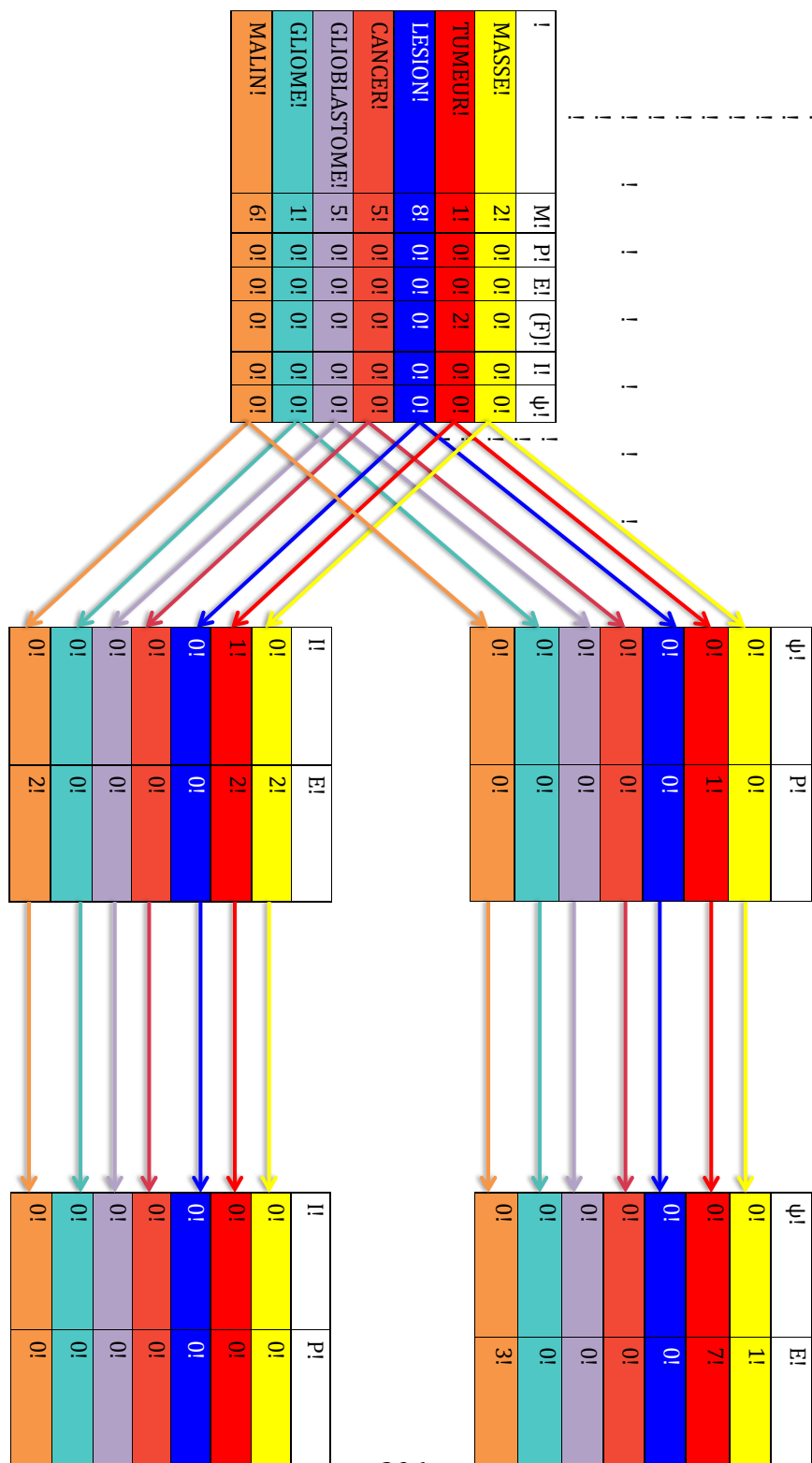
P : Patient

I : Infirmière

E : Epouse

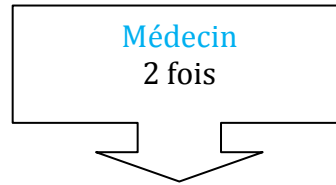
ψ : Psychologue

Nous retrouvons au total sept termes qui survivront entre la consultation d'annonce et les consultations post-annonce infirmière et psychologue : *masse*, *tumeur*, *malin* pour énoncer la maladie, *chirurgie*, *radiothérapie*, *rayons* et *chimiothérapie* pour évoquer les traitements. Regardons alors quel est le parcours des termes qui survivent dans le discours des interlocuteurs tout au long de ces consultations

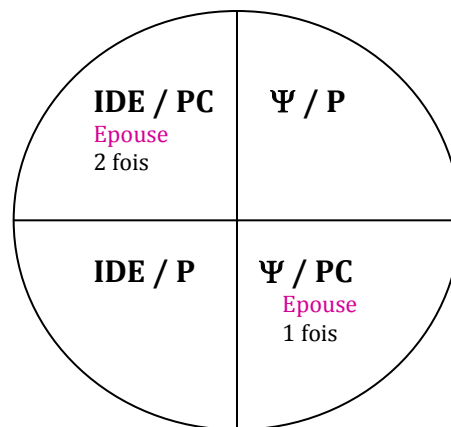


MASSE

Consultation d'annonce



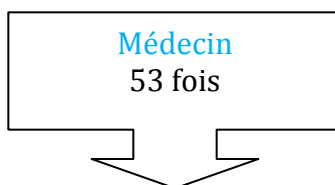
Consultations post-annonce



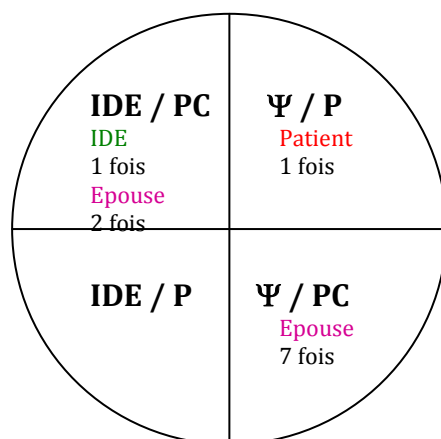
La notion de masse a été prononcée à deux reprises par le médecin lors de la consultation d'annonce pour inaugurer notamment l'entrée dans la maladie sans présager de sa gravité. Néanmoins, l'épouse restera fixée à cette notion lors des consultations post-annonce, que ce soit avec l'infirmière ou avec le psychologue. Il semble donc qu'il y ait une mémorisation forte de cette notion par l'entourage plus que par le patient lui-même. Quant au médecin, l'utilisation rare de ce terme semble signifier que cette notion n'est qu'un moyen pour annoncer la présence du glioblastome, représentant la première étape du processus d'annonce.

TUMEUR

Consultation d'annonce



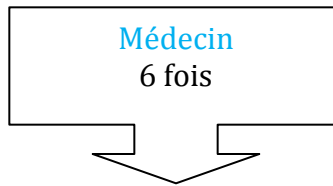
Consultations post-annonce



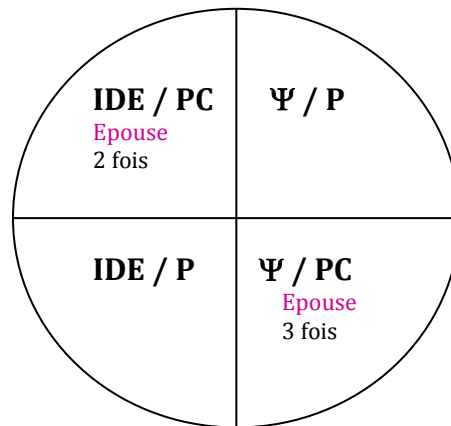
La notion de tumeur, utilisée 53 fois par le médecin au cours de la consultation d'annonce, est celle qui décrit au mieux la maladie sans la nommer directement. Ainsi ce terme fera largement écho chez l'épouse puisque cette dernière l'emploiera à deux reprises auprès de l'infirmière et à sept reprises lors de la consultation post-annonce avec le psychologue. En outre, le mot tumeur est celui qui définit la maladie pour le patient, celui-ci l'utilisant lors de son entretien avec le psychologue.

MALIN

Consultation d'annonce



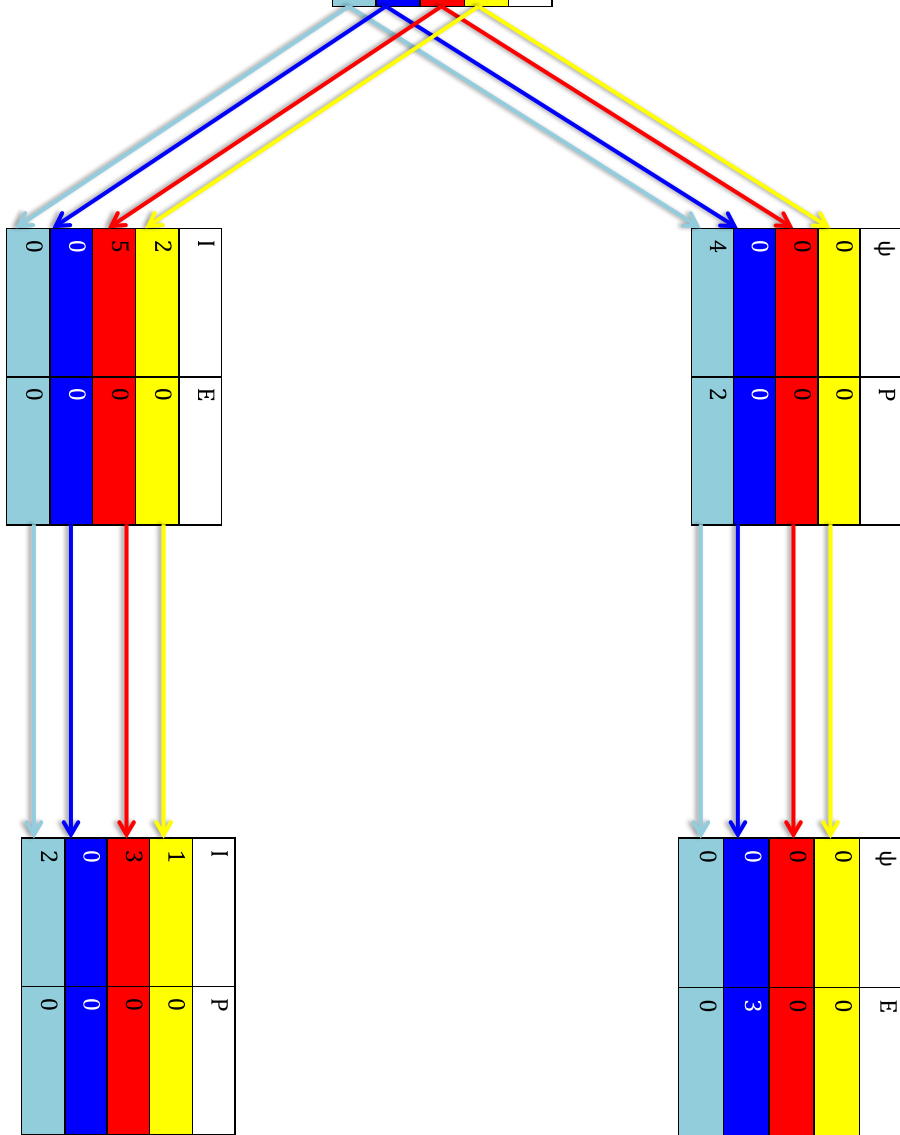
Consultations post-annonce



La notion de malignité reste dans le discours de l'épouse et semble bien représenter pour cette dernière ce qui était redouté et qui pourtant vient bien prendre forme dans la réalité, en l'occurrence une maladie grave.

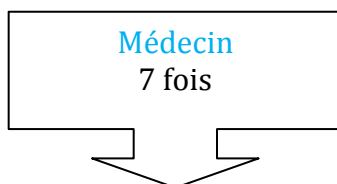
Ainsi, les seuls termes qui perdurent dans le discours en lien avec la maladie sont *masse*, *malin* et *tumeur*, ce dernier étant celui retenu à la fois par le patient et son épouse. Notons que le médecin le prononce tout au long de l'entretien, ce qui peut aussi expliquer sa meilleure mémorisation.

	M	P	E	F	I	ψ
Chirurgie	7	0	0	0	0	-
Radiothérapie	29	0	0	0	1	-
Rayon	21	0	0	0	0	-
Chimiothérapie	21	0	0	1	0	-

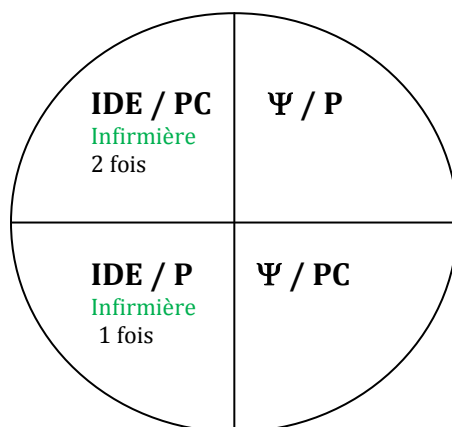


CHIRURGIE(N)

Consultation d'annonce



Consultations post-annonce



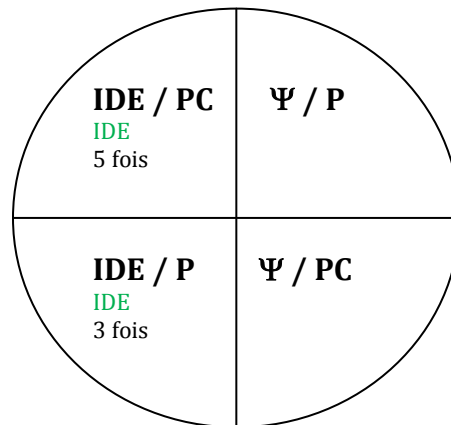
Le terme chirurgical est utilisé sept fois par le médecin. Il concerne le monde soignant et son usage fait état de sa présence dans le parcours du patient. C'est pourquoi l'infirmière sera celle qui utilisera de nouveau ce terme à deux reprises lors de l'entretien qu'elle aura avec l'épouse du patient et à une reprise avec le patient lui-même. Il ne traverse pas la frontière entre le monde médical et le monde profane et reste finalement la propriété des soignants. Sa mention a le mérite de décrire une pluridisciplinarité dans le processus de prise en soins mais sa non reprise ou évocation par le patient ou ses proches laisse à penser que ces derniers se positionnent dans le futur bien plus que dans le passé de la découverte de la maladie.

RADIOTHERAPIE

Consultation d'annonce

Médecin	29 fois
IDE	1 fois

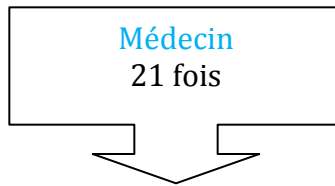
Consultations post-annonce



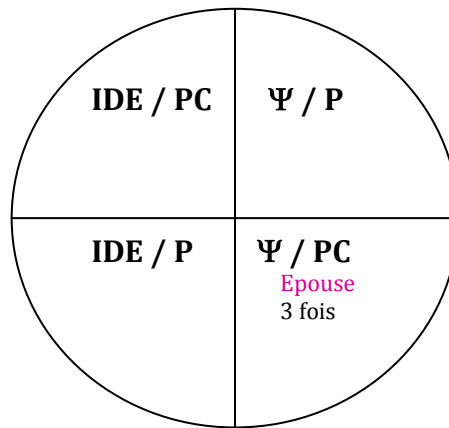
Le terme de radiothérapie sera utilisé 29 fois par le médecin et 1 fois par l'infirmière lors de la consultation d'annonce. Il représente un traitement standard dans le cadre du glioblastome et doit donc être évoqué par le soignant au cours de cette consultation. Son usage important signifie qu'il est considéré par le médecin et l'infirmière comme devant être intégré par le patient qui aura à subir ce traitement socialement redouté. C'est pourquoi l'infirmière en consultation post-annonce reprendra cette notion auprès du patient mais également auprès de l'épouse de ce dernier. L'insistance de la part des soignants dans l'évocation de ce terme laisse à penser que ce traitement prend pour eux une place majeure dans les possibilités thérapeutiques pour lutter contre cette maladie et que de ce fait le patient et ses proches doivent l'intégrer au maximum pour la suite.

RAYONS

Consultation d'annonce



Consultations post-annonce



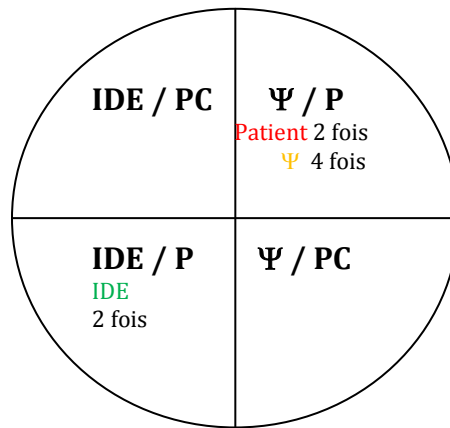
Le terme rayon va être utilisé 21 fois par le médecin en consultation d'annonce. Dans le langage courant il sera plus facilement utilisé pour parler de la radiothérapie. C'est pourquoi le médecin, en utilisant souvent ce terme, tente très certainement de faciliter l'appropriation de cette notion par le patient et ses proches. Nous percevons ici l'importance mise sur ce traitement et sur la nécessité selon le médecin que le patient – et l'entourage – l'intègre dans la suite du parcours. Les rayons, représentant un terme plus facilement compréhensibles, nécessitent une organisation précise, notamment en ce qui concerne les déplacements pour les nombreuses séances. C'est pourquoi il n'est pas étonnant que l'épouse soit la personne qui reprenne ce terme puisque nous avons pu voir auparavant que cette dernière se charge souvent et s'inquiète davantage des aspects matériels et organisationnels de la prise en charge, prenant conscience de son implication indispensable auprès du patient.

CHIMIO-THERAPIE

Consultation d'annonce



Consultations post-annonce



La notion de chimiothérapie va être abordée 21 fois par le médecin. Faisant partie pleinement de l'arsenal thérapeutique proposé par les soignants au même titre que la radiothérapie, il est essentiel que le patient – et les proches – puisse l'intégrer dans la suite du parcours. Il sera également prononcé à deux reprises par l'infirmière lors de son entretien avec le patient. Repris deux fois par le patient lors de la consultation post-annonce avec le psychologue, il est le seul que le patient va évoquer concernant les traitements. Le psychologue va pour sa part prononcer le terme à quatre reprises. Cet emploi dans le contexte particulier de la consultation psychologique peut s'interpréter comme étant le reflet d'une valence émotionnelle forte associée à ce terme pour le patient avec le besoin pour ce dernier d'en parler et également la valeur lourde que le psychologue donne à ce traitement sur le plan psychique, notamment concernant le vécu et les représentations des effets secondaires associés.

POUR CONCLURE :

Après toute une phase pré-diagnostique pendant laquelle le patient et son entourage reçoivent de multiples informations qui les amènent à se préparer à entendre une vérité difficile, la consultation d'annonce vient révéler la réalité telle qu'elle est, sans artifice ou approximation. Le patient veut savoir et se positionne donc en tant que récepteur attentif mais non passif face à un médecin qu'il considère porteur de ce savoir qu'il redoute tout en le pressentant comme étant bien réel et déjà fort présent en lui. En attribuant ce savoir au médecin, le patient veut néanmoins dans ce temps particulier que cette relation soit singulière et il va donc donner des éléments d'informations le concernant afin d'aider le professionnel à appréhender au mieux sa réalité. Il co-participe donc à la mise en mots de l'annonce et reste donc acteur dans cette scène dramatique.

Le médecin va devoir faire preuve d'une grande attention à ce que le patient croit déjà savoir, sait déjà ou encore redoute de savoir pour poser les bases communes de la relation qui inaugurera l'annonce en elle-même. Ainsi, s'il est dans une position d'émetteur d'un savoir objectif, il n'en demeure pas moins auditeur voire spectateur de son patient et de ses proches afin d'amener de la manière la moins traumatique possible la réalité à travers le choix des mots et l'attitude à adopter pour ne pas désespérer voire tuer psychiquement le malade et l'entourage. Il se doit d'être dans une attitude d'ouverture bienveillante à l'Autre pour que ce dernier se sente exister et reconnu comme sujet à part entière de la situation qu'il en est en train de vivre et qui va modifier à jamais sa continuité d'être. C'est ainsi que le fameux pacte de confiance décrit par Paul Ricœur s'instaure pour toute la suite du parcours dans la maladie, le patient sentant qu'il sera accompagné par le médecin dans cet inconnu anxiogène. En partant de la connaissance du patient quant à sa situation et en le questionnant de manière non directive, le médecin obtiendra très naturellement ce que le patient est prêt à entendre puisqu'en ne procédant à cette phase que par reformulation, il utilisera tout le pouvoir instructif de cette méthode pour avoir un guide dans l'orientation de son discours et dans la forme de son entretien. La parole du philosophe fondateur du stoïcisme Zenon de Citium (335 – 262 av. J.-C.) prend tout son sens ici : « *L'homme a deux oreilles et une seule langue, pour écouter deux fois plus qu'il ne parle* ». Pour autant, le médecin ne doit pas user d'une certaine rationalisation stérile de son discours mais être au plus proche de l'univers langagier de son patient.

L'attitude des proches varient en fonction de la place qu'ils prennent auprès du patient. Cette notion est à prendre en considération par le médecin pendant le processus d'annonce. Porteur d'un savoir fondamental pour le médecin, l'entourage va ainsi participer à la compréhension commune de la situation en apportant par exemple des éléments importants concernant les premiers signes de la maladie passés inaperçus. En outre, leur présence,

souhaité par le patient, évite que ce crée un décalage désastreux entre le patient et ses proches. Ainsi, tous recevront une même vérité, celle du médecin, ce qui constituera le socle commun de la connaissance de la maladie. Interviendront ensuite les représentations individuelles qui pourront alors être évoquées auprès de l'infirmière ou le psychologue en aval de la consultation d'annonce. Partenaire incontournable de la prise en charge, le conjoint va ainsi devoir être à l'écoute de l'information donnée par le médecin car c'est en fonction de cela qu'il va pouvoir se projeter dans cette nouvelle vie et ce nouveau statut d'aidant naturel. L'espace qui lui sera ainsi consacré dans ce temps lui permettra de questionner les professionnels – médecin et infirmière – pour se préparer pour la suite. Tel le Baptême, la consultation d'annonce fait entrer le patient dans l'univers des patients – croyants ? – et lui assure la protection des soignants. Ce sentiment d'appartenance à ce nouveau groupe induit par un mécanisme inconscient d'affiliation développé par le patient peut d'ailleurs permettre au médecin d'aborder les choses sous l'angle du collectif en évoquant par exemple dans son discours le caractère « normal » de certaines attitudes, pensées ou réactions, si tant est que la normalité corresponde à ce que Canguilhem définit comme étant l'attitude du plus grand nombre, la norme du groupe d'appartenance.

Les enfants, lorsqu'ils font preuve d'une présence effective et continue auprès du parent malade mais également de l'autre non malade, sont sans doute à inclure dans le partage des informations afin de les aider à assumer le soutien surtout pratique de leurs parents dont la vie se trouve radicalement modifiée. Il est donc nécessaire que les aspects pratiques de la prise en charge soient abordés dans ce temps de l'annonce et qu'une orientation soit proposée vers une assistante sociale – impliquée dans le dispositif d'annonce via le plan cancer II et son volet social – afin de désamorcer certaines craintes ou appréhensions quant à la vie au domicile du parent malade et de l'autre devenu aidant malgré lui.

Concrètement, se sentant souvent prêt à entendre, le patient ressent l'enjeu vital de cette annonce et son caractère brutal dans la modification de sa perception de la vie. De ce fait, le besoin de sentir la présence de toute une équipe spécialisée et habituée en quelques sortes à vivre de telles situations est fort présent chez le patient et ses proches.

L'annonce révèle au patient bien plus que le simple nom de la maladie qui le touche. Sur un plan émotionnel, elle permet de dévoiler certains éléments de la vie refoulés tels que le soutien et l'amour de ses proches. Cette dimension affective est donc à considérer dans la réalisation de la consultation d'annonce en lui laissant une place. Ainsi, comme nous l'avons déjà évoqué, l'annonce révèle au patient ce qu'est la vie en annonçant la mort. Epicure dans ce sens, nous enseigne que « *la mort : elle n'est pas quand je suis là, je ne suis plus quand elle est là* ». Il semble donc très important pour la survie psychique du patient que le médecin pointe lors de la consultation ces éléments qui aideront le patient à se sentir exister aux yeux des autres et donc à peut-être davantage trouver un intérêt à se battre contre la maladie pour continuer à être. L'annonce donne parfois une

raison de vivre, ce qui peut alors aider le médecin à aborder les différents protocoles de recherche dans lesquels le patient peut rentrer en mettant à profit cet altruisme naissant chez le patient.

La place de l'infirmière dans cette consultation d'annonce n'est plus à prouver tant elle apporte par la suite aux patients et à son entourage une aide précieuse. Il suffit d'échanger quelques instants avec des patients ou des proches dans le service pour le comprendre de suite.

En revanche, son rôle au sein de la consultation est très certainement beaucoup d'observatrice qu'émettrice à cet instant d'informations. Elle peut cependant aider le médecin dans la recherche d'éléments utiles à la bonne description de la situation mais en introduisant certaines notions nouvelles ou complémentaires, elle risque de complexifier encore davantage la bonne compréhension du patient et de ses proches.

La question des traitements reste problématique. Si le médecin se doit d'aborder cet aspect fort important, il semble pour autant que le patient, bien que désireux de recevoir ces éléments, ait plus de difficultés à les intégrer et ce non seulement en raison des troubles cognitifs parfois déjà présents. La dimension émotionnelle qui colore la consultation semble être un frein à la bonne compréhension de ces notions. Cela nous laisse à penser que la consultation post-annonce – présenteielle, téléphonique ou informatique – voit ici une partie de son utilité en permettant au patient et à ses proches, après un délai d'intégration psychique des informations reçues lors de la consultation d'annonce, de reprendre certaines notions mal perçues.

L'entourage sera quant à lui sans doute plus attentif aux traitements et à tous les aspects pratiques liés à la maladie. Se positionnant dans une attitude d'aidant, le proche va naturellement souhaiter faire quelque chose pour le patient mais se retrouve démuné voire impuissant dans ce nouveau rôle. Il est donc encore une fois essentiel que le médecin s'adresse également aux proches présents lors de cette consultation d'annonce en ce qui concerne ces sujets, qu'il s'agisse des traitements et de l'organisation et planification inhérentes. Ces éléments seront d'ailleurs à reprendre plus en détails lors de la consultation post-annonce avec l'infirmière, cette dernière assurant ainsi à la fois un rôle informatif mais également d'étayage et de réassurance. Elle donne également l'occasion à l'infirmière d'introduire clairement le rôle de ses collègues de secteur en mettant ainsi en avant la cohésion et la cohérence de la prise en charge.

Ces entretiens nous apprennent que la fatigue est le symptôme le plus pesant à la fois pour le patient mais également et de manière non négligeable pour l'entourage. Ce symptôme apparaît très certainement comme le plus dur à vivre car multifactoriel et de plus induit par les traitements qui ont pour but de stabiliser voire faire régresser la maladie. Effet secondaire le plus criant, il est donc indispensable que le médecin lors de la consultation d'annonce le présente comme inévitable et le situe dans son contexte à la fois comme effet de la maladie, du traitement et également du coup psychique reçu par cette annonce. En le présentant ainsi, le patient

mais surtout l'entourage tentera peut-être plus de l'intégrer dans la maladie plutôt que de le percevoir comme un élément collatéral perturbateur et ainsi essaiera de le gérer et l'appivoiser en le respectant plutôt qu'en s'usant à lutter contre.

Concernant le contenu strict de l'annonce à transmettre au patient et à ses proches, le médecin doit être en mesure de percevoir jusqu'où il peut aller dans cette divulgation d'informations. La force des mots peut parfois être telle que le patient se retrouve anéanti voire déjà mort psychologiquement. L'entretien doit être empreint à la fois d'affirmations et d'incertitudes pour assurer sa vertu paradoxale de révélateur à la fois désespérant et étayant. Même déraisonnés ou déraisonnables, les projets de vie du patient sont à respecter par le médecin pour que l'adage certes un peu désuet mais pourtant bien à propos dans une telle situation « l'espoir fait vivre » prenne tout son sens et aide le patient à vivre malgré la maladie létale. En nommant l'ennemi, l'annonce permet de déplacer l'angoisse sur le mal plutôt que sur l'incertitude. C'est le cheminement psychique du patient qui lui permettra de gérer progressivement l'évolution de la maladie et de trouver des moyens de s'y adapter mais pour se lancer dans ce parcours, encore faut-il trouver une raison valable. Le fait que le médecin s'intéresse à la vie quotidienne du patient, fasse en quelques sortes l'anamnèse, permet de mettre en exergue certaines informations à même de constituer cette ou ces raisons.

Sur la forme, il apparaît que l'utilisation des images radiographiques pendant la consultation soit un excellent support permettant la compréhension de la situation. Elle vient identifier dans le réel une réalité difficilement palpable car invisible.

En outre, au vu de la complexité du parcours du patient, il semble primordial de travailler en réseau et ce bien en amont de la consultation d'annonce en elle-même, en favorisant un maillage institutionnel et professionnel pour que les différents acteurs impliqués même précocement puissent s'entretenir entre eux pour partager des informations utiles à la prise en soins de qualité et qu'in fine le patient se retrouve en confiance parmi des professionnels cohérents et humbles quant à leur compétence propre. Cet aspect est également à considérer tout au long du parcours de soin en y incluant les professionnels du domicile parfois moins enclin à gérer de telles situations.

Enfin, compte-tenu de la forte valence émotionnelle de ce temps et des enjeux humains qu'il comporte, il apparaît nécessaire qu'une rencontre avec un psychologue puisse être proposée au patient mais également à son entourage et qu'en cas de refus la possibilité d'y avoir recours par la suite soit bien mentionnée. Ainsi les coordonnées de ce professionnel pourraient être, tout comme celles de l'assistante sociale, jointes au classeur du patient.

Concernant les termes employés, il apparaît que le médecin met l'importance sur la notion de *tumeur* plus que sur celle de *masse* pour amener le nom de la maladie. Pour autant le patient retient davantage ce dernier

terme pour appréhender le mal. Il semble donc utile que les soignants prononcent ce terme pour expliquer la maladie au patient, sans doute plus que le nom même de *glioblastome* qui ne reste dans la mémoire ni du patient, ni de ses proches.

La notion de *métastase*, parce qu'elle ne correspond pas à la situation du patient, permet justement au patient d'intégrer le mot cancer sans en ressentir l'impact émotionnel associé. Elle peut donc être un bon moyen de « soutenir » le patient en lui dévoilant la réalité de manière détournée sans pour autant le confronter au risque traumatique.

Le fait d'évoquer les différents professionnels impliqués va permettre au patient et à ses proches de percevoir la notion d'équipe sur laquelle ils pourront s'appuyer tout au long du parcours de la maladie et de constater la cohésion des différents protagonistes. Pour le médecin, évoquer le *chirurgien* l'aide très certainement à dire la vérité en sentant la présence de ce dernier et donc à éviter de vivre une solitude destructrice psychologiquement. Cela vient créer le tissage liant du parcours qui rassurera le patient, ses proches et l'équipe soignante.

L'évocation de la présence de *résidu(s)* de la tumeur donne de manière indirecte une information essentielle au patient, à savoir celle redoutée d'incurabilité de la maladie. Tout comme l'emploi du mot *métastase* plutôt que celui de cancer, l'utilisation par le médecin de la notion de résidu permet d'annoncer au patient qu'il ne guérira jamais de sa maladie sans pour autant l'anéantir par les mots. Cela est d'autant plus important qu'immédiatement après le médecin rebondit sur les options thérapeutiques, en l'occurrence la *radiothérapie* et la *chimiothérapie*. Concernant la première, il semble important d'adapter son discours en employant le terme vulgarisé de *rayons* pour que le patient et ses proches intègrent mieux ce traitement. Quant à la seconde, il est fondamental que le médecin et surtout l'infirmière puissent reprendre cette notion en prenant le temps d'écouter le patient et ses proches sur leurs représentations respectives.

Monsieur Bertrand

CONSULTATION D'ANNONCE :

I – ANALYSE FORMELLE

A - Acteurs

Dans cette situation, il s'agit d'un patient âgé de 56 ans, monsieur BERTRAND (P). Il est à la retraite et a exercé le métier de mineur de fond. La maladie a provoqué chez lui une légère hémiplégie du côté gauche en voie d'amélioration grâce à la corticothérapie.

La personne de confiance présente lors de cette consultation d'annonce est l'épouse (E) du patient, elle-même âgée d'une cinquantaine d'année.

Le médecin (M) qui reçoit le patient et sa compagne ce jour n'est pas le même qui a accueilli le patient initialement dans le service de neuro-oncologie pour la biopsie et l'IRM. Nous verrons ci-dessous quelle implication cela a dans le cadre de la consultation d'annonce. Il est accompagné de l'infirmière de coordination (I).

B – Durée de la consultation d'annonce

La durée de cette consultation est de 55 minutes et 18 secondes, ce qui correspond environ au temps recommandé (cf. supra). L'enregistrement débute une fois que les protagonistes se sont installés. Cette fois-ci encore nous nous sommes centrés sur le contenu de l'entretien en retirant de l'analyse – et donc de la retranscription – le temps passé à la dictée du courrier médical.

C – Structure

Dans cette consultation d'annonce notre analyse a mis en évidence 5 grands domaines thématiques développés par les protagonistes présents :

- L'avant-maladie
- L'entrée dans la maladie
- Le début de la prise en charge et la situation clinique actuelle
- L'explication de la maladie, les traitements et leurs effets
- Le vécu du patient

Cela donne le synopsis suivant illustré d'extraits de corpus

Avec M : Médecin ; P : Patient ; E : Epouse de M. Bertrand ; I : Infirmière.

- **L'avant-maladie (M0 – P73)**

Les conditions contextuelles font que le médecin se retrouve dans l'obligation de faire un état des lieux de la situation du patient lors de cette consultation d'annonce alors qu'habituellement cet interrogatoire se fait en amont, à l'occasion de la rencontre initiale avec le patient. Or le médecin n'étant pas celui qui a accueilli et suivi le patient lors de son séjour hospitalier, il se voit contraint de prendre un temps (de M0 à P73) pour mener à bien ce recueil de données et ainsi obtenir les informations essentielles à la bonne réalisation de cette consultation d'annonce.

M0 : l'infarctus c'était quand ?

M6: et depuis y a pas eu de complications cardiologiques entre le 25 juillet, euh 25 janvier ?

M22: fracture du fémur vous avez été opéré ?

Dans un premier temps le médecin interroge le patient sur ses antécédents médicaux.

M35: rien d'autre que ça hein, comme métier vous avez fait quoi ?

M37: combien de temps vous êtes resté au fond ?

M45: d'accord, et c'est mineur charbon hein ?

Puis il va s'intéresser à la dimension socioprofessionnelle.

M47: hum hum ok bon c'était juste pour situer un petit peu ça, et comme traitement j'avais renoter juste pour pas qu'y ait d'interférence avec ce que je vais vous prescrire, vous avez repris cardegic plavix et

M55: allopurinol oui je note tout

M61: je le renote juste pour moi c'est du combien, c'est du 2 milligrammes, allopurinol 100 1 par jour, le keppra 2 matin et soir que vous tolérez bien par ailleurs et le crestor c'est du 5 et c'est un par jour ok, c'est tout bien {...}

Il fait également un point sur les traitements pris jusqu'à présent par le patient.

M61: {...} la dernière chose après je vous embête plus et on revient directement sur ce qui nous intéresse, c'est votre poids et votre taille

M68: 90 et la taille ?

M70: 1 82, vous êtes droitier ?

Puis il termine cet interrogatoire par des caractéristiques personnelles. Notons la formulation « *après je vous embête plus* » qui laisse clairement penser que le médecin a la sensation de déranger le patient par ces questions de prime abord futiles au regard du motif initial de la consultation. Mais surtout, cela met évidence la difficulté du médecin. Dans cet entretien, le médecin n'est pas à l'aise, sans doute car il se trouve à reprendre une situation initialement gérée par son collègue. Ceci amène des mouvements défensifs qui émaillent tout l'entretien. Il s'agit quasiment d'un aveu de ce ressenti pénible.

- **L'entrée dans la maladie (M74 - M179)**

M74: mon collègue, quand vous aviez vu X. disait que sur le plan neurologique donc je reviens un petit peu à votre histoire, y a eu des secousses de la main gauche avec des fourmillements un peu inhabituels, euh, les premiers, vous a posteriori, les premières fois, où vraiment premières fois où c'est apparu c'était quand ? Parce que vous voyez, il dit depuis quelques semaines

M99: et l'ankylose c'était quand alors pour avoir un ordre d'idée ?

M171: je comprends mieux je comprends mieux avant c'était juste les à coups et ce jour là y a le gros malaise avec à la fois les troubles de la sensibilité à la fois les clonies ok

- **Le début de la prise en charge et la situation clinique actuelle (E180 – M257)**

E180: c'est les pompiers qui ont pris en charge tout ça

M188: de là il montre le dossier en RCP et on dit il faut faire une biopsie ok comment pour vous ça a évolué entre début juin et aujourd'hui en terme de fréquence des crises ?

M237: par contre vous n'avez rien récupéré au niveau spontané des membres supérieurs ?

M257: je crois pas qu'y ait d'altération du champ visuel par contre la netteté de la vision vous dites que c'est moins bon qu'avant ?

- **L'explication de la maladie, les traitements et leurs effets (M266 – E446)**

M270: d'accord ? Donc la lésion elle est située vraiment dans la région frontale nous ce qu'on appelle la région centrale juste en avant du sillon central c'est la zone qui va commander la motricité et surtout la motricité du membre supérieur donc c'est pas pour nous étonner que vous ayez un déficit sur le membre supérieur dans cette topographie ici excusez moi je vois pas très très bien, donc la lésion elle est là sur plusieurs coupes alors voilà je montre progressivement là là là là là et là, d'accord ?

M278: alors souvent quand ça capte pas ça veut dire que c'est un peu moins agressif, la tumeur elle est étendue dans le sens de la hauteur, y a des zones qui sont un petit peu plus agressives et des zones qui

sont un petit moins agressives, voilà. Donc ça c'est la base, c'est ça qu'on a biopsié. Alors on a reçu les résultats par fax, je n'ai pas eu le pathologiste d'habitude j'aime bien en discuter avec lui mais je les ai pas eus, J.M.V le pathologiste et la conclusion c'est glioblastome. Maintenant, je vous explique à quoi correspond un glioblastome, comment ça évolue si on fait pas de traitement, les différentes modalités de traitement possibles et puis ensuite je répondrai à vos questions si y a des choses que vous souhaitez qu'on précise. Alors, glioblastome ça confirme, en fait ça nous va bien en fait c'est corrélé, ça nous semble bien corrélé avec la présentation radiologique. Ça confirme que, un, c'est bien une tumeur, premier point, deuxième point que cette tumeur est une tumeur primitive du cerveau, c'est pas la métastase cérébrale d'un cancer que vous auriez ailleurs, c'est une tumeur qui s'est développée directement au niveau du cerveau deuxième point. Troisième point, est-ce qu'on sait d'où est venue cette tumeur-là ? Dans le cerveau y a d'une part (le téléphone sonne), oh on laisse sonner, d'une part les cellules nerveuses qu'on appelle les neurones et tout autour des cellules nerveuses vous avez des cellules qu'on appelle des cellules gliales, je ne sais pas si vous en avez déjà entendu parler ?

M282: ça va grossir progressivement voyez là aussi et ça va s'étendre en fait l'œdème préfigure l'endroit, les endroits où la tumeur va s'étendre en l'absence de traitement. Les cellules tumorales ont tendance à se détacher de la masse tumorale initiale et à progresser tout doucement ou vers l'arrière vers l'avant, latéralement ou vers le bas. Le noyau tumoral le plus agressif il est là, le moins agressif il est un peu plus bas et dans tous les cas que ce soit la tumeur qui apparaît la moins agressive ou que ce soit la tumeur qui apparaît la plus agressive l'évolution spontanée se fait vers l'augmentation l'infiltration du cerveau tout autour par delà vers l'accentuation des symptômes vous risquez éventuellement de faire plus de crises d'épilepsie ou de majorer le déficit du membre supérieur ou du membre inférieur. Donc c'est l'évolution spontanée en l'absence de traitement

M369: donc on commence par la chimiothérapie , 4 perfusions on refait une IRM et on enchaîne sur les rayons exactement comme je vous l'ai donné, voilà mais pour rentrer dans l'étude je crois qu'il faut pas, oui tu vois traitement anticoagulant en cours. Donc je peux pas vous proposer de rentrer dans l'étude parce que simplement y faut pas de cardégic, donc vous avez un cardégic on peut pas le faire, c'est dans les antécédents critère de non-inclusion. Parce que sinon vous répondiez parfaitement aux autres critères d'inclusion mais le fait d'avoir ces antécédents cardiologiques

- **Le vécu du patient (P447 – P599)**

P447 : la rééducation à propos de la rééducation comment ça se passe ?

P508 : moi je pète des plombs moi le matin quand je me lève il me faut ½ heure ¾ d'heures pour démarrer hein

P572 : c'est une hantise hein et puis après que j' fasse encore une crise d'épilepsie dessus encore et puis une bouffée de chaleur et j'tombe dans les pommes et puis anh ça fume hein et dès fois j'lui tire mon chapeau parce que hein j'suis pas commode j'ai pas l'habitude de garde dans mon sac hein

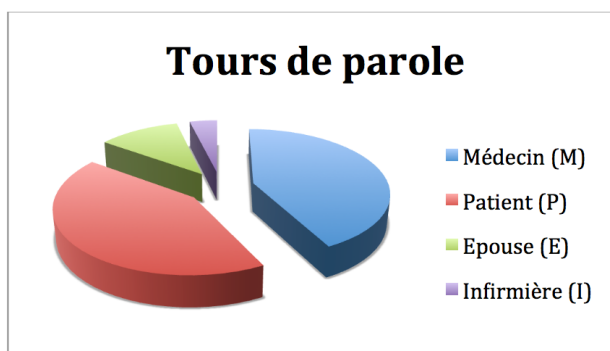
P591 : alors que c'était moi qui devait attendre ma chienne quand on allait se promener maintenant c'est ma chienne qui m'attend hein

D – Etude quantitative des productions discursives

1 – Nombre de tours de parole

Le tableau suivant présente une analyse quantitative de la production discursive de chaque acteur en présence : le nombre de tours de parole et le pourcentage. Cela donne :

	Tours de parole	%
Médecin (M)	256	42,45
Patient (P)	256	42,45
Epouse (E)	68	11,28
Infirmière (I)	23	3,82



Il est remarquable de constater dans cet entretien la répartition parfaitement égale du nombre de tours de parole entre le médecin et le patient, les deux produisant respectivement 256 tours de paroles. Ces deux interlocuteurs semblent donc trouver leur place au sein de ce colloque singulier.

L'épouse du patient va de manière moins franche, mais malgré tout certaine, s'exprimer et ainsi prendre une place dans cette consultation. Elle interviendra ainsi à 68 reprises.

L'infirmière, quant à elle, ne produira que 23 tours de parole lors de cet entretien.

2 – Distribution du discours

Nous avons calculé la somme totale des tours de parole par locuteur (colonne 2), le nombre de mots total (colonne 3) puis la somme de certains indicateurs (colonnes 4, 6, 8, 10, 12) que nous avons rapportée en pourcentage (colonnes 5, 7, 9, 11, 13). Cela donne :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Tours	Nombre de mots total	je	% je	on	% on	nous	% nous	vous	% vous	tu	% tu
Médecin	256	5606	74	1,32%	101	1,80%	15	0,27%	162	2,89%	2	0,04%
Patient	256	2063	147	7,13%	11	0,53%	2	0,10%	5	0,24%	0	0,00%
Epouse	68	284	4	1,41%	4	1,41%	1	0,35%	1	0,35%	3	1,06%
IDE	23	176	3	1,70%	2	1,14%	0	0,00%	8	4,55%	1	0,57%

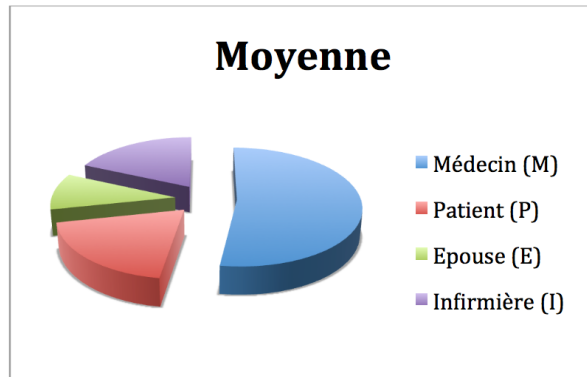
Exemple de lecture : le médecin a réalisé 256 tours de parole constitués au total de 5606 mots. Il a prononcé 101 **on**, ce qui représente 1,80% de l'ensemble de ses mots prononcés. Le patient a réalisé 256 tours de parole constitués au total de 2063 mots. Il a prononcé 147 **je**, ce qui représente 7,13% de l'ensemble de ses mots prononcés.

a – Masse discursive

Comme nous l'avons vu précédemment, dans cet entretien il est remarquable de constater une symétrie parfaite en ce qui concerne le nombre de tours de parole entre le médecin et le patient (256 chacun). Pour autant les tours de parole du médecin vont être constitués de plus du double de mots que ceux du patient (5606#2063). L'épouse sera plus discrète et va réaliser 68 tours de parole constitués de 284 mots. L'infirmière va intervenir à 23 reprises en émettant 176 mots.

En résumé, le tableau suivant présente le nombre de mots moyen par tour de parole pour chaque locuteur (*moy = masse / nb de tours de parole*):

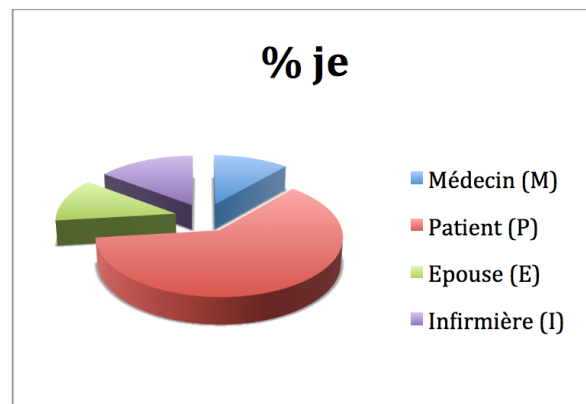
	Tours de parole	Masse	Moyenne
Médecin (M)	256	5606	21,9
Patient (P)	256	2063	8,06
Epouse (E)	68	284	4,17
Infirmière (I)	23	176	7,65



b - Usage des pronoms personnels

@1 - « Je »

	Tours	Nombre de mots total	je	% je
Médecin (M)	256	5606	74	1,32%
Patient (P)	256	2063	147	7,13%
Epouse (E)	68	284	4	1,41%
Infirmière (I)	23	176	3	1,70%



Dans cette consultation le patient va très souvent parler en son nom propre (7,13%), contrairement au médecin qui est l'interlocuteur qui va le moins employer le *je* au cours de cet entretien (1,32%).

Le **patient** pourra ainsi faire état :

- de son passé :

P7: j'ai eu des palpitations et ...

P19: des petits accidents de la vie que j'ai eus, la la fracture du fémur tout ça...

P28: une année j'ai eu une grosse anesthésie générale quand y m'ont arraché 22 dents en une fois, ça ça remonte c'était...

- de son état actuel :

P34: j'ai pas de problème

P40: j'suis retraité, je suis en RN retraite normale, j'ai 50 ans

P50: j'ai pas de plavix c'est cardégic tout court

- de son avenir avec la maladie:

P293: faudra que je vienne tous les jours ici à Nancy ?

P300: du moment que je suis à la maison tous les jours

P440 : parce que si moi je dois rester à l'hôpital

Le patient marque également bien une appropriation de la maladie à travers le je :

P336: bénin et malin, alors moi finalement c'est quoi? c'est le malin que j'ai ?

Le médecin vient signifier à travers l'usage du je son investissement personnel et son positionnement en tant que sujet médecin, participant ainsi à la mise en place du transfert positif du patient.

M47: hum hum ok bon c'était juste pour situer un petit peu ça, et comme traitement j'vais renoter juste pour pas qu'y ait d'interférence avec ce que je vais vous prescrire [...]

M61: je le renote juste pour moi c'est du combien, [...] ok, c'est tout bien je peux dire grand chose, la dernière chose après je vous embête plus et on revient directement sur ce qui nous intéresse [...]

M262: c'est pour ça que je vous ai reposé les questions parce que tant que vous n'avez pas entendu les gens raconter l'histoire c'est difficile de de bien comprendre mais là j'ai parfaitement bien compris l'histoire de votre maladie pour arriver jusqu'à aujourd'hui

Il est intéressant d'observer l'effet miroir dans l'emploi du *je* au cours de cette consultation par les interlocuteurs en fonction de leur position (soignants / non soignants). Ainsi, si le médecin utilise peu le *je*, l'infirmière va au contraire l'employer assez souvent (3,41%) alors que l'épouse, à l'inverse du patient, prononcera rarement ce pronom personnel (1,41%).

L'épouse reste finalement assez en retrait dans cette consultation, sans doute parce qu'elle ne sent pas la légitimité d'intervenir sur des éléments passés, par manque de connaissance de la période avant sa rencontre avec le patient:

E18: moi j'pourrai pas vous le dire parce que...

De ce fait l'épouse intervient plus tardivement dans l'entretien pour marquer par le *je* son investissement auprès du patient :

E391 : attendez j'ai le...

E394 : je reprends l'ordonnance la photocopie ça doit être noté là-dessus parce qu'ils prennent juste une photocopie moi j'garde tout

Enfin, l'**infirmière** marque sa présence et son rôle auprès du patient dans ce parcours encore flou de la maladie :

I329: et je vais vous donner des petits documents qui résument un petit peu ce que monsieur Y. vous a dit

Elle exprime également au médecin son implication dans le processus de l'annonce et agit comme porte-parole du patient :

I360: je vais la chercher si tu veux et sinon y avait aussi le carnet de santé est ce que, monsieur Bertrand demandait s'il fallait noter comme il a de grands antécédents...

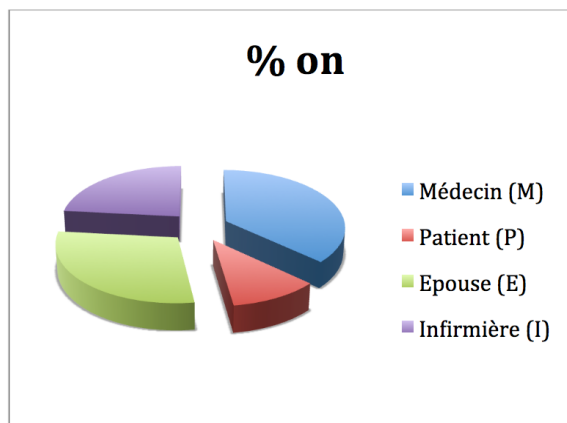
Elle questionne enfin le médecin afin de mieux comprendre la situation et ainsi mieux guider et soutenir le patient

dans sa quête de compréhension :

1539 : *ça agit pas sur le poumon si je me trompe pas?*

@2 – « on »

	Tours	Nombre de mots total	on	% on
Médecin (M)	256	5606	101	1,80%
Patient (P)	256	2063	11	0,53%
Epouse (E)	68	284	4	1,41%
Infirmière (I)	23	176	2	1,14%



C'est le **médecin** qui opacifie le plus le discours à travers l'usage du *on* (1,80%). Néanmoins, le premier *on* arrive seulement en M61 et fait suite à toute la période d'anamnèse. Ce *on* vient alors globaliser et définir le cadre, à savoir le motif de la consultation et la mise en action des protagonistes présents, donnant une légitimité et un sens à la présence de ces derniers. D'autres tours de parole engageant le *on* ont la même vocation et permettent au médecin de situer ses dires :

M61: *{...} la dernière chose après je vous embête plus et **on** revient directement sur ce qui nous intéresse, c'est votre poids et votre taille*

M266: *{...} Alors je reviens juste et pour pas qu'**on** parle dans le vide sur l'image qui a été biopsiée que voilà, hein donc vous avez vu, là vous imaginez que vous êtes couché sur le dos*

M276: *tout autour là, voilà, là c'est l'œdème et la cortisone elle vise à traiter l'œdème qu'y a tout autour et dernière chose c'est quand **on** descend un tout petit plus bas sur les coupes en pondération flair vous voyez qu'y a une zone qui est en hyper signal flair ici {...}*

Nous assistons également à une centration soignante dans le discours du médecin à travers l'usage de ce pronom :

- Il définit ainsi l'orientation de la prise en charge :

M188: de là il montre le dossier en RCP et **on** dit il faut faire une biopsie ok comment pour vous ça a évolué entre début juin et aujourd'hui en terme de fréquence des crises ?

- Il distingue deux mondes, en l'occurrence celui des soignants et celui des non-soignants :

M274: les prises de contraste qui sont un petit peu hétérogènes mais y a une seule image qui se trouve ici. Et la deuxième chose c'était j'voulais vous montrer, c'est ça, c'qu'**on** appelle les coupes nous flair {...}

M276: {...} Alors là ça capte pas le produit de contraste quand je vous ai montré les premières coupes où le blanc correspondait aux zones qui captent le produit qu'**on** injecte, cette région ici ne capte pas le produit de contraste

M278: alors souvent quand ça capte pas ça veut dire que c'est un peu moins agressif, la tumeur elle est étendue dans le sens de la hauteur, y a des zones qui sont un petit peu plus agressives et des zones qui sont un petit moins agressives, voilà. Donc ça c'est la base, c'est ça qu'**on** a biopsié.

C'est ensuite l'**épouse** qui proportionnellement au nombre de tours de parole va employer le plus le *on* (1,41%). Nous pouvons repérer deux orientations dans l'utilisation de ce pronom personnel :

- elle et les autres face à son mari :

E148: oui pour le voir parce que sinon **on** ne le voit pas

- elle et son mari face aux autres :

E411 : oui **on** était chez le médecin traitant

E425 : ensuite **on** nous a envoyé chez le Dr C. à F. (nom de ville)

E429 : et là **on** a même rendez-vous le 6

L'**infirmière** va à travers le *on* (1,14%) :

- s'affilier au monde soignant :

1549 : on riait à l'hôpital enfin dans le service parce que monsieur Bertrand il avait des chaussettes de contention blanches et ça faisait un petit peu danseuse

- se décentrer pour se lier au monde patient face au médecin :

1535 : on se demandait si... monsieur Bertrand disait qu'il avait mal aux poumons...

L'infirmière a ainsi une position d'interface dans ce dispositif interlocutoire, en étant tantôt du côté du médecin par son rôle d'observatrice, tantôt du côté du patient par un rôle de porte-parole.

Enfin, le **patient** utilise peu ce pronom personnel (0,53%). Nous pouvons définir trois façons d'utiliser le *on* chez le patient :

- un *on* que nous pourrions qualifier de « narratif », permettant d'unir un *je* et un autre individu :

- o lui et un inconnu :

P82: et puis finalement on s'est mélan ...on a fait une chute dans la forêt et c'est là c'est à partir de ce moment que ça a vraiment commencé à

- o lui et son épouse :

P127: et c'est pour ça que maintenant quand on part quelque part

- o lui et son chien :

P589 : alors qu'on était tous les jours dehors et en début d'année j'voulais faire piquer ma chienne parce qu'elle était pas bien

P591 : alors que c'était moi qui devait attendre ma chienne quand on allait se promener maintenant c'est ma chienne qui m'attend hein

- un *on* opacifiant :

P202: *ben moi au départ **on** m'a dit faut prendre 2 le matin et 2 le soir même avec 2 matin et 2 le soir j'avais des crises*

P246: *maintenant quand je veux bouger les bras c'est comme Frankenstein des fameuses trucs électriques dans le mais maintenant qu'**on** le remarque je peux vous dire exactement par où ça passe quand je bouge tel ou tel doigt*

P564 : *c'est bien simple que vous ayez de la viande de la purée ou des haricots c'est tout ça n'avait pas de goût **on** mange quelque chose mais **on** sait pas quoi*

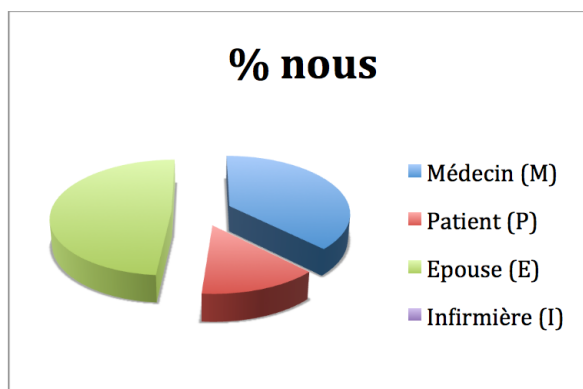
- un *on* globalisant lui, ses proches, le médecin :

P259: ***on** est là pour ça*

P487 : *et si vous pouvez me le taper à la machine pour que nous **on** puisse relire aussi parce que*

@ Nous

	Tours	Nombre de mots total	nous	% nous
Médecin (M)	256	5606	15	0,27%
Patient (P)	256	2063	2	0,10%
Epouse (E)	68	284	1	0,35%
Infirmière (I)	23	176	0	0,00%



Le *nous* est proportionnellement utilisé le plus par l'épouse du patient (0,35%) et permet à celle-ci de marquer une unité avec son mari :

E425 : *ensuite **nous** a envoyé chez le Dr C. à F. (nom de ville)*

C'est ensuite le **médecin** (0,27%) qui par l'usage du *nous* va procéder à un clivage dans les places et les savoirs entre les deux mondes en présence, celui des soignants et celui du patient. Notons que ce clivage est renforcé par des formes rhétoriques de répétition, comme en M270 « nous, ce qu'on appelle » et les exemples soulignés :

M270: *d'accord ? Donc la lésion elle est située vraiment dans la région frontale **nous** ce qu'on appelle la région centrale juste en avant du sillon central c'est la zone qui va commander la motricité et surtout la motricité du membre supérieur donc c'est pas pour **nous** étonner que vous ayez un déficit sur le membre supérieur dans cette topographie {...}*

M308: *d'accord ? Alors globalement la chimiothérapie elle est plutôt bien tolérée, ça peut donner au début des sensations de nausée, vomissement c'est vraiment très très rare et de toute façon **nous** vous donnons un traitement pour empêcher ces nausées ou ces vomissements*

M434 : *ok donc en gros le schéma standard c'est celui dont je vous ai parlé radio chimiothérapie concomitante puis chimiothérapie **nous on** appelle ça adjuvante complémentaire euh six semaines dans la première série et cinq jours par semaine cinq jours par mois pardon euh ultérieurement avec une IRM toutes les deux à trois cures*

Nous pouvons néanmoins relever un tour de parole dans lequel le *nous* ne permet pas de déterminer clairement à qui il renvoie (*nous* = monde soignant / monde commun ?)

M61: *{...} la dernière chose après je vous embête plus et on revient directement sur ce qui **nous** intéresse, c'est votre poids et votre taille*

Enfin, le **patient** marque par l'usage du *nous* (0,10%) une distinction franche entre les deux mondes, symbolisant soit :

- le monde non-soignant :

P487 : *et si vous pouvez me le taper à la machine pour que **nous** on puisse relire aussi parce que*

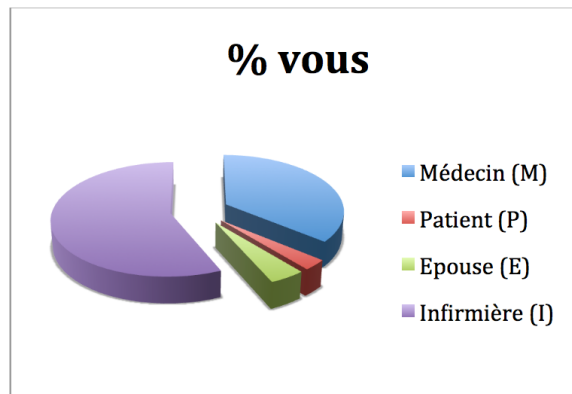
- l'unité familiale :

P370: *c'est un héritage familial chez nous hein*

L'**infirmière** n'emploiera jamais le pronom personnel *nous*.

@ Vous

	Tours	Nombre de mots total	vous	% vous
Médecin (M)	256	5606	162	2,89%
Patient (P)	256	2063	5	0,24%
Epouse (E)	68	284	1	0,35%
Infirmière (I)	23	176	8	4,55%



C'est l'**infirmière** qui utilise le plus le pronom personnel *vous* au cours de cet entretien (4,55%).

Elle va rassurer le patient quant à la masse d'informations reçues et ainsi assurer son rôle d'infirmière de coordination :

I329: *et je vais vous donner des petits documents qui résument un petit peu ce que M.T. vous a dit*

En sollicitant directement le patient, l'infirmière cherche à comprendre et à évaluer la situation afin d'adapter au mieux les explications qu'elle aura à donner. Elle veut dresser un tableau du contexte pour aider le médecin dans la définition du parcours futur en adaptant ce dernier à la réalité :

I378: *vous avez du préviscan non ?*

I566 : *ah vous étiez ?*

Elle désire aussi éclairer le patient sur certains aspects :

I521 : *et puis vous avez arrêté le tabac aussi*

Elle lui propose une aide active :

*1529 : **vous** revoulez des patchs ?*

Elle signifie son désir de comprendre le patient dans ce qu'il souhaite :

*1531 : non ça **vous** plaît pas trop*

Enfin, elle fait preuve d'une certaine complicité avec le patient, assurant de cette façon son rôle de soutien durant toute la prise en charge :

*1547 : (rire) **vous** avez des belles chaussettes*

Le **médecin** est le deuxième interlocuteur à utiliser le plus le *vous* (2,89%). Il s'adresse exclusivement au patient pour :

- prendre une information personnelle (antécédents, profession, ...) :

*M2: 25 décembre 2001, pour **vous** aviez eu une angioplastie, hein, non ?*

*M14: oui oui, et **vous** n'avez pas eu d'autres anesthésies que celle là ?*

*M35: rien d'autre que ça hein, comme métier **vous** avez fait quoi ?*

*M161: d'accord **vous** aviez à la fois les clonies très fortes plus ces sensations ?*

- transmettre une information personnalisée :

*M47: hum hum ok bon c'était juste pour situer un petit peu ça, et comme traitement j'avais renoter juste pour pas qu'y ait d'interférence avec ce que je vais **vous** prescrire, **vous** avez repris cardégic plavix et*

*M268: que les jambes sont vers le mur là et que **vous** regardez en haut, donc là c'est la droite et là c'est*

*la gauche **vous** êtes allongé comme ça*

En outre, le médecin va parfois se justifier en impliquant l'autre pour appuyer et légitimer sa position, sans identifier nécessairement cet autre :

*M260: quand **vous** voyez des gens c'est toujours plus difficile de voir des gens que **vous** n'avez pas vus au tout début que de voir des gens que **vous** suivez depuis le début, comme vous avez vu mon collègue*

*M266: oui et puis même même même même la lettre **vous** ne vous rendez pas compte en lisant la lettre ce que c'est vraiment alors que quand les gens racontent **vous** comprenez beaucoup plus facilement {...}*

L'épouse va s'adresser directement au médecin pour aider ce dernier dans la compréhension de la situation:

*E18: moi j'pourrai pas **vous** le dire parce que...*

Le **patient** va finalement peu employer le *vous* lors de cette consultation (0,24%).

Il s'adresse directement au médecin :

*P246: [...] je peux **vous** dire exactement par où ça passe quand je bouge tel ou tel doigt*

*P487 : et si **vous** pouvez me le taper à la machine pour que nous on puisse relire aussi parce que*

Il va également employer ce pronom pour relater une possibilité de relation avec autrui :

*P265: ben voilà parce que des fois quand des rapports y passent pas **vous** n'êtes pas au courant*

*P362: ah oui comme ça si jamais y a un médecin qui me demande ce que **vous** avez*

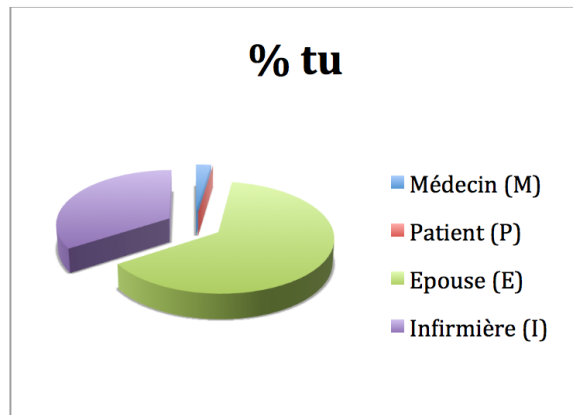
*P514 : et puis **vous** me mettez un caillou dans le chemin et bien le seul caillou qui y'a c'est pour mon pied parce que y faut qu'il aille taper dedans*

Enfin, à une reprise le patient semble prendre à partie le médecin en lui faisant état d'un état du monde qui ne paraît pas agréable :

*P564 : c'est bien simple que **vous** ayez de la viande de la purée ou des haricots c'est tout ça n'avait pas de goût on mange quelque chose mais on sait pas quoi*

@ Tu

	Tours	Nombre de mots total	tu	% tu
Médecin (M)	256	5606	2	0,04%
Patient (P)	256	2063	0	0,00%
Epouse (E)	68	284	3	1,06%
Infirmière (I)	23	176	1	0,57%



L'épouse va s'adresser au patient pour aider ce dernier à comprendre la requête ou l'affirmation du médecin ou de l'infirmière. Elle marque déjà là son rôle d'aidant :

*E441 : c'est au jour **tu***

*E478 : c'est les cachets que **tu** prends le matin*

*E542 : **tu** l'as pas **toi***

L'**infirmière** va répondre au médecin. Le *tu* adressé à ce professionnel montre le lien de familiarité entre le médecin et l'infirmière, ce qui peut avoir pour vertu de rassurer le patient.

*I360: je vais la chercher si **tu** veux [...]*

Le *tu* est utilisé par le médecin pour interpeller l’infirmière. Il marque leur intimité professionnelle et peut-être aussi la reconnaissance du rôle de cette professionnelle au sein de la consultation, comptant sur elle ou lui faisant partager sa réflexion :

M357: [...] *t'as pas pris le, la pochette, là tu l'as pas ?*

M369: [...] *voilà mais pour rentrer dans l'étude je crois qu'il faut pas, oui tu vois traitement anticoagulant en cours. [...]*

Si l'épouse est la personne qui interpelle le plus personnellement l'autre, marquant une familiarité, le **patient** n'utilise jamais le *tu*, ce qui laisse à penser qu'il laisse davantage à son proche présent une place d'écoute active. En d'autres termes il n'attend pas d'elle qu'elle lui apporte une quelconque information.

3 - Les questions :

Pour procéder à une analyse fine de la structure de cette consultation nous proposons de mettre en exergue les questions formulées par les différents protagonistes. Ainsi nous pouvons remarquer dans le tableau suivant la fréquence des questions en fonction des interlocuteurs ainsi que leur forme syntaxique et sémantique selon les 4 thèmes repérés précédemment :

Consultation de M. BERTRAND

Distribution des questions dans l'entretien en fonction des domaines thématiques

Thèmes	Questions propositionnelles				Questions catégorielles			
	M	P	E	I	M	P	E	I
L'avant-maladie	13	1	0	0	9	1	0	0
L'entrée dans la maladie	18	1	0	0	3	0	0	0
Le début de la PEC et situation clinique actuelle	16	0	0	0	5	0	0	0
L'explication de la maladie, les traitements et leurs effets	16	7	3	2	10	2	0	0
Le vécu du patient	5	1	0	3	0	4	0	0
TOTAL	68	10	3	5	27	7	0	0

Tout d'abord nous constatons que d'une manière générale c'est le médecin (M) qui pose beaucoup plus de questions dans cet entretien. Il en pose presque 4 fois plus que l'ensemble des autres interlocuteurs en présence (95 versus 25). Ses questions portent majoritairement sur l'explication de la maladie, les traitements et leurs effets (26), l'avant maladie (22) et sont le plus souvent des questions propositionnelles (68). Ses autres questions concernent l'entrée dans la maladie (21), le début de la prise en charge et la situation clinique actuelle (21), et enfin le vécu du patient (5). Ensuite c'est le patient (P) qui va poser 17 questions, sous une forme propositionnelle pour 10 d'entre elles et 7 catégorielles. Elles concernent principalement l'explication de la maladie, les traitements et leurs effets (9) puis dans une moindre mesure le vécu du patient (5), l'avant maladie (2) et l'entrée dans la maladie (1). L'infirmière posera 5 questions propositionnelles sur le vécu du patient pour 3 d'entre elles et sur l'explication de la maladie, les traitements et leurs effets pour les 2 autres. Enfin, l'épouse (E) du patient posera 3 questions propositionnelles sur l'explication de la maladie, les traitements et leurs effets.

Intéressons-nous à présent plus précisément aux questions posées par les interlocuteurs.

a – Le médecin (M)

* Questions en lien avec l'avant-maladie:

- Les antécédents médicaux du patient de M0 à M35
 - o Sur le plan cardiaque :

M0 : l'infarctus c'était quand ? (Question catégorielle)

M2: 25 décembre 2001, pour vous aviez eu une angioplastie, hein, non ? (Question propositionnelle)

M6: et depuis y a pas eu de complications cardiologiques entre le 25 juillet, euh 25 janvier ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)

M8: et pas d'angor, pas d'angine ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)

- o Sur le plan chirurgical et opératoire

M10: *ok et en dehors de ça chirurgicalement ?* (Question catégorielle élidée)

M12: *une côte surnuméraire cervicale ?* (Question propositionnelle)

M14: *oui oui, et vous n'avez pas eu d'autres anesthésies que celle là ?* (Question propositionnelle posée à la forme négative)

M22: *fracture du fémur vous avez été opéré ?* (Question propositionnelle)

M23: *mais ça a été opéré ça ?* (Question propositionnelle)

M25: *et les côtes c'était quand ?* (Question catégorielle)

- Sur d'autres aspects

M27: *94, 2000, et puis, quoi d'autre comme grosse chose ? {...}* (Question catégorielle)

M27 : *{...} c'est tout ?* (Question propositionnelle)

M29: *quand ?* (Question catégorielle)

M31: *c'était dans les années...ouais, 80 ?* (Question propositionnelle)

- La situation professionnelle passée et présente du patient de M35 à M45

- Situation passée

M35: *rien d'autre que ça hein, comme métier vous avez fait quoi ?* (Question catégorielle)

M37: *combien de temps vous êtes resté au fond ?* (Question catégorielle)

- Situation actuelle

M39: *et là vous en euh...retraité ?* (Question propositionnelle)

M45: *d'accord, et c'est mineur charbon hein ?* (Question propositionnelle)

- Le traitement actuel de M49 à M61

M49: *et en dehors de cardégic plavix vous vous souvenez de tête ce que vous avez ?* (Question catégorielle implicite car c'est une forme syntaxique de question propositionnelle)

- Les données physiques de M61 à M70

M66: *ouais ?* (Question propositionnelle)

M68: *90 et la taille ?* (Question catégorielle)

M70: *1 82, vous êtes droitier ?* (Question propositionnelle)

* **Questions en lien avec l'entrée dans la maladie:** M74 à M179

- o La recherche des symptômes

M74: *[...] les premiers, vous a posteriori, les premières fois, où vraiment premières fois où c'est apparu c'était quand ? [...]* (Question catégorielle)

M75: *2 mois vous vous diriez ? Premier épisode c'était y a deux mois* (Question propositionnelle)

M85: *et vous pensez qu'y a un rapport avec la chute ou ?* (Question propositionnelle)

M87: *donc deux mois c'était juste des petites clonies ?* (Question propositionnelle)

M89: *et ça a été un peu crescendo entre le moment où ça débute et puis ?* (Question propositionnelle)

M91: *hum y a deux mois donc, clonies et c'était quand tous les jours quasiment, plusieurs fois par*

jour ? (Question propositionnelle disjonctive)

M93: et alors ? (Question propositionnelle)

M99: et l'ankylose c'était quand alors pour avoir un ordre d'idée ? (Question catégorielle)

M101: et le gros malaise c'était le ? (Question catégorielle)

M103: mai ? (Question propositionnelle)

M106: hum vous me dites deux mois avant le 25 mai, ça veut dire c'était mars le début ? (Question propositionnelle)

M118: ok le 25 mai vous avez perdu connaissance ? (Question propositionnelle)

M120: c'était plus des picotements que des mouvements ? (Question propositionnelle)

M124: ah mais c'est ça très désagréable ? (Question propositionnelle)

M130: c'était que le membre supérieur ? (Question propositionnelle) C'était aussi la jambe ? (Question propositionnelle)

M132: pas la jambe ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)

- La centration sur la crise d'épilepsie inaugurale

M134: là je voudrais savoir ce qu'il s'est passé le 25 mai

P135: ah le 25 mai ? (Question propositionnelle)

M159: le même jour où ? (Question propositionnelle)

M161: d'accord vous aviez à la fois les clonies très fortes plus ces sensations ? (Question propositionnelle)

M163: *en même temps enfin quasiment en même temps ?* (Question propositionnelle)

M177: *oui ça doit être très... ?* (Question propositionnelle incomplète)

* **Questions en lien avec le début de la prise en charge et la situation clinique actuelle**

- L'entrée dans le circuit

M185: *et puis euh, de là ils vous envoient et vous voyez mon collègue X. c'est ça X. ?* (Question propositionnelle)

- L'évolution

M188: *de là il montre le dossier en RCP et on dit il faut faire une biopsie ok comment pour vous ça a évolué entre début juin et aujourd'hui en terme de fréquence des crises ?* (Question catégorielle)

M190: *zéro zéro ça a complètement disparu ?* (Question propositionnelle)

M195: *quand vous dites deux crises d'épilepsie c'est quoi ?* (Question catégorielle)

M197: *pareil comme avant ?* (Question propositionnelle)

M199: *comme avant, donc y a eu deux épisodes depuis que le keppra a été mis ou le keppra n'avait pas encore été mis ?* (Question propositionnelle)

M201: *sous keppra donc c'est là où vous avez augmenté les doses en fait ?* (Question propositionnelle)

M203: *ok les deux crises là sont survenues juste avant que vous veniez pour la biopsie ?* (Question propositionnelle)

M209: *quand vous avez refait les deux crises vous avez changé la dose du keppra ?* (Question propositionnelle)

M214: *donc les deux crises n'ont pas induit de changement ?* (Question propositionnelle posée à la forme négative)

M216: *ok donc deux crises juste avant la biopsie juste avant, et la biopsie a été faite le ?* (Question catégorielle)

M219: *biopsie le 7 euh 07 oui et puis depuis rien du tout hein ?* (Question propositionnelle posée à la forme négative)

- La situation actuelle sur le plan symptomatique

Exemples :

M221: *et depuis votre sortie y a pas eu de choses nouvelles, vous n'avez pas le sentiment que la biopsie a aggravé ?* (Question propositionnelle posée à la forme négative)

M223: *soit la maladie soit la stabilité ?* (Question propositionnelle disjonctive)

M225: *dans la vie de tous les jours c'est ?* (Question catégorielle)

M231: *recupérer ça veut dire quoi ? {...}* (Question catégorielle)

M231 : {...} *Ca veut dire que vous êtes capable de la marche ?* (Question propositionnelle)

M237: *par contre vous n'avez rien récupéré au niveau spontané des membres supérieurs ?* (Question propositionnelle posée à la forme négative)

M241: *ça avant la biopsie c'était pas possible ?* (Question propositionnelle posée à la forme négative)

M255: *et la vision y a pas d'altération ?* (Question propositionnelle posée à la forme négative)

M257: *je crois pas qu'y ait d'altération du champ visuel par contre la netteté de la vision vous dites que c'est moins bon qu'avant ?* (Question propositionnelle)

* **Questions en lien avec l'explication de la maladie, les traitements et leurs effets:**

De M266 à M353 le médecin se lance dans l'explication de la situation actuelle en s'appuyant sur l'imagerie. (M266: [...] *là vous imaginez que vous êtes couché sur le dos*). L'abondance de références à l'imagerie permet une prise de conscience de la réalité en concrétisant la maladie, en permettant au patient de l'approprier (Cf. Acte I, Scène I, III.2.4).

Si nous analysons plus finement cette séquence, nous pouvons observer que les questions ont plusieurs fonctions. Elles peuvent ainsi :

- S'assurer que le patient comprend les informations données. Elles recherchent le back-channel :

M270: *d'accord ?* (Question propositionnelle) *Donc la lésion elle est située vraiment dans la région frontale nous ce qu'on appelle la région centrale juste en avant du sillon central [...] donc la lésion elle est là sur plusieurs coupes alors voilà je montre progressivement là là là là et là, d'accord ?* (Question propositionnelle fonction de back-channel)

M308: *d'accord ?* (Question propositionnelle fonction de back-channel) *Alors globalement la chimiothérapie elle est plutôt bien tolérée, ça peut donner au début des sensations de nausée, vomissement c'est vraiment très très rare et de toute façon nous vous donnons un traitement pour empêcher ces nausées ou ces vomissements.*

M322: *hum c'est pas très important le plus important c'est les deux choses, c'est la fatigue c'est quand même un peu fatigant et c'est le cas échéant l'aggravation transitoire des symptômes mais c'est attendu on le sait et quand c'est le cas c'est habituellement réversible quand on augmente les doses de cortisone. D'accord ?* (Question propositionnelle fonction de back-channel)

M326: *donc premier temps radio chimiothérapie concomitantes, d'accord ?* (Question propositionnelle fonction de back-channel)

- Donner un rythme à l'argumentation en généralisant le questionnement et ainsi situer la situation. On

trouve ici une forme rhétorique de questionnement qui consiste à énoncer à voix haute une question posée à soi-même accompagnée de la réponse. Le médecin se fait le porte-parole d'un quidam qui poserait la question dont il détient la réponse :

M278: *alors souvent quand ça capte pas ça veut dire que c'est un peu moins agressif, la tumeur elle est étendue dans le sens de la hauteur, y a des zones qui sont un petit peu plus agressives et des zones qui sont un petit moins agressives, voilà. Donc ça c'est la base, c'est ça qu'on a biopsié. Alors on a reçu les résultats par fax, je n'ai pas eu le pathologiste d'habitude j'aime bien en discuter avec lui mais je les ai pas eus, J.M.V le pathologiste et la conclusion c'est glioblastome. Maintenant, je vous explique à quoi correspond un glioblastome, comment ça évolue si on fait pas de traitement, les différentes modalités de traitement possibles et puis ensuite je répondrai à vos questions si y a des choses que vous souhaitez qu'on précise. Alors, glioblastome ça confirme, en fait ça nous va bien en fait c'est corrélé, ça nous semble bien corrélé avec la présentation radiologique. Ça confirme que, un, c'est bien une tumeur, premier point, deuxième point que cette tumeur est une tumeur primitive du cerveau, c'est pas la métastase cérébrale d'un cancer que vous auriez ailleurs, c'est une tumeur qui s'est développée directement au niveau du cerveau deuxième point. Troisième point, est-ce qu'on sait d'où est venue cette tumeur-là ? (Question propositionnelle posée à soi-même accompagnée de la réponse)*

{...}

M280: *[...] autour des neurones y a d'autres cellules la tumeur...une tumeur c'est quoi ? (Question catégorielle posée à soi-même accompagnée de la réponse) C'est des cellules qui se multiplient sans contrôle [...] ça fait partie dans les astrocytomes des tumeurs les plus agressives, ça signifie quoi? (Question catégorielle posée à soi-même accompagnée de la réponse) Un grade 4 ça veut dire [...] qu'est-ce qu'il se passe si on fait pas de traitement ? [...] (Question catégorielle posée à soi-même accompagnée de la réponse)*

M284: *[...] comment pratiquement ou qu'est-ce que pratiquement on peut vous proposer ? {...} (Question catégorielle posée à soi-même accompagnée de la réponse)*

M345: *5 jours par mois au décours de la radio-chimiothérapie, c'est la même sauf que les doses sont un peu plus importantes, en gros c'est des doses entre 2 et 3 fois supérieures aux doses que vous prenez pendant la radiothérapie mais juste 5 jours par mois. Et enfin, dernière chose c'est que dans ce suivi post-radio-chimiothérapie régulièrement comment on fait pour suivre l'évolution de la tumeur ? (Question catégorielle posée à soi-même accompagnée de la réponse) c'est difficile*

simplement en vous examinant

- Inclure le patient dans l'échange en le sollicitant

M278: [...] je ne sais pas si vous en avez déjà entendu parler ? (Question propositionnelle posée à la forme interrogative)

M284 : {...} Alors on est dans une période de transition où on traite pas les patients encore comme on les traitait y a 5 ans c'est vraiment y a pas pour toutes les tumeurs y a pas autant de changement. Pour cette entité tumorale là on est dans une période vraiment où on est en train de changer les stratégies de traitement. Alors, au jour d'aujourd'hui... ça va ? (Question propositionnelle fonction de back-channel)

Il va ensuite aborder les aspects pratiques déterminant l'option thérapeutique :

M353: et on fait une IRM tous les deux mois. [...] c'est vos antécédents coronariens, d'ailleurs je sais même pas si le fait d'avoir été opéré, une prise en charge pour infarctus avec un stent, vous avez refait une coronarographie de contrôle, non ? (Question propositionnelle demande de confirmation)

M357: et c'était tout bien ? {...} Question propositionnelle demande de confirmation)

M371: oui ? (Question propositionnelle demande de confirmation)

M377: je l'ai pas noté tout à l'heure le traitement pour la phlébite, c'était quoi (Question catégorielle)

M395 : y'a pas d'soucis le diagnostic de la phlébite c'était quand ? (Question catégorielle)

M399 : euh c'est depuis quand le traitement de la phlébite ? (Question catégorielle)

M406 : avant la biopsie ? (Question propositionnelle)

M409 : parce que comment on l'a découverte la phlébite ? (Question catégorielle)

M412 : des douleurs sur le mollet ? (Question propositionnelle)

M414 : mais c'était avant que vous fassiez les clonies non ? (Question propositionnelle)

M419 : à Freyming dont vous m'avez parlé le 25 mai ? (Question propositionnelle)

M430 : pour un écho-doppler de contrôle ? (Question propositionnelle)

Lors de l'entretien, le médecin va interroger une fois l'infirmière sur un aspect purement pratique.

M357: [...] *les antécédents ne doivent pas être une contre-indication, t'as pas pris le, la pochette, là tu l'as pas ?* (Question propositionnelle posée à la forme négative)

Enfin, en réagissant sur un mode interrogatif à une remarque formulée par le patient, le médecin montre qu'il fait preuve d'une écoute active lors de cet entretien :

P370: *c'est un héritage familial chez nous hein*

M371: *oui ?* (Question propositionnelle demande de confirmation)

* **Questions en lien avec le vécu du patient:**

Les questions portent sur des aspects pratiques, en particulier :

- sur le traitement actuel

M471 : *hum Là on n'a pas renoté non plus j'avais pas noté l'Arsitral j'avais pas noté non plus la cortisone euh vous avez quand même le médrol 100 vous vous l'avez continué en partant?* (Question propositionnelle)

M483 : vous l'avez pas arrêté ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)

- sur le passage dans le secteur hospitalier

M561 : la qualité ou la quantité ? (Question propositionnelle disjonctive)

- Le choix du centre de radiothérapie pour le traitement futur

M596 : alors on n'a pas parlé du précis de la radiothérapie sur Metz y'a deux endroits c'est Bonsecours et Claude Bernard c'est les deux

P597 : Claude Bernard j' préfère

M598 : plutôt ? (Question propositionnelle)

Après avoir donné une quantité importante d'informations en un temps relativement court le médecin cherche à s'assurer de la bonne compréhension du patient :

M594 : globalement sur le plan des explications est-ce que ça va ? (Question propositionnelle fonction de back-channel)

b – Le patient (P)

Toutes les questions formulées par le patient sauf une sont adressées au médecin, ce qui pourrait démontrer son souhait d'être en adéquation parfaite avec ce dernier afin de comprendre au mieux les informations transmises sur sa situation personnelle.

Si la plupart des questions concerne l'explication de la maladie, les traitements et leurs effets, il est davantage intéressant d'analyser les questions formulées par le patient sous un angle plus large. Il va ainsi :

- S'assurer d'avoir compris correctement la requête du médecin pour y apporter une réponse adaptée, demande de confirmation, de précision ou de complémentation :

P15: des grosses anesthésies ? (Question propositionnelle)

P62: comment ? (Question catégorielle)

P135: ah le 25 mai ? (Question propositionnelle)

P472 : le quoi? (Question catégorielle)

- Obtenir un complément ou une précision d'information :

P287: les deux en même temps ? (Question propositionnelle)

P293: faudra que je vienne tous les jours ici à Nancy ? (Question propositionnelle)

P314: voir si j'ai des gamma GT ? (rire) (Question propositionnelle)

P472 : le quoi? (Question catégorielle)

P538 : je sais pas si ça vient du tabac à chiquer ou quoi ? (Question catégorielle)

P540 : la nicotine ou quoi ? (Question catégorielle)

- Obtenir une information nouvelle :

P309: est-ce que j'ai droit à mon verre de vin en mangeant ? (Question propositionnelle)

P330: et tout pour les bons de transport c'est le médecin traitant qui fait ça ? (Question propositionnelle)

P447 : la rééducation à propos de la rééducation comment ça se passe ? (Question catégorielle)

- Résumer et éclaircir la situation

P336: bénin et malin, alors moi finalement c'est quoi? (Question catégorielle) C'est le malin que j'ai ? (Question propositionnelle)

P494 : en gros le traitement c'est trois mois quatre mois ? (Question propositionnelle disjonctive)

- Indirectement formuler un souhait sous forme directive:

P435 : mais pas d'hospitalisation hein ? (Question propositionnelle demande de confirmation)

Le patient fait à une reprise une introspection pour tenter de répondre au médecin :

P379: maintenant qu'est-ce que j'ai ? Previs... (Question catégorielle)

c – L'épouse (E)

* **Questions en lien avec l'avant-maladie:**

Aucune question de l'épouse n'est en lien avec ce thème.

* **Questions en lien avec l'entrée dans la maladie:**

Aucune question de l'épouse n'est en lien avec ce thème.

* **Questions en lien avec le début de la prise en charge et la situation clinique actuelle:**

Aucune question de l'épouse n'est en lien avec ce thème.

* **Questions en lien avec l'explication de la maladie, les traitements et leurs effets:**

L'épouse va à travers une question émettre une surprise quant à une remise en cause de sa connaissance du traitement de son mari, montrant ainsi à la fois son investissement dans la gestion des médicaments mais également la difficulté pour les proches de comprendre et bien suivre des aspects non familiaux :

P381 : oui ça doit être ça oui en 7 et demi le previscan

M382 : non

I383: non

E384 : non ? (Question propositionnelle demande de confirmation)

Ensuite, l'épouse attend par sa question une confirmation du bien-fondé de son geste :

E394 : je reprends l'ordonnance la photocopie ça doit être noté là-dessus parce qu'ils prennent juste une photocopie moi j'garde tout

M395 : *y'a pas d'soucis le diagnostic de la phlébite c'était quand ?*

E396 : c'est bon ? (Question propositionnelle demande de confirmation)

M397 : *oui c'est bon c'est bon laissez le moi sorti quand j'écrirai la lettre je vous l'rendrai tout à l'heure*

Enfin, elle encourage son mari à poser lui-même une question au médecin et débute alors elle-même la question au médecin :

E446 : *d'accord bon maintenant t'as une question à poser aussi au sujet de la rééducation il a pas besoin... ?* (Question propositionnelle)

* **Questions en lien avec le vécu du patient:**

Aucune question de l'épouse n'est en lien avec ce thème.

d – L'infirmière (I)

* **Questions en lien avec l'avant-maladie:**

Aucune question de l'infirmière n'est en lien avec ce thème.

* **Questions en lien avec l'entrée dans la maladie:**

Aucune question de l'infirmière n'est en lien avec ce thème.

* **Questions en lien avec le début de la prise en charge et la situation clinique actuelle:**

Aucune question de l'infirmière n'est en lien avec ce thème.

* **Questions en lien avec l'explication de la maladie, les traitements et leurs effets:**

L'infirmière s'informe des traitements pris par le patient:

I378: *vous avez du previscan non ?* (Question propositionnelle demande de confirmation)

I386 : euh Plavix ? (Question propositionnelle demande de confirmation)

* **Questions en lien avec le vécu du patient:**

Elle cherche à :

- proposer une réponse à un besoin du patient :

I529 : vous revoulez des patchs ? (Question propositionnelle)

- obtenir une précision concernant une information nouvelle :

E565 : parce que il était sans sel

I566 : ah vous étiez ? (Question propositionnelle demande de confirmation)

En outre, elle formule une question au médecin pour obtenir une information:

I539 : ça agit pas sur le poumon si je me trompe pas? (Question propositionnelle demande de confirmation)

II – ANALYSE SEMANTIQUE

A – Analyse automatique ALCESTE

Cette analyse vient comme complément pour conforter une analyse thématique réalisée par une étude analytique de la consultation d'annonce présentée précédemment.

1 – Thème 1 : L'avant-maladie (M0 – P73)

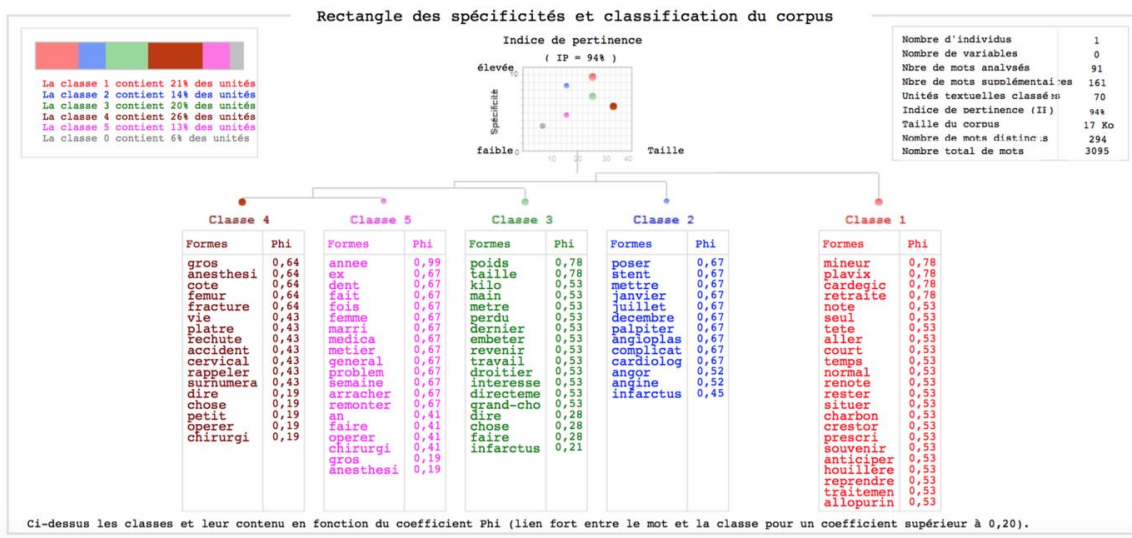
6% de l'entretien n'ont pas été retenus par le logiciel. La **classe 1** se détache des autres classes et concerne 21% du discours. Elle aborde les traitements et la situation socioprofessionnelle du patient. La **classe 4** comprend ¼ du discours (26%) et s'intéresse plus spécifiquement aux antécédents chirurgicaux, alors que la **classe 5** à laquelle elle est liée contient 13% du discours et s'intéresse plus particulièrement aux autres antécédents récents (arracher, dent, foie, ...). La **classe 3** (20%) est liée aux deux classes précédentes et concerne les caractéristiques personnelles du patient (poids, taille, ...). Enfin, la **classe 2**, avec seulement 14% du discours, traite des antécédents cardiaques et est reliée aux classes 3, 4 et 5.

Rapport de synthèse

Texte analysé : theme1A2 Vendredi 08 Mai 2015 à 14 h 35

Le corpus theme1A2 a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste en utilisant un paramétrage standard où les valeurs des paramètres sont prédéfinies en fonction de la taille du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, effectue deux classifications successives.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 94% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 6% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 5 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorisée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 21% des unités textuelles classées (soit 21% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que mineur, plavix, cardégic, retraite, note, seul. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 14% des unités textuelles classées (soit 14% du corpus initial) ses mots significatifs sont poser, stent, mettre, janvier, juillet, decembre. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 21% des unités textuelles classées (soit 20% du corpus initial) ses mots significatifs sont poids, taille, kilo, main, metre, perdu, puis de la classe 4 qui représente 30% des unités textuelles classées (soit 26% du corpus initial) marquée par les mots gros, anesthésier, cote, femur, fracture, vie, puis de la classe 5 qui représente 14% des unités textuelles classées (soit 13% du corpus initial) marquée par les mots annee, ex, dent, fait.



Classe n°3

Cette classe est constituée de 15 unités textuelles, soit 21% des unités classées. Les Marqueurs d'une intensité, plus, moins, plus et d'époques tel, qu sont les catégories de mots les plus spécifiques cette classe.

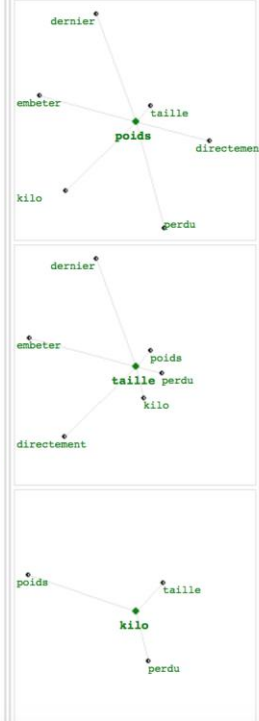
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
poids	0,78	10
taille	0,78	20
ah	0,53	5
on	0,53	5
ta	0,53	5
C64	0,53	5
M63	0,53	5
M66	0,53	5
M68	0,53	5
M70	0,53	5
M72	0,53	5
P62	0,53	5
P65	0,53	5
P67	0,53	5
P69	0,53	5
P71	0,53	5
P73	0,53	5
sur	0,53	5
bien	0,53	5
deux	0,53	5
kilo	0,53	5
main	0,53	5
meme	0,53	5
nous	0,53	5
plus	0,53	5
apres	0,53	5
metre	0,53	5
perdu	0,53	5
comment	0,53	5
dernier	0,53	5
embeter	0,53	5
revenir	0,53	5
travail	0,53	5
droitier	0,53	15
interessar	0,53	5
directement	0,53	5
grand-chose	0,53	5
ouais	0,44	10
c	0,39	4
Mots absents	Phi	Freq.
pas	-0,52	0
ca	-0,45	0
ce	-0,38	0
non	-0,38	0
oui	-0,38	0
avez	-0,38	0
y	-0,37	0
me	-0,37	0
a	-0,33	0

Unités textuelles de la classe 3

c'-est tout bien je peux dire grand-chose, la derniere chose apres je vous embete plus et on revient directement sur ce-qui nous interesse, c'-est votre poids et votre taille P62: comment? M63: votre poids et votre taille C64: ta taille P65: ah j' ai perdu 11 kilos depuis hein M66: ouais? P67: la j' en fais 90 la M68: 90 et la taille? P69: 1 metre 82 M70: 1 82, vous etes droitier? P71: droitier ouais M72: droitier ok P73: les deux mais meme j' travaille M0: 1 infarctus c etait quand? . c'-est tout bien je peux dire grand-chose, la derniere chose apres je vous embete plus et on revient directement sur ce-qui nous interesse, c'-est votre poids et votre taille P62: comment? M63: votre poids et votre taille C64: ta taille P65: ah j' ai perdu 11 kilos depuis hein M66: ouais? P67: la j' en fais 90 la M68: 90 et la taille? P69: 1 metre 82 M70: 1 82, vous etes droitier? P71: droitier ouais M72: droitier ok P73: les deux mais meme j' travaille M0: 1 infarctus c etait quand? . c'-est tout bien je peux dire grand-chose, la derniere chose apres je vous embete plus et on revient directement sur ce-qui nous interesse, c'-est votre poids et votre taille P62: comment? M63: votre poids et votre taille C64: ta taille P65: ah j' ai perdu 11 kilos depuis hein M66: ouais? P67: la j' en fais 90 la M68: 90 et la taille? P69: 1 metre 82 M70: 1 82, vous etes droitier? P71: droitier ouais M72: droitier ok P73: les deux mais meme j' travaille M0: 1 infarctus c etait quand? . c'-est tout bien je peux dire grand-chose, la derniere chose apres je vous embete plus et on revient directement sur ce-qui nous interesse, c'-est votre poids et votre taille P62: comment? M63: votre poids et votre taille C64: ta taille P65: ah j' ai perdu 11 kilos depuis hein M66: ouais? P67: la j' en fais 90 la M68: 90 et la taille? P69: 1 metre 82 M70: 1 82, vous etes droitier? P71: droitier ouais M72: droitier ok P73: les deux mais meme j' travaille .

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°4

Cette classe est constituée de 20 unités textuelles, soit 30% des unités classées. Les Marqueurs d'une modalisation, plus, qu, ne, et les autres mots analysés tels qu, petit, platre, chirurgi sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

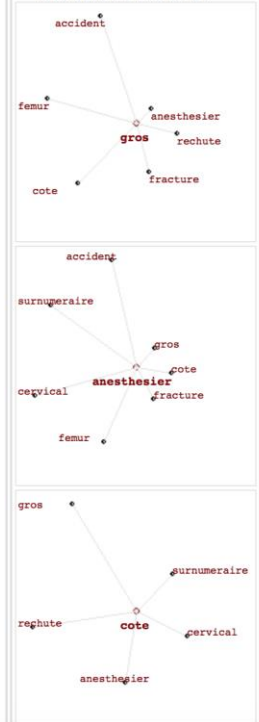
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
gros	0,64	15
anesthésier	0,64	15
cote	0,64	20
femur	0,64	10
fracture	0,64	15
non	0,58	26
autre	0,44	10
avais	0,44	10
ne	0,43	5
C18	0,43	5
M10	0,43	5
M12	0,43	5
M14	0,43	5
M16	0,43	5
M20	0,43	5
M22	0,43	5
M23	0,43	5
M25	0,43	5
M27	0,43	5
P11	0,43	5
P13	0,43	5
P15	0,43	5
P17	0,43	5
P19	0,43	5
P21	0,43	5
P24	0,43	5
P26	0,43	5
eus	0,43	5
moi	0,43	5
vie	0,43	5
mais	0,43	10
celle	0,43	5
P22bis	0,43	5
chaque	0,43	5
platre	0,43	5
rechute	0,43	5
accident	0,43	5
cervical	0,43	5
rappeler	0,43	5
surnumeraire	0,43	5
Mots absents	Phi	Freq.
c-est	-0,47	0
y	-0,45	0
hein	-0,39	0
ouais	-0,39	0
euh	-0,33	0
ce-qu	-0,33	0
d-accord	-0,33	0
ont	-0,31	0
an	-0,25	0

Unités textuelles de la classe 4

P15: des grosses anesthésies? M16: oui P17: non je me rappelle pas C18: moi j' pourrai pas vous le dire parce-que. P19: des petits accidents de la vie que j' ai eus, la la fracture du femur tout ca. . M20: hum P21: mais pas des grosses anesthésies non M22: fracture du femur vous avez ete opere? P22bis: j' avais une fracture M23: mais ca a ete opere ca? . P24: non non non j' avais platre M25: et les cotes c' etait quand? P26: 94 et j' ai rechute en 2000 M27: 94, 2000, et puis, quoi d' autre comme grosse chose? . M10: ok et en-dehors de ca chirurgicalement? P11: que les cotes M12: une cote surnumeraire cervicale? P13: de chaque cote M14: oui oui, et vous n' avez pas eu d' autres anesthésies que celle la? . P15: des grosses anesthésies? M16: oui P17: non je me rappelle pas C18: moi j' pourrai pas vous le dire parce-que. P19: des petits accidents de la vie que j' ai eus, la la fracture du femur tout ca. . M20: hum P21: mais pas des grosses anesthésies non M22: fracture du femur vous avez ete opere? P22bis: j' avais une fracture M23: mais ca a ete opere ca? . P24: non non non j' avais platre M25: et les cotes c' etait quand? P26: 94 et j' ai rechute en 2000 M27: 94, 2000, et puis, quoi d' autre comme grosse chose? . M10: ok et en-dehors de ca chirurgicalement? P11: que les cotes M12: une cote surnumeraire cervicale? P13: de chaque cote M14: oui oui, et vous n' avez pas eu d' autres anesthésies que celle la? . P15: des grosses anesthésies? M16: oui P17: non je me rappelle pas C18: moi j' pourrai pas vous le dire parce-que. P19: des petits accidents de la vie que j' ai eus, la la fracture du femur tout ca. . M20: hum P21: mais pas des grosses anesthésies non M22: fracture du femur vous avez ete opere? P22bis: j' avais une fracture M23: mais ca a ete opere ca? . P24: non non non j' avais platre M25: et les cotes c' etait quand? P26: 94 et j' ai rechute en 2000 M27: 94, 2000, et puis, quoi d' autre comme grosse chose? .

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°5

Cette classe est constituée de 10 unités textuelles, soit 144 des unités classées. Les Noms, les *dent, fois, femme*, et Les Démonstratifs, indéfinis et relatifs tels *que, en, qu, quoi*, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
annee	0,99	10
ex	0,67	5
M29	0,67	5
M31	0,67	5
M33	0,67	5
M35	0,67	5
P28	0,67	5
P30	0,67	5
P32	0,67	5
P34	0,67	5
mon	0,67	5
dans	0,67	5
dent	0,67	5
donc	0,67	5
fait	0,67	5
fois	0,67	5
rien	0,67	5
avant	0,67	10
femme	0,67	5
marri	0,67	5
medica	0,67	5
metier	0,67	5
trente	0,67	5
arriere	0,67	5
general	0,67	5
problem	0,67	5
semaine	0,67	5
arracher	0,67	5
remonter	0,67	5
quand	0,64	10
y	0,56	10
me	0,56	15
ce	0,54	15
en	0,54	10
ca	0,47	20
etait	0,48	15
an	0,41	5
avec	0,41	5
quoi	0,41	5
faire	0,41	5
Mots absents	Phi	Freq.
et	-0,47	0
non	-0,30	0
hum	-0,25	0
vous	-0,19	5
ce-qu	-0,21	0

Unités textuelles de la classe 5

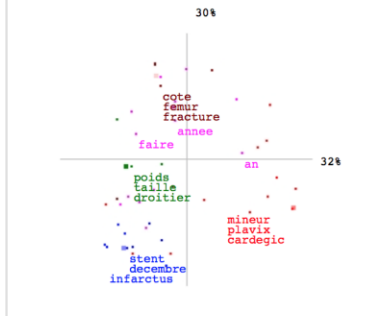
c'-est tout? P28: une **annee** j' ai eu une grosse anesthesie **generale** quand y m' ont arrache 22 **dents** en une **fois**, ca ca remonte c' etait. M29: quand? P30: y a trente ans en arriere M31: c' etait dans les **annees**. ouais, 80? P32: oui j' avais. c' etait la semaine avant que je me fasse operer euh avant que je me **marrie** avec mon **ex femme** M33: d'-accord, ok donc ca chirurgie **medicalement** P34: j' ai pas de probleme M35: rien d' autre que ca hein, comme **metier** vous avez **fait** quoi? c'-est tout? P28: une **annee** j' ai eu une grosse anesthesie **generale** quand y m' ont arrache 22 **dents** en une **fois**, ca ca remonte c' etait. M29: quand? P30: y a trente ans en arriere M31: c' etait dans les **annees**. ouais, 80? P32: oui j' avais. c' etait la semaine avant que je me fasse operer euh avant que je me **marrie** avec mon **ex femme** M33: d'-accord, ok donc ca chirurgie **medicalement** P34: j' ai pas de probleme M35: rien d' autre que ca hein, comme **metier** vous avez **fait** quoi? c'-est tout? P28: une **annee** j' ai eu une grosse anesthesie **generale** quand y m' ont arrache 22 **dents** en une **fois**, ca ca remonte c' etait. M29: quand? P30: y a trente ans en arriere M31: c' etait dans les **annees**. ouais, 80? P32: oui j' avais. c' etait la semaine avant que je me fasse operer euh avant que je me **marrie** avec mon **ex femme** M33: d'-accord, ok donc ca chirurgie **medicalement** P34: j' ai pas de probleme M35: rien d' autre que ca hein, comme **metier** vous avez **fait** quoi? c'-est tout? P28: une **annee** j' ai eu une grosse anesthesie **generale** quand y m' ont arrache 22 **dents** en une **fois**, ca ca remonte c' etait. M29: quand? P30: y a trente ans en arriere M31: c' etait dans les **annees**. ouais, 80? P32: oui j' avais. c' etait la semaine avant que je me fasse operer euh avant que je me **marrie** avec mon **ex femme** M33: d'-accord, ok donc ca chirurgie **medicalement** P34: j' ai pas de probleme M35: rien d' autre que ca hein, comme **metier** vous avez **fait** quoi?

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la c.asse

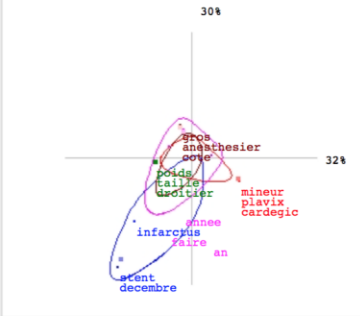
Analyse factorielle en corrélations



Statistique des formes

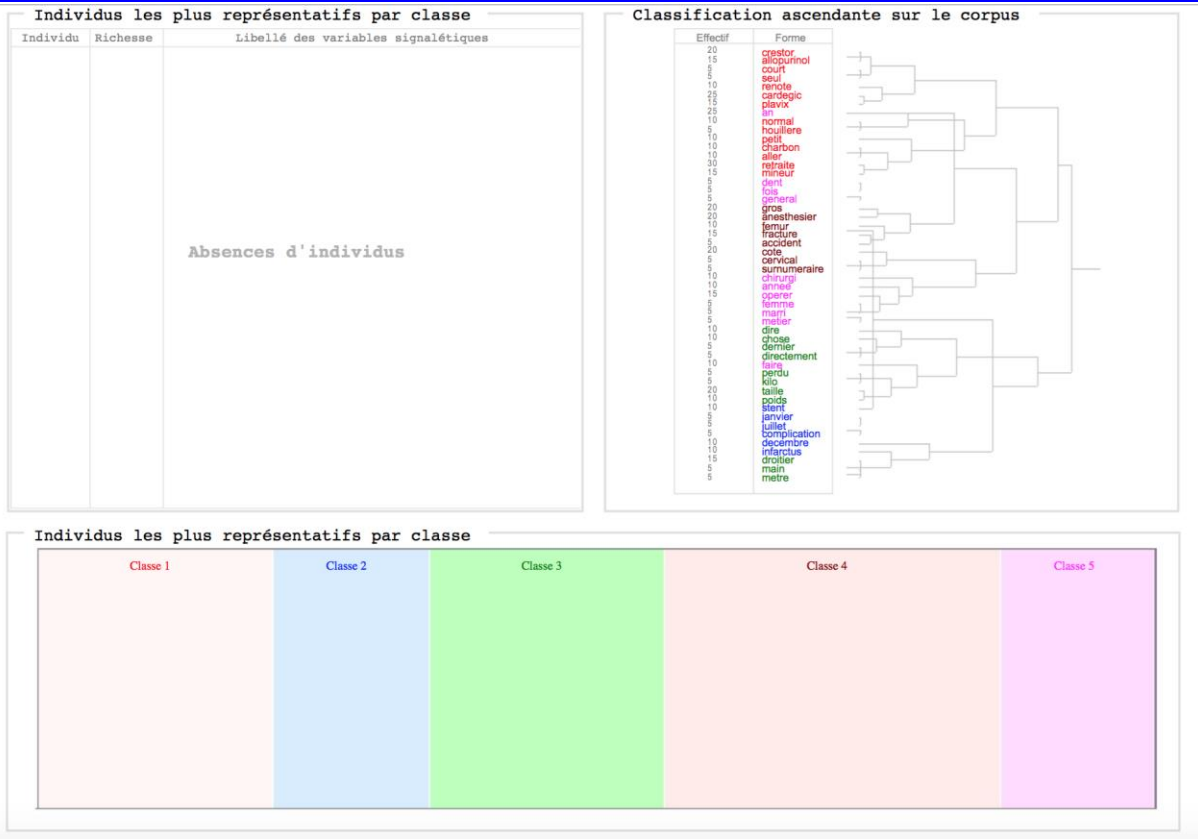
Libellé	Total
Nombre total de mots du corpus	3095
Effectif moyen d'un mot	10
Nombre de mots analysés	815
Verbes	140
Adjectifs et adverbes	115
Noms communs	285
Autres	275
Nombre de mots non analysés	1830
Articles	290
Pronoms	295
Auxiliaires	220
Autres	1025
Richesse du vocabulaire (RV)	38 %

Analyse factorielle en coordonnées



Extrait du dictionnaire du corpus

Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq
retraite	30	ex	5	vie	5	dent	5	fait	5	fois	5	kilo	5
an	25	vie	5	dent	5	fait	5	fois	5	kilo	5	main	5
cardegic	25	note	5	seul	5	soir	5	tete	5	angor	5	court	5
cote	20	note	5	seul	5	soir	5	tete	5	angor	5	court	5
gros	20	soir	5	tete	5	angor	5	court	5	femme	5	marri	5
taille	20	soir	5	tete	5	angor	5	court	5	marri	5	matin	5
crestor	20	tete	5	angor	5	court	5	femme	5	matin	5	metre	5
anesthesier	20	angor	5	court	5	femme	5	matin	5	metre	5	perdu	5
mineur	15	court	5	femme	5	matin	5	metre	5	perdu	5	poser	5
operer	15	femme	5	matin	5	metre	5	perdu	5	poser	5	temps	5
plavix	15	matin	5	metre	5	perdu	5	poser	5	temps	5	angine	5
droitier	15	metre	5	perdu	5	poser	5	temps	5	angine	5	keppra	5
fracture	15	perdu	5	poser	5	temps	5	angine	5	keppra	5	medica	5
allopurinol	15	poser	5	temps	5	angine	5	keppra	5	medica	5	metier	5
dire	10	temps	5	angine	5	keppra	5	medica	5	metier	5	mettre	5
jour	10	angine	5	keppra	5	medica	5	metier	5	mettre	5	platre	5
aller	10	keppra	5	medica	5	metier	5	mettre	5	platre	5	rester	5
annee	10	medica	5	metier	5	mettre	5	platre	5	rester	5	situer	5
chose	10	metier	5	mettre	5	platre	5	rester	5	situer	5	dernier	5
faire	10	mettre	5	platre	5	rester	5	situer	5	dernier	5	embeter	5
femur	10	platre	5	rester	5	situer	5	dernier	5	embeter	5		
petit	10	rester	5	situer	5	dernier	5	embeter	5				
chirurgi	10	situer	5	dernier	5	embeter	5						
decembre	10	dernier	5	embeter	5								
infarctus	10	embeter	5										



2 – L'entrée dans la maladie (M74 - M179)

11% du corpus ont été rejetés de l'analyse par le logiciel. La **classe 1** (23%) est isolée et s'intéresse à la déclaration de la maladie La **classe 2**, avec 26% du discours, concerne la perception physique. Elle est liée à la **classe 3** (22%) qui concerne la réaction face aux troubles et à la **classe 4**, avec 18% du corpus, qui traite des troubles physiques.

Rapport de synthèse

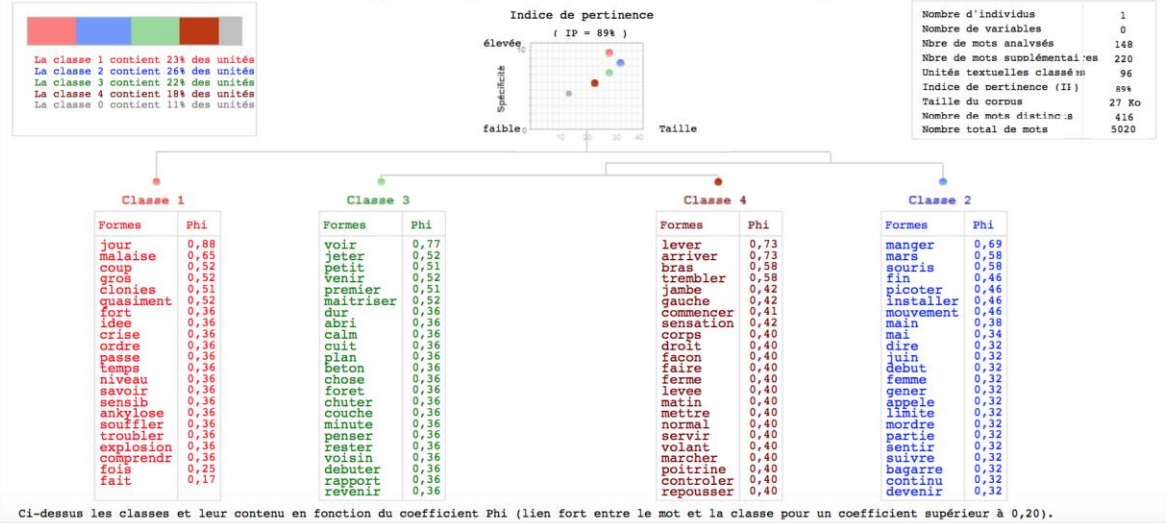
Vendredi 08 Mai 2015 à 14 h 40

Texte analysé : theme2a2

Le corpus theme2a2 a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 89% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 11% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 4 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et coloriée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 23% des unités textuelles classées (soit 23% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **jour, malaise, coup, gros, clonies, quasiment**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 29% des unités textuelles classées (soit 26% du corpus initial) ses mots significatifs sont **manger, mars, souris, fin, picoter, installer**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 25% des unités textuelles classées (soit 22% du corpus initial) ses mots significatifs sont **voir, jeter, petit, venir, premier, maîtriser**. Puis de la classe 4 qui représente 21% des unités textuelles classées (soit 18% du corpus initial) marquée par les mots **lever, arriver, bras, trembler, jambe, gauche**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.

Rectangle des spécificités et classification du corpus



Classe n°1
 Cette classe est formée de 24 unités textuelles, soit 25% des unités classées. Les Marqueurs d'une modalisation **un peu, un d'accord, oui, pas**, et les autres mots analysés tels **finir, passer, petit, sensib, explosio** sont les catégories de mots sur-représentés dans cette classe.

Mots présents	Phi	Freq.
jour	0,88	32
malaise	0,65	16
avant	0,55	24
coup	0,52	8
gros	0,52	12
juste	0,51	12
clonies	0,51	12
a-la-fois	0,52	12
quasiment	0,52	8
ce	0,48	52
était	0,44	48
M91	0,36	4
M93	0,36	4
P90	0,36	4
P92	0,36	4
M101	0,36	4
M132	0,36	4
M134	0,36	4
M159	0,36	4
M161	0,36	4
M163	0,36	4
M165	0,36	4
M167	0,36	4
M169	0,36	4
M171	0,36	4
P100	0,36	4
P131	0,36	4
P133	0,36	4
P135	0,36	4
P158	0,36	4
P160	0,36	4
P162	0,36	4
P164	0,36	4
P166	0,36	4
P168	0,36	4
P170	0,36	4
P172	0,36	4
fort	0,36	4
idée	0,36	4
même	0,36	8
Mots absents	Phi	Freq.
ca	-0,48	4
main	-0,48	0
c-est	-0,48	0
me	-0,44	0
et	-0,33	12
dire	-0,33	0
elle	-0,33	0
commencer	-0,33	0
qu	-0,29	4

Unités textuelles de la classe 1

P90: ca a explosé oui M91: hum y a deux mois donc, **clonies** et c' était quand tous les **jours quasiment**, plusieurs fois par **jour**? P92: non non c' était une fois de temps en temps, c' était une fois tous les 2 3 **jours** M93: et alors? et l' ankylose c' était quand alors pour avoir un **ordre d' idée**? P100: c' était a peu pres, souffle, 15 **jours** avant avant avant le **gros malaise** M101: et le **gros malaise** c' était le? . c' était aussi la jambe? P131: non non M132: pas la jambe? P133: la jambe c' était juste le **jour** ou j' ai fait le **malaise** au niveau de la jambe j' avais jamais rien avant M134: la je voudrais savoir ce-que il s' est passé le 25 mai P135: ah le 25 mai? . P158: c' était la première fois que j' avais la sensation la M159: le meme **jour** ou? P160: le meme **jour** que j' ai fait la **crise** M161: d'-accord vous aviez a-la-fois les **clonies** tres **fortes** plus ces sensations? . je comprends mieux je comprends mieux avant c' était juste les a **coups** et ce **jour** la y a le **gros malaise** avec a-la-fois les troubles de la sensibilité a-la-fois les **clonies** ok P172: P90: ca a explosé oui M91: hum y a deux mois donc, **clonies** et c' était quand tous les **jours quasiment**, plusieurs fois par **jour**? P92: non non c' était une fois de temps en temps, c' était une fois tous les 2 3 **jours** M93: et alors? et l' ankylose c' était quand alors pour avoir un **ordre d' idée**? P100: c' était a peu pres, souffle, 15 **jours** avant avant avant le **gros malaise** M101: et le **gros malaise** c' était le? . c' était aussi la jambe? P131: non non M132: pas la jambe? P133: la jambe c' était juste le **jour** ou j' ai fait le **malaise** au niveau de la jambe j' avais jamais rien avant M134: la je voudrais savoir ce-que il s' est passé le 25 mai P135: ah le 25 mai? . P158: c' était la première fois que j' avais la sensation la M159: le meme **jour** ou? P160: le meme **jour** que j' ai fait la **crise** M161: d'-accord vous aviez a-la-fois les **clonies** tres **fortes** plus ces sensations? . je comprends mieux je comprends mieux avant c' était juste les a **coups** et ce **jour** la y a le **gros malaise** avec a-la-fois les troubles de la sensibilité a-la-fois les **clonies** ok P172: P90: ca a explosé oui M91: hum y a deux mois donc, **clonies** et c' était quand tous les **jours quasiment**, plusieurs fois par **jour**? P92: non non c' était une fois de temps en temps, c' était une fois tous les 2 3 **jours** M93: et alors? et l' ankylose c' était quand alors pour avoir un **ordre d' idée**? P100: c' était a peu pres, souffle, 15 **jours** avant avant avant le **gros malaise** M101: et le **gros malaise** c' était le? . c' était aussi la jambe? P131: non non M132: pas la jambe? P133: la jambe c' était juste le **jour** ou j' ai fait le **malaise** au niveau de la jambe j' avais jamais rien avant M134: la je voudrais savoir ce-que il s' est passé le 25 mai P135: ah le 25 mai? . P158: c' était la première fois que j' avais la sensation la M159: le meme **jour** ou? P160: le meme **jour** que j' ai fait la **crise** M161: d'-accord vous aviez a-la-fois les **clonies** tres **fortes** plus ces sensations? . je comprends mieux je comprends mieux avant c' était juste les a **coups** et ce **jour** la y a le **gros malaise** avec a-la-fois les troubles de la sensibilité a-la-fois les **clonies** ok P172:

Proximité de mots

Classe n°2

Cette classe est formée de 28 unités textuelles, soit 29% des unités classées. Les indicateurs de jours et de mais, mais, quand, et les Marqueurs de la personne tels je, me, elle, se, moi, sont les catégories de mots sur-représentés dans cette classe.

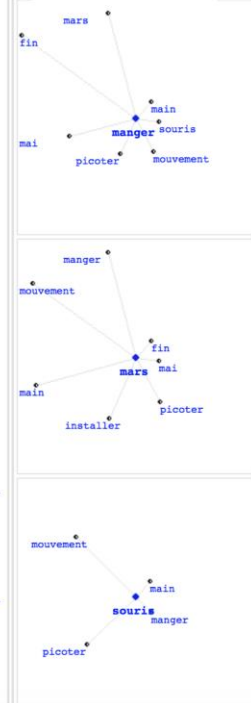
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
manger	0,69	16
mars	0,58	16
souris	0,58	20
elle	0,47	28
fin	0,46	12
picoter	0,46	12
installer	0,46	8
mouvement	0,46	8
me	0,44	32
main	0,38	28
mai	0,34	24
S	0,32	4
M95	0,32	4
M97	0,32	4
M99	0,32	4
P94	0,32	4
P96	0,32	4
P98	0,32	4
lui	0,32	4
C104	0,32	4
C108	0,32	4
C122	0,32	4
M103	0,32	4
M106	0,32	4
M114	0,32	4
M116	0,32	4
M120	0,32	4
M124	0,32	4
M155	0,32	4
M157	0,32	4
M179	0,32	4
P102	0,32	4
P105	0,32	4
P107	0,32	4
P109	0,32	4
P115	0,32	4
P117	0,32	4
P119	0,32	4
P121	0,32	4
P123	0,32	4
Mots absents	Phi	Freq.
a	-0,59	8
ou	-0,32	0
Jour	-0,32	0
suis	-0,28	0
voir	-0,28	0
avais	-0,28	0
juste	-0,28	0
petit	-0,28	0
moment	-0,28	0

Unités textuelles de la classe 2

P94: et apres c'-est devenu un peu plus repetitif M95: hum hum donc c'-est de-plus-en-plus frequent, de-plus-en-plus intense P96: voila M97: et puis en-meme-temps s' installe une lourdeur continue P98: ca commence a s ankyloser oui M99: elle etait accrochee et je tourne avec la main droite elle etait accrochee M114: d'-accord P115: elle suivait seulement M116: tout ca s' est installe entre fin mars et fin mai P117: P121: c' etait une souris qui me mangeait la main, je sentais la souris qui grignotait C122: des grignotements dans la main P123: et elle me mordait, elle me mordait la-dedans, la sentir rentrer dans l' avant-bras c'-est-ce-qui m' a fait hurler a la mort M124: ah mais c'-est ca tres desagregable? hum hum hum P154: parce-que pour moi la main etait mangee M155: hum P156: elle etait partie M157: hum alors donc ca c' etait surtout les mouvements le 25 mai alors quand vous me dites les picotements tres desagregables c' etait c'-est survenu plusieurs fois ces picotements entre fin mars et? P94: et apres c'-est devenu un peu plus repetitif M95: hum hum donc c'-est de-plus-en-plus frequent, de-plus-en-plus intense P96: voila M97: et puis en-meme-temps s' installe une lourdeur continue P98: ca commence a s ankyloser oui M99: elle etait accrochee et je tourne avec la main droite elle etait accrochee M114: d'-accord P115: elle suivait seulement M116: tout ca s' est installe entre fin mars et fin mai P117: P121: c' etait une souris qui me mangeait la main, je sentais la souris qui grignotait C122: des grignotements dans la main P123: et elle me mordait, elle me mordait la-dedans, la sentir rentrer dans l' avant-bras c'-est-ce-qui m' a fait hurler a la mort M124: ah mais c'-est ca tres desagregable? hum hum hum P154: parce-que pour moi la main etait mangee M155: hum P156: elle etait partie M157: hum alors donc ca c' etait surtout les mouvements le 25 mai alors quand vous me dites les picotements tres desagregables c' etait c'-est survenu plusieurs fois ces picotements entre fin mars et? P94: et apres c'-est devenu un peu plus repetitif M95: hum hum donc c'-est de-plus-en-plus frequent, de-plus-en-plus intense P96: voila M97: et puis en-meme-temps s' installe une lourdeur continue P98: ca commence a s ankyloser oui M99: elle etait accrochee et je tourne avec la main droite elle etait accrochee M114: d'-accord P115: elle suivait seulement M116: tout ca s' est installe entre fin mars et fin mai P117: P121: c' etait une souris qui me mangeait la main, je sentais la souris qui grignotait C122: des grignotements dans la main P123: et elle me mordait, elle me mordait la-dedans, la sentir rentrer dans l' avant-bras c'-est-ce-qui m' a fait hurler a la mort M124: ah mais c'-est ca tres desagregable? hum hum hum P154: parce-que pour moi la main etait mangee M155: hum P156: elle etait partie M157: hum alors donc ca c' etait surtout les mouvements le 25 mai alors quand vous me dites les picotements tres desagregables c' etait c'-est survenu plusieurs fois ces picotements entre fin mars et? P94: et apres c'-est devenu un peu plus repetitif M95: hum hum donc c'-est de-plus-en-plus frequent, de-plus-en-plus intense P96: voila M97: et puis en-meme-temps s' installe une lourdeur continue P98: ca commence a s ankyloser oui M99: elle etait accrochee et je tourne avec la main droite elle etait accrochee M114: d'-accord P115: elle suivait seulement M116: tout ca s' est installe entre fin mars et fin mai P117: P121: c' etait une souris qui me mangeait la main, je

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 3

Classe n°3

Cette classe est constituée de 24 unités textuelles, soit 25% des unités classées. Les Nombres etats epudes Démonstratifs, indéfinis et relatifs telegup, c'est, ce, on, sont les catégories de mots les plus spécifiques cette classe.

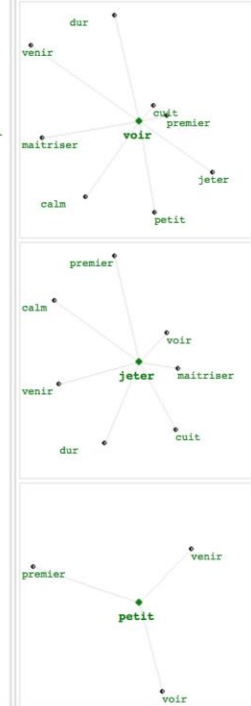
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
voir	0,77	20
peu	0,55	20
on	0,52	8
ete	0,52	8
sur	0,52	8
jeter	0,52	8
petit	0,51	12
venir	0,52	8
premier	0,51	16
je-pense	0,52	16
maitriser	0,52	8
qu	0,48	44
c'est	0,48	32
ou	0,41	16
deux	0,41	12
a	0,37	64
il	0,36	12
ne	0,36	4
si	0,36	4
C83	0,36	4
M75	0,36	4
M85	0,36	4
M87	0,36	4
M89	0,36	4
P84	0,36	4
P86	0,36	4
P88	0,36	4
dur	0,36	4
ehh	0,36	4
mon	0,36	4
C148	0,36	4
M144	0,36	4
M146	0,36	4
M149	0,36	4
M151	0,36	4
M153	0,36	4
P143	0,36	4
P145	0,36	4
P147	0,36	4
P150	0,36	4
Mots absents	Phi	Freq.
elle	-0,33	0
avant	-0,33	0
mai	-0,29	0
Jour	-0,29	0
tres	-0,29	0
se	-0,25	0
moi	-0,25	0
non	-0,25	0
tout	-0,25	0

Unités textuelles de la classe 3

M74: mon collègue, quand vous aviez vu P_B disait que sur le plan neurologique donc je reviens un petit peu a votre histoire, y a eu des secousses de la main gauche avec des fourmillements un peu inhabituels, euh, les premiers, vous a posteriori, les premieres fois, ou vraiment premieres fois ou c'-est apparu c' etait quand? parce-que vous voyez, il dit depuis quelques semaines P74bis: y a deux mois de ca M75: 2 mois vous vous diriez? P143: je me maitrisais plus rien M144: hum hum P145: ca a dure a peu pres 5 7 minutes M146: hum hum P147: c'-est la que j' ai fait deux pas a droite et je me suis carrement jete en-dehors de l' abri de jardin autrement j' aurais ete derriere et si j' avais perdu connaissance j' etais cut C148: oui pour le voir parce-que sinon on ne le voit pas M149: hum hum P150: et je me suis carrement jete sur le beton c'-est la que je-pense que j' ai du me deplacer quelque-chose la M151: hum hum P152: et apres couche par terre je maitrisais plus rien et j' ai hurle a la mort et quand le voisin il est venu ca m' a deja calme un peu ca m' a reconforte et la premiere chose que c' etait c' etait voir ma main ce-que il en restait de ma main M153: mon collègue, quand vous aviez vu P_B disait que sur le plan neurologique donc je reviens un petit peu a votre histoire, y a eu des secousses de la main gauche avec des fourmillements un peu inhabituels, euh, les premiers, vous a posteriori, les premieres fois, ou vraiment premieres fois, ou c'-est apparu c' etait quand? parce-que vous voyez, il dit depuis quelques semaines P74bis: y a deux mois de ca M75: 2 mois vous vous diriez? P143: je me maitrisais plus rien M144: hum hum P145: ca a dure a peu pres 5 7 minutes M146: hum hum P147: c'-est la que j' ai fait deux pas a droite et je me suis carrement jete en-dehors de l' abri de jardin autrement j' aurais ete derriere et si j' avais perdu connaissance j' etais cut C148: oui pour le voir parce-que sinon on ne le voit pas M149: hum hum P150: et je me suis carrement jete sur le beton c'-est la que je-pense que j' ai du me deplacer quelque-chose la M151: hum hum P152: et apres couche par terre je maitrisais plus rien et j' ai hurle a la mort et quand le voisin il est venu ca m' a deja calme un peu ca m' a reconforte et la premiere chose que c' etait c' etait voir ma main ce-que il en restait de ma main

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 4

Classe n° 4

Cette classe est constituée de 20 unités textuelles, soit 218 des unités classées. Les Verbes lever, commencer, trembler, faire et les Marqueurs de la personne tels jeune, moi, elle, ma, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

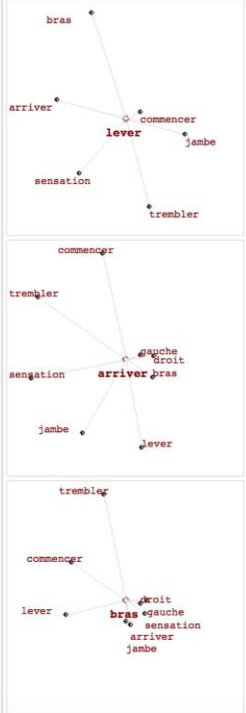
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
lever	0,73	16
arriver	0,73	12
bras	0,58	12
trembler	0,58	8
jambe	0,42	12
gauche	0,42	12
commencer	0,41	24
sensation	0,42	8
c	0,40	4
ben	0,40	4
M10	0,40	4
M12	0,40	4
M18	0,40	4
M136	0,40	4
M140	0,40	4
M142	0,40	4
M173	0,40	4
M175	0,40	4
M177	0,40	4
P111	0,40	4
P113	0,40	4
P137	0,40	4
P139	0,40	4
P141	0,40	4
P174	0,40	4
P176	0,40	4
avez	0,40	4
etre	0,40	4
quoi	0,40	4
corps	0,40	4
droit	0,40	4
facon	0,40	4
faire	0,40	4
ferme	0,40	4
levee	0,40	4
matin	0,40	4
contre	0,40	4
devoir	0,40	4
mettre	0,40	4
Mots absents	Phi	Freq.
ce	-0,60	0
etait	-0,45	4
y	-0,29	0
peu	-0,29	0
ou	-0,26	0
deux	-0,26	0
donc	-0,26	0
fait	-0,26	0
jour	-0,26	0

Unités textuelles de la classe 4

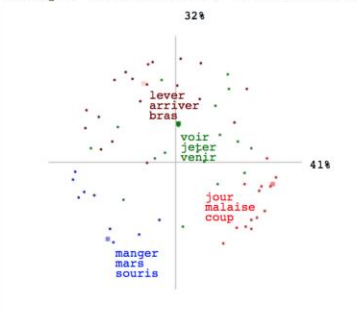
parce-que moi ca faisait un moment que j' etais au volant et j' ai dit je sais pas a quoi sert la main gauche j' arrive plus a rouler avec M10: hum P111: deja la main gauche elle etait au volant M12: oui P113: je marchais et normalement c'-est la jambe gauche et le bras droit en avant ben la j' arrivais plus a synchroniser les bras M18: ok le 25 mai vous avez perdu connaissance? dans le bras M138: une sensation tres desagreable P139: des secousses M140: des secousses, des secousses P141: des secousses et apres quand je me suis leve c'-est rentre carrement dans la jambe et la c est la jambe qui a commence et c'-est tout le corps qui commençait a trembler M142: et de facon ininterrompue pendant. parce-que la main quand elle a commence a trembler elle s' est levee comme ca la main M173: non controlee P174: elle s' est leve elle s' est fermee et elle s' est mis contre la poitrine, j' arrivais plus a l' enlever et moi j' ai je la repoussais ma main M175: hum hum P176: mais la sensation M177: oui ca doit etre tres? parce-que moi ca faisait un moment que j' etais au volant et j' ai dit je sais pas a quoi sert la main gauche j' arrive plus a rouler avec M10: hum P111: deja la main gauche elle etait au volant M12: oui P113: je marchais et normalement c'-est la jambe gauche et le bras droit en avant ben la j' arrivais plus a synchroniser les bras M18: ok le 25 mai vous avez perdu connaissance? dans le bras M138: une sensation tres desagreable P139: des secousses M140: des secousses, des secousses P141: des secousses et apres quand je me suis leve c'-est rentre carrement dans la jambe et la c est la jambe qui a commence et c'-est tout le corps qui commençait a trembler M142: et de facon ininterrompue pendant. parce-que la main quand elle a commence a trembler elle s' est levee comme ca la main M173: non controlee P174: elle s' est leve elle s' est fermee et elle s' est mis contre la poitrine, j' arrivais plus a l' enlever et moi j' ai je la repoussais ma main M175: hum hum P176: mais la sensation M177: oui ca doit etre tres? parce-que moi ca faisait un moment que j' etais au volant et j' ai dit je sais pas a quoi sert la main gauche j' arrive plus a rouler avec M10: hum P111: deja la main gauche elle etait au volant M12: oui P113: je marchais et normalement c'-est la jambe gauche et le bras droit en avant ben la j' arrivais plus a synchroniser les bras M18: ok le 25 mai vous avez perdu connaissance? dans le bras M138: une sensation tres desagreable P139: des secousses M140: des secousses, des secousses P141: des secousses et apres quand je

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

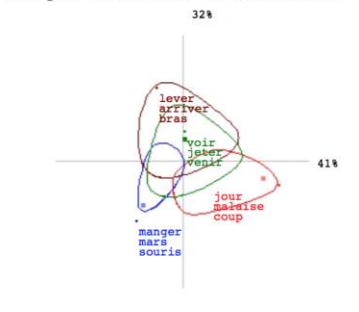
Analyse factorielle en corrélations



Statistique des formes

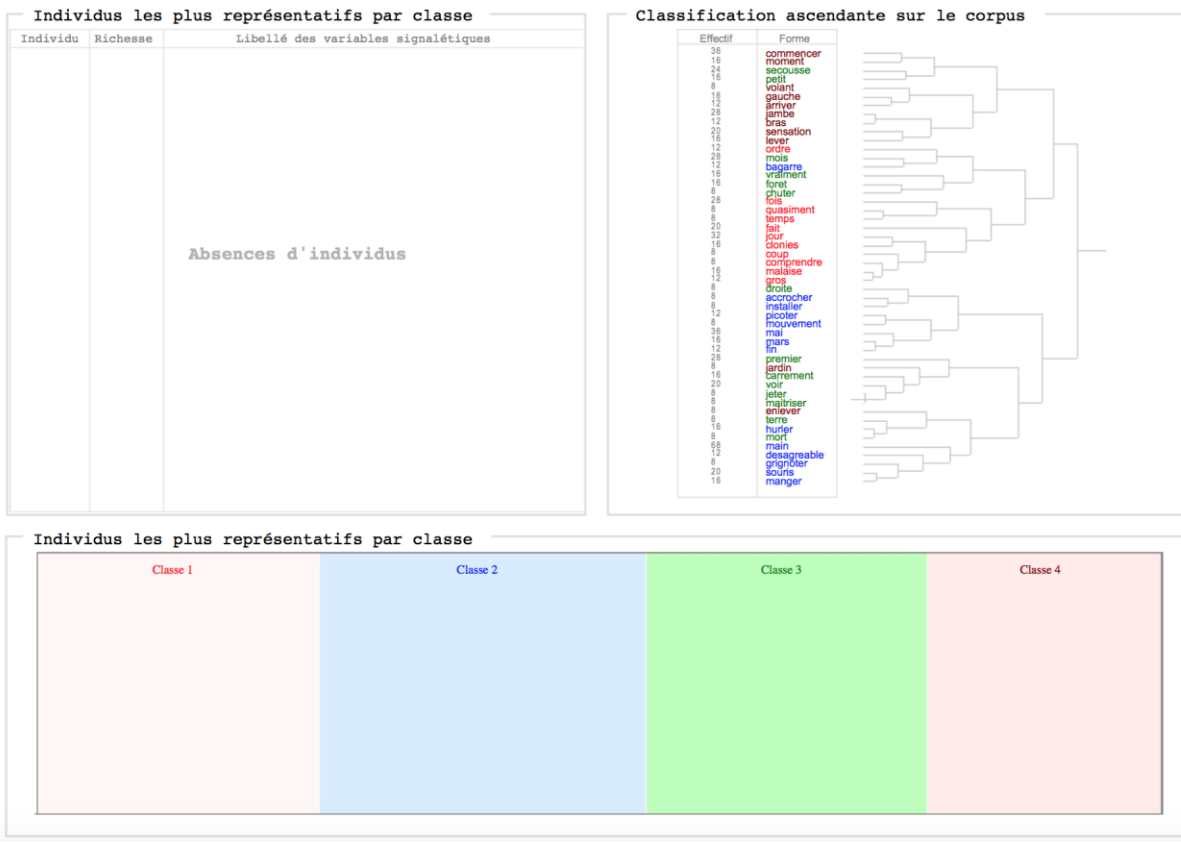
Libellé	Total
Nombre total de mots du corpus	5020
Effectif moyen d'un mot	12
Nombre de mots analysés	1571
Verbes	396
Adjectifs et adverbes	232
Noms communs	588
Autres	355
Nombre de mots non analysés	2794
Articles	476
Pronoms	512
Auxiliaires	336
Autres	1470
Richesse du vocabulaire (RV)	43 %

Analyse factorielle en coordonnées



Extrait du dictionnaire du corpus

Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq
main	68	arriver	12	maitriser	8	appelle	4								
mai	36	bagarre	12	mouvement	8	couche	4								
commencer	36	picoter	12	quasiment	8	limite	4								
jour	32	desagreable	12	comprendre	8	membre	4								
fois	28	connaissance	12	finalemt	8	mettre	4								
mois	28	coup	8	dur	4	minute	4								
jambe	28	mort	8	abri	4	niveau	4								
premier	28	part	8	calm	4	normal	4								
secousse	24	jeter	8	cuit	4	partie	4								
fait	20	temps	8	dire	4	penser	4								
voir	20	terre	8	fort	4	quitte	4								
souris	20	train	8	idee	4	rester	4								
sensation	20	venir	8	juin	4	savoir	4								
mars	16	chuter	8	plan	4	sensib	4								
foret	16	droite	8	beton	4	servir	4								
lever	16	jardin	8	chose	4	suivre	4								
petit	16	keppra	8	corps	4	voisin	4								
gauche	16	mordre	8	crise	4	continu	4								
hurler	16	rouler	8	debut	4	debuter	4								
manger	16	sentir	8	droit	4	devenir	4								
moment	16	volant	8	facon	4	dommage	4								
clonies	16	enlever	8	faire	4	intense	4								
malaise	16	episode	8	femme	4	marcher	4								
vraisement	16	polluer	8	ferme	4	orceau	4								
carrement	16	rentrer	8	gener	4	rapport	4								
fin	12	remettre	8	jeune	4	revenir	4								
bras	12	trembler	8	levee	4	semaine	4								
gros	12	accrocher	8	matin	4	tourner	4								
ordre	12	grignoter	8	melan	4	ankylose	4								
perdu	12	installer	8	passee	4	collegue	4								



3 - Le début de la prise en charge et la situation clinique actuelle (C180 – M257)

L'intégralité du corpus a été analysé par le logiciel. Deux classes ressortent de cette analyse, avec un partage équitable du discours entre elles. Ainsi la **classe 1**, avec 51%, concerne l'évocation des troubles physiques, alors que la **classe 2** (49%) concerne principalement les crises d'épilepsie et l'effet du traitement sur ces dernières.

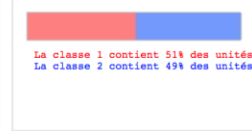
Rapport de synthèse

Texte analysé : theme3a2

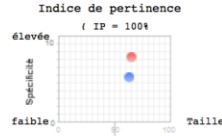
Vendredi 08 Mai 2015 à 14 h 44

Le corpus theme3a2 a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste en utilisant un paramétrage standard où les valeurs des paramètres sont prédéfinies en fonction de la taille du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, effectue deux classifications successives.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 100% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 0% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 2 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 51% des unités textuelles classées (soit 51% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **dire**, **niveau**, **recuperer**, **bras**, **main**, **jambe**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 49% des unités textuelles classées (soit 49% du corpus initial) ses mots significatifs sont **crise**, **keppra**, **dose**, **fait**, **soir**, **faire**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.



Rectangle des spécificités et classification du corpus



Nombre d'individus	1
Nombre de variables	0
Nbre de mots analysés	108
Nbre de mots supplémentaires	174
Unités textuelles classées	57
Indice de pertinence (II)	100%
Taille du corpus	16 Ko
Nombre de mots distincts	306
Nombre total de mots	2996

Classe 1		Classe 2	
Formes	Phi	Formes	Phi
dire	0,50	crise	0,74
niveau	0,50	keppra	0,52
recuperer	0,50	dose	0,41
bras	0,39	fait	0,41
main	0,39	soir	0,41
jambe	0,39	faire	0,41
arriver	0,39	matin	0,41
impression	0,39	prendre	0,41
vie	0,26	juin	0,27
jour	0,26	voir	0,27
ped	0,26	zero	0,27
sens	0,26	debut	0,27
truc	0,26	faite	0,27
chose	0,26	mardi	0,27
doigt	0,26	petit	0,27
droit	0,26	terme	0,27
index	0,26	venir	0,27
passer	0,26	charge	0,27
pouce	0,26	depart	0,27
bouger	0,26	entree	0,27
bruler	0,26	evolue	0,27
fameux	0,26	fourni	0,27
fièvre	0,26	induit	0,27

Ci-dessus les classes et leur contenu en fonction du coefficient Phi (lien fort entre le mot et la classe pour un coefficient supérieur à 0,20).

Classe n°1

Cette classe est formée de 29 unités textuelles, soit 51% des unités classées. Les Noms tels que niveau, bras, fois, main, et les Verbes modaux tels que qu'il dit, savoir, falloit, pouvait sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

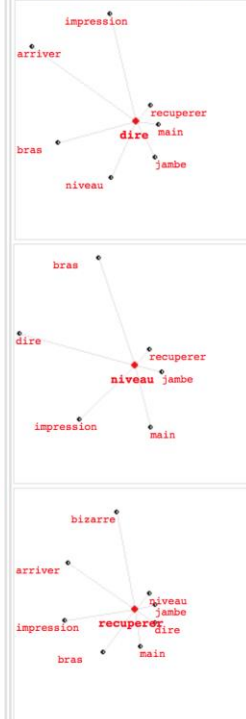
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
hum	0,54	64
dans	0,50	12
dire	0,50	12
mais	0,50	12
niveau	0,50	16
vouloir	0,50	12
recuperer	0,50	20
est	0,39	20
bras	0,39	8
elle	0,39	24
main	0,39	16
jambe	0,39	12
arriver	0,39	8
impression	0,39	8
ma	0,26	12
par	0,26	4
peu	0,26	4
tel	0,26	8
vie	0,26	4
M221	0,26	4
M223	0,26	4
M225	0,26	4
M227	0,26	4
M229	0,26	4
M231	0,26	4
M233	0,26	4
M235	0,26	4
M237	0,26	4
M239	0,26	4
M241	0,26	4
M243	0,26	4
M245	0,26	4
M247	0,26	4
M249	0,26	4
M251	0,26	4
M253	0,26	4
M255	0,26	4
P220	0,26	4
P222	0,26	4
P224	0,26	4
Mots absents	Phi	Freq.
deux	-0,74	0
crise	-0,74	0
en	-0,63	0
ok	-0,63	0
donc	-0,63	0
ete	-0,52	0
puis	-0,52	0
keppra	-0,52	0
a	-0,45	12

Unités textuelles de la classe 1

P220: non M221: et depuis votre sortie y a pas eu de choses nouvelles, vous n'avez pas le sentiment que la biopsie a aggravé? P222: non non M223: soit la maladie soit la stabilité? P224: non non M225: dans la vie de tous les jours c'est-est? . P226: j' ai constamment de la fièvre dans le bras apparemment M227: hum hum P228: elle est brûlante la main et au niveau de la jambe j' ai recupere un peu au niveau de la jambe M229: hum P230: j' ai recupere M231: recuperer ca veut dire quoi? . ca veut dire que vous etes capable de la marche? P232: la marche avant la jambe je fauchais avec le pied devant M233: et la vous avez l' impression P234: je marche presque droit mais M235: hum P236: faut que je M237: par-contre vous n' avez rien recupere au niveau spontane des membres superieurs? maintenant quand je veux bouger les bras c'est comme frankenstein des fameuses trucs electriques dans le mais maintenant qu' on le remarque je peux vous dire exactement par ou ca passe quand je bouge tel ou tel doigt M247: hum hum P248: P220: non M221: et depuis votre sortie y a pas eu de choses nouvelles, vous n' avez pas le sentiment que la biopsie a aggravé? P222: non non M225: dans la vie de tous les jours c'est-est? . P226: j' ai constamment de la fièvre dans le bras apparemment M227: hum hum P228: elle est brûlante la main et au niveau de la jambe j' ai recupere un peu au niveau de la jambe M229: hum P230: j' ai recupere M231: recuperer ca veut dire quoi? . ca veut dire que vous etes capable de la marche? P232: la marche avant la jambe je fauchais avec le pied devant M233: et la vous avez l' impression P234: je marche presque droit mais M235: hum P236: faut que je M237: par-contre vous n' avez rien recupere au niveau spontane des membres superieurs? maintenant quand je veux bouger les bras c'est comme frankenstein des fameuses trucs electriques dans le mais maintenant qu' on le remarque je peux vous dire exactement par ou ca passe quand je bouge tel ou tel doigt M247: hum hum P248: P220: non M221: et depuis votre sortie y a pas eu de choses nouvelles, vous n' avez pas le sentiment que la biopsie a aggravé? P222: non non M223: soit la maladie soit la stabilité? P224: non non M225: dans la vie de tous les jours c'est-est? . P226: j' ai constamment de la fièvre dans le bras apparemment M227: hum hum P228: elle est brûlante la main et au niveau de la jambe j' ai recupere un peu au

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°2

Cette classe est formée de 42 unités textuelles, soit 15% des unités classées. Les indicateurs de couleur **bleu** et **rouge** sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
demandeur	0,50	12
sang	0,43	9
lettre	0,43	15
medecin	0,43	12
tousjours	0,43	15
comme	0,41	21
prise	0,35	9
toutes	0,35	9
traiter	0,35	9
te	0,35	6
bon	0,35	11
aurez	0,35	9
chuter	0,35	6
dicter	0,35	6
double	0,35	9
encore	0,35	9
rendre	0,35	6
arriver	0,35	6
globule	0,35	9
beaucoup	0,35	6
document	0,35	6
pochette	0,35	6
transport	0,35	9
as	0,32	8
aussi	0,29	14
rire	0,26	6
effet	0,26	6
noter	0,26	6
patient	0,26	6
secondaire	0,26	6
foie	0,24	6
sinon	0,24	3
mollet	0,24	6
diabete	0,24	6
douleur	0,24	6
courrier	0,24	12
probable	0,24	6
automatique	0,24	6
reexpliqu	0,24	6
antecedent	0,24	6
Mots absents	Phi	Freq.
et	-0,19	18
jour	-0,18	0
tumeur	-0,18	3
se	-0,16	3
qu	-0,15	12
ce	-0,15	0
ou	-0,14	3
hum	-0,15	0
mois	-0,15	0

Unités textuelles de la classe 2

donc, la chimiothérapie effets secondaires éventuellement les nausées mais normalement y a pas de souci, c'est pas majeur, c'est rarement inquiétant on arrive toujours à les contrôler, comme toutes les chimiothérapies ça peut quand-même faire **chuter** les globules rouges, les globules blancs, les plaquettes donc les recommandations c'est de faire une **prise de sang** par semaine, on vous fera les ordonnances aussi, y a d'autres effets secondaires beaucoup plus rares, des éruptions cutanées par-exemple, y a des anomalies au niveau du foie, donc dans la **prise de sang** on va contrôler le foie aussi c'est-est. . je ne sais pas si les antécédents ne doivent pas être une contre indication, t'as pas pris le, la pochette, la tu l'as pas? I358: non M359: je vais vérifier ça avant de. I360: je vais la chercher si tu veux et sinon y avait aussi le carnet de santé est-ce-que, M_J **demandait** s'il fallait noter comme il a de grands antécédents. en fait M_J moi je fais toujours un **double** du courrier, la je vais **dicter** un courrier, je fais toujours un **double** du courrier au patient, donc vous aurez de-toute-facon, vous faites dans une pochette comme ça et vous mettez tous vos courriers P364: . celle la elle est encore petite, elle va devenir grosse celle la, rire, M365: mais vous aurez en-plus comme disait K_on va vous redonner des documents qui reexpliquent tout ça te dans la **lettre** que je vais **dicter** tout-a-l'-heure je reexpliquerai encore tout et vous aurez le **double** de la **lettre** donc euh. . P410: bah parce-que j'arrivais plus à marcher C411: oui on était chez le **medecin traitant** M412: des douleurs sur le mollet? P413: des douleurs dans le mollet alors j'ai **demande** au **medecin** d'urgence enfin M414: mais c'était avant que vous fassiez les clonies non? donc, la chimiothérapie effets secondaires éventuellement les nausées mais normalement y a pas de souci, c'est pas majeur, c'est rarement inquiétant on arrive toujours à les contrôler, comme toutes les chimiothérapies ça peut quand-même faire **chuter** les globules rouges, les globules blancs, les plaquettes donc les recommandations c'est de faire une **prise de sang** par semaine, on vous fera les ordonnances aussi, y a d'autres effets secondaires beaucoup plus rares, des éruptions cutanées par-exemple, y a des anomalies au niveau du foie, donc dans la **prise de sang** on va contrôler le foie aussi c'est-est. . je ne sais pas si les antécédents ne doivent pas être une contre indication, t'as pas pris le, la pochette, la tu l'as pas? I358: non M359: je vais vérifier ça avant de. I360: je vais la chercher si tu veux et sinon y avait aussi le carnet de santé est-ce-que, M_J **demandait** s'il fallait noter comme il a de grands antécédents. en fait M_J moi je fais toujours un **double** du courrier, la je vais **dicter** un courrier, je fais toujours un **double** du courrier au patient, donc vous aurez de-toute-facon, vous faites dans une pochette comme ça et vous mettez tous vos courriers P364: . celle la elle est encore petite, elle va devenir grosse celle la, rire, M365: mais vous aurez en-plus comme disait K_on va vous redonner des documents qui reexpliquent tout ça te dans la **lettre** que je vais **dicter** tout-a-l'-heure je reexpliquerai encore tout et vous aurez le **double** de la **lettre** donc euh. . P410: bah parce-que j'arrivais plus à marcher C411: oui on était chez le **medecin traitant** M412: des douleurs sur le mollet? P413: des douleurs dans le mollet alors j'ai **demande** au

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°3

Cette classe est constituée de 90 unités textuelles, soit 31% des unités classées. Les indicateurs de jours et de **semaine**, **dimanche**, **vendredi** et les Nombres tels **deux**, **cinq**, **six**, **trois**, sont les catégories de mots les plus spécifiques cette classe.

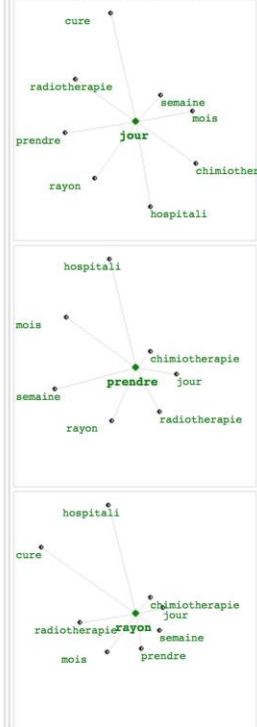
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
jour	0,60	87
prendre	0,49	42
rayon	0,43	42
chimiotherapie	0,42	72
par	0,42	48
radiotherapie	0,39	27
semaine	0,35	51
pendant	0,34	18
hospitali	0,34	15
mois	0,32	42
cure	0,30	12
faire	0,30	39
hopital	0,30	15
terminer	0,30	18
radio	0,28	15
cinq	0,26	12
lundi	0,26	9
gelule	0,26	12
samedi	0,26	9
dimanche	0,26	9
vendredi	0,26	9
IRM	0,24	21
deux	0,24	24
premier	0,24	24
ok	0,21	6
fin	0,21	6
moi	0,20	18
mon	0,21	6
six	0,21	9
metz	0,21	9
suis	0,21	6
apres	0,20	18
entre	0,21	6
juste	0,20	18
bouche	0,21	6
manger	0,21	6
revoir	0,21	6
changer	0,21	6
compris	0,21	6
continu	0,21	6
Mots absents	Phi	Freq.
tumeur	-0,35	3
ou	-0,25	6
comme	-0,21	3
cerveau	-0,21	0
contrôler	-0,21	0
qui	-0,21	12
cellule	-0,20	0
endroit	-0,20	0
petit	-0,19	0

Unités textuelles de la classe 3

alors la première partie c'est **radiotherapie** plus **chimiotherapie**, ça s'étale sur 6 **semaines**, 6 **semaines**. les **rayons** se font une fois par **jour**, 5 **jours** par **semaine**, du lundi au vendredi, il n'y a pas de **rayons** le samedi et le dimanche P291: oui M292: . P304: hum hum M305: il vaut mieux **prendre** la **chimiotherapie** juste avant d'aller **faire** votre séance de **rayon**, une heure avant les **rayons**, donc quand l'ambulance va venir vous chercher elle vous emmènera **faire** la **radiotherapie** vous **prenez** la gelule de **chimiotherapie** mais la gelule de **chimiotherapie** vous la **prenez** aussi le samedi et le dimanche, même si y a pas de séance de **rayon** C306: . C325: oui M326: donc premier temps radio **chimiotherapie** concomitantes, d'accord? P327: je **fait** les deux en-meme-temps M328: en-meme-temps les 6 premières **semaines**, 6 **semaines** de **chimiotherapie** non stop, des gelules a **prendre** et, ça s'appelle le temodal, c'est le nom de la **chimiotherapie** et les **rayons** du lundi au vendredi I329: . radio **chimiotherapie** est terminée on vous revoit en consultation et on vous prescrit la **chimiotherapie** post **radiotherapie** et une fois que les **rayons** sont terminés c'est la même **chimiotherapie** mais que vous **prenez** juste 5 **jours** par **mois** C344: . ah oui M345: 5 **jours** par **mois** au decours de la radio **chimiotherapie**, c'est la même sauf que les doses sont un peu plus importantes, en gros c'est des doses entre 2 et 3 fois supérieures aux doses que vous **prenez** pendant la **radiotherapie** mais juste 5 **jours** par **mois**. donc théoriquement vous avez un **mois** tranquille sans rien du tout donc moi je **fait** l'ordonnance pour les 5 **jours** la et puis on programme une IRM a peu près deux **mois** apres la fin des **rayons**, et lors-de cette IRM la, . **jours** par **mois** pardon euh ultérieurement avec une IRM toutes les deux a trois **cures** P435: mais pas d'**hospitalisation** hein? M436: tout tout est ambulatoire C 437: de **jour** P438: voila M439: tout est ambulatoire P440: parce-que si moi je dois rester a l'hôpital C441: c'est au **jour** tu P442: ou alors faut m'attacher M443: . alors la première partie c'est **radiotherapie** plus **chimiotherapie**, ça s'étale sur 6 **semaines**, 6 **semaines**. les **rayons** se font une fois par **jour**, 5 **jours** par **semaine**, du lundi au vendredi, il n'y a pas de **rayons** le samedi et le dimanche P291: oui M292: . P304: hum hum M305: il vaut mieux **prendre** la **chimiotherapie** juste avant d'aller **faire** votre séance de **rayon**, une heure avant les **rayons**, donc quand l'ambulance va venir vous chercher elle vous emmènera **faire** la **radiotherapie** vous **prenez** la gelule de **chimiotherapie** mais la gelule de **chimiotherapie** vous la **prenez** aussi le samedi et le dimanche, même si y a pas de séance de **rayon** C306: . C325: oui M326: donc premier temps radio **chimiotherapie** concomitantes, d'accord? P327: je **fait** les deux en-meme-temps M328: en-meme-temps les 6 premières **semaines**, 6 **semaines** de **chimiotherapie** non stop, des gelules a **prendre** et, ça s'appelle le temodal, c'est le nom de la **chimiotherapie** et les **rayons** du lundi au vendredi I329: . radio **chimiotherapie** est terminée on vous revoit en consultation et on vous prescrit la **chimiotherapie** post **radiotherapie** et une fois que les **rayons** sont terminés c'est la même **chimiotherapie** mais que vous **prenez** juste 5 **jours** par **mois** C344: . ah oui M345: 5 **jours** par **mois** au decours de la radio **chimiotherapie**, c'est la même

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°4

Cette classe est constituée de 42 unités textuelles, soit 15% des unités classées. Les Verbes (p366) donner, rentrer, parler, confronter et les autres mots analysés tels fait, standard, habitué, pathologie rare, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

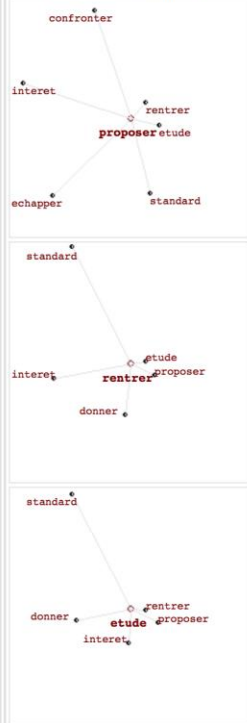
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
proposer	0,56	18
rentrer	0,50	12
etude	0,43	24
interet	0,43	9
donner	0,38	15
standard	0,38	12
confronter	0,35	9
moment	0,35	6
evaluer	0,35	6
refaire	0,35	6
echapper	0,35	6
empêcher	0,35	6
en-cours	0,35	6
injecter	0,35	9
recidiver	0,35	6
pathologiste	0,35	9
antiagregant	0,35	6
anticoagulant	0,35	6
ce	0,31	21
ai	0,30	27
habitué	0,30	9
traitement	0,27	39
me	0,26	6
schema	0,26	6
discuter	0,26	6
intention	0,26	9
etait	0,25	9
parler	0,25	9
ces	0,24	6
vomir	0,24	6
malgre	0,24	9
moitie	0,24	6
malaise	0,24	6
tolerer	0,24	3
cardiaque	0,24	3
tout-de-suite	0,24	6
et	0,24	51
dont	0,20	6
autre	0,19	9
fait	0,17	21
Mots absents	Phi	Freq.
plus	-0,19	0
y	-0,17	6
se	-0,16	3
prendre	-0,15	0
moi	-0,14	0
peu	-0,14	0
aussi	-0,14	0
ce-qu	-0,14	0
autour	-0,14	0

Unités textuelles de la classe 4

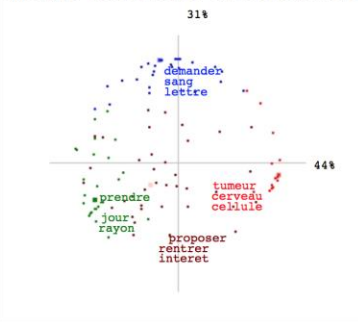
une autre chimiothérapie qui cette fois est une chimiothérapie injectable. et le schema standard je vous en parle parce-que je vais vous proposer eventuellement de rentrer dans une etude, si vous le souhaitez, qui utilise la chimiothérapie qu' on fait habituellement a la rechute, . donc en standard c'-est le traitement dont on vient de parler et quand les gens echappent a ce traitement la on propose un traitement de deuxieme intention qui est un traitement injectable et le traitement injectable c'-est en fait c'-est/ . P366: ah oui M367: theoriquement juste verifier une chose avant de compliquer les presentations du protocole de l' etude. je regarde juste parce-que y a une etude, juste en 2 mots, y a une etude qui est en-cours et dans laquelle j' aurais pu vous proposer de rentrer qui vise a evaluer l' interet, c'-est une etude randomisee en fait donc y a un tirage au sort, la moitie des patients sont traitees comme je vous l' ai dit traitement standard, et l' autre moitie en fait on voudrait evaluer l' interet de debuter tout-de-suite, tout-de-suite la chimiothérapie qu' on donne habituellement a la recidive, d'- accord a-cause de cette pathologie cardiaque et des traitements antiagregants je peux pas vous le proposer, donc on va rester sur le traitement standard qui est, ca n' empeche que si un jour on est confrontes a une recidive, une autre chimiothérapie qui cette fois est une chimiothérapie injectable. et le schema standard je vous en parle parce-que je vais vous proposer eventuellement de rentrer dans une etude, si vous le souhaitez, qui utilise la chimiothérapie qu' on fait habituellement a la rechute, . donc en standard c'-est le traitement dont on vient de parler et quand les gens echappent a ce traitement la on propose un traitement de deuxieme intention qui est un traitement injectable et le traitement injectable c'-est en fait c'-est/ . P366: ah oui M367: theoriquement juste verifier une chose avant de compliquer les presentations du protocole de l' etude. je regarde juste parce-que y a une etude, juste en 2 mots, y a une etude qui est

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

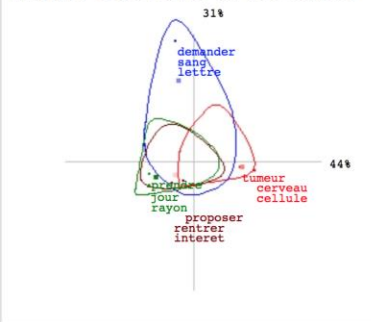
Analyse factorielle en corrélations



Statistique des formes

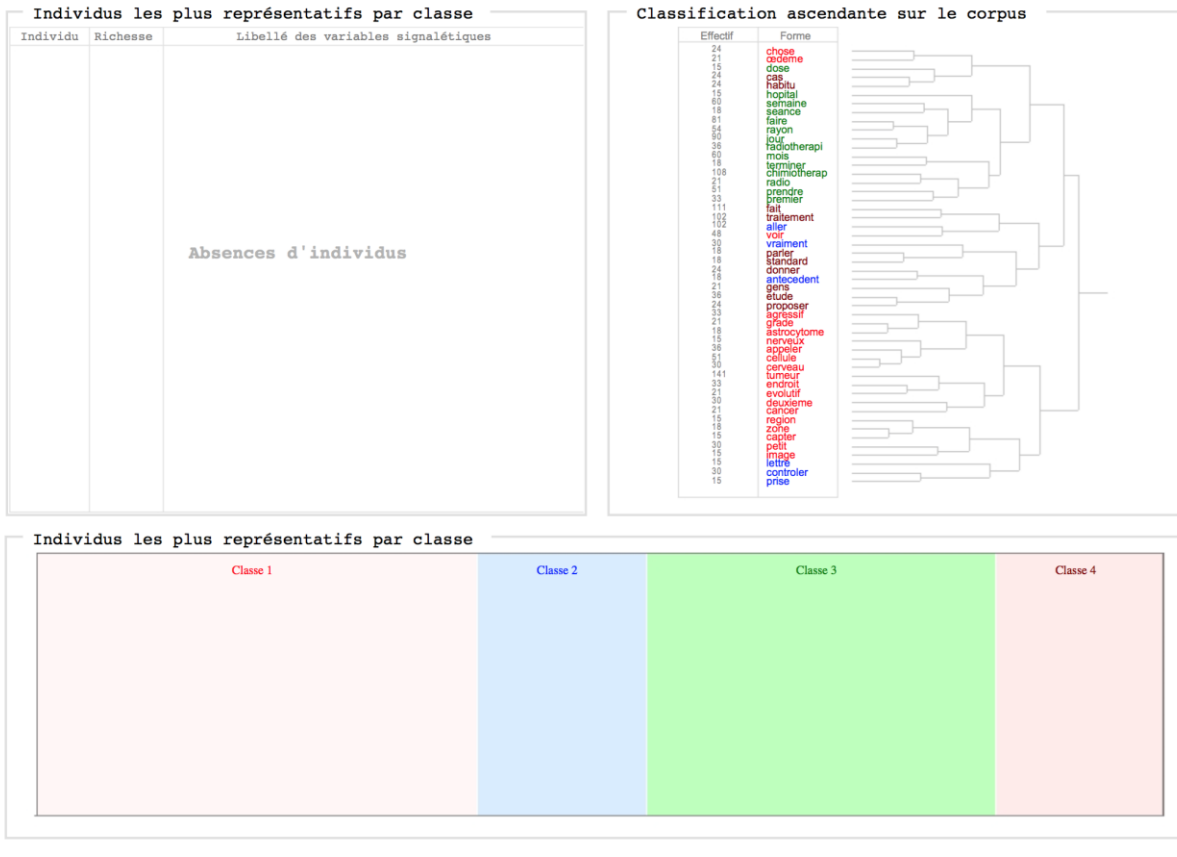
Libellé	Total
Nombre total de mots du corpus	14226
Effectif moyen d'un mot	12
Nombre de mots analysés	5385
Verbes	1260
Adjectifs et adverbes	570
Noms communs	1983
Autres	1572
Nombre de mots non analysés	6333
Articles	870
Pronoms	1635
Auxilliaires	447
Autres	3381
Richesse du vocabulaire (RV)	59 %

Analyse factorielle en coordonnées



Extrait du dictionnaire du corpus

Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq
tumeur	141	grade	21	hospitali	15	secondaire	12	problem	9	oral	6	simple	6
fait	111	radio	21	developper	15	correspondre	12	souhait	9	post	6	sonner	6
chimiotherap	108	cancer	21	glioblastome	15	metz	9	trouver	9	seul	6	traite	6
aller	102	partie	21	bas	12	part	9	dimanche	9	sort	6	alextra	6
traitement	102	evolutif	21	cure	12	rire	9	discuter	9	type	6	arriver	6
jour	90	edeme	21	fois	12	sang	9	eventuel	9	basse	6	changer	6
faire	81	zone	18	gros	12	aimer	9	freyning	9	benin	6	compris	6
mois	60	parler	18	effet	12	debut	9	injecter	9	repas	6	continú	6
semaine	60	seance	18	heure	12	etape	9	neurones	9	serie	6	correle	6
rayon	54	standard	18	malin	12	flair	9	possible	9	sorte	6	critere	6
cellule	51	terminer	18	souci	12	lundi	9	vendredi	9	viser	6	diabete	6
prendre	51	antecedent	18	venir	12	noter	9	cortisone	9	vomir	6	douleur	6
voir	48	astrocytome	18	accord	12	stent	9	expliquer	9	absent	6	evaluer	6
etude	36	dire	15	blan14	12	temps	9	infection	9	adulte	6	grossir	6
appeler	36	dose	15	gelule	12	cheveu	9	notamment	9	bouche	6	heritage	6
radiotherapi	36	rare	15	membre	12	chimio	9	transport	9	chuter	6	initial	6
endroit	33	coupe	15	biopsie	12	double	9	ordonnance	9	dicter	6	instant	6
premier	33	image	15	medecin	12	gauche	9	pathologiste	9	evolue	6	laisser	6
agressif	33	prise	15	produit	12	nausee	9	pulmonaire	9	lesion	6	malaise	6
petit	30	capter	15	traiter	12	rester	9	ambulatoire	9	manger	6	minimum	6
cerveau	30	lettre	15	courrier	12	samedi	9	transitoire	9	mettre	6	periode	6
deuxieme	30	region	15	demander	12	schema	9	augmentation	9	moitie	6	present	6
vraiment	30	suivre	15	astrocyte	12	chemi	9	presentation	9	mollet	6	refaire	6
controler	30	hopital	15	augmenter	12	deficit	9	radiologique	9	moment	6	reposer	6
cas	24	maligne	15	important	12	dernier	9	recommandati	9	montré	6	revenir	6
chose	24	nerveux	15	intention	12	etendre	9	bon	6	niveau	6	tolerer	6
donner	24	rentrer	15	superieur	12	fatigue	9	fin	6	normal	6	ambulanc	6
habitué	24	symptom	15	confronter	12	globule	9	foie	6	rendre	6	attendre	6
proposer	24	tumoral	15	contraster	12	interet	9	juin	6	revoir	6	cardegic	6
gens	21	phlebite	15	perfusions	12	patient	9	note	6	risque	6	cerebral	6
												previscan	6



4 – L'explication de la maladie, les traitements et leurs effets (M266 – C446)

10% du discours n'est pas pris en compte par le logiciel. La **classe 1** avec un peu plus d'1/3 du discours est isolée et s'intéresse à la nature de la maladie (*tumeur, cerveau, cancer, région, ...*). La **classe 3** (28%) aborde davantage l'organisation des traitements (*jour, chimio, hospitalisation, ...*) et s'attache à la **classe 4** qui, avec 13% du discours, traite de la recherche clinique. La **classe 2** (14%) concerne les dimensions « administratives » et pratiques de la prise en charge (*lettre, document, pochette, transport ...*).

Rapport de synthèse

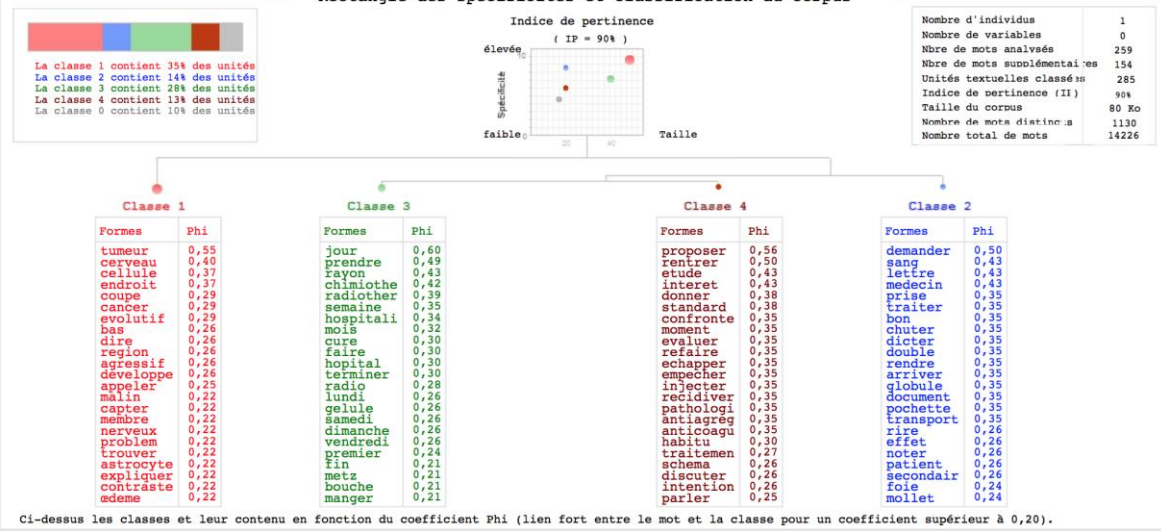
Texte analysé : theme4A2

Vendredi 08 Mai 2015 à 14 h 50

Le corpus theme4A2 a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 90% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 10% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 4 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et coloriée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 39% des unités textuelles classées (soit 35% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **tumeur**, **cerveau**, **cellule**, **endroit**, **coupe**, **cancer**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 15% des unités textuelles classées (soit 14% du corpus initial) ses mots significatifs sont **demandeur**, **sang**, **lettre**, **medecin**, **prise**, **traiter**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 31% des unités textuelles classées (soit 28% du corpus initial) ses mots significatifs sont **jour**, **prendre**, **rayon**, **chimiotherapie**, **radiotherapie**, **semaine**. puis de la classe 4 qui représente 15% des unités textuelles classées (soit 13% du corpus initial) marquée par les mots **proposer**, **rentrer**, **etude**, **interet**, **donner**, **standard**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.

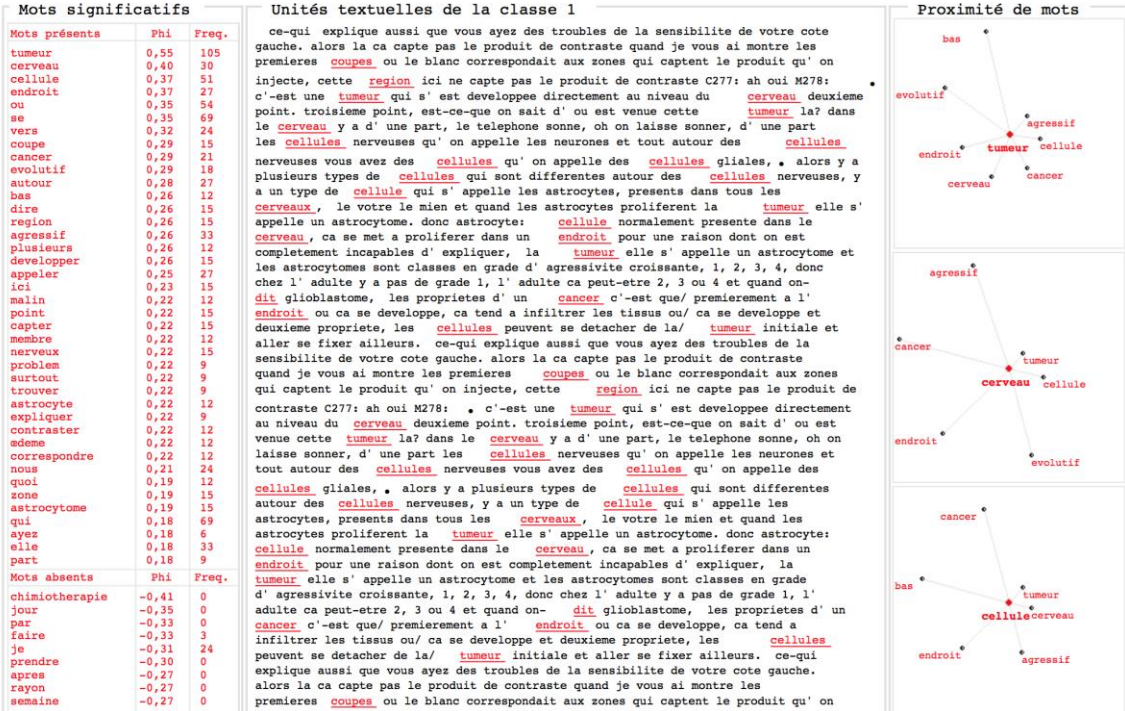
Rectangle des spécificités et classification du corpus



Page 1

Classe n°1

Cette classe est formée de 111 unités textuelles, soit 39% des unités classées. Les Adjectifs et adverbes **agressif**, **grade**, **malin**, **nerveux** et les Marqueurs d'une relation spatiale tels que **dans**, **autour**, **ici**, **sur**, **chez**, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 2

Classe n°2

Cette classe est formée de 42 unités textuelles, soit 15% des unités classées. Les indicateurs de couleur sont les Verbes modaux tels que devoir, dire, fallait, vouloir, devoir, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

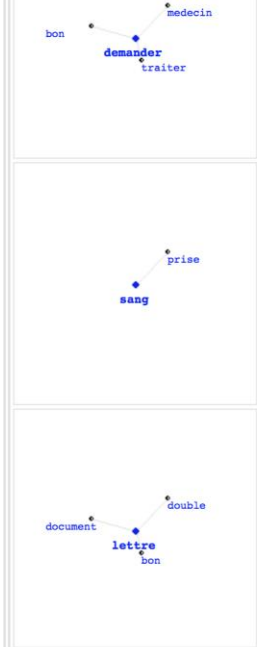
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
demander	0,50	12
sang	0,43	9
lettre	0,43	15
medecin	0,43	12
toujours	0,43	15
comme	0,41	21
prise	0,35	9
toutes	0,35	9
traiter	0,35	9
te	0,35	9
bon	0,35	11
avez	0,35	6
chuter	0,35	6
dicter	0,35	6
double	0,35	9
encore	0,35	9
rendre	0,35	6
arriver	0,35	6
globule	0,35	9
beaucoup	0,35	6
document	0,35	6
pochette	0,35	6
transport	0,35	9
as	0,32	8
aussi	0,29	14
rire	0,26	6
effet	0,26	6
noter	0,26	6
patient	0,26	6
secondaire	0,26	6
foie	0,24	6
sinon	0,24	3
mollet	0,24	6
diabete	0,24	6
douleur	0,24	6
courrier	0,24	12
probable	0,24	6
automatique	0,24	6
reexpliqu	0,24	6
antecedent	0,24	6
Mots absents	Phi	Freq.
et	-0,19	18
jour	-0,18	0
tumeur	-0,18	0
se	-0,16	3
qu	-0,15	12
ce	-0,15	0
ou	-0,14	3
hum	-0,15	0
mois	-0,15	0

Unités textuelles de la classe 2

donc, la chimiothérapie effets secondaires éventuellement les nausées mais normalement y a pas de souci, c'est pas majeur, c'est rarement inquietant on arrive toujours à les contrôler, comme toutes les chimiothérapies ça peut quand-même faire chuter les globules rouges, les globules blancs, les plaquettes donc les recommandations c'est de faire une prise de sang par semaine, on vous fera les ordonnances aussi, y a d'autres effets secondaires beaucoup plus rares, des éruptions cutanées par-exemple, y a des anomalies au niveau du foie, donc dans la prise de sang on va contrôler le foie aussi c'est-est. je ne sais pas si les antécédents ne doivent pas être une contre indication, t'as pas pris le, la pochette, la tu l'as pas? I358: non M359: je vais vérifier ça avant de. I360: je vais la chercher si tu veux et sinon y avait aussi le carnet de santé est-ce-que, M_J demandait s'il fallait noter comme il a de grands antécédents. en fait M_J moi je fais toujours un double du courrier, la je vais dicter un courrier, je fais toujours un double du courrier au patient, donc vous aurez de-toute-facon, vous faites dans une pochette comme ça et vous mettez tous vos courriers P364: celle la elle est encore petite, elle va devenir grosse celle la, rire, M365: mais vous aurez en-plus comme disait K on va vous redonner des documents qui reexpliquent tout ça te dans la lettre que je vais dicter tout-a-l'-heure je reexpliquerai encore tout et vous aurez le double de la lettre donc euh. P410: bah parce-que j'arrivais plus à marcher C411: oui on était chez le medecin traitant M412: des douleurs sur le mollet? P413: des douleurs dans le mollet alors j'ai demande au medecin d'urgence enfin M414: mais c'était avant que vous fassiez les clonies non? donc, la chimiothérapie effets secondaires éventuellement les nausées mais normalement y a pas de souci, c'est pas majeur, c'est rarement inquietant on arrive toujours à les contrôler, comme toutes les chimiothérapies ça peut quand-même faire chuter les globules rouges, les globules blancs, les plaquettes donc les recommandations c'est de faire une prise de sang par semaine, on vous fera les ordonnances aussi, y a d'autres effets secondaires beaucoup plus rares, des éruptions cutanées par-exemple, y a des anomalies au niveau du foie, donc dans la prise de sang on va contrôler le foie aussi c'est-est. je ne sais pas si les antécédents ne doivent pas être une contre indication, t'as pas pris le, la pochette, la tu l'as pas? I358: non M359: je vais vérifier ça avant de. I360: je vais la chercher si tu veux et sinon y avait aussi le carnet de santé est-ce-que, M_J demandait s'il fallait noter comme il a de grands antécédents. en fait M_J moi je fais toujours un double du courrier, la je vais dicter un courrier, je fais toujours un double du courrier au patient, donc vous aurez de-toute-facon, vous faites dans une pochette comme ça et vous mettez tous vos courriers P364: celle la elle est encore petite, elle va devenir grosse celle la, rire, M365: mais vous aurez en-plus comme disait K on va vous redonner des documents qui reexpliquent tout ça te dans la lettre que je vais dicter tout-a-l'-heure je reexpliquerai encore tout et vous aurez le double de la lettre donc euh. P410: bah parce-que j'arrivais plus à marcher C411: oui on était chez le medecin traitant M412: des douleurs sur le mollet? P413: des douleurs dans le mollet alors j'ai demande au

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°3

Cette classe est constituée de 90 unités textuelles, soit 31% des unités classées. Les indicateurs de jours et de mois, le, dimanche, vendredi, et les Nombres tels que deux, cinq, six, trois, sont les catégories de mots les plus spécifiques cette classe.

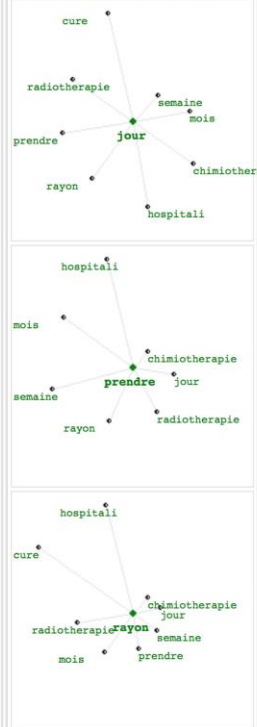
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
jour	0,60	87
prendre	0,49	42
rayon	0,43	42
chimiotherapie	0,42	72
par	0,42	48
radiotherapie	0,39	27
semaine	0,35	51
pendant	0,34	18
hospitali	0,34	15
mois	0,32	42
cure	0,30	12
faire	0,30	39
hopital	0,30	15
terminer	0,30	18
radio	0,28	15
cinq	0,26	12
lundi	0,26	9
gelule	0,26	12
samedi	0,26	9
dimanche	0,26	9
vendredi	0,26	9
IRM	0,24	21
deux	0,24	24
premier	0,24	24
ok	0,21	6
fin	0,21	6
moi	0,20	18
mon	0,21	6
six	0,21	9
metz	0,21	9
suis	0,21	6
apres	0,20	18
entre	0,21	6
juste	0,20	18
bouche	0,21	6
manger	0,21	6
revoir	0,21	6
changer	0,21	6
compris	0,21	6
continu	0,21	6
Mots absents	Phi	Freq.
tumeur	-0,35	3
ou	-0,25	6
comme	-0,21	3
cerveau	-0,21	0
contrôler	-0,21	0
qui	-0,21	12
cellule	-0,20	0
endroit	-0,20	0
petit	-0,19	0

Unités textuelles de la classe 3

alors la première partie c'est radiotherapie plus chimiotherapie, ça s'étale sur 6 semaines, 6 semaines. les rayons se font une fois par jour, 5 jours par semaine, du lundi au vendredi, il n'y a pas de rayons le samedi et le dimanche P291: oui M292: P304: hum hum M305: il vaut mieux prendre la chimiotherapie juste avant d'aller faire votre séance de rayon, une heure avant les rayons, donc quand l'ambulance va venir vous chercher elle vous emmènera faire la radiotherapie vous prenez la gelule de chimiotherapie mais la gelule de chimiotherapie vous la prenez aussi le samedi et le dimanche, même si y a pas de séance de rayon C306: C325: oui M326: donc premier temps radio chimiotherapie concomitantes, d'accord? P327: je fais les deux en-même-temps M328: en-même-temps les 6 premières semaines, 6 semaines de chimiotherapie non stop, des gelules a prendre et, ça s'appelle le temodal, c'est le nom de la chimiotherapie et les rayons du lundi au vendredi I329: radio chimiotherapie est terminée on vous revoit en consultation et on vous prescrit la chimiotherapie post radiotherapie et une fois que les rayons sont terminés c'est la même chimiotherapie mais que vous prenez juste 5 jours par mois C344: ah oui M345: 5 jours par mois au decours de la radio chimiotherapie, c'est la même sauf que les doses sont un peu plus importantes, en gros c'est des doses entre 2 et 3 fois supérieures aux doses que vous prenez pendant la radiotherapie mais juste 5 jours par mois. donc théoriquement vous avez un mois tranquille sans rien du tout donc moi je fais l'mois le dimanche, même si y a pas de séance de rayon C306: C325: oui M326: donc premier temps radio chimiotherapie concomitantes, d'accord? P327: je fais les deux en-même-temps M328: en-même-temps les 6 premières semaines, 6 semaines de chimiotherapie non stop, des gelules a prendre et, ça s'appelle le temodal, c'est le nom de la chimiotherapie et les rayons du lundi au vendredi I329: radio chimiotherapie est terminée on vous revoit en consultation et on vous prescrit la chimiotherapie post radiotherapie et une fois que les rayons sont terminés c'est la même chimiotherapie mais que vous prenez juste 5 jours par mois C344: ah oui M345: 5 jours par mois au decours de la radio chimiotherapie, c'est la même

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°4

Cette classe est constituée de 42 unités textuelles, soit 15% des unités classées. Les Verbes proposer, rentrer, parler, confronter et les autres mots analysés tels plus, standard, habitu, pathologie, rare, sont les catégories de mots sur-représentés dans cette classe.

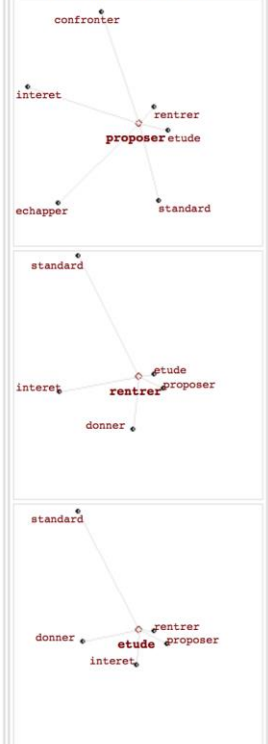
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
proposer	0,56	18
rentrer	0,50	12
etude	0,43	24
interet	0,43	9
donner	0,38	15
standard	0,38	12
confronter	0,35	9
moment	0,35	6
evaluer	0,35	6
refaire	0,35	6
echapper	0,35	6
empêcher	0,35	6
en-cours	0,35	6
injecter	0,35	9
recidiver	0,35	6
pathologiste	0,35	9
antiagregant	0,35	6
anticoagulant	0,35	6
ce	0,31	21
ai	0,30	27
habitu	0,30	9
traitement	0,27	39
ne	0,26	6
schema	0,26	6
discuter	0,26	6
intention	0,26	9
etait	0,25	9
parler	0,25	9
ces	0,24	6
vomir	0,24	6
malgre	0,24	9
moitie	0,24	6
malaise	0,24	6
tolerer	0,24	3
cardiaque	0,24	3
tout-de-suite	0,24	6
et	0,24	51
dont	0,20	6
autre	0,19	9
fait	0,17	21
Mots absents	Phi	Freq.
plus	-0,19	0
y	-0,17	6
se	-0,16	3
prendre	-0,15	0
moi	-0,14	0
peu	-0,14	0
aussi	-0,14	0
ce-qu	-0,14	0
autour	-0,14	0

Unités textuelles de la classe 4

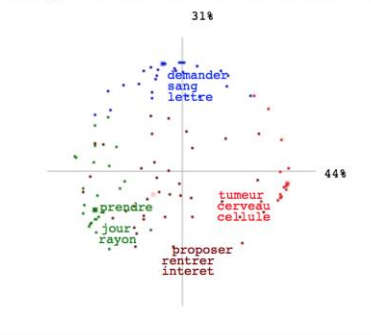
une autre chimiothérapie qui cette fois est une chimiothérapie injectable. et le schema standard je vous en parle parce-que je vais vous proposer éventuellement de rentrer dans une etude, si vous le souhaitez, qui utilise la chimiothérapie qu' on fait habituellement a la rechute, . donc en standard c'-est le traitement dont on vient de parler et quand les gens echappent a ce traitement la on propose un traitement de deuxieme intention qui est un traitement injectable et le traitement injectable c'-est en fait c'-est/ . P366: ah oui M367: theoriquement juste verifier une chose avant de compliquer les presentations du protocole de l' etude. je regarde juste parce-que y a une etude, juste en 2 mots, y a une etude qui est en-cours et dans laquelle j' aurais pu vous proposer de rentrer qui vise a evaluer l' interet, c'-est une etude randomisee en fait donc y a un tirage au sort, la moitie des patients sont traites comme je vous l' ai dit traitement standard, et l' autre moitie en fait on voudrait evaluer l' interet de debuter tout-de-suite, tout-de-suite la chimiothérapie qu' on donne habituellement a la recidive, d'- accord a-cause de cette pathologie cardiaque et des traitements antiagregants je peux pas vous le proposer, donc on va rester sur le traitement standard qui est, ca n' empeche que si un jour on est confrontes a une recidive, une autre chimiothérapie qui cette fois est une chimiothérapie injectable. et le schema standard je vous en parle parce-que je vais vous proposer éventuellement de rentrer dans une etude, si vous le souhaitez, qui utilise la chimiothérapie qu' on fait habituellement a la rechute, . donc en standard c'-est le traitement dont on vient de parler et quand les gens echappent a ce traitement la on propose un traitement de deuxieme intention qui est un traitement injectable et le traitement injectable c'-est en fait c'-est/ . P366: ah oui M367: theoriquement juste verifier une chose avant de compliquer les presentations du protocole de l' etude. je regarde juste parce-que y a une etude, juste en 2 mots, y a une etude qui est

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Analyse factorielle en corrélations



Statistique des formes

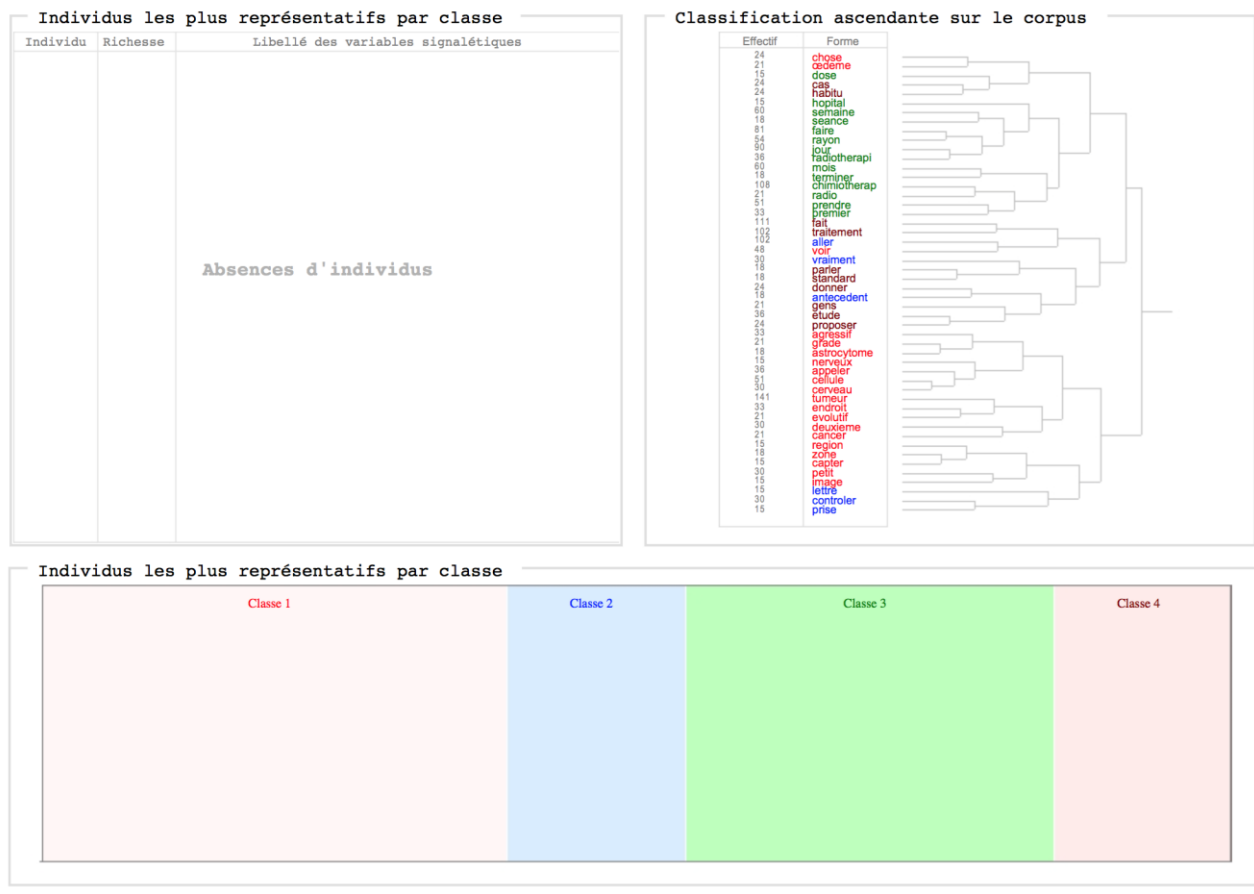
Libellé	Total
Nombre total de mots du corpus	14226
Effectif moyen d'un mot	12
Nombre de mots analysés	5385
Verbes	1260
Adjectifs et adverbes	570
Noms communs	1983
Autres	1572
Nombre de mots non analysés	6333
Articles	870
Pronoms	1635
Auxiliaires	447
Autres	3381
Richesse du vocabulaire (RV)	59 %

Analyse factorielle en coordonnées



Extrait du dictionnaire du corpus

Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq
tumeur	141	grade	21	hospitali	15	secondaire	12	problem	9	oral	6	simple	6	chercher	6
fait	111	radio	21	developper	15	corespondre	12	souhait	9	post	6	sonner	6	delivrer	6
chimiotherap	108	cancer	21	glioblastome	15	metz	9	trouver	9	seul	6	traite	6	detaacher	6
aller	102	partie	21	bas	12	part	9	dimanche	9	sort	6	alextra	6	distance	6
traitement	102	evolutif	21	cure	12	rire	9	discuter	9	type	6	arriver	6	document	6
jour	90	edeme	21	fois	12	sang	9	eventuel	9	basse	6	changer	6	echapper	6
faire	81	zone	18	gros	12	aimer	9	freyming	9	benin	6	compris	6	empêcher	6
mois	60	parler	18	effet	12	debut	9	injecter	9	repas	6	continu	6	inclusif	6
semaine	60	seance	18	heure	12	etape	9	neurones	9	serie	6	correle	6	pochette	6
rayon	54	standard	18	malin	12	flair	9	possible	9	sorte	6	critere	6	primitif	6
cellule	51	terminer	18	souci	12	Lundi	9	vendredi	9	viser	6	diabete	6	probable	6
prendre	51	antecedent	18	venir	12	noter	9	cortisone	9	vomir	6	douleur	6	question	6
voir	48	astrocytome	18	accord	12	stent	9	expliquer	9	absent	6	evaluer	6	regarder	6
etude	36	dire	15	blan14	12	temps	9	infection	9	adulte	6	grossir	6	regulier	6
appeler	36	dose	15	gelule	12	cheveu	9	notamment	9	bouche	6	heritage	6	repondre	6
radiotherapi	36	rare	15	membre	12	chimio	9	transport	9	chuter	6	initial	6	spontane	6
endroit	33	coupe	15	biopsie	12	double	9	ordonnance	9	dicter	6	instant	6	tendance	6
premier	33	image	15	medecin	12	gauche	9	pathologiste	9	evolue	6	laisser	6	verifier	6
agressif	33	prise	15	produit	12	nausee	9	pulmonaire	9	lesion	6	malaise	6	automatique	6
petit	30	capter	15	traiter	12	rester	9	ambulatoire	9	manger	6	minimum	6	cardiaque	6
cerveau	30	lettre	15	courrier	12	samedi	9	transitoire	9	mettre	6	periode	6	commencer	6
deuxieme	30	region	15	demandeur	12	schema	9	augmentation	9	moitie	6	present	6	confirmer	6
vraiment	30	suivre	15	astrocyte	12	theori	9	presentation	9	mollet	6	refaire	6	descendre	6
controler	30	hopital	15	augmenter	12	deficit	9	radiologique	9	moment	6	reposer	6	different	6
cas	24	maligne	15	important	12	revenir	9	recommandati	9	montrer	6	revenir	6	difficile	6
chose	24	nerveux	15	intention	12	etendre	9	bon	6	niveau	6	tolerer	6	essentiel	6
donner	24	rentrer	15	superieur	12	fatigue	9	fin	6	normal	6	ambulance	6	favoriser	6
habitu	24	symptom	15	confronter	12	globule	9	foie	6	rendre	6	attendre	6	infiltrer	6
proposer	24	tumoral	15	contraster	12	interet	9	juin	6	revolir	6	cardesic	6	motricite	6
gens	21	phlebite	15	perfusions	12	patient	9	note	6	risque	6	cerebral	6	previscan	6



5 – Le vécu du patient (P447 – P599)

16% du corpus ne sont pas retenus. La **classe 1** représente 42% du discours et concerne l'intégration de la maladie et son évolution possible dans le quotidien, alors que la **classe 2** (41%) concerne davantage l'intégration des traitements symptomatiques dans le quotidien.

Rapport de synthèse

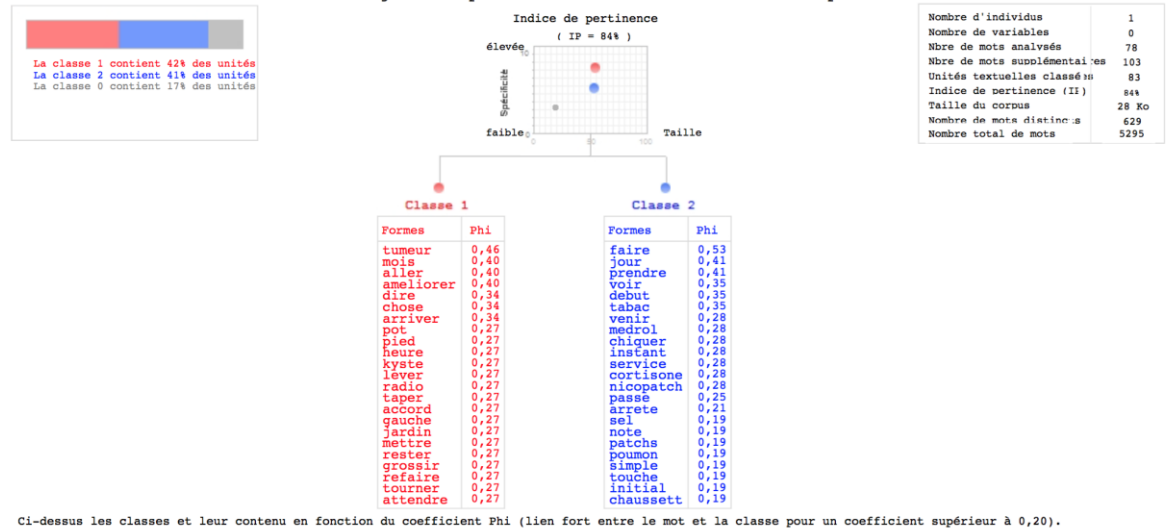
Texte analysé : theme5a2

Vendredi 08 Mai 2015 à 14 h 59

Le corpus theme5a2 a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 84% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 16% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 2 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et coloriée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 51% des unités textuelles classées (soit 42% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **tumeur, mois, aller, améliorer, dire, chose**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 49% des unités textuelles classées (soit 41% du corpus initial) ses mots significatifs sont **faire, jour, prendre, voir, debut, tabac**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.

Rectangle des spécificités et classification du corpus



Page 1

Classe n°1

Cette classe est formée de 42 unités textuelles, soit 51% des unités classées. Les Verbes **aller, améliorer, arriver, lever, taper**, et les Marqueurs d'une relation discursive **tel que, parce-qu, comme, pour, mais**, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

Mots significatifs

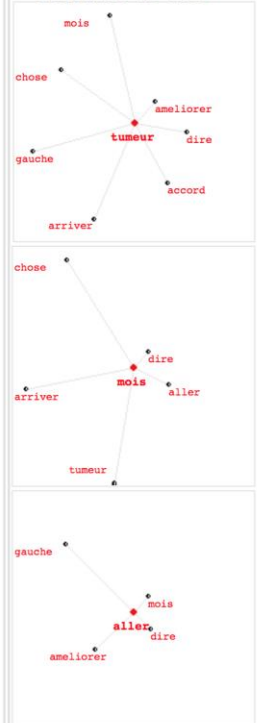
Mots présents	Phi	Freq.
il	0,57	24
you	0,47	21
tumeur	0,46	18
tout	0,44	18
avec	0,40	15
mois	0,40	30
aller	0,40	15
améliorer	0,40	15
s	0,34	9
dire	0,34	9
chose	0,34	9
arriver	0,34	9
falloir	0,34	18
pot	0,27	6
six	0,27	9
donc	0,27	12
nous	0,27	6
piéd	0,27	6
heure	0,27	9
kyste	0,27	9
lever	0,27	6
radio	0,27	6
taper	0,27	6
accord	0,27	6
autour	0,27	6
gauche	0,27	6
jardin	0,27	12
mettre	0,27	6
rester	0,27	6
grossir	0,27	6
refaire	0,27	6
tourner	0,27	6
attendre	0,27	9
est	0,23	57
comme	0,24	15
parce-qu	0,25	24
a	0,21	72
on	0,21	21
et	0,20	27
ma	0,20	9

Mots absents	Phi	Freq.
faire	-0,53	0
jour	-0,41	0
prendre	-0,41	0
suis	-0,40	3
j	-0,37	12
voir	-0,35	0
apres	-0,35	0
debut	-0,35	0
tabac	-0,35	0

Unités textuelles de la classe 1

alors y a deux **choses** c est que la cause de votre paralysie du cote gauche c est la **tumeur** C456: ah d accord P457: ouais M458: tant-que nous n avons pas traiter la **tumeur** c est normal que vous vous **ameliories** pas P459: ca reste comme ca C460: donc ca **amelio**re quand-meme un peu les **choses** mais le kyste il se reforme euh deuxiemement donc on n a pas debute la radiotherapie ou la chimiotherapie donc y a aucune raison que la **tumeur** elle s **amelio**re alors ce qu on fait c est/ non c est six semaines la premiere etape et six **mois** la deuxieme etape si on part deja pour le minimum le temps de mettre en-place ca fait deux **mois** on **va dire** minimum huit **mois** minimum huit **mois** avec le schema dont je vous ai parle sauf si/ c est pas la peine de tourner autour du **pot** parce-que moi j suis entre le marteau et l enclume M507: hum hum P508: moi je pete des plombs moi le matin quand je me leve il me faut **heure** d **heures** pour demarrer hein M509: hum P510: parce-que jusque ca commence a M511: hum hum P512: le matin je me leve une fois a gauche une fois a droite ca vole M513: hum hum P514: et puis vous me mettez un caillou dans le chemin et bien le seul caillou/ qui y a c est pour mon **piéd** parce-que y faut qu il **aille** taper dedans/ M515: parce-que effectivement vous etes moins attentif/ C516: oui/ M517: oui mais faut accepter aussi I579: bah oui C580: voila P581: meme ma chienne qui est dans le jardin j peux pas l avoir a la maison parce-que moi les poils de chien sur les pantoufles ca m horripile comme maintenant je traine le **piéd** C582: oui y en a pour six **mois** maintenant P583: bah maintenant ma chienne elle reste dans le jardin enfin un jardin elle a 4 ares de terrain hein C584: elle a la cabane P585: elle a 10 ares avec l abri de jardin et tout C586: hum hum hum/ P591: alors que c etait moi qui devait attendre ma chienne quand on **allait** se/ promener maintenant c est ma chienne qui m attend hein/ M592: hum hum hum/ P593: c est carrement tout est inverse hein c est tss tss tss retro satana/ hein, rires, ouais enfin bref/ M594: globalement sur le plan des explications est-ce-que ca **va**? alors y a deux **choses** c est que la cause de votre paralysie du cote gauche c est la **tumeur** C456: ah d accord P457: ouais M458: tant-que nous n avons pas traiter la **tumeur** c est normal que vous vous **ameliories** pas P459: ca reste comme ca C460: donc ca **amelio**re quand-meme un peu les **choses** mais le kyste il se reforme euh deuxiemement donc on n a pas debute la radiotherapie ou la chimiotherapie donc y a aucune raison que la **tumeur** elle s **amelio**re alors ce qu on fait c est/ non c est six semaines la premiere etape et six **mois** la deuxieme etape si on part deja pour le minimum le temps de mettre en-place ca fait deux **mois** on **va dire** minimum huit **mois** minimum huit **mois** avec le schema dont je vous ai parle sauf si/ c est pas la peine de tourner autour du **pot** parce-que moi j suis entre le marteau et l enclume M507: hum hum P508: moi je pete des plombs moi le matin quand je me leve il me faut **heure** d **heures** pour demarrer hein M509: hum P510: parce-que jusque ca commence a M511: hum hum P512: le matin je me leve une fois a gauche une fois a droite ca vole M513: hum hum P514: et puis vous me mettez un caillou dans le chemin et bien le seul caillou/ qui y a c est pour mon **piéd** parce-que y faut qu il **aille** taper dedans/ M515: parce-que effectivement vous etes

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 2

Classe n°2

Cette classe est formée de 41 unités textuelles, soit 49% des unités classées. Les Auxiliaires être et avoir, tabac, avez, etc, et les Marqueurs d'une relation temporelle telapque, depuis, hier, puis, deja, sont les catégories de mots sur-représentés dans cette classe.

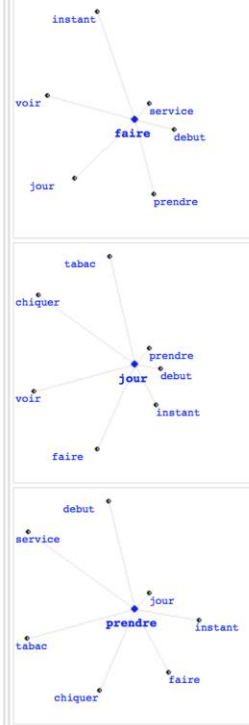
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
faire	0,53	18
jour	0,41	18
prendre	0,41	15
suis	0,40	19
j	0,37	72
voir	0,35	9
apres	0,35	9
debut	0,35	9
tabac	0,35	12
depuis	0,35	9
en	0,30	17
tu	0,28	6
avez	0,28	15
hier	0,28	6
plus	0,28	15
quoi	0,28	9
avais	0,28	9
venir	0,28	6
encore	0,28	9
medrol	0,28	9
chiquer	0,28	6
instant	0,28	6
service	0,28	9
cortisone	0,28	9
nicopatch	0,28	6
peut-etre	0,28	6
par-contre	0,28	6
ca	0,27	56
hum	0,27	63
passé	0,25	5
je	0,20	26
qu	0,22	32
ete	0,21	9
mon	0,21	9
arrete	0,21	9
J	0,19	3
si	0,18	12
ici	0,19	3
sej	0,19	3
ayez	0,19	3
Mots absents	Phi	Freq.
y	-0,57	0
il	-0,47	3
tumeur	-0,46	0
tout	-0,44	2
avec	-0,40	0
mois	-0,40	0
aller	-0,40	0
ameliorer	-0,40	0
s	-0,34	0

Unités textuelles de la classe 2

P472: le quoi? M473: le medrol 100 C474: oui oui oui M475: medrol C476: oui oui M477: ouais C478: c est les cachets que tu prends le matin P479: ah ouais c est la cortisone ca M480: oui la cortisone C481: oui P482: ah oui oui M483: vous l avez pas arrete? j ai je continue le tabac a chiquer / I524: oui/ P525: et bah la ca fait depuis que j ai ete hospitalise que j ai arrete moi/ j avais pris la des nicopatch pendant deux trois jours la et la ca fait deux/ trois jours que j en ai pas pris / C526: oui/ P527: . depuis la sortie j ai pas touche/ M528: hum hum/ I529: vous revoulez des patchs? P530/ I531: non ca vous plait pas trop P532: si je reprends des patchs apres j ai tendance a alors pour l instant ca fait trois jours que j ai pas touche au nicopatch alors j touche pas M533: hum hum P534: . je sais pas si ca vient du tabac a chiquer ou quoi? I539: ca agit pas sur le poumon si je me trompe pas? P540: la nicotine ou quoi? M541: hum peut-etre un petit peu oui une sensation un peu desagreceable a l arret du tabac ca peut se voir de temps en temps C542: tu l as pas toi M543: ouais P544: de 101 kg je suis passe a 90 M545: hum hum P546: . C567: sans sel sans sucre au debut P568: ca fait depuis ca fait deja maintenant huit jours neuf jours que j ai pas ete aux toilettes hein M569: hum hum P570: hier j ai pris un laxatif bah pour l instant j ai peur que si je sors si j ai les premieres poussees qui viennent c est cuit hein si je moi je descends mon pantalon et je fais sur place hein M571: hum hum P572: . P472: le quoi? M473: le medrol 100 C474: oui oui oui M475: medrol C476: oui oui M477: ouais C478: c est les cachets que tu prends le matin P479: ah ouais c est la cortisone ca M480: oui la cortisone C481: oui P482: ah oui oui M483: vous l avez pas arrete? j ai je continue le tabac a chiquer / I524: oui/ P525: et bah la ca fait depuis que j ai ete hospitalise que j ai arrete moi/ j avais pris la des nicopatch pendant deux trois jours la et la ca fait deux/ trois jours que j en ai pas pris / C526: oui/ P527: . depuis la sortie j ai pas touche/ M528: hum hum/ I529: vous revoulez des patchs? P530/ I531: non ca vous plait pas trop P532: si je reprends des patchs apres j ai tendance a alors pour l instant ca fait trois jours que j ai pas touche au nicopatch alors j touche pas M533: hum hum P534: . je sais pas si ca vient du tabac a chiquer ou quoi? I539: ca agit pas sur le poumon si je me trompe pas? P540: la nicotine ou quoi? M541: hum peut-etre un petit peu oui une sensation un peu desagreceable a l arret du tabac ca peut se voir de temps en temps C542: tu l as pas toi M543: ouais P544: de 101 kg je suis passe a 90 M545: hum hum P546: . C567: sans sel sans sucre au debut P568: ca fait depuis ca fait deja maintenant huit jours neuf jours que j ai pas ete aux toilettes hein M569: hum hum P570: hier j ai pris un laxatif bah pour l instant j ai peur que si je sors si j ai les premieres poussees qui viennent c est cuit hein si je moi je descends mon pantalon et je fais sur place hein M571: hum hum P572: . P472: le quoi? M473: le medrol 100 C474: oui oui oui M475: medrol C476: oui oui M477: ouais C478: c est les cachets que tu prends le matin P479: ah ouais c est la cortisone ca M480: oui la cortisone C481: oui P482: ah oui oui M483: vous l avez pas arrete? j ai je continue le tabac a chiquer / I524: oui/ P525: et bah la ca fait depuis que j ai ete hospitalise que j ai arrete moi/ j avais pris la des nicopatch pendant deux trois jours la et la ca

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Analyse factorielle en corrélations

Pas d'A.F.C. représentée.

Statistique des formes

Libellé	Total
Nombre total de mots du corpus	5295
Effectif moyen d'un mot	8
Nombre de mots analysés	1953
Verbes	417
Adjectifs et adverbes	177
Noms communs	642
Autres	717
Nombre de mots non analysés	2766
Articles	384
Pronoms	420
Auxiliaires	303
Autres	1659
Richesse du vocabulaire (RV)	51 %

Analyse factorielle en coordonnées

Pas d'A.F.C. représentée.

Extrait du dictionnaire du corpus

Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq
fait	30	simple	9	poumon	6	beau	3	effet	3	droite	3	attirer	3	travail	3
mois	30	touche	9	rester	6	bref	3	frere	3	ecrire	3	biopsie	3	accepter	3
faire	21	continu	9	caillou	6	cote	3	fumer	3	forcer	3	bouffee	3	aggraver	3
fois	18	minimum	9	chiquer	6	cuit	3	garde	3	global	3	chaleur	3	arsitral	3
jour	18	qualite	9	grossir	6	gens	3	jambe	3	gueule	3	chapeau	3	attentif	3
rire	18	service	9	initial	6	gout	3	parti	3	habitu	3	commode	3	brailier	3
chien	18	attendre	9	instant	6	gros	3	peine	3	marche	3	debiter	3	compater	3
tumeur	18	cortisone	9	nouveau	6	lire	3	peser	3	moment	3	ecouter	3	demandeur	3
aller	15	kinesitherap	9	premier	6	metz	3	peter	3	moteur	3	enclume	3	demarrer	3
petit	15	but	6	problem	6	neuf	3	place	3	niveau	3	endroit	3	deuxieme	3
prendre	15	pot	6	refaire	6	part	3	pomme	3	normal	3	essayer	3	echapper	3
ameliorer	15	sel	6	tourner	6	peur	3	prise	3	nouvel	3	explica	3	eventuel	3
dine	12	ares	6	preferer	6	pire	3	puree	3	operer	3	hantise	3	handicap	3
matin	12	note	6	nicopatch	6	plan	3	repas	3	piquer	3	haricot	3	importer	3
tabac	12	pied	6	chaussette	6	plat	3	retro	3	plaire	3	hopital	3	P_	3
temps	12	seul	6	necessaire	6	poil	3	sucré	3	plombs	3	inverse	3	nicotine	3
arrete	12	etape	6	reeducation	6	rire	3	tenir	3	precis	3	laisser	3	pantalon	3
jardin	12	lever	6	radiotherapi	6	rose	3	tirer	3	raidir	3	laxatif	3	paraly19	3
manger	12	passee	6	an	3	soft	3	tombe	3	raison	3	marquer	3	prochain	3
arriver	12	radio	6	kg	3	truc	3	train	3	relire	3	marteau	3	promener	3
ordonnance	12	rayon	6	anh	3	vide	3	voler	3	renote	3	partant	3	proposer	3
traitement	12	taper	6	arf	3	aimer	3	aimant	3	revoir	3	pharmac	3	quantite	3
tss	9	venir	6	cas	3	annee	3	ancien	3	satana	3	poussees	3	regarder	3
voir	9	accord	6	dur	3	arret	3	blan14	3	schema	3	reforme	3	remette	3
chose	9	gauche	6	sac	3	belle	3	cabane	3	sortie	3	semaine	3	revoulez	3
debut	9	maison	6	tip	3	bouge	3	cachet	3	sortir	3	sembler	3	tendance	3
heure	9	mettre	6	top	3	cause	3	centre	3	trompe	3	suffire	3	toilette	3
kyste	9	pareil	6	abri	3	crise	3	charge	3	viande	3	terrain	3	ballerine	3
medrol	9	parler	6	agir	3	danse	3	chemin	3	visuel	3	trainer	3	carrement	3
servir	9	patchs	6	base	3	droit	3	donner	3	attendu	3	traiter	3	cigarette	3



B – Analyse manuelle

1 – Analyse « pas à pas »

Il est utile d'analyser la trame appliquée par le médecin à cette consultation en mettant en exergue les thèmes dominants.

Tout d'abord le médecin va établir un état des lieux de la situation en recueillant des informations sur les antécédents médicaux du patient. Ainsi, jusque M266 le médecin va se centrer sur les informations antérieures à la maladie et aux premières manifestations de cette dernière. Ce recueil de données est habituellement fait en amont de la consultation d'annonce, dès la prise en soins dans le secteur de neuro-oncologie pour la phase de biopsie et d'IRM. Cette partie prend une large place dans la consultation d'annonce et semble perturber le médecin qui se retrouve avec un manque d'informations primaires pour débiter cette consultation et surtout réaliser l'annonce de diagnostic. Ainsi, d'emblée nous pouvons mettre en avant le fait **qu'il est primordial que le médecin qui débute la prise en charge soit celui qui réalise l'annonce de diagnostic** et même assure le suivi. Cela

assurera une cohérence tout au long du parcours de soins et participera à l'instauration du pacte de confiance en singularisant le colloque entre le patient et le médecin.

Ainsi, en M258 le médecin s'excuse auprès du patient de devoir prendre ce temps pour aborder les antécédents qu'il a sans doute déjà eu à aborder avec le médecin rencontré initialement dans le service (M258: *je suis désolé d'avoir repris tout ça hein*). Le patient manifeste son indulgence (P259: *on est là pour ça*) avant même que le médecin ne se justifie de nouveau pour les raisons de cette interrogatoire (M260 :[...] *c'est toujours plus difficile de voir des gens que vous n'avez pas vus au tout début ; M262 :[...] tant que vous n'avez pas entendu les gens raconter l'histoire c'est difficile de de bien comprendre ; M264 : [...] c'est pas moi qui vous avais vu auparavant c'était mon collègue ; M266 : [...] vous ne vous rendez pas compte en lisant la lettre ce que c'est vraiment alors que quand les gens racontent vous comprenez beaucoup plus facilement*) et puisse alors conclure sur le fait qu'à présent, après ce recueil d'informations, il est à même de comprendre parfaitement la situation. Si nous pouvons considérer que la consultation d'annonce a déjà débuté dès l'entrée dans le bureau du patient et de sa compagne, pour le médecin, elle ne semble commencer qu'une fois ces pré-requis posés. Pourtant, ce temps nous apporte quelques pistes utiles quant à la compréhension des enjeux de la consultation d'annonce.

Lorsque le médecin effectue un interrogatoire concernant les antécédents médicaux du patient (M0 – M35), il apparaît que l'épouse se considère peu utile à ce niveau tout simplement parce qu'elle ne partage pas sa vie avec le patient depuis suffisamment longtemps pour connaître toute l'histoire médicale de ce dernier (E18). Ensuite le médecin va s'intéresser à la situation professionnelle du patient. Si ce dernier est à présent à la retraite, il aura été auparavant mineur de fond jusqu'à ses 50 ans, bien qu'il ait bénéficié d'une retraite anticipée dès l'âge de 44 ans.

Puis il va prendre connaissance des traitements actuels pris par le patient au regard de ses antécédents (M47). Par sa formulation le médecin laisse déjà sous-entendre au patient – et à sa compagne – qu'il y a quelque chose à traiter puisqu'il précise qu'il souhaite connaître le traitement pris habituellement par le patient pour adapter en fonction celui qu'il compte lui donner dès aujourd'hui, sans dévoiler pour autant la gravité ou non du mal à traiter.

M47: hum hum ok bon c'était juste pour situer un petit peu ça, et comme traitement j'avais renoter juste pour pas qu'y ait d'interférence avec ce que je vais vous prescrire, [...]

Le patient va alors répondre à la question du médecin sans manifester de réaction au sous-entendu.

En M61, le médecin, par son intervention, présuppose qu'il ne répond pas encore aux attentes du patient mais davantage aux siennes, marquant bien ainsi le sens qu'il donne à cette consultation d'annonce et la place qu'il prend dans la délivrance d'un savoir que le patient vient chercher. En d'autres termes le médecin considère que

son rôle dans ce temps est de dire, d'annoncer au patient la maladie ou plus précisément de dévoiler une réalité quant aux raisons des troubles perçus par le patient depuis plusieurs mois et donc in fine de nommer la maladie, à savoir le glioblastome.

M61 : [...] la dernière chose après je vous embête plus et on revient directement sur ce qui nous intéresse [...]

En M61 encore, le médecin cherche à connaître deux caractéristiques du patient – qui détermineront par la suite la dose de chimiothérapie à administrer – que sont le poids et la taille. Le patient n'ayant pas saisi l'acte directif émis par le médecin, ce dernier réitère en M63 et l'épouse va en E64 répéter le dernier élément de la question posée (le conjoint droit de la question conjonctive), en l'occurrence la taille. Or, le patient va, en P65, répondre au premier élément de la question (le conjoint droit), ignorant en quelque sorte l'information de l'épouse. Si cet échange peut donner l'impression d'un malentendu, il est peut-être plus la manifestation déjà là de l'instauration du colloque singulier entre le médecin et le patient duquel l'épouse serait exclue.

M61: [...] c'est votre poids et votre taille

P62: comment ?

M63: votre poids et votre taille

E64: ta taille

P65: ah j'ai perdu 11 kilos depuis hein

Ensuite, le médecin va se pencher sur les premiers signes d'apparition de la maladie (M74). Il va particulièrement s'intéresser à une forte crise d'épilepsie (*M101: et le gros malaise c'était le*). L'épouse cherche alors à aider le médecin dans sa compréhension de l'histoire clinique du patient, en rectifiant une information erronée donnée par le patient (E104) et en insistant sur un aspect factuel (E108). L'épouse semble donc à présent trouver sa place et, tout en restant discrète dans l'entretien, manifeste malgré tout sa présence auprès du patient.

Nous apprenons que le patient est déjà très attaché à son traitement antiépileptique (P129) car l'événement vécu, en l'occurrence la crise qu'il décrit sous la forme d'une souris qui lui aurait rongé la main, a été un véritable traumatisme (P125).

Ensuite, ayant identifié dans le discours du patient le moment inaugural de la maladie (M134), le médecin va se centrer sur cette crise du 25 mai en demandant des précisions au patient. L'épouse va chercher en E148 là-aussi à se rendre utile en précisant les explications données par le patient (P147), sous-entendant que ce dernier n'a pas été suffisamment précis.

Le patient va alors longuement décrire comment il a vécu cette crise d'épilepsie, verbalisant clairement l'angoisse ressentie et précisant en P178 le besoin d'avoir sa compagne à ses côtés dans cet instant difficile. Cette dernière va mentionner que les pompiers sont intervenus pour gérer cette crise (E180).

Dès lors apparaît la prise en charge en milieu hospitalier dans l'établissement local avec la phase d'exploration et de recherche des causes de cette crise (M183: [...] scanner; l'IRM). Le patient nous précise avoir été transféré dans l'unité de neuro-oncologie du CHU de Nancy (M185) et avoir rencontré un autre neuro-oncologue.

Enfin, le médecin termine d'aborder cette phase pré-diagnostique en évoquant la prise en soins dans le service (M188: de là il montre le dossier en RCP et on dit il faut faire une biopsie) puis entame la situation actuelle. Le patient va alors décrire deux crises depuis la mise en route du traitement antiépileptique (P193), l'épouse précisant que qu'elles sont survenues toutes deux avant son entrée à l'hôpital (E194).

A présent le médecin va véritablement se lancer dans le processus de l'annonce en se positionnant comme transmetteur d'un savoir que le patient est venu connaître. Il va ainsi débiter ses explications en s'appuyant sur l'imagerie, à savoir l'IRM et en donnant dans un premier temps les informations nécessaires à la lecture correcte de l'image (M266). Si le patient manifeste immédiatement sa compréhension (P267), l'épouse la signifiera plus tardivement (E273).

Le médecin va tout d'abord introduire les notions de **LESION** (M270) et d'**OEDEME** (M274). Sur ce dernier point il glisse déjà un aspect thérapeutique en expliquant le rôle de la cortisone sur la résorption de l'œdème (M276).

La manière dont le médecin va amener le terme de **TUMEUR** est assez intéressante (cf. par exemple les travaux de Ghiglione, 1993 in Ghiglione et Trognon, 1993, pp. 50 et ss ; Chareaudeau, 1992). En effet, en identifiant la tumeur par l'article défini *la*, le médecin indique qu'il a déjà identifié la tumeur, il confirme en quelque sorte une hypothèse non clairement formulée mais sans doute déjà réelle dans la tête du médecin lorsqu'il a pris connaissance des résultats de l'IRM. En d'autres termes il démontre qu'il partait de l'hypothèse de trouver une tumeur plus que toute autre cause au tableau symptomatique présenté par le patient.

M276: [...] sur les coupes en pondération flair vous voyez qu'y a une zone qui est en hyper signal flair ici, et en fait je pense que c'est un...c'est la tumeur

Le médecin va ensuite prononcer le terme **AGRESSIF** et surtout nommer la maladie (M278: [...] la conclusion c'est **GLIOBLASTOME**. [...]). Concernant ce dernier terme, il va en donner une définition, son évolution

naturelle, les options thérapeutiques et il accorde ensuite un temps de questions au patient et à sa compagne. Ainsi, il utilise une forme très didactique pour expliquer ce qui apparaît comme étant le cœur de cette consultation et le motif de rencontre de ces différents protagonistes. Il vient sous cette forme définir le cadre de la consultation d'annonce. Dans cette partie de l'entretien, seule l'épouse réagit, le patient restant silencieux.

Le médecin va alors en M278 décrire le processus pathologique en partant de la tumeur, précisant l'aspect primitif et la localisation cérébrale (*CERVEAU*) et en éliminant la présence de *METASTASE* d'un éventuel *CANCER*. Il termine par la notion de cellules *GLIALES*.

Le médecin va questionner le patient sur sa connaissance éventuelle de ces cellules et, de cette manière, scande le discours et fait une sorte de pause dans la sollicitation psychique du patient et la nécessité d'écoute et d'attention quant aux informations transmises. Son intérêt n'est sans doute pas d'informer à outrance le patient sur des éléments techniques ou spécifiques tels que la glie mais plutôt d'apporter « un peu d'air » au patient et lui permettre d'éviter ou de sortir d'une possible stupeur liée à l'annonce de la maladie.

Il poursuit alors sur un ton pédagogique en expliquant ce qu'est une tumeur et amène le terme d'*ASTROCYTOME*. En décrivant leur classification liée au niveau d'agressivité, le médecin va faire un retour sur la situation spécifique du patient en faisant le lien entre le *GRADE IV* et le glioblastome, ce dernier ayant déjà été prononcé précédemment par le médecin pour décrire la pathologie du patient.

Il va dans la foulée amener la notion de *TUMEUR CANCEREUSE* et répète le mot *CANCER* en en donnant là aussi une définition et en précisant que si parfois le cancer peut se propager via les métastases, dans le cas singulier du patient, il n'en est rien.

Il conclut par la nécessité de contrôler l'évolution de la tumeur à l'endroit où elle se situe et introduit alors la dimension thérapeutique.

En s'appuyant toujours sur l'imagerie il va ainsi expliquer au patient que sans traitement spécifique, la tumeur poursuivra son évolution en envahissant la zone cérébrale.

C'est ainsi qu'il débute cette partie d'entretien en expliquant au patient l'évolution naturelle de la maladie. En s'appuyant là encore sur l'imagerie, il va tenter de permettre au patient de bien saisir la situation et comprendre l'évolution du processus tumoral si aucun traitement n'est mis en route pour contrer la maladie (*P281: oui ça va grossir*). L'épouse va également exprimer sa compréhension.

Le médecin aborde alors les différentes options thérapeutiques en précisant d'emblée au patient que des progrès ont été réalisés dans ce domaine et que des stratégies nouvelles sont à présent adoptées. Avant de tenter de donner clairement des éléments d'information, il va s'assurer que le patient le suit bien dans ses explications (*M 284 : Alors, au jour d'aujourd'hui... ça va ?*). Le patient va adhérer à ce jeu conversationnel en confirmant pas à pas au

médecin qu'il le comprend, ce qui va amener ce dernier à aborder la place de la **RADIOThERAPIE** et celle de la **CHIMIOThERAPIE** dans le parcours thérapeutique habituel du Glioblastome (M286). Le patient semble s'autoriser à poser une question pour s'assurer d'avoir correctement saisi l'information (*P287: les deux en même temps ?*).

Il fait preuve d'un grand intérêt et surtout de sa capacité psychique encore forte à entendre des informations malgré le fait d'avoir déjà reçu des éléments objectivement difficiles. La relation entre le médecin et le patient semble donc bien instaurée et le professionnel sait capter l'attention du patient sans l'anéantir.

Le médecin poursuit en parlant des **RAYONS** (M290). Le patient reste à l'écoute et cherche même à être acteur dans le processus en aiguillant le médecin sur son souhait de ne pas être hospitalisé sur Nancy en raison de la distance géographique de son domicile et en cherchant des solutions pour pouvoir *in fine* être chez lui pendant la durée des traitements. Il semble donc prêt à recevoir ces traitements si le médecin parvient à respecter son souhait d'être à domicile le plus souvent possible (*P300: du moment que je suis à la maison tous les jours*).

Sur ces aspects pratiques l'épouse semble très attentive aux informations délivrées par le médecin.

Après avoir assez précisément expliqué le parcours et les options thérapeutiques pour lutter contre la progression de la maladie, le médecin va présenter les effets secondaires des traitements. Le patient semble déjà chercher à intégrer ces aspects gênants à son quotidien (*P309: est-ce que j'ai droit à mon verre de vin en mangeant*).

L'infirmière va en profiter pour donner des explications pratiques sur le traitement pour tenter de répondre aux interrogations du patient (I311).

Le patient va paraître en décalage au niveau émotionnel en plaisantant (*P314: voir si j'ai des gamma GT (rire)*). Est-ce défensif ? Est-ce la manifestation d'un trouble cognitif empêchant l'intégration totale de l'information ou est-ce le fait que le patient se sente suffisamment en sécurité avec ce professionnel qu'il perçoit solide ?

Le médecin va présenter les principaux effets secondaires de la radiothérapie en insistant sur la fatigue ressentie avec ces traitements lourds et la possible aggravation transitoire des troubles. Cependant le patient va rebondir sur la perte des cheveux, précisant que cette possibilité ne l'effraie pas du tout (P321). Le médecin va alors résumer les effets les plus fréquents et potentiellement les plus invalidants dans le quotidien en mentionnant les corticoïdes comme traitement symptomatique. Le patient montre sa connaissance de la cortisone en évoquant les effets secondaires et en exprimant son refus de les subir (*P323: faut pas qu'après je finisse comme diabète*). De ce fait, le médecin semble sentir que le patient cherche à rester actif dans le processus et va valoriser ses connaissances (*M324: alors il peut y avoir un diabète cortico-induit effectivement c'est une bonne remarque [...]*). Il refait alors le point sur les traitements et nomme la chimiothérapie (*M328: [...] le Temodal, c'est le nom de la chimiothérapie [...]*).

I329: et je vais vous donner des petits documents qui résument un petit peu ce que M.Y. vous a dit

P330: et tout pour les bons de transport c'est le médecin traitant qui fait ça ?

M331: c'est automatiquement c'est nous qui, pour les premières séances quand vous allez aller voir le radiothérapeute, nous vous ferons les bons de transport et après c'est automatique c'est ce qu'on appelle des transports en série le radiothérapeute remplira la demande d'entente préalable qui est toujours bien évidemment acceptée et c'est un ambulancier qui vous amènera et qui vous ramènera

P332: un taxi

M333: le plus souvent ils attendent exactement

P334: par contre maintenant y a deux sortes de cancers voyez

M335: hum hum

P336: bénin et malin, alors moi finalement c'est quoi? c'est le malin que j'ai ?

M337: je crois pas qu'il existe des cancers bénins vraiment, y a deux sortes de tumeurs, y a les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes, quand on dit cancer c'est d'emblée une tumeur maligne, là c'est une tumeur maligne c'est clair

P338: c'est malin

L'infirmière va avoir un rôle informatif et rassurant en précisant qu'elle remettra des plaquettes explicatives en fin de consultation (I329), car il semble bien que le patient se fixe sur les aspects purement pratiques avant même de réagir à l'annonce de la maladie (**DEPLACEMENT**). Il s'interrogera sur le mode de fonctionnement du *bon de transport* et il rectifiera le terme d'*ambulancier* prononcé par le médecin en utilisant celui de *taxi* (P332). Est-ce le désir de passer incognito dans son village, ce qui traduirait une difficulté de se montrer malade face aux autres et donc peut-être d'accepter indirectement ce nouveau statut ?

Le patient parvient même à faire preuve de « résistance » en employant l'expression *par contre* » P334 pour finalement recentrer l'échange et obtenir une description claire de la situation. C'est ainsi le patient lui-même qui introduit le terme **MALIN** (P336), laissant penser qu'il ne fait pas de lien entre la notion d'agressivité évoquée plus tôt dans l'échange et celle de malignité, ce qui là-aussi montre que **l'usage d'un langage « profane » ou de sens commun permet très certainement aux patients et à leur entourage de mieux saisir la réalité** qui les concerne. Ainsi en M337 le médecin va effectivement parler de tumeur maligne et c'est de cette façon que le patient semble y voir plus clair, reprenant à son compte le terme. **Etre simple dans les informations données tend à permettre au patient d'être plus à même d'intégrer ce qui lui arrive personnellement.**

M339: c'est malin y a pas d'ambiguïté avec comme je vous le disais tout à l'heure, une malignité qui est surtout une malignité régionale à l'endroit où se trouve la tumeur et pas trop le problème du risque d'aller migrer à distance, de temps en temps on peut dans l'évolution une évolution vers d'autres régions du cerveau c'est possible, c'est rare mais vraiment le plus souvent c'est le contrôle local à l'endroit où la tumeur se développe.

P340: hum

M341: alors juste pour terminer parce que le traitement y s'arrête pas après les 6 semaines-là

P342: (**rire**)

M343: Théoriquement quand la radiothérapie est terminée, radio chimiothérapie est terminée on vous revoit en consultation et on vous prescrit la chimiothérapie post-radiothérapie et une fois que les rayons sont terminés c'est la même chimiothérapie mais que vous prendrez juste 5 jours par mois

E344: ah oui

Le médecin poursuit les explications sur les traitements. A cet instant le patient se met à rire en réaction à une remarque du praticien (P342), ce qui pourrait laisser supposer à cet instant que le transfert est positif et que le patient se sent finalement bien dans cet espace-temps pourtant potentiellement mortifère. Cependant, cette réaction émotionnelle pourrait également être défensive.

Vient ensuite dans la discussion le sujet de l'évolution de la tumeur et plus précisément de la possibilité d'un *échappement de la tumeur* et ainsi d'une **RECHUTE** (M351). Le médecin va dans le même temps parler de protocole de recherche dans lequel le patient pourrait rentrer. L'infirmière suggère au médecin de noter les éléments dans le carnet de santé du patient (I360), ce dernier approuvant l'idée (P362). **Cet aspect est donc un élément étayant pour le patient et se formalise déjà via le Programme Personnalisé de Soins (PPS) remis au patient. Il est donc bon que l'infirmière – ou le médecin – puisse simplement conforter le patient – et ses proches – dans le fait que les informations essentielles transmises dans le cadre de la consultation d'annonce seront répertoriées dans ce classeur personnel.**

Les problèmes cardiaques étant un motif de non-inclusion dans l'étude, le patient explique alors les raisons de ses antécédents avec la part héréditaire de ce problème, livrant ainsi une part intime de son histoire.

Ce n'est qu'à partir de ce moment que le médecin va énoncer la **RECIDIVE** (M375) en signifiant au patient que le traitement standard sera toujours disponible le cas échéant et que des précautions sont prises dans le cadre de l'étude clinique.

Le patient va alors rebondir sur ce dernier aspect en mentionnant son problème de phlébite et le traitement pris avant l'intervention chirurgicale. Cette information semble assez importante pour être reprise par le médecin qui souhaite s'assurer d'avoir bien noté le nom du traitement pris. Le patient ayant des difficultés à se remémorer le médicament, l'infirmière va suggérer un traitement et l'épouse va supposer que celui-ci correspond bien à celui pris par le patient.

Néanmoins, le patient confond deux médicaments (P381) et sème alors le doute chez l'infirmière. C'est le médecin qui, finalement, trouvera la molécule prise par le patient (M392). Pour confirmer cela l'épouse va s'appuyer sur l'ordonnance en précisant qu'elle conserve toujours un double du document. Ce dernier sera utile au médecin lors de la dictée du courrier par la suite, c'est pourquoi celui-ci demande à l'épouse de le laisser sorti

le temps de la consultation.

Le médecin va poursuivre son interrogatoire sur la phlébite, sa survenue (M399), son mode de découverte (M409) en essayant de la situer dans le temps au regard des symptômes éprouvés (M414) afin de confirmer le fait que le patient ne puisse rentrer dans l'étude clinique (M432).

Le médecin va alors résumer l'aspect thérapeutique futur (M434) et le patient va insister, lui, sur sa volonté de ne pas être hospitalisé pendant la durée de ces traitements en interpellant le médecin sur ce point précis (M415).

L'épouse va ensuite rappeler au patient qu'il a une question à poser au médecin en lien avec la rééducation (E446) puisque les difficultés ressenties à la mobilisation de sa jambe gauche se majorent. Le patient fait alors part au médecin de son ressenti en essayant de trouver une raison à l'apparition du trouble (P454), mais le médecin va reprendre cet aspect en expliquant au patient les raisons objectives, à savoir l'effet de la tumeur (M455) et le fait que les traitements n'ont pas encore débuté (M463). Pour autant le médecin précise au patient qu'une fois les traitements instaurés, la kinésithérapie pourra alors progressivement être intensifiée. Il ajoute aussi que le rôle de la kiné peut être minime et rappelle que les effets de la radiothérapie peuvent transitoirement faire augmenter le déficit (M469). C'est pourquoi il revient à la dimension purement médicale en mettant en avant le rôle des corticoïdes sur ces troubles et demande au patient s'il poursuit bien la prise de cortisone (M471). Même si le patient ne saisit pas le nom générique du médicament, il parvient à resituer la prise dans le temps de ces comprimés et confirme qu'il s'agit bien de cortisone (P479).

Lorsque le médecin précise au patient qu'il lui fera une ordonnance en fin de consultation pour qu'il puisse être certain de ne pas manquer de médicaments, le patient demande surtout au professionnel de lui assurer une bonne compréhension de l'ordonnance par une écriture correcte et lisible, utilisant l'humour pour le faire et impliquant sa compagne.

P487 : et si vous pouvez me le taper à la machine pour que nous on puisse relire aussi parce que

P489 : voilà parce qu'elle arrive pas à lire le braille

Ceci montre bien la place qu'il accorde à sa compagne à ses côtés, s'appuyant sur elle et partageant donc ce vécu singulier avec elle. (**Importance de l'entourage**).

P494 : en gros le traitement c'est trois mois quatre mois ?

M495 : non c'est six semaines la première étape et six mois la deuxième étape si on part déjà pour le minimum le temps de mettre en place ça fait deux mois on va dire minimum huit mois minimum huit mois avec le schéma dont je vous ai parlé sauf si c'est pas du tout impossible on est confronté à une progression hein

E496 : voilà

M497 : *ça peut arriver malheureusement euh je préférerais vous dire que nous*

P498 : *j'avais un de mes beaux-frères il avait un problème pareil*

M499 : *hum*

P500 : *eh bah il est parti lui*

M501 : *hum hum donc ça peut arriver malgré le traitement que la tumeur échappe et que elle continue à grossir*

P502 : *hum*

M503 : *et de toute façon on vous reverra avec une radio comme je vous l'ai dit tous les deux mois ou trois mois peu importe dans les recommandations pas plus que trois mois et à chaque fois on remet tout à plat c'est-à-dire qu'avec vous on regarde la radio on compare la nouvelle avec l'ancienne*

P504 : *oui oui parce que ça sert à rien de tourner autour du pot il faut y aller tout de suite droit au but et puis bah écoute c'est comme ça ça s'est pas amélioré*

M505 : *exactement*

P506 : *c'est pas la peine de tourner autour du pot parce que moi j'suis entre le marteau et l'enclume*

M507 : *hum hum*

P508 : *moi je pète des plombs moi le matin quand je me lève il me faut ½ heure ¾ d'heures pour démarrer hein*

Le patient va de nouveau essayer de situer la temporalité des traitements mais a du mal à se représenter correctement le parcours (P494). C'est pourquoi le médecin va resituer l'option thérapeutique choisie, en précisant la probabilité de **PROGRESSION** malgré les traitements (M495).

A cet instant, le patient évoque le décès d'un beau-frère du au cancer et à l'échec des traitements (P498), ce qui tend à laisser penser que le patient a intégré la réalité malgré le ton parfois léger – et défensif ? – qu'il peut prendre. Cependant, en P500 (*eh bah il est parti lui*), le patient sous-entend en quelque sorte que deux possibilités s'offrent à lui, en l'occurrence, comme son beau-frère, mourir ou alors, s'en sortir.

En M503, le médecin tente de rassurer le patient en évoquant le contrôle continu de l'évolution de la maladie mais rapidement le patient va exprimer son besoin de vérité même si la réalité est dure (P504) car il confie qu'il est déjà difficile de vivre actuellement avec ce mal (P508).

En P506 (« *c'est pas la peine de tourner autour du pot parce que moi j'suis entre le marteau et l'enclume* »), apparaît bien la pénibilité du doute et le soulagement attendu par la révélation du diagnostic comme le montre la littérature (cf. Ganem et al., 2010). L'attitude du patient semble conforter le médecin dans sa façon de voir les choses (M505 : *exactement*).

P510 : parce que jusque ça commence à

M511 : hum hum

P512 : le matin je me lève une fois à gauche une fois à droite ça vole

M513 : hum hum

P514 : et puis vous me mettez un caillou dans le chemin et bien le seul caillou qui y'a c'est pour mon pied parce que y faut qu'il aille taper dedans

M515 : parce que effectivement vous êtes moins attentif

E516 : oui

M517 : le contrôle visuel qui est nécessaire suffit que vous ayez un peu d'inattention et ça but

P518 : ouais

M519 : plus le handicap moteur

P520 : j'suis comme attiré c'est un aimant

I521 : et puis vous avez arrêté le tabac aussi

Le patient faisant part des troubles quotidiens, le médecin tente d'en donner là-encore des raisons objectives et l'infirmière va ajouter une cause non encore évoquée qui est l'arrêt du tabac (I521). Le patient va donc aborder ce point en précisant que s'il a cessé de chiquer du tabac il a utilisé des substituts nicotiques mais sans conviction et surtout avec une impression de mal-être. L'infirmière, suivie du patient, demande au médecin si la nicotine peut être à l'origine des troubles exprimés. Le médecin ne semble pas convaincu de l'effet du tabac sur l'état du patient.

C'est alors que le patient va faire état soudainement d'une perte de poids (P546). Il plaisante sur son corps et apparaît alors un moment de complicité vécu précédemment lors de l'hospitalisation du patient en secteur avec l'infirmière présente à l'annonce, cette dernière rapportant un événement de prime abord comique – mais n'est-ce pas une stratégie défensive inconsciente, en l'occurrence la **dérision**, mise en œuvre par les soignants pour supporter une réalité de travail difficile ? – amenant un peu de légèreté dans l'entretien (P546 – E553).

Le patient complimente alors le service mais pointe un aspect selon lui plus négatif qui est l'alimentation proposée (P556). L'épouse précise que le patient avait de plus un régime sans sel et sans sucre, ce qui altère encore plus les goûts (E567).

Le patient poursuit en évoquant des problèmes de transit et de la gêne occasionnée (P568) et de la crainte associée de faire une crise d'épilepsie. Il reconnaît ne pas avoir un caractère facile et félicite sa compagne pour sa patience (P572) en expliquant qu'il a besoin de se sentir utile et qu'actuellement ce n'est pas le cas (P574). Il confirme alors l'obligation d'accepter son état actuel mais regrette en quelque sorte de ne plus être comme avant, faisant état de modifications dans sa vie quotidienne.

Le médecin laisse parler le patient puis essaie de savoir si les explications données sont suffisamment claires et précises (M594). Le patient faisant part de sa compréhension, le médecin lui demande quelle est sa préférence concernant le centre de radiothérapie. Monsieur Bertrand souhaite recevoir la radiothérapie dans le même hôpital que celui dans lequel il a été opéré précédemment. Le médecin se lance alors dans la rédaction du courrier (M600).

2 - Avancée conversationnelle des termes

Nous ne tiendrons pas compte du mot **chirurgie** qui est utilisé par le médecin mais pas dans le contexte du cancer. Ce mot apparaît lors de l'entretien initial mené par le médecin pour connaître les antécédents chirurgicaux du patient.

Le médecin va aborder les aspects médicaux en introduisant la notion de **biopsie**, examen permettant de définir la nature de la tumeur. Il situe ainsi au moment de l'entrée du patient dans le parcours neuro-oncologique :

*M188: de là il montre le dossier en RCP et on dit il faut faire une **biopsie** ok [...]*

Ce terme sera prononcé à douze reprises par le médecin et repris une seule fois par le patient, ce dernier répondant à la question du médecin :

*P407 : avant la **biopsie** oui oui*

Ensuite, le médecin va amener la notion de **lésion** pour aborder la présence de la maladie au niveau cérébral sur l'imagerie :

*M270: d'accord ? Donc la **lésion** elle est située vraiment dans la région frontale [...] donc la **lésion** elle est là sur plusieurs coupes [...].*

Puis vient dans le discours la notion **d'œdème** qui permet au médecin d'expliquer au patient les troubles physiques perçus :

*M274: [...] vous voyez que c'qu'y a en plus sombre c'est ce qu'on voyait tout à l'heure et que tout autour y a de l'**œdème** lui aussi participe à l'impotence que vous avez*

Rapidement le médecin va alors employer le terme de **tumeur** pour annoncer la maladie et expliquer là-aussi les déficits moteurs ressentis:

M276: [...] vous voyez qu'y a une zone qui est en hyper signal flair ici, et en fait je pense que c'est un...c'est la **tumeur** aussi juste dans la conformation spatiale la **tumeur** elle part du haut et elle descend [...].

Ensuite, le médecin va amener la gravité de la maladie en utilisant la notion d'**agressivité** :

M278: alors souvent quand ça capte pas ça veut dire que c'est un peu moins **agressif**, la tumeur elle est étendue dans le sens de la hauteur, y a des zones qui sont un petit peu plus **agressives** et des zones qui sont un petit moins **agressives**, voilà. [...]

Pour définir cette tumeur agressive le médecin va alors employer le terme **glioblastome** pour nommer la maladie dont souffre le patient :

M278 : [...] Alors on a reçu les résultats par fax, je n'ai pas eu le pathologiste d'habitude j'aime bien en discuter avec lui mais je les ai pas eus, J.M.V le pathologiste et la conclusion c'est **glioblastome**. [...]

Il situe bien le fait que la maladie se situe au niveau du **cerveau** :

M278 : Ça confirme que, un, c'est bien une tumeur, premier point, deuxième point que cette tumeur est une tumeur primitive du **cerveau** [...]

Il précise également qu'il ne s'agit pas d'une **métastase** d'un autre cancer situé à distance du cerveau, ce qui l'amène à prononcer le mot **cancer** pour qualifier de manière indirecte la maladie du patient :

M278 : c'est pas la **métastase** cérébrale d'un cancer que vous auriez ailleurs

Il tente alors de donner une définition précise de la maladie au patient en détaillant ce que sont les cellules atteintes, à savoir les **astrocytes** :

M280: [...] les cellules qui se sont multipliées pour votre tumeur ce ne sont pas les cellules nerveuses ce sont les cellules qui sont autour des cellules nerveuses [...] y a un type de cellule qui s'appelle les **astrocytes**, présents dans tous les cerveaux, le vôtre le mien et quand les **astrocytes** prolifèrent la tumeur elle s'appelle un **astrocytome**.

Il va se centrer sur ce type de maladie en précisant ses caractéristiques selon les **grades** qui permettent d'en définir la gravité:

M280 : [...] les astrocytomes sont classés en **grade** d'agressivité croissante, 1,2,3,4, donc chez l'adulte y a pas de **grade** 1, l'adulte ça peut être 2, 3 ou 4 et quand on dit glioblastome, c'est équivalent à astrocytome de **grade** 4 alors je pense qu'y a plusieurs composantes dans votre tumeur, ce qu'on voit la partie là plus basse ça ça correspond plutôt à un **grade** 2 sur la présentation radiologique et ce qu'y a au dessus ça correspond plutôt à un **grade** 4 et quand on fait une conclusion sur le plan d'un prélèvement on conclut toujours avec ce qui est le plus agressif [...] Un **grade** 4 ça veut dire qu'il faut considérer la tumeur comme une tumeur cancéreuse [...]

Nous voyons ensuite l'usage du mot **masse** mais ce dernier n'a finalement pas un rôle important à ce stade des explications.

M282 : [...] Les cellules tumorales ont tendance à se détacher de la **masse** tumorale initiale et à progresser [...]

Le médecin va alors entamer la partie concernant les traitements en abordant la **radiothérapie** associée de suite à la **chimiothérapie**, les deux constituant le traitement standard des glioblastomes :

M286: ok au jour d'aujourd'hui le traitement standard, des glioblastomes, des astrocytomes de grade 4 repose sur une association de **radiothérapie** et de **chimiothérapie**.

La **chimiothérapie** sera reprise par le patient (P295) et l'infirmière (I311) au cours de l'entretien.

Le médecin prononce à 20 reprises le mot **rayons** qui dans le langage courant est souvent plus utilisé que celui de radiothérapie :

M290: [...] Les **rayons** se font une fois par jour, 5 jours par semaine, du lundi au vendredi, il n'y a pas de **rayon** le samedi et le dimanche.

Enfin, pour exposer le processus évolutif inexorable de ce type de pathologie, le médecin va conclure sur la notion de **récidive** l'évoquant sous l'angle des essais thérapeutiques:

M367 : [...] c'est une étude randomisée en fait donc y a un tirage au sort, la moitié des patients sont traités comme je vous l'ai dit traitement standard, et l'autre moitié en fait on voudrait évaluer l'intérêt de débiter tout de suite, tout de suite la chimiothérapie qu'on donne habituellement à la **récidive**, avant de faire les rayons.

Il est intéressant d'observer que le patient va lui seul intégrer la notion de **malignité** qui est plus fréquente dans le langage courant et qui du coup sera reprise par le médecin à six reprises, ce dernier tentant ainsi de se situer au plus proche de ce que le patient sait ou est en mesure de comprendre au vu de ses connaissances profanes. Ainsi, la notion de **malignité** va apparaître dans le discours lors de cette consultation à un niveau assez avancé de l'entretien, le patient marquant sa compréhension des informations données par le médecin :

P336: **bénin** et **malin**, alors moi finalement c'est quoi? c'est le **malin** que j'ai ?

En conclusion, nous pouvons percevoir le temps long consacré à la prise de connaissance du patient par le médecin. Il n'abordera qu'assez tardivement le sujet de la maladie en débutant au 188^{ème} tour de parole par la notion de **biopsie**. Il va alors se lancer dans la description de plus en plus fine et précise de la pathologie et de son caractère gravissime. Le mot **cancer** arrive après celui de **glioblastome** alors que le médecin va décrire la maladie en évoquant les notions de **lésion** et **tumeur agressive**. Il amène ainsi la notion de **cancer** en la détachant de la **métastase** et en situant bien la maladie au niveau du **cerveau** et pas d'un autre organe. Il est intéressant de voir que la notion assez générique de **masse** n'est pas utilisée par le médecin pour amener le **cancer** puisqu'elle ne sera énoncée qu'une seule fois et de manière postérieure à l'énonciation du **cancer**.

L'abord des traitements arrive logiquement après la présentation du tableau pathologique et la **chimiothérapie** reste majoritaire dans le discours du médecin, même si elle est initialement associée à la **radiothérapie**. Le médecin préférera à cette dernière la notion de **rayons**, plus largement vulgarisée.

A aucun moment le patient ou sa compagne ne va reprendre les termes prononcés par le médecin. Cela nous amène à nous questionner quant à la bonne compréhension des propos du professionnel et sur l'impact psychique

de ces derniers. Néanmoins, nous pouvons observer que le patient va attendre la fin du discours du médecin pour intervenir et poser une question qui nous laisse supposer qu'il a bien compris la situation. En effet, en demandant si son *cancer* est *bénin* ou *malin* et en insistant sur le dernier terme avec l'emploi du *je* nous présumons qu'il a saisi la possibilité d'être atteint d'un *cancer* grave. En résumant ainsi les propos du médecin, il semble que le patient a davantage besoin d'entendre des termes « profanes », des termes largement partagés par la population « tout-venant » pour comprendre la réalité; par l'emploi de termes techniques, d'un jargon médical, la rationalisation du médecin peut entraver le processus d'appropriation et d'intégration psychique de la maladie. Par ailleurs, cette intervention percutante du patient « *bénin et malin, alors moi finalement c'est quoi? c'est le malin que j'ai ?* », qui vient résumer à l'essentiel ce que le médecin a énoncé auparavant, permet sans doute à ce dernier d'aborder la notion délicate de *récidive* sans avoir à parler de guérison. Ni le patient ni sa compagne ne vont d'ailleurs prononcer ce mot sous n'importe quelle forme que ce soit (négative, interrogative, affirmative).

3 Repère des termes spécifiques (furet)

Occurrence :

Termes « maladie »	CS1	Termes « traitements »	CS1
<i>Lésion</i>	2M	<i>Radiothérapie</i>	23M
<i>Tumeur(s)/ tumorale(s)</i>	52M	<i>Rayon</i>	20M
<i>Glioblastome(s)</i>	5M	<i>Chimiothérapie</i>	38M 1P 1I
<i>Cancer/euse</i>	7M 1P		
<i>Masse</i>	1M		
<i>Malin</i>	3P 6M		

III – ANALYSE INTERACTIONNELLE :

Nous avons pu constater précédemment que certains thèmes introduits par le médecin en lien avec la maladie étaient repris par le patient et ses proches alors que d'autres ne quittaient pas le monde soignant. Il est donc nécessaire d'approfondir notre analyse sur ce phénomène afin d'en comprendre les raisons. Nous proposons, pour se faire, d'observer plus particulièrement l'usage ou le mésusage des maximes de Grice.

1 – La notion de *masse*

M282: ça va grossir progressivement voyez là aussi et ça va s'étendre en fait l'œdème préfigure l'endroit, les endroits où la tumeur va s'étendre en l'absence de traitement. Les cellules tumorales ont tendance à se détacher de la masse tumorale initiale et à progresser tout doucement ou vers l'arrière vers l'avant, latéralement ou vers le bas. Le noyau tumoral le plus agressif il est là, le moins agressif il est un peu plus bas et dans tous les cas que ce soit la tumeur qui apparaît la moins agressive ou que ce soit la tumeur qui apparaît la plus agressive l'évolution spontanée se fait vers l'augmentation l'infiltration du cerveau tout autour par delà vers l'accentuation des symptômes vous risquez éventuellement de faire plus de crises d'épilepsie ou de majorer le déficit du membre supérieur ou du membre inférieur. Donc c'est l'évolution spontanée en l'absence de traitement.

C'est un discours vraiment menaçant ! Le terme masse est associé à celui de tumeur et marque un point de départ d'un processus évolutif dynamique (*masse tumorale initiale*). Le médecin utilise à nouveau l'article défini qui permet de transmettre que *la masse* est bien identifiée respectant en quelques sortes la maxime gricéenne de pertinence ou dite « de relation « **Soyez pertinent !** », mais il n'en dit pas beaucoup à son sujet, violant ainsi la maxime de quantité « **soyez aussi informatif que nécessaire** ».

2 – La notion de *tumeur / tumoral*

Elle est prononcée à 52 reprises par le médecin au cours de cette consultation d'annonce.

M276: tout autour là, voilà, là c'est l'œdème et la cortisone elle vise à traiter l'œdème qu'y a tout

autour et dernière chose c'est quand on descend un tout petit plus bas sur les coupes en pondération flair vous voyez qu'y a une zone qui est en hyper signal flair ici, et en fait je pense que c'est un...c'est la tumeur aussi juste dans la conformation spatiale la tumeur elle part du haut et elle descend, elle elle s'infiltré un petit peu vers le bas aussi dans la région qui est pariéto-occipitale, ce qui explique aussi que vous ayez des troubles de la sensibilité de votre côté gauche. Alors là ça capte pas le produit de contraste quand je vous ai montré les premières coupes où le blanc correspondait aux zones qui captent le produit qu'on injecte, cette région ici ne capte pas le produit de contraste

D'emblée le médecin identifie la tumeur comme étant l'objet à voir, celui qui est à rechercher (*c'est la tumeur*). Il fournit des informations à son propos quant à sa localisation (*elle part du haut et elle descend*), sa progression (*elle s'infiltré un petit peu vers le bas aussi dans la région qui est pariéto-occipitale*) et son action (*des troubles de la sensibilité de votre côté gauche*). Ce faisant le médecin respecte les **maximes de relation** et de **manière**, en apportant notamment du sens à travers sa réponse quant aux raisons des troubles sensitifs perçus par le patient.

3 – La notion de *lésion*

M270: d'accord ? Donc la lésion elle est située vraiment dans la région frontale nous ce qu'on appelle la région centrale juste en avant du sillon central c'est la zone qui va commander la motricité et surtout la motricité du membre supérieur donc c'est pas pour nous étonner que vous ayez un déficit sur le membre supérieur dans cette topographie ici excusez moi encore un indice de la position difficile du médecin je vois pas très très bien, donc la lésion elle est là sur plusieurs coupes alors voilà je montre progressivement là là là là là et là, d'accord ?

Sans donner d'explication quant à la nature même de cette lésion et violant ainsi la maxime de **quantité**, le médecin la considère cependant comme étant la cause des effets négatifs ressentis par le patient (*la lésion*) en précisant son action délétère sur le plan moteur, puisque située sur une zone fonctionnelle (*c'est la zone qui va commander la motricité et surtout la motricité du membre supérieur {...}*), donc la lésion *elle est là*). Le médecin respecte les maximes de **relation** et de **manière**.

Notons en outre là encore une marque de malaise de la part du médecin à travers l'expression « *excusez-moi* ».

4 - La notion de *cancer*

Cette notion est la seule qui sera reprise par le patient.

*M278: alors souvent quand ça capte pas ça veut dire que c'est un peu moins agressif, la tumeur elle est étendue dans le sens de la hauteur, y a des zones qui sont un petit peu plus agressives et des zones qui sont un petit moins agressives, voilà. Donc ça c'est la base, c'est ça qu'on a biopsié. Alors on a reçu les résultats par fax, je n'ai pas eu le pathologiste d'habitude j'aime bien en discuter avec lui mais je les ai pas eus, J.M.V le pathologiste et la conclusion c'est glioblastome. Maintenant, je vous explique à quoi correspond un glioblastome, comment ça évolue si on fait pas de traitement, les différentes modalités de traitement possibles et puis ensuite je répondrai à vos questions si y a des choses que vous souhaitez qu'on précise. Alors, glioblastome ça confirme, en fait **ça nous va bien** en fait c'est corrélé, ça nous semble bien corrélé avec la présentation radiologique. Ça confirme que, un, c'est bien une tumeur, premier point, deuxième point que cette tumeur est une tumeur primitive du cerveau, c'est pas la métastase cérébrale d'un cancer que vous auriez ailleurs, c'est une tumeur qui s'est développée directement au niveau du cerveau deuxième point. Troisième point, est-ce qu'on sait d'où est venue cette tumeur-là ? Dans le cerveau y a d'une part (le téléphone sonne), oh on laisse sonner; d'une part les cellules nerveuses qu'on appelle les neurones et tout autour des cellules nerveuses vous avez des cellules qu'on appelle des cellules gliales, je ne sais pas si vous en avez déjà entendu parler ?*

Le médecin va introduire le *cancer* dans le discours en violant la maxime de relation puisqu'il annonce d'une certaine façon cette réalité en la niant tout en laissant supposer que si ce n'est pas ailleurs, alors c'est précisément là que se situe ce cancer (*c'est pas la métastase cérébrale d'un cancer que vous auriez ailleurs*). La maxime de **manière** est ainsi bafouée.

5 – La notion de Glioblastome

Ce mot est prononcé 5 fois pendant cet entretien.

M278: alors souvent quand ça capte pas ça veut dire que c'est un peu moins agressif, la tumeur elle est étendue dans le sens de la hauteur, y a des zones qui sont un petit peu plus agressives et des

zones qui sont un petit moins agressives, voilà. Donc ça c'est la base, c'est ça qu'on a biopsié. Alors on a reçu les résultats par fax, je n'ai pas eu le pathologiste d'habitude j'aime bien en discuter avec lui mais je les ai pas eus, J.M.V le pathologiste et la conclusion c'est glioblastome. Maintenant, je vous explique à quoi correspond un glioblastome, comment ça évolue si on fait pas de traitement, les différentes modalités de traitement possibles et puis ensuite je répondrai à vos questions si y a des choses que vous souhaitez qu'on précise. Alors, glioblastome ça confirme, en fait ça nous va bien en fait c'est corrélé, ça nous semble bien corrélé avec la présentation radiologique. Ça confirme que, un, c'est bien une tumeur, premier point, deuxième point que cette tumeur est une tumeur primitive du cerveau, c'est pas la métastase cérébrale d'un cancer que vous auriez ailleurs, c'est une tumeur qui s'est développée directement au niveau du cerveau deuxième point. Troisième point, est-ce qu'on sait d'où est venue cette tumeur-là ? Dans le cerveau y a d'une part (le téléphone sonne), oh on laisse sonner, d'une part les cellules nerveuses qu'on appelle les neurones et tout autour des cellules nerveuses vous avez des cellules qu'on appelle des cellules gliales, je ne sais pas si vous en avez déjà entendu parler ?

IV - CONCLUSION

Dans cette consultation il apparaît que le patient intervient aussi souvent que le médecin. Il se positionne donc en interlocuteur et souhaite participer activement à la consultation. Néanmoins, il est nécessaire d'intégrer à cette analyse le fait que le médecin rencontre pour la première fois le patient, ce qui habituellement ou du moins selon les recommandations ne devrait pas avoir lieu. Cela semble plus perturber le médecin que le patient lui-même d'où les nombreuses marques d'anxiété dans son discours. Le professionnel se retrouve à devoir réaliser une véritable anamnèse pour saisir les informations utiles et nécessaires à la compréhension de la situation. De ce fait, le patient a à répondre aux questions du médecin avant que ce dernier n'aborde le sujet pour lequel les différents protagonistes sont présents. Le médecin s'adresse donc logiquement au patient pour obtenir les réponses à ces questions. C'est d'ailleurs intéressant d'observer qu'à partir du processus discursif de l'annonce le patient va davantage rester silencieux et se positionnera plus en tant que récepteur. Ce n'est que dans cette partie de la consultation que le médecin va se placer en tant que membre d'un groupe en faisant preuve d'affiliation à la communauté médicale, probablement par réflexe défensif protecteur, alors qu'au cours de l'étape initiale il conservera sa place de sujet.

Le patient parle beaucoup plus en son nom qu'en intégrant sa compagne à la discussion. Jamais il ne va s'adresser à elle lors de la consultation mais il décrit parfois le vécu qu'il partage avec elle dans le quotidien. Il interpellera rarement le médecin mais décrira bien plus sa position et son vécu personnels.

L'épouse reste plus en retrait surtout lors de la phase anamnestique. Elle sera plus dans un mode commun que personnel et vient se positionner comme relai pour le patient quant à la compréhension des éléments demandés ou amenés par le médecin. Elle s'adresse ainsi directement au patient pour faire écho à ce que le professionnel a dit.

Enfin, l'infirmière rentre dans son rôle en étant à la fois guide pour le médecin dans certains aspects concrets de la situation et en même temps soutien informatif pour le patient et sa compagne.

Concernant le mode de transmission de l'information, le médecin va être dans un véritable processus progressif de l'annonce, à savoir :

- 1 – recueil d'éléments propres au patient
- 2 – reprise de la période pré-diagnostique
- 3 – évocation des premiers signes pathologiques objectivés
- 4 – énonciation du cancer via la notion de tumeur et glioblastome
- 5 – explications adaptées au cas singulier du patient
- 6 – abord des traitements
- 7 – information quant à l'évolution de la maladie

Le médecin, à aucun moment, ne va désespérer le patient ou l'assommer d'informations mortifères. C'est sans doute pourquoi le patient va pouvoir énoncer de manière assez claire et objective ce qu'il a saisi des informations données et qu'il va montrer son souhait de comprendre. Cela étant, le fait qu'il fasse cette requête au médecin laisse à penser que ce dernier n'a pas suffisamment été précis sur certains aspects, sans doute en raison d'une certaine rationalisation dans son discours. Des mots simples et issus du langage commun restent plus parlants pour le patient et ses proches que des termes ou notions certes plus précis mais plus complexes à intégrer.

CONSULTATION POST-ANNONCE PATIENT – INFIRMIERE

I – ACTEURS

Dans cette consultation, l’infirmière (I) et le patient (P) sont les deux seuls interlocuteurs. Le patient a déjà rencontré le psychologue en consultation post-annonce. Les deux acteurs se sont déjà rencontrés dans le cadre de la consultation d’annonce.

II – DUREE DE LA CONSULTATION POST-ANNONCE INFIRMIERE

La durée de cet entretien est de 8 minutes et 39 secondes. Le patient ayant déjà eu à s’entretenir avec le psychologue sur son vécu de l’annonce juste avant cette consultation, la fatigue induite par cette rencontre peut expliquer la brièveté relative de cet entretien.

III – STRUCTURE DE L’ENTRETIEN

Dans un premier temps l’infirmière s’intéresse aux informations reçues lors de la consultation d’annonce. Le patient va nettement signifier la nécessité de savoir, de connaître la réalité, aussi sombre soit-elle. Le besoin de savoir du patient est impérieux, car, comme déjà relevé, il répond à la nécessité de lever le doute. C’est ce qui est illustré ici :

P6 : ben oui ça va pas être rose

I7 : oui

P8 : mais au moins je sais où je vais maintenant

I9 : d'accord

P10 : d'un côté il faut y aller droit au but parce que **c'est pas la peine de tourner autour du pot**

I11 : oui

P12 : parce que si on nous cache, **si on commence à nous cacher des trucs à gauche à droite c'est pas l'idéal**

I13 : hum

P14 : des fois on arrive à des surprises

I15 : hum hum

P16 : et les **surprises je pense qu'elles sont plus traumatisantes** que ce qu'on...

I17 : bien sûr que de dire, d'être sincère dès le départ...

P18 : **faut être sincère tout de suite au départ, comme ça je sais ce que j'ai maintenant et je sais où je vais**

Ensuite, l'infirmière aborde la question des traitements. Nous constatons que le patient se focalise beaucoup sur la chimiothérapie. Ainsi, il aborde de manière négative la chimiothérapie :

P20 : tout est clair et net, c'est pas le problème hein parce que la chimio, **je sais que la chimio c'est déjà pas facile**

L'infirmière parle alors de la fatigue induite par ces traitements et, le patient restant focalisé sur la chimiothérapie, elle tente de démystifier cette dernière. Par sa longue expérience en oncologie, elle est en mesure d'exposer les représentations sociales les plus répandues chez les patients, les préjugés liés la chimiothérapie, pour pouvoir les dénier :

I25 : et la chimio par contre celle que vous allez avoir dans 9 cas sur 10 elle implique une fatigue mais **elle est bien supportée, c'est plus les chimio dont on a l'image**

I27 : où on est malade comme un chien, où c'est des vomissements toute la journée, **c'est plus ça hein**

I29 : c'est fatigant mais c'est pas une chimiothérapie avec le... la connotation qu'on pouvait avoir avant, elle, elle est **dans 9 cas sur 10 elle est très bien supportée**, euh les choses qui peuvent survenir c'est bon la fatigue ça avec la radiothérapie en général c'est très rare que ça ne se produise pas

Le patient a bien intégré les effets secondaires des traitements sur le plan moteur :

P30 : hum, je vais reperdre un peu dans les jambes et dans le bras

De ce fait, l'infirmière va lui expliquer l'attitude médicale adoptée dans cette éventualité :

I33 : ça peut arriver vous serez peut être amené à avoir un peu de cortisone en plus à cause de ça

I35 : et il faudra surveiller par des prises de sang les globules rouges, les globules blancs et les plaquettes

L'infirmière va alors aborder le vécu de l'annonce avec le patient. Celui-ci met en avant la clarté des informations reçues et l'honnêteté du médecin, ce qui selon lui, est une attitude positive. En I39, on observe l'expression de phénomènes projectifs de l'IDE : le contenu de sa question contient un état mental qu'elle attribue au patient « *vous n'avez pas été choqué* » qui présuppose que le patient pourrait avoir été choqué. De plus, posée à la forme négative, (non (choqué, patient)), cette question limite les alternatives de réponses. Si le patient souhaitait exprimer qu'il a été choqué, cela l'obligerait à s'opposer à l'affirmation contenue (non (non (choqué, patient))). S'opposer ainsi à l'affirmation de l'IDE est moins naturel que d'aller dans son sens et d'acquiescer. C'est d'ailleurs ce que le patient fait en P40.

I39 : et sinon la consultation d'annonce vous avez pas été choqué, les explications vous les avez trouvé adaptées, pas trop médicalisées ?

P40 : non non, pour moi c'était bien c'était bien expliqué, au moins j'ai compris ce que j'avais comme problème

Le patient va revenir sur la chimiothérapie, ce qui montre bien la butée que celle-ci représente dans le parcours. Il convient donc de préconiser que cet aspect soit davantage expliqué au patient et à ses proches lors de la consultation d'annonce.

P42 : et puis bon ben la chimio et tout ça faut pas se faire d'illusion c'est quand même des thérapies qui sont c'est assez costaud hein

Le patient va alors évoquer un symptôme pénible, montrant sa compréhension du rôle de l'infirmière dans le parcours de la maladie :

*P50 : pour l'instant, ma priorité c'est la **constipation** pour l'instant*

Relevons un petit quiproquo à cette étape :

I51 : ben je vous dis est-ce que vous avez eu un peu de selles quand même ou rien du tout ?

P52 : où ? ici ?

I53 : non depuis que vous êtes rentré

P54 : ah, à la maison ! à la maison je mange du sel mais alors...

I55 : non non (rire)... le transit

P56 : ah, des selles ! très peu

Peut-être pouvons-nous y voir une autre préoccupation que le patient développera un peu plus tard qui concerne la question de l'alimentation et de la restriction en sel en raison de la corticothérapie.

Cela étant, nous percevons bien le rôle qu'à l'infirmière dans l'explication des traitements car le patient manifeste bien le fait qu'il soit perdu dans la gestion des médicaments à prendre :

I65 : mais ce qu'il y a c'est qu'il faut continuer les traitements, il faut les prendre régulièrement

P66 : mes mes piqûres pour la phlébite et tout ça

I67 : non non c'est pas ça, pour la constipation

L'infirmière a aussi pour objectif d'insérer le médecin traitant dans le parcours du patient puisqu'il sera impliqué lui-aussi dans la gestion au domicile des aspects souvent pratiques, ce qui laisse à penser qu'il a à se former également aux spécificités des tumeurs cérébrales pour en connaître les manifestations. En P84, le patient utilise un connecteur contre-argumentatif (*quand-même*) qui lui permet de mettre en scène un monde où « on s'en sort de la perforation » malgré la gravité que le mot « *perforation* » induit.

I81 : oui mais je pense qu'il faut quand même voir votre médecin traitant et puis voir qu'elle vous examine parce qu'après si jamais ça fait une perforation c'est vraiment grave

(...)

P84 : mais on s'en sort quand même de la perforation ?

Les effets secondaires des traitements apparaissent plus perturbants et anxiogènes (*perforation*) que la chimiothérapie en elle-même. L'angoisse se déplace sur une autre réalité sans doute plus maîtrisable que le cancer en lui-même, ce qui correspond à une stratégie défensive du patient pour gérer la situation :

P96 : souci, c'est même pas la chimio

I97 : c'est ce qui vous embête le plus

P98 : oui c'est même pas la chimio, c'est même pas la radio c'est rien tout ça

I99 : je comprends

P100 : non moi c'est la constipation hein

Comme nous l'avons vu précédemment le patient va aborder là-aussi une conséquence des traitements, à savoir la restriction en sel :

P102 : autrement question de nourriture je limite tout ce qui est sel et truc comme ça à la maison

I103 : oui tant que vous avez la cortisone

P104 : oui je limite quand même les dégâts hein

I105 : faut limiter faut pas non plus se priver

P106 : ah mais me priver, je me priverai pas parce que moi si je vais à table c'est pour manger

I107 : c'est pas bon

P108 : si je vais à table c'est pas pour jeûner c'est pour manger hein

I109 : hum

P110 : mais euh... non je me prive pas, gâteaux je suis pas trop gâteaux, des frites, alors là les frites, ah ben j'en ai mangé aujourd'hui

I111 : ah !

P112 : mais euh, très peu de sel hein

Le patient va alors se confier sur la place extrêmement importante que prend sa compagne à ses côtés :

P116 : non non mais c'est ma femme qui fait tout ça et puis

Il va même jusqu'à la féliciter, exprimant sans doute sur un plan inconscient un mode défensif revenant à idéaliser en quelque sorte cet objet d'amour pour lutter contre la culpabilité de lui imposer une telle réalité déstructurante :

P122 : chapeau pour ma femme hein !

Le patient explique qu'il est parvenu à arrêter le tabac et reste sur sa position déjà exprimée lors de la consultation d'annonce, à savoir son refus d'aide au sevrage malgré la proposition de l'infirmière :

P124 : elle a parce que moi comme je, ça fait 3 semaines que j'ai arrêté de chiquer

I125 : ah oui oui c'est vrai ! vous m'avez dit

P126 : et j'ai plus de nicopatch, plus rien

I127 : et vous n'en voulez pas ? demander à votre médecin ?

P128 : non

Un point crucial dans cette consultation réside au moment où le patient évoque le combat contre la maladie comme étant le plus compliqué mais le plus important. Le registre sémantique est belliqueux. Le patient part en guerre contre le cancer :

P136 : j'arrive à arrêter si déjà je vais battre le cancer

I137 : hum

P138 : on va battre le reste avec hein (rire)

Concernant le parcours de la maladie, le patient exprime le souhait d'une consultation post-traitement. C'est ainsi une mise en avant du lien fondamental avec le médecin et l'infirmière et ce sentiment de non-abandon. Ce temps constitué par la visite de bilan après traitement existe déjà mais sans doute qu'il est important d'insister lors de la consultation d'annonce sur cette rencontre.

P142 : non rien de spécial non maintenant faut voir si on fait une consultation encore après la chimio et tout ça quand ce sera fini pour voir comment que tout ça...ça a encaissé

Le rôle de l'infirmière sera aussi de ne pas dénigrer les autres services dans lesquels le patient serait susceptible d'être accueilli à un moment donné pour assurer la continuité de la prise en soin, notamment dans les hôpitaux périphériques :

P160 : l'hôpital de Freyming ils font beaucoup de conneries quand même

I161 : oh ça nous arrive à nous aussi que les patients ils partent en radiothérapie et puis ils arrivent et puis les images elles sont pas gravées sur les CD puis du coup le radiothérapeute il dit ben...

La confiance que le patient ressent vis-à-vis de la soignante l'amène à se confier sur un trouble cognitif qu'il a observé chez lui, à savoir l'oubli d'informations :

P170 : y a beaucoup de trucs que j'enregistre mais que je n'arrive pas à garder

I171 : d'accord

P172 : comme quand on discute des fois qu'on me pose des questions je dis oui oui oui oui comme le traitement, les médicaments quand est-ce que je dois les prendre

I173 : oui

P174 : faut pas me demander quand est-ce que je vais les prendre

Cela montre l'intérêt de tout noter pour contrer les oublis possibles et pas toujours avoués par le patient. Le programme personnalisé de soins (PPS) constitue ce support si pour autant il ne se transforme pas en un amas d'informations incompréhensibles ou inadaptées.

Là-encore les proches ont un rôle à jouer, ce qui les implique de fait dans la gestion au quotidien des aspects pratiques :

*P176 : ma **femme** c'est l'ordinateur ma femme*

Le patient va de nouveau parler de la chimiothérapie, ce qui confirme bien le fait qu'il soit nécessaire d'aborder très précocement les représentations que la malade et ses proches peuvent avoir de ce traitement marqué socialement sur un plan symbolique.

P182 : mais les nouveaux que je vais avoir j'ai rien compris

I183 : oui on en a bien parlé

*P184 : avec la **chimio***

I185 : ben la chimio je lui ai expliqué ce sera ou avant ou après la radiothérapie ça dépendra de l'heure à laquelle vous vous levez

P186 : ah

Enfin, l'infirmière vient marquer la présence et la disponibilité constantes du service tout au long du temps de la maladie :

I205 : faut juste pas le prendre... mais je lui ai bien expliqué, d'accord ? et puis si y a quoi que ce soit vous pouvez nous rappeler

IV – OUTILS INTERROGATIFS

	Question catégorielle	Question propositionnelle	Total
Patient	1	4	5
Infirmière	0	10	10
Total	1	14	15

Nous constatons que l'infirmière pose deux fois plus de questions que le patient. Elles ne posent que des questions propositionnelles alors que le patient posera une question catégorielle.

L'**infirmière** va poser 5 questions relatives au besoin éventuel du patient quant à un complément d'information :

I1 : donc est-ce que monsieur J. avez-vous des choses particulières à me dire par rapport aux explications que vous avez eues avec monsieur Y. y a une semaine ? (Question propositionnelle)

I3 : rien ? (Question propositionnelle)

I5 : vous avez bien compris tout ce qui a été expliqué ? (Question propositionnelle)

I19 : *et par rapport au traitement est-ce qu'y a des choses...ça vous a paru transparent toutes les explications ? (Question propositionnelle)*

I141 : *non ! bon... est-ce que vous avez d'autres choses particulières à dire ? (Question propositionnelle)*

Elle va également poser une question sur le vécu de l'annonce :

I39 : *et sinon la consultation d'annonce vous avez pas été choqué, les explications vous les avez trouvé adaptées, pas trop médicalisées ? (Question propositionnelle)*

Elle s'intéresse aussi aux aspects symptomatiques :

I51 : *ben je vous dis est-ce que vous avez eu un peu de selles quand même ou rien du tout ? (Question propositionnelle disjonctive)*

P126 : *et j'ai plus de nicopatch, plus rien*

I127 : *et vous n'en voulez pas ? (Question propositionnelle)*

Elle va enfin s'assurer de la bonne compréhension du patient en le sollicitant :

I83 : *d'accord ? (Question propositionnelle de demande d'accord)*

I91 : *d'accord ? (Question propositionnelle de demande d'accord)*

Le **patient** va quant à lui demander une précision quant à la question posée par l'infirmière:

P52 : *où, ici ? (Question propositionnelle)*

Il réagit également à une information potentiellement anxiogène transmise par l'infirmière :

P84 : *mais on s'en sort quand même de la perforation ? (Question propositionnelle)*

Il pose une question relative aux examens :

P162 : le CD on me l'a demandé hier à Metz

I163 : oui

P164 : mais ils l'avaient déjà eux

I165 : je vous avais tout donné

P166 : parce que le CV, le CD, le CV..., le CD on l'avait déjà ? (Question propositionnelle)

Enfin, il interroge l'infirmière sur l'aspect pratique de la prise des médicaments :

I187 : parce qu'il faut la prendre une heure après le repas

P188 : du matin ? (Question propositionnelle)

I191 : oui mais si, vous prenez quand même un peu quelque chose je crois

P192 : du café au lait

I193 : si vous mangez rien alors...

P194 : et alors ? (Question catégorielle)

V – ELEMENTS RAPPELES CONCERNANT LA MALADIE ET LES TRAITEMENTS

Nous allons à présent analyser les éléments rapportés par le patient suite à la consultation d'annonce et qui ont trait à la maladie.

Voyons dans le tableau suivant comment se répartissent ces éléments.

Termes	Locuteur(s) Cs Annonce	Locuteur(s) Cs Post-A I/P
Lésion	M (2 fois)	
Tum-eur/orale	M (52 fois)	
Glioblastome	M (5 fois)	
Cancer	M (7 fois) P (1 fois)	P (1 fois)
Masse	M (1 fois)	
Malin	P (3 fois) M (6 fois)	
Radiothérapie	M (23 fois)	P (3 fois) I (5 fois)
Rayon	M (20 fois)	
Chimiothérapie	M (38 fois) P (1 fois) I (1 fois)	P (7 fois) I (5 fois)

Nous allons approfondir ci-dessous l'analyse des éléments repris lors de cette consultation post-annonce.

Le terme **cancer**, prononcé sept fois par le médecin en consultation d'annonce, va être prononcé à 1 seule reprise par le patient en consultation post-annonce soignante :

*P136 : j'arrive à arrêter si déjà je vais battre le **cancer***

Le patient a donc bien intégré la présence de cette maladie mais ne semble pas encore l'intérioriser comme étant une partie de lui, l'emploi du « *le* » au lieu de « *mon* » en étant le signe. Le cancer est personnifié, c'est l'ennemi à combattre.

Le terme **radio-thérapie**, prononcé 23 fois par le médecin en consultation d'annonce, va être repris au total 8 fois lors de la consultation post-annonce soignante. Le patient va le premier prononcer ce mot qui va d'emblée amener l'infirmière à le dire aussi :

*P22 : bon la **radiothérapie** c'est un peu différent hein*

*I23 : ben la **radiothérapie** c'est plus fatigant*

Tout se passe comme si le patient cherchait ainsi à obtenir de la part de l'infirmière une information sans employer le mode interrogatif direct, sans doute pour montrer qu'il sait sans savoir, mais qu'il a besoin malgré tout d'un complément d'information.

L'infirmière a saisi les intentions du patient et va alors apporter des informations pratiques sur le traitement et donc sur la radiothérapie :

*I29 : [...] bon la fatigue ça avec la **radiothérapie** en général c'est très rare que ça ne se produise pas*

*I161 : oh ça nous arrive à nous aussi que les patients ils partent en **radiothérapie** et puis ils arrivent et puis les images elles sont pas gravées sur les CD puis du coup le **radiothérapeute** il dit ben...*

*I185 : ben la chimio je lui ai expliqué ce sera ou avant ou après la **radiothérapie** ça dépendra de l'heure à laquelle vous vous levez*

*I203 : [...] vous prenez la chimio si jamais c'est trop juste et que vous partez déjà en **radiothérapie**, vous attendez d'être revenu, quand vous revenez, vous prenez le cachet pour pas vomir [...]*

Le patient va évoquer la radiothérapie pour signifier à l'infirmière que ses angoisses se placent sur un autre objet, en l'occurrence la constipation.

*P98 : oui c'est même pas la chimio, c'est même pas la **radio** c'est rien tout ça*

Enfin, le terme *chimio-thérapie*, prononcé 38 fois par le médecin en consultation d'annonce et repris dans cette même consultation 1 seule fois par le patient et 1 seule fois par l'infirmière, sera rapidement évoqué par le patient pour qui ce traitement semble représenter quelque chose de difficile :

*P20 : tout est clair et net, c'est pas le problème hein parce que la **chimio**, je sais que la **chimio** c'est déjà pas facile*

Cela donne l'impression qu'à ce stade du cheminement, la maladie se résume à ce traitement. Nous pourrions alors nous demander pourquoi il n'a pas développé de discours autour de ce mot en consultation médicale.

L'infirmière va alors tenter de rassurer le patient :

*I25 : et la **chimio** par contre celle que vous allez avoir dans 9 cas sur 10 elle implique une fatigue mais elle est bien supportée, c'est plus les **chimio** dont on a l'image*

*I29 : c'est fatigant mais c'est pas une **chimiothérapie** avec le... la connotation qu'on pouvait avoir avant, elle, elle est dans 9 cas sur 10 elle est très bien supportée [...]*

Le patient reste malgré tout fixé sur ce traitement et ne parvient pas à le rendre moins anxiogène :

*P42 : et puis bon ben la **chimio** et tout ça faut pas se faire d'illusion c'est quand même des thérapies qui sont c'est assez costaud hein*

Le patient commence à se livrer sur son ressenti et sur ce qui au fond l'inquiète le plus, sans doute car il s'agit de quelque chose de plus concret, et de connu, à savoir la constipation. Il compare donc ce symptôme à la chimiothérapie en mettant cette dernière comme au final moins anxiogène que la constipation :

*P96 : souci, c'est même pas la **chimio***

*P98 : oui c'est même pas la **chimio**, c'est même pas la radio c'est rien tout ça*

Le patient montre bien qu'il s'inquiète toujours de ce traitement et attend de voir concrètement comment il va réagir. Il décrit bien son besoin d'être entouré et soutenu dans ce parcours thérapeutique :

*P142 : non rien de spécial non maintenant faut voir si on fait une consultation encore après la **chimio** et tout ça quand ce sera fini pour voir comment que tout ça...ça a encaissé*

Dans le passage suivant le patient avoue être perdu dans la gestion des traitements, en insistant sur la chimiothérapie, ce qui fait dire à l'infirmière que sa compagne avait reçu les informations nécessaires et que de ce fait il n'avait pas à s'inquiéter :

*P184 : avec la **chimio***

*I185 : ben la **chimio** je lui ai expliqué ce sera ou avant ou après la radiothérapie ça dépendra de l'heure à laquelle vous vous levez*

L'infirmière va alors naturellement insister sur les explications concernant la gestion de ce traitement, en précisant encore une fois que l'épouse a reçu ces informations :

*I203 : mais bon je lui ai dit soit vous prenez le comprimé pour pas vomir [...], une heure après vous prenez la **chimio** si jamais c'est trop juste [...] vous prenez le cachet pour pas vomir et une heure après vous prenez la **chimio** [...]*

VII – ELEMENTS NOUVEAUX CONCERNANT LA MALADIE

L'infirmière va constamment être à l'écoute du patient, ce qui lui permettra d'apporter des éléments d'information pertinents.

Ainsi elle va amener la notion de **cortisone** pour permettre au patient de comprendre que, malgré les symptômes possibles de la maladie, il sera possible de proposer un traitement pour y palier :

*I33 : ça peut arriver vous serez peut être amené à avoir un peu de **cortisone** en plus à cause de ça*

A un autre moment de l'entretien l'infirmière va évoquer la cortisone pour conseiller – et éduquer – le patient au régime alimentaire sans sel :

*I103 : oui tant que vous avez la **cortisone***

Elle pointe également la nécessité d'un suivi régulier pendant la phase des traitements par l'intermédiaire d'un **bilan sanguin** :

*I35 : et il faudra surveiller par des **prises de sang** les **globules rouges**, les **globules blancs** et les **plaquettes***

Comme nous l'avons déjà signalé précédemment l'infirmière va introduire le **médecin traitant** dans la prise en charge, ce dernier étant un professionnel extra-hospitalier essentiel dans le suivi du patient. Ce dernier connaît en effet bien souvent le patient et son environnement socio-familial. Il peut de ce fait fournir des informations primordiales quant à la prise en soins en secteur neuro-oncologique, notamment lorsqu'est évoqué un retour à domicile.

*I81 : oui mais je pense qu'il faut quand même voir votre **médecin traitant** et puis voir qu'elle vous examine parce qu'après si jamais ça fait une perforation c'est vraiment grave*

Le patient va d'ailleurs bien assimiler le rôle de professionnel :

*P92 : on va essayer de régler ça le plus vite possible de toute façon demain matin je vais voir le **médecin traitant** et puis faut que je règle ça*

Enfin, l'infirmière va introduire le **nom d'un médicament** pour apporter un élément concret et précis au patient :

*I203 : mais bon je lui ai dit soit vous prenez le comprimé pour pas vomir, le **zophren**©, en vous levant en déjeunant, [...]*

VII – ANALYSE THEMATIQUE VIA ALCESTE

4% du discours n'ont pas été pris en compte par le logiciel ALCESTE. La **classe 1** représente à elle-seule la moitié du corpus. Elle concerne les traitements et leurs effets.

La **classe 2**, avec 26%, a trait aux aspects du quotidien et la **classe 3** (18%) pointe même l'alimentation.

Classe n°2

Cette classe est formée de 66 unités textuelles, soit 27% des unités classées. Les Mots en majuscule, acheter, grave, arrive, accord, arriver, arrêter, et les Verbes tels queriver aller, prendre demande tenir, sont les catégories de mots sur-représentés dans cette classe.

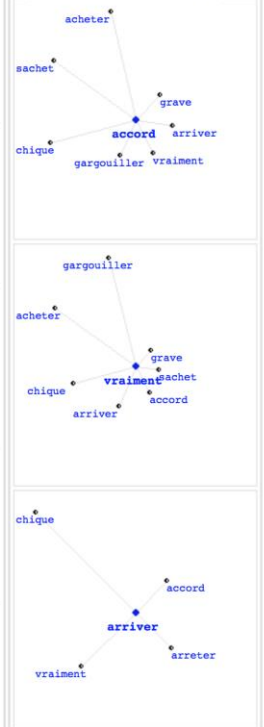
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
accord	0,53	42
acheter	0,46	18
vraiment	0,46	18
arriver	0,44	24
ceux	0,37	18
tous	0,37	12
grave	0,37	12
tenir	0,37	12
chique	0,37	12
rester	0,37	12
sachet	0,37	24
acheter	0,37	12
arrêter	0,37	12
vouloir	0,37	12
je-pense	0,37	12
perforer	0,37	12
gargouiller	0,37	12
demande	0,35	18
a	0,34	96
l	0,29	66
avez	0,29	30
mais	0,28	84
encore	0,27	18
d	0,26	48
s	0,26	6
CV	0,26	12
I7	0,26	6
I9	0,26	6
P6	0,26	6
P8	0,26	6
I11	0,26	6
I13	0,26	6
I15	0,26	6
I17	0,26	6
I69	0,26	6
I71	0,26	6
I73	0,26	6
I75	0,26	6
I77	0,26	6
I79	0,26	6
Mots absents	Phi	Freq.
chimio	-0,34	0
bon	-0,29	0
peu	-0,25	0
sur	-0,25	0
suis	-0,25	0
manger	-0,25	0
ah	-0,22	0
ce-qu	-0,22	0
faire	-0,22	0

Unités textuelles de la classe 2

parce-que si on nous cache, si on commence a nous cacher des trucs a gauche a droite c est pas l ideal I13: hum P14: des fois on arrive a des surprises I15: hum hum P16: et les surprises je-pense qu elles sont plus traumatisantes que ce qu on I17: P84: mais on s en sort quand-meme de la perforation? I85: oui P86: oui oui I87: oui I87: mais ca peut-etre grave P88: ben oui I89: et apres vous etes a l hosto un moment alors que la ca peut-etre regle rapidement P90: oui I91: d accord? vous m avez dit P126: et j ai plus-de nicopatch, plus rien I127: et vous n en voulez pas? demander a votre medecin? P128: non I129: d accord P130: pour l instant j arrive a tenir la et tout si vraiment j ai le gros declic ou quoi que ce soit je reprendrai la chique mais pour l instant j en ai pas besoin I131: d accord P132: parce-que si on nous cache, si on commence a nous cacher des trucs a gauche a droite c est pas l ideal I13: hum P14: des fois on arrive a des surprises I15: hum hum P16: et les surprises je-pense qu elles sont plus traumatisantes que ce qu on I17: P84: mais on s en sort quand-meme de la perforation? I85: oui P86: oui oui oui I87: mais ca peut-etre grave P88: ben oui I89: et apres vous etes a l hosto un moment alors que la ca peut-etre regle rapidement P90: oui I91: d accord? vous m avez dit P126: et j ai plus-de nicopatch, plus rien I127: et vous n en voulez pas? demander a votre medecin? P128: non I129: d accord P130: pour l instant j arrive a tenir la et tout si vraiment j ai le gros declic ou quoi que ce soit je reprendrai la chique mais pour l instant j en ai pas besoin I131: d accord P132: parce-que si on nous cache, si on commence a nous cacher des trucs a gauche a droite c est pas l ideal I13: hum P14: des fois on arrive a des surprises I15: hum hum P16: et les surprises je-pense qu elles sont plus traumatisantes que ce qu on I17: P84: mais on s en sort quand-meme de la perforation? I85: oui P86: oui oui oui I87: mais ca peut-etre grave P88: ben oui I89: et apres vous etes a l hosto un moment alors que la ca peut-etre regle rapidement P90: oui I91: d accord? vous m avez dit P126: et j ai plus-de nicopatch, plus rien I127: et vous n en voulez pas? demander a votre medecin? P128: non I129: d accord P130: pour l instant j arrive a tenir la et tout si vraiment j ai le gros declic ou quoi que ce soit je reprendrai la chique mais pour l instant j en ai pas besoin I131: d accord P132: parce-que si on nous cache, si on commence a nous cacher des trucs a gauche a droite c est pas l ideal I13: hum P14: des fois on arrive a des surprises I15: hum hum P16: et les surprises je-pense qu elles sont plus traumatisantes que ce qu on I17: P84: mais on s en sort quand-meme de la perforation? I85: oui P86: oui oui oui I87: mais ca peut-etre grave P88: ben oui I89: et apres vous etes a l hosto un moment alors que la ca peut-etre regle rapidement P90: oui I91: d accord? vous m avez dit P126: et j ai plus-de nicopatch, plus rien I127: et vous n en voulez pas? demander a votre medecin? P128: non I129: d accord P130: pour l instant j arrive a tenir la et tout si vraiment j ai le gros declic ou quoi que ce soit je reprendrai la chique mais pour l instant j en ai pas besoin I131: d accord P132: parce-que si on nous cache, si on commence a nous cacher des trucs a gauche a droite c est pas l ideal I13: hum P14: des fois on arrive a des surprises I15: hum hum P16: et les surprises je-pense qu elles sont plus traumatisantes que ce qu on I17: P84: mais on s en sort quand-meme de la perforation? I85: oui P86: oui oui oui I87: mais ca peut-etre grave P88: ben oui I89: et apres vous etes a l hosto un moment

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 3

Classe n°3

Cette classe est constituée de 48 unités textuelles, soit 19% des unités classées. Les Noms petite piqure traitement et les Adverbes en "ment" tels quasiment quasimen sont les catégories de mots les plus spécifiques cette classe.

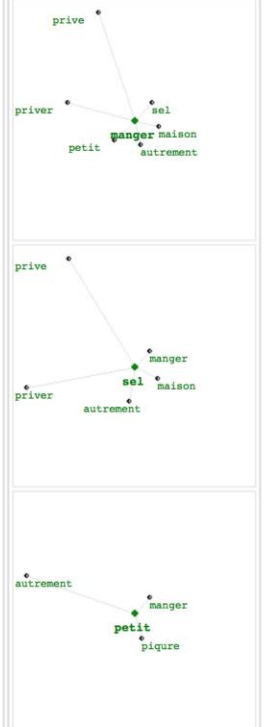
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
manger	0,66	42
sel	0,57	18
petit	0,57	18
autrement	0,57	18
maison	0,45	18
piqure	0,45	12
priver	0,45	18
ah	0,38	36
ma	0,33	12
e	0,32	6
I45	0,32	6
I47	0,32	6
I49	0,32	6
I51	0,32	6
I53	0,32	6
I55	0,32	6
I57	0,32	6
I59	0,32	6
I61	0,32	6
I63	0,32	6
I65	0,32	6
I67	0,32	6
P46	0,32	6
P48	0,32	6
P50	0,32	6
P52	0,32	6
P54	0,32	6
P56	0,32	6
P58	0,32	6
P60	0,32	6
P62	0,32	6
P64	0,32	6
P66	0,32	6
bof	0,32	6
hui	0,32	6
mes	0,32	12
peu	0,31	30
I103	0,32	6
I105	0,32	6
I107	0,32	6
Mots absents	Phi	Freq.
chimio	-0,27	0
y	-0,24	0
d	-0,22	6
on	-0,22	6
savoir	-0,22	6
l	-0,22	0
avec	-0,20	0
deja	-0,20	0
medecin	-0,20	0

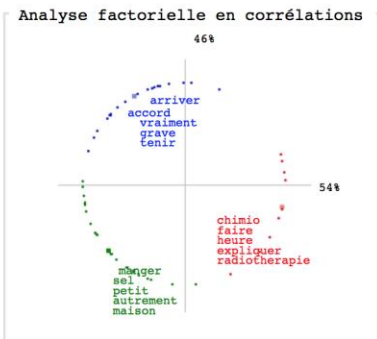
Unités textuelles de la classe 3

c est pas une petite piqure de penicilline qu on recoit et puis le temps du traitement je vais pas en boite hein ca c est sur hein I45: oui P46: une bonne cuite de temps en temps mais, rire, I47, rire, P48: non je non j ai pas peur I49: hum P50: tres peu I57: tres peu P58: tres peu par-rapport a ce-que je mange c est quasiment rien qui est sorti I59: et P60: quand je suis sorti la j avais 94 I61: oui P62: allez j ai peut-etre fait une petite tasse, une dizaine de crottes de lapin j ai fait I63: mais euh non je me prive pas, gateaux je suis pas trop gateaux, des frites, alors la les frites, ah ben j en ai mange aujourd hui I111: ah! P112: mais euh, tres peu de sel hein I113: oui P114: bon autrement non ca va I115: faut juste pas trop resaler apres P116: non non mais c est ma femme qui fait tout ca et puis I117: oui e pense elle prend bien soin P118: ah! c est pas une petite piqure de penicilline qu on recoit et puis le temps du traitement je vais pas en boite hein ca c est sur hein I45: oui P46: une bonne cuite de temps en temps mais, rire, I47, rire, P48: non je non j ai pas peur I49: hum P50: tres peu I57: tres peu P58: tres peu par-rapport a ce-que je mange c est quasiment rien qui est sorti I59: et P60: quand je suis sorti la j avais 94 I61: oui P62: allez j ai peut-etre fait une petite tasse, une dizaine de crottes de lapin j ai fait I63: mais euh non je me prive pas, gateaux je suis pas trop gateaux, des frites, alors la les frites, ah ben j en ai mange aujourd hui I111: ah! P112: mais euh, tres peu de sel hein I113: oui P114: bon autrement non ca va I115: faut juste pas trop resaler apres P116: non non mais c est ma femme qui fait tout ca et puis I117: oui e pense elle prend bien soin P118: ah! c est pas une petite piqure de penicilline qu on recoit et puis le temps du traitement je vais pas en boite hein ca c est sur hein I45: oui P46: une bonne cuite de temps en temps mais, rire, I47, rire, P48: non je non j ai pas peur I49: hum P50: tres peu I57: tres peu P58: tres peu par-rapport a ce-que je mange c est quasiment rien qui est sorti I59: et P60: quand je suis sorti la j avais 94 I61: oui P62: allez j ai peut-etre fait une petite tasse, une dizaine de crottes de lapin j ai fait I63: mais euh non je me prive pas, gateaux je suis pas trop gateaux, des frites, alors la les frites, ah ben j en ai mange aujourd hui I111: ah! P112: mais euh, tres peu de sel hein I113: oui P114: bon autrement non ca va I115: faut juste pas trop resaler apres P116: non non mais c est ma femme qui fait tout ca et puis I117: oui e pense elle prend bien soin P118: ah! c est pas une petite piqure de penicilline qu on recoit et puis le temps du traitement je vais pas en boite hein ca c est sur hein I45: oui P46: une bonne cuite de temps en

Proximité de mots

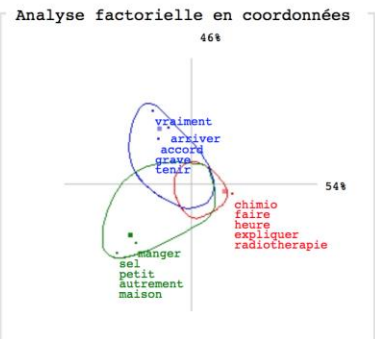


La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe



Statistique des formes

Libellé	Total
Nombre total de mots du corpus	13488
Effectif moyen d'un mot	19
Nombre de mots analysés	4398
Verbes	1266
Adjectifs et adverbes	336
Noms communs	1314
Autres	1482
Nombre de mots non analysés	7788
Articles	1152
Pronoms	1128
Auxiliaires	882
Autres	4626
Richesse du vocabulaire (RV)	41 %

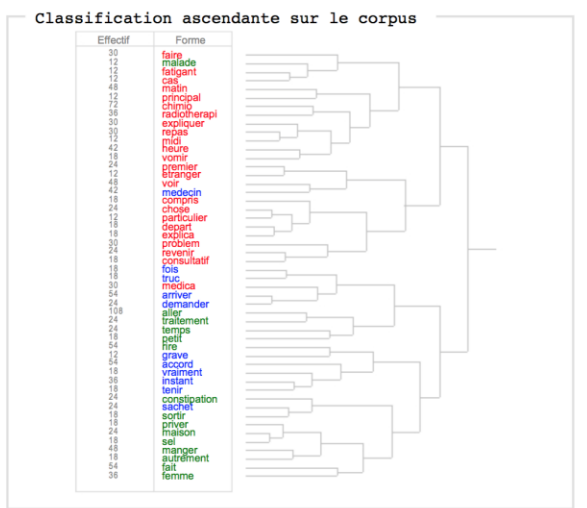


Extrait du dictionnaire du corpus

Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq
aller	108	sel	18	donner	12	gargouiller	12	boite	6	crotte	6	essayer	6
prendre	96	fois	18	gâteau	12	particulier	12	bonne	6	dehlic	6	flatule	6
chimio	72	truc	18	limite	12	rendez-vous	12	chien	6	droite	6	habiter	6
fait	54	petit	18	malade	12	bat	6	clair	6	facile	6	journee	6
rire	54	tenir	18	mettre	12	boef	6	cuite	6	garder	6	limiter	6
accord	54	vomir	18	partir	12	but	6	degat	6	gauche	6	nouveau	6
arriver	54	depart	18	piquer	12	con	6	droit	6	gravee	6	patient	6
voir	48	priver	18	rester	12	don	6	finir	6	jeuner	6	pharmac	6
matin	48	sortir	18	acheter	12	dur	6	garde	6	lacher	6	rentrer	6
manger	48	compris	18	arreter	12	hui	6	hosto	6	levant	6	resaler	6
heure	42	explicia	18	fatigue	12	net	6	ideal	6	marche	6	special	6
medecin	42	vraiment	18	globule	12	pot	6	jambe	6	moment	6	tartine	6
femme	36	autrement	18	hopital	12	bras	6	lapin	6	normal	6	tourner	6
instant	36	consultatif	18	semaine	12	cafe	6	nancy	6	parfum	6	transir	6
radiotherapi	36	cas	12	sincere	12	cote	6	peine	6	parler	6	travail	6
faire	30	coup	12	traiter	12	gros	6	perdu	6	penser	6	trouver	6
repas	30	midi	12	vacance	12	jour	6	place	6	rapide	6	sophren	6
medica	30	mois	12	attendre	12	juan	6	poser	6	regler	6	attentif	6
problem	30	part	12	etranger	12	kilo	6	prise	6	revenu	6	comprime	6
expliquer	30	frite	12	fatigant	12	lait	6	prive	6	adapter	6	dejeuner	6
dire	24	grave	12	freyming	12	metz	6	radio	6	annonce	6	dependre	6
chose	24	image	12	illusion	12	peur	6	rouge	6	aujourd	6	discuter	6
temps	24	lever	12	perforer	12	pire	6	souci	6	central	6	ensemble	6
maison	24	regle	12	reparler	12	rare	6	lasse	6	chapeau	6	examiner	6
sachet	24	selle	12	reperdre	12	rose	6	amener	6	chiquer	6	novembre	6
premier	24	table	12	surprise	12	sang	6	arrete	6	choquer	6	phlebite	6
revenir	24	battre	12	cortisone	12	sens	6	besoin	6	costaud	6	possible	6
demander	24	cacher	12	principal	12	soin	6	blan14	6	dizaine	6	priorite	6
traitement	24	chique	12	supporter	12	sort	6	cachet	6	docteur	6	probable	6
constipation	24	cliche	12	comprendre	12	vrai	6	cancer	6	embeter	6	produire	6

Individus les plus représentatifs par classe

Individu	Richesse	Libellé des variables signalétiques
Absences d'individus		



VIII – CONCLUSION

Cette consultation post-annonce soignante permet de mettre en avant certains aspects concernant la consultation d'annonce et nous aide à comprendre ce que le patient en attend.

La consultation d'annonce constitue pour le patient un lieu du savoir, assurant ainsi une fonction éclairante dans le flou physique et psychique ressenti souvent depuis plusieurs mois, dès l'apparition des premiers signes de la maladie sans que celle-ci ne soit encore identifiée et nommée. Elle répond pleinement à un besoin exprimé par les patients qui est de connaître la vérité, aussi dure soit-elle. Le patient attend du médecin qu'il soit honnête, clair dans ses explications et surtout qu'il ne mente pas.

Lors de cette consultation post-annonce il apparaît que le patient est préoccupé par les traitements, finalement bien plus que la maladie en elle-même. Un travail sur les représentations de ces derniers, notamment la chimiothérapie, est sans doute à faire lors de la consultation d'annonce afin de démystifier et d'éviter trop de fantasmes mortifères associés.

Un autre aspect prégnant concerne les troubles que peut engendrer une telle maladie. Il est très certainement important de les évoquer lors de la consultation d'annonce mais il est essentiel d'aborder également les traitements possibles pour y pallier. Elle doit être le lieu de structuration psychique et non l'inverse, en proposant au patient des endroits positifs dans un parcours perçu comme délabrant et agressif.

Le rôle de la consultation d'annonce est également de créer du lien entre les différents professionnels qui sont ou qui auront à intervenir auprès du patient, qu'ils soient hospitaliers ou de ville. Elle assure dans ce sens une fonction contenante qui aidera le patient à lutter contre un sentiment d'abandon et de solitude. Il est donc fondamental d'inscrire cette consultation dans un processus longitudinal, la considérant déjà comme un soin apporté en continu au patient.

Enfin, cette situation montre bien la difficulté chez de nombreux patients à gérer les traitements au quotidien. En intégrant les proches à ce temps particulier, les professionnels permettent au patient de ne pas trop culpabiliser sur les conséquences de l'implication de son entourage à sa maladie; il s'aperçoit ainsi que dans ce climat de vérité et de confiance les proches pourront eux-aussi bénéficier d'un soutien et d'une écoute.

La consultation d'annonce permet alors de légitimer la présence et le rôle de l'infirmière. En effet, elle représente ce fil rouge indispensable au patient et à son entourage dans ce parcours inconnu et chaotique de la maladie. Elle apporte de la cohérence dans la prise en soins en favorisant le lien et les échanges entre le patient, ses proches, les professionnels hospitaliers et les professionnels extra-hospitaliers.

Cette infirmière, en se centrant davantage sur les aspects pratico-pratiques de la maladie et des modifications induites, représente un pilier porteur d'informations précieuses pour le patient et ses proches. Elle se doit donc d'être disponible mais surtout formée de manière approfondie dans le domaine spécifique de la neuro-oncologie pour apporter les réponses les plus adaptées possibles à la réalité de ces patients. Ainsi, elle pourrait très certainement reprendre avec le patient et ses proches en fin de consultation les explications données quant à l'ordonnance, ce qui vient justifier la formation en pratiques avancées des infirmières de coordination pour que celles-ci puissent répondre au plus juste aux interrogations des patients et de leurs proches concernant les traitements.

Enfin, aide au cheminement psychologique du patient et de son entourage, elle peut être sollicitée durant tout le parcours de la maladie et offrir une alternative peut-être moins anxiogène à un soutien proposé par un psy.

Concernant le discours, il apparaît que le mot *cancer* permet mieux au patient d'intégrer la maladie à son espace personnel que le terme *tumeur* ou encore celui de *glioblastome*. C'est en effet sous le premier vocable que le patient va évoquer la maladie lors de la consultation post-annonce.

En outre, la consultation post-annonce avec l'infirmière montre que les traitements représentent un sujet important et sensible pour le patient. Ceux-ci semblent constituer l'objet sur lequel l'angoisse vient se poser. L'infirmière doit donc être très attentive lorsque le médecin aborde lors de la consultation d'annonce la dimension des thérapeutiques afin de relever les incompréhensions, malentendus ou approximations car ces derniers sont source d'angoisse majeure chez le patient et ses proches.

CONSULTATION POST-ANNONCE INFIRMIERE – EPOUSE

I – ACTEURS

Les acteurs en présence dans cette consultation sont l’infirmière (I), présente lors de la consultation d’annonce, et l’épouse (E) du patient.

II – DUREE DE LA CONSULTATION POST-ANNONCE INFIRMIERE

Cette consultation s’est déroulée en 49 minutes et 55 secondes.

III – STRUCTURE DE L’ENTRETIEN

Dans un premier temps l’infirmière va créer un espace-temps commun en partant de la situation telle qu’elle est le jour de la rencontre, c’est-à-dire qu’elle vient poser le début de la radiothérapie comme point de départ à l’entretien. Il est déjà intéressant de remarquer que l’infirmière, dans la formulation employée, positionne l’épouse comme partie-prenante dans le traitement :

*II = Donc **vous** avez été en consultation en radiothérapie à Metz hier?*

L’épouse va alors s’approprier les choses en précisant que c’est à elle que les professionnels se sont adressés et non au patient lui-même pour fixer la date de la radiothérapie. Elle s’associe alors naturellement au patient pour parler du début du traitement :

*E2 = on m'a donné rendez-vous **on** commence le 29*

Dès à présent, ce passage montre bien à quel point les professionnels comptent sur le soutien des proches auprès du patient dans la gestion de tous les aspects pratiques de la maladie. Tiré à son paroxysme, ne devons-nous pas y voir une sorte de dépossession déjà forte du patient d'un événement qui lui arrive et une sorte de désobjectivation, retirant au patient sa faculté de penser et ses capacités humaines d'organisation ?

Ensuite, l'épouse va relater un épisode qui est venu réveiller une angoisse restée latente, en raison de la confrontation de deux modes d'approche de l'annonce de la maladie, en l'occurrence celle réalisée par le neuro-oncologue et celle assurée par le radiothérapeute lors de la visite de centrage. En effet, elle explique avoir rencontré le radiothérapeute seule, à la demande de ce dernier, afin qu'il puisse lui annoncer le caractère incurable de la maladie. Le professionnel lui demande également de ne pas dire cette vérité à son ami, la mettant ainsi en difficulté, ce qu'elle exprimera bien comme étant un problème. Pensant bien faire, le radiothérapeute ne respecte pas le cheminement psychique du patient et de l'épouse. Il s'appuie sur une perception subjective et tente de mettre en avant la réalité encore trop dure à percevoir pour l'épouse, favorisant le non-dit plutôt qu'une ouverture au sein du couple. Nous pouvons y voir encore une fois une dépossession du patient de sa maladie et donc de son histoire. Le radiothérapeute semble ainsi naturellement se tourner vers l'épouse car très certainement sent-il qu'elle est d'ores et déjà investie mais surtout, il apparaît surpris de son attitude ainsi que de celle de son mari car elle ne correspond pas à celle logiquement attendue par le professionnel face à une telle situation. En ce sens il lui semblait essentiel de pouvoir partager un tel savoir sans doute lourd à porter, mettant ainsi locuteur et interlocuteur sur le même plan. Or, ce faisant, il place l'épouse dans un autre univers, en l'occurrence celui des soignants, et lui donne ainsi la sensation d'abandon, voire de trahison à l'égard de son mari.

*E6 = mais le problème c'est entre temps quand j'étais mon mari était déjà dans la salle et moi j'ai du attendre et puis j'ai été me servir un café entre temps j'ai vu le médecin docteur G. **il m'a appelée dans son bureau***

I7 = hum hum

*E7 = et il m'a dit qu'il voulait me mettre déjà euh comment dire en euh d'après lui il n'est pas euh ce qu'il a mon mari **c'est pas guérissable.***

I8 = ben c'est ce que Monsieur Y. on lance le début du traitement

*E8 = alors il voulait me mettre au courant parce que **d'après lui** quand j'ai fait ma première visite avec mon mari*

I9 = Hum hum

E9 = on était plutôt euh satisfait dans euh on croyait que les choses auraient déroulé différemment

mon mari ne le sait pas parce que puisqu'il m'a pris à part

I10 = d'accord

E10 = il m'a dit faut pas lui dire parce que bon si je le lui dis euh il m'a parlé d'un an deux ans donc j'ai pas trop trop fait attention

L'épouse va alors demander confirmation à l'infirmière, ce qui met en difficulté cette dernière. En bousculant le cheminement de l'épouse et en ne respectant pas le processus progressif de l'annonce, le radiothérapeute est venu faire émerger une interrogation sans doute encore trop prématurée et donc anxiogène :

E11 = mais c'est euh c'est pas guérissable hein

I12 = ben

E12 = malgré les ce qu'on va lui faire

Cela montre l'importance de ne pas multiplier les intervenants autour du patient et surtout de conserver une cohérence et une cohésion entre les professionnels à travers un partage d'informations concrètes et de réflexions quant à la démarche appliquée de manière personnalisée dans le cadre de l'annonce de la maladie. La communication reste fondamentale pour une prise en soin de qualité.

L'infirmière va alors reprendre les termes employés par le médecin lors de la consultation d'annonce afin de reposer clairement les choses :

I13 = ben Monsieur Y. dans les explications dans les nombreuses explications qu'il a données il a jamais parlé de guérison l'espoir c'est de stabiliser

I14 = de ralentir de freiner la maladie

L'infirmière va alors expliquer la façon de procéder du neuro-oncologue, en s'associant de fait à cette méthode :

I15 = mais après nous on fait jamais ça de prendre à part nous c'est pas dans nos pratiques

I16 = de prendre à part la famille et de donner des informations différentes comme ça d'emblée à la famille du patient sauf si vraiment le euh vous par exemple si vous étiez venue nous voir indépendamment de votre mari

I17 = et que vous nous aviez posé plein de questions

I18 = dans ce cas là on ne ment jamais

I19 = par contre on respecte l'information on vous la donne à tous les deux nous

Il semble essentiel que l'infirmière assiste à la consultation d'annonce afin de savoir comment le médecin a procédé à l'annonce et quels sont les mots qui ont été prononcés, les réactions qu'ils ont suscitées et quelle a été la façon de réagir du patient et de l'entourage.

Suite à la notion d'incurabilité, la place de la famille est évoquée par l'épouse. Elle se questionne ainsi sur la façon de l'intégrer auprès du patient, de la limite du savoir à communiquer aux proches du patient afin de les informer sans les alarmer ou les faire changer dans leurs attitudes vis-à-vis de leur parent malade. Elle exprime bien la complexité du dire, le caractère parfois insoluble de cette question et le mal induit par le non-dit.

E44 = maintenant si je commence à dire euh ceci cela ils vont être trop autour de lui lui ça va sembler bizarre

E45 = il va se poser des questions il va dire pourquoi ils sont tous autour je

Elle évoque également la famille comme soutien possible pour elle, la plaçant comme aidant de l'aidant :

*E47 = donc il a dit si il y a un gros problème il sera près de lui c'est lui qui va vous voyez parce que moi si vraiment je suis fatiguée ou quoi euh **il est prêt à me remplacer***

L'épouse va ensuite partager le vécu du quotidien, en mettant en avant :

- la problématique des traitements :

E48 = voila par la suite parce que moi je serai perdu déjà là je suis perdue avec tous les médicaments

E119 = ah oui euh pour la cortisone euh juste poser la question là parce que le médecin m'avait dit trois quarts maintenant

- la problématique des symptômes, principalement de la constipation, y consacrant une longue de l'entretien (E49 – E118):

E49 = non et en plus il est y a déjà la constipation qui l'embête le matin il pète les plombs euh

L'infirmière va ensuite aborder la question du vécu de la consultation d'annonce (I134). Nous constatons que l'épouse est restée sur un mode optimiste voire utopiste en évoquant sa croyance d'une guérison possible.

E134 = oui ben pour moi euh pour moi euh je pensais aussi qu'il allait guérir assez vite

Or, le mot guérison n'a à aucun moment été prononcé par le médecin ou l'infirmière lors de la consultation d'annonce. L'art est donc de transmettre cette information redoutée sans anéantir psychiquement ceux qui la reçoivent. L'infirmière va donc rebondir sur la notion de stabilité voire d'amélioration en clarifiant la notion d'incurabilité.

Le sujet va naturellement se déplacer sur l'impotence liée aux troubles fonctionnels induits par la maladie :

E140 = oui qu'il puisse remarquer avoir le bras euh

L'épouse signifie bien son besoin presque vital de s'accrocher à du positif et il serait à ce stade incongru voire inhumain d'abattre une vérité noire sur le tableau alors même qu'elle tente de trouver ses repères et appuis pour supporter la réalité.

Elle va d'ailleurs très bien montrer qu'elle et son ami ont bien compris la nature de la maladie même si, en parallèle, ils peuvent mettre en avant des éléments qui pourraient laisser penser le contraire :

E151 = dans euh il m'a dit de toute façon je sais ce que c'est mais bon lui quand il voit ses amis autour de lui il dit oh ben moi de toute façon euh euh parce que son beau-frère ça fait quand même des années qu'il est décédé de ça

Ainsi, indirectement le patient va parler de la mort liée au cancer, ce qui nous permet de présupposer qu'il s'approprie ce processus. On constate l'émergence des associations de pensée. Sans le dire il nous montre qu'il sait.

Le passage suivant va nous permettre de comprendre d'où vient son angoisse massive liée à la chimiothérapie :

*E154 = et euh bon lui et ben il a eut aussi de la chimio tout ça et pis bon ça ça c'est dégradé pour lui
hein*

I155 = hum

E155 = et euh bon lui il l'a vu mourir hein euh

Il s'agit bien de représentations individuelles qui viennent parasiter la compréhension d'une situation singulière.

Cependant la pulsion de vie conduit le patient à singulariser malgré tout la situation en se détachant de cette mort d'autrui pour mettre à distance la sienne, la rendant ainsi probable et non certaine.

E156 = alors euh alors lui personnellement il dit oh oui mais y a quelques années en arrière c'était pas comme maintenant y a plus de recherches maintenant

E157 = lui il voit ça euh différemment

E158 = y a plus de traitements plus de choses dont on peut euh

L'infirmière va tenter de faire intérioriser cette vision chez l'épouse afin que celle-ci puisse aussi s'appuyer dessus en abondant dans le sens du patient tout en rappelant malgré tout la réalité :

I161 = que les protocoles étaient différents

I162 = après malheureusement c'est encore pas une maladie qu'on peut guérir

I163 = mais c'est vrai que la prise en charge est très différente d'il y a quinze ans

Le mensonge n'est donc pas à l'œuvre ici mais au contraire, en agissant ainsi, l'infirmière vient jouer son rôle d'étayage dirigé aussi vers les proches. Elle tente de créer un espace commun entre le patient et l'épouse pour que les deux puissent avoir une vision quasi-similaire de la situation, tout en étant chacun à sa place.

Concernant ce que l'épouse présuppose de ce que le patient a compris, elle nous invite à considérer qu'il ne faut pas scinder le partage de l'information concernant la réalité entre le patient et les proches, risquant en procédant ainsi à un espace de non-dits et donc de souffrance isolée et non-partagée. En effet, selon elle le patient a parfaitement compris ce qui lui arrivait même s'il ne partage pas naturellement son savoir :

E166 = dans euh c'est pour ça le docteur G il dit ne lui en parler pas euh vraiment mais euh moi je pense que quand on a discuté il a compris

Nous percevons bien le décalage entre le patient et l'épouse dans l'extrait suivant :

E171 = voila il a dû se poser ces questions mais c'est à lui de répondre

E176 = moi je veux lui laisser quand même euh

E177 = espérer

Nous présupposons que l'épouse de Monsieur Bertrand a compris – elle-aussi – la gravité de la situation, mais elle montre bien qu'elle respecte le libre-arbitre de son compagnon qui a le droit de savoir ou de ne pas savoir et qu'il n'est pas, selon elle, dans son rôle de lui asséner la vérité à tout-prix. Elle n'attend pas cela non plus du médecin mais considère que c'est au patient lui-même de venir à la révélation et éventuellement de poser, s'il le souhaite, la question. Le rôle qu'elle semble s'être attribuée est au contraire de nourrir l'espoir que le patient tente de conserver. Dans la forme de l'énoncé, nous sentons l'angoisse de l'épouse qui a besoin d'être rassurée sur son rôle. L'infirmière a donc aussi pour mission, avec le médecin, de valoriser la place du proche en déculpabilisant sur les limites perçues et l'impuissance qu'elles engendrent.

L'épouse montre bien aussi que cette attitude est selon elle partagée par les enfants du patient :

*E190 = quand mon mari il explique il explique peut-être pas bien donc les enfants ne comprennent peut-être pas comme un médecin alors les enfants ils disent oh mais une fois que ton traitement est fini tu verras ça ira mieux **peut-être ils disent ça pour pas l'inquiéter** euh mais moi je veux laisser mon mari euh tant qu'il pose pas cette question à un médecin*

Elle exprime parfaitement le poids de la vérité lorsque celle-ci n'est pas partagée mais au contraire détenue par une seule personne, encore plus lorsque cette personne est le proche du malade. Par ailleurs, cette position n'est pas tenable tant elle risque de créer de la distance entre le patient et son entourage, les laissant seuls et risquant de rompre le lien de confiance à terme : elle expose bien la raison pour laquelle elle aurait préféré ne pas en savoir plus que son mari. C'est la loyauté vis-à-vis de lui qui est en jeu.

E195 = oui pis je pense que euh des fois je le regarde bon ben et pis moi j'ai pas envie de commencer à lui dire euh sa fille ceci cela parce que ils le savent je vois pas pourquoi sa fille ses enfants bon il a trois enfants la fille aînée elle a euh vingt-sept elle est là-bas le médecin va lui expliquer ça euh ensuite elle elle va s'inquiéter et elle va peut-être le dire à sa mère sa mère va peut-être le dire à quelqu'un d'autre après tout le monde le sait et lui quand il va savoir que tout le monde le sait et que lui il n'est pas au courant il va dire ben comment tu le sais et ben je vais lui dire ben écoute c'est pour ça moi je veux je veux laisser comme ça

Elle positionne donc le médecin comme interlocuteur privilégié du patient, marquant une relation duale comme préférable à celle d'une triangulation :

E198 = ensuite voir ce qu'il se passe et après entre le médecin et lui voir

En revanche elle montre bien le rôle du proche auprès du patient dans la gestion de la maladie :

E248 = ben alors j'appellerai son médecin qu'elle lui fait faire ça avant qu'il commence la thérapie là

Il s'agit donc au patient de connaître la vérité, de partager cette information avec ses proches et de compter sur ces derniers dans le quotidien imposé par la maladie. Il est donc à encourager la présence des proches tout au long du parcours de la maladie et ce, dès l'annonce.

Ensuite, l'épouse va exprimer les difficultés inhérentes à la fonction de proche.

E264 = ben moi je sais pas

E265 = voila peut-être le matin et pi le soir tu rentres je sais pas comment ça se passe j'ai jamais fait ça

E266 = alors j'essaie de mettre tout pff comment dire euh j'essaie de tout

E267 = ben oui mais bon moi je reçois une claque parce que du matin jusqu'au soir le soir je suis fatiguée

E268 = oui faut faire ci faut faire ça attention le sel les médicaments

Il est donc encore une fois primordial de soutenir l'entourage et pour ce faire le rencontrer et l'amener à exprimer ses difficultés, quelles qu'elles soient afin de l'orienter vers les professionnels les mieux à même de répondre à ses besoins. Si tous les intervenants qui gravitent autour du patient dans ces moments de grande vulnérabilité ont une place majeure – infirmière, aide-soignant, kinésithérapeute, psychologue, etc., il est sans doute essentiel d'intégrer précocement dans ce parcours l'assistante de service social qui aura souvent les clefs permettant de soulager, à la fois matériellement mais également moralement l'entourage.

L'équipe de neurooncologie apparaît dans le discours de l'épouse comme un appui rassurant pour elle :

E274 = il [le neuroonconogue] m'a dit si y a un problème vous m'appellez. [...]

Selon elle, le pacte de confiance semble également être passé entre le patient et l'infirmière:

E277 = parce que des fois je vois l'infirmière je lui demande et euh je crois qu'il vous fait quand même très confiance

La soignante a donc trouvé sa place d'alliée auprès du patient et de sa compagne, tout simplement en étant dans la vérité et non dans la trop grande réassurance ou à l'inverse dans la démoralisation.

L'épouse interpelle alors cette infirmière sur son besoin d'un soutien à long-terme, continu et indéfectible, exprimant ses doutes quant à ses capacités d'étayage pour le patient :

E285 = moi mon problème c'est la peur de pas arriver à aller jusqu'au bout euh moi je suis très très patiente et très calme

Cette consultation post-annonce aura très certainement participé à la compréhension des quelques zones d'ombre qui restaient sur le tableau et ainsi au cheminement du proche. L'épouse n'est donc plus dans l'espoir de guérison mais bien dans celui de stabilisation voire d'amélioration. Le discours du médecin porté par celui de l'infirmière aura au final été intégré chez l'épouse :

E295 = enfin moi j'espère qui retrouve pas tout tout mais qui récupère euh

E297 = qu'il arrive le bras et pis la jambe et pis bon on va voir ce qu'on peut faire le temps en le gardant le plus longtemps

La dimension des traitements semble avoir été intégrée par l'épouse. De par sa place dans la gestion de ces derniers, elle fait preuve d'une très bonne compréhension de l'information transmise par le médecin et l'infirmière :

E306 = voila qu'il va peut-être avoir un peu plus de cortisone pendant la radiothérapie c'est sûr que et la cortisone ça sera tout le long du

I311 = parce que la radiothérapie fatigue beaucoup

E311 = hum

I312 = et peut causer un petit peu d'œdème

E312 = voila des gonflements c'est ça

Considérant l'enjeu de cette dimension et souhaitant ne pas faillir à son rôle, c'est sur ce point précis que l'épouse souhaite obtenir une confirmation de la part de l'infirmière quant à sa bonne compréhension des informations :

I314 = voila est-ce qu'il y a d'autres choses vous que vous aimeriez demander exprimer

E314 = ben les médicaments là que actuellement il doit prendre les cinq parce qu'elle m'a expliqué deux gélules comme ça deux comme ça et une comme ça

Jusqu'au terme de cet entretien, l'épouse va alors se centrer sur la gestion des médicaments, concluant par la crainte ressentie du fait de la complexité des choses, mais surtout laissant entrevoir une révolte de moins en moins refoulée dans l'inconscient:

E414 = ah oui quand y a tellement de médicaments hein

IV – OUTILS INTERROGATIFS

	Question catégorielle	Question propositionnelle	Total
Epouse	1	7	8
Infirmière	4	18	22
Total	5	25	30

L'infirmière va poser 22 questions au cours de cet entretien, dont 4 catégorielles et 18 propositionnelles. L'épouse du patient en pose quasiment 3 fois moins.

L'**infirmière** cherche à obtenir des informations sur les symptômes présents chez le patient et la manière dont ils sont gérés :

I51 = mais est-ce qu'il a déjà eu du des selles ? (Question propositionnelle)

E68 = si maintenant il est toujours en train de trafiquer dedans et ben c'est sûr il se fait opérer des hémorroïdes parce qu'à l'époque il avait déjà ça donc maintenant le DragifuK j'ai essayé donc maintenant

I69 = mais c'est pas euh des sachets aussi non? (Question propositionnelle de demande de confirmation)

*I89 = mais je pense que là il faut peut-être refaire des petits lavements ça il a quand même eu un peu de selles **ou** pas? (Question propositionnelle disjonctive)*

Elle va également questionner l'épouse sur son vécu de l'annonce :

I134 = sinon vous comment vous avez perçu la consultation avec monsieur Y. pour vous c'était compréhensible on vous a donné assez d'explications ? (Question propositionnelle)

I314 = voila est-ce qu'il y a d'autres choses vous que vous aimeriez demander exprimer ? (Question propositionnelle)

Elle manifeste également de la surprise :

I150 = et en effet c'est une maladie qui potentiellement peut évoluer

E150 = d'accord parce que y a un beau frère qui est qui avait ça

I151 = ah bon ? (Question propositionnelle)

Elle va alors procéder à une recherche d'informations :

E151 = dans euh il m'a dit de toute façon je sais ce que c'est mais bon lui quand il voit ses amis autour de lui il dit oh ben moi de toute façon euh euh parce que son beau-frère ça fait quand même des années qu'il est décédé de ça

I152 = comment il s'appelle ? (Question catégorielle)

E152 = écoutez je pourrais pas vous le dire il est décédé ça fait très longtemps déjà

I153 = et il a été suivi ici à Nancy ? (Question propositionnelle)

E211 = parce que plus qu'il est seul plus qu'il pense et plus il va faire des conneries

I212 = et ça c'était déjà avant peut-être non ? (Question propositionnelle)

E286 = mon mari il le sait que un jour ou l'autre il m'a dit c'est toi qui vas péter les plombs parce qu'il est un peu euh

I287 = exigeant ? (Question propositionnelle)

Elle pose également des questions en lien avec les traitements :

I121 = ben normalement c'est l'ordonnance que vous a fait monsieur Y.

E121 = oui oui j'ai toujours l'ordonnance oui

I122 = *et ben vous regardez celle de monsieur Y.*

E122 = *oui*

I123 = *et normalement la pharmacienne elle saura parce que il a détaillé*

E123 = *ah d'accord*

I124 = *comment ça se passe*

E124 = *oui*

I125 = *normalement il fait toujours comme ça. Vous les avez avec vous ? (Question propositionnelle)*

E248 = *ben alors j'appellerai son médecin qu'elle lui fait faire ça avant qu'il commence la thérapie là*

I 249 = *hum hum*

E249 = *après pour bouger ça va être difficile*

I250 = *ça commence le combien le 9 ? (Question propositionnelle)*

E314 = *ben les médicaments là que actuellement il doit prendre les cinq parce qu'elle m'a expliqué deux gélules comme ça deux comme ça et une comme ça*

I315 = *hum hum*

E315 = *euh*

I316 = *le Témodal ? (Question propositionnelle)*

I319 = *c'est à la pharmacie qu'ils vous ont dit ça ? (Question propositionnelle)*

E332 = *mais il a rendez-vous que le matin tous les matins*

I333 = *à quelle heure ? (Question catégorielle)*

I337 = *il part à quelle heure de chez vous ? (Question catégorielle)*

I339 = *mais il revient dans la matinée ? (Question propositionnelle)*

I395 = *par exemple huit heure et demi ça fait qu'il part à quelle heure ? (Question catégorielle)*

Elle veut aussi s'assurer de la bonne compréhension de l'épouse :

I331 = *mais la chimio il faut juste pas la prendre il faut la prendre jamais la prendre en mangeant*

E331 = oui

I332 = *mais il peut la prendre en milieu de matinée ou en milieu d'après-midi d'accord ?* (Question propositionnelle)

I345 = *le comprimé là il faut qu'il le prenne une heure avant d'accord ?* (Question propositionnelle)

I393 = *le Médrol ok ?* (Question propositionnelle)

I409 = *d'accord ?* (Question propositionnelle)

L'épouse semble être en attente de précision / confirmation quant aux traitements et à la gestion des symptômes:

E74 = *de l'Hépar c'est bon?* (Question propositionnelle)

E212 = *avant qu'il fasse les crises ?* (Question propositionnelle)

E321 = *parce que faut que je gère avec les autres médicaments non ?* (Question propositionnelle)

E345 = *une heure avant le déjeuner ?* (Question propositionnelle)

E349 = *d'accord avant son départ alors ?* (Question propositionnelle)

E376 = *et l'autre pour empêcher les vomissements ?* (Question catégorielle)

E387 = *quand il rentre de la chimio ?* (Question propositionnelle)

E412 = *hum hum alors ça ça sera en plus avec ses médicaments alors ?* (Question propositionnelle)

V – ELEMENTS RAPPELES CONCERNANT LA MALADIE ET LES TRAITEMENTS

Nous allons à présent analyser les éléments rapportés par l'épouse suite à la consultation d'annonce et qui ont trait à la maladie et aux traitements. Voyons dans le tableau suivant comment se répartissent ces éléments :

Termes	Locuteur(s) Cs Annonce	Locuteur(s) Cs Post-A I/E
Lésion	M (2 fois)	I (2 fois)
Tum-eur/orale	M (52 fois)	I (2 fois) E (2 fois)
Glioblastome	M (5 fois)	
Cancer	M (7 fois) P (1 fois)	
Masse	M (1 fois)	
Malin	P (3 fois) M (6 fois)	I (2 fois)
Radiothérapie	M (23 fois)	E (1 fois) I (7 fois)
Rayon	M (20 fois)	
Chimiothérapie	M (38 fois) P (1 fois) I (1 fois)	E (7 fois) I (13 fois)

L'infirmière va employer seule le terme de ***lésion*** pour évoquer la maladie du patient et ce à deux reprises. Elle décrit bien l'atteinte cérébrale et finalement définit la maladie par ce mot, mais cette manière de procéder ne provoque pas de réaction ou d'appropriation de la part de l'épouse du patient :

*1147 = après c'est ce que je peux vous dire après pour l'instant savoir si la **lésion** va être stabilisée ou si elle va progresser on peut pas à l'heure actuelle euh*

*1313 = oui au niveau de la **lésion** et du cerveau [...]*

La notion de **tumeur** va être rapidement amenée par l'infirmière au cours de cet entretien. Elle l'emploiera à deux reprises, alternativement avec l'épouse. Ainsi l'infirmière va utiliser ce terme pour parler indirectement de la maladie du patient puisqu'elle donne des explications sur la manière d'annoncer une maladie grave en définissant le but de la consultation d'annonce vécue auparavant :

*I24 = après quand on annonce à quelqu'un qu'il a une **tumeur** maligne*

L'infirmière va également identifier la maladie du patient en la singularisant :

*I183 = on a parlé du traitement de la surveillance de la **tumeur** maligne tout ça c'est toutes ses explications*

L'épouse va employer ce terme pour parler de la maladie telle que les enfants du patient l'identifient.

*E43 = [...] maintenant j'essaie de de bon les enfants ils le savent qui y a une **tumeur** tout ça*

*E189 = et pis moi bon déjà ses enfants le savent qu'il a une **tumeur** mais bon euh*

La notion de **malignité**, amenée initialement par le patient lors de la consultation d'annonce, sera évoquée par l'infirmière à deux reprises pour qualifier la maladie et son caractère grave:

*I183 = on a parlé du traitement de la surveillance de la tumeur **maligne** tout ça c'est toutes ses explications*

*I24 = après quand on annonce à quelqu'un qu'il a une tumeur **maligne***

L'infirmière va débiter l'entretien en parlant de la **radiothérapie**. Il permet une première fois de situer le discours en définissant un point de départ commun entre l'infirmière et l'épouse du patient:

*I1 = Donc vous avez été en consultation en **radiothérapie** à Metz hier?*

Ensuite l'infirmière va orienter son discours en liant l'état du patient à une réaction de ce traitement et ainsi justifier en quelque sorte les symptômes subis par le patient:

*I231 = et la **radiothérapie** ça fatigue*

*I311 = parce que la **radiothérapie** fatigue beaucoup*

Le discours enfin porte sur les traitements pour pallier aux symptômes intercurrents pendant la *radiothérapie*, cette dernière devenant alors un repère temporel tant pour l'épouse que l'infirmière:

*E306 = voila qu'il va peut-être avoir un peu plus de cortisone pendant la **radiothérapie** [...]*

*I310 = et euh ces personnes dépendants mais parfois pendant la **radiothérapie** on est amené à la réaugmenter*

*I313 = oui au niveau de la lésion et du cerveau et ce qui le gonflement donne euh des symptômes donc on peut être amené à la réaugmenter pendant la **radiothérapie** mais ça ça sera au fur et à mesure et pendant la **radiothérapie** vous rend enfin votre mari rencontrera le **radiothérapeute** une fois par semaine*

La notion de **chimiothérapie** sera la seule rappelée par l'épouse du patient, montrant bien encore une fois la préoccupation qu'elle engendre pour eux. C'est d'ailleurs à cinq reprises que l'épouse va l'employer avant que l'infirmière ne le fasse à son tour. Nous retrouvons l'ambivalence exprimée vis-à-vis de ce traitement, qui à la fois est perçu comme :

- un bien :

E33 = oui oui mais bon on peut peut-être avec la chimio tout ça ça peut avec le suivi

E40 = la famille est au courant mais lui mon mari pour lui il croit qu'avec les chimio tout ça tout ça ça va partir et redevenir il m'a dit ah ben au mois d'octobre je vais reprendre le volant vous voyez il voit les choses déjà plus loin

*E230 = voila parce que j'ai dit là il va faire de la de la **chimio** donc il faut voir comment ça se passe*

hein

- un mal :

E154 = *et euh bon lui et ben il a eut aussi de la **chimio** tout ça et pis bon ça ça c'est dégradé pour lui*
hein

E299 = *de toute façon l'autre jour j'ai dit au début que vous avez fait la **chimio** il va être beaucoup fatigué*

L'infirmière va, quant à elle, axer son discours sur la gestion du traitement, en s'attardant à donner des explications concrètes quant à la prise du médicament, ce qui répond à un besoin de l'épouse qui se retrouve à gérer cet aspect :

I330 = *d'accord ? il prend celui-là et une heure une bonne heure après le petit déjeuner il prend la **chimio***

I331 = *mais la **chimio** il faut juste pas la prendre il faut la prendre jamais la prendre en mangeant*

I346 = *une heure avant de prendre la **chimio***

E346 = *ah la **chimio** alors ben oui*

I347 = *donc le zophren il peut le prendre en mangeant c'est juste la **chimio** retenez bien pas pendant les repas pas en mangeant parce que avec enfin l'explication c'est qu'avec la **chimiothérapie** il peut y avoir des in... des des interférences avec les aliments donc la **chimio** elle se prend jamais en mangeant*

I378 = *hum et la **chimio** à distance des repas [...]*

E387 = *quand il rentre de la **chimio** ?*

I390 = *ben ça c'est important qu'il le prenne avant la **chimio** une heure avant*

I398 = *il peut prendre le zophren à six heures et à sept heures la **chimio** avant de partir*

I399 = [...] vous lui donnez le zophren vous attendez une heure il prend la **chimio** mais il faut juste que la **chimio** ce soit pas proche d'un repas

I400 = parce que sinon avec les aliments il faut toujours qu'il y ait la **chimio** [...]

VII – ELEMENTS NOUVEAUX CONCERNANT LA MALADIE

Au cours de cette consultation post-annonce, nous voyons apparaître dix termes en lien avec la maladie.

L'infirmière va tout d'abord évoquer le centrage nécessaire avant la mise en route des séances de radiothérapie. L'épouse manifeste sa compréhension.

I3 = le **centrage** c'était hier?

E3 = oui

Ensuite, la notion de rechute est amenée par l'épouse du patient :

E27 = [...] il a vu que j'étais trop sûre de moi parce que je ne savais pas exactement euh pour moi bon j'ai dit pour moi ça va être un peu plus long huit mois un an comme ça le temps de se remettre mais qu'il peut **rechuter**

E28 = et qu'il peut **rechuter** c'est ça qu'il m'a fait comprendre

Nous comprenons que c'est le radiothérapeute qui a fait prendre conscience à l'épouse de cette éventualité. Si sur le fond il apparaît essentiel que cette information soit connue, nous pouvons questionner la forme utilisée par le professionnel pour procéder à cette annonce, voire la légitimité de celui-ci quant à la délivrance d'une telle information. Enfin, il apparaît que la notion de *récidive*, délivrée par le médecin en consultation d'annonce, n'ait pas été entendue, ou tout du moins n'ait pas été perçue comme similaire à celle de *rechute*. Peut-être serait-il utile que le médecin, lors de la consultation d'annonce, évoque les deux ?

Ensuite, le terme **cortisone** sera prononcé par l'épouse à plusieurs reprises, ce qui montre la place importante que ce traitement prend dans le quotidien du patient et donc de l'épouse. L'infirmière va aussi aborder ce traitement à plusieurs reprises lors de l'entretien, assurant son rôle de conseil :

*E119 = ah oui euh pour la **cortisone** euh juste poser la question là parce que le médecin m'avait dit trois quarts maintenant*

*E306 = voila qu'il va peut-être avoir un peu plus de **cortisone** pendant la radiothérapie c'est sûr que et la **cortisone** ça sera tout le long du*

*I353 = la **cortisone***

*E353 = la **cortisone** il prend ça*

*I366 = avec la **cortisone** le matin*

*I367 = la **cortisone** le matin de bonne heure*

*E370 = mais il réclame toujours à manger depuis qu'il a la **cortisone** il dit oh moi j'ai faim à dix heure il a faim à midi il a faim*

La notion de **guérison** sera abordée par l'épouse du patient, signifiant à travers elle une mauvaise compréhension de la réalité et pouvant laisser penser à un mécanisme psychique défensif pour lutter contre l'effondrement ou tout simplement à une mauvaise démarche explicative de la part du médecin.

Ainsi, elle vient rapporter ce que le radiothérapeute a voulu lui faire comprendre lors de son entrevue, demandant ensuite confirmation de la part de l'infirmière :

*E7 = et il m'a dit qu'il voulait me mettre déjà euh comment dire en euh d'après lui il n'est pas euh ce qu'il a mon mari c'est pas **guérissable**.*

*E11 = mais c'est euh c'est pas **guérissable** hein*

L'infirmière va donc reprendre ces informations pour confirmer la notion d'incurabilité en reprenant les éléments vus en consultation d'annonce. Notons l'usage de l'adverbe « *jamais* » qui rejette totalement la phrase complément :

*I13 = ben monsieur Y. dans les explications dans les nombreuses explications qu'il a données il a jamais parlé de **guérison** l'espoir c'est de stabiliser*

*I22 = par contre l'information euh monsieur Y. euh on ne parle jamais de **guérison** parce qu'on sait que l'espoir c'est de stabiliser la maladie*

*I182 = avec monsieur Y. on n'a jamais dit que ça **guérissait***

L'épouse rebondit sur les propos du radiothérapeute, marquant un clivage entre les deux discours médicaux et signifiant son incompréhension :

*E29 = mais d'après lui ce n'est pas **guérissable** ce ce ce ce qu'il a*

*I30 = oui mais c'est la vérité ce n'est pas **guérissable***

Ceci montre bien l'importance de parler d'une seule voix à défaut d'avoir un interlocuteur unique, d'où l'importance du lien entre les professionnels qui gravitent autour du patient.

Lorsque l'infirmière demande à l'épouse du patient de dire comment elle a perçu la consultation d'annonce, cette dernière va laisser sous-entendre que le médecin n'a sans doute pas transmis l'information concernant la notion d'incurabilité de manière assez précise puisqu'elle exprime une mauvaise compréhension :

*E134 = oui ben pour moi euh pour moi euh je pensais aussi qu'il allait **guérir** assez vite*

Le médecin est-il resté trop optimiste ?

L'infirmière va ré-expliquer à l'épouse la réalité en intégrant l'espoir d'une stabilisation à défaut de guérison :

*I140 = mais ce que ce qu'on veut enfin y a pas c'est-à-dire que quand on dit pas de **guérison** ça veut dire que la maladie elle disparaîtra jamais totalement après on peut espérer quand même la stabilité c'est plutôt ça*

*I162 = après malheureusement c'est encore pas une maladie qu'on peut **guérir***

L'infirmière va redonner une place d'acteur au patient en permettant ainsi à l'épouse de se détacher d'une sorte de culpabilité à devoir tout assumer et ne pas forcément s'en sortir capable.

*1171 = et moi je pense que c'est pour ça nous qu'on donne les informations ensemble et que si votre mari avait voulu la semaine dernière nous demander est-ce que ça **guérit** est-ce que quelle est l'espérance de vie et tout ça*

Ensuite, les termes nouveaux apportés concernent principalement les traitements :

- la chimiothérapie, **Témodal** :

*1316 = le **Témodal** ?*

*1322 = le **témo** le il faut qu'il prenne [...]*

*1384 = et une heure après vous lui donnez le **Témodal** [...]*

*1387 = mais vous êtes pas le **Témodal** vous pouvez lui donner après en rentrant*

- l'anti-nauséeux **Zophren** :

*1322 = [...] il faut qu'il prenne de toute façon en premier le **Zophren** l'anti-nauséeux*

*E323 = oui c'est les petits cachets le **Zéophrene***

*1324 = **Zophren***

*E324 = oui **Zophren***

*1344 = le **Zophren***

*1347 = donc le **zophren** il peut le prendre en mangeant [...]*

*1381 = [...] si il rentre à dix heure vous lui donnez le **zophren***

*1398 = il peut prendre le **zophren** à six heure [...]*

1399 = [...] il rentre vous lui donnez le **zophren** vous attendez une heure [...]

- l'anti-épileptique **Kepra** :

E351 = [...] il prend le **Kepra** [...]

E359 = le soir c'est **Kepra** de nouveau [...]

E363 = le **Kepra** à six heure

E391 = le **Kepra**

I392 = le matin le **Kepra**

I419 = le **Kepra** [...]

- La cortisone **Médrol** :

I352 = le **Médrol**

I393 = le **Médrol** ok ?

- Le traitement cardio-vasculaire **Cardégic**

E357 = midi il a un **Cardégic** euh ce qu'il prend d'habitude

I419 = [...] le **Cardégic**

- L'antibiotique **Bactrim**

E409 = [...] vendredi il y a un autre cachet encore le **Bactrim**

I410 = **Bactrim** ça c'est un antibiotique ça y a pas de

VII – ANALYSE THEMATIQUE VIA ALCESTE

Il y a 5% du discours qui n'est pas retenu par le logiciel. La **classe 3** comprend 39% du discours et concerne la place de la maladie au quotidien. Elle est liée à la **classe 2** qui, avec environ 1/3 du corpus, traite du rôle du proche auprès du patient concernant l'information transmise. Enfin, la **classe 1**, avec environ 1/4 du discours, est isolée. Elle s'intéresse à la gestion des traitements.

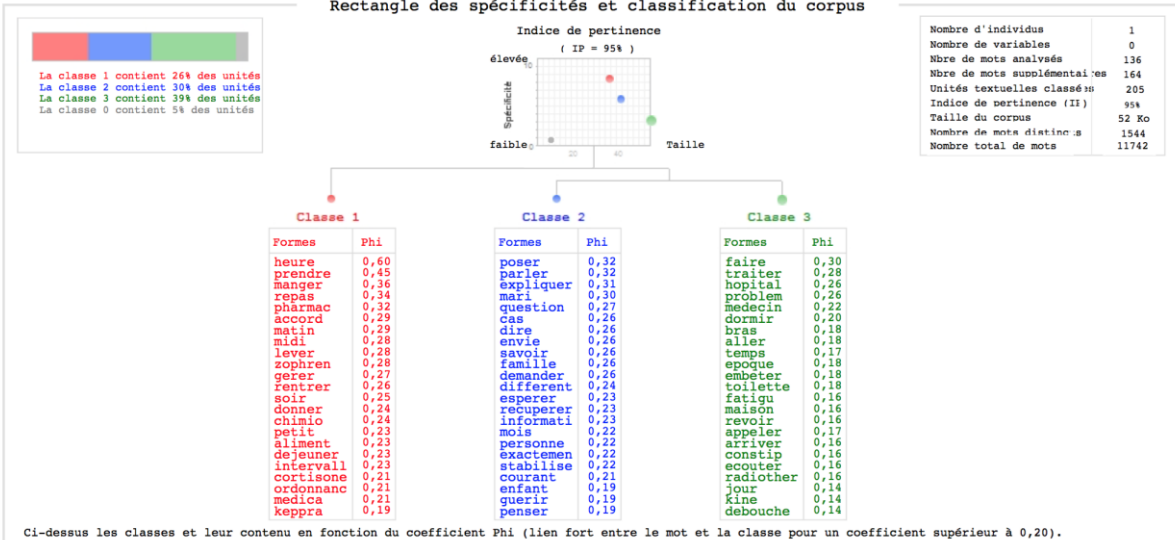
Rapport de synthèse

Texte analysé : IDE PC A2 Vendredi 08 Mai 2015 à 15 h 08

Le corpus IDE PC A2 a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 95% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 5% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 3 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et coloriée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 27% des unités textuelles classées (soit 26% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **heure, prendre, manger, repas, pharmac, accord**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 31% des unités textuelles classées (soit 30% du corpus initial) ses mots significatifs sont **poser, parler, expliquer, mari, question, cas**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 42% des unités textuelles classées (soit 39% du corpus initial) ses mots significatifs sont **faire, traiter, hopital, problem, medecin, dormir**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.

Rectangle des spécificités et classification du corpus



Classe n°1

Cette classe est formée de 56 unités textuelles, soit 27% des unités classées. Les indicateurs de jours et de mois (matin, midi, soir) sont les catégories de mots sur-représentés dans cette classe.

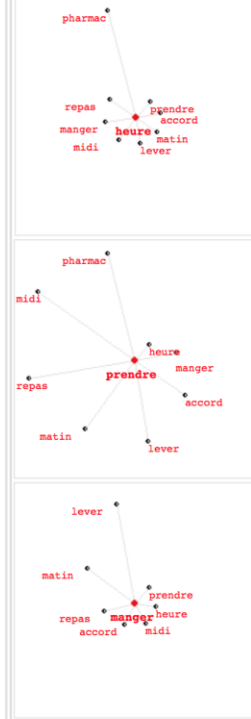
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
heure	0,60	53
prendre	0,45	42
manger	0,36	14
demi	0,34	11
repas	0,34	9
pharmac	0,32	8
accord	0,29	21
matin	0,29	15
midi	0,28	8
lever	0,28	7
sophren	0,28	8
gerer	0,27	7
rentrer	0,26	10
dix	0,25	9
soir	0,25	6
donner	0,24	14
chimio	0,24	14
petit	0,23	14
aliment	0,23	4
dejeuner	0,23	5
intervalle	0,23	4
tot	0,21	6
falloir	0,21	37
pendant	0,21	8
cortisone	0,21	6
ordonnance	0,21	7
d	0,21	33
ah	0,21	17
avant	0,20	20
medica	0,21	15
keppra	0,19	4
soit	0,18	8
juste	0,18	6
sinon	0,18	6
cachet	0,18	5
on	0,16	138
ait	0,15	4
six	0,15	5
autre	0,14	9
bonne	0,14	4
Mots absents	Phi	Freq.
aller	-0,33	6
voir	-0,28	0
faire	-0,23	1
medecin	-0,22	1
on	-0,20	7
deja	-0,17	1
dire	-0,17	11
nous	-0,17	0
euh	-0,15	19

Unités textuelles de la classe 1

il prend celui-la et une heure une bonne heure apres le petit dejeuner il prend la chimio J 330 = oui I 331 = mais la chimio il faut juste pas la prendre il faut la prendre jamais la prendre en mangeant J 331 = oui I 332 = mais il peut la/ . J 339 = ah oui il rentre apres I 340 = mais soit il les prend avant J 340 = oui I 341 = ou apres comme il veut c est pas tres grave mais il faut juste que ca ne soit pas en mangeant J 341 = ah d accord I 342 = a une heure d intervalle d un/ . repas J 342 = ah oui ben oui ben je gere euh I 343 = et il faut qu il prenne avant J 343 = hum I 344 = le sophren J 344 = d accord I 345 = le comprime la il faut qu il le prenne une heure avant d accord? J 345 = une heure avant le dejeuner? I 346 = une heure avant de prendre la chimio J 346 = ah la chimio alors ben oui I 347 = donc le sophren il peut le prendre en mangeant c est juste la chimio retenez bien pas pendant les repas pas en mangeant parce-que avec enfin I/ 348 = d accord I 349 = mais il faut mais en mangeant c est possible mais il faut que ca soit une heure avant la chimio J 349 = d accord avant son depart alors? I 350 = oui ou apres J 350 = parce-que quand en ce moment bon lui il a pas d heure c est plutot moi qui me qui me leve a I 351 = oui J 351 = un peu plus tot pour gerer les medicaments parce-que autrement il prendrait n importe quoi il me/ . dit moi je prend tout hop alors je me leve a six heures sept heure bon comme il a pas encore les medicaments la il prend le kepra et pis son pour le les petits cachets pour le les trois-quarts la I 352 = le medrol J 352 = voila c est pour/ . hum J 356 = et la elle a dit il faut deux heures d intervalle entre les deux et les autres medicaments donc on lui donne a dix heures I 357 = hum hum J 357 = midi il a un cardégic euh ce qu il prend d habitude I 358 = oui J 358 = le midi il/ la cortisone le matin de bonne heure J 367 = voila/ I 368 = c est bien/ J 368 = oui/ I 369 = il faut toujours la prendre / J 369 = comme lui normalement il ne mange jamais donc moi je le force a manger un morceau autrement il part a-jeun comme ca/ I 370 = ah oui/ voila I 380 = en admettant qu il rentre vers neuf heure et demi ou dix heure J 380 = hum I 381 = a dix heure il peut prendre si il rentre a dix heure vous lui donnez le sophren J 381 = hum I 382 = le l anti nauséeux J 382 = hum I 383 = le 8/ . le pre avant la chimio une heure avant J 390 = ah voila ben je lui donnerai ca et le reste quand il rentre I 391 = euh non le matin on va imaginer J 391 = le keppra I 392 = le matin le keppra J 392 = oui I 393 = le medrol ok? . heure la chimio avant de partir J 398 = hum hum I 399 = si il se leve pas assez tot il peut prendre en quand il rentre vous lui donnez le sophren vous attendez une heure il prend la chimio mais il faut juste que la chimio ce soit pas proche/ . d un repas J 399 = ah d accord I 400 = parce-que sinon avec les aliments il faut toujours qu il y ait la chimio vous imaginez n importe quand vous la donnez mais pas pres il faut qu il y ait au-moins une heure a une heure et demi d/ heure midi et demi pour manger J 403 = oui alors je decale I 404 = il faut toujours qu il y ait une heure J 404 = d accord I 405 = entre le moment ou il l a prit J 405 = oui I 406 = avant et apres faut compter toujours un intervalle J 406 = / . une heure d accord I 407 = si il l a prend de bonne heure le matin il faut que ca soit une heure apres le petit dej J 407 = hum hum I 408 = si il l a prend a

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°2

Cette classe est formée de 63 unités textuelles, soit 31% des unités classées. Les Adverbes en "ment" (mentalement) et les Noms tels quatre, mari, fois, accord question sont les catégories de mots sur-représentés dans cette classe.

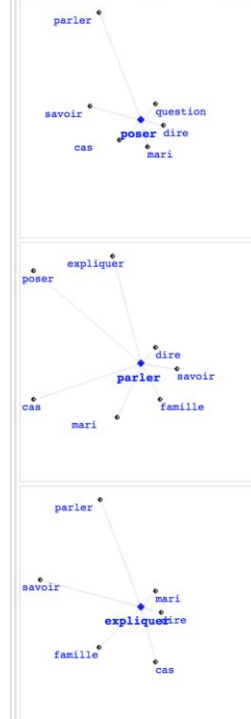
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
poser	0,32	13
parler	0,32	9
expliquer	0,31	11
mari	0,30	12
nous	0,30	18
question	0,27	9
cas	0,26	6
dire	0,26	17
envie	0,26	6
savoir	0,26	16
famille	0,26	9
demande	0,26	10
different	0,24	8
esperer	0,23	5
recuperer	0,23	7
information	0,23	5
on	0,23	50
mois	0,22	8
votre	0,22	6
personne	0,22	7
exactement	0,22	6
stabiliser	0,22	6
ne	0,21	13
courant	0,21	4
tout	0,19	20
enfant	0,19	10
guerir	0,19	5
penser	0,19	6
maladie	0,19	8
vouloir	0,19	16
voir	0,19	22
file	0,18	4
est-ce	0,16	8
monsieur	0,16	4
vraiment	0,16	4
meme	0,14	6
vite	0,13	3
radio	0,13	3
besoin	0,13	3
croire	0,13	3
Mots absents	Phi	Freq.
heure	-0,22	1
prendre	-0,21	5
hein	-0,19	3
falloir	-0,19	12
ai	-0,16	5
jour	-0,15	0
avant	-0,15	3
c-est	-0,15	5
manger	-0,15	0

Unités textuelles de la classe 2

hum I 20 = mais apres ca c'est des pratiques J 20 = d accord I 21 = des pratiques de medecins peut-etre differentes mais nous on fait jamais ca/ J 21 = oui/ I 22 = par-contre l' information euh monsieur T_ euh on ne parle jamais de question parce-que on sait que l' espoir c'est de stabiliser la maladie/ J 22 = oui voila/ . I 27 = je sais pas comment vous/ J 27 = il m' a appele comme ca donc moi je pensais que bon je voyais pas ca differemment parce-que la premiere fois quand on a eu rendez-vous on etait a deux donc a regarder les dossiers tout ca et puis bon il a explique euh ce-que il a/ . J 35 = parce-que il veut que je previenne il m' a demande si j' ai des enfants je lui ai dit qu' avec lui je n' ai pas d' enfant il a des enfants lui d' un autre mariage il voulait deja que je previenne deja sa fille et tout/ I 38 = mais je-pense qu' il faut quand-meme au-moins que sa famille / J 38 = la famille / I 39 = soit au courant/ J 39 = oui/ I 40 = enfin apres il faut lui demander a lui ce-que lui a envie de faire/ . J 40 = la famille est au courant mais lui mon mari pour lui il croit qu' avec les chimio tout ca tout ca ca va partir et redevenir il m' a dit ah ben au mois d' octobre je vais reprendre le volant vous voyez il voit les choses deja plus/ . I 46 = non mais apres il faut savoir parce-que votre mari euh il a quand-meme/ J 46 = parce-que il a des freres et saurs aussi dont le frere aine il est plus eu plus proche- de lui/ I 47 = hum hum/ . J 156 = alors euh alors lui personnellement il dit oh oui mais y a quelques annees en arriere c etait pas comme maintenant y a plus-de recherches maintenant/ I 157 = hum hum/ J 157 = lui il voit ca euh differemment/ I 158 = oui ben/ . J 160 = c etait different/ I 161 = que les protocoles etaient differents/ J 161 = voila/ I 162 = apres malheureusement c est encore pas une maladie qu on peut guerir/ J 162 = voila/ . I 169 = c est au medecin c est pas a la famille c est trop lourd/ J 169 = oui/ I 170 = d expliquer les choses comme ca pour vous/ J 170 = oui/ I 171 = et moi je-pense que c est pour ca nous qu on donne les informations ensemble et que si votre mari avait voulu la semaine derniere nous demander est-ce-que ca guerit est-ce-que quelle est l esperance de vie et tout ca/ . peut les poser mais a la difference du medecin de M_ nous on va pas aller dire des choses J 181 = oui sans I 182 = avec M_ T_ on n a jamais dit que ca guerissait J 182 = oui I 183 = on a parle du traitement de la surveillance de la tumeur/ est trop dur y a des personnes qui veulent savoir qui ont besoin de savoir et qui vont exiger dans ce cas la on ment jamais mais on va pas dire des choses que les personnes n ont pas envie d entendre J 186 = voila I 187 = et je-pense que M_ / . I 192 = peut-etre qu il lui demandera J 192 = et qu il verra l evolution peut-etre I 193 = de comment il se sent aussi J 193 = voila peut-etre qu il posera la question I 194 = les personnes malades ils le savent quand ca va et quand ca va/ . pas hein J 194 = oui I 195 = meme si ils le disent pas J 195 = oui pis je-pense que euh des fois je le regarde bon ben et pis moi j ai pas envie de commencer a lui dire euh sa fille ceci cela parce-que ils le savent je vois pas pourquoi sa/ est toujours dans le meme cas il va poser il vous posera la question / I 200 = ben bien sur/ J 200 = ca c est sur il vous la posera / I 201 = c

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°3

Cette classe est constituée de 86 unités textuelles, soit 42% des unités classées. Les Auxiliaires être et avoir, ~~étaient~~, ~~était~~, ~~être~~ et les Marqueurs d'une intensité tels que plus, bien, très, trop, sont les catégories de mots les plus spécifiques cette classe.

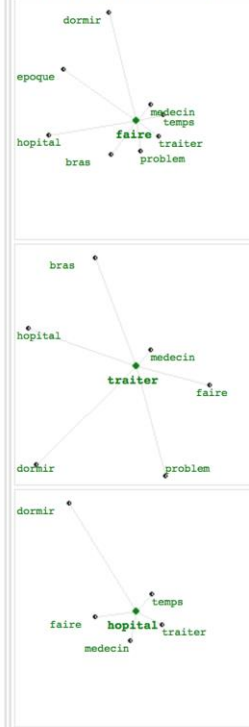
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
faire	0,30	34
traiter	0,28	11
hopital	0,26	10
hein	0,26	24
problem	0,26	16
mal	0,23	9
ai	0,23	30
c-est	0,23	31
medecin	0,22	23
embete	0,21	73
dormir	0,20	9
dire	0,19	52
bras	0,18	7
aller	0,18	62
temps	0,17	15
epoque	0,18	5
embeter	0,18	8
toilette	0,18	5
ete	0,17	8
fatigu	0,16	6
maison	0,16	4
revoir	0,16	5
appeler	0,17	8
arriver	0,16	7
constip	0,16	6
ecouter	0,16	6
radiotherapie	0,16	5
qui	0,15	16
son	0,16	10
jour	0,14	9
kine	0,14	4
plus	0,13	13
debouche	0,14	4
longtemps	0,14	5
an	0,11	5
deja	0,12	13
fait	0,12	26
puis	0,11	5
tres	0,12	8
grave	0,12	4
Mots absents	Phi	Freq.
heure	-0,33	0
accord	-0,26	2
d	-0,25	7
poser	-0,21	0
prendre	-0,20	10
manger	-0,19	0
expliquer	-0,20	0
dem	-0,18	0
repas	-0,18	0

Unités textuelles de la classe 3

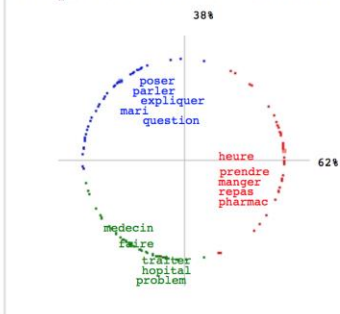
trafiquer dedans et ben c'est sur il se fait operer des hemorrhoides parce-que a l' epoque il avait deja ca donc maintenant le dragifuk j' ai essaye donc maintenant I 69 = mais c'est pas euh des sachets aussi non? . trois par jour mais euh pour lui un je lui ai dit un ca suffit pas hein I 72 = ah ben oui il faut les prendre surtout J 72 = pour-que le cycle redevient comme avant I 73 = oui hum J 73 = donc j' essaie de faire des legumes euh I 74 = les/ . perforation J 78 = voila c'-est ca alors lui il en dort plus et pis bon son medecin traitant ben euh il faut que je l' appelle euh demain matin ou I 79 = oui vous en avez encore des microlax J 79 = oui mais il a du pour lui ca marche ca/ J 89 = oui un peu aujourd'-hui oui parce-que on a fait les lavements I 90 = ben faut en J 90 = mais c'-est catastrophique parce-que bon lui il dit ouaih ca fait mal euh et pis a-force de faire ca il a peur que les hemorrhoides qui ressort I/ . I 93 = maintenant parce-que maintenant ca fait longtemps hein quand-meme J 93 = parce-que depuis qu' il est sorti de l' hopital encore c' etait pas un lavement qu' on avait fait ca c'-est quand-meme pas mal sorti et apres entre- temps la/ . jusqu' aujourd'-hui ca fait quand-meme pas-mal-de temps I 94 = au-moins huit jours J 94 = oh oui entre la sortie et la aujourd'-hui je trouve que ca fait pas beaucoup la toilette hein I 95 = ben oui il faudrait J 95 = alors il me dit j' ai/ mal a l' nombril I 96 = ah ben oui hein J 96 = il a dit j' ai mal la I 97 = ben c'-est normal en-meme- temps il faut je-pense que si le medecin traitant dit que apres J 97 = il faut que je vois avec elle I 98 = oui J 98 = je vais l' appeler/ J 107 = il a jamais il a toujours ete au toilette comme il faut pas de probleme/ I 108 =ben/ J 108 = c'-est juste la/ I 109 = ben oui mais le medecin a raison ca ralenti euh/ J 164 = enfin il dort bien maintenant c est la constipation qui l embete/ I 165 = hum hum/ J 165 = car il est tres euh si ya quelque-chose qui va pas il va pas dormir le tant qu il a pas resolu le probleme/ I 166 = le probleme d accord/ . etait plus ancien I 216 = mais avant tout ca ca allait bien J 216 = tres bien donc il s est retrouve a la retraite a quarante quatre ans euh bon il etait marie a l' epoque hein parce-que nous ca fait a-peine cinq ans I 217 = hum hum J 217 = / . J 224 = et pour lui c est pas automatiquement ou vous allez faire une radio du bras et puis y a rien parce-que c est tres tres longtemps qu il avait toujours mal ici il etait embete ben il mettait des coussins comme ca comme ca et comme ca/ I 229 = hum hum/ J 229 = parce qu il est pas tres souffrant/ I 230 = oui parce-que apres non parce-que en-plus il faut pas enfin faut faire un peu de kine mais faut pas que ca soit trop fatigant non plus/ lui il veut en-plus la constipation/ I 232 = oui j ai l impression que ca l embete euh/ J 232 = ca l embete c est ca qui l embete parce qu il m a dit si ca eclate il faut que je retourne a l' hopital/ I 233 = et c est pour ca qu a mon avis il faut tout-de-suite continuer a faire des lavements et voir le medecin traitant parce-que si jamais il va a l' hopital pour un juste entre guillemets debouche/ J 233 = debouche/ I 234 = ca prendra pas beaucoup de temps mais ca perfore il va passer un bout de temps a l' hopital/ J 234 = voila/ I 235 =ca peut meme etre grave/ J 235 = voila/ I 236 = si ca se perfore/ .

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

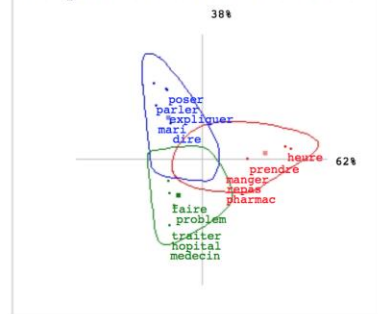
Analyse factorielle en corrélations



Statistique des formes

Libellé	Total
Nombre total de mots du corpus	11742
Effectif moyen d'un mot	7
Nombre de mots analysés	3209
Verbes	1106
Adjectifs et adverbes	205
Noms communs	928
Autres	970
Nombre de mots non analysés	5899
Articles	1025
Pronoms	1010
Auxiliaires	403
Autres	3461
Richesse du vocabulaire (RV)	72 %

Analyse factorielle en coordonnées



Extrait du dictionnaire du corpus

Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq		
aller	119	maladie	11	regarder	8	compliquer	4	besoin	4	train	3	reveiller	3	gonfle	2
prendre	65	traiter	11	cortisone	8	cafe	5	maison	4	venir	3	apres-midi	3	habitu	2
fait	54	dormir	10	ordonnance	8	nuit	5	marche	4	vomir	3	bonsecours	3	lesion	2
heure	54	appeler	10	boire	7	debut	5	niveau	4	ancien	3	hemorroides	3	malade	2
faire	46	hopital	10	lever	7	radio	5	plombs	4	bouche	3	trois-quarts	3	medrol	2
voir	43	question	10	fatigu	7	epoque	5	seance	4	gauche	3	pi	2	mentir	2
medecin	33	mois	9	mettre	7	keppra	5	tumeur	4	marrer	3	ami	2	milieu	2
accord	32	repas	9	partir	7	revoir	5	aliment	4	operer	3	con	2	operat	2
medica	28	parler	9	rester	7	sulivre	5	courant	4	passer	3	tac	2	piquer	2
donner	27	famille	9	savoir	7	esperer	5	dernier	4	servir	3	aine	2	proche	2
dire	25	personne	9	ecouter	7	explica	5	docteur	4	sortir	3	cote	2	rempli	2
fois	25	vraiment	9	essayer	7	nouveau	5	freming	4	visite	3	lier	2	risque	2
petit	22	different	9	trouver	7	patient	5	revenir	4	estomac	3	mere	2	acheter	2
temps	21	rendez-vous	9	diminuer	7	refaire	5	debouche	4	matinee	3	vide	2	bastrim	2
matin	19	an	8	commencer	7	semaine	5	ralentir	4	prenant	3	bilan	2	bizarre	2
chimio	19	bras	8	recuperer	7	travail	5	intervalle	4	symptom	3	chaud	2	cerveau	2
problem	19	midi	8	exactement	7	dejeuner	5	mg	3	temodal	3	ecrit	2	contact	2
mari	14	gerer	8	stabiliser	7	possible	5	jus	3	attentif	3	force	2	deceder	2
part	14	hepar	8	traitement	7	toilette	5	avis	3	evolutif	3	frere	2	dossier	2
poser	14	passer	8	radiotherapi	7	ameliorer	5	faim	3	guerison	3	ouaih	2	eclater	2
manger	14	cachet	8	cas	6	information	5	long	3	microlax	3	perdu	2	empiler	2
jour	13	guerir	8	eau	6	dur	4	metz	3	perforeur	3	sujet	2	envoyer	2
expliquer	13	penser	8	seul	6	vie	4	aimer	3	phlebite	3	tombe	2	instant	2
laisser	12	arriver	8	soir	6	coup	4	annee	3	pratique	3	urine	2	journee	2
renter	12	constip	8	bonne	6	kine	4	finir	3	prevenir	3	amener	2	maligne	2
demande	12	embeter	8	envie	6	peur	4	fruit	3	regulier	3	direct	2	maniere	2
chose	11	pharmac	8	grave	6	filie	4	jambe	3	autrement	3	donnee	2	prescri	2
laver	11	sophren	8	moment	6	grand	4	monde	3	difficile	3	espoir	2	rediger	2
enfant	11	attendre	8	sachet	6	peter	4	quart	3	inquieter	3	eviter	2	retenir	2
normal	11	intestin	8	premier	6	plein	4	selle	3	retrouver	3	facile	2	sembler	2



VIII - CONCLUSION :

Plusieurs pistes de réflexion peuvent être tirées de cet entretien. Tout d'abord nous constatons toute l'importance d'intégrer le proche à ce processus de l'annonce tant celui-ci va être sollicité. Néanmoins, intégration ne signifie pas négation du patient et il est primordial de conserver celui-ci comme acteur et donc destinataire de l'information délivrée lors de la consultation d'annonce. Il est nécessaire de veiller à ne pas faire porter trop de poids sur les épaules de l'entourage, notamment concernant la détention d'un savoir mortifère. Le rôle de l'infirmière est dans ce sens d'éduquer le proche à gérer au mieux le quotidien et à s'autoriser à exprimer ses limites. En effet, le cheminement du proche doit être respecté, au même titre que celui du patient et pour ce faire, il faut favoriser la verbalisation du vécu de la situation par l'entourage afin d'en évaluer au mieux leurs limites.

Une autre leçon à tirer est de ne pas créer trop de décalage au niveau du savoir entre le patient et l'entourage, notamment en favorisant les non-dits. Par ailleurs, le partage de l'information évite de mettre en porte-à-faux l'entourage lorsque celui-ci reçoit l'information à la place du patient. Il est effectivement très important de tout faire pour éviter un conflit de loyauté de la part des proches vis-à-vis du patient et une sensation de trahison alors même que les professionnels comptent sur eux tout au long du parcours de soin et les obligent, consciemment ou

non, à prendre une part active auprès de leur proche malade. En outre, ceci pourrait conduire à une certaine aliénation du patient à l'entourage, celui-ci perdant alors encore un peu plus sa dignité humaine déjà mise à mal par l'expression symptomatique de la maladie. Enfin, ce patient qui découvrirait que ses proches détenaient des informations le concernant ou pire, lui ont menti, risquerait de se retrouver isolé et seul pour traverser cette épreuve, la confiance étant tout simplement rompue.

Ainsi, il vaut sans doute mieux que l'annonce soit réalisée par un professionnel « expert » plutôt que d'être assurée de manière non-contrôlée par différents acteurs, certes compétents dans leur domaine, mais ne maîtrisant pas tous les savoirs spécifiques à la maladie du patient. Ceci évitera toute interprétation erronée, toute approximation laissant place au doute et à l'incompréhension. Priorité est donc de laisser la place à ce stade à une équipe dédiée qui pour autant, créera le lien entre l'hôpital et la ville et permettra ainsi que tous les acteurs de la prise en soin du patient parlent d'une seule voix.

Par ailleurs, l'infirmière est un acteur essentiel dans ce dispositif. Nous percevons en effet toute l'importance de son rôle en ce qui concerne le soutien du proche. En assistant à la consultation d'annonce, elle peut ensuite reprendre au plus près l'information transmise par le médecin sans introduire d'éléments nouveaux et ainsi respecter le cheminement progressif en répondant simplement aux interrogations du patient et des proches. Elle peut maintenir l'espoir sans mentir, parler vrai sans anéantir. La notion d'incurabilité ou mieux encore celle de non-guérison doit être prononcée mais il est vital de la faire suivre d'éléments malgré tout optimistes comme la stabilisation souhaitée voire la régression possible grâce aux traitements proposés.

Concernant ce dernier point nous savons que la chimiothérapie est très connotée socialement. Cependant, si elle est souvent perçue comme dangereuse, voire mortelle, il est fondamental de rebondir sur l'ambivalence qu'elle suscite en la présentant davantage comme une chance pouvant conduire à l'amélioration. Un temps long est donc à consacrer lors de la consultation d'annonce à l'explication de ce traitement pour contrecarrer toute représentation négative et mettre au contraire en avant sa dimension positive.

Enfin, de cette consultation nous pouvons observer que le terme *tumeur* apparaît comme le plus approprié pour parler de la maladie. Il est préféré chez le proche à celui de lésion qui sans doute apparaît comme plus flou et laissant peut-être davantage penser à la notion de réversibilité. Il est de même préférable d'employer le mot *rechute* plutôt que *récidive* pour énoncer l'évolution de la maladie, le premier appartenant sans doute plus au langage profane que le second.

En conclusion, il apparaît quatre points essentiels :

- Une information spécifique à la maladie est à transmettre prioritairement au patient, en présence des ses proches, la consultation d'annonce représentant ce temps de partage ;
- Un temps d'écoute doit être accordé spécifiquement aux proches, avec une double attention portée :
 - o Sur leur degré de compréhension des informations transmises en lien avec la réalité ;
 - o Sur leur vécu, en valorisant leurs compétences et en favorisant la verbalisation et la reconnaissance légitime de leurs limites ;
- Un temps dédié par la suite à ce soutien qui serait assuré de préférence par l'infirmière référente lors d'une consultation post-annonce ou à un autre moment si nécessaire ;
- Les mots choisis doivent être issus le plus possible du langage profane plutôt que médical afin d'augmenter la probabilité d'être intégré par l'entourage.

CONSULTATION POST-ANNONCE PSYCHOLOGUE – PATIENT

I – ACTEURS

Le patient (P) et le psychologue (Ψ) sont les deux interlocuteurs dans cet entretien. Ils se rencontrent pour la première fois.

II – DUREE DE LA CONSULTATION POST-ANNONCE PSYCHOLOGUE

L'échange a duré 24 minutes et 11 secondes.

III – STRUCTURE DE L'ENTRETIEN

Tout d'abord, le psychologue introduit le motif de cette rencontre ($\Psi 3$) en invitant le patient à s'exprimer sur son vécu de la consultation d'annonce. D'emblée le patient fait part de la souffrance induite par la prise de connaissance de la maladie :

P4: très très dur

avec un sentiment de dévalorisation absolue :

P8: et du jour au lendemain on n'est plus rien

P10: C'est euh, on n'est même plus un pion on n'est même plus rien

voire une soustraction de l'être identitaire :

P12: et quand on s'regarde dans l'miroir, on s'pose la question, qui c'est qui est dans le miroir. Là ça...

Le patient va ensuite montrer sa compréhension quant au caractère incurable de la maladie :

P16: et c'est ce laps de temps entre le, le, la crise et la guérison quasi totale enfin quasi totale y en aura pas [...]

Il met déjà en avant la place de l'entourage auprès du patient sous forme de préconisation (il faut...) :

P16: [...] j'pense qu'y faut être bien entouré, beaucoup de copains, beaucoup de contacts, discuter, dialoguer

avec une fonction quasi salvatrice des proches. La pensée du suicide a émergé, le patient l'évoque :

P18: parce que seul, si j'avais habité au cinquième ça serait déjà réglé hein

Il parle ensuite du caractère soudain et radical de la maladie en expliquant la violence que cela représente pour le patient :

P28: mais du jour au lendemain que ça fasse une crise et qu'on n'est plus rien, ça c'est dur à encaisser

P30: c'est... j'crois qu'c'était le plus dur. [...]

Rapidement associée à cette notion de difficulté nous retrouvons dans le discours du patient la notion de chimiothérapie, laissant supposer qu'il redoute ce traitement.

P30: c'est... j'crois qu'c'était le plus dur. Bon maintenant je commence ma chimio la s'maine prochaine

Il va alors s'appuyer sur le discours médical pour mettre en avant cet aspect du traitement :

P32: bon on m'a expliqué que les 6 premières semaines ça va être très très dur, ça va (bruit)...

et fait part des explications données par le médecin lors de la consultation d'annonce en terminant sur le soutien qu'il a et qu'il ressent comme nécessaire de la part de son entourage :

P34: au niveau physique, sommeil, fatigue et tout, ça va être très très dur et après ça va remonter tout doucement, mais ça va descendre très vite d'un coup, hein là ils disent je sais que j'vais reperdre un peu la main, la jambe j'vais perdre et après bon, pendant les 6 semaines là, bon je sais que je suis bien entouré pour l'instant

Lorsque le psychologue interroge le patient sur le processus de l'annonce, celui-ci va montrer qu'il n'avait, en quelque sorte, besoin que d'une précision d'un savoir qu'il possédait déjà :

P40: alors moi euh c'était pas la peine de tourner autour du pot hein, j'savais qu'j'avais une tumeur en haut hein, c'était une tumeur kystale, les tumeurs c'est ou bénin ou malin

La consultation d'annonce vient donc confirmer une information, ou tout du moins préciser un savoir déjà acquis mais non maîtrisé chez le patient.

Le patient va alors montrer qu'une fois l'information reçue, même si celle-ci est négative (tumeur maligne et non bénigne), l'essentiel pour lui est de pouvoir s'accrocher à ce qui peut l'aider, en l'occurrence les traitements :

P44: ça fait rien, l'traitement s'ra l'même hein l'traitement

Ces derniers prennent donc une place beaucoup plus grande pour le patient que la maladie en elle-même, d'où ce processus psychique inconscient qui se traduit par un **déplacement** flagrant de l'angoisse sur la chimiothérapie chez ce patient. La réalité est ce qu'elle est et ne peut être modifiée. Il est donc naturel de se tourner vers ce qui

est potentiellement maîtrisable ou contrôlable car vecteur d'espoir. Ainsi, le patient se centre sur l'avenir bien plus que sur le passé :

P46: ben alors que je fasse celui-là ou celui-là, on verra bien les résultats au bout hein

A travers une métaphore, le patient vient décrire le savoir acquis lors de la phase pré-diagnostique, cette étape constituant une pré-annonce non verbale avec les prémices de la compréhension :

P50: parce que le médecin, bon faut pas s'faire d'illusion hein tout le monde sait que quand on est malade c'est, c'que déjà quand on rentre dans la boîte d'ordinateur j'pensais qu'ils allaient me mettre une clé usb et là ils m'ont carrément mis un disque dur dedans à la place hein

Nous observons chez ce patient un déplacement de l'angoisse de la maladie vers un de ses symptômes, la crise d'épilepsie devant cet objet anxiogène :

P54: quand on dit qu'c'est malin alors là c'est un peu différent un jour ou l'autre de toute manière y a..., c'est même pas c'qui m'fait l'plus peur, moi c'est les crises de, crises d'épilepsie, j'ai tellement été traumatisé par cette crise-là que, ça fait plus peur que la tumeur

Cela peut expliquer la bonne appropriation par le patient de l'explication concernant le traitement antiépileptique, sans que la notion de durée soit, elle, intégrée :

Ψ57: Et ça on vous a dit qu' y avait des risques que vous r'fassiez une crise d'épilepsie ?

P58: euh c'est pour ça c'est pour ça qu'j'ai un traitement à suivre pour ça maintenant, j'sais pas pour combien de temps 2, 3 ans, 4 ans ça dépend

Le patient exprime bien la peur viscérale de la survenue d'une nouvelle crise, marquant ainsi le caractère traumatique du symptôme, bien plus que du cancer en lui-même :

P60: mais je n'lâche pas, j'lâche pas les cachets

L'imagerie est encore une fois perçue par le patient comme un support de compréhension de la maladie :

Ψ67: et donc là pendant ce cette consultation j'imagine que vous avez vu des images aussi, des radios, les scanners

P68: j'ai vu les scanners oui

Ψ69: et ça ça vous a semblé important de voir tout ça ?

P70: oui tout à fait

Ψ71 hum

P72: pour que au moins on sache où c'est qu'on en est

Vient ensuite une rancœur éprouvée vis-à-vis des médecins du travail, marquant une révolte face à la non-délivrance d'une information loyale par le professionnel :

P74: parce que c'est pas la peine de nous montrer des fausses photos et des trucs comme ça hein parce que moi personnellement les médecins j'les aime pas trop 'fin au niveau des médecin houillères hein

Indirectement, il nous dit donc ce qu'il attend du médecin dans de telles circonstances. Il confirme le besoin de savoir en s'appuyant sur l'aspect délétère du non-savoir :

P78: [...] moi je pense que le fait qu'on nous mette au courant comme ça et qu'on sache au moins où c'est qu'on met les pieds.

J80: j pense que c'est primordial ça, on s'est fait berner et puis maintenant

Le patient va alors mettre en avant l'intérêt de la consultation d'annonce dans ce qu'elle permet de connaître du passé, du présent et de l'avenir. Elle aide ainsi à la projection :

P84: de comment qu'y va opérer, c'qu'il a fait, pourquoi qu'il l'a fait et puis finalement maintenant dans quel, quel va être le déroulement, c'est tip top comme ça au moins je sais, au moins on est dirigé maintenant on sait, je sais c'qui m'attend

Dans ce même extrait, les temps de prise en charge par les professionnels sont valorisés par le patient, ce dernier marquant son besoin de savoir pour être dirigé. Les soignants sont donc intégrés dans le futur du patient et prennent une place fondamentale à ses côtés.

Le patient précise en outre l'utilité de la consultation post-chimiothérapie, peut-être plus d'ailleurs qu'une consultation post-annonce, lui donnant une fonction rassurante :

P88: à la fin de la chimio p't-être pour voir comment qu'c'est

P90: la fin d'la chimio pour voir comment qu'on a encaissé la chimio et si on pourrait modifier quelque chose au niveau de la chimio

Concernant la forme de l'annonce, le patient rappelle bien l'intérêt d'un processus progressif permettant de se préparer à recevoir l'information en évitant de rendre cette dernière traumatique. L'image du coup de marteau, brutal, symbolise la révélation du médecin :

P102: c'est c'est on appréhende déjà avant le coup le coup de marteau, on en a pris un déjà avant et puis comme ça on sait que le coup de marteau quand on va l'avoir il va faire mal. J' préfère qu'ce soit comme ça

Par ailleurs, le quotidien apparaît comme une source plus grande d'inquiétude et de difficulté que la maladie en elle-même :

P110: pour l'instant le prim, le, pour l'instant c'est l'problème de constipation, constipation et la nourriture qu'ils donnent à l'hôpital

Ceci signe bien l'impact psychologique qu'a la maladie chez le patient et montre également le processus de déplacement de l'angoisse qui s'opère pour supporter une réalité difficile.

Du coup, lorsque le psychologue demande au patient comment il vit la situation au domicile, le patient va d'emblée valoriser sa compagne pour montrer l'aide qu'elle représente pour lui dans les gestes de la vie quotidienne :

P124: à la maison j'ai une femme en or [...].

P126: et puis elle m'aide beaucoup, y a des moments où je pète un plomb comme tout le monde hein et des fois elle me...elle me coupe mon pain

Sa compagne le suit aussi dans ses passe-temps comme la marche et les balades en forêt, ce qui marque un besoin de s'évader d'une réalité. Notons les associations morbides (*incinéré*) qui se mêle à son récit :

P130: j'dis louloute viens, on prend la voiture faut qu'on disparaisse, j'peux pas rester à la maison, on prend la voiture et on part

P132: même si on va que dans la forêt, moi c'est la forêt hein, moi le jour où j'suis incinéré, c'est la forêt, incinéré et forêt et j'ai dit, ben écoute viens on va dans la forêt, on va sur un banc, on reste une, deux, trois heures, sur le banc sniffer le bonheur, oh c'est magnifique

En outre l'épouse représente un appui cognitif :

Ψ137: et donc elle a assisté elle aussi à cette consultation

P138: toutes mes consultations, parce que c'est bien simple, vous me parlez de n'importe quoi parce que moi y a certains trucs que j'enregistre je tourne la tête j'ai oublié

Lorsque le psychologue interroge le patient sur le contenu de la consultation d'annonce, celui-ci va mettre en avant l'information reçue concernant la situation actuelle et l'évolution possible de la maladie :

P146: oui, le problème que j'ai oui et c'que j'risque d'avoir oui

L'information retenue concerne aussi les aspects moteurs liés aux troubles induits par la maladie:

P148: c'est ou je récupère rien du tout ou je récupère quasiment tout ou alors c'est kif kif c'est moitié moitié

C'est alors que le patient va exprimer son envie de se battre :

P150: alors on verra bien enfin j'espère, moi j'ai quand même un moral d'acier, quoi que des fois j'ai

les boules hein et j'lâcherai pas la corde hein

S'ensuit l'évocation de la mort liée à la maladie, mais de manière indirecte, en relatant la situation d'un proche décédé lui-aussi d'un cancer, signifiant ainsi qu'il possède un certain nombre de connaissances sur ce sujet mais s'opposant farouchement à ce destin. On observe des **réflexes paranoïdes**, un sentiment de persécution subie, presque un complot :

P152: j'ai un d'mes beaux-frères qui a eu le même problème, il a bat... il s'est battu, il a bataillé 3 ans et j'lai accompagné jusqu'au dernier souffle j'lai accompagné, j'ai dit 'moi y m'prendront pas comme ça'

Il décrit le vécu du patient sans parler en son nom mais en utilisant une sorte d'identification projective pour faire part de sa situation :

P154: et c'est c'est très très dur y a des moments où y a des hauts y a des bas et faut faire avec

Par la fuite en avant, le patient tente de maîtriser la situation en pointant le pire pour ensuite l'effacer grâce à l'énonciation de l'espoir :

P158: elle sait déjà que s'il m'arrive vraiment un gros... si j'arrive pas à passer le cap hein j'ai un disque à la maison, un cd , moi c'est, moi j'dis on va directement au crématorium, tu fais un recueillement et hop, incinéré et tu prends mes cendres et tu les ramènes au rocher d'Edelweiss comme ça c'est réglé et ça s'arrête là basta pas d'église, pas de curé rien, elle sait très bien mon opinion comment qu'il est là d'ssus hein moi c'est ou ça passe ou ça casse mais j'ai grand espoir qu'on arrive à passer le cap

Le patient montre de nouveau la place que prennent les proches auprès de lui :

P162: et j'ai mes enfants, j'ai mes p'tits-enfants

Dans l'extrait suivant, nous constatons qu'un symptôme expliqué est moins anxiogène qu'un trouble non pris en compte par le médecin. En effet, la fatigue est tolérée car justifiée alors que la constipation apparaît comme intolérable et anxiogène car non abordée lors de la consultation d'annonce :

P182: [...] je sais qu'les 6 premières semaines j'vais être KO ça c'est sûr j'me fais pas d'illusion, mais j'vais squatter l'canapé et prendre des CD, regarder la télé et pis dormir, dormir

Ψ183: hum, faudra vous r'poser effectivement

P184: j'fais qu'ça

Ψ185: la chimio ça vous fatigue hein

P186: ouais pour l'instant y a la constipation qui m'fatigue vachement

Ψ187: ouais, ça on va voir avec le médecin

P188: parce que je suis debout depuis minuit et demi, hein, moi j'ai peur j'ai peur que j'vais éclater hein

Dans ce sens nous comprenons que le patient est serein car informé du parcours et il sent ainsi qu'il n'est pas abandonné :

P204: on m'a déjà rassuré, on m'a déjà prévenu c'que, c'qui m'attend, pendant le... pendant les traitements

Il crée ainsi une sorte d'unité avec le médecin pour créer une sorte d'affiliation rassurante :

P210: allez comme le docteur Y. on est des des

Le patient refuse d'être réduit à sa maladie et exprime bien l'importance de partager avec l'entourage des éléments de vie positifs :

P238: parce que moi j'ai des copains on a fait les 36 coups ensemble et puis on parle quasiment pas d'la maladie j'ai parlé d'la maladie, j'ai dit 'écoute c'est comme ça c'est comme ça et comme ça, basta'

P240: c'est une tumeur maligne que j'ai, j'vais faire la chimio, radiothérapie et tout ça passe ou ça casse et puis on discute plus après on parle de, on parle de voiture, de moto

Il ne s'agit donc pas d'un déni de la maladie mais plutôt d'un refus d'être anéanti par elle en la mettant à distance. Il est donc essentiel d'avoir des projets de vie et de conserver un sentiment d'utilité pour l'autre, ce dernier venant très certainement compenser la culpabilité ressentie vis-à-vis de l'entourage :

P256: et pis une fois on va dans l'nord, une fois on va à Avignon, une fois on va à Perpignan et puis y a rien qui nous retient, moi j'suis à la retraite et pis bon, elle elle est au chômage et elle aurait pas b'soin d'aller au chômage hein avec c'que moi je gagne, on peut vivre à 2

Le patient va ensuite exprimer une révolte à l'égard de la médecine du travail sous la forme d'une projection agressive tenace :

P266: parce qu'au niveau de la mine y a eu beaucoup d'injustices hein j'me laisserai plus berner comme ça si maintenant je devais gagner à l'euro-million, un gros pactole, j'attaquerais les houillères au tribunal et je prendrais maître Vergès et toutes les grosses têtes et les houillères j'les ferais coucher moi et j'les ferais payer ceux-là, même les médecins certains médecins je les mettrais en prison, des, des charlatans, que vous ayez des hémorroïdes, une angine ou n'importe quoi c'était le même cachet aspirine

Il va enchaîner avec une critique concernant l'alimentation proposée à l'hôpital :

P274: c'est pas comme dans l'temps, question d'propreté, l'accueil, magnifique, le seul truc qu'on peut reprocher dans les hôpitaux c'est la nourriture

Le patient va enfin montrer que l'annonce a eu un effet déculpabilisant :

P324: tout à fait parce que maintenant je sais c'que j'ai, bon j'lai pas demandé, on m'la imposé hein (rire)

Pour conclure, le patient démontre sa bonne compréhension des traitements abordés notamment par le médecin :

P344: et puis comme le médecin y m'a expliqué, c'est des rayons [...]

IV – OUTILS INTERROGATIFS

	Question catégorielle	Question propositionnelle	Total
Patient	0	5	5
Psychologue	6	19	25
Total	6	24	30

Le psychologue pose 5 fois plus de questions que le patient, majoritairement sous une forme propositionnelle. Le patient posera 6 questions propositionnelles.

Le psychologue va poser des questions relatives à l'annonce et ses effets :

P12: et quand on s'regarde dans l'miroir, on s'pose la question, qui c'est qui est dans le miroir. Là ça...

*Ψ13: et ça c'est depuis l'annonce **ou** c'était déjà avant ? (question propositionnelle disjonctive)*

Ψ37: hum mais euh parce qu'en fait euh l'annonce vous l'avez eue quand, de la maladie ? (question catégorielle)

Ψ47: et qu'est-ce que, qu'est-ce qui vous a marqué dans cette consultation, de quoi vous vous souvenez ? (question catégorielle)

P68: j'ai vu les scanners oui

Ψ69: et ça ça vous a semblé important de voir tout ça ? (question propositionnelle sur les sentiments)

Il va également formuler des relances sous une forme interrogative pour obtenir une précision ou un complément d'information :

P18: parce que seul, si j'avais habité au cinquième ça serait déjà réglé hein

Ψ19: ah oui ? (question propositionnelle)

Ψ39: 15 jours ? (question propositionnelle) D'accord et donc c'est le docteur Y. qui vous a annoncé euh

P54: quand on dit qu'il est malin alors là c'est un peu différent un jour ou l'autre de toute manière y a..., c'est même pas c'est qui m'a fait l'plus peur, moi c'est les crises de, crises d'épilepsie, j'ai tellement été traumatisé par cette crise-là que, ça fait plus peur que la tumeur

Ψ55: oui ? (question propositionnelle)

P156: tout à fait

Ψ157: oui ? (question propositionnelle)

P344: et puis comme le médecin y m'a expliqué, c'est des rayons, tchouk tchouk tchouk tchouk, c'est comme si on vous foutait des baffes pendant 10 minutes, rires, ça va gonfler un peu mais je sais pas comment ça va se passer si j'ai une migraine ou quoi après

Ψ345: il vous a dit tout ça ? (question propositionnelle)

P350: évitez le soleil, juillet août je les passerai dans le salon chez moi sur le balcon

Ψ351: une casquette ? (question propositionnelle)

Il s'intéresse également à l'effet de la maladie :

Ψ25: parce que elle se manifeste comment la maladie au quotidien ? (question catégorielle)

P32: bon on m'a expliqué que les 6 premières semaines ça va être très très dur, ça va (bruit)...

Ψ33: au niveau de... du physique ? (question propositionnelle)

Il va interroger le patient sur ses états psychologiques (ses croyances et savoirs, ses ressentis, ses sentiments = le contenu de l'annonce :

Ψ57: Et ça on vous a dit qu'il y avait des risques que vous r'fassiez une crise d'épilepsie ? (question propositionnelle)

Ψ81: hum, vous vous souvenez quoi du coup, vous vous souvenez de quoi alors ? (question catégorielle)

Ψ83: de la consultation de c'que on a pu vous dire euh ? (question propositionnelle)

Ψ93: mais par rapport à l'annonce, toute l'information qu'on vous a donnée est-ce que vous avez l'impression qu'ça a été trop, pas assez ? (question propositionnelle)

Ψ143: et donc par rapport à la maladie par contre vous avez l'impression d'avoir compris ? (question propositionnelle)

Ψ333: on vous a dit pour la chimio comment ça se passait ? (question propositionnelle)

Ψ107: et donc euh vous avez des questions à r'poser au médecin ? (question propositionnelle)

P108: non

Ψ109: non ? (question propositionnelle)

Il veut également connaître certains éléments personnels du patient et l'impact de la maladie sur la sphère familiale:

Ψ123: et à la maison, ça se passe comment ? (question catégorielle)

Ψ155: hum et avec votre épouse vous en parlez ? (question propositionnelle)

Ψ165: vous avez combien d'enfants ? (question catégorielle)

Ψ171: et ils habitent tous à proximité de chez vous ? (question propositionnelle)

P176: tout le monde est au courant oui

Ψ177: oui ? (question propositionnelle)

Les questions formulées par le patient sont pour la plupart des demandes de précision quant à la question

posée par le psychologue

P38: L'annonce ? (question propositionnelle) Ben y a 15 jours 3 semaines

P82: de la crise ? (question propositionnelle)

P144: le problème que j'ai ? (question propositionnelle)

P346: euh les baffes... ? (question propositionnelle)

Une fois le patient va, par une interrogation, manifester une certaine surprise :

P280: eux y vont manger au self, y vont manger au snack ou au restaurant mais quand y voyent ça, y vont pas l'manger, moi si j'leur faisais un repas comme ça...

Ψ281: j'vous rassure au self on a la même nourriture hein...

P282: ouais ? (question propositionnelle)

V – ELEMENTS RAPPELES CONCERNANT LA MALADIE

Nous allons à présent analyser les éléments rapportés par le patient suite à la consultation d'annonce et qui ont trait à la maladie et aux traitements. Voyons dans le tableau suivant comment se répartissent ces éléments :

Termes	Locuteur(s) Cs Annonce	Locuteur(s) Cs Post-A Ψ/P
Lésion	M (2 fois)	
Tum-eur/orale	M (52 fois)	P (6 fois)
Glioblastome	M (5 fois)	
Cancer	M (7 fois) P (1 fois)	P (2 fois)
Masse	M (1 fois)	
Malin	P (3 fois) M (6 fois)	P (3 fois)

Radiothérapie	M (23 fois)	E (3 fois) Ψ (2 fois)
Rayon	M (20 fois)	P (1 fois)
Chimiothérapie	M (38 fois) P (1 fois) I (1 fois)	P (10 fois) Ψ (2 fois)

La notion de **tumeur**, prononcée 52 fois par le médecin en consultation d'annonce, va être abordée à 6 reprises par le patient.

Il va ainsi montrer qu'il a une certaine connaissance de cette notion et qu'il se l'approprie en tant que maladie :

*P40: alors moi euh c'était pas la peine de tourner autour du pot hein, j'savais qu'j'avais une **tumeur** en haut hein, c'était une **tumeur** kystale, les **tumeurs** c'est ou bénin ou malin*

*P240: c'est une **tumeur** maligne que j'ai, j'vais faire la chimio, radiothérapie et tout ça passe ou ça casse et puis on discute plus après on parle de, on parle de voiture, de moto*

Il associe également une certaine gravité à cette notion, prenant pour exemple le décès d'un membre de sa famille :

*P180: bon, pis même ma sœur qui, qui a perdu son mari, là qui avait le même problème de **tumeur***

Il marque bien enfin la dimension plus traumatique des symptômes de la maladie que la maladie en elle-même. Cette notion apparaît donc comme supportable par le patient.

*P54: [...] c'est même pas c'qui m'fait l'plus peur, moi c'est les crises de, crises d'épilepsie, j'ai tellement été traumatisé par cette crise-là que, ça fait plus peur que la **tumeur***

Il est intéressant d'observer que le patient n'entend pas la même chose entre **cancer** et *tumeur*. Ainsi le premier terme, répété sept fois par le médecin initialement mais seulement deux fois par le patient lors de cette consultation post-annonce, semble à ses yeux plus grave que le second. Il considère ainsi que sa maladie est potentiellement moins grave que le *cancer*. En outre, il laisse à penser qu'il n'est pas responsable de ce qui lui

arrive, contrairement aux personnes touchées par un mélanome.

*P360: non pas du tout, j'adore ça moi marcher en forêt sous les arbres c'est c'est y a rien de mieux que ça que les gens y vont se faire griller sur la plage, y fait 32 au soleil, y se font griller et après ils ont quoi, un **cancer** de la peau, ben après ils arri...ils passent par la même case que moi hein*

*P366: c'est pas d'aujourd'hui hein, j'ai pas le **cancer** de la peau c'est déjà pas mal*

L'usage du mot **malin** par le patient, tant en consultation d'annonce à trois reprises ou lors de cette consultation post-annonce aussi à trois reprises, montre bien qu'il saisit la gravité de sa maladie, même s'il n'y associe pas pour autant la notion de cancer :

*P40: [...] j'savais qu'j'avais une tumeur en haut hein, c'était une tumeur kystale, les tumeurs c'est ou bénin ou **malin***

*P54: quand on dit qu'c'est **malin** alors là c'est un peu différent un jour ou l'autre de toute manière y a... [...]*

*P240: c'est une tumeur **maligne** que j'ai, j'vais faire la chimio, radiothérapie et tout ça passe ou ça casse [...]*

La dimension des traitements semble bien intégrée par le patient. Ainsi la **radiothérapie**, réduite parfois au seul mot *radio* dans le discours, sera évoquée à 3 reprises par le patient et 2 par le psychologue lors de la consultation post-annonce alors qu'elle aura été énoncée 23 fois par le médecin en consultation d'annonce. La notion de **chimiothérapie** est quant à elle abordée à 38 reprises par le médecin en consultation d'annonce et 10 par le patient en consultation post-annonce Le patient les intègre toutes les deux dans son parcours de soins :

*P30: c'est... j'crois qu'c'était le plus dur. Bon maintenant je commence ma **chimio** la s'maine prochaine*

*P240: c'est une tumeur maligne que j'ai, j'vais faire la **chimio**, **radiothérapie** et tout ça passe ou ça casse [...]*

*P334: oui la **chimio**, ben la **chimio** j'la fais à la maison, la **radiothérapie** j'ai fait le masque hier*

P336: on commence la **chimio** et la **radio**, je commence mercredi prochain

Le patient met en revanche plus l'accent sur la *chimiothérapie* et semble davantage la redouter. Ce dernier y associe plus d'effets secondaires et d'incertitude quant à sa façon de la supporter :

P62: la **chimio** j'peux encaisser, j'ai été mineur et les mineurs vous savez c'est c'est c'est un robot, hein

P88: à la fin de la **chimio** p't-être pour voir comment qu'c'est

P90: la fin d'la **chimio** pour voir comment qu'on a encaissé la **chimio** et si on pourrait modifier quelque chose au niveau de la **chimio**

Ψ185: la **chimio** ça vous fatigue hein

La notion de rayon, associée de fait à celle de radiothérapie, sera prononcée 20 fois par le médecin en consultation d'annonce et seulement 1 fois par le patient en consultation avec le psychologue. Il reprend ainsi l'explication du médecin et se représente une scène désagréable engendrant sans doute des effets incertains :

P344: et puis comme le médecin y m'a expliqué, c'est des **rayons**, tchouk tchouk tchouk tchouk, c'est comme si on vous foutait des baffes pendant 10 minutes (rires) ça va gonfler un peu mais je sais pas comment ça va se passer si j'ai une migraine ou quoi après

VII – ELEMENTS NOUVEAUX CONCERNANT LA MALADIE

Monsieur Bertrand semble avoir été très marqué par la **crise** d'épilepsie inaugurale puisqu'il va aborder ce symptôme à plusieurs reprises, craignant une nouvelle survenue :

P16: et c'est ce laps de temps entre le, le, la **crise** et la guérison quasi totale enfin quasi totale y en aura pas et jusqu'à là y'a beaucoup de temps qui va passer; puis j'crois, j'pense qu'y faut être bien entouré, beaucoup de copains, beaucoup de contacts, discuter, dialoguer

P28: mais du jour au lendemain que ça fasse une crise et qu'on n'est plus rien, ça c'est dur à encaisser

P54: quand on dit qu'il est malin alors là c'est un peu différent un jour ou l'autre de toute manière y a..., c'est même pas c'est qui m'a fait l'plus peur, moi c'est les crises de, crises d'épilepsie, j'ai tellement été traumatisé par cette crise là que, ça fait plus peur que la tumeur

Ψ81: hum, vous vous souvenez quoi du coup, vous vous souvenez de quoi alors ?

P82: de la crise ?

Il va également également parler de **guérison**. Cependant, il montre qu'il a bien saisi le caractère incurable de sa maladie (« *guérison {...} quasi totale y en aura pas* »), même si au fond, inconsciemment il reste dans l'illusion d'une guérison accessible (« *si on vous ramène la bouffe comme ça vous êtes même pas motivé pour guérir à manger* »)

P16: et c'est ce laps de temps entre le, le, la crise et la guérison quasi totale enfin quasi totale y en aura pas et jusqu'à là y'a beaucoup de temps qui va passer, puis j'crois, j'pense qu'y faut être bien entouré, beaucoup de copains, beaucoup de contacts, discuter, dialoguer

P278: incroyable moi je pense que vous savez que si psych...si on vous ramène la bouffe comme ça vous êtes même pas motivé pour guérir à manger alors je pense que les... tout ce qui est diététicienne là, ceux qui nous font les repas là, même eux y mangent pas ça

Il énonce une série de **symptômes** en refusant de se projeter dans une amélioration définitive mais au contraire transitoire. Il montre ainsi qu'il est réaliste en refusant de s'accrocher à de faux espoirs :

P34: au niveau physique, sommeil, fatigue et tout, ça va être très très dur et après ça va remonter tout doucement, mais ça va descendre très vite d'un coup, hein là il disent je sais que j'vais reperdre un peu la main, la jambe j'vais perdre et après bon, pendant les 6 semaines là, bon je sais que je suis bien entouré pour l'instant

Il parle aussi du stigmate que constitue la **cicatrice** et qui apparaît comme anxiogène. La maladie ne peut passer inaperçue, elle est bien visible mais mystérieuse :

P52: d'après la cicatrice et pis quand on voit ça c'est...on peut s'poser des questions

Enfin, il met en avant la notion de **handicap** lié à la paralysie de sa main et à la difficulté à la fois de l'intérioriser psychiquement et de vivre alors avec :

P298: parce que moi, moi je les ferais moi-même mais avec une main tu, on fait rien

Ψ299: ben oui

P300: on est handicapé, si maintenant on est né avec une main handicapée au départ...

VII – ANALYSE THEMATIQUE VIA ALCESTE

14% du corpus ont été rejetés par ALCESTE dans l'analyse. La classe 1 intègre 1/3 du discours et concerne le quotidien. La classe 3, avec 22%, comprend le terme *parler*. La classe 2 (17%), a trait au ressenti face au médecin alors que la classe 4, avec 15%, s'intéresse à l'annonce de diagnostic.

Rapport de synthèse

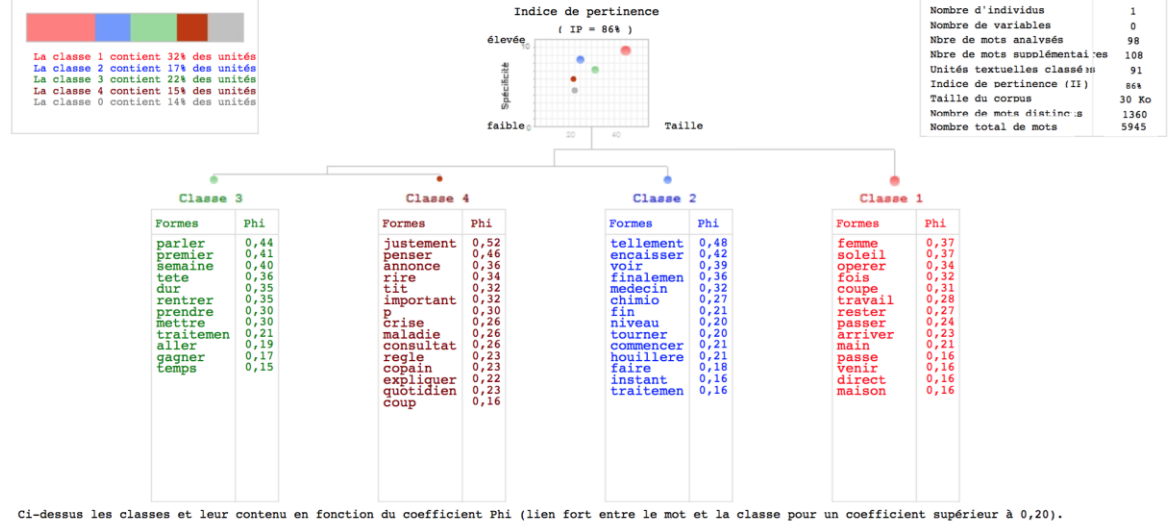
Texte analysé : Psy Patient A2

Vendredi 08 Mai 2015 à 15 h 12

Le corpus Psy Patient A2 a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 86% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 14% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 4 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et coloriée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 38% des unités textuelles classées (soit 32% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **femme, soleil, operer, fois, coupe, travail**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 20% des unités textuelles classées (soit 17% du corpus initial) ses mots significatifs sont **tellement, encaisser, voir, finalement, medecin, chimio**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 25% des unités textuelles classées (soit 22% du corpus initial) ses mots significatifs sont **parler, premier, semaine, tete, dur, rentrer**. puis de la classe 4 qui représente 17% des unités textuelles classées (soit 15% du corpus initial) marquée par les mots **justement, penser, annonce, rire, tit, important**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.

Rectangle des spécificités et classification du corpus



Classe n°1

Cette classe est formée de 34 unités textuelles, soit 38% des unités classées. Les Marqueurs de la personnalité **chémique, vous, elle**, et les Nombres tels **quatre**, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

Mots significatifs

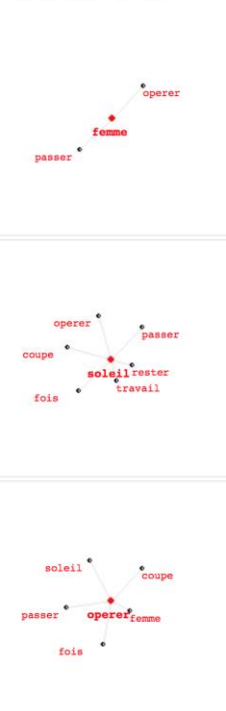
Mots présents	Phi	Freq.
femme	0,37	8
soleil	0,37	12
operer	0,34	7
fois	0,32	9
coupe	0,31	5
moi	0,29	28
deux	0,28	6
travail	0,28	8
tu	0,27	5
rester	0,27	4
passer	0,24	6
arriver	0,23	4
ah	0,20	6
elle	0,20	19
main	0,21	13
enfin	0,21	4
je	0,17	33
chez	0,16	3
sont	0,16	3
passé	0,16	3
venir	0,16	3
direct	0,16	3
ben	0,16	10
depuis	0,16	4
maison	0,16	5

Mots absents	Phi	Freq.
savoir	-0,25	4
parce-qu	-0,25	4
dur	-0,23	0
cette	-0,22	0
penser	-0,23	0
annonce	-0,23	0
semaine	-0,22	0
traitement	-0,22	0
consultatif	-0,23	0

Unités textuelles de la classe 1

Le tabac a chiquer tu mets ça dans la gencive, c'est une injection de nicotine directe qui rentre en dessous la langue, ça fait maintenant depuis que j'ai été **opere** que j'y ai pas touché et moi j'ai une **femme** en or, elle me, elle me soutient beaucoup? 125: oui P126: et puis elle m'aide beaucoup, y a des moments où je pète un plomb comme tout le monde hein et des **fois** elle me, elle me **coupe** mon pain? 127: elle vous aide oui P128: elle vous. et puis des **fois** quand j'ai dit louloute viens, son surnom c'est louloute? 129: hum P130: j'ai dit louloute viens, on prend la voiture faut qu'on disparaisse, j'peux pas **rester** à la maison, on prend la voiture et on part? P156: tout-à-fait? 157: oui? P158: elle sait déjà que s'il m'**arrive** vraiment un gros. si j'**arrive** pas à **passer** le cap hein j'ai un disque à la maison, un cd, moi c'est, moi j'ai dit on va directement au crematorium, tu fais un recueillage et hop. 247: ouais P248: j'accorde beaucoup d'heures à **passer** avec ma **femme**, on est des jeunes tourtereaux hein, ça fait que 3 ans et demi qu'on est mariés? 249: ah oui P250: et notre histoire d'amour elle était, elle était, elle était longue, on s'est connus y a 20 ans en arrière dans une rue, on s'est perdus de vue pendant 20 ans et on s'est retrouvés 20 ans après dans la même rue ou on s'est connus. 295: qu'il vous propose quelque-chose P296: parce-que les lavements, pour l'instant c'est ma **femme** qui me fait les lavements? 297: hum P298: parce-que moi, moi je les ferais moi même mais avec une **main** tu, on fait rien? 299: ben oui P300: on est handicapé, si maintenant on est ne avec une **main** handicapée au départ. 301: c'est différent oui P302: mais quand on vous **coupe** une **main** du jour au lendemain comme ça vous n'êtes plus rien hein? 303: oui et puis faut que ce soit bien fait donc P304: je m'suis rasé, je m'rasé, je suis droitier enfin je **travaille** avec les deux **main**, ça fait 30 ans, 35 ans que j'me rase avec la **main** gauche, maintenant je me rase avec la **main** droite? 305: oui P306: y faut maîtriser ça alors que, maintenant je **travaille** j'écris avec la **main** droite, je lis je tourne les pages avec la **main** droite, je tape avec le marteau avec la **main** gauche, avec la **main** droite, je **coupe** avec la hache ou la scie des deux **main**, je **travaille** je **travaille** avec les 2 **main** et puis la maintenant du jour au lendemain j'ai plus que une? 307: ah ben oui c'est sur qu'il faut. P308: pas de **main**, pas de chocolat? 309, rire, c'est sur mais bon puis avec oui. mais mais les lavements y donnent quelque-chose quand-même, y sont. P346: euh les baffes? 347: oui P348: oui enfin ça risque d'être douloureux, inflame quoi que ce soit mais j'aurais des cachets pour les migraines et pis des **fois** y risque d'y avoir comme des coups de **soleil**, alors il a dit pas de **soleil**, hein? 349: ben oui P350: évitez le **soleil**, juillet aout je les **passerai** dans le salon chez moi sur le balcon? 351: une casquette? P352: toujours une casquette depuis oh oui chaque **fois** que je suis **coupe** les medecins y m'ont **opere** au mois de mai et au mois de juillet aout j'suis parti en vacances? 353: ah oui P354: et ben c'était t-shirt, je crains le **soleil** j'ai la peau un peu roux les coups de **soleil** je chope ça vite? 355: ben oui si vous aviez l'habitude de **travailler** dans. P356: au-fond oui ah ben moi j'crains le **soleil** j'aime bien l'ombre mais j'aime bien le **soleil** aussi mais quand je suis

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°2

Cette classe est formée de 18 unités textuelles, soit 20% des unités classées. Les Adverbes en "ment", les Démonstratifs, indéfinis et relatifs tel qu'on, on, c'est, ce, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

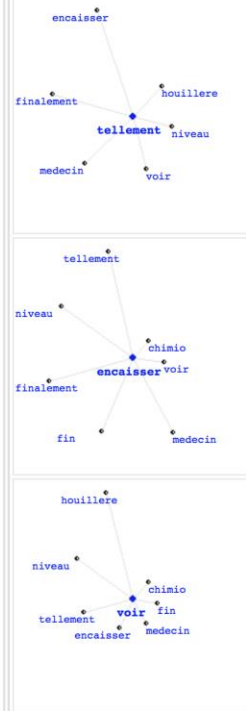
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
tellement	0,48	6
encaisser	0,42	5
voir	0,39	11
finalement	0,36	4
medecin	0,32	9
chimio	0,27	7
fin	0,21	3
hein	0,20	12
pour	0,20	7
niveau	0,20	3
tourner	0,20	3
commencer	0,21	4
houillere	0,21	2
nous	0,17	4
cette	0,16	3
faire	0,18	7
ouais	0,17	4
instant	0,16	3
traitement	0,16	3
hum	0,14	11
ce-qu	0,16	2
Mots absents		
fait	-0,20	2
sur	-0,17	0
comme	-0,18	3
parler	-0,17	0
ah	-0,16	0
coup	-0,15	0
tres	-0,15	0
passer	-0,15	0
penser	-0,15	0

Unités textuelles de la classe 2

41: hum P42: ou l' un ou l' autre ben j' ai tire la mauvaise carte hein? 43: oui P44: ca fait rien, l' traitement s' ra l' meme hein l' traitement? 45: hum P46: ben alors que je fasse celui-la ou celui-la, on verra bien les resultats au-bout hein? 47: et qu' est-ce-que, qu' est-ce-qui vous a marque dans cette consultation? . de quoi vous vous souvenez? P48: y a rien qui me marque dans la consultation, c'-est-ce-que, c'-est-ce-que nous on encaisse pour l' instant? 49: hum P50: parce-que le medecin, bon faut pas s' faire d' illusion hein tout le monde sait que quand on est malade c'-est, . c'-est meme pas c' qui m' fait l' plus peur, moi c'-est les crises de, crises d' epilepsie, j' ai tellement ete traumatise par cette crise la que, ca fait plus peur que la tumeur? 55: oui? P56: oui? 57: et ca on vous a dit qu' y avait des risques que vous r' fassiez une crise d' epilepsie? . P58: euh c'-est pour ca c'-est pour ca qu' j' ai un traitement a suivre pour ca maintenant, j' sais pas pour combien de temps 2, 3 ans, 4 ans ca depend? 59: hum P60: mais je n' lache pas, j' lache pas les cachets? 61: oui P62: la chimio j' peux encaisser, j' ai ete mineur et les mineurs vous savez c'-est-ce est-ce est un robot, hein? 63: hum P64: j' ai d' ja eu tellement de blessures a la mine que, scotch saliva et hop on referme et on repart au travail? 65: ouais P66: et apres ben les traces on les, on les, on les encaisse plus tard hein? 67: et donc la pendant ce cette consultation j' imagine que vous avez vu des images aussi, des radios, les scanners P68: j' ai vu les scanners oui? 69: et ca ca vous a semble important de voir tout ca? P70: oui tout-a-fait? 71 hum P72: pour-que au-moins on sache ou c'-est qu' on en est? 73: ouais P74: parce-que c'-est pas la peine de nous montrer des fausses photos et des trucs comme ca hein parce-que moi personnellement les medecins j' les aime pas trop' fin au niveau des medecin houilleres hein? 75: oui P76: parce-que les medecins houilleres ils nous ont tellement bernés au niveau de la silicose? 77: hum P78: et tout ce-qui s' ensuit hein, que finalement ils te disent apres c'-est une malformation congenitale, une balafre j' en ai une la, une la, une la, les problemes de cœur ca c'-est un heritage familial ca, . P88: a la fin de la chimio p' t etre pour voir comment qu' c'-est? 89: oui P90: la fin d' la chimio pour voir comment qu' on a encaisse la chimio et si on pourrait modifier quelque-chose au niveau de la chimio? j' prefere qu' ce soit comme ca? 103: on vous a prepare P104: moi j' prefere etre direct c'-est. tourner autour du pot c'-est pas l' ideal? 105: hum P106: non comme ca c'-est bien? 107: et donc euh vous avez des-questions a r' poser au medecin? 183: hum, faudra vous r' poser effectivement P184: j' fais qu' ca? 185: la chimio ca vous fatigue hein P186: ouais pour l' instant y a la constipation qui m' fatigue vachement? 187: ouais, ca on va voir avec le medecin P188: parce-que je suis debout depuis minuit et demi, hein, moi j' ai peur j' ai peur que j' vais eclater hein? 261: oui P262: je les ratrape chez moi a la maison? 263: hum, ca ca s' explique P264: moi je me leve y faut que je vois dehors, je me tourne, y faut que je vois dehors, y faut que je voie c'-est plus fort que moi hein? j' espere que les toilettes que je vais trouver ce sera dans la foret ou alors des toilettes qui sont costauds parce-que quand ca va sortir ca va exploser hein? 293: mais on va voir ca avec le medecin P294: ouais? P310: oui des crottes de lapin

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 3

Classe n°3

Cette classe est constituée de 23 unités textuelles, soit 25% des unités classées. Les Adjectifs et adverbes, les Verbes tels que parler, faire, rentrer; sont les catégories de mots les plus spécifiques cette classe.

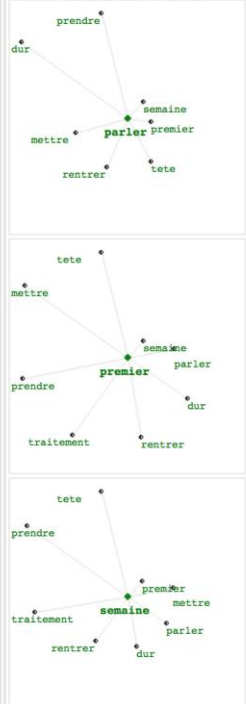
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
parler	0,44	9
premier	0,41	5
semaine	0,40	9
tete	0,36	4
dur	0,35	8
tres	0,35	11
rentrer	0,35	5
prendre	0,30	5
mettre	0,30	5
comme	0,27	13
ca	0,22	30
savoir	0,22	10
sur	0,19	5
tout	0,19	8
traitement	0,21	5
y	0,18	13
hum	0,17	14
peu	0,17	4
aller	0,19	12
avant	0,19	3
dedans	0,17	2
devoir	0,17	2
gagner	0,17	2
et	0,16	21
temps	0,15	3
Mots absents		
ben	-0,17	2
deux	-0,16	0
fois	-0,18	0
voir	-0,17	1
femme	-0,16	0
passer	-0,18	0
soleil	-0,16	0
comment	-0,18	0
travail	-0,16	0

Unités textuelles de la classe 3

la ca. 13: et ca c'-est depuis l' annonce ou c' etait deja avant? P14: non non, deja avant deja, deja quand j' ai fait l' premier malaise, parce-que quand on parle d' AVC, qui dit AVC dit laisse des traces, hein, et c'-est tres long a soigner? . 27: hum P28: mais du jour au lendemain que ca fasse une crise et qu' on n' est plus rien, ca c'-est dur a encaisser? 29: hum P30: c'-est. j' crois qu' c' etait le plus dur. bon maintenant je commence ma chimio la s' maine prochaine? 31: oui P32: bon on m' a explique que les 6 premieres semaines ca va etre tres tres dur, ca va, bruit. . 33: au niveau de. du physique? P34: au niveau physique, sommeil, fatigue et tout, ca va etre tres tres dur et apres ca va remonter tout doucement, mais ca va descendre tres vite d' un coup, hein la il disent je sais que j' vais reperdre un peu la main. . la jambe j' vais perdre et apres bon, pendant les 6 semaines la, bon je sais que je suis bien entoure pour l' instant? 35: oui P36: mais euh, ca va etre dur? 37: hum mais euh parce-que en fait euh l' annonce vous l' avez eue quand, de la maladie? P38: l' annonce? ben y a 15 jours 3 semaines? c' que deja quand on rentre dans la boite d' ordinateur j' pensais qu' ils allaient me mettre une cle usb et la ils m' ont carrement mis un disque dur dedans a-la-place hein? 51: ouais P52: d'-apres la cicatrice et pis quand on voit ca c'-est. on peut s' poser des-questions? 53: hum P54: quand on-dit qu' c'-est malin alors la c'-est un peu different un jour ou l' autre de toute maniere y a. 91: ca c'-est prevu je-pense puisque la y a un traitement P92: je-pense? 93: mais par-rapport a l' annonce, toute l' information qu' on vous a donnee est-ce-que vous avez l' impression qu' ca a ete trop, pas assez? . P94: non non non non c'-est juste non non, y faut, ca sert a rien de cacher? 95: hum P96: parce-que si maintenant vous rentrez a l' aveuglette et pis c'-est comme ma belle-soeur elle a fait la thyroide? . 99: hum hum P100: et j' pense que c'-est l' ideal? 101: oui P102: c'-est-ce est on apprehende deja avant le coup le coup de marteau, on en a pris un deja avant et puis comme ca on sait que le coup de marteau quand on avoir il va faire mal. . sur le banc sniffer le bonheur, oh c'-est magnifique? 133: oui P134: on est des grands marcheurs nous on fait tres peu de velo mais? 135: la marche P136: beaucoup de marche? 137: et donc elle a assiste elle aussi a cette consultation P138: toutes mes consultations, parce-que c'-est bien simple, vous me parlez de n'-importe quoi parce-que moi y a certains trucs que j' enregistre je tourne la tete j' ai oublie? . 139: oui/ P140: c'-est comme pour les traitements, les medicaments que j' dois prendre tout la, j' ai fait j' explique au medecin, je lui ai fait ecoutez marquez moi ca sur une feuille lisiblement parce-que c' que vous m' avez explique, j' ai rien compris? . il s' est battu, il a bataille 3 ans et j' lai accompagne jusqu' au dernier souffle j' lai accompagne, j' ai dit moi y m' prendront pas comme ca? 153: hum P154: et c'-est-ce est tres tres dur y a des moments ou y a des hauts y a des bas et faut faire avec? 155: hum et avec votre epouse vous en parlez? c'-est faute a malchance, mais j' lacherai pas la corde, j' ai dit, j' m' accrocherai et puis les traitements qu' y aujourd'hui c'-est pas les memes traitements d' y a dans le temps, je sais qu' les 6

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 4

Classe n°4

Cette classe est constituée de 16 unités textuelles, soit 17% des unités classées. Les Adverbes en "ment", les Démonstratifs, indéfinis et relatifs tel que *quand, on, c'est, ça*, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

Mots significatifs

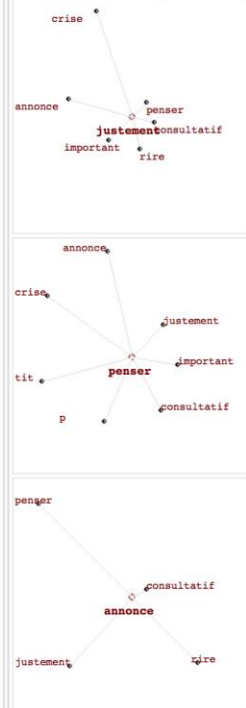
Mots présents	Phi	Freq.
justement	0,52	5
penser	0,46	7
annonce	0,36	7
ce	0,35	19
rire	0,34	5
euh	0,33	11
tit	0,32	3
important	0,32	3
p	0,30	4
crise	0,26	3
maladie	0,26	6
consultatif	0,26	5
mal	0,23	2
vous	0,23	28
avais	0,23	3
regle	0,23	2
copain	0,23	3
est-ce	0,22	3
expliquer	0,22	3
quotidien	0,23	2
déjà	0,19	3
cette	0,19	3
par-rapport	0,18	2
coup	0,16	3
c'est-c	0,16	3
comment	0,16	3

Mots absents	Phi	Freq.
y	-0,26	2
faire	-0,25	0
je	-0,23	12
moi	-0,22	3
rien	-0,21	0
voir	-0,19	0
ca	-0,19	7
non	-0,18	0
dans	-0,18	1

Unités textuelles de la classe 4

1: donc, j' pense qu' on vous avait expliqué de-toute-à-fait c' qu' on, c' qu' on cherchait, P2: pour les medecins? 3: c'-est par-rapport a la consultation d' annonce, donc euh cette consultation d' annonce de maladie grave, euh, elle a été réfléchi a un niveau national, . et donc le docteur Y_ lui aimerait pouvoir l' adapter au mieux euh a sa pratique quotidienne et on pensait que c' était en vous posant a vous euh ben les questions euh' on aurait les meilleures reponses pour ameliorer justement ce temps/ . d' annonce parce-que c'-est vous qui la vivez, nous c'-est sur qu' on est de l' autre cote donc on n' a pas forcément tout et du coup ben c' qu' on cherche a-savoir c' est comment vous l' avez vécu cette annonce pour euh. 15: hum P16: et c'-est-ce laps de temps entre le, le, la et la querison quasi totale enfin quasi totale y en aura pas et jusqu' a la y a beaucoup de temps qui va passer, puis j' crois, j' pense qu' y faut être bien entouré, beaucoup de copains. P22: et si j' avais pu rouler la voiture ce serait aussi réglé déjà? 23: oui P24: oui? 25: parce-que elle se manifeste comment la maladie au quotidien? P26: du jour au lendemain, c'-est-ce est imprevisible, ce truc la, bon des p' tite problemes de tremblements, je les avais avant? . 79: oui P80: j' pense que c'-est-ce est primordial ca, on s' est fait berné et puis maintenant? 81: hum, vous vous souvenez quoi du coup, vous vous souvenez de quoi alors? P82: de la crise? 83: de la consultation de c' que on a pu vous dire euh? 85: oui et est-ce-que vous pensez. P86: et pas partir a l' aveuglette? 87: oui c' est important, et est-ce-que vous pensez que justement il faudrait une autre consultation quelques semaines apres comme la par-exemple, 15 jours, 3 semaines voire plus pour revoir le medecin. . 159: hum P160: mais j' lacherai pas le morceau? 161: ben c'-est important hein P162: et j' ai mes enfants, j' ai mes p' tite enfants? 163: ah oui vous avez. P164: ah sacrilege a celui qui touche a ca? 165: vous avez combien d' enfants? P166: j' ai 3, 3 enfants, comme on est un couple recompose, on fait 8 gosses? . 197: hum P198: on va aller ou? ca c'-est la hantise ca, crise d' epilepsie et ma constipation pour l' instant, quand ca s' ra réglé. 199: c'-est les symptomes oui. plus que la maladie P200, rire, oui plutot! 201: et est-ce-que vous avez l' impression justement que, on vous sent plutot fin serein par-rapport a la maladie hein vous dites que effectivement hein que vous etes euh, vous allez être plus fort, vous. P202: oh mais moi j' suis un battant hein? 203: mais est-ce-que c'-est parce-que justement pendant cette consultation d' annonce euh, on vous a tout dit, tout explique, on vous a montré les images, est-ce-que. P204: on m' a déjà rassuré, on m' a déjà prévenu c' que, c' qui m' attend, pendant le. . P216: oui? 217: c'-est bien P218: oui parce-que je sais ou c'-est qu' je vais? 219: hum P220: je sais c' que je risque, rire, je, je, d' t' façon j' ai plus grand-chose a gagner la d' dans, dans l' histoire, hein, si p' t' être a nouveau la sante mais. . P232: j' pense qu' une p' tite therapie comme ca, ca fait pas de mal, qu' on nous prevenne déjà un peu c' qu' on c' qu' on risque, c' qu' on va avoir, c' qu' on peut avoir? 233: hum P234: j' trouve qu' c'-est pas mal? 235: au debut d' l' entretien vous disiez qu' justement fallait être entouré, c' était important d' avoir. P236: tout-à-fait l' entourage,

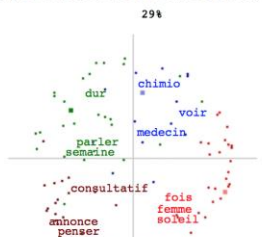
Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 5

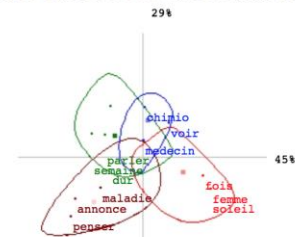
Analyse factorielle en corrélations



Statistique des formes

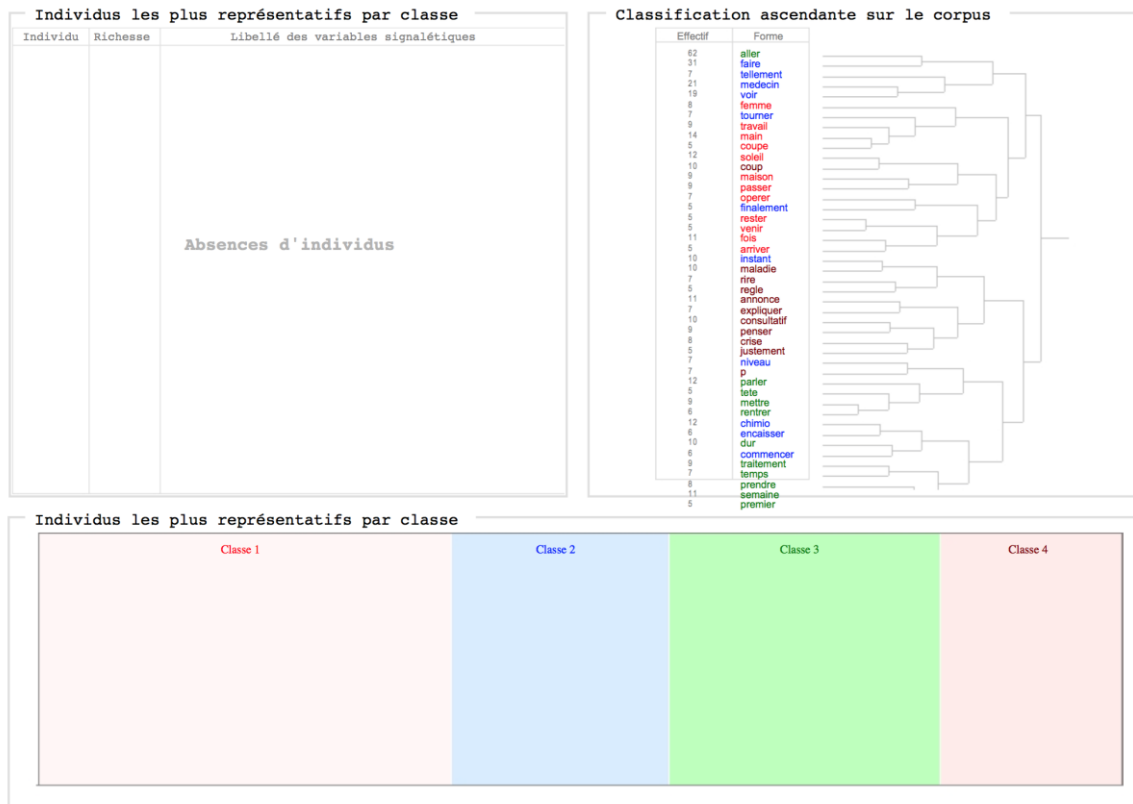
Libellé	Total
Nombre total de mots du corpus	5945
Effectif moyen d'un mot	4
Nombre de mots analysés	1822
Verbes	579
Adjectifs et adverbes	174
Noms communs	673
Autres	396
Nombre de mots non analysés	3157
Articles	634
Pronoms	750
Auxiliaires	267
Autres	1506
Richesse du vocabulaire (RV)	61 %

Analyse factorielle en coordonnées



Extrait du dictionnaire du corpus

Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq
aller	62	femme	8	image	5	voiture	4	vivre	3	impression	3	ideal	2
fait	37	prendre	8	poser	5	discuter	4	avengir	3	magnifique	3	lache	2
faire	31	p	7	regle	5	louloute	4	berner	3	hemorroïdes	3	malin	2
medecin	21	rire	7	venir	5	houillere	4	cachet	3	radiotherapi	3	peter	2
voir	19	truc	7	lacher	5	important	4	P,	3	ti	2	plomb	2
manger	15	foret	7	moment	5	quotidien	4	cochon	3	bas	2	repas	2
jour	14	monde	7	rester	5	recuperer	4	garder	3	cap	2	tabac	2
main	14	temps	7	arriver	5	nourriture	4	hernie	3	sout	2	cancer	2
enfant	14	niveau	7	premier	5	r	3	marche	3	lis	2	total	2
chimio	12	operer	7	justement	5	ch	3	moitie	3	pot	2	baffes	2
parler	12	tourner	7	quasiment	5	ra	3	courant	3	rue	2	battre	2
soleil	12	expliquer	7	finalement	5	lai	3	discale	3	tip	2	bouffe	2
fois	11	tellement	7	fin	4	sel	3	docteur	3	top	2	catcher	2
annonce	11	peur	6	tit	4	aide	3	esperer	3	sout	2	cancer	2
semaine	11	perdu	6	kilo	4	gros	3	fatigue	3	banc	2	disque	2
an	10	petit	6	peau	4	haut	3	habiter	3	gens	2	ensuit	2
dur	10	risque	6	jeune	4	ped	3	irriter	3	met	2	epaule	2
coup	10	tumeur	6	pas	4	trou	3	laisser	3	mois	2	gauche	2
instant	10	constip	6	raser	4	casse	3	marcher	3	nord	2	malade	2
maladie	10	ecouter	6	copain	4	gosse	3	marteau	3	pain	2	manque	2
consultatif	10	morceau	6	direct	4	jambe	3	attendre	3	self	2	P,	2
maison	9	ramener	6	donner	4	laver	3	entourer	3	seul	2	marque	2
mettre	9	rentrer	6	dormir	4	nancy	3	question	3	basta	2	mineur	2
passer	9	commencer	6	droite	4	ombre	3	regarder	3	carte	2	minute	2
penser	9	encaisser	6	gagner	4	parti	3	souvenir	3	connu	2	miroir	2
hopital	9	mine	5	simple	4	pelme	3	vraiment	3	corde	2	partir	2
problem	9	tete	5	tchouk	4	pot	3	carrement	3	finir	2	phrase	2
travail	9	aimer	5	tracer	4	radio	3	epilepsie	3	fumer	2	P,	2
traitement	9	coupe	5	avignon	4	taire	3	handicape	3	garde	2	sortir	2
crise	8	heure	5	biopsie	4	tirer	3	incinerer	3	grand	2	soutivre	2



VIII – CONCLUSION

Au regard de cet entretien nous pouvons analyser six points majeurs permettant de mieux appréhender la consultation d’annonce.

1 – La maladie : une atteinte narcissique

Le patient exprime bien la difficulté de se retrouver dans ce nouveau statut de malade et l’impact que cela représente déjà sur sa conscience d’être un sujet à part entière. Pour éviter que le patient ne se réduise et ne se vive que comme malade, voire comme maladie, il est essentiel qu’au cours de cette consultation d’annonce, le médecin et l’infirmière se positionnent dans un processus de renarcissisation afin de proposer un soutien à l’existence identitaire. C’est en constituant en effet une assise narcissique pour le patient que ce dernier conservera un sentiment d’exister en tant que sujet aux yeux de ses proches et de la société en général.

Par ailleurs, la crainte exprimée par le patient concerne cette impression morbide de déchéance à la fois physique mais également psychique, le conduisant à l’anéantissement de l’être. Il semble donc essentiel d’offrir au malade

un droit à s'évader et ainsi à positiver sans le considérer dans un déni de la maladie. Se considérant utile, le patient se sentira le droit d'être aimé et donc de vivre malgré la maladie et ses conséquences.

2 – L'entourage

Sa position auprès du patient est très ambivalente. En effet, il constitue à la fois un soutien majeur qui permet au patient de préserver sa place dans le monde des vivants et ce, en dépit de la maladie, mais il peut à certains égards représenter une source de culpabilité douloureuse pour le malade. Ce dernier se considère parfois comme une charge pour son entourage et a l'impression de ne représenter que du négatif aux yeux des autres. Néanmoins, l'entourage peut souvent constituer pour le patient, lui-aussi, d'un point de vue psychique, une assise narcissique, jouant un rôle fondamental dans le maintien de l'être face à l'attaque narcissique de la maladie. En outre, il est amené un devenir quasi-instantanément une aide au quotidien pour le malade, tant sur plan cognitif que matériel.

3 – L'impact de la maladie

Il est évident qu'au-delà de l'annonce, l'arrivée subite de la maladie constitue un choc pour le patient. Ce dernier ne se perçoit plus comme identique et se retrouve confronté à une part inconnue de lui-même, percevant une modification de son être.

Par ailleurs, les symptômes perçus sont bien plus angoissants que la maladie en elle-même. Ceux-ci, en venant bousculer le quotidien et en demandant sans cesse une adaptation continue de la part du patient, conduisent le patient à s'interroger sur la vie avec la maladie. Les symptômes sont en quelque sorte la voix de ce mal qui utilise un langage méconnu du patient et qui de ce fait demande de la part de ce dernier un effort de compréhension, d'interprétation et donc de traduction.

Ainsi, la crise d'épilepsie qui vient souvent inaugurer l'entrée dans la maladie pour le patient, a, de ce fait, une forte valence traumatique. Elle est donc très certainement à aborder longuement lors de la consultation d'annonce, en y associant les traitements symptomatiques qui permettront de réguler ces expressions soudaines de la maladie. C'est ainsi que le quotidien sera moins redouté car mieux appréhendé et mieux cadré. Ainsi il y aura moins de place à l'incertitude ou à l'imprévu et donc à l'angoisse.

Enfin, pour qu'un symptôme soit intégré symboliquement, il faut qu'il soit énoncé et expliqué (ex : fatigue vs constipation).

4 – Les traitements

Nous percevons bien chez ce patient la crainte plus forte de la chimiothérapie que de la radiothérapie. Cela renvoie sans doute aux représentations sociales des effets secondaires très répandues responsables de la mauvaise réputation de ce traitement. Il est donc nécessaire lors de la consultation d'annonce de sonder ces aspects pour adapter en conséquence les explications données.

Par ailleurs, le patient insiste sur l'importance d'une consultation post-traitement, ce temps participant à la vérité de la maladie et au maintien de l'engagement du patient dans le parcours de soins. Cette étape est à présenter clairement au patient lors des informations transmises concernant les traitements.

5 – L'annonce

Le patient manifeste un besoin de vérité. Il demande de la part du médecin que ce dernier utilise un langage clair, adapté et sans mensonge.

Encore une fois, nous constatons que la consultation d'annonce vient confirmer plus qu'introduire un réel savoir et que simplement ce savoir est non maîtrisé car appartenant à un autre univers langagier, en l'occurrence celui de la maladie. Pour aider le patient à traduire la maladie et ses expressions, l'imagerie semble un outil très utile et parlant puisqu'elle personnifie presque, en quelques sortes, la maladie aux yeux du malade. A la fois à l'intérieur de lui la maladie identifiée sur l'image permet au patient de ne pas la percevoir comme étant lui-même mais au contraire un autre qui aurait un langage propre.

Il est également essentiel d'aborder les traitements lors de la consultation d'annonce. Ces derniers représentent une dimension positive dans un temps de remise en cause de sa continuité d'être, en apportant un espace possible d'espoir. C'est en ce sens que la consultation d'annonce constitue une pause psychique dans la vie pour permettre au patient de faire le point sur son passé, son présent et envisager le futur de manière différente, en tenant compte de l'incertitude rappelée par la maladie. Ceci nécessite d'être accompagné par une équipe contenante et compétente. C'est pourquoi cette annonce doit être réalisée par un expert de la pathologie et encadrée d'une équipe formée à la complexité de cette maladie, en intégrant comme nous l'avons déjà vu le médecin traitant, mais dans ce cas précis, le patient nous rappelle qu'il est également nécessaire, voire indispensable, d'inclure le médecin du travail dans le parcours de soins.

En outre il est bon de rappeler que l'annonce s'inscrit dans un processus progressif et n'est qu'une étape dans ce parcours. Le temps en amont de la consultation d'annonce donne l'opportunité au patient de se préparer à entendre une vérité redoutée et permet de ne pas rendre traumatique le temps décisif de la révélation de ce savoir. Il est aussi important d'aborder avec le patient l'évolution possible sinon probable de la maladie afin que le patient puisse se projeter. Ainsi, la complexité est de rester à la fois optimiste tout en évoquant le possible échec des traitements, l'apparition soudaine ou progressive de troubles fonctionnels, ...

Enfin, il semblerait que l'annonce possède un effet déculpabilisant pour le patient qui se retrouve face à une explication objective de son état et donc qui se désidentifie des effets produits par la maladie, scindant ce qu'il est de la maladie en elle-même.

6 – La mort

Le patient peut réussir à aborder la mort et donc à l'intégrer dans son parcours de vie mais il va, pour ce faire, la projeter sur autrui pour « mieux parler de la sienne ».

Concernant les mots employés, il semblerait important de prononcer clairement le mot cancer lors de la consultation d'annonce car celui-ci n'est pas forcément associé pour le patient à celui de tumeur. Ainsi, il apparaît que la tumeur est perçue comme moins grave que le cancer, sauf si nous y associons le terme « *maligne* », ce dernier appartenant plus au langage profane.

Enfin, il est à noter que pour ce patient la chimiothérapie est plus anxiogène que la radiothérapie, notamment en ce qui concerne les effets secondaires. Il serait donc opportun de bien expliquer cette dimension lors la consultation pour que le patient ait une représentation plus juste de ces traitements et puisse ainsi mieux les appréhender et intégrer dans son parcours.

La maladie emploie un langage spécifique et possède comme voix les symptômes. Le malade n'a pas peur de la maladie en elle-même mais davantage de son langage car celui-ci est différent du sien, ce qui nécessite de sa part un effort de traduction.

Puis, progressivement, l'angoisse se déplace des symptômes vers ce qui vient perturber l'expression libre de ces derniers, à savoir les traitements.

CONSULTATION POST-ANNONCE PSYCHOLOGUE – EPOUSE

I – ACTEURS

Nous retrouvons dans cet entretien l'épouse (E) du patient et le psychologue (ψ).

II – DUREE DE LA CONSULTATION POST-ANNONCE PSYCHOLOGUE

L'échange a duré 24 minutes et 37 secondes.

III – STRUCTURE DE L'ENTRETIEN

Dans le discours de l'épouse nous percevons assez clairement un amalgame entre la consultation d'annonce menée par le médecin référent de la pathologie et l'échange informel avec le radiothérapeute lors de la consultation de centrage. Ce temps inscrit en marge de la démarche d'information du patient constitue un réel traumatisme pour l'épouse qui se retrouve seule porteuse d'un savoir mortifère concernant son mari.

E6 : [...] quand on a été à Metz le docteur G. m'a pris à part et il m'a expliqué que c'est pour euh comment dire me préparer il m'a dit vous savez c'est une maladie qui ne guérit pas vraiment donc ça peut être un an deux ans trois ans donc ça fait peur ça

Il apparaît alors clairement un décalage entre le patient et sa compagne en termes d'information et *in fine* de perspectives d'avenir:

E7 : mais lui il ne sait pas lui il croit que une fois qu'il a fait sa thérapie tout ça hop il va redevenir comme avant

Cette situation conduit à un non-dit entre l'épouse et le patient, entre l'un qui sait et l'autre qui ignore, entre l'un porteur de l'indicible et l'autre porteur d'une maladie qu'il ressent et qu'il ne peut, de ce fait, ignorer.

L'épouse exprime bien la nécessité de respecter un temps de restructuration psychique tant le coup pris a bouleversé le fonctionnement de la pensée.

E10 : c'est pas la peine de s'inquiéter maintenant sans savoir ce qu'il se passe après je crois qu'il faut laisser le temps un peu qu'on se retrouve dans tout ça

Pour autant, l'angoisse est perceptible dans la projection anxieuse qu'elle réalise dans le rôle d'aidant :

E15 : que l'après-midi ça il faut savoir tout gérer tout ça j'ai peur de pas savoir faire comme il faut les choses euh

Elle indique bien le raisonnement par étape pour percevoir le parcours de soins, la phase du bilan étant un point marquant dans ce chemin pour faire le point sur la situation :

E19 : voilà pour un bilan donc je pense que ce serait le bon moment hein

Elle décrit là-encore le décalage entre le savoir qu'elle détient et qu'elle ne peut livrer et celui que le patient possède jusqu'à présent – selon elle – la mettant en difficulté :

E24 : voilà mais lui il croit que en huit mois tout est fini

E25 : il croit qu'il va guérir du jour au lendemain

Elle fait ensuite part des principaux troubles vécus par le patient à domicile :

E37 : euh le plus qui lui gêne déjà c'est la constipation ensuite le matin c'est plutôt le matin qu'il a du mal à démarrer parce que bon la nuit il dort déjà pas beaucoup il a dit il est ça l'inquiète

E38 : il va aux toilettes alors il fait pipi mais quand ça s'arrête automatiquement ça revient tout de suite ou alors faut qu'il y aille tout de suite ce qu'il n'a jamais eu avant il a l'impression de faire de l'incontinence

E46 : pour l'instant c'est ça qui lui dérange ensuite ben c'est pour le bras oui parce que à chaque fois euh ça commence à l'agacer

Elle précise également l'utilité de l'imagerie pour aider le patient à percevoir précisément la maladie, ce qui semble la rassurer quant au fait de ne pas avoir à donner elle-même l'information au patient :

E49 : avec le médecin voir les radios voir où il en est

L'épouse va ensuite faire part de ses craintes à ne pas assumer son rôle d'aidant, laissant percevoir la difficulté déjà ressentie du quotidien :

E50 : voir où on en est si c'est bien tant mieux si ça va pas on trouvera une autre solution je vois que ça maintenant faut voir si moi aussi j'arrive à tenir jusque là

Elle laisse de nouveau transparaître son angoisse à détenir un savoir mortifère concernant le patient en misant en quelque sorte sur l'autonomie du patient à chercher de lui-même auprès du médecin la vérité :

E57 : voilà la patience aussi mais après je quoi qu'après peut-être il posera lui-même des questions au médecin quand il verra que ça progresse ça progresse pas ben je pense qu'il posera lui-même ces questions

Elle déplace même son angoisse en se projetant à la place du patient et en – se – posant les questions que le patient serait susceptible de se poser :

E58 : combien de temps ça va durer euh peut-être même combien de temps je vais vivre j'en sais rien

Elle exprime bien à la fois son incapacité à dire la vérité au patient et sa volonté pour autant qu'il parvienne de lui-même à comprendre. Réel paradoxe qui consiste pour le patient à comprendre sans rien dire :

E60 : moi personnellement euh je pourrais pas euh comme je lui dis oh peut-être les médecins ils se trompent et je lui dis non non un médecin ça se trompe pas euh vous voyez j'essaye de

Tout en sachant le caractère sombre de la maladie, l'épouse s'accroche à l'espoir pour supporter la réalité:

E65 : moi je voyais déjà aussi la guérison au bout de huit mois parce que bon on nous a dit la guérison faut un certain temps c'est-à-dire euh huit mois peut-être un an avec la jambe le bras maintenant ça fait à peine quinze jours qu'il est opéré donc c'est un peu tôt y a toujours de l'espoir

Elle va, à plusieurs reprises, faire état de son vécu personnel pour tenter de trouver une synchronisation avec le patient et ainsi légitimer d'une certaine façon sa place auprès de lui. Elle tente de l'aider en prenant son cas personnel pour exemple et en présumant d'un progrès scientifique suffisant pour espérer une guérison :

E66: vous savez moi quand j'étais petite j'ai eu un accident très grave c'est ce que je disais à mon mari hein je suis restée trois ans à Berk euh j'étais renversée par une mobylette [...]

E68 : j'ai eu une tumeur blanche entre temps et je lui ai dit tu vois je suis là ben tu vois qu'en soixante euh je suis née en soixante et un et ça s'est passé en soixante quatre j'étais jeune et à l'époque maintenant je pense que la médecine est plus avancée qu'à l'époque

Le savoir vient réveiller chez l'épouse une angoisse refoulée et l'amène presque à s'approprier le diagnostic de son mari, obligeant ce dernier à la rassurer:

E70 : mais des fois ça me fait peur parce que je dors très bien j'ai pas de mal de tête y a pas de symptômes mais des fois j'y pense je me dis peut-être j'ai quelque chose et puis je le sais pas et ça va peut-être aussi se déclencher

E72 : alors il me dit non mais pourquoi tu vas aller chercher quelque chose que tu

En décrivant des événements de vie difficiles vécus personnellement sur le plan médical elle cherche ainsi à se rapprocher du patient, s'identifiant d'une certaine façon à lui :

E80 : mais bon c'est comme lui hein

L'information traumatique empêche ainsi tout accès à une donnée plus positive, malgré des tentatives. Elle tente de maintenir l'espoir en contrecarrant mais, de manière peu opérante, l'information négative par une pensée un peu magique ou tout du moins peu convaincante :

E84 : moi quand il m'a dit ça j'ai dit ça y est il va mourir peut-être dans deux ans dans trois ans peut-être avant et sur le coup j'ai j'ai il m'a dit mais je sais pas si j'ai réagi je sais pas j'ai pas

E85 : et pis hier j'étais en train de penser à ça et je me suis dit oh j'ai peut-être mal compris voila

Elle nous montre bien l'impossibilité, parfois tant pour le patient que son conjoint, d'informer les enfants de la pathologie, d'où l'importance d'une disponibilité et d'une attention portée à cette dimension de la part du médecin et de l'infirmière. Sans pour autant dire à la place, les soignants peuvent accompagner dans la démarche.

E90 : voila mais je crois que lui il est pas prêt encore de et moi non plus je suis pas prête à dire à ses enfants d'aller voir le docteur quand ça sera vraiment le moment

Dans ce cas précis le fait que l'épouse soit détentrice, à elle-seule, d'un savoir la met en porte-à-faux à la fois vis-à-vis du patient mais également vis-à-vis des enfants du patient. Elle se retrouve face à un dilemme qui majore son angoisse:

E97 : voila euh peut-être euh la fille puisse aller voir prendre un rendez-vous avec le docteur G. mais après sa fille elle va venir chez moi et va me dire oh le docteur il m'a dit ça il m'a dit ça tu étais au courant ben oui

La situation est similaire face aux autres membres de la famille et notamment concernant ceux à mêmes d'aider l'épouse et le patient dans le quotidien. Le préalable semble bien le partage d'une information commune :

E103 : alors je sais pas comment faire ben déjà son frère aîné c'est le seul qu'il voit le plus souvent bon il a des sœurs mais c'est pas pareil

E104 : et je crois que le frère comprendra mieux que les enfants

L'épouse raisonne par étapes, espérant dans les traitements avant de faire un bilan sur leur efficacité et utilisant l'imagerie pour bien appréhender la situation :

E107 : voila moi je crois qu'il faut attendre jusqu'à là et ensuite voir les clichés et voir le diagnostic du docteur enfin du médecin

Dans son discours l'épouse laisse à penser que le patient sait finalement une part ou la totalité de la vérité :

E114 : donc je pense que peut-être de lui-même il sait peut-être qu'il ne va pas guérir mais il ne veut pas le montrer

Consciente au final de l'issue fatale, l'épouse fait preuve de bienveillance à l'égard du patient et exprime son besoin de se sentir utile :

E140 : ça peut être long comme court moi pour l'instant je veux qu'il se sente bien qu'il soit entouré et qu'il oublie un peu la maladie

Elle exprime la nostalgie du passé :

E143 : tout ce qu'on faisait avant la forêt on se déplaçait on partait en voyage maintenant euh

Chacun essaie à sa façon de soutenir le patient, mais ce dernier semble finalement assez au clair avec sa propre situation. Seule l'épouse semble chercher à se convaincre que le patient ne sait pas ce qu'il a :

E155 : mais bon il a déjà eu des copains qui avait d'ailleurs dimanche il est tombé sur quelqu'un qui avait aussi un cancer de la gorge donc il a été opéré de là et il m'a dit j'ai mis quatre ans pour m'en remettre mais au bout de 10 ans tu vois je suis bien je suis là

E156 : je lui ai dit tu vois euh

E157 : il me dit oui mais la tête c'est pas pareil je lui dis mais ça dépend c'est pas non plus euh tu sais la gorge c'est pareil hein que ce soit la tête ou quoi ça fait partie hein

Elle en vient, lors de cet entretien, à poser des questions d'ordre beaucoup plus pratique malgré le temps déjà passé avec l'infirmière pour aborder éventuellement ces aspects de la prise en charge :

E163 : et est-ce qu'il aura une alimentation spéciale avec ça ou il pourra manger euh

Enfin, l'angoisse l'amène à infantiliser le patient en le privant alors d'une certaine autonomie :

E171 : alors je lui fais une tartine euh une tartine il mange ça va après à 10 heures oh ben j'ai faim vivement midi alors je lui dis ben mange un fruit alors il mange un fruit

IV – OUTILS INTERROGATIFS

	Question catégorielle	Question propositionnelle	Total
Epouse	0	5	5
Psychologue	4	5	9
Total	4	10	14

Le **psychologue** posera 9 questions, l'épouse 5. Le psychologue va demander une précision :

Ψ5 : c'est-à-dire ? (Question catégorielle)

Il va également interroger l'épouse sur contenu de l'annonce:

Ψ8 : oui parce que le professeur Y. qu'est-ce qui vous a dit lors de cette consultation ? (Question catégorielle)

Ψ32 : et on vous a déjà dit ce qui pouvait se passer ? (Question propositionnelle)

Ψ12 : parce que en fait vous trouvez qu'il y a eu trop d'informations de données pendant cette consultation ? (Question propositionnelle demande de confirmation d'une interprétation)

Il veut également savoir si cette annonce a été incomplète ou tout du moins quelles interrogations elle a amené chez l'épouse :

Ψ21 : qu'est-ce que vous avez comme question à poser au médecin par exemple ? (Question catégorielle)

Ψ64 : et la consultation à Nancy elle vous a apporté quelque chose ? (Question propositionnelle)

Il pose des questions sur la perception de la maladie et son impact sur le quotidien :

Ψ35 : et vous avez déjà observé des troubles euh un peu ? (question propositionnelle)

Ψ46 : et ça c'est vraiment le seul trouble que vous avez euh ? (question propositionnelle)

Ψ82 : parce qu'ils savent quoi ses enfants de la maladie ? (question catégorielle)

L'épouse demande une précision quant à la question posée :

E35 : du comportement ? (question propositionnelle)

E36 : actuellement ? (question propositionnelle)

Ψ134: et avec vos enfants vous pouvez en parler justement de cette maladie

E134 : ils le savent oui

Ψ135 : hum

E135 : de mon mari ? (question propositionnelle)

Elle questionne le psychologue sur l'entretien que celui-ci a eu avec son mari tout en transmettant ainsi une information :

E113 : voila ben il a un beau-frère qui est décédé de ça il vous en a parlé ? (question propositionnelle)

Enfin, elle s'interroge sur un aspect du quotidien :

E163 : et est-ce qu'il aura une alimentation spéciale avec ça ou il pourra manger euh ? (question propositionnelle disjonctive)

V – TERMES EN LIEN AVEC LA MALADIE

Termes	Locuteur(s) Cs Annonce	Locuteur(s) Cs Post-A Ψ /E
Lésion	M (2 fois)	
Tum-eur/orale	M (52 fois)	E (1 fois)
Glioblastome	M (5 fois)	
Cancer	M (7 fois) P (1 fois)	E (1 fois)
Masse	M (1 fois)	
Malin	P (3 fois) M (6 fois)	E (3 fois)
Radiothérapie	M (23 fois)	Ψ (2 fois)
Rayon	M (20 fois)	
Chimiothérapie	M (38 fois) P (1 fois) I (1 fois)	E (2 fois) Ψ (2 fois)

La notion de tumeur prononcée 52 fois par le médecin lors de la consultation d'annonce, sera évoquée 1 seule fois par l'épouse du patient qui s'approprie la maladie et compare ainsi sa situation à celle de son mari pour rassurer ce dernier sur le caractère non nécessairement létal de ce type de pathologie.

*E68 : j'ai eu une **tumeur** blanche entre temps et je lui ai dit tu vois je suis là [...]*

Concernant la notion de **cancer**, l'épouse marque encore un effet de comparaison entre son mari et un ami touché, lui-aussi, par la maladie plusieurs années auparavant et qui est encore en vie. Elle cherche ainsi dans le réel des points d'appui positifs à-même d'aider le patient à maintenir une pulsion de vie.

*E155 : mais bon il a déjà eu des copains qui avaient d'ailleurs dimanche il est tombé sur quelqu'un qui avait aussi un **cancer** de la gorge donc il a été opéré de là et il m'a dit j'ai mis quatre ans pour m'en remettre mais au bout de 10 ans tu vois je suis bien je suis là*

Il est intéressant d'observer que les traitements ne sont pas abordés de la même façon selon qu'il s'agit de la **radiothérapie** ou de la **chimiothérapie**. La première reste du côté « soignant » et sera prononcée à 23 reprises par le médecin lors de la consultation d'annonce et à 2 reprises par le psychologue lors de la consultation post-annonce psy.

*Ψ107 : la **radiothérapie***

*Ψ118 : Et pis y a la **radiothérapie** [...]*

En revanche, la **chimiothérapie** sera rapidement évoquée par l'épouse du patient en décrivant à la fois son aspect négatif – la fatigue – et celui plus positif – l'efficacité aboutissant à la guérison – Pour autant, nous percevons dans son discours le peu d'espoir qu'elle met dans ce traitement, contrairement à son mari.

C'est pourquoi le psychologue va aborder ce traitement afin d'en expliquer davantage ses effets, notamment sur l'alimentation et en tentant d'amener l'épouse à croire en son utilité à défaut de son efficacité absolue.

*E17 : là il va faire sa **chimio** à partir du 29 donc il sera très très fatigué*

*E47 : et des fois il me dit oh ben la haut c'est pas grave [...] il pense que au bout de de tant de **chimio** ça va guérir du jour au lendemain*

*Ψ106 : hum hum et pis faut attendre que la **chimio** débute*

*Ψ118 : Et pis y a la radiothérapie la **chimio** euh*

Ψ164 : normalement non il pourra manger euh par rapport à la **chimio** oui

Ψ165 : [...] sinon après la **chimio** peut parfois altérer le goût

Ψ177 : [...] après c'est sûr que la **chimio** va peut-être lui couper un petit peu l'appétit

Le terme **malin** sera prononcé à trois reprises par l'épouse lors de cette consultation pour caractériser la gravité de la maladie :

E5 : pas **malin** euh bénin

E6 : oui bon voila mon mari ah dit c'est **malin** c'est **malin** on ira jusqu'au bout hein [...] le docteur G. m'a pris à part et il m'a expliqué [...] il m'a dit vous savez c'est une maladie qui ne guérit pas vraiment donc ça peut être un an deux ans trois ans donc ça fait peur ça

VI – ELEMENTS NOUVEAUX CONCERNANT LA MALADIE

L'épouse marque son inquiétude pour son mari, notamment concernant les faux espoirs qu'il pourrait avoir, soit car il n'a pas reçu toutes les informations, ou alors car il n'a pas bien saisi les informations données lors de la consultation d'annonce. Elle nous fait part de certains propos de son mari qui laissent à penser, qu'à certains moments, il oublie le caractère létal de sa maladie, mais précise, malgré tout, qu'il s'agit peut-être d'une stratégie pour protéger ses proches.

E6 : oui bon voila mon mari ah dit c'est malin c'est malin on ira jusqu'au bout hein on lui a quand même expliqué qu'est-ce qu'il allait faire tout ça est-ce qu'y a par la suite une amélioration ou pas donc je pense qu'il a bien enregistré ceci mais quand on a été à Metz le docteur G. m'a pris à part et il m'a expliqué que c'est pour euh comment dire me préparer il m'a dit vous savez c'est une maladie qui ne **guérit** pas vraiment donc ça peut être un an deux ans trois ans donc ça fait peur ça

E25 : il croit qu'il va **guérir** du jour au lendemain

E47 : et des fois il me dit oh ben la haut c'est pas grave euh c'est ça il voudrait avoir de nouveau son bras et sa jambe la haut il pense que au bout de de tant de chimio ça va guérir du jour au lendemain

E114 : donc je pense que peut-être de lui-même il sait peut-être qu'il ne va pas guérir mais il ne veut pas le montrer

L'épouse, elle-aussi, tente parfois de s'accrocher à certains éléments pour croire en une issue positive :

E65 : moi je voyais déjà aussi la guérison au bout de huit mois parce que bon on nous a dit la guérison faut un certain temps c'est-à-dire euh huit mois peut-être un an avec la jambe le bras maintenant ça fait à peine quinze jours qu'il est opéré donc c'est un peu tôt y a toujours de l'espoir

Les enfants de monsieur Bertrand restent, eux-aussi, dans l'espoir.

E139 : le temps pour eux ben euh c'est quand il va guérir ben écoute je sais pas hein

L'épouse parle aussi de la fatigue que son mari va ressentir suite aux traitements.

E17 : là il va faire sa chimio à partir du 29 donc il sera très très fatigué

E30 : lui il m'a dit bon ben les six premières semaines c'est vrai qu'il va être très fatigué comme le médecin lui a dit ça va chuter et pi ça va remonter y a des moments ça sera bien ça sera pas bien mais faut passer par là

VII – ANALYSE THEMATIQUE VIA ALCESTE

18% du discours ne sont pas pris en compte dans l'analyse. La **classe 2**, avec 35%, concerne les échanges autour de la maladie avec l'entourage. Elle est liée à la **classe 3** qui, avec 1/3 du corpus, traite du rapport au médecin. La **classe 1**, avec seulement 14%, concerne plus spécifiquement l'oralité (*manger, aimer, médicament, aliment, fruit ...*).

Rapport de synthèse

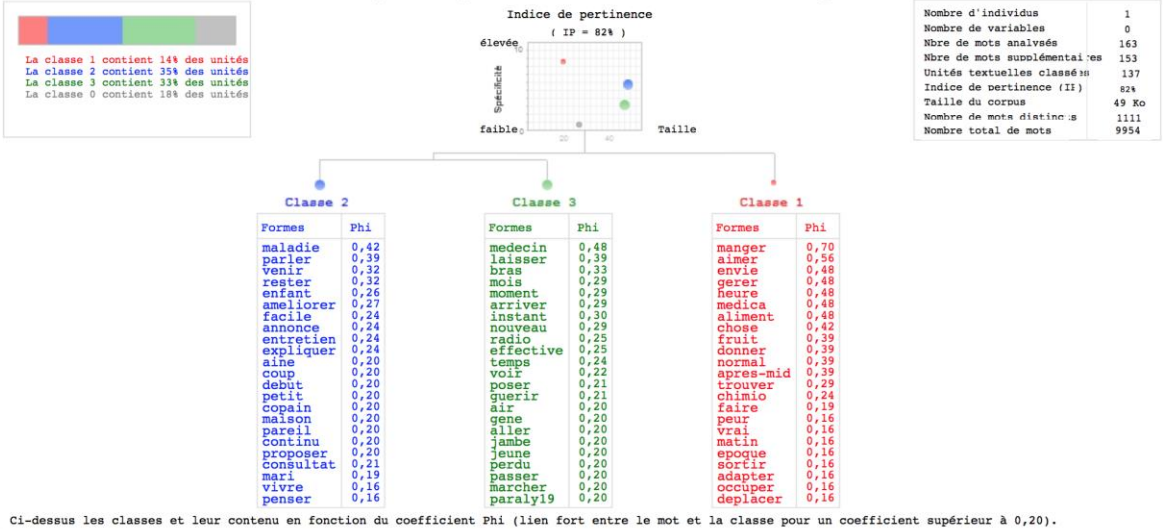
Vendredi 08 Mai 2015 à 15 h 25

Texte analysé : Pay PC A2

Le corpus Pay PC A2 a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 82% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 18% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 3 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorisée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 16% des unités textuelles classées (soit 14% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **manger, aimer, envie, gerer, heure, medica**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 42% des unités textuelles classées (soit 35% du corpus initial) ses mots significatifs sont **maladie, parler, venir, rester, enfant, améliorer**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 42% des unités textuelles classées (soit 33% du corpus initial) ses mots significatifs sont **medecin, laisser, bras, mois, moment, arriver**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.

Rectangle des spécificités et classification du corpus



Classe n°1

Cette classe est formée de 22 unités textuelles, soit 16% des unités classées. Les indicateurs de jours et de mois (**aujourd'hui, demain, hier, maintenant, plus tard, plus tôt**) et les Marqueurs d'une relation temporelle (**après, puis, avant, toujours, déjà**) sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

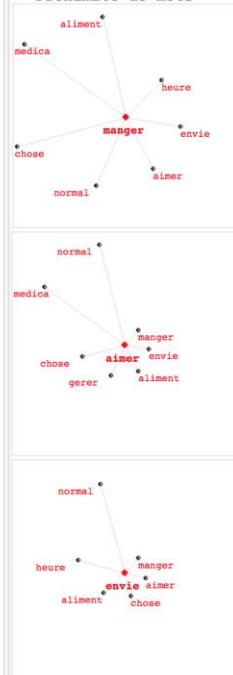
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
manger	0,70	36
aimer	0,56	8
envie	0,48	8
gerer	0,48	6
heure	0,48	6
medica	0,48	8
aliment	0,48	6
chose	0,42	8
fruit	0,39	6
trouver	0,39	4
il-y-a	0,39	4
normal	0,39	4
certaines	0,39	4
apres-midi	0,39	4
par-rapport	0,39	4
puis	0,29	4
trouver	0,29	4
apres	0,26	12
ben	0,24	26
sur	0,24	12
chimio	0,24	6
aura	0,23	6
avant	0,18	4
faire	0,19	10
ai	0,17	8
peur	0,16	2
tous	0,16	2
vrai	0,16	2
matin	0,16	2
moins	0,16	2
telle	0,16	2
epoque	0,16	2
sortir	0,16	2
adapter	0,16	2
en-plus	0,16	2
occuper	0,16	2
deplacer	0,16	2
bien	0,15	6
fait	0,14	4
Mots absents	Phi	Freq.
savoir	-0,28	0
voir	-0,27	2
medecin	-0,23	0
y	-0,21	0
est	-0,19	12
avoir	-0,19	0
enfant	-0,19	0
dans	-0,18	0
jour	-0,17	0

Unités textuelles de la classe 1

11: oui E11: voilà? 12: parce-que en fait vous trouvez qu'il y-a eu trop d'informations de **donner** pendant cette consultation? E12: oui et pis les **medicaments** c'est moi qui **gere** tout j me dis tiens je vais etre infirmiere bientot? 13: ben oui E13: et je me dis c'est moi qui vais etre tout le temps avec lui? 144: hum E144: pour lui je-crois que le fait de m occuper de lui le prive de certaines **choses** qu on faisait avant? 145: ben va falloir que vous trouviez votre place aussi hein E145: ben oui parce-que ne plus sortir et toujours euh? 151: hum/ E151: mais bon c'est vrai que j **aime** bien **gerer** moi meme les **choses**? 152: hum/ E152: en-meme-temps si il me manque quelque- **chose** j ai toujours une amie qui dit ben t as besoin de quelque- **chose** je dis ben oui mais bon il peut se deplacer donc maintenant si il est pas hospitalise pour faire un demain apres-midi on va au/ 165: ah ben oui si il a des corticoïdes si il est sous corticothérapie mais sinon apres la chimio peut parfois alterer le gout E165: ah oui? 166: c'est a dire que certains **aliments** qu il **aimait** bien euh E166: oui? 167: il aura plus **envie** d en **manger** et puis il aura peut-etre **envie** de certaines **choses** qu il ne **mangeait** pas avant ca euh E167: ah oui ca? 168: mais il faut reussir a s adapter aussi euh E168: hum? 169: pas trop se fixer sur la nourriture finalement E169: hum? 170: euh si il a **envie** de **manger** a telle **heure** ben faudra etre un peu moins stricte sur les horaires sur la quantite sur euh E170: ben oui parce-que d habitude il dejeuner jamais le matin donc quand moi je me leve et ben il me dit oh moi je **mange** pas il a jamais **mange** il **aime** pas **manger** le matin avec tous les **medicaments** qu il prend je lui fais quand-meme a **manger**? 171: hum E171: alors je lui fais une tartine euh une tartine il **mange** ca va apres a 10 **heures** oh ben j ai fait vivement midi alors je lui dis ben **mange** un **fruit** alors il **mange** un **fruit**? 175: oui il faut resoudre ce probleme apres/ E175: apres je lui ai dit une fois que le probleme est resolu? 176: ben oui/ E176: je-pense que ca sera normal hein? 177: mais non faut pas vous par-rapport a l **alimentation** vous verrez vous faites les bons petits plats qu il **aime** et qui lui **donnent** **envie** apres c'est sur que la chimio va peut-etre lui couper un petit peu l appetit/ E177: oui? 11: oui E11: voilà? 12: parce-que en fait vous trouvez qu'il y-a eu trop d'informations de **donner** pendant cette consultation? E12: oui et pis les **medicaments** c'est moi qui **gere** tout j me dis tiens je vais etre infirmiere bientot? 13: ben oui E13: et je me dis c'est moi qui vais etre tout le temps avec lui? 144: hum E144: pour lui je-crois que le fait de m occuper de lui le prive de certaines **choses** qu on faisait avant? 145: ben va falloir que vous trouviez votre place aussi hein E145: ben oui parce-que ne plus sortir et toujours euh? 151: hum/ E151: mais bon c'est vrai que j **aime** bien **gerer** moi meme les **choses**? 152: hum/ E152: en-meme-temps si il me manque quelque- **chose** j ai toujours une amie qui dit ben t as besoin de quelque- **chose** je dis ben oui mais bon il peut se deplacer donc maintenant si il est pas hospitalise pour faire un demain apres-midi on va au/ 165: ah ben oui si il a des corticoïdes si il est sous corticothérapie mais sinon apres la chimio peut parfois alterer le gout E165: ah oui? 166: c'est a dire que certains **aliments** qu il **aimait** bien euh E166: oui? 167: il aura plus **envie** d en **manger** et puis il aura peut-etre **envie** de

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°2

Cette classe est formée de 98 unités textuelles, soit 424 des unités classées. Les Mots en majuscules, les Marqueurs d'une relation discursive tels que pour, mais, si, parce-que sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

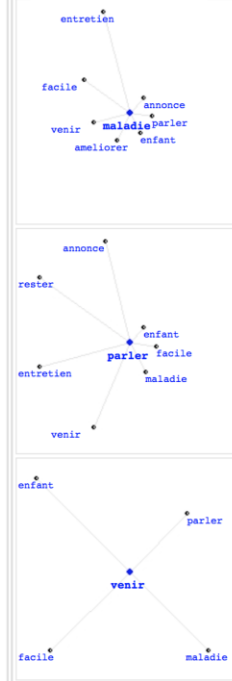
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
maladie	0,42	16
parler	0,39	20
trois	0,36	12
G	0,32	10
ses	0,33	20
venir	0,32	10
rester	0,32	12
mon	0,29	12
y	0,26	20
enfant	0,26	22
ameliorer	0,27	8
en	0,26	32
facile	0,24	6
quelqu	0,24	6
annonce	0,24	8
entretien	0,24	6
expliquer	0,24	6
aine	0,20	4
coup	0,20	4
debut	0,20	4
petit	0,20	9
copain	0,20	4
maison	0,20	4
malgre	0,20	4
pareil	0,20	4
continu	0,20	4
proposer	0,20	4
consultatif	0,21	8
a	0,18	130
donc	0,18	23
mari	0,19	10
vous	0,18	48
vouloir	0,19	16
sa	0,16	6
alors	0,16	6
etais	0,16	6
vivre	0,16	6
penser	0,16	6
savoir	0,16	22
pouvoir	0,17	4
Mots absents	Phi	Freq.
falloir	-0,35	4
medecin	-0,31	4
laisser	-0,28	0
se	-0,27	2
manger	-0,26	0
bras	-0,24	0
aller	-0,22	23
je	-0,21	24
mois	-0,21	0

Unités textuelles de la classe 2

1: je-pense qu avec I elle vous a explique ce qu on ce qu on essayait de voir avec ces entretiens en faisant revenir les patients E1: oui? 2: et les proches c est surtout de pouvoir ameliorer un petit peu la consultation d annonce que vous avez eu avec le professeur T_ quand il vous a annonce la maladie E2: oui? . 4: donc euh c est pour ca qu on cherche a-savoir comment vous vous l avez vecue cette consultation d annonce quand vous avez appris la maladie E4: ah ben euh on s attendait pas a ca on s attendait plutot au-contraire? . dis oh il me reste plus grand-chose, rire? 80, rire, E80: mais bon c est comme lui hein? 81: oui/ E81: mais autrement euh parce-que le docteur G_ il veut que j en parle a ses enfants il voudrait avoir un entretien avec un de ses enfants ou meme les trois peut-etre mais bon lui si ses enfants vont la-bas euh je sais pas euh? . 82: parce qu ils savent quoi ses enfants de la maladie? E82: ils savent qu il a qu il a ca mais ils savent pas si ca va s ameliorer ou pas parce-que pour eux pour eux oh ben dans un an ca ira mieux? . 91: hum hum E91: qu il y aura vraiment une degradation comme on-dit la je-pense qu on peut avoir l entretien avec un de ses enfants meme les trois si ils veulent bien sur? 92: oui parce-que ca sera peut-etre pas facile pour vous de parler de tout ca hein/ E92: . 134: et avec vos enfants vous pouvez en parler justement de cette maladie/ E134: ils le savent oui? 135: hum/ E135: de mon mari? 136: oui E136: ah ben oui parce-que ils viennent le voir ils? 137: c est peut-etre plus facile d en parler avec eux E137: oui peut-etre oui? . 155: oui donc il peut parler/ E155: mais bon il a deja eu des copains qui avait d ailleurs dimanche il est tombe sur quelq un qui avait aussi un cancer de la gorge donc il a e te opere de la et il m a dit j ai mis quatre ans pour m en remettre mais a-bout de 10 ans tu vois/ . 158: hum hum/ E158: alors bon le monsieur il parle pas beaucoup comme ca mais il est la il est encore avec sa femme ses petits enfants il continue a vivre malgre ca? 159: oui/ E159: alors euh parce-que lui il l a vu mon mari quand il etait malade il etait tout maigre comme ca hein? 160: ah oui/ E160: et maintenant il a quand-meme euh? . 2: et les proches c est surtout de pouvoir ameliorer un petit peu la consultation d annonce que vous avez eu avec le professeur T_ quand il vous a annonce la maladie euh/ E2: oui? 3: donc euh il souhaiterait pouvoir ameliorer ca parce qu en fait euh ben il pense qu il pourrait mieux faire et la meilleure facon de voir ce qu on peut proposer c est en vous posant la question vu que c est vous qui l avez vecu/ E3: oui? . 4: donc euh c est pour ca qu on cherche a-savoir comment vous vous l avez vecue cette consultation d annonce quand vous avez appris la maladie/ E4: ah ben euh on s attendait pas a ca on s attendait plutot au-contraire? . dis oh il me reste plus grand-chose, rire? 80, rire, E80: mais bon c est comme lui hein? 81: oui/ E81: mais autrement euh parce-que le docteur G_ il veut que j en parle a ses enfants il voudrait avoir un entretien avec un de ses enfants ou meme les trois peut-etre mais bon lui si ses enfants vont la-bas euh je sais pas euh? . 82: parce qu ils savent quoi ses enfants de la maladie? E82: ils savent qu il a qu il a ca mais ils savent pas si ca va s ameliorer ou pas parce-que pour eux pour eux oh ben dans un an ca ira

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°3

Cette classe est constituée de 57 unités textuelles, soit 424 des unités classées. Les Adverbes en "ment" tels que, plus, bien, tres, mieux, sont les catégories de mots les plus spécifiques cette classe.

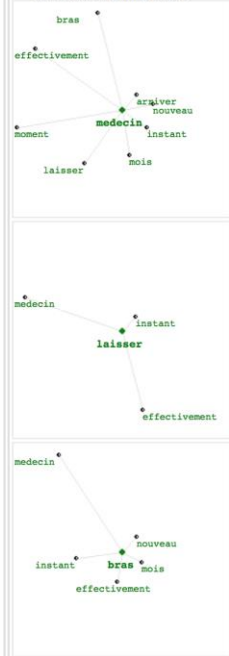
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
medecin	0,48	28
laisser	0,39	16
bras	0,33	12
mois	0,29	12
moment	0,29	8
arriver	0,29	8
ensuite	0,29	8
instant	0,30	14
nouveau	0,29	8
falloir	0,26	32
enfin	0,25	6
radio	0,25	6
des-qu	0,25	6
effectivement	0,25	6
se	0,23	22
temps	0,24	17
je-crois	0,23	18
voir	0,22	54
poser	0,21	10
querir	0,21	8
je	0,21	52
air	0,20	4
mes	0,20	4
toi	0,20	4
gene	0,20	4
huit	0,20	6
nous	0,20	4
aller	0,20	61
jambe	0,20	4
jeune	0,20	6
perdu	0,20	6
croire	0,20	6
passer	0,20	4
marcher	0,20	4
paraly19	0,20	4
troubler	0,20	4
important	0,20	4
personnel	0,20	4
recuperer	0,20	4
comprendre	0,20	4
Mots absents	Phi	Freq.
maladie	-0,30	0
sur	-0,28	0
parler	-0,26	2
chose	-0,26	0
trois	-0,26	0
manger	-0,26	0
tousjours	-0,26	0
G	-0,23	0
venir	-0,23	0

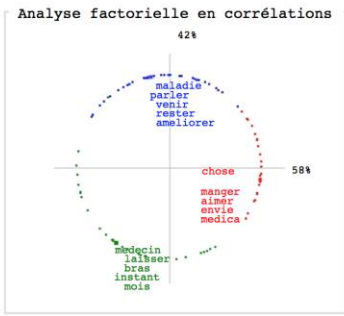
Unités textuelles de la classe 3

20: oui pour des-questions E20: pour voir euh? 21: qu est-ce-que vous avez comme question a poser au medecin par-exemple? E21: a l instant rien? 22: non E22: je-crois qu il faut laisser un peu de temps? 23: hum hum ben oui pour effectivement de voir euh il a l air d avoir compris en-tout-cas voila E23: oui? . 24: il a l air d avoir compris le le suivi E24: voila mais lui il croit que en huit mois tout est fini? 25: hum E25: il croit qu il va guerir du jour au lendemain? 26: ce-qui le gene la effectivement c est la paralysie du bras euh E26: le bras? 27: hum E27: autrement euh? 28: il se fixe beaucoup la-dessus E28: oui parce qu me dit bon au mois d octobre je pourrai rouler de nouveau? 48: oui E48: et ca on verra par la suite hein ca sera peut-etre euh il verra ca plus tard dans deux mois quand on sera de nouveau? 49: oui E49: avec le medecin voir les radios voir ou il en est? 50: hum E50: voir ou on en est si c est bien tant mieux si ca va pas on trouvera une autre solution je vois que ca maintenant faut voir si moi aussi j arrive a tenir jusque la? . 58: hum/ E58: combien de temps ca va durer euh peut-etre meme combien de temps je vais vivre j en sais rien? 59: hum hum/ E59: mais je-crois que c est lui meme qui posera ces questions? 60: oui/ E60: moi personnellement euh je pourrais pas euh comme je lui dis oh peut-etre les medecins ils se trompent et je lui dis non non un medecin ca se trompe pas euh vous voyez j essaye de? . F120: hum hum E120: mais pour avoir le dossier ben deja pour telephoner il faut deja j ai essaye de telephoner ca repond pas ou c est pas le bon numero? 121: hum E121: il faut que j arrive a ouvrir ca a essayer de rechercher mes papiers je sais qu il faut peut-etre passer par le medecin qui demande le dossier? 122: oui E122: comme ca a ira plus vite? 123: oui voir avec votre medecin traitant oui E123: au-moins recuperer ca parce qu on ne sais jamais? 124: hum hum/ E124: pour l instant je me sens tres bien mais bon euh? 125: oui enfin y a quand-meme peu de chance c est pas ca ne se transmet pas non plus/ E125: non c etait un accident? . 126: oui c est different mais comme vous dites c est quand-meme bien d avoir des documents/ E126: ah oui des traces quand-meme hein? 127: hum/ E127: en-plus avec tout ca j ai eut une scoliose non peut-etre qui se voit pas tellement mais quand on voit mes radios mon mari il me dit jsais pas comment que tu fais pour marcher encore hein? 138: bon pour l instant E138: pour l instant? 139: comme vous dites il faut laisser un peu de temps euh E139: le temps pour eux ben euh c est quand il va guerir ben ecoute je sais pas hein? 20: oui pour des-questions E20: pour voir euh? 21: qu est-ce-que vous avez comme question a poser au medecin par-exemple? E21: a l instant rien? 22: non E22: je-crois qu il faut laisser un peu de temps? 23: hum hum ben oui pour effectivement de voir euh il a l air d avoir compris en-tout-cas voila E23: oui? . 24: il a l air d avoir compris le le suivi E24: voila mais lui il croit que en huit mois tout est fini? 25: hum E25: il croit qu il va guerir du jour au lendemain? 26: ce-qui le gene la effectivement c est la paralysie du bras euh E26: le bras? 27: hum E27: autrement euh? 28: il se fixe beaucoup la-dessus E28: oui parce qu me dit bon au mois d octobre je pourrai rouler de nouveau? 48: oui E48: et ca on verra par la suite hein ca sera peut-etre euh il verra ca plus tard dans deux mois quand on sera de nouveau? 49: oui E49: avec le medecin voir les radios voir ou il en est? 50: hum E50: voir ou on en est si c est bien tant

Proximité de mots

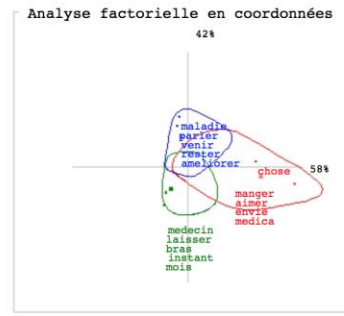


La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe



Statistique des formes

Libellé	Total
Nombre total de mots du corpus	9954
Effectif moyen d'un mot	8
Nombre de mots analysés	3218
Verbes	1128
Adjectifs et adverbes	228
Noms communs	884
Autres	978
Nombre de mots non analysés	5584
Articles	1112
Pronoms	936
Auxiliaires	530
Autres	3006
Richesse du vocabulaire (RV)	53 %

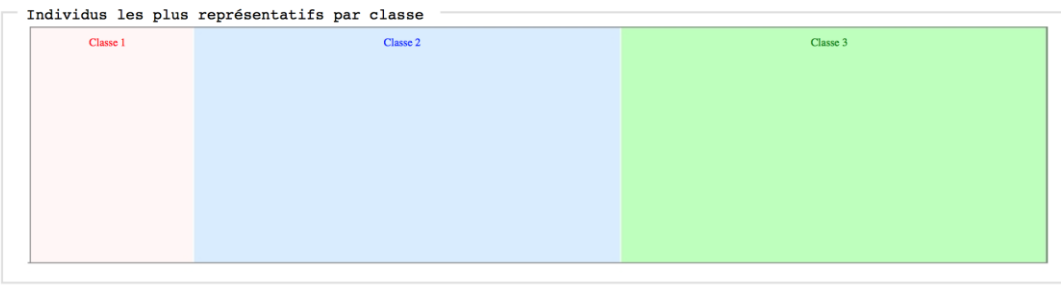
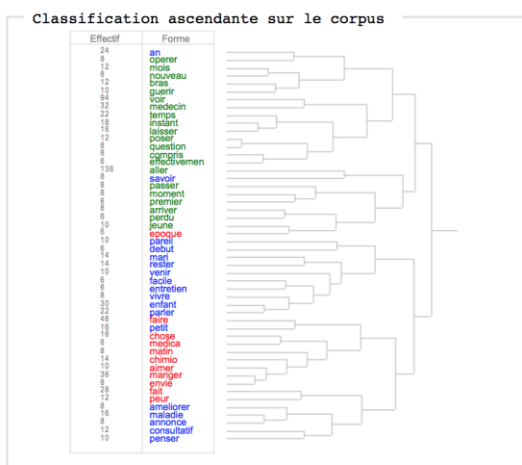


Extrait du dictionnaire du corpus

Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq
aller	136	consultatif	12	attendre	8	famille	6	table	4	autrement	4	faim	2
voir	94	seul	10	question	8	infirmes	6	copain	4	handicape	4	fixe	2
faire	46	aimer	10	ameliorer	8	patient	6	dormir	4	important	4	gout	2
dire	42	frere	10	grand-mere	8	premier	6	elever	4	personnel	4	gros	2
manger	36	jeune	10	progresser	8	problem	6	espoir	4	recuperer	4	long	2
medecin	32	suite	10	ami	6	rentrer	6	normal	4	tellement	4	metz	2
enfant	30	venir	10	berk	6	trouver	6	papier	4	apres-midi	4	midil	2
fait	28	querir	10	part	6	accident	6	rapide	4	comprendre	4	nerf	2
an	24	pareil	10	rire	6	demander	6	sortir	4	professeur	4	nuit	2
temps	22	penser	10	truc	6	preparer	6	tracer	4	telephone	4	pipl	2
parler	22	hopital	10	bilan	6	scoliose	6	adapter	4	directement	4	plat	2
docteur	22	tete	8	debut	6	toilette	6	continuu	4	rendez-vous	4	seus	2
jour	18	annee	8	fruit	6	entretien	6	dossier	4	radiotherapi	4	tort	2
instant	18	envie	8	gerer	6	expliquer	6	fatigue	4	cm	2	vecu	2
fois	16	filie	8	heure	6	comportement	6	marcher	4	ne	2	aerer	2
chose	16	matin	8	malin	6	effectivement	6	occuper	4	bon	2	alder	2
petit	16	pas	8	perdu	6	air	4	pouvoir	4	but	2	baign	2
laisser	16	poids	8	radio	6	aine	4	revenir	4	con	2	banal	2
maladie	16	vivre	8	arrete	6	bebe	4	semaine	4	doc	2	casse	2
vraiment	16	course	8	besoin	6	chat	4	tartine	4	dur	2	coirs	2
pi	14	medica	8	chance	6	coup	4	chercher	4	sel	2	connu	2
mari	14	mettre	8	gene	6	donner	4	deplacer	4	sui	2	court	2
chimio	14	moment	8	douche	6	pret	4	document	4	vif	2	durer	2
rester	14	operer	8	epoque	6	vrai	4	entourer	4	vis	2	basin	2
prendre	14	passer	8	facile	6	benin	4	querison	4	aide	2	facon	2
bras	12	savoir	8	gorge	6	gorge	4	importer	4	bain	2	femme	2
mois	12	annonce	8	aliment	6	grand	4	intestin	4	choc	2	finir	2
peur	12	arriver	8	constip	6	grave	4	paraly19	4	copie	2	fixer	2
poser	12	compris	8	decider	6	jambe	4	proposer	4	date	2	force	2
essayer	12	nouveau	8	ecouter	6	maigr	4	troubler	4	etat	2	foret	2

Individus les plus représentatifs par classe

Individu	Richesse	Libellé des variables signalétiques
Absences d'individus		



VIII – CONCLUSION

Le premier des enseignements à retenir de cet entretien est qu'il semble fondamental d'inclure le proche au temps de divulgation de l'information au patient. En effet, en informant l'épouse avant le patient et en lui demandant de ne pas en parler à son mari, le radiothérapeute a provoqué une sorte de rupture symbolique au sein de ce couple en amenant l'épouse à posséder un savoir mortifère traumatique qui modifie la perception qu'elle a alors de son mari. En outre, la prématurée de cette pseudo-annonce, réalisée de surcroît par le radiothérapeute, et non pas l'oncologue, ne semble pas apaiser l'angoisse mais vient au contraire anéantir tout espoir possible.

Il apparaît donc comme vital de laisser un temps de rééquilibration psychique pour permettre à l'entourage de mieux appréhender la réalité et trouver les stratégies de coping efficaces.

De nouveau l'imagerie est énoncée comme révélatrice de la maladie en facilitant sa représentation et ainsi sa perception visible malgré son caractère silencieux.

L'épouse exprime la crainte de ne pas réussir à assumer son rôle d'aidant alors qu'en parallèle se manifeste un réel besoin d'être utile pour le patient au quotidien. Sans doute est-il important de l'aider à trouver sa place en l'amenant à être à côté du patient, mais pas à sa place, en se projetant dans une position étouffante et infantilissante. Cette douloureuse projection démontre la nécessité de raisonner par étapes pour survivre dans ce réel assombri brutalement.

Enfin, les soignants ont sans doute un rôle à jouer auprès de l'épouse en lui proposant un soutien concernant l'annonce qu'elle aura à réaliser, idéalement avec son mari, aux enfants afin que la famille soit synchrone quant à la situation. C'est en favorisant un climat de vérité et de transparence que chaque protagoniste pourra vivre à sa façon la situation.

Concernant les termes prononcés, il apparaît que les mots « *cancer* » et « *tumeur* » permettent à l'épouse de comprendre la maladie. En outre, le terme « *malin* » caractérise bien, pour l'épouse, la gravité de la maladie dont souffre son proche.

Enfin, la chimiothérapie engendre plus de fantasmes anxiogènes et reste donc à bien décrire lors de la consultation d'annonce dans toutes ses dimensions. La radiothérapie apparaît presque comme faisant davantage partie de l'univers soignant et reste peu abordée par l'épouse.

META-ANALYSE DES TERMES PRONONCES EN CONSULTATION D'ANNONCE ET REPRIS EN CONSULTATION POST-ANNONCE

		ANNONCE				POST-ANNONCES								TOTAUX
		M	P	E	I	ψ	P	I	E	ψ	E	I	P	
MALADIE	<i>Masse</i>	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3
	<i>Tumeur</i>	52	0	0	0	0	6	2	2	0	1	0	0	63
	<i>Lésion</i>	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
	<i>Cancer</i>	7	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	12
	<i>Glioblastome</i>	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	<i>Malin</i>	6	3	0	0	0	3	2	0	0	3	0	0	17
TRAITEMENTS	<i>Radiothérapie</i>	23	0	0	0	2	3	7	1	2	0	5	3	46
	<i>Rayon</i>	20	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	21
	<i>Chimiothérapie</i>	38	1	0	1	2	10	13	7	5	2	5	7	91

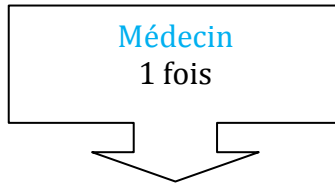
Légende :

M : Malade **P** : Patient **E** : Epouse **I** : Infirmière **ψ** : Psychologue

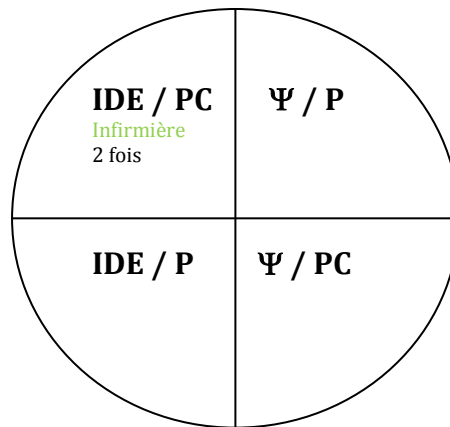
Nous retrouvons au total huit termes qui survivront entre la consultation d'annonce et les consultations post-annonce infirmière et psychologue : *masse*, *tumeur*, *lésion*, *cancer* et *malin* pour aborder la maladie, *radiothérapie*, *chimiothérapie* et *rayons* pour les traitements. Regardons alors quel est le parcours des termes qui survivent dans le discours des interlocuteurs tout au long de ces consultations.

MASSE

Consultation d'annonce



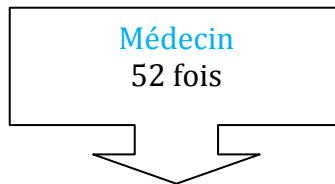
Consultations post-annonce



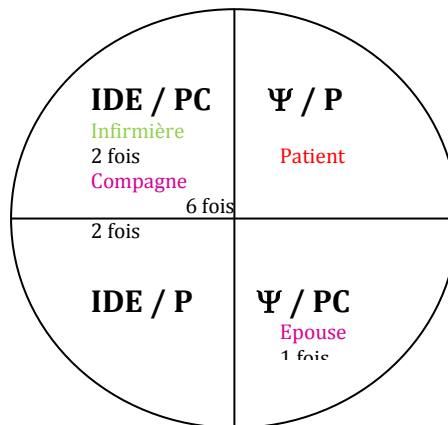
Ce terme reste du côté soignant. Il n'est prononcé qu'1 seule fois lors de la consultation d'annonce par le médecin, puis il sera repris par l'infirmière lors de l'entretien avec l'épouse de monsieur Bertrand.

TUMEUR

Consultation d'annonce



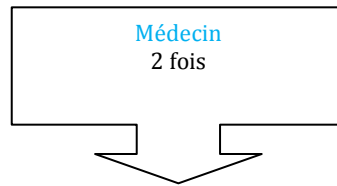
Consultations post-annonce



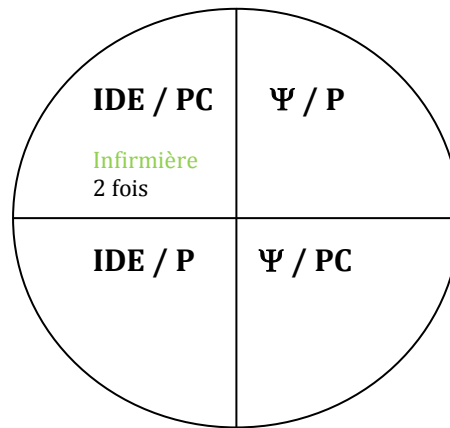
Le terme tumeur aura davantage d'effets. En effet, s'il est introduit par le médecin lors de la consultation d'annonce et prononcée 52 fois, nous observons que le patient va se l'approprier en le prononçant à 6 reprises lors de la consultation post-annonce avec le psychologue et l'épouse, quant à elle, va le reprendre 2 fois lors de l'entretien avec l'infirmière – qui elle-même l'utilisera à 2 reprises – puis 1 fois lors de l'entretien avec le psychologue. Ce terme apparaît approprié pour aborder la maladie avec le patient et sa compagne.

LESION

Consultation d'annonce



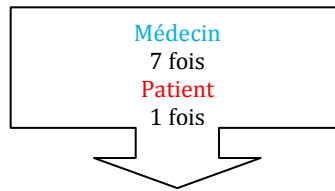
Consultations post-annonce



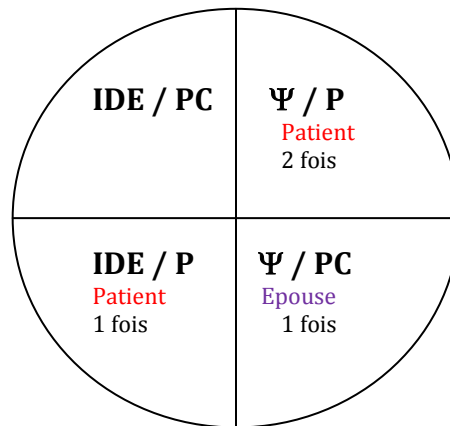
La notion de lésion, prononcée 2 fois par le médecin lors de la consultation d'annonce, ne sera reprise que par l'infirmière à 2 reprises lors de son entretien avec l'épouse du patient. Elle reste ainsi du côté soignant sans avoir d'effet réellement explicatif pour le patient ou sa compagne.

CANCER

Consultation d'annonce



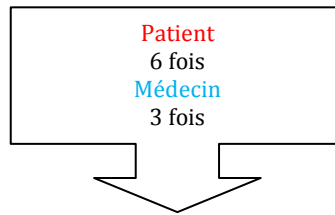
Consultations post-annonce



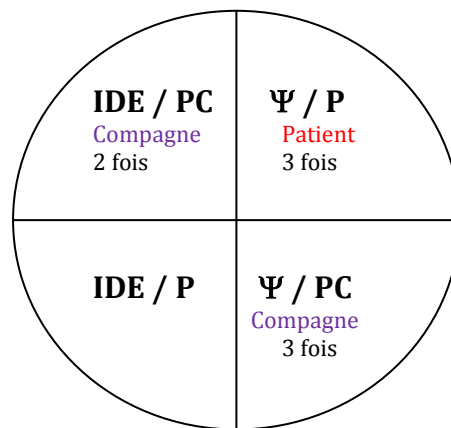
La notion de cancer est un concept intéressant car elle est presque plus inscrite du côté « profane » que du côté soignant. En effet, même si c'est le médecin qui introduit cette notion et l'emploie à 7 reprises lors de la consultation d'annonce, le patient va d'ores et déjà le reprendre 1 fois dans ce même temps et il le prononcera à la fois avec le psychologue (2 fois) et l'infirmière (1 fois). L'épouse va également parler du cancer lors de son entretien post-annonce avec le psychologue. Il semble évident que ce terme est largement vulgarisé et a atteint l'univers profane en devenant une notion à elle-seule porteuse de sens. Pour autant il faut noter que l'infirmière ne va pas employer ce terme.

MALIN

Consultation d'annonce



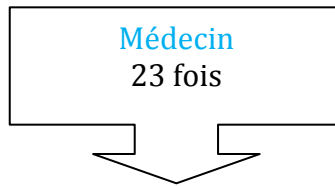
Consultations post-annonce



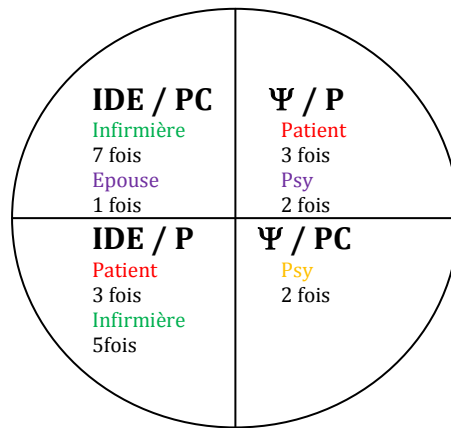
Enfin, le terme malin reste le premier en rapport à la maladie qui sera amené lors de la consultation d'annonce par le patient. Ainsi, ce dernier va le prononcer à 6 reprises, ce qui conduira alors le médecin à le dire 3 fois. Puis, en consultation post-annonce, il ne sera énoncé que par le patient et sa compagne mais à aucun moment par l'infirmière ou le psychologue. Il est donc évident que ce terme existe dans l'univers langagier profane et permet au patient et à l'entourage de comprendre la situation, en l'occurrence la gravité de la maladie.

RADIOTHERAPIE

Consultation d'annonce



Consultations post-annonce



Concernant la radiothérapie, elle sera évoquée 23 fois par le médecin lors de la consultation d'annonce. Ce terme reste plus du côté soignant, repris par tous les intervenants et finalement peu par le patient ou sa compagne. Il semble donc, au vu de son importance dans le parcours de soins, qu'il soit essentiel de le faire réellement rentrer dans l'univers langagier profane pour que le patient l'intègre et se l'approprie afin d'en percevoir son intérêt et ses effets secondaires.

CHIMIO-THERAPIE

Consultation d'annonce

Médecin	38 fois
Patient	1 fois
Infirmière	1 fois

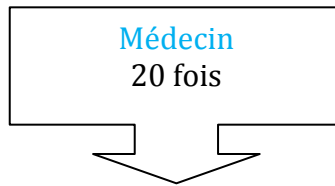
Consultations post-annonce

IDE / PC Epouse 7 fois Infirmière 13 fois	Ψ / P Patient 10 fois Psy 2 fois
IDE / P Patient 7 fois 2 fois Infirmière 5 fois	Ψ / PC Epouse Psy 5 fois

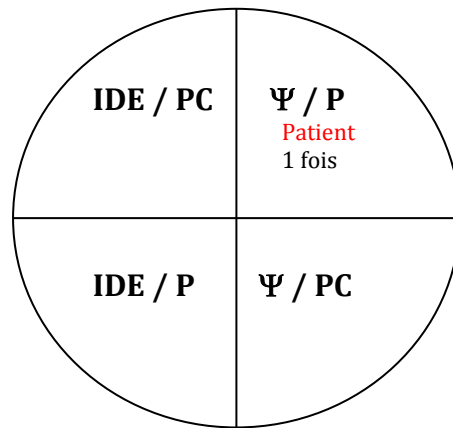
La notion de chimiothérapie est davantage partagée par les soignants, le patient et sa compagne. Lors de la consultation d'annonce, le médecin a prononcé à 38 reprises ce mot, l'infirmière 1 fois et le patient 1 fois également. Lors des consultations post-annonce, nous observons que ce terme sera utilisé de manière globale à 26 reprises par le patient et sa compagne alors qu'il sera employé 25 fois par l'infirmière ou le psychologue. La chimiothérapie apparaît donc comme étant un traitement vulgarisé et porteur de nombreuses représentations, ces dernières étant en revanche spécifiques à son monde d'appartenance. Ainsi, les « soignants » perçoivent ce traitement comme étant coutumier et positif alors que les patients peuvent y voir à l'inverse un ennemi provoquant plus de dégâts que de bénéfiques.

RAYONS

Consultation d'annonce



Consultations post-annonce



La notion de rayons, prononcée à 20 reprises par le médecin lors de la consultation d'annonce, ne sera reprise qu' 1 fois par le patient lors de la consultation post-annonce avec le psychologue. Elle apparaît donc comme faisant peu résonance pour le patient et reste du côté soignant.

POUR CONCLURE :

L'analyse de ces consultations permet de mettre en avant plusieurs points qui auront une influence sur la qualité de l'annonce reçue.

Le premier élément concerne le mode de transmission de l'information. Il apparaît fondamental que cette annonce soit centralisée pour éviter une diffusion anarchique des éléments descriptifs et explicatifs de la situation. En effet, dans l'idéal, l'annonce doit être réalisée par un médecin, de surcroît spécialiste de l'organe concerné. Pour autant ce dernier ne pourra rien seul et aura nécessairement besoin de ses collègues radiologues, radiothérapeutes, ... pour assurer une prise en soins de qualité. L'acte de l'annonce doit donc être réalisé par un spécialiste mais s'insère dans un parcours de soins centralisé faisant appel à des professionnels impliqués dans la pathologie.

Sur ce point il est important de préciser trois aspects déterminants dans le mode de communication de l'annonce. Tout d'abord, il semble préférable que le médecin spécialiste qui accueille le patient à son arrivée dans le service de neuro-oncologie soit celui qui le suivra tout au long du parcours et devienne ainsi son référent. En effet, en phase pré-diagnostique se joue déjà un certain nombre d'aspects transféro-contre-transférentiels qui influenceront sur la manière dont se déroulera la consultation d'annonce. Cela évitera par exemple de devoir réaliser de nouveau une anamnèse complète et détaillée du patient au lieu de se centrer directement sur le motif de la rencontre.

Le second aspect appuie l'argument évoqué initialement quant à la nécessité de réaliser l'annonce par un médecin formé à la pathologie concernée. En permettant au patient et à son entourage d'être face à un spécialiste, ceux-ci vont pouvoir obtenir plus aisément et de manière plus précise des informations quant à la situation singulière. Cela évite d'introduire une ambiguïté quant à la nature de la maladie.

Enfin, le troisième aspect renvoie à l'importance que ce médecin s'adresse en premier lieu au patient et qu'il intègre autant que faire se peut le proche dans le processus de l'annonce. En effet, dans la situation présente, le fait que le médecin – qui plus est non oncologue – informe de manière peu protocolaire l'épouse du patient avant ce dernier en lui précisant en outre de ne pas informer le patient lui-même de cet échange, aboutit inexorablement à un décalage catastrophique au sein du couple. Cette annonce redoutée mais plus ou moins attendue si le médecin a laissé au patient et à son proche le temps de cheminer, constitue alors un véritable traumatisme qui entraîne chez l'entourage un sentiment d'étrangeté de son proche malade.

Il est indispensable de réunir toutes les conditions nécessaires pour qu'une relation transféro-contre-transférentielle positive s'installe entre le patient et le professionnel afin d'arriver au colloque singulier qui libérera la parole. Dans le cadre de l'annonce, le patient étant confiant quant à la solidité et la fiabilité du

médecin, il se positionnera dans une écoute attentive des dires du professionnel qui délivrera l'information sans mettre en œuvre des résistances liées à une défiance et une méfiance à l'égard du médecin.

Le second élément qui ressort de cet entretien à trait aux aspects pratiques de l'annonce. En effet, il semble que l'utilisation de l'imagerie soit un support représentatif formel de la maladie. Elle permet une appropriation de la maladie par le patient et une compréhension de la réalité par l'entourage. Ce média nécessite néanmoins un accompagnement soignant pour éviter tout fantasme destructeur sur un plan psychique chez le patient ou ses proches. Son usage est alors perçu comme positif dans le cadre de la consultation d'annonce. En d'autres termes, cela renvoie à l'expression « il faut le voir pour le croire ».

L'élément suivant concerne la place de l'infirmière au sein de la consultation d'annonce. Ayant le plus souvent déjà rencontré le patient lors de son hospitalisation dans le service, l'infirmière se positionne dans un entre-temps, tantôt du côté soignant, tantôt du côté patient. Pour autant elle ne sort jamais de son rôle d'appui et d'aide à la compréhension du patient et de son entourage. Elle se fera ainsi porte-parole du patient en traduisant dans un langage soignant les interrogations ou préoccupations du patient pour les présenter au médecin et elle apportera des réponses dans un langage plus profane quant aux aspects pratiques (traitements, besoins spécifiques, ...) en fonction du discours médical. Elle constitue un mode de traduction d'un langage spécialisé en un discours vulgarisé. Elle permet de répondre au déplacement de l'angoisse du patient en démystifiant certains aspects pratiques et ainsi permet au patient de se recentrer sur la maladie en elle-même en étant plus fort car moins éparpillé et mieux armé.

Enfin, le dernier élément concerne le rôle de l'entourage auprès du patient. Etant de fait impliqué dans la situation, il est humainement nécessaire de l'aider à trouver sa place. Propulsé de manière souvent violente, le proche n'a d'autre choix que de s'investir mais au risque d'être surinvesti voire d'adopter une attitude sacrificielle délétère tant pour lui que pour le patient. En cherchant ainsi la bonne distance relationnelle, il va trop souvent vaciller entre un trop proche, tombant alors dans la fusion, source de confusion, puis sentant que cette projection est dangereuse, il va alors partir vers un trop loin qui créera une espèce d'indifférence à la souffrance de l'autre. Le rôle du soignant sera alors d'aider le patient à trouver sa place, c'est-à-dire à s'autoriser à être lui-même et autoriser l'autre – le patient – à être lui-même aussi. Au sein de la consultation, l'entourage a toute sa place car il va, dans le discours du médecin, entendre ce qui pourra constituer pour lui le savoir nécessaire à la création de ce nouveau rôle d'aidant. Ainsi les proches constituent à la fois un étau narcissique – je dois vivre pour eux, je dois me battre pour eux – tout en étant la cause sans doute la plus puissante de souffrance – je leur fais du mal et je m'en veux à mourir – qui conduit parfois le patient à s'isoler et à demander à en finir.

Sur un plan formel, la consultation d'annonce prend la forme graduelle suivante :

- 1 – recueil des antécédents médicaux du patient
- 2 – état de la situation professionnelle antérieure et actuelle du patient
- 3 – état des lieux du traitement actuel
- 4 – évocation des premiers signes pathologiques objectivés
- 5 – reprise de la période pré-diagnostique en secteur neuro-oncologique et évolution clinique
- 6 – annonce de la maladie
- 7 – abord des traitements
- 8 – interrogation quant à la compréhension du patient

Le médecin fera ainsi preuve à la fois d'un investissement personnel dans la relation et montrera pour appuyer sa légitimité une affiliation médicale.

Lors de la consultation d'annonce, le patient va parler :

- De son histoire de vie
- De son état actuel
- De son avenir avec la maladie

L'épouse va, quant à elle, aborder sa place auprès du patient et non auprès de l'homme. Il sera donc utile de l'aider à retrouver progressivement son mari derrière la maladie.

Comme nous l'avons vu, la consultation d'annonce représente pour le patient l'espace-temps fixant le savoir, le nommant et l'inscrivant dans une histoire passée, présente et future. Ce savoir nécessite un effort de compréhension et exige qu'une traduction en soit faite en un langage clair et adapté. Le langage du corps devient incompréhensible pour le patient et il est question ici de traduire cette expression corporelle en mots via un professionnel qui aura à adapter son discours ancré dans un univers langagier spécifique au monde discursif profane. Le patient demande donc au médecin de lui dire la vérité mais dans un langage adapté à son monde d'appartenance.

En outre, cette découverte est le lieu de tous les fantasmes chez le patient tant en ce qui concerne la maladie que les traitements. Ainsi il est primordial lors de l'énonciation des thérapeutiques à mettre en œuvre d'en donner une explication précise quant à ses modalités d'administration et ses effets possibles. C'est ainsi que le patient se

détachera de représentations mortifères associées notamment à la chimiothérapie qui semble chargée symboliquement.

Il en va de même pour les premiers signes de la maladie, avant même qu'on ne vienne la nommer. En effet, il est sans doute important pour le patient d'avoir des explications claires quant aux symptômes tels que la crise d'épilepsie. Cette dernière, par son caractère soudain et violent, représente un traumatisme pour le patient qui craint de ne revivre de tels moments. Il faut donc l'aborder lors de la consultation d'annonce en décrivant son mode de survenue, d'expression et surtout le rôle efficace du traitement pour lutter contre.

Le patient et l'entourage ont également besoin de connaître les troubles provoqués par la maladie pour ne pas en avoir une mauvaise interprétation, mais ils ont encore plus besoin d'avoir des informations fines quant aux moyens de pallier ces symptômes. Face à la déstructuration psychique qu'elle constitue, la consultation d'annonce doit offrir au patient et à ses proches des points d'appuis et d'ancrage à la vie. Pour autant la réalité doit être présentée au patient et aux proches, notamment le caractère incurable de la maladie, mais elle doit aussi intégrer des aspects autorisant l'espoir telle que la stabilité voire la régression du cancer.

Lors de la consultation d'annonce le médecin devra bien insister sur la consultation post-traitement qui constitue le contrôle et permet de faire le point sur l'action des traitements ou sur l'évolution de la situation. Le patient a besoin d'entendre que ce médecin en qui il accorde sa confiance restera attentif et auprès de lui tout au long du parcours de soins.

La consultation d'annonce, en partageant un savoir de nature médicale avec un sujet le plus souvent naïf, conduit à entourer le patient de professionnels maîtrisant ce savoir. Il apparaît donc fondamental que tout en restant l'art d'un homme, l'annonce aboutisse à une ouverture à d'autres intervenants hospitaliers ou de ville à travers un processus longitudinal.

L'infirmière a alors toute sa place au sein de la consultation d'annonce car elle apparaît comme le lien permettant de tenir informés les différents professionnels impliqués auprès du patient. Elle offre, en outre, au patient et à ses proches un espace d'écoute et peut aussi répondre à leurs interrogations ou préoccupations. Elle peut enfin les orienter vers les professionnels les mieux à même de les aider en fonction de leur problématique du moment.

Concernant son rôle auprès des proches, l'infirmière mettra en action sa fonction éducative pour les aider à trouver leur place et à s'accorder le droit de ne pas ou de ne plus pouvoir. Par une écoute bienveillante, elle permettra aux proches de trouver des stratégies d'adaptation efficaces pour gérer au mieux le quotidien.

Ces entretiens nous ont enfin permis de percevoir la véritable effraction que constitue l'arrivée du cancer dans la vie. Au-delà de l'atteinte physique, le cancer conduit le patient à une véritable remise en cause identitaire et vient le toucher au niveau de son estime de soi. Très rapidement, par les mots, le patient se vit comme inutile, perturbateur et coupable. L'essentiel sera alors de mettre en œuvre un processus de renarcissisation élémentaire du côté du patient en l'aidant à maintenir une place de sujet déjà au sein de la consultation d'annonce et durant tout le parcours thérapeutique. Le médecin devra donc en priorité s'adresser à lui. Il sera également nécessaire d'aider le patient à conserver un statut social et familial et pour ce faire, il est important de faire taire le sentiment de culpabilité sous-tendu par la sensation d'imposer cette triste réalité à l'entourage. En outre, maintenir l'espoir et même l'incertitude permet au patient de s'accrocher à la vie et trouver des points d'ancrage, sans pour autant lui mentir ou cacher la vérité. Enfin, le patient aura à intégrer la maladie et ses modes d'expression pour mieux la saisir et la combattre.

Donc, nous observons que le mot :

- Lésion : reste du côté soignant et n'aide pas à la compréhension du patient ou de ses proches
- *Tumeur* : est partagée
- *Cancer* : ce mot est partagé et ce, dès la consultation d'annonce par le patient. Seule l'infirmière ne prononcera pas ce terme.
- *Radiothérapie* : sera surtout repris par le patient ou sa conjointe en raison de la sollicitation des soignants qui, eux, utilisent beaucoup ce terme
- *Chimiothérapie* : sera davantage partagée et portera un sens différent entre le monde soignant et le monde patient
- *Rayons* : sera prononcé à une seule reprise par le patient, sinon, restera du côté soignant
- *Malin* : seul ce terme reste du côté soignant malgré une reprise par le médecin. Il semble donc plus parlant pour le patient et ses proches et devrait sans doute plus prononcé par les soignants.

Monsieur CLAUDE

CONSULTATION D'ANNONCE :

I – ANALYSE FORMELLE

A - Acteurs

Le nombre de personnes présentes lors de cette consultation est de cinq. Le médecin (M) et l'infirmière (I) reçoivent monsieur Claude (P), un patient âgé de 67 ans, retraité. Il est accompagné de son épouse (E), infirmière de profession et d'une de ses filles (F) pour s'assurer de la bonne compréhension de la situation. Nous aurons donc dans l'analyse à tenir compte de cette fille et ainsi modifier quelque peu la notion de « personne de confiance » en considérant que cette personne est ici l'épouse puisque désignée par le patient lui-même, mais en y incluant les propos de la fille qui est présente à la consultation d'annonce.

B – Durée de la consultation d'annonce

La durée de cette consultation est de 45 minutes et 16 secondes.

C – Structure

Dans cette consultation d'annonce notre analyse a mis en évidence 3 grands domaines thématiques développés par les protagonistes présents :

- Le patient

- La sphère de la maladie
- Le rapport du patient à la maladie

Cela donne le synopsis suivant illustré d'extraits de corpus

Avec M : Médecin ; P : Patient ; F : la Fille de M. Claude ; E : Epouse de M. Claude ; I : Infirmière.

- **Le patient**

- Dimension psychologique (de I1 à P55)

F9 : très stressé

P10 : vous savez c'est... c'est compliqué dans ma tête... je sais même plus ce que je fais là aujourd'hui...

(...)

F12 : ... qu'il se voyait mort

(...)

F15 : cet épisode de terrible angoisse c'est... vendredi dernier ?

(...)

I29: vous avez été... submergé

(...)

F31 : t'as pas l'impression ou tu n'en as pas l'impression mais tu es... psychologiquement émotif

P32 : oui, je suis un individu qui...

F33 : qui essaie de masquer beaucoup les choses

(...)

F35 : qui garde euh qui garde beaucoup en lui et euh... je pense que voilà ça a tellement c'est monté en pression et

I36 : d'accord et ils vous ont donné du coup quelque chose pour euh... contre l'angoisse ?

(...)

E45 : ce matin il était un peu serré... peut-être l'angoisse de...

(...)

I50 : dans le contexte de ce qui vous arrive euh que c'est pas du tout anormal d'avoir des angoisses

P51 : ça parait à... pleurnicher hein... euh... que j'sois pas bien

(...)

P53 : j'ai eu... j'ai un peu mal à la tête de temps en temps mais je m'en rappelais même pas quand j'avais mal à la tête hein depuis que j'suis rentré à l'hôpital euh j'ai passé euh moi dans ma tête les gens qu'étaient à côté de moi j'en sais rien mais moi personnellement... j'avais pas mal euh j'étais foutu le camp euh le jeudi pour moi j'étais « fup » rayé de la carte et...

○ **La dimension neurologique (de M56 à M76)**

M56 : et sinon les troubles qu'il avait ils se sont un peu améliorés ?

(...)

M58 : les troubles que vous aviez, le fait que vous aviez les problèmes pour parler, tout ça, ça va mieux ?

E59 : non, c'est le soir il a ...

P60 : j'ai euh je mélange un peu...

M61 : il mélange un peu et... à droite ça va mieux le déficit ?...

(...)

E63 : par moment il dit euh là j'ai l'impression d'avoir ma main à côté

(...)

P66 : je la vois plus j'la vois pas je la sens pas

(...)

M69 : les troubles se sont quand même un peu améliorés neurologiques ?

○ **Dimension biologique (M77 à I106)**

E78 : on a le problème du diabète quoi qui monte...

I79 : vous êtes déjà diabétique au départ ?

(...)

I82 : c'est la cortisone ?...

F83 : c'est la cortisone qui le... euh

I84 : hum... vous avez combien de cortisone ?

F85 : c'est 40 mg c'est ça ?...

E86 : le solumédrol ?...

P87 : la cortisone c'est...

F88 : du médrol...

(...)

P91 : la cortisone c'est pas la première fois de ma vie que j'en ai

○ **Dimension cognitive (M107 – P116)**

M107 : alors comment ça se fait qu'il a été un peu ralenti perturbé confus ça il l'est plus ?...

F108 : bah c'est pas qu'il est confus il a ...

E109 : il est pas confus

F110 : c'est les mots qui s'emmêlent...

M111 : il cherche... d'accord

E112 : voilà y'a des mots qui...

F113 : parce que y dans son raisonnement il est tout à fait cohérent tout va euh mais c'est vrai que les mots euh sur les syllabes ça pourrait s'apparenter un peu à de la dyslexie hein

P114 : presque...

F115 : c'est...

P116 : ouais, y'a des moments

○ **Dimension comportementale (de M117 à P132)**

M117 : sinon vous avez pas mal à la tête monsieur M ?...

P118 : non...

M119 : pas de nausée, pas de vomissement vous n'avez pas fait de crises de choses comme ça non ?

P120 : non non

M121 : et à la maison vous retrouvez euh... il se lave il s'habille tout seul ?

(...)

M124 : vous continuez des activités d'accord

E125 : là il ira plus faire le bois mais il nous fait la vie parce que on s'chauffe au bois enfin on a deux chaudières une au fuel une au bois et il nous fait la vie il veut toujours aller chercher le bois

F126 : bon l'équilibre par contre est pas

E127 : dans les escaliers on a un petit peu la trouille quand il monte parce qu'on a une montée d'escalier

(...)

P130 : mais ça va revenir...

E131 : oui oui

P132 : je suis optimiste

○ **Dimension occupationnelle (de E133 à I206)**

E133 : on l'emmène aux champignons

(...)

E135 : ouais... là on va y aller cet après-midi normalement

P136 : j'allais pas très loin

(...)

P173 : c'était ma recette

(...)

P204 : bah écoutez si un jour j'ai la chance de réchapper de la saloperie qui m'a chopé...

○ **Dimension physique (de M207 à E226)**

M207 : bon très bien alors on va revenir aux choses qui m'intéressent... j'sais pas alors quelle est votre taille ?

(...)

E209 : ta taille... 1 mètre 81...

P210 : je fais 1 mètre 84

(...)

F212 : 1 mètre 82

E213 : ouais 1 mètre 82

M214 : 1 mètre 81 oh ouais elles sont désagréables...

(...)

M216 : le le poids ?

E217 : 99 kg il faisait là hein...

M218 : vous faites toujours 99 ?

F219 : là il fait 99 kg il a perdu 10 kg presque

M220 : Il faisait plus que ça avant ?

(...)

E222 : il a fait 110 kg oh ouais 110 kg...

(...)

P225 : oh ouais j'étais un gros bébé

E226 : c'était une bête ouais...

- **La sphère de la maladie**

- L'annonce (de M227 à P234)

M227 : *bon alors... vous savez on a fait la... la biopsie pour la lésion là*

P228 : *hum*

M229 : *pour savoir ce que c'était hein ce qui expliquait pourquoi vous aviez des problèmes pour parler vous aviez un peu le côté gauche pourquoi il était un peu ralenti donc la biopsie s'est bien passée... hein y'a pas eu de problèmes particuliers on a ramené du tissu pathologique et ça a pu on a pu répondre donc y s'agit bien d'une tumeur d'accord ?...*

P230 : *hum hum...*

M231 : *la question est de savoir de quel type de tumeur donc c'est une tumeur qui naît dans le cerveau c'est pas une tumeur qui vient d'un autre organe donc c'est ce que qu'on... c'est pas une tumeur second'... ce qu'on appelle une métastase une tumeur secondaire donc c'est une tumeur primitive donc les cellules du cerveau sont devenues malades après la question est de savoir si c'est une tumeur qui est bénigne ou maligne agressive... et là c'est une tumeur qui est maligne agressive*

P232 : *elle est maligne et agressive...*

M233 : *c'est-à-dire que si par exemple on fait pas de traitement la tumeur elle va continuer à grossir et y'aura une issue défavorable en trois quatre mois... si y'a aucun traitement*

P234 : *hum hum...*

- Le parcours thérapeutique (de M235 à E524)

- les traitements spécifiques (de M235 à E294)

M235 : *par contre comme elle est maligne agressive ça n'a pu être opéré c'est-à-dire que si ces lésions auraient été accessibles à un geste chirurgical et qu'on avait opéré ça aurait fait qu'avec la chirurgie la tumeur serait revenue dans tous les cas pareil en deux ou trois mois donc il aurait aussi fallu faire un traitement... donc là on n'a pas pu être opéré donc il faut faire un traitement... et le traitement alors là c'est... alors le traitement habituellement c'est plutôt la radiothérapie avec de la chimio là le problème c'est qu'il a plusieurs lésions donc je me demande si on fera plutôt en première intention une chimiothérapie pour euh dégonfler un ptit peu enfin pour diminuer un ptit peu les lésions et après faire la radiothérapie parce que là y'a un peu deux trois lésions quoi qui sont...*

sur l'IRM on a vu qu'y avait pas qu'une lésion y'en avait plusieurs et le problème c'est que si on fait un traitement y faut essayer d'irradier toutes les lésions et ça peut être un peu compliqué...

(...)

M237 : non parce que quand on fait le traitement euh... les rayons peuvent

E238 : c'est ciblé...

M239 : c'est ciblé euh... .. et le problème c'est qui faut prendre la lésion plus une marge de sécurité ce qui fait après un certain volume je vais vous montrer euh...

(...)

I243 : après ça fait irradier un grand volume

(...)

M246 : une qu'est là une qu'est là là là et là une autre derrière là on en retrouve là et là donc ça fait quand même si on réfléchit ça fait quand même si on veut irradier faut irradier tout ça et après vous êtes parti ça peut s'discuter c'est... le problème c'est quand on irradie on prend la lésion avec une marge de sécurité qui fait deux centimètres donc ça veut dire qu'il faut irradier quand même un certain volume cérébral et après ça peut entraîner des lésions... ça peut entraîner quelques ptites séquelles parce que en gros plus le volume cérébral est important plus les risques de complications sont élevés enfin sont un peu plus élevés donc on pourrait commencer par une chimiothérapie par voie intraveineuse qu'on ferait en première intention et après on f'rait si ça a bien répondu peut-être la radiothérapie sur la plus grosse euh lésion... c'est vous qui avez un problème cardiaque c'est ça ?...

(...)

M272 : ou à moins que j'suis en train de regarder... j'sais qu'on avait discuté j'sais plus pourquoi on avait discuté ça cette histoire là... (Silence) bon parce que c'est vrai c'est vous voyez y'a une prise de contraste plus importante là... je compare avec les autres lésions c'est un peu discret donc pourrait envisager... irradié c'est vrai qu'ça pourrait ptêtre que... cette partie là aussi pourquoi pas...à priori c'est pas très important... j'suis en train de regarder j'suis ouais... bon quoi qu'on pourrait peut-être partir sur la radiothérapie en première intention pis après on ferait la chimio en même temps c'est ptêtre plus simple

(...)

M291 : quoi que non j'suis en train de regarder non on pourrait ptêtre faire d'abord la radiothérapie en première intention parce que le traitement pour ce type de lésion c'est la radiothérapie plus ou moins une chimiothérapie qu'on donne par voie orale et...

F292 : par voie orale ?...

M293 : oui c'est des gélules à prendre

- les modalités pratiques (de M295 à P374)

M295 : et la radiothérapie donc c'est un traitement qui a lieu tous les jours c'est une séance par jour du lundi au vendredi

F296 : c'est tous les jours... d'accord

M297 : sauf samedi dimanche et jours férié et pendant six semaines d'affilée

E298 : ok... et on peut la faire chez nous ?

(...)

M325 : ah non en plus maintenant y'a voilà c'est voilà donc vous pouvez aller à E. donc ça sera pris en charge après par un VSL donc en gros la séance de radiothérapie

E326 : non bah moi j'l'emmènerais hein

P327 : non j'veux pas...

E328 : j'peux l'emmener j'suis en retraite maintenant

P329 : bah j'peux y aller avec ma femme

M330 : bah si vous voulez l'emmener non mais c'est...

(...)

I338 : parce que c'est à combien de kilomètres ?

(...)

M342 : bah si c'est à côté nan nan mais si vous préfé si vous préférez y aller vous-même...

F343 : bon tu peux quand même avoir un bon de transport

(...)

M345 : pris en charge c'est-à-dire que si c'est vous qui l'emmenez à ce moment-là vous pourrez me demander...

I346 : en voiture particulière

(...)

I349: oui et pis le médecin traitant j'pense y faut qu'il indique la prise en charge à 100%

E350 : on a le papier

(...)

M356 : oui... parce que c'est en principe c'est souvent à heure fixe

E357 : oui

P358 : j'aime autant partir avec euh ma femme que quelqu'un que...

- les effets secondaires (de M375 à M414)

M375 : non mais bon... ça peut se faire hein donc la radiothérapie les effets secondaires c'est vous allez perdre vos cheveux

(...)

M377 : un petit peu... vous risquez d'être fatigué donc souvent faut

(...)

M379 : ouais alors la fatigue qu'vous risquez d'avoir c'est oh... souvent les gens font la sieste l'après-midi

(...)

M383 : et quelquefois on peut comme les rayons on irradie un peu le cerveau ça peut entrainer des maux de tête voilà

(...)

M385 : ou une majoration des troubles neurologiques

(...)

M400 : ouais 100... à diminuer progressivement on va baisser les doses parce que ça pour le diabète c'est pas bon... hein donc si ces signes là ils apparaissent pas au bout de dix jours il continue même après le traitement

(...)

M402 : non non j'veux dire les... les effets secondaires c'est pas du jour au lendemain que ça apparaît faut attendre une bonne semaine pour que ça apparaissent

(...)

M404 : hein et après ça peut même persister après la fin de la radiothérapie

(...)

M408 : donc c'est bien supporté à part une petite fatigue un ptit dégoût alimentaire... on donne des cachets pour éviter les nausées

(...)

M410 : nan nan des cachets pour éviter les nausées vomissements la seule chose c'est qu'il faut surveiller ça peut entrainer des chutes des plaquettes et des globules blancs voilà...

E411 : ouais...

- le temps (de P415 à I441)

P415 : ça risque de durer... combien ?

M416 : combien ?

E417 : combien de temps ?

M418 : le traitement ?

E419 : le traitement

(...)

M421 : en gros vous comptez six semaines de radiothérapie après on fait un mois d'arrêt après on reprend une cure une fois par mois pendant six mois on fait à peu près ça fait à peu près huit mois de traitement mais c'est pas huit mois complet c'est une période

P422 : oui oui y'a des interruptions

E423 : ouais

F424 : tu vas avoir six semaines intenses

(...)

I429 : du coup oui vous allez avoir les rayons avec la chimio et ensuite ce sera une ce sera cinq jours par mois six fois

(...)

I431 : et vous aurez une IRM après les rayons avec la chimio pour faire le point de... vous verrez aussi monsieur B (M) vous recevrez des convocations pour l'IRM et et la le RDV pour faire le point après le premier traitement

(...)

I435 : et pendant les rayons vous allez rencontrer un médecin ou une interne une fois par semaine

M436 : le radiothérapeute vous le voyez une fois par semaine ouais

(...)

P438 : j'me laisserai faire...

- les traitements actuels (de M442 à F475)

M442 : alors les traitements on a dit c'était ce que j'ai vu c'était il a du Médrol100 hein ?

(...)

M444 : il a pas le médecin traitant il a pas dit de baisser on lui a pas dit de baisser encore... non ? ... donc il a toujours alors ?

(...)

E446 : oui... ça fait des bonnes doses quand même hein on a du l'augmenter en fonction du du dextro quoi

I447 : c'est vous qui gérez

M448 : il est toujours à Médrol100

E449 : on a demandé à une infirmière qu'elle vienne mais bon là je relaye un petit peu

(...)

I454 : et c'est eux qui gèrent le diabète ?...

(...)

E457 : donc ils viennent ou je leur téléphone j leur dis il a tant de dextro

(...)

M459 : le XX c'est le matin qu'il le prend hein ?

E460 : le XX oui

M461 : on va baisser la cortisone par contre on va pouvoir l'arrêter parce que euh... avec la radiothérapie c'est vrai qu'vous allez avoir des... des poussées d'œdèmes donc y vaut mieux garder la cortisone pendant le traitement

(...)

M463 : on va peut-être baisser à des doses moins élevées... là il est toujours à 100 hein ?

(...)

I474 : à part la cortisone il a pas

- l'organisation (de M476 à E524)

M476 : j'sais pas si faut graver le CD pour E. (centre de radiothérapie)

I477 : euh j crois pas euh comme c'est le E. ils ont le partage hein

M478 : donc on va faire une lettre pour que le traitement puisse être fait à E. d'accord

(...)

I480 : c'est eux qui vont vous envoyer euh une convocation pour le RDV à E

(...)

I482 : c'est leur enfin c'est eux qui fonctionnent comme ça nous on aimerait prendre des RDV tout de suite mais on est obligé de d'abord leur envoyer le dossier et puis c'est eux qui convoquent le patient

(...)

I484 : donc dans les médicaments que vous allez prendre euh le... le Temodal les gélules de chimiothérapie se trouvent pas en pharmacie de ville il faut aller les chercher dans la pharmacie d'un hôpital euh public donc euh au plus proche de chez vous euh dans un hôpital pour vous ça va être

I486 : Remiremont... appelez-les peut-être pour euh ils ont pas forcément en stock et ils vous délivreront comme c'est six semaines en général ils délivrent en deux fois ils vous donnent pas toute la dose pour les 42 jours... donc y faut a-priori y retourner une fois pour rechercher

(...)

M489 : c'est 30 jours et 12 jours j'sais pas trop pourquoi mais vous inquiétez pas

I490 : oui des fois y donnent pas tout d'un coup... euh... donc ça... j'veis vous donner une documentation sur le Témodal

(...)

I492 : y faut pas le prendre en mangeant... faut l'prendre à distance d'un repas

(...)

I494 : plutôt à 1 heure 1 heure et demi du repas et du coup ce qui est bien c'est de prendre l'anti nauséux

(...)

I496 : qui va être prescrit sur l'ordonnance bleue pendant le ptit déjeuner et une heure une heure et demi après prendre le Témodal oui et puis j'veis vous donner aussi nos coordonnées

E497 : d'accord

I498 : donc vous allez aussi avoir des ordonnances pour faire des prises de sang une fois par semaine

(...)

I500 : donc ça monsieur X (M) va vous euh... le Témodal donc ça ce sera l'ordonnance du médicament à récupérer à la pharmacie de l'hôpital... ça euh les coordonnées j'veis vous ai vous avez le numéro du portable de monsieur X (M) avec les coordonnées du service où vous avez été hospitalisé pour la biopsie vous avez les coordonnées alors AN c'est ma collègue KC c'est moi-même euh donc on a un bureau qui est situé donc dans le service où il avait été hospitalisé pour la biopsie et euh

(...)

F502 : juste en face de l'étage où on allait...

(...)

I507 : et donc vous pouvez nous contacter ou nous laisser un message sur un répondeur

(...)

I511 : donc voilà vous pouvez nous contacter si vous avez des questions parce que là ça fait un ptit peu beaucoup d'informations euh

(...)

I513 : normalement vous allez être convoqué j'pense courant de la semaine prochaine pour la radiothérapie si jamais ça vous semble un peu loin rappelez-nous aussi ptêtre que si on les appelle savoir

(...)

M515 : bah le problème nous on aimerait bien éventuellement avoir une date de consultation mais euh on l'a pas donc euh ils vous téléphonent ou vous envoient un courrier pour vous convoquer alors euh on préférerait euh

(...)

I521 : donc ça euh donc est-ce que vous voulez une documentation sur votre maladie en général ?

(...)

I523 : je vous la mets euh... j'mets ça les coordonnées et un document sur le traitement en fait sur le Témodal les gélules que vous allez prendre pour la radiothérapie quand vous allez voir le médecin il vous expliquera aussi bien comment ça va se passer et pis euh tenez ça c'est pour vous et ensuite vous aurez un calendrier ils vont vous donner les horaires vous pourrez aussi j'sais pas si ça sera le matin ou l'après-midi euh y vous feront un planning là-bas

- **Le rapport du patient à la maladie (de P525 à M798) :**

- Tentative d'appropriation (de P525 à P570)

P525 : c'est ce qui est évident la question que je me pose hein c'est arrivé tout à coup

(...)

P529 : pourquoi j'ai pas fait assez attention euh attention à moi ou qu'est-ce que... ?

(...)

F536 : des signes d'alarme enfin c'est vrai c'est des choses euh peuvent paraître anodines hein euh j'me souviens de cet été euh l'avoir vu à plusieurs reprises faire ça avec sa main droite et pis lui dire t'as des fourmis et y y répondait pas donc c'est tout euh j'me dis des fourmis ça nous arrive tous d'en avoir parce qu'on a pris une mauvaise position et

(...)

I551 : oui donc on connaît pas y'a des études en cours mais euh après c'est vrai que c'est assez typique le fait que le phénomène s'installe euh progressivement

(...)

P553 : y'en a beaucoup des gens dans mon euh dans mon cas là... on les compte ?

(...)

P570 : ouais... enfin faut... si vous avez une solution pour essayer de trouver quelque chose y faut l'faire

- L'intégration au quotidien (de M571 à E714)

M571 : alors la cortisone y va passer à 4 comprimés de Médrol 16 pendant 7 jours

(...)

F581 : on commence tout de suite pour le Médrol ou on termine euh ?

(...)

I586 : et pis euh le fait de baisser un peu la cortisone ça va arranger un petit peu aussi le problème avec le diabète

(...)

M593 : voilà ou y'a du sel de régime attention et pis y peut manger un petit peu sucré de temps en temps

(...)

M609 : prise de sang vous la faites à domicile ou en laboratoire... à domicile ?

(...)

M622 : bah un petit peu le problème c'est faut pas non plus y'a des gens qui cuisinent qui versent la salière et qui après une fois dans l'assiette reversent la salière ça c'est pas bon mais modérément

(...)

F636 : profiter des bons moments hein quand même

(...)

M705 : il a fait le 100% de toute façon il aura un courrier normalement donc le 100% c'est comment on dit

○ Aspects généraux (de P715 à M798)

P715 : des cas comme celui-ci vous en avez-vous avez dit 500 5000 ?

(...)

M723 : nous ? euh combien de patients après on considère qu'on fait un cycle de 100 patients par an

(...)

E728 : et les issues ?

(...)

M737 : alors c'est des maladies quand ça va pas bien ça récidive assez rapidement on dit dans les premières années qui suivent le diagnostic et même parfois dans les quatre sept premiers mois voilà c'est pas des maladies qui évoluent plus tardivement en trois quatre ans cinq ans ou à distance

(...)

M743 : simplement quand on a opéré c'est mieux parce que après la radiothérapie c'est mieux supporté parce qu'on irradie un cerveau qu'est pas turgescant qu'est comprimé fin qu'est dégonflé

(...)

E767 : aberrant ce qu'il a cotisé ... en indépendant c'est euh horrible alors j'dis si tu rentres pas ce qu'on a cotisé

(...)

M776 : les grands miracles existent pour chaque patient

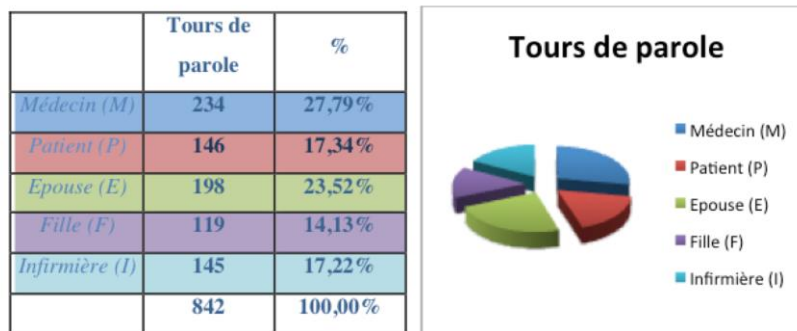
(...)

M797 : des sulfites vous pouvez même boire une ptite coupe de champagne y'a pas de problème

D – Etude quantitative des productions discursives

1 – Nombre de tours de parole

Le tableau suivant présente une analyse quantitative de la production discursive de chaque acteur en présence : le nombre de tours de parole et le pourcentage. Cela donne :



Dans cet entretien, nous observons que chaque interlocuteur prend, dans l'ensemble, une place relativement importante. Ainsi, si le médecin est celui qui émet le plus grand nombre d'énoncés (234), nous pouvons constater que c'est l'épouse qui émet ensuite le plus de tours de parole (198), suivi du patient lui-même (146). L'infirmière produit quasiment le même nombre de tours de parole que le patient (145) alors que la fille intervient 2 fois moins que le médecin (119).

Suite à ces données quantitatives nous allons à présent étudier plus finement ces interventions afin d'en définir une signification par rapport à ce temps d'annonce de la maladie.

2 – Distribution du discours

Nous avons calculé la somme totale des tours de parole par locuteur (colonne 2), le nombre de mots total (colonne 3) puis la somme de certains indicateurs (colonnes 4, 6, 8, 10, 12) que nous avons rapportée en pourcentage (colonnes 5, 7, 9, 11, 13). Cela donne :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Tours	Nombre de mots total	je	% je	on	% on	nous	% nous	vous	% vous	tu	% tu
Médecin	236	3748	46	1,23%	99	2,64%	4	0,11%	83	2,21%	1	0,03%
Patient	146	836	75	8,97%	6	0,72%	0	0,00%	14	1,67%	2	0,24%
Epouse	198	975	22	2,26%	29	2,97%	4	0,41%	9	0,92%	6	0,62%
Fille	119	882	4	0,45%	10	1,13%	1	0,11%	8	0,91%	10	1,13%
IDE	145	1410	221	1,56%	15	1,06%	8	0,57%	60	4,26%	1	0,07%

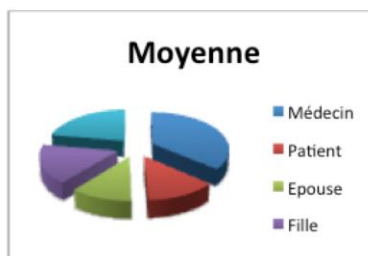
Exemple de lecture : le médecin a réalisé 236 tours de parole constitués au total de 3748 mots. Il a prononcé 99 « on », ce qui représente 2,64% de l'ensemble de ses mots prononcés. Le patient a réalisé 146 tours de parole constitués au total de 836 mots. Il a prononcé 75 « je », ce qui représente 8,97% de l'ensemble de ses mots prononcés.

a – Masse discursive

Si le médecin est celui qui émet lors de cet entretien le plus grand nombre de tours de parole (236) avec le plus grand nombre de mots (3748), nous constatons que l'épouse parle à 198 reprises, ce qui suppose une place très importante dans cet entretien. Le patient et l'infirmière ont un nombre de tours de parole quasi-identique (146/145), mais l'infirmière émettra beaucoup plus de mots (836 # 1410). Enfin, la fille du patient réalisera 119 tours de parole constitués de 882 mots.

En résumé, le tableau suivant présente le nombre de mots moyen par tour de parole pour chaque locuteur (*moy* = *masse* / *nb de tours de parole*):

	Tours	Masse	Moyenne
Médecin	236	3748	15,88
Patient	146	836	5,73
Epouse	198	975	4,92
Fille	119	882	7,41
Infirmière	145	1410	9,72



Nous constatons dans cet entretien que ce sont les soignants qui émettent en moyenne le plus de mots. En effet, un tour de parole du médecin est constitué en moyenne de 15,88 mots et celui de l'infirmière de 9,72 mots. Il est par ailleurs intéressant de constater que si l'épouse est la personne qui produit le plus de tours de parole, après le médecin, c'est elle qui en moyenne utilise le moins de mots (4,92), ce qui représente alors des interventions brèves de sa part. La fille va au contraire intervenir moins souvent mais en utilisant plus de mots par tour de parole (7,41).

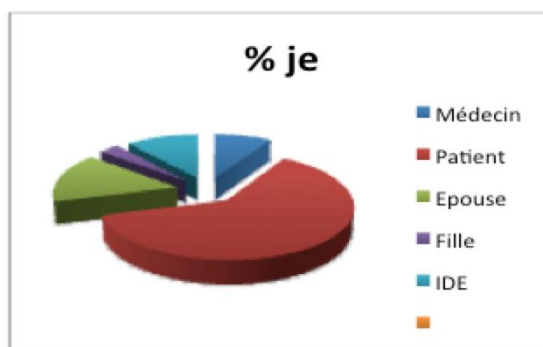
Le patient emploie en moyenne 5,73 mots par tour de parole.

b - Usage des pronoms personnels

@1 - « Je »

Le pronom personnel *je* ou sa forme élidée *j'* concerne le locuteur et vient marquer une **implication personnelle** (Benveniste, 1966)¹⁹.

	Tours	Nombre de mots total	% je
Médecin	236	3748	1,23%
Patient	146	836	8,97%
Epouse	198	975	2,26%
Fille	119	882	0,45%
IDE	145	1410	1,56%



Ainsi, nous constatons que, dans cette consultation, c'est le patient qui parle le plus en son nom propre (8,97%). Il est suivi de son épouse (2,26%). Du côté des soignants, c'est l'infirmière qui emploiera le plus ce pronom (1,56%), le médecin ne l'utilisant que 1,23% dans l'ensemble de ses mots prononcés. La fille, quant à elle, ne prononcera le *je* que quelques fois (0,45%)

¹⁹ E. Benveniste (1966). L'appareil formel de l'énonciation. In *Problèmes de linguistique générale*. Paris : Gallimard.

Le **patient** à travers le *je*:

- fait part de son état avant la maladie :

P91 : la cortisone c'est pas la première fois de ma vie que j'en ai

P93 : j'en ai eu quand j'étais gamin à ...

P103 : un trompe la mort parce que j'ai eu j'ai eu des trucs...

P105 : j'ai eu j'ai un tas de saloperies

P136 : j'allais pas très loin

P225 : oh ouais j'étais un gros bébé

- Décrit son état à l'apparition des symptômes :

P53 : j'ai eu... j'ai un peu mal à la tête de temps en temps mais je m'en rappelais même pas quand j'avais mal à la tête hein depuis que j'suis rentré à l'hôpital euh j'ai passé euh moi dans ma tête les gens qu'étaient à côté de moi j'en sais rien mais moi personnellement... j'avais pas mal euh j'étais foutu le camp euh le jeudi pour moi j'étais « fup » rayé de la carte et...

- Exprime son état actuel :

P8 : ça va moi je...

P10 : vous savez c'est... c'est compliqué dans ma tête... je sais même plus ce que je fais là aujourd'hui...

P32 : oui, je suis un individu qui...

P66 : je la vois plus j'la vois pas je la sens pas

P132 : je suis optimiste

- Suppose un état futur hypothétique (pensée magique) :

P204 : bah écoutez si un jour j'ai la chance de réchapper de la saloperie qui m'a chopé...

P438 : j'me laisserai faire...

- Pose une interrogation personnelle :

P525 : c'est ce qui est évident la question que je me pose hein c'est arrivé tout à coup

- Questionne le rapport de la maladie à lui-même :

P529 : pourquoi j'ai pas fait assez attention euh attention à moi ou qu'est-ce que... ?

P740 : oui mais moi je suis déjà assez bien avancé hein j'crois

- Marque son rapport au médecin

P240 : vous savez moi j'vous fais confiance

Nous retrouvons ensuite l'épouse dont les interventions en son nom propre peuvent être catégorisées en trois axes principaux, à savoir :

- La tentative de relater au plus juste les propos de son époux en se mettant dans sa peau (E63) et de légitimer en quelque sorte aux yeux des soignants sa position à ses côtés en revêtant symboliquement sa tenue professionnelle de soignante (E307), madame Claude étant infirmière :

E63 : par moment il dit euh là j'ai l'impression d'avoir ma main à côté

E307 : bah moi j'ai suivi des gens

- La description de son rôle et sa place auprès de son mari dans le quotidien, avant la consultation (E90, E260, E592) et notamment dans la gestion des traitements et autres depuis la maladie (E449, E451, E457, E610) et dans le futur de la maladie (E326, E328, E354) :

E90 : non j'lai pas prise j'ai pas du tout pensé j'l'avais ...

E260 : la saturation oui elle était dégringolée à j'sais plus combien

E592 : oui mais je sale pas moi de toute façon j'ai jamais salé alors

E449 : on a demandé à une infirmière qu'elle vienne mais bon là je relaye un ptit peu

E451 : euh... c'est un cabinet... j'les connais de leur prénom

E457 : donc ils viennent ou je leur téléphone j'leur dis il a tant de dextro

E610 : oui ou alors j'peux

E326 : non bah moi j'l'emmènerais hein

E328 : j'peux l'emmener j'suis en retraite maintenant

E354 : et pis si j'étais coincée oui j'puisse pas rouler euh

- Manifestation à la fois de son dénuement face à cette situation nouvelle et sa volonté néanmoins de reprendre le contrôle, la maîtrise (E714) et surtout le besoin qu'on lui laisse de l'espoir (E755) :

E714 : mais je vais lui téléphoner

(...)

P753 : en même temps c'est pas la peine de foutre du pognon en l'air sur une vieille carcasse pareille hein

M754 : ooff on met de l'argent sur des plus vieilles carcasses que vous

E755 : ouais j'pense

L'**infirmière** va s'exprimer par le « je » à 21 reprises, ce pour :

- Faire part d'informations répondant aux préoccupations du patient ou de ses proches :

I312 : et pis le bah là j'ai entendu le procès a ouvert y'a pas longtemps

I314 : j'ai entendu à la radio y'a...

I317 : c'était à la radio c'était y'a huit jours j'pense

I597 : oui avec un mélange c'est dans les dans les supermarchés un peu bio ou y'a j'me souviens plus du nom mais euh

I606 : j'crois qu'il en existe sans sodium avec ouais

I711 : mais y faut que ce soit le médecin traitant qui fasse la demande mais j'pense ils le font automatiquement en général et pis là il va avoir le courrier

- Argumenter la prise en charge :

I349: oui et pis le médecin traitant j'pense y faut qu'il indique la prise en charge à 100%

I355 : oui voilà j'allais dire euh

- Expliquer son rôle, marquant ainsi sa présence également pour la suite de la prise en soins :

I490 : [...] j'vais vous donner une documentation sur le Témodal

I496 : [...] puis j'vais vous donner aussi nos coordonnées

1500 : [...] ça euh les coordonnées j'vous ai vous avez le numéro du portable de monsieur X. (M) avec les coordonnées du service où vous avez été hospitalisé pour la biopsie [...]

1513 : normalement vous allez être convoqué j'pense courant de la semaine prochaine pour la radiothérapie [...]

1523 : je vous la mets euh... j'mets ça les coordonnées et un document sur le traitement [...] et pis euh tenez ça c'est pour vous et ensuite vous aurez un calendrier ils vont vous donner les horaires vous pourrez aussi j'sais pas si ça sera le matin ou l'après-midi euh y vous feront un planning là-bas

1793 : j'vais renoter vos coordonnées téléphoniques

- Interagir sur des sujets non en lien direct avec la maladie mais sur un ton « empathique »:

1146 : (rires)... oui c'est sûr... j'suis pas une valeur sûre pour trouver des champignons

1160 : oui j'aime bien j'adore

1813 : mais si c'est plus pratique pour vous sinon moi j'leur monte

1818 : de toute façon j'peux pas la prendre en douce suis là (rires)

Le **médecin** vient signifier à travers l'usage du « je » à la fois son investissement personnel et son positionnement en tant que sujet médecin. Diverses stratégies sont ainsi relevées pour :

- Alléger le contexte en partageant un état personnel et ainsi marquer son investissement:

M143 : moi je connais pas la région donc ... j'pense que je m'perdrais avant de trouver

M183 : j'ai connu une femme qui venait du Jura alors le vin jaune j'connais bien c'est vrai qu'c'est excellent

- Fait preuve d'empathie, de présence et même d'identification :

M591 : alors alors c'est-à-dire **j'**comprends c'est dégeul c'est pas bon quand y'a pas de sel il peut manger du pain normal faut pas trop salé fort pas du tout ou très peu

M698 : et donc on fait l'IRM et j'vous revois donc fin décembre début janvier

M778 : voilà quand on dit maintenant c'est au jour le jour ce qui est à prendre n'est plus à prendre ou ce qui est fait n'est plus à faire profiter pour pas avoir de regret hein pas de regret pas de remords ce que vous avez envie de faire vous l'faites faut pas dire je l'ferais ptêtre dans six mois dans un an on s'est pas ce que ça va devenir hein donc c'est maintenant qui faut avec bon les inconvénients de la radiothérapie mais vos plaisirs voilà c'est pour ça que pour l'alimentation j'suis pas aussi strict que sur la cor qu'avec la cortisone pour le sel et le sucre hein

- Tente de se positionner en tant que médecin, mais
 - En employant un mode humoristique pour imposer sa position :

M176 : *bon bah j'vous soigne pas... comme ça c'est la recette plus tard... voilà (rires)*

- En employant un ton hésitant :

M207 : *bon très bien alors on va revenir aux choses qui m'intéressent... j'sais pas alors quelle est votre taille ?*

M235 : *[...] là le problème c'est qu'il a plusieurs lésions donc je me demande si on fera plutôt en première intention une chimiothérapie pour euh dégonfler un ptit peu enfin pour diminuer un ptit peu les lésions [...]*

M272 : *ou à moins que j'suis en train de regarder... j'sais qu'on avait discuté j'sais plus pourquoi on avait discuté ça cette histoire là... (Silence) bon parce que c'est vrai c'est vous voyez y'a une prise de contraste plus importante là... je compare avec les autres lésions c'est un peu discret donc pourrait envisager... irradié c'est vrai qu'ça pourrait ptêtre que... cette partie-là aussi pourquoi pas...à priori c'est pas très important... j'suis en train de regarder j'suis ouais...[...]*

M274 : oh j'verrai... bah l'écho cœur j'sais qu'elle l'avait vu l'interne j'sais pas pourquoi y'avait un doute euh... [...]

M689 : on l'change pas hein y'a qu'la cortisone que j'ai un peu modifiée

M783 : bah je sais j'me doute mais voilà j'veux dire voilà faut pas trop vous supprimer parce que vous priver parce qu'à ce moment là on vous met dans une bulle puis on vit plus

Nous pouvons enfin repérer trois grands types d'interventions dans lesquelles la **fil**le s'implique personnellement. Ainsi nous constatons :

- Qu'après avoir servi d'interprète mutuelle entre le médecin et le patient (F12, F15, F18 / F31, F33), la fille du patient exprime son avis personnel (F20, F35) et s'adresse même au médecin directement pour faire part de son questionnement quant à l'état de son père (F473):

F20 : mais bon je...

F35 : qui garde euh qui garde beaucoup en lui et euh... je pense que voilà ça a tellement c'est monté en pression et

F473 : j'sais pas si c'est euh

- Qu'elle décrit son investissement auprès de son père dès le début de la maladie et la prise en charge en milieu hospitalier (F506), dans tous les aspects de la vie quotidienne (F601, F607), cherchant à trouver a-posteriori des signes précurseurs de la maladie passés inaperçus (F536), allant même jusqu'à user d'une certaine identification projective (F522) :

F506 : je l'ai traversé de long en large le service là-haut

F601 : mais oui mai j'ai regardé y'a du sodium quand même dedans

F607 : ouais moi j'ai vu avec euh mais enfin bon après

F536 : des signes d'alarme enfin c'est vrai c'est des choses euh peuvent paraître anodines hein euh j'me souviens de cet été euh l'avoir vu à plusieurs reprises faire ça avec sa main droite et pis lui dire t'as des fourmis et y y répondait pas donc c'est tout euh j'me dis des fourmis ça nous arrive tous d'en avoir parce qu'on a pris une mauvaise position et

F522 : j'pense que oui

- Qu'elle discute à 8 reprises de manière plus anecdotique et « superficielle » sur des sujets pas nécessairement en lien avec la prise en charge ou la maladie, peut-être pour supporter la réalité qu'elle découvre et qu'elle commence à mieux comprendre. En voici quelques exemples :

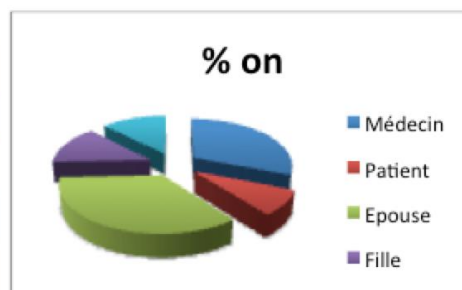
F798 : si j'l'amène là c'est partagé pour tout le monde j'vais ptêtre aller voir les filles en haut

F819 : j'sais pas ce que mon mari vous a mis enfin bon il a des il a une spécialité qu'est élevée en fût de chêne

F828 : non mais pour du champagne c'est particulier hein c'est mais c'est très bon fin c'est moi j'dis toujours quand j'reçois les clients quand j'habille le champagne j'mets les étiquettes de travers pour pouvoir en boire (rires) sinon euh mon mari y veut pas m'en donner

@2 – « on »

	Tours	Masse	% on
Médecin	236	3748	2,64 %
Patient	146	836	0,72 %
Epouse	198	975	2,97 %
Fille	119	882	1,13 %
IDE	145	1410	1,06 %



L'**épouse** est la personne qui opacifie le plus le discours dans cet entretien. Il est intéressant d'observer qu'à travers le « on », elle va parfois inclure le patient dans son propos, ou au contraire l'exclure. Les exemples suivants montrent que tantôt elle intègre le patient :

E125 : là il ira plus faire le bois mais il nous fait la vie parce que **on** s'chauffe au bois enfin **on** a deux chaudières une au fuel une au bois et il nous fait la vie il veut toujours aller chercher le bois

E127 : {...} quand il monte parce qu'**on** a une montée d'escalier

E135 : ouais là **on** va y aller cet après-midi normalement

E191 : oui **on** a des bouteilles vin jaune de l'année dernière

E654 : alors les gélules la chimiothérapie **on** commence avant la radiothérapie **on**

A l'inverse les exemples suivants illustrent la mise à l'écart du patient :

E127 : dans les escaliers **on** a un petit peu la trouille quand il monte parce qu'**on** a une montée d'escalier

E133 : **on** l'emmène aux champignons

E466 : le matin quand il la prend pas de la journée **on** voit le matin

Ensuite, le **médecin** va souvent employer le « on ». Il semble vouloir « alléger » le discours en glissant une pointe d'humour dans son discours :

M145 : hein aucun problème (rires) **on** emmène K. (IDE) tous les deux **on** va s'perdre

M149 : dans six mois **on** pourra p't'être se retrouver

M754 : ooff **on** met de l'argent sur des plus vieilles carcasses que vous

Il va, à certains moments, recentrer le discours :

M207 : bon très bien alors **on** va revenir aux choses qui m'intéressent... j'sais pas alors quelle est votre taille ?

M369 : *oh on va pas refaire le monde hein c'est sûr mais...*

Il globalise la prise en charge, ne faisant plus de distinction franche entre le monde soignant, lui-même, et le patient :

M229 : *pour savoir ce que c'était hein ce qui expliquait pourquoi vous aviez des problèmes pour parler vous aviez un peu le côté gauche pourquoi il était un peu ralenti donc la biopsie s'est bien passée... hein y'a pas eu de problèmes particuliers on a ramené du tissu pathologique et ça a pu on a pu répondre donc y s'agit bien d'une tumeur d'accord ?...*

M231 : *la question est de savoir de quel type de tumeur donc c'est une tumeur qui naît dans le cerveau c'est pas une tumeur qui vient d'un autre organe donc c'est ce que qu'on... c'est pas une tumeur second'... ce qu'on appelle une métastase une tumeur secondaire donc c'est une tumeur primitive donc les cellules du cerveau sont devenues malades après la question est de savoir si c'est une tumeur qui est bénigne ou maligne agressive... et là c'est une tumeur qui est maligne agressive*

M235 : *par contre comme elle est maligne agressive ça n'a pu être opéré c'est-à-dire que si ces lésions auraient été accessibles à un geste chirurgical et qu'on avait opéré ça aurait fait qu'avec la chirurgie la tumeur serait revenue dans tous les cas pareil en deux ou trois mois donc il aurait aussi fallu faire un traitement... donc là on n'a pas pu être opéré donc il faut faire un traitement... et le traitement alors là c'est... alors le traitement habituellement c'est plutôt la radiothérapie avec de la chimio là le problème c'est qu'il a plusieurs lésions donc je me demande si on fera plutôt en première intention une chimiothérapie pour euh dégonfler un ptit peu enfin pour diminuer un ptit peu les lésions et après faire la radiothérapie parce que là y'a un peu deux trois lésions quoi qui sont... sur l'IRM on a vu qu'y avait pas qu'une lésion y'en avait plusieurs et le problème c'est que si on fait un traitement y faut essayer d'irradier toutes les lésions et ça peut être un peu compliqué...*

M233 : *c'est-à-dire que si par exemple on fait pas de traitement la tumeur elle va continuer à grossir et y'aura une issue défavorable en trois quatre mois... si y'a aucun traitement*

M539 : *l'IRM on la fera plutôt à Remiremont ça vous va mieux*

La fille exprime par le « on » un état mental :

F129 : **on** a un peu peur

F621 : justement **on** aimerait pouvoir en manger

Elle aborde la prise en charge en s'intégrant :

F 324: de toute façon y'a pas de problème **on** pourra aller...

F502 : juste en face de l'étage où **on** allait...

Enfin, elle généralise son argumentaire :

F536 : des signes d'alarme enfin c'est vrai c'est des choses euh peuvent paraître anodines hein euh j'me souviens de cet été euh l'avoir vu à plusieurs reprises faire ça avec sa main droite et pis lui dire t'as des fourmis et y y répondait pas donc c'est tout euh j'me dis des fourmis ça nous arrive tous d'en avoir parce qu'**on** a pris une mauvaise position et

F581 : **on** commence tout de suite pour le Médrol ou **on** termine euh ?

Nous retrouvons ensuite l'**infirmière** qui, par l'usage du « on », impersonnalise l'information :

I46 : oui puis **on** peut comprendre que...

I48 : **on** peut comprendre dans le

I264 : et du coup **on** attend euh... une écho ?

I531 : y'as pas de à l'heure actuelle **on** connaît pas de facteurs environnementaux ou de facteurs prédisposants qui peuvent donner ce type de

Elle fait également preuve d'affiliation lors de certaines de ses interventions :

I482 : *c'est leur enfin c'est eux qui fonctionne comme ça nous **on** aimerait prendre des RDV tout de suite mais **on** est obligé de d'abord leur envoyer le dossier et puis c'est eux qui convoquent le patient*

I500 : *donc ça monsieur X. (M) va vous euh... le Témodal donc ça ce sera l'ordonnance du médicament à récupérer à la pharmacie de l'hôpital... ça euh les coordonnées j'vous ai vous avez le numéro du portable de monsieur X. (M) avec les coordonnées du service où vous avez été hospitalisé pour la biopsie vous avez les coordonnées alors AN c'est ma collègue KC c'est moi-même euh donc **on** a un bureau qui est situé donc dans le service où il avait été hospitalisé pour la biopsie et euh*

I513 : *normalement vous allez être convoqué j'pense courant de la semaine prochaine pour la radiothérapie si jamais ça vous semble un peu loin rappelez-nous aussi ptêtre que si **on** les appelle savoir*

I722 : ***on** soigne combien de patients m (nom médecin) ?*

C'est finalement le **patient** qui emploiera le moins souvent le « on ». Il le fera une fois pour parler de lui et ses proches :

P141 : ***on** vous dira pas où y sont cachés*

Les autres fois le patient restera imprécis, parlant de tout le monde, sans personne définie :

P215 : *allez oh ouais **on** s'en fout*

P348 : *oh **on** s'en fout...*

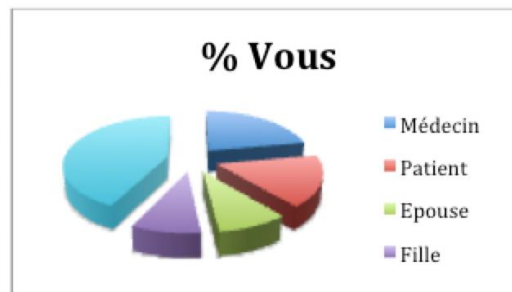
P367 : *et pis si la France est où **on** la où en est aujourd'hui c'est lié à des tas des... des petites accumulations*

P553 : *y'en a beaucoup des gens dans mon euh dans mon cas là... **on** les compte ?*

P630 : ***on** est mort hein*

@ Vous

	Tours	Masse	% Vous
Médecin	236	3748	2,21%
Patient	146	836	1,67%
Epouse	198	975	0,92%
Fille	119	882	0,91%
Infirmière	145	1410	4,26%



L'infirmière va de son côté utiliser ce pronom à 60 reprises. La quasi-totalité des interventions adressées à un autre via le « vous », l'est à l'attention du patient, même si un grand nombre de ces interventions peut être pensé comme étant formulé au couple en général, l'épouse répondant souvent à la place du patient lui-même. Elles ont pour but de :

- Situer le contexte en expliquant au patient l'image que le médecin est en train de regarder sur l'écran de son ordinateur:

*II : ... C'est le scanner que **vous** avez passé...*

- Obtenir des réponses ou précisions concernant une question ou une remarque formulée par le patient :

*III : qu'est-ce que **vous** voulez dire ?...*

*I29: **vous** avez été... submergé*

*I36 : d'accord et ils **vous** ont donné du coup quelque chose pour euh... contre l'angoisse ?*

*I106 : **vous** avez été foudroyé ?...*

- Rassurer le patient :

*I50 : dans le contexte de ce qui **vous** arrive euh que c'est pas du tout anormal d'avoir des angoisses*

- Réaliser un interrogatoire relatif aux symptômes :

*152 : **vous** avez pas eu mal à la tête ?...*

*179 : **vous** êtes déjà diabétique au départ ?*

*184 : hum... **vous** avez combien de cortisone ?*

*1283 : et **vous** avez rendez-vous quand avec votre pneumologue ?*

- Expliquer le parcours thérapeutique :

*1431 : et **vous** aurez une IRM après les rayons avec la chimio pour faire le point de... **vous** verrez aussi monsieur X. (M) **vous** recevrez des convocations pour l'IRM et et la le RDV pour faire le point après le premier traitement*

*1484 : donc dans les médicaments que **vous** allez prendre euh le... le Temodal les gélules de chimiothérapie se trouve pas en pharmacie de ville il faut aller les chercher dans la pharmacie d'un hôpital euh public donc euh au plus proche de chez **vous** euh dans un hôpital pour **vous** ça va être*

*1498 : donc **vous** allez aussi avoir des ordonnances pour faire des prises de sang une fois par semaine*

*1511 : donc voilà **vous** pouvez nous contacter si **vous** avez des questions parce que là ça fait un petit peu beaucoup d'informations euh*

Les deux interventions clairement dirigées vers l'épouse vont permettre à l'infirmière d'apprendre un peu mieux le fonctionnement familial à domicile :

*1447 : c'est **vous** qui gérez*

*1702 : **vous** avez été le voir récemment ?*

Quant au médecin, il va s'adresser :

- Au patient, pour :

- Recueillir des données :

*M58 : les troubles que **vous** aviez, le fait que **vous** aviez les problèmes pour parler, tout ça, ça va mieux ?*

*M119 : pas de nausée, pas de vomissement **vous** n'avez pas fait de crises de choses comme ça non ?*

*M124 : **vous** continuez des activités d'accord*

*M218 : **vous** faites toujours 99 ?*

- Créer un climat de confiance en s'intéressant à une activité du patient ou en plaisantant avec lui :

*M139 : **vous** savez où y sont...*

*M176 : bon bah j'**vous** soigne pas ... comme ça c'est la recette plus tard... voilà (rires)*

*M754 : ooff on met de l'argent sur des plus vieilles carcasses que **vous***

*M810 : **vous** voulez aller voir les infirmières ?*

- Expliquer la maladie, les traitements et leurs effets :

*M227 : bon alors... **vous** savez on a fait la... la biopsie pour la lésion là*

*M229 : pour savoir ce que c'était hein ce qui expliquait pourquoi **vous** aviez des problèmes pour parler **vous** aviez un peu le côté gauche pourquoi il était un peu ralenti donc la biopsie s'est bien passée [...]*

M375 : *non mais bon... ça peut se faire hein donc la radiothérapie les effets secondaires c'est **vous** allez perdre vos cheveux*

M379 : *ouais alors la fatigue qu'**vous** risquez d'avoir c'est oh... souvent les gens font la sieste l'après-midi*

M436 : *le radiothérapeute **vous** le voyez une fois par semaine ouais*

- Répondre à certaines interrogations du patient :

M530 : ***vous** avez rien fait du tout c'est comme ça j'veux dire c'est la destinée cherchez pas*

M741 : *non non non c'est pas qu'avancé c'est le fait c'est surtout la lésion hein que le fait que **vous** soyez opéré ou pas ça aurait été le même pronostic [...]*

- A l'épouse, pour :

- Communiquer des informations d'ordre pratique concernant la question du transport, des traitements, des examens :

M330 : *bah si **vous** voulez l'emmener non mais c'est...*

M345 : *pris en charge c'est-à-dire que si c'est **vous** qui l'emmenez à ce moment-là **vous** pourrez me demander...*

M489 : *c'est 30 jours et 12 jours j'sais pas trop pourquoi mais **vous** inquiétez pas*

M539 : *l'IRM on la fera plutôt à Remiremont ça **vous** va mieux*

- Répondre à une interrogation :

M696 : ***vous** l'prenez le scanner gardez le*

- A la fille, pour réagir à une de ses remarques ou répondre à une de ses interrogations :

*M503 : ah **vous** vous rappelez ?*

*M678 : non ils bah c'est-à-dire quand **vous** allez en consultation de radiothérapie **vous** pouvez commencer à le récupérer*

*M681 : hein parce que ce sera à côté au pire y vont **vous** les commander et pis voilà*

- De manière non dirigée pour ouvrir la discussion, même si les formulations peuvent laisser à penser que ces interventions sont d'abord dirigées vers le patient :

*M691 : voilà... est-ce que **vous** avez d'autres questions ? ... t'as donné les coordonnées là ?*

*M693 : donc y'a nos coordonnées **vous** pouvez nous appeler y'a pas de euh*

*M698 : et donc on fait l'IRM et j'**vous** revois donc fin décembre début janvier*

*M778 : voilà quand on dit maintenant c'est au jour le jour ce qui est à prendre n'est plus à prendre ou ce qui est fait n'est plus à faire profiter pour pas avoir de regret hein pas de regret pas de remords ce que **vous** avez envie de faire **vous** l'faites faut pas dire je l'ferai ptêtre dans six mois dans un an [...]*

Ensuite, c'est le **patient** qui va le plus employer le « vous ». Il s'adressera ainsi aux soignants de manière non-différenciée pour :

- Formuler une plainte :

*P10 : **vous** savez c'est... c'est compliqué dans ma tête... je sais même plus ce que je fais là aujourd'hui...*

- Poser une question :

*P715 : des cas comme celui-ci **vous** en avez **vous** avez dit 500 5000 ?*

- Plaisanter :

*P141 : on **vous** dira pas où y sont cachés*

*P148 : dans six mois **vous** serez p't'être rentrés ...*

Il va également s'adresser spécifiquement au médecin pour :

- Marchander sur un mode humoristique :

*P175 : bah si **vous** m'faites ...*

*P178 : je serai gentil avec **vous** si **vous** voulez*

- Tenter d'entrer dans l'intimité du médecin :

*P186 : oui c'est vrai dans le Jura... **vous** êtes du Jura ?*

- Marquer sa confiance :

*P240 : **vous** savez moi j'**vous** fais confiance*

*P700 : **vous** faites ce que **vous** voulez de moi*

- Encourager le médecin à poursuivre le combat contre la maladie :

*P570 : ouais... enfin faut... si **vous** avez une solution pour essayer de trouver quelque chose y faut l'faire*

L'épouse va utiliser le « *vous* » à neuf reprises au médecin uniquement pour formuler une marque :

- De confiance :

E540 : *oh n'importe c'est comme **vous** voulez*

- D'attention :

E808 : ***vous vous** débrouillerez si M (F) **vous** l'laisse **vous vous** débrouillerez avec*

E816 : *ah bah **vous** en profiterez quand même **vous vous** monterez ?*

Enfin, la **fil**le va utiliser le *vous* à huit reprises pour s'adresser uniquement au médecin. Elle va ainsi formuler une sorte de marchandage sur le ton de la plaisanterie :

F177 : *non si **vous** l'soignez y **vous** en fera un*

Puis, elle va aborder un sujet que nous pourrions qualifier « d'anecdotique » par rapport au contexte premier de cette rencontre :

F819 : *j'sais pas ce que mon mari **vous** a mis enfin bon il a des il a une spécialité qu'est élevée en fût de chêne*

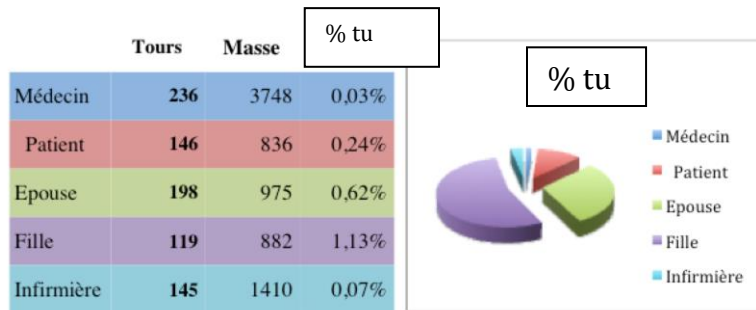
F823 : *c'est euh il faut il faut aimer le fût de chêne donc si **vous** aimez pas euh c'est particulier*

F832 : *d'accord j'vais **vous** chercher ça*

F836 : *j'vais **vous** chercher ça*

F842 : *non non c'est bon j'ai j'**vous** en ai pas ramené une cargaison non plus j'**vous** ai ramené un carton de six*

@ Tu



Le « *tu* » marque une familiarité et est utilisé majoritairement par la **file** du patient. Elle va ainsi s'adresser :

- A son père pour :
 - Apporter une réponse à l'infirmière et au médecin :

F31 : t'as pas l'impression ou tu n'en as pas l'impression mais tu es... psychologiquement émotif

F397 : ça a pas changé depuis euh que t'es sorti ?

- Appuyer une remarque formulée par les soignants :

F343 : bon tu peux quand même avoir un bon de transport

- À sa mère, pour corroborer ses dires :

F192 : oui j'en ai une t'en as donné une à Z

L'**épouse** va, quant à elle, employer quatre fois le « *tu* » lors de cette consultation. Elle va ainsi participer à l'interrogatoire médical en traduisant les questions formulées par les soignants :

E7 : Tu vas comment depuis la biopsie ?

E67 : *et là t'es comment là ?*

Elle fait également part aux soignants d'une remarque qu'elle a déjà faite à son époux, laissant paraître une certaine révolte :

E767 : *aberrant ce qu'il a cotisé ... en indépendant c'est euh horrible alors j'dis si tu rentres pas ce qu'on a cotisé*

Enfin, elle s'adresse à sa fille pour un aspect pratique mais peu intéressant pour cette étude :

E839 : *ou tu ramènes la voiture là*

Le **patient** va utiliser deux fois le « tu » :

- une fois en direction de son épouse pour s'assurer de son soutien :

P519 : *tu l'feras hein ?*

- une fois en direction de sa fille pour lui rappeler son point de vue :

P811 : *oh moi tu sais j'm'en moque*

L'**infirmière** va s'adresser une fois de manière directe au médecin pour lui poser une question :

I273 : *ou sinon tu veux qu'on attende les résultats de l'écho cœur ?*

Le **médecin** ne va jamais utiliser le « tu » lors de cet entretien.

3 - Outil interrogatif :

Pour procéder à une analyse fine de la structure de cette consultation nous proposons de mettre en exergue les questions formulées par les différents protagonistes. Ainsi nous pouvons remarquer dans le tableau suivant la fréquence des questions en fonction des interlocuteurs ainsi que **leur forme syntaxique et sémantique** selon les 3 thèmes et les sous-thèmes associés repérés précédemment :

Consultation de M. CLAUDE

Distribution des questions dans l'entretien en fonction des domaines thématique

Thèmes	Questions propositionnelles					Questions catégorielles				
	M	P	E	F	I	M	P	E	F	I
Le patient	15	1	1	2	11	6	2	2	0	2
- Dimension psychologique	1	0	0	1	5	1	1	1	0	1
- Dimension neurologique	4	0	0	0	0	0	1	1	0	0
- Dimension biologique	0	0	1	1	4	2	0	0	0	1
- Dimension cognitive	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Dimension comportementale	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Dimension occupationnelle	4	1	0	0	1	1	0	0	0	0
- Dimension physique	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0
La sphère de la maladie	9	2	5	2	5	6	1	0	0	3
- L'annonce	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Le parcours thérapeutique :	8	2	5	2	5	6	1	0	0	3
- les traitements spécifiques	2	0	1	1	3	3	0	0	0	1
- les modalités pratiques	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1
- les effets secondaires	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0
- le temps	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0
- les traitements actuels	4	0	0	0	1	0	0	0	0	1
- l'organisation	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Le rapport du patient à la maladie	5	3	5	3	5	0	3	0	0	1
- Tentative d'appropriation	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0
- L'intégration au quotidien	3	0	3	2	3	0	0	0	0	0
- Les aspects généraux	2	1	2	1	0	0	1	0	0	1
TOTAL	29	6	11	7	21	12	6	2	0	6

Tout d'abord nous constatons que d'une manière générale c'est le **médecin** (M) qui pose le plus souvent des questions dans cet entretien (41). Ses questions portent majoritairement sur le patient (21) et sont le plus souvent des questions propositionnelles (29). Ses autres questions concernent ensuite la sphère de la maladie (15) et enfin le rapport du patient à la maladie (5).

Ensuite c'est l'**infirmière** (I) qui va poser 26 questions propositionnelles pour 19 d'entre elles et 7 catégorielles. Elles concernent principalement le patient (12) puis la sphère de la maladie (8) et la relation du patient à la maladie (6).

Le **patient** pose 12 questions, tant propositionnelles que catégorielles. Elles portent sur le rapport à la maladie (6), puis sur le patient (3) et la sphère de la maladie (3).

L'**épouse** posera 10 questions propositionnelles sur la sphère de la maladie pour 5 d'entre elles, le rapport du patient à la maladie pour 5 d'entre elles également et sur le patient pour la dernière. Elle posera par ailleurs 3 questions catégorielles sur le patient.

Enfin, la **fille** ne posera que des questions propositionnelles, 3 sur le rapport du patient à la maladie, 2 sur le patient et 2 sur la sphère de la maladie.

Si nous regardons les sous-thèmes, nous pouvons observer qu'en ce qui concerne les questions relatives au **PATIENT**, tous les interlocuteurs posent au moins une question sur la **dimension psychologique**, l'infirmière en posant même 6.

L'**infirmière** va inviter le patient à développer ses propos :

I11 : qu'est-ce que vous voulez dire ?... (Question catégorielle)

Elle essaie d'obtenir des informations plus précises quant aux troubles évoqués par le patient :

I36 : d'accord et ils vous ont donné du coup quelque chose pour euh... contre l'angoisse ? (Question propositionnelle demande de confirmation)

I38 : ils vous ont pas donné de traitement du tout ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)

I41 : et y'a même pas du Xanax ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)

I43 : et ça s'est reproduit depuis ? (Question catégorielle)

I52 : vous avez pas eu mal à la tête ?... (Question propositionnelle posée à la forme négative)

Le **médecin** va s'intéresser à l'état psychologique actuel du patient :

M5 : il va comment... depuis la biopsie ? (Question catégorielle)

Le médecin va réagir à une remarque formulée par la fille du patient, marquant ainsi son étonnement et son souhait d'avoir une précision :

I11 : qu'est-ce que vous voulez dire ?...

F12 : ... qu'il se voyait mort

I13 : d'accord

M14 : ah ouais ? (Question propositionnelle demande de confirmation)

Le **patient** n'ayant pas saisi la question posée par le médecin il demande à ce dernier de préciser ce qu'il souhaite savoir :

P6 : hein ? (Question catégorielle)

L'**épouse** va répéter la question formulée par le médecin, procédant ainsi à une sorte de traduction du discours du médecin afin d'aider le patient à comprendre la question posée :

E7 : Tu vas comment depuis la biopsie ? (Question catégorielle)

La **fille** cherche à obtenir l'approbation du patient afin de répondre à la question posée par le médecin :

F15 : cet épisode de terrible angoisse c'est... vendredi dernier ? (Question propositionnelle demande de confirmation)

Le médecin posera 4 questions concernant la **dimension neurologique** alors que la fille et l'infirmière ne poseront pas de question à ce sujet.

Le **médecin** cherche ainsi à savoir s'il y a une amélioration concernant les troubles neurologiques du patient :

M56 : et sinon les troubles qu'il avait ils se sont un peu améliorés ? (Question propositionnelle)

M58 : les troubles que vous aviez, le fait que vous aviez les problèmes pour parler, tout ça, ça va mieux ? (Question propositionnelle)

M61 : il mélange un peu et... à droite ça va mieux le déficit ?... (Question propositionnelle)

M69 : les troubles se sont quand même un peu améliorés neurologiques ? (Question propositionnelle)

Le **patient**, quant à lui, demande au médecin de répéter sa question, n'ayant visiblement pas compris le sens de celle-ci :

M56 : et sinon les troubles qu'il avait ils se sont un peu améliorés ?

P57 : pardon ? (Question catégorielle)

L'**épouse** participe à l'interrogatoire médical afin d'apporter des réponses au médecin. Elle questionne donc son mari :

E67 : et là t'es comment là ? (Question catégorielle)

L'**infirmière** posera 5 questions relatives à l'**aspect biologique**. Elle s'intéresse :

- au sucre :

I79 : vous êtes déjà diabétique au départ ? (Question propositionnelle)

- à la corticothérapie :

I82 : c'est la cortisone ?... (Question propositionnelle)

I84 : hum... vous avez combien de cortisone ? (Question catégorielle)

I89 : vous avez votre ordonnance ?... (Question propositionnelle)

Elle réagit également à une remarque surprenante du patient et lui demande ainsi de préciser son propos :

I106 : vous avez été foudroyé ?... (Question propositionnelle)

L'épouse va, quant à elle, demander une précision à l'infirmière pour lui apporter une réponse cohérente :

E86 : le solumédrol ?... (Question propositionnelle)

La fille pose une question à son père pour affiner la réponse de ce dernier :

P93 : j'en ai eu quand j'étais gamin à ...

F94 : 15-16 ans ?... (Question propositionnelle)

Le médecin demande au patient de développer son propos :

M96 : pourquoi vous en avez eu ? (Question catégorielle)

Seul le médecin posera 1 question sur la **dimension cognitive** pour obtenir une information quant à l'état du patient et s'assurer de la disparition du trouble:

*M107 : alors comment ça se fait qu'il a été un peu ralenti perturbé confus ça il l'est plus ?...
(Question propositionnelle posée à la forme négative)*

Il posera également 3 questions concernant l'**aspect comportemental** lié à des symptômes organiques :

M117 : *sinon vous avez pas mal à la tête monsieur Claude ?...* (Question propositionnelle posée à la forme négative)

M119 : *pas de nausée, pas de vomissement vous n'avez pas fait de crises de choses comme ça non ?* (Question propositionnelle posée à la forme négative)

M121 : *et à la maison vous retrouvez euh... il se lave il s'habille tout seul ?* (Question propositionnelle)

Enfin si le médecin pose 5 questions sur la **dimension occupationnelle**, l'épouse et la fille en poseront 0. Il procède ainsi à une décentration du sujet premier pour alléger la gravité de cet instant :

E133 : *on l'emmène aux champignons*

M134 : *ah oui ?* (Question propositionnelle)

M165 : *le poulet aux morilles avec du vin jaune ?* (Question propositionnelle)

M169 : *et il faisait comment alors ?...* (Question catégorielle)

P178 : *je serai gentil avec vous si vous voulez*

M179 : *c'est vrai ?...* (Question propositionnelle) *si il m'prend par les sentiments là...*

M180 : *poulet aux morilles sans vin jaune mais c'est quoi alors... du vin non ?* (Question propositionnelle)

L'infirmière est également sur le même mode relationnel :

I150 : *c'est la saison des cèpes là ?* (Question propositionnelle)

Le patient rentre dans ce sujet amené par le médecin et procède à un véritable échange discursif :

P186 : *oui c'est vrai dans le Jura... vous êtes du Jura ?* (Question propositionnelle)

Le **médecin** procède à un interrogatoire pour obtenir des informations sur les **caractéristiques physiques** du patient :

M207 : *bon très bien alors on va revenir aux choses qui m'intéressent... j'sais pas alors quelle est votre taille ?* (Question catégorielle)

M216 : *le le poids ?* (Question catégorielle)

M218 : *vous faites toujours 99 ?* (Question propositionnelle)

M220 : *Il faisait plus que ça avant ?* (Question propositionnelle)

Concernant les sous-thèmes de la catégorie **SPHÈRE DE LA MALADIE**, nous constatons que seul le médecin posera une question relative à l'**annonce**. Il s'assure, sinon de la bonne compréhension du patient, de son attention afin de poursuivre l'exposé de la situation :

M229 : *pour savoir ce que c'était hein ce qui expliquait pourquoi vous aviez des problèmes pour parler vous aviez un peu le côté gauche pourquoi il était un peu ralenti donc la biopsie s'est bien passée... hein y'a pas eu de problèmes particuliers on a ramené du tissu pathologique et ça a pu on a pu répondre donc y s'agit bien d'une tumeur d'accord ?...* (Question propositionnelle)

Sur le **parcours thérapeutique**, le **médecin** sera l'interlocuteur qui posera le plus de questions.

- 5 ont traits aux traitements spécifiques, le médecin faisant preuve d'étonnement et de surprise quant à la situation réelle :

M246 : *{...} c'est vous qui avez un problème cardiaque c'est ça ?...* (Question propositionnelle)

M252 : *pourquoi y'avait marqué cardiaque ?* (Question catégorielle)

M254 : *il a combien de tension habituellement ?* (Question catégorielle)

M274 : *oh j'verrai... bah l'écho cœur j'sais qu'elle l'avait vu l'interne j'sais pas pourquoi y'avait un doute euh... parce que là le scanner pulmonaire il est pas trop mal sur le plan pulmonaire y'a rien de*

particulier... allez voir ptêtre quand même le cardiologue et le pneumologue c'était pour quoi on l'avait adressé ?... (Question catégorielle)

M277 : c'est nous ? (Question propositionnelle)

- 4 concernent les traitements actuels :

M442 : alors les traitements on a dit c'était ce que j'ai vu c'était il a du Médrol100 hein ? (Question propositionnelle)

M444 : il a pas le médecin traitant il a pas dit de baisser on lui a pas dit de baisser encore... non ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)... donc il a toujours alors

M459 : le XX c'est le matin qu'il le prend hein ? (Question propositionnelle)

M463 : on va ptête baisser à des doses moins élevées... là il est toujours à 100 hein ? (Question propositionnelle)

- 2 portent sur le temps, même s'il n'est pas l'initiateur du sujet :

P415 : ça risque de durer... combien ?

M416 : combien ? (Question catégorielle)

E417 : combien de temps ?

M418 : le traitement ? (Question propositionnelle)

- 1 s'intéresse aux modalités pratiques :

M340 : ah bon... c'est à combien de kilomètres de chez vous ?... (Question catégorielle)

- 1 concerne l'organisation :

M503 : ah vous vous rappelez ? (Question propositionnelle)

C'est ensuite l'infirmière qui posera 8 questions relatives au parcours thérapeutique :

- 4 concernant les traitements spécifiques afin d'aider le médecin à mieux saisir la situation :

I264 : *et du coup on attend euh... une écho ?* (Question propositionnelle)

I273 : *ou sinon tu veux qu'on attende les résultats de l'écho cœur ?* (Question propositionnelle)

I278 : *ptêtre à cause de du problème de saturation ?* (Question propositionnelle)

I283 : *et vous avez rendez-vous quand avec votre pneumologue ?* (Question catégorielle)

- 2 sur les traitements actuels :

I450 : *d'accord... et l'infirmière libérale elle s'appelle comment ?* (Question catégorielle)

I454 : *et c'est eux qui gèrent le diabète ?...* (Question propositionnelle)

- 1 relative aux modalités pratiques :

I338 : *parce que c'est à combien de kilomètres ?* (Question catégorielle)

- 1 en lien avec l'organisation :

I521 : *donc ça euh donc est-ce que vous voulez une documentation sur votre maladie en général ?*
(Question propositionnelle)

L'épouse va quant à elle poser 5 questions sur ces thèmes :

- 2 sur les modalités pratiques :

E298 : *ok... et on peut la faire chez nous ?* (Question propositionnelle)

E301 : *malgré les soucis qu'y a eus à E. ?...* (Question propositionnelle)

- 1 sur le temps pour préciser et mieux comprendre la question posée par son mari:

P415 : ça risque de durer... combien ?

M416 : combien ?

E417 : combien de temps ? (Question catégorielle)

- 1 sur les effets secondaires :

E396 : euh 40 mg c'est ça ?... (Question propositionnelle)

- 1 sur les traitements spécifiques :

E267 : à Saint-Dié le 26 ouais le pneumologue... mais est-ce que c'est nécessaire d'aller faire une consultation chez le pneumologue ? (Question propositionnelle)

Le **patient** posera 3 questions sur ce thème :

- 1 sur les effets secondaires :

P409 : mauvais caractère ?... (Question propositionnelle)

- 1 sur le temps :

P415 : ça risque de durer... combien ? (Question catégorielle)

- 1 sur l'organisation :

I518 : mais si ça vous semble un peu long rappelez nous ... pour qu'on intervienne et qu'on les rappelle

P519 : tu l'feras hein ? (Question propositionnelle demande de confirmation)

Enfin, la **fil**le posera 2 questions sur le parcours thérapeutique :

- 1 sur les traitements spécifiques :

F292 : par voie orale ?... (Question propositionnelle)

- 1 sur les effets secondaires :

F397 : ça a pas changé depuis euh que t'es sorti ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)

Le thème **RAPPORT DU PATIENT A LA MALADIE** sera abordé par tous les interlocuteurs. Le **patient** va poser :

- 4 questions en lien avec la **tentative d'appropriation** :

P527 : pourquoi ça pourquoi comment ça se fait ? (Question catégorielle)

P529 : pourquoi j'ai pas fait assez attention euh attention à moi ou qu'est-ce que... ? (Question catégorielle)

P549 : c'est ce que j'aurai avant ? (Question propositionnelle)

P553 : y'en a beaucoup des gens dans mon euh dans mon cas là... on les compte ? (Question propositionnelle)

- 2 questions sur les **aspects généraux** :

P715 : des cas comme celui-ci vous en avez-vous avez dit 500 5000 ? (Question propositionnelle)

P759 : pas la peine d'aller plus loin... pardon ? (Question catégorielle)

L'**infirmière** va poser :

- 3 questions sur l'**intégration au quotidien** :

I637 : non pis même par rapport fin voilà c'est vrai la cortisone ça peut donner un ptit peu des fringales donc avec le sucre euh ça peut être le fait de manger du sucre ça appelle un ptit peu à remanger

F638 : papa oh non pas du tout

I639 : pas du tout non ? (Question propositionnelle)

I649 : vous en avez eu longtemps ? (Question propositionnelle)

I702 : vous avez été le voir récemment ? (Question propositionnelle)

- 2 sur la tentative d'appropriation :

I554 : qui ont eu cette maladie ? (Question propositionnelle) M (prénom médecin) c'est combien de nouveaux cas par an c'est trois ? (Question catégorielle)

- 1 sur les aspects généraux :

I722 : on soigne combien de patients m (prénom médecin) ? (Question catégorielle)

Le médecin va poser 5 questions sur ce thème :

- 3 sur l'intégration au quotidien :

M609 : prise de sang vous la faites à domicile ou en laboratoire... à domicile ? (Question propositionnelle disjonctive)

M691 : voilà... est-ce que vous avez d'autres questions ? (Question propositionnelle) ... t'as donné les coordonnées là ? (Question propositionnelle)

- 2 sur des aspects généraux :

M723 : nous ? (Question propositionnelle) euh combien de patients après on considère qu'on fait un cycle de 100 patients par an

M795 : *mais le champagne y'a pas du sel y'a pas du chlorure de sodium dans le champagne?*
(Question propositionnelle)

L'**épouse** posera, comme le médecin, 5 questions :

- 3 sur l'**intégration au quotidien** :

E574 : *du lundi au vendredi ?* (Question propositionnelle)

I595 : *il existe des sels avec des aromates*

E596 : *avec des aromates ?* (Question propositionnelle)

E671 : *ce sera mieux sur Epinal non ?* (Question propositionnelle)

- 2 sur des **aspects généraux** :

E724 : *200 ?* (Question propositionnelle)

E728 : *et les issues ?* (Question catégorielle)

Enfin, la **file** posera 3 questions :

- 2 sur l'**intégration au quotidien** :

F581 : *on commence tout de suite pour le Médrol ou on termine euh ?* (Question propositionnelle disjonctive)

F677 : *y sauront faut pas les prévenir avant ?* (Question propositionnelle posée à la forme négative)

- 1 sur des **aspects généraux** :

F788 : *et boire un ptit verre de vin euh ?* (Question propositionnelle)

II – ANALYSE SEMANTIQUE

A – Analyse automatique : ALCESTE

1 – Thème 1 : Le patient

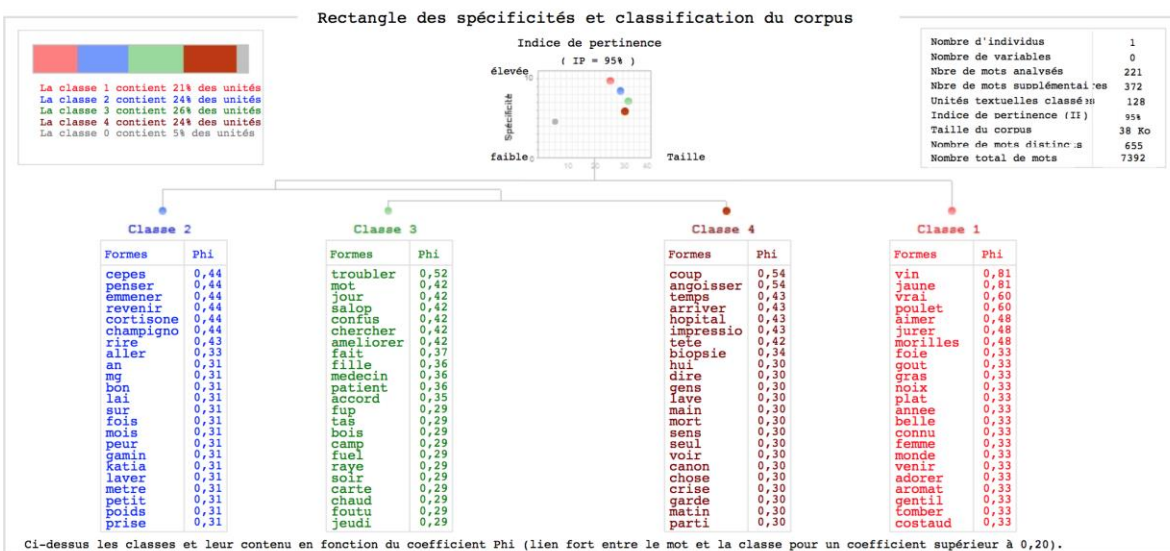
5% seulement du corpus ne sont pas pris en compte dans cette analyse. La **classe 1** est isolée et concerne 21% du discours. Elle aborde les spécialités culinaires du patient (*vin jaune, poulet aux morilles* ...). La **classe 3**, avec 26% du discours, comprend des termes relatifs à son état psychologique (troubler, confus). Elle est liée directement à la **classe 4** (24%) qui, elle, relate davantage l'arrivée à l'hôpital suite à l'apparition de ces troubles. La **classe 2** (24%), traite principalement des loisirs du patient, plus particulièrement la cueillette des champignons.

Rapport de synthèse

Texte analysé : THEMEIANNONCELAUDE Mercredi 09 Septembre 2015 à 23 h 00

Le corpus THEMEIANNONCELAUDE a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 95% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 5% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 4 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 21% des unités textuelles classées (soit 21% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que *vin, jaune, vrai, poulet, aimer, jurer*. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 25% des unités textuelles classées (soit 24% du corpus initial) ses mots significatifs sont *cepes, penser, emmener, revenir, cortisone, champignon*. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 27% des unités textuelles classées (soit 26% du corpus initial) ses mots significatifs sont *troubler, mot, jour, salop, confus, chercher*. puis de la classe 4 qui représente 26% des unités textuelles classées (soit 24% du corpus initial) marquée par les mots *coup, angosser, temps, arriver, hospital, impression*. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.



2 – Thème 2 : La sphère de la maladie

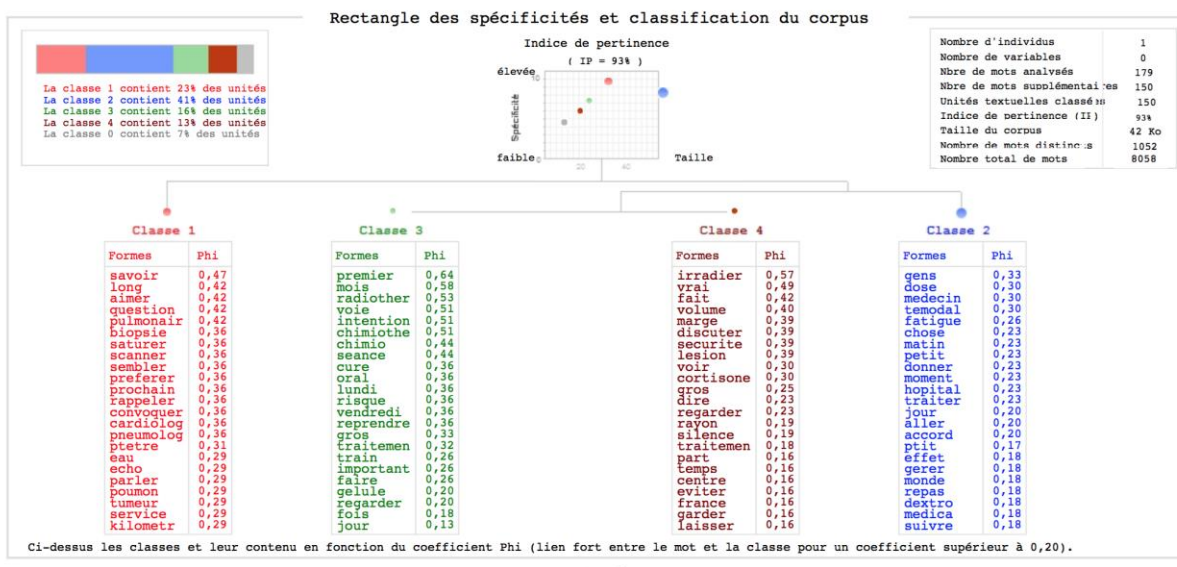
7% du discours ne sont pas pris en compte par ALCESTE. La **classe 1**, avec 23% du discours, concerne le besoin d'information lié au questionnement induit par les examens. La **classe 2** comprend 41% du discours. Elle concerne plus particulièrement la chimiothérapie et ses effets, ce qui correspond bien à la préoccupation majeure du patient. La **classe 3**, avec 16% du discours, reprend les traitements dans leur déroulement. Enfin, la **classe 4** est liée à la classe 3 et aborde, avec seulement 13% du discours, la radiothérapie.

Rapport de synthèse

Texte analysé : Sans nom 1 Mercredi 09 Septembre 2015 à 23 h 05

Le corpus Sans nom 1 a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 93% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 7% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 4 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorisée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 24% des unités textuelles classées (soit 23% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **savoir, long, aimer, question, pulmonaire, biopsie**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 44% des unités textuelles classées (soit 41% du corpus initial) ses mots significatifs sont **gens, dose, medecin, temodal, fatigue, chose**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 17% des unités textuelles classées (soit 16% du corpus initial) ses mots significatifs sont **premier, mois, radiotherapie, voie, intention, chimiotherapie**. puis de la classe 4 qui représente 15% des unités textuelles classées (soit 13% du corpus initial) marquée par les mots **irradier, vrai, fait, volume, marge, discuter**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.



3 – Thème 3 : Le rapport du patient à la maladie

La **classe 4** prend quasiment 1/3 du discours à elle-seule et concerne l'alimentation et les contraintes imposées par la maladie. Elle se lie à la **classe 3** qui, avec 13%, aborde l'habitude de « bien vivre » du patient, notamment en buvant du champagne produit par son gendre. Ceci pointe une difficulté potentielle de la présence de la maladie en tant qu'elle viendrait le priver de ce plaisir familial. Face à ces deux classes, la **classe 1** se lie à la **classe 2** dans un pourcentage du discours quasiment similaire. La

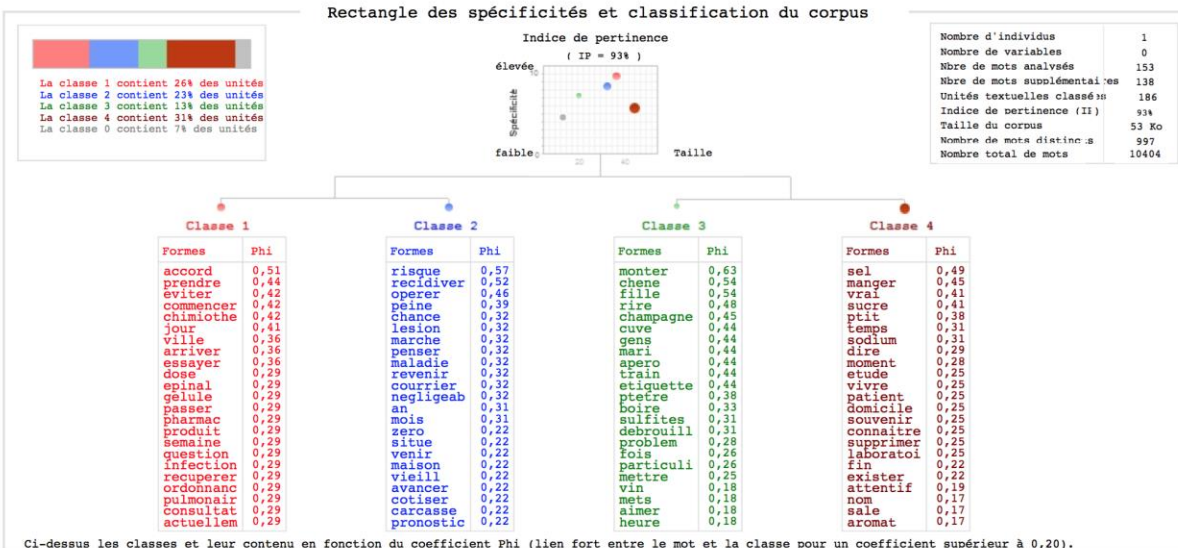
première pointe la chimiothérapie à gérer au quotidien, alors que la seconde met en exergue la crainte de la récurrence perçue comme un risque important.

Rapport de synthèse

Texte analysé : THEME3ANNONCECLAUDE Mercredi 09 Septembre 2015 à 23 h 12

Le corpus THEME3ANNONCECLAUDE a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 93% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 7% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 4 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorisée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 27% des unités textuelles classées (soit 26% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **accord, prendre, éviter, commencer, chimiothérapie, jour**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 24% des unités textuelles classées (soit 23% du corpus initial) ses mots significatifs sont **risque, recidiver, operer, peine, chance, lesion**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 14% des unités textuelles classées (soit 13% du corpus initial) ses mots significatifs sont **monter, chene, fille, rire, champagne, cuve**, puis de la classe 4 qui représente 35% des unités textuelles classées (soit 31% du corpus initial) marquée par les mots **sel, manger, vrai, sucre, ptit, temps**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.



B – Analyse manuelle :

1 – Analyse « pas à pas »

Il est intéressant d'observer que cette consultation débute par une intervention de l'infirmière et non du médecin. Elle va ainsi poser la base de la consultation d'annonce en définissant comme point de départ la *BIOPSIE*. Ce qui est particulier dans l'extrait ci-dessous, c'est que le trio médecin-infirmière-épouse tient un discours sur le patient, en présence du patient (« *il va comment depuis la biopsie ?* »). Tout se passe comme si la conversation qui avait pour objet le patient était médiatisée. C'est ainsi l'épouse qui va répondre à l'infirmière et qui va traduire au patient la question formulée par le médecin, ce dernier s'adressant à la femme du patient.

I3 : A R. ... après du coup euh... la biopsie ?

E4 : oui...

M5 : il va comment... depuis la biopsie ?

P6 : hein...

E7 : Tu vas comment depuis la biopsie ?

C'est ensuite la fille qui va d'emblée faire part de l'état psychologique de son père, témoignant de la grande angoisse qu'il ressent. Manifestement, l'infirmière a entendu le message de la fille et va permettre au patient de développer son propos où il fait état d'une réelle angoisse de mort avant même de connaître la maladie dont il souffre. Cela présuppose l'état d'anxiété majeur dans lequel il se trouve bien avant la consultation d'annonce. L'entretien est chargé d'une lourde émotion négative. Cette émotion est partagée par l'ensemble des interlocuteurs en présence.

L'infirmière va alors tenter de percevoir dans le discours douloureux du patient des faits liés éventuellement à la maladie et plus particulièrement la présence de maux de tête :

I52 : vous avez pas eu mal à la tête ?...

P53 : j'ai eu... j'ai un peu mal à la tête de temps en temps mais je m'en rappelais même pas quand j'avais mal à la tête hein depuis que j'suis rentré à l'hôpital euh j'ai passé euh moi dans ma tête les gens qu'étaient à côté de moi j'en sais rien mais moi personnellement... j'avais pas mal euh j'étais foutu le camp euh le jeudi pour moi j'étais « fup » rayé de la carte et...

Néanmoins, le médecin va recentrer la consultation sur les symptômes somatiques du patient tant cognitifs que moteurs :

M58 : les troubles que vous aviez, le fait que vous aviez les problèmes pour parler, tout ça, ça va mieux ?

M61 : il mélange un peu et... à droite ça va mieux le déficit ?...

S'ensuit une conversation où le trio discute à nouveau des problèmes du patient en présence du patient : l'épouse va pointer le diabète et la prise de cortisone (E78) de son mari. L'infirmière va poursuivre, suivie par le médecin (M96), les symptômes somatiques finissant par occuper une place majeure dans cet entretien qui touche finalement le quotidien et la qualité de vie à la fois personnelle et celle du couple.

Observons tout de même que ce n'est véritablement qu'en M117 que le médecin va s'adresser directement au patient et ce pour le recentrer sur les symptômes :

M117 : sinon vous avez pas mal à la tête monsieur Claude ?...

Puis sera abordée la vie au quotidien du patient dont la description est complétée par l'épouse. Cette séquence permet au patient de renouveler l'expression de sa confiance en l'avenir. Nous souhaitons insister sur ce phénomène et le mettre en rapport avec la dure réalité qui a été envisagée par le radiothérapeute et révélée à l'épouse de M. Claude. Nul doute que ce décalage entre le patient et son épouse va venir perturber le quotidien du couple, l'un se projetant dans un avenir positif alors que l'autre risque d'être dans une souffrance anticipatrice voire un deuil anticipé.

P130 : mais ça va revenir...

P132 : je suis optimiste

Le médecin, en se décentrant de la maladie, parvient à détendre le patient et même à le faire plaisanter dans un moment pourtant sérieux et grave (P141). L'humour apparaît ici comme un moyen – défensif – utile au médecin pour énoncer la réalité sans anéantir le patient.

Après toute une partie plus « légère » pendant laquelle le patient va malgré tout lâcher certains éléments de son vécu, le médecin va revenir à l'objet de cette consultation en débutant son annonce. Il va ainsi introduire la notion de *LESION* en l'associant à la *biopsie* puis énoncer très rapidement celle de *TUMEUR*. Après avoir vérifié l'attention du patient, le médecin va alors poursuivre en énonçant la localisation *CEREBRALE* et en excluant de la réalité la *METASTASE*. Il parle en revanche de tumeur *MALIGNE* et *AGRESSIVE*. Ainsi, en quelques mots le médecin dresse la sévérité du tableau et enchaîne aussitôt avec la dimension des traitements, l'amenant par la négative :

M233 : c'est-à-dire que si par exemple on fait pas de traitement la tumeur elle va continuer à grossir et y'aura une issue défavorable en trois quatre mois... si y'a aucun traitement

Il va alors développer, dès M235, le parcours thérapeutique en précisant qu'il n'y a pas de *CHIRURGIE* possible mais, qu'en revanche, il s'agit de subir à la fois de la *RADIOETHERAPIE* et de la *CHIMIOETHERAPIE*. Il profite de cette description pour glisser dans le discours la présence de plusieurs lésions, insistant ainsi sur la notion de gravité.

M235 : par contre comme elle est maligne agressive ça n'a pu être opéré [...] là le problème c'est qu'il a plusieurs lésions [...]

En dépit du fait que la situation soit décrite comme complexe aux yeux du médecin, le patient lui exprime toute sa confiance :

P240 : vous savez moi j'veus fais confiance

Le médecin va alors s'appuyer sur l'imagerie pour permettre au patient et à l'entourage de mieux appréhender la situation (M242).

Après s'être questionné quant à certains aspects relatifs aux antécédents cardiaques du patient, le médecin va reprendre le parcours thérapeutique en le détaillant davantage préciser notamment concernant les effets secondaires de la radiothérapie. L'épouse va alors évoquer la place du médecin traitant à leur côté (E347).

M375 : non mais bon... ça peut se faire hein donc la radiothérapie les effets secondaires c'est vous allez perdre vos cheveux

M377 : un petit peu... vous risquez d'être fatigué donc souvent faut

M383 : et quelquefois on peut comme les rayons on irradie un peu le cerveau ça peut entrainer des maux de tête voilà

Nous remarquons que dans la dernière intervention le médecin introduit la notion de *RAYONS*.

Il précise ensuite la place importante de la cortisone pour pallier certains effets secondaires, puis aborde la chimiothérapie et ses effets possibles :

M406 : quant à la chimiothérapie faudra prendre une gélule par jour du premier jour de la séance de radiothérapie jusqu'au dernier jour et ça s'prend même samedi dimanche et jour férié

E407 : hum

M408 : donc c'est bien supporté à part une petite fatigue un ptit dégoût alimentaire... on donne des cachets pour éviter les nausées

P409 : mauvais caractère ?...

M410 : nan nan des cachets pour éviter les nausées vomissements la seule chose c'est qu'il faut surveiller ça peut entrainer des chutes des plaquettes et des globules blancs voilà...

Le patient va à cet instant de la consultation faire état de sa maladie en parlant de « tuer la bête » (M248). La sémantique est belliqueuse, la tumeur est identifiée (« la ») et personnifiée sous forme animale... donc bien vivante et bestiale, grossière, violente.

L'infirmière va ensuite développer et décrire plus précisément le parcours en évoquant la consultation de contrôle (I435).

Le médecin énonce ensuite la notion d'OEDEME en l'associant dans la même phrase à sa cause (la radiothérapie) et son traitement (la cortisone) :

M461 : on va baisser la cortisone par contre on va pourra l'arrêter parce que euh... avec la radiothérapie c'est vrai qu'vois allez avoir des... des poussées d'œdèmes donc y vaut mieux garder la cortisone pendant le traitement

L'infirmière précise déjà lors de la consultation d'annonce le nom du traitement (TEMODAL) puis s'engage dans la description du service, précisant ainsi le cadre et signifiant sa disponibilité ultérieure :

I500 : donc ça monsieur X. (M) va vous euh... le Témodal donc ça ce sera l'ordonnance du médicament à récupérer à la pharmacie de l'hôpital... ça euh les coordonnées j'vous ai vous avez le numéro du portable de monsieur X. (M) avec les coordonnées du service où vous avez été hospitalisé pour la biopsie vous avez les coordonnées alors AN c'est ma collègue KC c'est moi-même euh donc on a un bureau qui est situé donc dans le service où il avait été hospitalisé pour la biopsie et euh

Puis le médecin procède à un examen clinique rapide du patient (M508) en parallèle à l'infirmière qui elle va poursuivre les explications et proposant au patient une brochure descriptive de la maladie.

Vient ensuite le temps des questions du patient, ce dernier se préoccupant de savoir d'où vient cette maladie et quelle en est la cause. On constate ici les ruminations du patient qui, indirectement, se tient pour responsable de la gravité de la maladie. Sa souffrance psychologique est évidente :

P525 : c'est ce qui est évident la question que je me pose hein c'est arrivé tout à coup

P529 : pourquoi j'ai pas fait assez attention euh attention à moi ou qu'est-ce que...

P527 : pourquoi ça pourquoi comment ça se fait ?

Le médecin et l'infirmière vont alors tenter de déculpabiliser le patient (M530 / I531) et la fille va de son côté tenter d'inscrire cet épisode dans l'histoire en cherchant dans le passé les signes énonciateurs (F536).

Poursuivant ses explications le médecin va ensuite permettre au patient de poser des questions (M691). Le patient revient sur l'incidence de cette pathologie (P715) alors que l'épouse va aller du côté de la prévalence et du pronostic probable (E728).

C'est alors finalement le médecin qui évoque l'évolution de la maladie et prononce le mot *RECIDIVE* :

M729 : chaque situation est particulière... avec le traitement hein normalement on espère qu'on va contrôler la la lésion mais y'a un risque que la lésion puisse réévoluer ou récidiver

Après une assez longue partie consacrée à l'évolution de la maladie, le médecin va résumer la situation quant au pronostic (M770) puis insiste sur la nécessité de profiter de l'instant présent et de vivre au jour le jour malgré la maladie. Le patient ne peut qu'être sensible au bienfondé du conseil, et ne peut qu'en déduire que sa durée de vie est limitée à très court terme. Le médecin a réussi à transmettre avec bienveillance et même une quasi tendresse des informations extrêmement pénibles et conséquentes. Cela donne :

M778 : voilà quand on dit maintenant c'est au jour le jour ce qui est à prendre n'est plus à prendre ou ce qui est fait n'est plus à faire profiter pour pas avoir de regret hein pas de regret pas de remords ce que vous avez envie de faire vous l'faites faut pas dire je l'ferais ptêtre dans six mois dans un an on s'est pas ce que ça va devenir hein donc c'est maintenant qui faut avec bon les inconvénients de la radiothérapie mais vos plaisirs voilà c'est pour ça que pour l'alimentation j'suis pas aussi strict que sur la cor qu'avec la cortisone pour le sel et le sucre hein

Puis l'infirmière va relever les informations nécessaires pour la suite (I793) alors que le médecin va à présent chercher à détendre l'atmosphère (M800), signifiant ainsi la fin de la consultation d'annonce. L'entretien se terminera d'ailleurs sur une discussion autour du champagne, le gendre du patient étant producteur dans la Marne.

Il est à noter qu'à aucun moment le médecin va nommer la maladie par son nom scientifique, à savoir le *GLIOBLASTOME*.

2 - Avancée conversationnelle des termes

Très rapidement l'infirmière va employer le terme de *biopsie* (I3) pour situer le contexte et le point de départ de la consultation, en établissant un espace commun entre tous les protagonistes présents lors cette consultation. Elle prononcera de nouveau ce mot deux fois au cours de l'entretien. Cette notion est reprise à la fois par le médecin (M5) à quatre reprises et l'épouse (E7) à une reprise. Le premier terme employé par le médecin pour évoquer la maladie est celui de *lésion* (M227). Il apparaît que l'abord de la maladie se fait après une période relativement longue durant laquelle les protagonistes évoquent des aspects pas nécessairement en lien avec la pathologie. Ce terme sera utilisé 19 fois lors de cet entretien et ce uniquement par le médecin. Ce dernier va ensuite enchaîner en abordant la notion de *tumeur* (M229), ce terme n'étant au cours de l'entretien utilisé onze fois que par ce professionnel. Il va l'associer à la localisation *cérébrale* (M231) et sera, là-encore, le seul à employer ce terme. Le médecin va glisser la notion de *métastase* (M231) mais à une seule reprise, n'étant pas ici caractéristique de la maladie du patient. Il va en revanche poursuivre sur la nature de la tumeur, en la décrivant comme étant *maligne* (M231) et *agressive* (M231), ces deux termes étant repris par le patient (P232). Puis il développe longuement la dimension thérapeutique en amenant la notion de *radiothérapie* (M235), ce terme étant prononcé à 23 reprises lors de cet entretien, principalement par le médecin et deux fois par l'infirmière (I513) et une fois par l'épouse (E654). La notion de *chimiothérapie* apparaît dans le discours dans le même énoncé médical (M235) puis sera repris par l'infirmière (I429) à 3 reprises et une fois par l'épouse (E654). Au total il sera énoncé à 15 reprises au cours de cette consultation. Ensuite apparaît la notion de *chirurgie* de la part du médecin (M235) mais celle-ci ne sera qu'évoquée qu'à trois reprises, n'étant pas l'option thérapeutique adaptée à la situation. Le mot *Rayon*, lui, sera amené par le médecin (M327) puis redit une fois par le même protagoniste, mais c'est surtout l'infirmière qui va le prononcer pendant cet entretien (I429), à savoir 4 fois.

Ensuite, le terme *œdème* sera prononcé par le médecin (M461) à deux reprises et sera repris deux fois par la fille du patient (F733).

Puis, dans la continuité du discours, le médecin va évoquer l'évolution de la maladie en prononçant le mot *récidive* (M729) à cinq reprises.

Ainsi, nous pouvons nous rendre compte que le nom même de la maladie ne sera jamais prononcé. En effet, le terme *glioblastome*, nom scientifique donné à la maladie dont est atteint le patient, ne lui sera pas communiqué lors de cette consultation. Quelle(s) raison(s) en donner ? Est-ce un acte délibéré du médecin, une stratégie défensive inconsciente ou encore une adaptation à l'état perçu ou ressenti du patient ? Le terme *cancer*

ne sera pas, lui non plus, prononcé lors de cette consultation d'annonce, ce qui n'est pas étonnant puisque nous avons vu que ce terme n'est celui pas habituellement employé dans la pratique clinique pour qualifier ce type de pathologie, les professionnels préférant celui de tumeur cérébrale et non celui de cancer du cerveau.

Les notions de **masse** et **grade** n'apparaîtront pas non plus au cours de cette consultation d'annonce, le premier étant souvent utilisé pour aborder la présence de la maladie dans le corps et le second pour informer le patient de la gravité de celle-ci.

Enfin, le terme **résidu** n'est pas mentionné dans cet entretien pour évoquer la présence de la maladie malgré les traitements, entraînant la récurrence systématique de ce type de pathologie.

Ainsi, si nous nous intéressons aux termes prononcés par un interlocuteur et repris par un ou plusieurs individus, nous pouvons observer que :

- la **biopsie**, abordée par l'infirmière, sera reprise d'emblée par le médecin et l'épouse très tôt dans l'entretien, permettant de définir un point de départ commun entre les professionnels présents, le patient et ses proches :

*I3 : A R. ... après du coup euh... la **biopsie** ?*

E4 : oui...

*M5 : il va comment... depuis la **biopsie** ?*

P6 : hein ?

*E7 : Tu vas comment depuis la **biopsie** ?*

- les notions de **malignité** et d'**agressivité**, énoncées par le médecin, puis reprises par le patient, donnent sens à ce dernier quant à la situation qu'il vit.

*M231 : [...] les cellules du cerveau sont devenues malades après la question est de savoir si c'est une tumeur qui est bénigne ou **maligne agressive**... et là c'est une tumeur qui est maligne agressive*

*P232 : elle est **maligne et agressive**...*

- la **radiothérapie**, majoritairement abordée par le médecin, apparaîtra dans le discours de l'infirmière pour expliquer concrètement quel va être le parcours thérapeutique, donnant des informations sur l'organisation pratique :

*I513 : normalement vous allez être convoqué j pense courant de la semaine prochaine pour la **radiothérapie** si jamais ça vous semble un peu loin rappelez-nous aussi ptêtre que si on les appelle savoir*

*I523 : je vous la mets euh... j'mets ça les coordonnées et un document sur le traitement en fait sur le Témodal les gélules que vous allez prendre pour la **radiothérapie** [...]*

Cette notion apparait ensuite dans le discours de l'épouse pour s'assurer de sa bonne compréhension concernant la gestion des traitements, la radiothérapie constituant un point de repère temporel:

*E654 : alors les gélules la chimiothérapie on commence avant la **radiothérapie** on*

- la **chimiothérapie**, elle, sera amenée par le médecin mais elle sera évoquée principalement par l'infirmière dans ses aspects pratiques :

*I429 : du coup oui vous allez avoir les rayons avec la **chimio** et ensuite ce sera une ce sera cinq jours par mois six fois*

*I431 : et vous aurez une IRM après les rayons avec la **chimio** pour faire le point de... vous verrez aussi monsieur X. (M) vous recevrez des convocations pour l'IRM et et la le RDV pour faire le point après le premier traitement*

*I484 : donc dans les médicaments que vous allez prendre euh le... le Temodal les gélules de **chimiothérapie** se trouvent pas en pharmacie de ville il faut aller les chercher dans la pharmacie d'un hôpital euh public donc euh au plus proche de chez vous euh dans un hôpital pour vous ça va être*

L'épouse va également rebondir sur la chimiothérapie pour recevoir des informations concernant la prise du traitement, ayant compris qu'elle aurait à gérer cet aspect à domicile :

*E654 : alors les gélules la **chimiothérapie** on commence avant la radiothérapie on*

- les **rayons**, autre nom pour parler de la radiothérapie, seront évoqués par le médecin et repris par l'infirmière pour donner des informations au patient relatives à la radiothérapie :

*I429 : du coup oui vous allez avoir les **rayons** avec la chimio et ensuite ce sera une ce sera cinq jours par mois six fois*

I431 : et vous aurez une IRM après les **rayons** avec la chimio pour faire le point de... vous verrez aussi monsieur X. (M) vous recevrez des convocations pour l'IRM et et la le RDV pour faire le point après le premier traitement

I435 : et pendant les **rayons** vous allez rencontrer un médecin ou une interne une fois par semaine

I441 : comment vous tolérerez les **rayons**

3 - Repère des termes spécifiques (furet)

Termes « maladie »	CS1	Termes « traitements »	CS1
Tumeur(s)/ tumorale(s)	11M	Chirurgie	3M
Lésion	19M	Radiothérapie	23M
			1I
			1E
Malin	3M	Rayon	2M
	1P		4I
		Chimiothérapie	15M
			1I
			1E

III – ANALYSE INTERACTIONNELLE :

III.1 – La notion de tumeur

M229 : pour savoir ce que c'était hein ce qui expliquait pourquoi vous aviez des problèmes pour parler vous aviez un peu le côté gauche pourquoi il était un peu ralenti donc la biopsie s'est bien passée... hein y'a pas eu de problèmes particuliers on a ramené du tissu pathologique et ça a pu on a pu répondre donc y s'agit bien d'une tumeur d'accord ?...

P230 : hum hum...

M231 : la question est de savoir de quel type de tumeur donc c'est une tumeur qui naît dans le cerveau c'est pas une tumeur qui vient d'un autre organe donc c'est ce que qu'on... c'est pas une tumeur second'... ce qu'on appelle une métastase une tumeur secondaire donc c'est une tumeur primitive donc les cellules du cerveau sont devenues malades après la question est de savoir si c'est une tumeur qui est bénigne ou maligne agressive... et là c'est une tumeur qui est maligne agressive

P232 : elle est maligne et agressive...

M233 : c'est-à-dire que si par exemple on fait pas de traitement la tumeur elle va continuer à grossir et y'aura une issue défavorable en trois quatre mois... si y'a aucun traitement

P234 : hum hum...

M235 : par contre comme elle est maligne agressive ça n'a pu être opéré c'est-à-dire que si ces lésions auraient été accessibles à un geste chirurgical et qu'on avait opéré ça aurait fait qu'avec la chirurgie la tumeur serait revenue dans tous les cas pareil en deux ou trois mois donc il aurait aussi fallu faire un traitement... (...)

La notion de **tumeur** est abordée en très peu de tours de parole et exclusivement par le médecin. Elle sera ainsi prononcée à onze reprises en un temps court. Cependant, si le patient ne reprend pas ce terme, il montre malgré tout qu'il a intégré l'information puisqu'en P232, il procède à une relance par laquelle il résume l'essentiel pour lui, à savoir que sa *tumeur*, elle, est maligne et agressive. Nous pouvons en conclure que le médecin a respecté les maximes conversationnelles.

III.2 – La notion de *lésion*

M227 : bon alors... vous savez on a fait la... la biopsie pour la lésion là

Le médecin part de ce terme pour expliquer la situation et identifier l'entité pathologique sur laquelle il est nécessaire de s'intéresser. Il resitue les choses au patient pour qu'ils partent tous les deux du même point de départ et que l'attention soit communément portée sur cette lésion. En outre, il responsabilise le patient en lui donnant une compétence : « vous savez ». Cette façon de procéder est particulièrement habile car elle permet de mettre en scène un monde intersubjectivement partagé entre le médecin et le patient qui, par conséquent, peut se sentir, non seulement considéré et respecté, mais aussi et surtout compris. Le médecin manifeste ici une empathie dite « cognitive ».

M235 : par contre comme elle est maligne agressive ça n'a pu être opéré c'est-à-dire que si ces lésions auraient été accessibles à un geste chirurgical et qu'on avait opéré ça aurait fait qu'avec la chirurgie la tumeur serait revenue dans tous les cas pareille en deux ou trois mois donc il aurait aussi fallu faire un traitement... donc là on n'a pas pu être opéré donc il faut faire un traitement... et le traitement alors là c'est... alors le traitement habituellement c'est plutôt la radiothérapie avec de la chimio là le problème c'est qu'il a plusieurs lésions donc je me demande si on fera plutôt en première intention une chimiothérapie pour euh dégonfler un petit peu enfin pour diminuer un petit peu les lésions et après faire la radiothérapie parce que là y'a un peu deux trois lésions quoi qui sont... sur l'IRM on a vu qu'y avait pas qu'une lésion y'en avait plusieurs et le problème c'est que si on fait un traitement y faut essayer d'irradier toutes les lésions et ça peut être un peu compliqué...

Il emploie le terme de lésion comme synonyme de celui de *tumeur*, indiquant ici une information capitale : il n'y a pas qu'une seule lésion mais plusieurs (« deux trois »), ce qui complique la situation.

M239 : c'est ciblé euh... .. et le problème c'est qui faut prendre la lésion plus une marge de sécurité ce qui fait après un certain volume je vais vous montrer euh...

M244 : vous voyez à peu près donc en gros y'a des lésions qui sont là qui apparaissent là là vous voyez c'est des lésions...

M246 : une qu'est là une qu'est là là là et là une autre derrière là on en retrouve là et là donc ça fait quand même si on réfléchit ça fait quand même si on veut irradier faut irradier tout ça et après vous êtes parti ça peut s'discuter c'est... le problème c'est quand on irradie on prend la lésion avec une marge de sécurité qui fait deux centimètres donc ça veut dire qu'il faut irradier quand même un certain volume cérébral et après ça peut entraîner des lésions... ça peut entraîner quelques petites séquelles parce que en gros plus le volume cérébral est important plus les risques de complications sont élevés enfin sont un peu plus élevés donc on pourrait commencer par une chimiothérapie par voie intraveineuse qu'on ferait en première intention et après on f'rait si ça a bien répondu peut-être la radiothérapie sur la plus grosse euh lésion... c'est vous qui avez un problème cardiaque c'est ça ?...

M270 : enfin là le scanner thoracique là... quand y'a plusieurs lésions on s'pose quand même la question ... vous habitez à côté à G. ah...

M272 : ou à moins que j'suis en train de regarder... j'sais qu'on avait discuté j'sais plus pourquoi on avait discuté ça cette histoire là... (Silence) bon parce que c'est vrai c'est vous voyez y'a une prise de contraste plus importante là... je compare avec les autres lésions c'est un peu discret donc pourrait envisager... irradié c'est vrai qu'ça pourrait ptêtre que... cette partie-là aussi pourquoi pas...à priori c'est pas très important... j'suis en train de regarder j'suis ouais... bon quoi qu'on pourrait peut-être partir sur la radiothérapie en première intention pis après on ferait la chimio en même temps c'est ptêtre plus simple

M291 : quoi que non j'suis en train de regarder non on pourrait ptêtre faire d'abord la radiothérapie en première intention parce que le traitement pour ce type de lésion c'est la radiothérapie plus ou moins une chimiothérapie qu'on donne par voie orale et...

Le médecin insiste sur la complexité de la situation en raison du nombre important de *lésions*. Il manifeste par ailleurs une certaine hésitation, voire ignorance quant aux traitements à proposer en employant le conditionnel (« on pourrait » ; « on f'rait » ; « pourrait envisager » ; « qu'on pourrait peut-être partir » ; « on ferait » ; « c'est ptêtre plus simple » ; « on pourrait ptêtre faire ») ou faisant part d'un état de fait peu rassurant (« on s'pose quand même la question » ; « j'sais plus pourquoi on avait discuté ça cette histoire là »). Ce n'est donc pas évident. Le monde à venir est incertain, donc anxiogène.

M729 : chaque situation est particulière... avec le traitement hein normalement on espère qu'on va contrôler la la lésion mais y'a un risque que la lésion puisse réévoluer ou récidiver

M741 : non non non c'est pas qu'avancé c'est le fait c'est surtout la lésion hein que le fait que vous soyez opéré ou pas ça aurait été le même pronostic mais j'ai vu d'taleur une dame qui a été opérée et j'lui ai dit à peu près la même chose le le risque de récidive existe pareil euh voilà y'a pas de différence

Enfin, il reste sur un mode hypothétique, bienveillant concernant l'avenir (« on espère ») tout en restant très clair sur les perspectives (« on va contrôler » ; « y'a un risque que la lésion puisse réévoluer » ; « le risque de récidive existe »). Les lésions constituent donc le mal dans le discours du médecin et leur présence obscurcit l'avenir du patient.

III.3 – La notion de *malin*

M231 : la question est de savoir de quel type de tumeur donc c'est une tumeur qui naît dans le cerveau c'est pas une tumeur qui vient d'un autre organe donc c'est ce que qu'on... c'est pas une tumeur second'... ce qu'on appelle une métastase une tumeur secondaire donc c'est une tumeur primitive donc les cellules du cerveau sont devenues malades après la question est de savoir si c'est une tumeur qui est bénigne ou maligne agressive... et là c'est une tumeur qui est maligne agressive

P232 : elle est maligne et agressive...

M233 : c'est-à-dire que si par exemple on fait pas de traitement la tumeur elle va continuer à grossir et y'aura une issue défavorable en trois quatre mois... si y'a aucun traitement

P234 : hum hum...

M235 : par contre comme elle est maligne agressive ça n'a pu être opéré c'est-à-dire que si ces lésions auraient été accessibles à un geste chirurgical et qu'on avait opéré ça aurait fait qu'avec la chirurgie la tumeur serait revenue dans tous les cas pareil en deux ou trois mois donc il aurait aussi fallu faire un traitement... donc là on n'a pas pu être opéré donc il faut faire un traitement... et le traitement alors là c'est... alors le traitement habituellement c'est plutôt la radiothérapie avec de la chimio là le problème c'est qu'il a plusieurs lésions donc je me demande si on fera plutôt en première intention une chimiothérapie pour euh dégonfler un ptit peu enfin pour diminuer un ptit peu les lésions et après faire la radiothérapie parce que là y'a un peu deux trois lésions quoi qui sont... sur l'IRM on a vu qu'y avait pas qu'une lésion y'en avait plusieurs et le problème c'est que si on fait un traitement y faut essayer d'irradier toutes les lésions et ça peut être un peu compliqué...

La notion de **malignité** est associée à celle d'agressivité, ce qui caractérise bien la nature de la tumeur dont souffre le patient. Le médecin énonce dans un premier temps les deux possibilités, à savoir *bénin* ou *malin*, puis il annonce la nature de la tumeur du patient, « *maligne* ». Le patient, en répétant uniquement les deux termes, semble s'approprier cette information. Sa réitération est sûrement un signe du début d'élaboration psychique en cours. Le médecin enchaine alors avec les possibilités thérapeutiques adaptées à ce type de tumeur, expliquant que la nature maligne empêche un acte chirurgical mais que pour autant, ceci ne modifie en rien l'évolution de ce type de tumeur.

III.4 – La notion de *chirurgie*

M235 : par contre comme elle est maligne agressive ça n'a pu être opéré c'est-à-dire que si ces lésions auraient été accessibles à un geste chirurgical et qu'on avait opéré ça aurait fait qu'avec la chirurgie la tumeur serait revenue dans tous les cas pareil en deux ou trois mois donc il aurait aussi fallu faire un traitement... donc là on n'a pas pu être opéré donc il faut faire un traitement... et le traitement alors là c'est... alors le traitement habituellement c'est plutôt la radiothérapie avec de la chimio là le problème c'est qu'il a plusieurs lésions donc je me demande si on fera plutôt en première intention une chimiothérapie pour euh dégonfler un petit peu enfin pour diminuer un petit peu les lésions et après faire la radiothérapie parce que là y'a un peu deux trois lésions quoi qui sont... sur l'IRM on a vu qu'y avait pas qu'une lésion y'en avait plusieurs et le problème c'est que si on fait un traitement y faut essayer d'irradier toutes les lésions et ça peut être un peu compliqué...

Le médecin montre le caractère inutile de la **chirurgie** en tant que traitement dans ce genre de tumeur. Il utilise ainsi cet aspect pour mettre en avant l'intérêt des autres traitements.

M725 : 100 fin tout ce qui passe par le laboratoire d'anatomopathologie donc tout ce qui est biopsie ou chirurgie c'est une centaine

Cet extrait n'apporte rien à l'analyse.

III.5 – Les notions de radiothérapie et de rayon

M235 : par contre comme elle est maligne agressive ça n'a pu être opéré c'est-à-dire que si ces lésions auraient été accessibles à un geste chirurgical et qu'on avait opéré ça aurait fait qu'avec la chirurgie la tumeur serait revenue dans tous les cas pareille en deux ou trois mois donc il aurait aussi fallu faire un traitement... donc là on n'a pas pu être opéré donc il faut faire un traitement... et le traitement alors là c'est... alors le traitement habituellement c'est plutôt la radiothérapie avec de la chimio là le problème c'est qu'il a plusieurs lésions donc je me demande si on fera plutôt en première intention une chimiothérapie pour euh dégonfler un petit peu enfin pour diminuer un petit peu les lésions et après faire la radiothérapie parce que là y'a un peu deux trois lésions quoi qui sont...

sur l'IRM on a vu qu'y avait pas qu'une lésion y'en avait plusieurs et le problème c'est que si on fait un traitement y faut essayer d'irradier toutes les lésions et ça peut être un peu compliqué...

M237 : non parce que quand on fait le traitement euh... les rayons peuvent

M383 : et quelquefois on peut comme les rayons on irradie un peu le cerveau ça peut entrainer des maux de tête voilà

La notion de **radiothérapie** sera abordée 23 fois par le médecin au cours de cet entretien et celle de rayon 2 fois. Elles sont évoquées comme traitement standard pour lutter contre la maladie dont souffre le patient, mais dans ce cas singulier, celui-ci apparaît comme secondaire.

I429 : du coup oui vous allez avoir les rayons avec la chimio et ensuite ce sera une ce sera cinq jours par mois six fois

P430 : ouais

I431 : et vous aurez une IRM après les rayons avec la chimio pour faire le point de... vous verrez aussi monsieur B (M) vous recevrez des convocations pour l'IRM et et la le RDV pour faire le point après le premier traitement

I435 : et pendant les rayons vous allez rencontrer un médecin ou une interne une fois par semaine

I441 : comment vous tolérerez les rayons

I513 : normalement vous allez être convoqué j'pense courant de la semaine prochaine pour la radiothérapie si jamais ça vous semble un peu loin rappelez-nous aussi ptêtre que si on les appelle savoir

L'infirmière évoque ces notions de manière pratique lorsqu'elle explique concrètement le parcours thérapeutique. Elle utilisera à 4 reprises le terme **rayon** et une seule fois celui de **radiothérapie**.

E654 : alors les gélules la chimiothérapie on commence avant la radiothérapie on

L'épouse essaie de se situer dans ce parcours complexe afin de s'assurer de sa bonne compréhension.

III.6 – Les notions de *chimiothérapie*

M235 : par contre comme elle est maligne agressive ça n'a pu être opéré c'est-à-dire que si ces lésions auraient été accessibles à un geste chirurgical et qu'on avait opéré ça aurait fait qu'avec la chirurgie la tumeur serait revenue dans tous les cas pareille en deux ou trois mois donc il aurait aussi fallu faire un traitement... donc là on n'a pas pu être opéré donc il faut faire un traitement... et le traitement alors là c'est... alors le traitement habituellement c'est plutôt la radiothérapie avec de la chimio là le problème c'est qu'il a plusieurs lésions donc je me demande si on fera plutôt en première intention une chimiothérapie pour euh dégonfler un petit peu enfin pour diminuer un petit peu les lésions et après faire la radiothérapie parce que là y'a un peu deux trois lésions quoi qui sont... sur l'IRM on a vu qu'y avait pas qu'une lésion y'en avait plusieurs et le problème c'est que si on fait un traitement y faut essayer d'irradier toutes les lésions et ça peut être un peu compliqué...

Le médecin utilisera ce terme à 15 reprises, montrant son intérêt premier sur le plan thérapeutique.

M406 : quant à la chimiothérapie faudra prendre une gélule par jour du premier jour de la séance de radiothérapie jusqu'au dernier jour et ça s'prend même samedi dimanche et jour férié

Il en donne un aspect pratique.

I484 : donc dans les médicaments que vous allez prendre euh le... le Temodal les gélules de chimiothérapie se trouvent pas en pharmacie de ville il faut aller les chercher dans la pharmacie d'un hôpital euh public donc euh au plus proche de chez vous euh dans un hôpital pour vous ça va être

L'infirmière apporte également des précisions pratiques concernant ce traitement.

E654 : alors les gélules la chimiothérapie on commence avant la radiothérapie on

Là encore l'épouse s'assure d'avoir bien saisi concrètement comment vont se dérouler les traitements.

VI - CONCLUSION

Cette consultation réunit le neuro-oncologue, une infirmière référente ainsi qu'un homme atteint d'un glioblastome, son épouse et sa fille. La présence de ces dernières peut déjà montrer déjà la place qu'occupe la maladie dans la dynamique familiale. La famille est présente et soutenante.

Au cours de cette consultation, nous percevons bien la complémentarité des deux professionnels, l'infirmière ayant une place suffisamment importante pour débiter l'entretien. Sa fonction est alors d'établir un cadre à la consultation en définissant un point de départ commun à tous les protagonistes en présence, à savoir la biopsie.

Suite à cela, chaque interlocuteur va pouvoir intervenir, le patient étant parfois mis en second plan par les autres. **L'aspect positif de cette situation, c'est qu'en positionnant ainsi le patient, il ne peut que faire le constat que tous s'intéressent à sa maladie, l'aspect négatif, c'est de l'isoler, de le détacher de la maladie, ce qui s'oppose à une conception holistique du soin.**

Si nous résumons le sens global des interventions de chaque acteur, nous pouvons suggérer que le médecin a pour mission de transmettre une information, en l'occurrence révéler la maladie. Il va, pour ce faire, tenter d'instaurer une espère de complicité entre lui et les autres protagonistes, donnant parfois une impression de décalage avec la gravité de la situation. Est-ce pour lui une façon de supporter ce rôle de « messenger du malheur », contrecarrant cette lourdeur émotionnelle par un ton léger à certains moments ?

En outre, l'information transmise ne fait pas apparaître le nom de la maladie. Pour autant, le médecin s'attarde à en décrire l'évolution avant d'aborder la procédure thérapeutique pour tenter d'en limiter sa progression.

L'infirmière a, quant à elle, la mission d'orienter le patient et ses proches dans le parcours de la maladie, en complétant ou précisant certaines informations données par le médecin ou en répondant aux interrogations du patient et/ou de ses proches. Elle assure ainsi son rôle informatif.

La famille du patient, ici la fille et l'épouse, marque bien la place dans laquelle elle se trouve projetée et la nécessité d'être soutenue dans ce statut imposé d'aidant. La fonction maternante l'amène alors parfois à suppléer au patient en anticipant ou en gérant elle-même certains aspects de la situation. Elle vient faire preuve d'une certaine façon d'une **préoccupation maternelle primaire** telle que Winnicott (1956) a pu la penser lorsqu'il a étudié le lien de la mère au nourrisson.

Enfin, le patient reste assez porté par ses proches, même s'il tente parfois de s'imposer. Il s'en remet également au médecin, en lui accordant toute sa confiance.

D'une manière générale, nous nous apercevons que chaque interlocuteur réussit à trouver une place et peut ainsi partager une remarque ou une interrogation.

Concernant la forme de l'entretien, nous pouvons observer que pour une bonne compréhension, il est essentiel que les questions soient formulées de manière directe et dirigées précisément vers une personne. Ainsi, le médecin pourra plus aisément et de manière plus efficace, transmettre son message sans provoquer une rupture dans la compréhension, et, de ce fait, sans doute dans la relation, notamment en s'adressant clairement au patient. L'infirmière, dans son interrogatoire, aura pour objectif d'apporter de la précision dans les informations transmises par le médecin en développant entre autres certains aspects sur la maladie, les traitements, la prise en soins... Elle vient en quelques sortes traduire en langage « profane » un discours scientifique pour, là-aussi, améliorer la compréhension et maintenir un lien entre les soignants, le patient et son entourage.

Il semble également que le patient, à travers ses interrogations, ait besoin d'informations précises sur la maladie (son origine, la prévalence ...) et sur les traitements envisageables (leur nature, leur durée, ...).

En employant très souvent le « *je* », le patient, comme le médecin, laisse à penser qu'il s'agit là de parler « d'homme à homme », en respectant l'autre et en le reconnaissant tout en exprimant son point de vue. C'est ce que certains qualifient, à juste titre, de colloque singulier entre le patient et le médecin, mettant psychiquement dans ces instants à l'écart l'entourage.

L'entourage, représenté ici par l'épouse du patient et leur fille, s'autorise à exprimer un sentiment personnel, sans doute en raison de la prise de conscience instantanée de l'implication, de fait, auprès de leur proche malade dès l'annonce de diagnostic. L'épouse, en particulier, marque sa présence à la fois passée, présente et future au côté du patient. Sans doute les soignants ont-ils à valoriser ce rôle dans un premier temps pour que, secondairement, l'épouse puisse exprimer ses difficultés à être à cette place d'aidante, place qu'elle considère naturelle alors même qu'elle ne l'a à aucun moment choisie. L'infirmière, par sa proximité relationnelle, pourra permettre aux proches de verbaliser leurs appréhensions, difficultés et limites quant à cette nouvelle fonction qu'ils ont à assumer sans avoir pu s'y préparer.

L'emploi du « *on* » permet au médecin de créer un monde commun et partagé socialement avec le patient, en s'incluant finalement dans le groupe social. Plus encore, il peut également conduire le professionnel à s'immiscer dans le monde patient pour créer, par cette proximité, une alliance relationnelle. A l'inverse, par un processus d'affiliation, le médecin se positionne dans son monde soignant pour interagir avec le malade afin d'asseoir ses décisions ou points de vue. L'infirmière procède sur ce point de la même façon, faisant état d'un esprit de corps à la fois protecteur et donnant force et valeur à ses dires.

Nous observons que les proches peuvent à certains moments constituer une unité face au patient alors isolé – voire oublié, et à d’autres instants, tomber dans une fusion quasi-complète avec le malade.

Le patient, lui, utilisera souvent le « *on* » pour s’exprimer personnellement sur des sujets qui le touchent mais de manière ainsi plus distancée.

L’emploi du « *tu* » par les proches nous enseigne le fait qu’ils souhaitent, en s’adressant ainsi au patient, le maintenir acteur au sein de la consultation d’annonce, même si parfois l’anticipation anxieuse les amène à répondre à la place du patient lui-même.

Concernant les termes employés pour aborder la maladie lors de cette consultation d’annonce, il apparaît que la notion de *biopsie*, constituant le point d’entrée dans le discours descriptif, apparaît tant dans l’univers langagier soignant que dans celui patient. Il en est de même pour les notions de *malignité* et d’*agressivité* qui permettent de décrire la nature de la maladie. La notion d’*œdème*, permettant d’expliquer en partie la présence des troubles chez le patient, est également partagée.

La notion de *radiothérapie* apparaît davantage du côté soignant que du côté patient. Cela rejoint sans doute les représentations liées à ce traitement par les soignants, ce qui se retrouve également ici mais dans une moindre mesure avec la *chimiothérapie*, cette dernière étant moins développée par les soignants. Les *rayons*, décrivant d’une autre façon la radiothérapie, sont retrouvés, eux, exclusivement du côté soignant. Ceci est également vrai en ce qui concerne le terme de *lésion* qui pour le soignant caractérise la maladie mais qui pour le patient et ses proches, ne semble pas prendre sens. La notion de *tumeur cérébrale* reste, elle-aussi, du côté soignant et n’est pas reprise par le patient ou les proches pour aborder la maladie. Enfin, la *récidive* n’est évoquée que par le médecin lors de la consultation d’annonce, sans doute en raison de l’incapacité du patient et de ses proches d’envisager cette alternative, étant davantage dans une vision binaire ambivalente guérison / mort.

Les mots *glioblastome* et *cancer* ne sont jamais prononcés au cours de cet entretien.

CONSULTATION ANNONCE PATIENT – INFIRMIERE

I – ACTEURS

Dans cette consultation, l’infirmière et le patient sont les deux seuls interlocuteurs. Le patient a déjà rencontré le psychologue en consultation post-annonce. Les deux acteurs se sont déjà rencontrés dans le cadre de la consultation d’annonce.

II – DUREE DE LA CONSULTATION POST-ANNONCE INFIRMIERE

La durée de cet entretien est de 12 minutes et 1 seconde.

III – STRUCTURE DE L’ENTRETIEN

Dans un premier temps l’infirmière va orienter l’entretien vers le contenu de la consultation d’annonce :

I3 : et là moi je reviens vers vous pour savoir si les informations que vous avez eues pendant votre consultation étaient claires pas trop médicales est-ce que vous avez trouvé que c’était adapté est-ce que globalement ça vous a satisfait ?

Le patient va alors très rapidement exprimer la difficulté de suivre et capter les informations transmises :

P4 : y’a des moments où c’est un peu paumé hein

P6 : pas tout l'temps mais y'a des moments où c'est un ptit peu compliqué

De ce fait, l'infirmière va chercher à savoir quelle est pour le patient la place des proches au sein de la consultation, notamment en ce qui concerne leur aide apportée dans la compréhension des informations :

I9 : d'accord donc vos proches pendant la consultation la présence de votre épouse et de votre fille pendant la consultation vous a aidé par la suite à pouvoir redemander des explications

Le patient fait part du besoin de présence, de ne pas se sentir seul lors de ce temps déstructurant :

P14 : bah dans c'cas là on a besoin hein de présence

Ensuite, l'infirmière enchaînera en questionnant le patient sur sa compréhension des informations relatives aux traitements :

I20 : et est-ce que par rapport aux traitements ça vous a permis à peu près de comprendre ce qui allait se passer où c'était plutôt confus compliqué

Le patient explique alors qu'il a été dans l'ensemble difficile pour lui de saisir ces informations mais précise néanmoins que selon lui, la cause en est une difficulté de concentration de sa part et pas nécessairement une mauvaise qualité de l'information :

P23: non non mais faut c'est clair mais c'est que j'ai du mal à justement me concentrer

Le patient exprimant une certaine souffrance, l'infirmière va faire preuve de sollicitude :

I35 : globalement vous vous en sortez quand même plutôt bien hein vous vous exprimez

P36 : oui vous êtes gentille vous

L'infirmière prend alors un temps de renarcissisation du patient pour essayer de justifier sa remarque et surtout de valoriser le patient dans ses capacités encore présentes :

I37 : non mais c'est vrai parce que c'est quand même pas rien et vous arrivez à vous exprimer correctement

I39 : ou c'est plus facile que d'autres

I41 : moyen bien

I43 : moyen plus

Lorsqu'elle va poser une question concernant la maladie et la compréhension des données fournies à ce propos, le patient va alors décrire sa maladie en employant le terme *cancer*, terme jamais prononcé jusqu'alors par le médecin ou l'infirmière, en le singularisant :

P48 : bah de toute façon j'ai compris depuis le premier jour j'ai chopé un cancer

P50 : pas le petit qu'on machin qu'on peut traîner à droite ou à gauche non c'est le vrai le bon

P52 : au bon endroit et voilà c'est tout ça j'ai compris

Il souligne aussi le caractère inéluctable de la maladie et le processus psychologique induit :

P54 : qu'est-ce que vous voulez on doit se résigner

Il reprend ensuite le contre-pied de l'ambivalence en pointant la pulsion de vie. La situation est grave, mais pas désespérée :

P56 : mais je ne me sens pas foutu je pense

P58 : j'ai encore de l'espoir

De manière quasi-simultanée, il va démontrer l'inquiétude pour ses proches, se laissant de nouveau happé par la pulsion de mort :

P60 : mais c'est la vie hein c'est comme ça et puis et puis j'me ferais du souci pour mes proches mais pour moi pff maintenant c'est foutu hein faut pas rêver

L'infirmière essaie de rassurer le patient, utilisant un connecteur contre-argumentatif (« *quand-même* ») et met en avant la possible efficacité des traitements, mais cette tentative reste vaine car le patient a finalement compris la sévérité du mal dont il est atteint. Il semble sentir en effet le malaise de la soignante et son intentionnalité:

I63 : c'est quand même on fait l'traitement on va voir

P66 : mais bien sûr je comprends faut pas vous faire pleurer

Il est ensuite intéressant d'observer que l'infirmière, en cherchant à connaître l'avis du patient quant aux informations reçues, utilise le terme « *changer* ». Le patient va alors entendre ce terme d'une autre façon puisqu'il partage un souhait, presque à titre posthume :

I69 : bon est-ce que vous avez d'autres questions des choses que vous auriez souhaité changer dans ce qu'on vous a expliqué

P70 : changer que les que les gens que l'homme devienne un ptit peu plus plus gentil bah c'est tout

Le patient semble être dans le réel, dans le brut :

P74 : c'est pas vous qu'y arriverez je pense pas non

De ce fait, il parle vrai, avec une sorte de désillusion projective dont le background pourrait alors être sa propre situation qu'il a intégrée comme étant désespérée. Il situe son discours dans un monde virtuel :

P78 : on peut on peut toujours rêver quoi

Puis l'infirmière en vient aux questions concernant l'intérêt perçu par le patient de cette consultation post-annonce. Mais ces questions propositionnelles fermées induisent la réponse:

I79 : euh [...] est-ce que vous trouvez que l'entretien qu'on a eu là après vos consultations d'annonce est quelque chose de plutôt positif de quelque chose d'utile est-ce qu'on est-ce que je vous ai donné des informations qui vous ont servi tout à l'heure ou

Le patient amène à cette question la dimension du temps psychique qu'il considère comment étant bien différent de ce temps de l'annonce. Ainsi, pour le patient, cette consultation post-annonce offre la possibilité de dire certaines choses qui n'avaient pas encore émergé à la conscience lors de la consultation d'annonce. Ce temps différé apparaît ainsi comme une continuité psychique respectant le rythme du patient dans son cheminement :

P82 : mais bon dans le temps psychique je suis quand même incertain un petit peu restreint moi dans

L'infirmière aborde la question des traitements pour percevoir ce que le patient en a compris et comment il les a intégrés à son histoire :

I93 : hum vous vous voilà vous vous laissez porter vous êtes parti pour faire le traitement et

Le patient est prêt à recevoir ces traitements tout en ayant conscience de la difficulté à les supporter, comme l'indiquent la sémantique des mots choisis « *subir* » « *en baver* » :

P94 : je suis parti pour le faire

P96 : je m'donne trois mois à subir

P98 : tout ce qui va se passer

P100 : je me fais pas d'idée je vais sûrement en baver

Puis, il va reprendre le pouvoir, s'imposer dans une logique de non-soumission :

P104 : si ça si ça si y'a pas d'amélioration bon bah faudra pas me prendre pour un cobaye

Enfin, l'infirmière va s'intéresser à la compréhension du patient concernant les aspects pratiques des traitements :

I107 : il fera une IRM et puis de toute façon le traitement on va croiser les doigts dans certains cas y'a des personnes qui le supportent pas bien

I111 : donc là ma collègue c'est ce qu'elle disait je sais pas si elle vous en a parlé tout à l'heure est-ce que vous avez déjà euh vous voyez ce que c'est les chambres implantables les boites qu'on met sous la peau

I113 : et est-ce que vous seriez d'accord pour qu'on vous en pose une parce que si elle me parle de ça et que vos veines sont un petit peu difficile à perfuser

I117 : quel est l'hôpital le plus proche

I143 : oui avec votre épouse mais du coup de toute façon c'est pas encore fait faut que je prenne des rendez-vous lundi

Le patient s'en remet à la fois à l'infirmière mais également à son épouse, cette dernière assurant un rôle majeur auprès de son mari :

P142 : non mais ça vous verrez avec mon épouse

P116 : bah si y'a moyen si vous avez si vous le jugez utile pas de problème

IV – ELEMENTS RAPPELES CONCERNANT LA MALADIE

Termes	Locuteur(s) Cs Annonce	Locuteur(s) Cs <u>Post-A</u> I/P
<u>Tum-eur/orale</u>	M (11 fois)	
<i>Lésion</i>	M (19 fois)	
<i>Malin</i>	M (3 fois) P (1 fois)	
<i>Chirurgie</i>	M (3 fois)	
<i>Radiothérapie</i>	M (29 fois) I (1 fois) E (1 fois)	
<i>Rayon</i>	M (5 fois) I (1 fois)	
<i>Chimiothérapie</i>	M (13 fois) I (1 fois) E (1 fois)	

Il est remarquable qu'aucun terme ayant trait à la maladie prononcé lors de la consultation d'annonce ne soit repris pendant cette consultation post-annonce infirmière. Il est alors important d'étudier plus finement cette consultation pour repérer les termes nouveaux employés par les deux interlocuteurs.

VI – ELEMENTS NOUVEAUX CONCERNANT LA MALADIE

L'élément le plus marquant lors de cet entretien concerne le fait que le patient lui-même dépose le terme cancer dans un contexte où ce mot n'a à aucun moment été prononcé. En outre, il précise qu'il n'aura pas été utile d'entrer dans l'univers hyper-spécialisé de la neuro-oncologie pour comprendre que le mal dont il souffrait était un cancer.

P48 : bah de toute façon j'ai compris depuis le premier jour j'ai chopé un cancer

Les éléments intégrés par l'infirmière à cette consultation en lien avec la maladie ont traités à des aspects purement pratiques de la prise en charge. Elle introduit ainsi l'**IRM**, cet examen qui permettra au médecin de faire le constat des effets des traitements sur la maladie. Elle précise ainsi un des aspects à la fois anxiogène du parcours (le contrôle) mais également rassurant car signe d'une prise en soins continue :

*I107 : il fera une **IRM** et puis de toute façon le traitement on va croiser les doigts dans certains cas y'a des personnes qui le supportent pas bien*

Elle donne également un élément d'information relatif, là-encore, à un aspect très pratique mais plus précis des traitements, en abordant un mode d'administration souvent porteur de fantasmes effrayants (la **chambre implantable**) mais permettant en même temps au patient d'intégrer cet aspect pour déjà y réfléchir et l'intégrer dans son parcours :

*I111 : donc là ma collègue c'est ce qu'elle disait je sais pas si elle vous en a parlé tout à l'heure est-ce que vous avez déjà euh vous voyez ce que c'est les **chambres implantables** les boîtes qu'on met sous la peau*

*I125 : bah les appeler pour qu'ils vous mettent la **chambre implantable** là-bas*

Elle parle enfin de la *chimiothérapie* mais en utilisant des termes plus précis quant à la voie d'administration de ce traitement (**perfusion**) :

*I115 : et que là on part quand même déjà pour cinq **perfusions** plus les prises de sang est-ce que vous seriez d'accord pour qu'on organise*

*I119 : ouais mais c'est surtout que d'après ce qu'elle dit ça va devenir difficile de vous mettre les **perfusions** au fil du temps et que du coup après on pourra ptêtre plus vous piquer pis ça peut vous faire mal quand on mettra les **perfusions***

VII – ANALYSE THEMATIQUE VIA ALCESTE

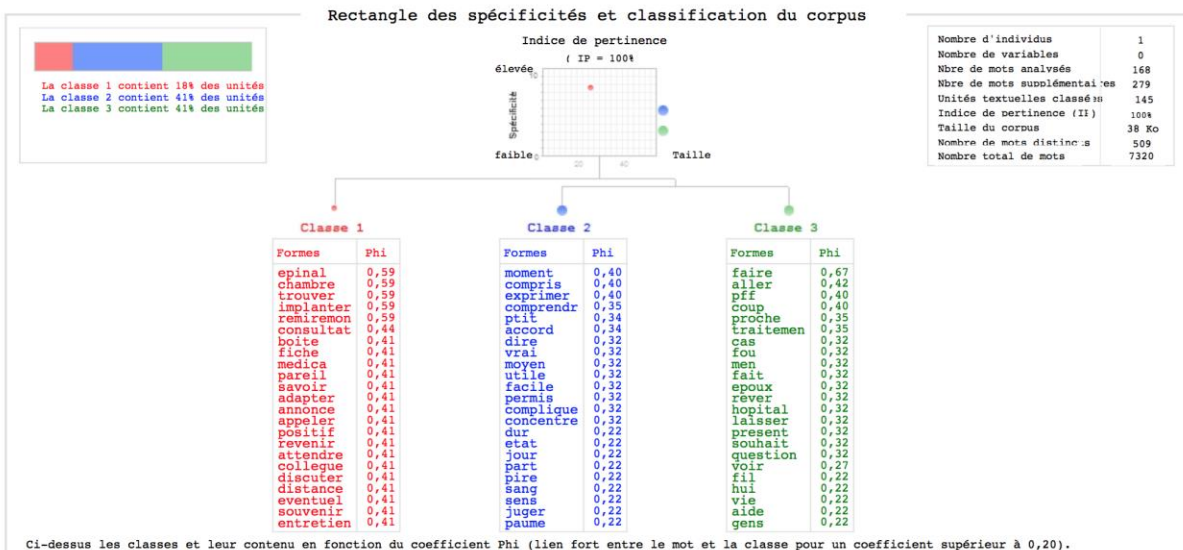
L'intégralité du corpus a été pris en compte par le logiciel ALCESTE. Deux classes (2 & 3) comprennent respectivement 41% du discours. La **classe 2** concerne le discours prononcé lors de l'annonce, la manière dont celui a été amené et entendu dans l'entretien. La **classe 3** concerne la place active du proche auprès du patient à dans le quotidien de la maladie. Enfin, la **classe 1**, avec seulement 18% du discours, concerne l'avant-annonce et plus précisément ce qui s'est passé avant la rencontre avec le neuro-oncologue.

Rapport de synthèse

Texte analysé : IDE patient B1 Mardi 08 Septembre 2015 à 13 h 13

Le corpus IDE patient B1 a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 100% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 0% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 3 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 17% des unités textuelles classées (soit 18% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **epinal, chambre, trouver, implanter, remiremon, consultatif**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 41% des unités textuelles classées (soit 41% du corpus initial) ses mots significatifs sont **moment, compris, exprimer, comprendre, pit, accord**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 42% des unités textuelles classées (soit 41% du corpus initial) ses mots significatifs sont **faire, aller, pff, coup, proche, traitement**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.



VIII – CONCLUSION

Cette consultation post-annonce soignante permet de mettre en avant certains aspects concernant la consultation d'annonce et nous aide à comprendre ce que le patient en attend.

Le patient y exprime sa difficulté à saisir toutes les informations transmises lors de la consultation d'annonce. Est-ce simplement du à leur complexité ou est-ce en raison de troubles cognitifs déjà présents? Si

nous ne pouvons clairement exclure ces hypothèses explicatives, il est important d'y associer l'attitude du professionnel qui, finalement, n'emploie jamais les mots-clés susceptibles d'aider le patient à comprendre la situation. Ainsi, les mots « *cancer* », « *glioblastome* », « *tumeur* »... ne sont jamais prononcés. Comment demander alors au patient de tout comprendre sans lui donner les éléments pertinents qui lui permettraient d'appréhender au mieux ce qui lui arrive. Pour autant, il est surprenant de voir que sans l'évocation de ces termes, le patient a malgré tout compris qu'il était atteint d'un cancer. En guise d'excuse, ou au moins d'explication, il mettra en avant des difficultés de concentration.

Concernant les informations relatives aux traitements, il apparaît que le patient en retient le caractère lourd. Pour le reste, notamment les aspects pratiques, il s'en remet à la fois :

- à l'épouse, ce qui démontre le rôle des proches auprès du patient induit par la maladie
- l'infirmière, ce qui nécessite qu'un lien suffisamment fort de confiance soit instauré pour que le patient puisse alors s'en remettre aux soignants et accepte par exemple de suivre les traitements

Nous relevons également, sans surprise, que lors de cette consultation, au-delà d'apporter une aide dans la compréhension, les proches assurent une présence réconfortante. Le patient leur demande d'être là, à ses côtés, dans ces moments difficiles, d'autant qu'en parallèle il ressent une grande inquiétude – et donc de la culpabilité ? – à leur égard dans ce qu'il leur impose de subir à la fois dans le présent mais également dans le futur en les abandonnant. Ce dernier aspect signe l'altruisme mis en œuvre par le patient pour annihiler le sentiment de culpabilité.

Face à cette attitude, les soignants, en particulier l'infirmière, vont faire preuve de compassion, mais le patient ne semble pas attendre une telle réaction de leur part. En revanche, il apparaît plus sensible aux tentatives de renarcissisation réalisées par le professionnel.

D'un point de vue intra-psychique, le conflit entre la pulsion de vie et la pulsion de mort se traduit par une ambivalence psychique, le patient vacillant entre des périodes d'espoir et des phases pessimistes. Le réel reste alors à supporter, obligeant le patient à une résignation pour lutter contre la soumission mortifère. **Le patient n'attend sans doute pas de la part du soignant qu'il nie une de ces deux dimensions (espoir # désespoir), ce travail psychique d'intégration de cette réalité sur la scène imaginaire et symbolique se faisant par le patient lui-même et seulement par lui-même.**

L'intérêt perçu de la consultation post-annonce soignante est double. Tout d'abord cette rencontre à distance de la consultation d'annonce laisse la possibilité au temps de faire son œuvre. Ainsi, ce temps nécessaire au cheminement psychique permet aux différentes stratégies défensives, mises en place de manière brutale afin d'éviter un effondrement psychique, de s'assouplir et de s'ajuster à la réalité. Le patient peut ainsi aborder certains éléments initialement trop destructeurs mais à présent situés à un niveau conscient, en respectant le

processus dynamique de l'annonce, la connaissance ne signifiant pas nécessairement l'intégration inconsciente et la compréhension consciente de l'information. Révélation ne signifie pas Elaboration.

En outre, cette consultation donne l'occasion à l'infirmière de reprendre les informations pratiques de manière plus précise.

CONSULTATION POST-ANNONCE INFIRMIERE – EPOUSE

I – ACTEURS

Les acteurs en présence dans cette consultation sont l’infirmière référente, présente lors de la consultation d’annonce, et l’épouse du patient. La fille, présente lors de la consultation d’annonce, ne participera pas à cette rencontre avec l’infirmière.

II – DUREE DE LA CONSULTATION POST-ANNONCE INFIRMIERE

Cette consultation s’est déroulée en 22 minutes et 42 secondes.

III – STRUCTURE DE L’ENTRETIEN

Dans un premier temps l’infirmière explique les objectifs de la consultation post-annonce à l’épouse, cette dernière venant d’emblée exprimer la grande surprise ressentie à l’annonce de la maladie :

E2 : bah c’était difficile quand même parce que on s’attend pas hein on s’attend pas du tout à ce à une maladie comme ça c’est

Elle va aussi faire part de l’angoisse ressentie lors de l’évocation des traitements, notamment à la prononciation du terme tant redouté de chimiothérapie :

E4 : et puis le traitement bon oui c’est est-ce que c’est une chimiothérapie bon on imagine pas on pense pas qu’ça puisse arriver à quelqu’un euh à quelqu’un proche

Elle décrit le sentiment d'injustice et surtout de révolte perçu :

E6 : c'est euh on accepte pas on peut pas on s'dit c'est pas possible on est tout était bien jusqu'alors et brutalement c'est c'est pas normal c'est

E8 : on ne digère pas quoi

Le traitement reste un élément important sur lequel il est nécessaire de développer les informations données car celui-ci reste difficile à percevoir tant il effraie et demeure impensable:

E12 : et puis bon le traitement c'est un peu compliqué on s'pose des questions on s'dit qu'est ce qui va ça va faire quoi comment il va réagir c'est

L'infirmière va reprendre l'étape ayant permis de définir le parcours thérapeutique et surtout, pourquoi celui-ci est différent de celui évoqué initialement. En effet, ce changement dans les traitements semble perturber et inquiéter l'épouse qui a besoin d'avoir des explications claires pour réussir à gérer cet aspect complexe (I15 □I39).

L'épouse exprime le besoin que le médecin suive un parcours bien défini, alors même que la situation peut à tout moment l'amener à modifier le traitement retenu au départ :

E48 : pourquoi on a perdu encore une on a perdu une semaine finalement on aurait pu commencer plus tôt euh enfin j'sais pas c'que ça aurait donné j'sais pas si comme mon mari dit un chat c'est un chat on va pas rappeler je sais pas c'est tellement j'crois c'est vraiment

L'infirmière va reprendre la notion de gravité de la maladie et, tout en évoquant les alternatives thérapeutiques, annoncer l'incertitude quant à l'évolution de la situation :

I49 : bah ce qui y'a c'est que là faut vraiment faire le traitement et voir euh parce que si y répond pas au traitement si ça s'passe pas bien effectivement c'est grave parce que c'est une maladie qui est

I51: quand même assez grave et mais si y répond bien au traitement euh il pourra faire la radiothérapie et du coup c'est quand même euh ça reste une maladie grave

I53 : mais c'est vrai que les quelques mois à venir vont être quand même décisifs euh dans dans son avenir proche

Puis l'épouse, en s'appuyant sur les propos de son mari et en décrivant son état d'esprit, montre le besoin essentiel d'entendre le patient et de lui laisser une place dans les réflexions. Elle comprend et approuve par ailleurs la position de son mari :

E56 : il veut surtout pas se retrouver euh bah plante verte hein il veut pas

E58 : surtout pas être dégradé il ne veut pas et puis on est tous conscients enfin moi j'ferais la même chose j'ferais pareil que lui faut pas s'acharner c'est

L'infirmière va alors placer au cœur de la prise en soins le patient et le respect de la volonté de ce dernier :

161 : des traitements donc si à un moment donné si lui il nous dit maintenant là ça suffit les médecins n'iront pas euh contre sa volonté

L'épouse partage avec l'infirmière un événement de vie traumatique et difficile à supporter, amplifiant le sentiment d'injustice et de révolte éprouvé :

E82 : on a du mal à accepter c'est des choses qu'on on n's'y attend pas oui déjà et puis bon bah ça nous arrive à nous on dit toujours c'est on a perdu un gamin dans un accident de la route

L'infirmière cherche alors à définir le réseau socio-familial qui permettra de soutenir l'épouse et le patient :

197 : ah oui près de G. et vous avez un peu d'entourage

L'épouse semble s'effacer au profit de son mari, marquant son interdiction de s'apitoyer sur son sort mais signant plutôt son soutien à ses côtés en décrivant l'état de son mari :

E110 : écoutez faut être y faut accepter on va pas se voiler la face hein c'est pas

E116 : oui et puis de voir qui qu'il s'embrouille il a toute sa tête il sait tout ce qu'il veut dire et il arrive pas à sortir les mots euh ça le

E112 : c'est dur parce que de vivre avec il est il est sensible il est malheureux il dit pourquoi euh pourquoi j'suis pas mort le jour ça m'est arrivé

Face à cela, l'infirmière tente de pointer un élément à ses yeux positif, afin de valoriser le patient, mais l'épouse ne parvient pas à s'y accrocher suffisamment pour oublier les troubles cognitifs et moteurs de son mari :

E116 : oui et puis de voir qui qu'il s'embrouille il a toute sa tête il sait tout ce qu'il veut dire et il arrive pas à sortir les mots euh ça le

I117 : oui par contre il communique quand même j'trouve qu'on arrive à

E124 : oui et pis quand il est avec sa main il euh il cherche sa main et pour manger aussi il est vraiment bah ça va pas hein

Par une question posée par l'infirmière (I125) sur les informations transmises lors de la consultation d'annonce, nous apprenons que la **vérité** et la **nécessité de savoir** sont deux aspects essentiels attendus par l'épouse du patient, même si le contenu demande un certain niveau de connaissances et surtout une explication :

E126 : pour moi non c'est pas choquant c'est bon et avec lui on discute il sait très bien

E128 : puis on s'est jamais rien caché enfin moi euh il me viendrait pas à l'idée de lui cacher quoi que ce soit hein

E136 : oh non moi c'est plus j'en aurai enfin plus j'en ai mieux c'est

E138 : bon bah faut connaître quand même faut

De ce fait, l'épouse approuve le fait de bénéficier d'une seconde consultation soignante qui permet de reparler aux professionnels de la consultation d'annonce. Mais elle dit bien que si ce temps permet de clarifier certains points, l'essentiel est pour autant bien compris :

E146 : moi je pense que ça aide enfin pour moi je pense que ça aide de reparler

E148 : de pff d'éclaircir certains points bon éclaircir j'pense avoir compris quand même

C'est ainsi qu'elle montre bien le cheminement personnel à faire, trouvant certaines stratégies de coping conjuratoires :

E166 : la douleur elle est elle est puis bon y faut surmonter y faut essayer de euh de positiver de dire après tout peut-être que un miracle va se ouais bon

Vient enfin une partie de l'entretien qui offre à l'épouse la possibilité d'aborder certaines interrogations. Elle va ainsi faire part de son besoin de croire que la situation de son mari est habituelle, ancrée dans une certaine norme :

E178 : non pas vraiment bon euh et des cas comme mon mari vous avez déjà vus

L'infirmière semble sensible à cet appel et va alors expliquer à l'épouse le fonctionnement du service et la spécificité des patients accueillis :

I187 : enfin un bassin de population qui est assez important donc nous nos médecins ne font que ça donc oui nous la pathologie qu'a votre mari c'est pour nous c'est l'activité quotidienne

L'épouse va questionner l'infirmière sur :

- l'origine de la maladie, cherchant par ailleurs une raison objective et tangible pour apaiser la révolte éprouvée :

E188 : et trouver vous savez d'où elle

E190 : comment elle a pu euh

E194 : c'qui c'qu'on n'a pas dit c'est qu'il a été vingt ans il a surveillé une centrale électrique une centrale bah pff

E202 : il a été foudroyé enfin il a été foudroyé y'a trente ans

- l'évolution de la maladie :

E210 : et mais au niveau euh est-ce que ça quand elle est en période de enfin on va dire incubation c'est pas bon quand la maladie se

E212 : est en train de démarrer

- les aspects pratiques de la prise en charge, montrant ainsi son investissement auprès de son mari malade :

E259 : mais là euh quand on va revenir les prochains jours on vient le matin ou l'après-midi et on ressort le soir

E271 : mais ça n'gêne pas que j'reste la nuit

- de manière indirecte, sur les troubles, amenant l'infirmière à évoquer une cause probable et l'intérêt du traitement:

E295 : y réagit vraiment comme euh il a besoin jamais il n'était comme ça euh il m'appelle dès que j'suis dans un endroit dans une chambre ou dans le sous-sol il est paumé

I298 : oh oui oui hum y'a aussi ça c'est pareil c'est un peu lié euh ce sentiment un petit peu de confusion c'est aussi lié à l'œdème donc

I300 : oui quand il aura même si la cortisone ça aide si la lésion elle diminue un petit peu ça devrait quand même s'améliorer

IV – ELEMENTS RAPPELES CONCERNANT LA MALADIE

Termes	Locuteur(s) Cs Annonce	Locuteur(s) Cs <u>Post-A</u> I/E
Tum-eur/orale	M (11 fois)	I (3 fois)
Lésion	M (19 fois)	I (7 fois)
Malin	M (3 fois) P (1 fois)	
Chirurgie	M (3 fois)	I (1 fois)
Radiothérapie	M (29 fois) I (1 fois) E (1 fois)	I (3 fois) E (1 fois)
Rayon	M (5 fois) I (1 fois)	I (2 fois)
Chimiothérapie	M (13 fois) I (1 fois) E (1 fois)	E (2 fois)

L'infirmière va être la seule à employer le terme de *lésion* pour évoquer la maladie du patient, et ce, à sept reprises. Elle décrit l'atteinte cérébrale et finalement définit la maladie par ce mot, mais cette manière de procéder ne provoque pas de réaction ou d'appropriation de la part de l'épouse du patient :

*I173 : et si les **lésions** elles rétrécissent et qu'on envisage les rayons ou même si on peut pas envisager les rayons tout de suite on peut quand même poursuivre ce traitement [...]*

*I225 : malgré les **lésions** qui le gênent le cerveau a des capacités d'adaptation quand même assez impressionnantes et du coup y'a une compensation de l'espace qui est occupé par les **lésions***

*I227 : et du coup la personne garde quand même malgré ces **lésions** ses facultés mais un jour c'est trop donc en fait là y'a le déficit les symptômes et en général*

*I229 : c'est comme ça que on fait le diagnostic que les personnes vont chez leur médecin traitant on passe un scanner et en général c'est mais le cerveau compense pendant un certain temps c'est pour ça par contre c'est vraiment pas rare de faire le diagnostic alors que les **lésions** prennent déjà une*

certaine place dans le cerveau ça c'est pas exceptionnel souvent on découvre les tumeurs elles sont déjà assez

*I236 : alors y'a eu euh dans plusieurs situations la **lésion** a fondu et on a pu enchaîner par une radiothérapie et le traitement qu'on avait prévu au départ*

*I300 : oui quand il aura même si la cortisone ça aide si la **lésion** elle diminue un petit peu ça devrait quand même s'améliorer*

L'infirmière va également évoquer la notion d'**œdème** lorsqu'elle va justifier la présence d'un trouble cognitif :

*I298 : oh oui oui hum y'a aussi ça c'est pareil c'est un peu lié euh ce sentiment un petit peu de confusion c'est aussi lié à l'**œdème** donc*

L'infirmière va employer à trois reprises le terme de **tumeur** au cours de cet entretien. Ainsi elle va utiliser ce terme pour parler indirectement de la maladie du patient en expliquant le mode de découverte fréquent de ce genre de pathologie et en montrant le caractère évolutif insidieux:

*I229 : c'est comme ça que on fait le diagnostic que les personnes vont chez leur médecin traitant on passe un scanner et en général c'est mais le cerveau compense pendant un certain temps c'est pour ça par contre c'est vraiment pas rare de faire le diagnostic alors que les lésions prennent déjà une certaine place dans le cerveau ça c'est pas exceptionnel souvent on découvre les **tumeurs** elles sont déjà assez*

L'Infirmière va également employer ce terme pour cibler un peu plus précisément la maladie du patient sans pour autant l'attribuer directement à ce dernier:

*I231 : grosses oui ça c'est pas rare du tout et après même si on opère sur cette nature de **tumeur** de toute façon on fait un traitement c'est pas l'opération qui règle le problème on fait de manière un traitement derrière*

Elle va enfin à travers ce terme aborder plus spécifiquement la maladie du patient en ciblant davantage les explications données, notamment concernant l'intérêt du traitement, mais tout en laissant percevoir malgré tout le côté très aléatoire et incertain des effets espérés :

I173 : *et si les lésions elles rétrécissent et qu'on envisage les rayons ou même si on peut pas envisager les rayons tout de suite on peut quand même poursuivre ce traitement et puis voilà être quand même croiser les doigts et s'dire que c'traitement peut donner euh si la **tumeur** diminue en taille euh elle va ça va améliorer son quotidien il va aussi se sentir mieux*

L'infirmière sera la seule à évoquer le mot **cerveau** et ce à sept reprises. Elle va ainsi situer la localisation de la maladie :

I217 : *alors c'qui passe au niveau c'est une maladie dont le siège est dans le **cerveau***

I229 : *[...] par contre c'est vraiment pas rare de faire le diagnostic alors que les lésions prennent déjà une certaine place dans le **cerveau** ça c'est pas exceptionnel souvent on découvre les tumeurs elles sont déjà assez*

Elle va également en donner certaines caractéristiques dès lors que cet organe vient à être perturbé :

I219 : *et le **cerveau** a la capacité de compensation pendant euh longtemps c'qui fait que euh bon c'est pas des années hein mais avant qu'y ait les premiers symptômes le **cerveau** va s'adapter et du coup ça peut être des petites choses souvent quand les personnes ont un tel diagnostic l'entourage va nous dire oh oui y'avait y'avait des petites choses qui*

I223 : *qui étaient pas des choses flagrantes et en fait ça c'est parce que le **cerveau** s'adapte*

I225 : *malgré les lésions qui le gênent le **cerveau** a des capacités d'adaptation quand même assez impressionnantes et du coup y'a une compensation de l'espace qui est occupé par les lésions*

I229 : *c'est comme ça que on fait le diagnostic que les personnes vont chez leur médecin traitant on passe un scanner et en général c'est mais le **cerveau** compense pendant un certain temps [...]*

L'infirmière va prononcer à une reprise la notion de **chirurgie** afin d'évoquer la pluridisciplinarité de l'équipe investie dans la prise en soins du patient, notamment lors de la recherche étiopathologique :

*I27 : avec les radiothérapeutes les neurooncologues les **neurochirurgiens** les médecins qui lisent les lames*

L'épouse va introduire rapidement la dimension des traitements, en évoquant la **radiothérapie**. Elle en situe ainsi la raison de leur venue à l'hôpital et marquera ensuite l'étonnement quant au changement inattendu et anxiogène décidé par les médecins :

*E16 : oui on arrive là pour voir le **radiothérapeute***

L'infirmière va alors introduire la présence des radiothérapeutes dans la réflexion quant à la démarche thérapeutique à suivre pour ainsi justifier le changement survenu dans le parcours initialement évoqué :

*I27 : avec les **radiothérapeutes** les neurooncologues les neurochirurgiens les médecins qui lisent les lames*

Elle va ensuite parler de ce traitement comme restant à envisager en fonction de l'évolution de la maladie :

*I51: quand même assez grave et mais si y répond bien au traitement euh il pourra faire la **radiothérapie** et du coup c'est quand même euh ça reste une maladie grave*

*I236 : alors y'a eu euh dans plusieurs situations la lésion a fondu et on a pu enchaîner par une **radiothérapie** et le traitement qu'on avait prévu au départ*

Nous pouvons associer à cette notion celle de **rayons** qui sera utilisée deux fois par l'infirmière avec la même signification:

*I173 : et si les lésions elles rétrécissent et qu'on envisage les **rayons** ou même si on peut pas envisager les **rayons** tout de suite on peut quand même poursuivre ce traitement et puis voilà être quand même croiser les doigts et s'dire que c'traitement peut donner euh si la tumeur diminue en taille euh elle va ça va améliorer son quotidien il va aussi se sentir mieux*

Il est intéressant de relever que la notion de **chimiothérapie** ne sera évoquée que par l'épouse du patient et ce à deux reprises. Elle va ainsi faire part de l'angoisse ressentie vis-à-vis de ce traitement :

*E4 : et puis le traitement bon oui c'est est-ce que c'est une **chimiothérapie** bon on imagine pas on pense pas qu'ça puisse arriver à quelqu'un euh à quelqu'un proche*

L'épouse montre bien que ce traitement, sans doute en raison des représentations qu'elle en a, reste intégré dans son esprit quant au parcours thérapeutique énoncé par le médecin :

*E44 : voilà on a mieux compris quand il nous a expliqué euh au départ c'est vrai qu'il partait pour faire la **chimiothérapie***

V – ELEMENTS NOUVEAUX CONCERNANT LA MALADIE

Au cours de cette consultation post-annonce, nous voyons apparaître 5 termes en lien avec la maladie. Tous sont apportés par l'infirmière.

Nous voyons ainsi apparaître le terme **pathologiste** qui va permettre à l'infirmière d'évoquer les différents professionnels impliqués dans la prise en charge du patient :

*I29 : les **pathologistes** euh y'a cette réunion sur Nancy tous les lundis y font une vidéoconférence maintenant avec Metz dans un premier temps*

Ensuite le terme **déficit** va venir définir les troubles perçus par l'épouse chez le patient :

*I227 : et du coup la personne garde quand même malgré ces lésions ses facultés mais un jour c'est trop donc en fait là y'a le **déficit** les symptômes et en général*

Elle va aussi parler du **scanner** comme étant un examen permettant de déceler la maladie :

*I229 : c'est comme ça que on fait le diagnostic que les personnes vont chez leur médecin traitant on passe un **scanner** et en général [...]*

L'infirmière va aussi expliquer à l'épouse que le traitement ne nécessitera pas forcément une hospitalisation de plusieurs jours mais se déroulera en hôpital de jour, ce qui semble apporter du sens dans le parcours complexe de la maladie :

I246 : j'veais essayer l'hôpital de jour

I248 : j'veais appeler l'hôpital de jour c'est pour avoir une place pour la prochaine fois

I308 : là où c'est le mur violet comme ça moi j'veais appeler l'hôpital de jour tout de suite pour essayer d'organiser la suite

Enfin, l'infirmière va parler de la cortisone comme étant un traitement permettant de diminuer les troubles présentés par le patient :

I300 : oui quand il aura même si la cortisone ça aide si la lésion elle diminue un ptit peu ça devrait quand même s'améliorer

VII – ANALYSE THEMATIQUE VIA ALCESTE

Plus d'1/4 du corpus n'est pas pris en compte dans cette analyse. La classe 3 est la plus représentative du corpus, avec 41% pris en compte et comprend des verbes d'action tels que aller, faire... Difficile pour autant de trouver un sens objectif à cette catégorie. Cette classe est associée à la classe 2 qui comprend 14% du discours et aborde l'action du médecin par rapport à la maladie. Enfin, la classe 1, avec 17% du corpus, concerne des aspects plus réflexif tels que les questions ou les études autour de la maladie.

Rapport de synthèse

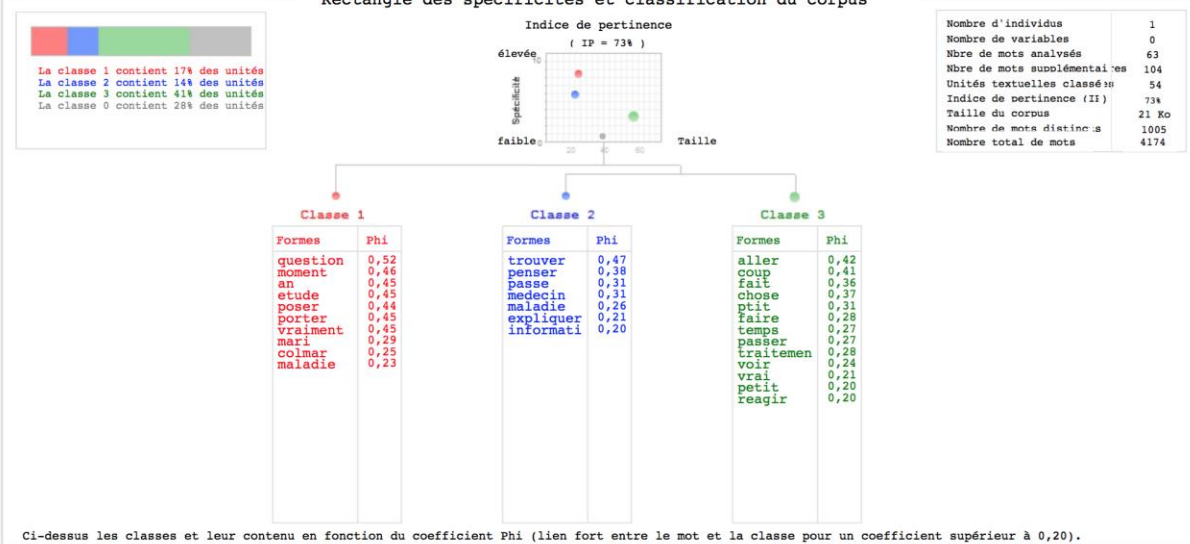
Texte analysé : IDEPCLAUDE

Jeu 10 Septembre 2015 à 15 h 30

Le corpus IDEPCLAUDE a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 73% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 27% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 3 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 22% des unités textuelles classées (soit 17% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **question**, **moment**, **an**, **étude**, **poser**, **porter**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 20% des unités textuelles classées (soit 14% du corpus initial) ses mots significatifs sont **trouver**, **penser**, **passer**, **medecin**, **maladie**, **expliquer**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 58% des unités textuelles classées (soit 41% du corpus initial) ses mots significatifs sont **aller**, **coup**, **fait**, **chose**, **ptit**, **faire**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.

Rectangle des spécificités et classification du corpus



VIII - CONCLUSION :

Cet entretien va permettre de mettre en évidence que l'annonce est toujours une surprise pour l'entourage – sans doute même plus que pour le patient qui, lui, vit les symptômes – qui psychologiquement ne peut se résigner à penser au pire. Ce processus défensif conduit à déplacer l'angoisse sur une autre dimension de la maladie, à savoir les traitements. En effet, tout au long de la consultation nous observons que l'épouse évoque principalement la chimiothérapie comme étant porteuse des angoisses plus ou moins conscientes, liées aux diverses représentations négatives associées. En résumé, si chimiothérapie il y a, alors la situation est très grave.

En outre, la phase de révolte décrite par Elizabeth Kübler-Ross concernant les stades que le patient traverse lorsqu'il est atteint d'une pathologie incurable, est également vécue par l'entourage. En effet, l'épouse exprime très bien le sentiment d'injustice aboutissant à une colère forte, l'angoisse de mort guidant ces processus psychiques.

Un autre élément, qui apparaît fondamental, touche la qualité des informations transmises, notamment concernant le parcours ou le schéma thérapeutique adopté par le médecin. Il semble en effet qu'il serait préférable que la réflexion soit menée en amont de la rencontre, ou du moins, de l'évocation du choix retenu pour que le patient – mais surtout l'entourage – puisse en avoir une vision claire afin de faciliter la projection dans l'avenir. Ce point reste bien évidemment délicat tant la pathologie demeure incertaine quant à son évolution parfois trop rapide pour pouvoir tenir une ligne de conduite précise.

Ces points amènent à penser qu'un soutien est à proposer très précocement à l'entourage, ce dernier ayant tendance à s'effacer au profit du patient. En d'autres termes, les proches ne s'autoriseront pas toujours à exprimer leur souffrance, celle-ci leur paraissant tellement minime voire illégitime par rapport à celle ressentie ou vécue par le patient lui-même.

C'est pourquoi cette consultation post-annonce offre aux proches un espace dans lequel ils vont pouvoir éventuellement être reconnus dans leur droit à souffrir. Elle leur donne la possibilité également de reprendre certaines informations mal comprises lors de la consultation d'annonce, bien qu'il semble que sur ce point, l'entourage comprenne bien souvent l'essentiel de la situation. Le besoin de complément ou de précisions d'information concernerait davantage les aspects très pratiques de la prise en charge. Par exemple, le fait que l'infirmière aborde l'hôpital de jour et donne ainsi une indication quant au mode d'hospitalisation du patient pour recevoir les traitements permet d'atténuer très certainement l'angoisse liée à l'incertitude et apaise sur le fait que le patient n'aura pas à « vivre le reste de sa vie à l'hôpital ». Ainsi, l'entourage, tout comme le patient, attend de la consultation d'annonce que le médecin transmette la vérité et que l'infirmière aborde, plutôt dans un second temps – les aspects pratiques de la situation et de la prise en soins future.

CONSULTATION POST-ANNONCE PSYCHOLOGUE – PATIENT

I – ACTEURS

Le patient (P) et le psychologue (Ψ) sont les deux interlocuteurs dans cet entretien. Ils se rencontrent pour la première fois.

II – Durée de la consultation post-annonce psychologue

L'échange a duré 28 minutes et 02 secondes.

III – STRUCTURE DE L'ENTRETIEN

Tout d'abord le psychologue introduit très rapidement l'objectif recherché à travers cette étude et explore le vécu de l'annonce de la maladie (Ψ 1).

Le patient va alors resituer la chronologie des événements, depuis quand il a reçu cette information (P2) ; mais il est intéressant de constater qu'il semble prendre pour point de départ l'hospitalisation suite au malaise subi à domicile et non la consultation d'annonce en elle-même. C'est ainsi que nous comprenons que le patient a déjà, bien avant ce temps de l'annonce, élaboré des étiologies hypothétiques de son mal (P4), mais surtout qu'il n'a pas attendu la consultation d'annonce pour poser un diagnostic profane sur son état :

P6 : oh bah non je ne suis pas fou hein vous croyez quoi vous pensez pas vous n'allez pas vous mettre dans la tête que je n'savais pas que j'avais choper le cancer

Ainsi, l'annonce n'est venue que confirmer un présumé établi en donnant la nature précise du mal. Contrairement à l'épouse, pour le patient, la violence ne semble donc pas être du côté de l'annonce mais bien du

côté des symptômes vécus avant ce temps et la période pré-diagnostique :

P16 : de toute façon quand je me suis réveillé à chez vous là-bas... entouré par les médecins et les infirmières je j'ai compris que j'étais foutu quoi

En effet, l'annonce n'est pas rapportée comme traumatique par le patient :

P20 : pas du tout pas du tout donc j'ai pas eu un choc

Cependant, si le patient supposait une réalité sombre, la force de la pulsion de vie permet une mise à distance de la dimension mortifère de la réalité :

P24 : euh ça faisait un bout de temps que j'allais pas pas bien

P26 : de là à passer de l'autre côté non

Pour explorer davantage ce point, le psychologue va clairement demander au patient comment il a découvert sa maladie (P33) et là encore nous comprenons que le patient situe la prise de conscience de son état lors de l'hospitalisation en urgence, même si les troubles cognitifs entravent le processus explicatif:

P34 : j'ai appris quand j'ai été à Rem euh à Epinal non à

En effet, le patient va faire part de ses troubles cognitifs en reconnaissant certaines difficultés qu'il met sur le compte de la maladie, ce que le psychologue valide :

P38 : ouais pis ça s'est pas passé comme ça puisque y le toubib y m'a envoyé sur euh Epinal non pas Epinal euh... j viens d vous l dire mais y a des moments c'est con parce que j arrive à à trouver

P42 : et pourtant je sais pourtant dans ma tête

Ψ43 : ouais mais c'est l problème de cette maladie c'est sûr

Le psychologue va alors rebondir sur la présence de ces troubles pour interroger le patient sur les symptômes ressentis avant la découverte de la maladie (Ψ47) en émettant des signes possibles et souvent

énonciateurs d'une tumeur cérébrale (Ψ53).

Le patient va alors insister sur le caractère inhabituel de l'expression de la maladie puisqu'il évoque un autre symptôme, plaçant son épouse comme la personne ayant permis de le sauver à cet instant :

P50 : j'étais dans les vaps hein euh ma femme j'ai d'la chance de d'avoir ma femme qui est un ptit peu du monde hospitalier

P58 : ça s'est ça s'est passé pis ma femme m'a fait renvoyer immédiatement sur euh sur Epinal non pas Epinal euh Remiremont

P54 : même pas, rien bah rien... la veille j'étais un ptit peu un peu à l'ouest comme on dit

Ensuite, le psychologue va chercher à savoir si le patient se souvient de la consultation d'annonce (Ψ85). Le patient va reconnaître ne pas avoir de souvenirs à ce propos, montrant néanmoins son intention d'être honnête :

P86 : euh... pas vraiment

P88 : je ne veux pas emmener des gens sur des soi-disant... non j'me souviens pas

Etonné d'apprendre que la notion de tumeur cérébrale n'ait pas été évoquée lors de la consultation d'annonce (Ψ89), le psychologue va alors demander au patient quels mots ont été utilisés par les professionnels pour lui faire part de la maladie (Ψ95). Le patient va alors parler – avec quelques difficultés – de cancer au cerveau alors qu'en reprenant la consultation d'annonce nous nous sommes aperçus que ce mot n'a jamais été prononcé. Le patient aurait alors déduit cette réalité des informations transmises par les professionnels, ou plus tard avec son entourage, sans que les mots exacts et précis soient prononcés.

P96 : bah y m'ont dit que euh au au niveau cerveau que j'avais euh ... cancer au cerva au au

Le psychologue tente de rassurer le patient quant à son état cognitif (Ψ107), ce qui amène le patient à exprimer une angoisse forte de basculer dans la folie :

P108 : oui je pense... j'suis déjà un ptit peu secoué alors je vais pas me faire devenir complètement fou

P110 : je veux pas devenir complètement fou

Le psychologue entre dans un processus de réassurance pour permettre au patient de positiver ou tout du moins de tenir le coup :

Ψ111 : hum les mots viendront effectivement si vous laissez naturellement venir et et si vous cherchez pas

Ψ113 : la preuve là on arrive parler

C'est ainsi que le patient va pouvoir exprimer son ambivalence quant à son état réel :

P114 : oui non mais de toute façon y'a des moments où je vais au poil

P116 : et y'a des moments où ça va pas du tout

Le psychologue va ensuite rebondir sur l'intérêt de la présence de l'épouse à la consultation d'annonce. Suite à la question posée au patient, nous apprenons que, pour lui, le fait que son épouse ait été présente est une très bonne chose, mais engendre néanmoins une souffrance, le patient ne pouvant retenir ses larmes à l'évocation de sa femme :

Ψ127 : bah est-ce que vous avez trouvé ça bien qu'elle soit avec vous ?

P128 : oh bah oui

Ψ129 : oui c'est quand même important euh que l'entourage soit là ?

P130 : oui (pleurs)

Le sentiment de culpabilité ainsi que les réflexes empathiques, engendrent chez le patient un processus de protection de l'autre. S'il ne peut, ou ne veut pas éluder le sujet de la consultation d'annonce avec son épouse, les deux ayant finalement vécu cet événement, il va cependant l'aborder avec prudence, cherchant ainsi à protéger sa femme et/ou lui-même :

Ψ131 : hum après est-ce que vous avez pu en discuter avec elle ?

P132 : bah oui (pleurs)

Ψ133 : oui

P134 : ... avec des gants

Ψ135 : avec des gants oui

Le patient faisant preuve de fatalisme par rapport à ce qui lui arrive, le psychologue va alors aborder la place des croyances comme moyen de défense. Si, dans un premier temps, le patient donne l'impression de pouvoir s'appuyer sur la religion pour supporter la réalité, il va rapidement nuancer ses propos, restant au final démuni face à ce réel brut :

P138 : ouais... c'est la vie ... mais la vie elle est faite comme ça ouais

Ψ143 : et est-ce que vous avez l'impression que la religion justement c'est quelque chose qui vous aide aussi à à gérer un peu c'qui vous arrive ?

P144 : je pense

Ψ147 : c'est quelque chose qui vous aide quand même euh ou qui vous aidera peut-être

P148 : ouais qui m'aîne qui m'aîne qui m'aide je n'sais pas mais je suis croyant

Le patient fait preuve d'une certaine pudeur à exprimer sa souffrance actuelle en venant la justifier au regard de ce que son épouse et lui-même ont déjà vécu auparavant et en la relativisant en fonction de la société :

P166 : oui je crois... mais la vie hein c'est euh pour revenir comme ce que je vous ai dit c'que j'veux dire la vie tout le monde a ses problèmes ses malheurs ses joies moi à mon goût c'est c'est moyen ma vie a pas été trop ça a pas été toujours très bien bien chouette et puis y'a eu des moments où c'était super super avec euh comme tout le monde

En effet, le patient semble chercher à accepter le drame qui lui arrive en le rapportant au décès d'un enfant survenu plusieurs années auparavant :

P180 : avec mon épouse on a perdu un ptit garçon avec mon épouse

(...)

Ψ193 : ce qui vous arrive aussi non ?

P194 : c'est secondaire

Nous observons, suite à ce passage, une coupure de quelques minutes dans l'entretien, le psychologue pensant que le patient ne souhaitait pas poursuivre davantage la discussion, mais finalement l'enregistrement va reprendre au vu des propos du patient.

Le passage suivant montre bien à quel point le cancer fait effraction dans la vie du patient, ce dernier ne pouvant se représenter une telle réalité :

P200 : peut-être oui... j'pouvais pas imaginer une seule sec une seule se

Ψ201 : seconde

P202 : ouais penser avoir une saloperie pareille

Le patient ressent le besoin de s'exprimer de nouveau sur son rapport à ses proches :

P204 : ouais qu'est ce que j'veux pas je je je reviens sur c'que j'ai dit tout à l'heure

Il va ainsi insister sur :

- la dimension émotionnelle induite par sa maladie :

P206 : je veux pas qu'mes mes proches soient malheureux

- la dimension matérielle qu'il pourrait là-aussi représenter :

P210 : j'y suis pour rien là-dedans mais je voudrais pas les les leur faire un fardeau

- la dimension humaine qu'il veut conserver :

P215 : ma femme mes enfants mes ptits-enfants j'essaie de les sauvegarder

Ainsi, en regardant plus en détails ce passage, nous constatons que si le patient parle franchement de la maladie avec son épouse, il va conserver une retenue avec ses enfants, alors qu'il semble que la culture du non-

dit soit proscrite au sein de la famille habituellement. Là, le patient s'est appuyé sur son épouse pour transmettre la vérité à ses enfants :

P221 : on s'est on a toujours été euh ma mère elle disait casser euh ca cacher le cuir sous l'bois chez nous on est comme ça on... pas de secret

Ψ224 : et c'est vous qui avez dit à vos enfants que vous aviez cette maladie ?

P225 : je l'ai approché mais je l'ai pas dit

Ψ226 : c'est votre épouse ?

P227 : ouais

Il va même jusqu'à montrer le besoin de dire à ses petits-enfants la vérité sur sa situation en cherchant malgré tout à les protéger :

P247 : j crois que l plus important c'est de expliquer à mes ptits-enfants avec euh un voile mes enfants je leur ai déjà expliqué j'ai approché j'ai pas dit comme ça

L'événement qui a amené le patient à se retrouver hospitalisé et toute cette période inaugurale symptomatique constituent, contrairement à l'annonce en elle-même, un traumatisme chez le patient, à tel point que cela l'a conduit à se considérer comme sur le point de mourir, d'où la nécessité de dire à ses proches:

P249 : bien qu'à l'époque où je suis sorti de chez vous ici la première fois où on est rentré au mais j'ai j'ai voulu qu'ils comprennent bien que pour moi c'était foutu

Lorsque le patient va aborder la nécessité d'accepter la situation (P253) et que le psychologue, peut-être surpris, demande s'il est finalement possible d'accepter cette réalité (P254), il est intéressant d'observer que le patient pointe plutôt une nécessité d'accepter – une résignation ? – pour pouvoir supporter la situation et surtout que ce processus conduit à une valorisation de l'autre pour contrebalancer le fait que celui-ci ne puisse rien pour le patient. Notons au passage la grande densité de connecteurs déontiques (« il faut ») qui introduisent la présentation d'un monde inéluctable. Cela laisse à penser que l'expérience de la maladie est bien une affaire personnelle que nul ne peut vivre à la place du patient. C'est ainsi que ce dernier cherche à transmettre à ses proches ce qu'il vit, de manière à ne pas les faire souffrir, comme lui sans doute à très certainement souffert

lorsqu'il a compris ce qui lui arrivait. Cette expérience est difficilement communicable aux proches tant elle réveille chez tout un chacun l'angoisse de mort et induit de ce fait une souffrance immense :

P253 : c'est cuit c'est cuit c'est tout mais si ma si je peux parce que je veux bien c'que j'ai ressenti c'que j'ai eu dans... suite à mon problème depuis le début je m'en je crois que tout le monde notre société elle est formidable elle est généreuse et on peut pas non plus un certain moment euh c'est foutu c'est foutu il faut il faut accepter il faut savoir accepter je sais pas je m'exprime pas

Ψ254 : si mais est-ce que vous pensez qu'on peut accepter est-ce que vous pensez qu'on peut réellement accepter ?

P255 : oui

Ψ256 : oui ?

P257 : oui il le faut

Ψ258 : il le faut oui

P259 : il le faut et moi je pense que je l'accepte

Ψ260 : oui

P261 : et je veux que mes... je leur explique que de temps en temps avec un tout ptit ... faut l'accepter oui

Si le patient tente de supporter cette dure réalité en l'intégrant dans le processus de la vie, il montre que cette expérience vécue sur le plan psychique vient apprendre quelque chose, comme une leçon de vie, montrant là-encore que cette expérience mortifère nous apprend sur ce qu'est – ou devrait être - la vie :

P263 : mais oui hein j'veux dire y'a pas moi je suis aujourd'hui mais y'en a eu combien avant moi et y'en aura combien derrière moi euh j'encourage par contre les gens tous les hommes et les femmes notre société à s'aimer un peu plus

Cependant, le besoin de trouver du sens à cet événement de vie négatif conduit le patient à chercher en lui une cause interne qui justifierait la maladie mais rien ne semble être suffisamment fort pour donner sens et du coup le patient ne peut qu'exprimer de l'injustice :

P265 : c'qui fait chier c'est qu'moi je pense avoir... (pleurs) jamais été chémant

Ψ266 : d'avoir jamais été ?

P267 : ché

Ψ268 : méchant ?

P269 : méchant oui

Ψ270 : une injustice

P271 : ça c'est dur

Le psychologue va ensuite demander au patient s'il considère que le médecin a procédé correctement à l'annonce de la maladie (Ψ274). Le patient estime que le professionnel a fait ce qu'il avait à faire, pointant la difficulté de la tâche :

P275 : je pense qu'il a qu'il a fait comme il devenait dev

Ψ276 : devait faire ?

P277 : devait faire... je pense que voulez vous euh c'est pas facile euh leur euh je pense

Le psychologue demande alors au patient si le médecin s'est appuyé sur les radiographies pour lui expliquer la situation (Ψ278). Le patient ayant vu les images, il explique que celles-ci ont concrétisé une crainte en donnant sens au vécu :

Ψ278 : hum donc pour vous est-ce qu'il vous a montré les images les radios ?

P279 : oui

Ψ280 : oui et est-ce que ça vous a aidé ?

P281 : euh oui euh je l'ai vu j'me suis dit c'est bon c'est pas la peine de euh de tourner autour du pot c'est foutu

Ψ282 : en voyant les images ?

P283 : quand j'ai vu les images

Le patient en revanche nous explique que les images, au-delà des mots, permettent de comprendre si elles sont bien définies par les professionnels :

Ψ284 : oui mais il a pu vous expliquer

P285 : c'était pas des mots qui gênent c'était des symboles euh des c'était pas des couleurs euh

Le patient va montrer le caractère inexorable de la situation et affirmer qu'il préfère l'honnêteté dans cet instant, même s'il semble possible, pour ce faire, d'employer certains mots plutôt que d'autres :

P287 : ouais bon oui des... mais qu'est-ce que vous... personne c'est notre société elle est faite comme ça et puis euh ils ont été sincères avec moi c'est tout ce que je demande euh à tout le monde

Ψ288 : oui de vous dire la vérité

P289 : oui euh moi de toute façon quand on m'avait dit les choses les gens hein j'ai trouvé ils ont tous été sincères hein ils ont utilisé des mots pour essayer de me ménager un petit peu

Enfin, concernant l'intérêt de la présence de l'infirmière à la consultation d'annonce, le patient confirme bien qu'il est essentiel et il va même jusqu'à dire, avec émotion, que toute personne a sa place auprès du patient dans ce moment d'extrême souffrance existentielle :

Ψ294 : oui et l'infirmière qui était présente ça vous a aidé aussi ?

P295 : bien sûr

Ψ296 : oui

P297 : tous les gens y'a des gens qui ne sauront même pas qu'ils m'ont aidé (pleurs)

Ψ298 : oui mais lors de la consultation elle était présente il me semble euh Katia

P299 : oui

Ψ300 : ça vous a paru une bonne chose qu'elle soit là ?

P301 : ah oui tout le monde a eu une place importante quand t'as une merde

IV – ELEMENTS RAPPELES CONCERNANT LA MALADIE

Termes	Locuteur(s) Cs Annonce	Locuteur(s) Cs <u>Post-A</u> ψ /P
<i>Tum-eur/orale</i>	M (11 fois)	ψ (1 fois) P (1 fois)
<i>Lésion</i>	M (19 fois)	
<i>Malin</i>	M (3 fois) P (1 fois)	
<i>Chirurgie</i>	M (3 fois)	
<i>Radiothérapie</i>	M (29 fois) I (1 fois) E (1 fois)	
<i>Rayon</i>	M (5 fois) I (1 fois)	
<i>Chimiothérapie</i>	M (13 fois) I (1 fois) E (1 fois)	

Le seul terme repris de la consultation d'annonce est celui de *tumeur*. Prononcé à 11 reprises par le médecin, il ne le sera qu'à 2 reprises dans cet entretien, 1 fois par le psychologue et 1 fois par le patient. Il s'agit, en fait, pour le psychologue de nommer la maladie du patient, mais ce dernier n'a pas mémoire d'avoir reçu cette information lors de la consultation d'annonce :

*Ψ89 : oui et est-ce que euh quand on vous a parlé de **tumeur** cérébrale*

*P92 : parlé de **tumeur** céné euh tuna té*

VI – ANALYSE THEMATIQUE VIA ALCESTE

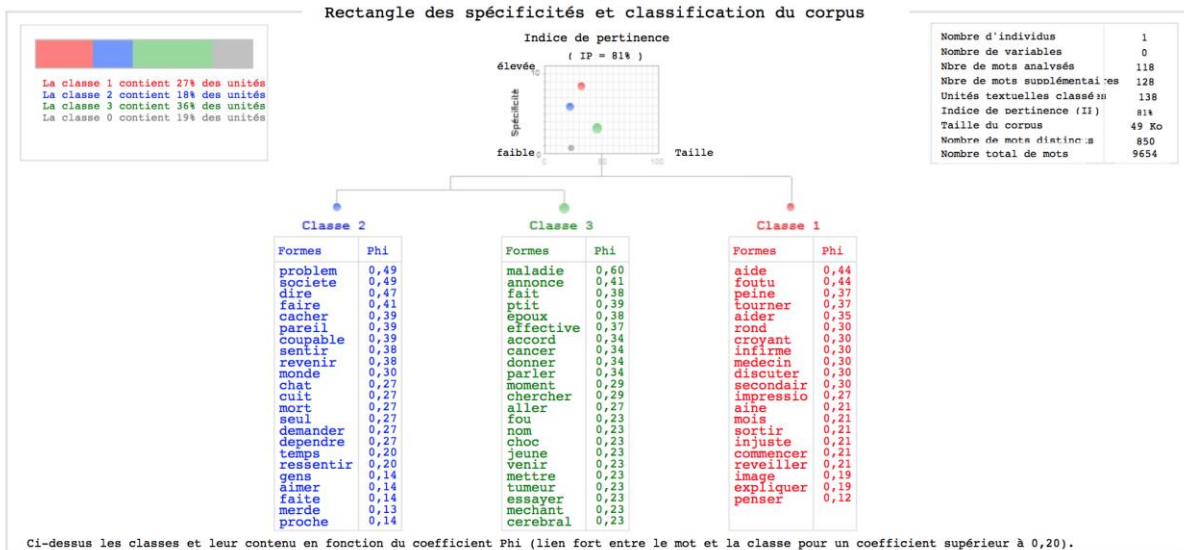
19% du discours ont été rejetés par le logiciel. La **classe 1** est isolée et comprend 23% du corpus. Elle concerne précisément le ressenti du patient suite à l'annonce (*tourner en rond, foutu, croyant ...*). La **classe 3** comprend plus d'un tiers du corpus et se centre très fortement sur la maladie, avec la notion de cancer et d'annonce. Elle est attachée à la **classe 2** qui, avec 18%, précise bien le sentiment du patient face aux autres (*culpabilité, cacher...*).

Rapport de synthèse

Texte analysé : P5YPATIENTCLAUDE Jeudi 10 Septembre 2015 à 15 h 41

Le corpus P5YPATIENTCLAUDE a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 81% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 19% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 3 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et coloriée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 36% des unités textuelles classées (soit 27% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que *aide, foutu, peine, tourner, aider, rond*. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 22% des unités textuelles classées (soit 18% du corpus initial) ses mots significatifs sont *problem, societe, dire, faire, cacher, pareil*. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 45% des unités textuelles classées (soit 36% du corpus initial) ses mots significatifs sont *maladie, annonce, fait, ptit, epoux, effectivement*. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.



VII – CONCLUSION

A travers cet entretien basé sur le vécu de l'annonce, nous pouvons observer plusieurs points fort enrichissants sur ce temps primordial que représente l'annonce de diagnostic.

Nous pouvons en effet nous apercevoir que le temps en amont de l'annonce est déjà pour le patient inclus dans le temps de la maladie. Plus encore, s'il ne semble pas que la consultation d'annonce, en ce qu'elle vient dire au

patient de sa situation, ne représente pas un traumatisme, il faut, en revanche, considérer que les symptômes vécus initialement peuvent aisément constituer un temps traumatique tant il est soudain et, justement en raison de son caractère inopiné, non encadré par des professionnels. Les symptômes conduisent alors le patient – et son entourage si ce dernier les a repérés – à émettre des hypothèses diagnostiques pouvant justifier ces troubles. C'est sans doute pour cette raison que la consultation d'annonce ne constitue pas ce fameux traumatisme puisqu'elle n'a pour fonction que de venir confirmer un diagnostic pré-établi par le patient lui-même.

Concernant les symptômes, à la fois passés, mais également ceux qui perdurent ou qui apparaissent par la suite, le patient a besoin d'en avoir une explication claire quant à l'origine mais également leur évolution possible. Ainsi, les troubles cognitifs et/ou moteurs vécus doivent prendre sens pour le patient, principalement lorsque ce dernier évoque des craintes de basculer du côté de la folie.

De plus, si nous pourrions considérer que les croyances, notamment religieuses, peuvent aider le patient à supporter, voire à accepter la situation, nous constatons que la force de ces dernières n'est pas nécessairement suffisante pour faire face à une réalité trop brutale et viole/ante. Le cancer – terme utilisé par le patient – est une maladie à forte valence anxiogène et porteuse de mort. Il est donc sans doute à prononcer avec précaution.

De la même façon, si le patient a besoin de comprendre pourquoi il se retrouve confronté à une telle situation, il n'en reste pas moins qu'aucune raison ne soit suffisamment valable pour représenter une justification tangible et donc « méritée ».

L'entourage est également évoqué par le patient au cours de cet entretien. Nous apprenons alors que celui-ci, notamment le conjoint, constitue à la fois une source d'énergie pour supporter la réalité à défaut de pouvoir la dépasser, mais il représente également une source de souffrance – peut-être la plus grande ? – en raison de son intimité avec le patient. Cette proximité conduit le patient à culpabiliser, même si ce sentiment reste parfois à un niveau inconscient. Son rôle est alors de protéger l'entourage alors même qu'il perd la maîtrise et que l'impuissance se fait ardemment ressentir. Cela conduit le patient à craindre d'être un poids, une source de souffrance pour ses proches. Son devoir serait alors de les protéger – sauvegarder – tout en les amenant à comprendre la gravité de la situation. En effet, le besoin de dire est plus fort et perçu comme plus approprié que le maintien dans l'ignorance.

Nous avons pu également percevoir une certaine pudeur du côté du patient à exprimer ses craintes et sa souffrance, tentant très certainement ainsi de conserver une certaine humanité et dignité. Il est donc fondamental d'aider le patient à extérioriser son vécu négatif sans pour autant le pousser ou le condamner dans ses retranchements et ainsi le plonger dans un pessimisme morbide. Le patient a besoin de temps pour entendre, intégrer et peut-être même digérer la vérité, d'où l'importance que les soignants respectent ce rythme progressif

de l'intégration des informations et plus particulièrement tout le système défensif inconscient mis en place par le patient pour tenir face aux angoisses de mort et de néant.

Concernant le rapport du patient à la maladie, nous comprenons que cette expérience est intime, profondément personnelle et de ce fait difficilement communicable, principalement à cause de la complexité du vécu, du ressenti et de la valence émotionnelle.

Néanmoins, cette maladie possède une vertu expérientielle en venant donner une signification sur ce que sont, ou devraient être, la vie et les rapports aux autres.

Ensuite, concernant la procédure de l'annonce, il semble que l'appui par le médecin sur l'imagerie pour aborder la présence de la maladie dans le corps du patient soit une bonne méthode pour amener le patient à comprendre ce qui lui arrive, si cependant le professionnel donne des explications basiques sur la radiologie en elle-même avant même d'aborder le mal présent.

En outre, le patient précise bien et insiste même sur le fait qu'il est nécessaire que le médecin fournisse une information honnête concernant la réalité.

Pour liquider le sentiment de dette parfois ressenti par le patient vis-à-vis d'une équipe hyper-investie à ses côtés, il est important de parvenir à l'aider à se séparer son douloureux sentiment de culpabilité. S'il a besoin de sentir que l'équipe lui apporte réconfort, soutien et savoir-faire, il doit de son côté sentir qu'il peut lui-aussi être utile pour ces soignants en ayant une place reconnue et personnelle à leur côté, d'où cette médecine personnalisée à développer sans en perdre son fondement humain et interpersonnel.

Enfin, les mots porteurs pour le patient et le psychologue sont ceux de tumeur cérébrale. Ils permettent de localiser la maladie tant pour le patient que le psychologue mais pour ce dernier, ils viennent donner un nom à la maladie alors pour le patient, le terme de tumeur – oublié ou nié – est remplacé par celui de cancer qui porte, sans doute pour lui encore plus, la représentation de la mort.

CONSULTATION POST-ANNONCE PSYCHOLOGUE – EPOUSE

I – ACTEURS

Nous retrouvons dans cet entretien la compagne du patient (E) et le psychologue (Ψ).

II – DUREE DE LA CONSULTATION POST-ANNONCE PSYCHOLOGUE

L'échange a duré 19 minutes et 41 secondes.

III – STRUCTURE DE L'ENTRETIEN

Le psychologue explore d'abord le vécu de la consultation d'annonce de la maladie par l'épouse en expliquant le but de l'entretien (Ψ). C'est ainsi que nous apprenons que l'annonce a constitué un véritable choc pour elle en raison du caractère silencieux et invisible de la maladie :

E6 : moi j'ai été surpris parce que j'm'y attendais pas du tout de ce qui lui arrivait hein

E8 : y'avait aucun signe rien ça a été vraiment la douche froide hein

Néanmoins, l'épouse va alors décrire la manière dont elle a indirectement découvert la maladie de son mari, en décrivant les troubles que ce dernier a présentés et la réaction qu'elle a eue :

E14 : oui y fait comme d'habitude ce qu'il fait tous les matins et là je l'vois il arrivait pas à passer sa ceinture il s'énervait en mettant sa ceinture il se tapait la main et la jambe droite je regarde j'lui dis 'qu'est-ce que t'as donc j'vais t'la mettre ta ceinture' et puis oui il commençait à parler c'était pas c'était pas cohérent et y fait 'oh la la suis pas bien' j'fais 'oh j'fais le 18' j'l'entends je l'laisse encore un ptit peu euh cinq minutes dix minutes non cinq minutes et pis j'lui reparle avec lui et toujours ça devenait vraiment de moins en moins cohérent alors j'appelle notre fils pour qu'il vienne rechercher la ptite j'lui dis 'écoute j'appelle le médecin j't'emmène chez le médecin c'est pas normal ça va pas' il m'dit 'non non ça va aller' bon j'appelle quand même le médecin et le médecin il m'dit 'écoutez faite le quinze j'peux rien faire' bon j'fais le quinze et j'explique j'ai eu l'impression que c'était une éternité de tout expliquer

E16 : hein de toujours répéter les mêmes choses et alors il m'dit 'passez moi le' alors j'lui passe oh pis merde il dit il arrive plus à sortir un mot et pis merde c'est pas du tout le genre de de son genre et alors il m'lance le téléphone 'bah oui j'men vais fous moi la paix' alors j'explique bien au médecin qu'il avait eu un traitement pour le diabète et pis pour la l'hypertension alors il m'dit faut lui faire un dextro alors bon bah j'ai rien pour faire un dextro j'avais rien du tout alors on fait venir une ambulance bon bah il envoie une ambulance l'ambulance qui arrive bah maintenant y'a le dextro qui fonctionnait pas et j'entends 'on n'a pas le droit' qu'ils m'disent les ambulanciers bah moi j'dis 'j'ai l'droit donnez moi le j'vais l'faire' j'essaie l'machin il marche pas j'arrivais pas à voir le

Ce passage vient pointer un paradoxe dans le fait qu'en un temps très court l'épouse exprime à la fois sa surprise quant à la présence de la maladie chez son mari puisque celle-ci semble avoir été silencieuse, alors même qu'elle va nous en décrire les premiers symptômes. A-posteriori, nous comprenons à travers ce processus qu'une telle réalité est de l'ordre de l'impensable et ce, même si la personne travaille dans le domaine de la santé :

E36 : donc j'ai eu l'habitude quand même de euh des trucs comme ça mais on pense pas qu'ça nous arrive

L'épouse va également nous montrer que le choc provient en grande partie de ce qui a été dévoilé à demi-mot par les professionnels de la médecine nucléaire à la suite de l'IRM passée par le patient. Cette pseudo-annonce inaugure la mise en œuvre d'un processus réflexif quant à un diagnostic présupposé :

E26 : donc on est arrivé ici tout de suite IRM et euh vraiment ça devenait de pire en pire hein j'me disais 'il est en train de partir il est c'est foutu' [...] il est arrivé ici IRM pis voilà... la douche de l'IRM le euh le résultat de l'IRM j'crois quand la médecin m'a dit 'écoutez c'est pas un euh j'pensais un AVC hein vu qu'il était devenu enfin qu'il devenait aphasique'

Cette anticipation anxiogène conduit la compagne du patient à anticiper et à assumer l'annonce à réaliser aux enfants du couple, estimant devoir les préparer à la dure réalité qu'elle présuppose, encore une fois, en raison des informations non précises reçues au moment de l'IRM :

E30 : oui ah oui oui oui j'ai compris bah c'est foutu j'ai dit à mes enfants vous savez j'crois que pour votre père c'est foutu

Il semble alors que le rôle du proche dans ces instants est à la fois d'informer:

- l'entourage, notamment les enfants :

E44 : c'est dur de s'y faire mais j'suis réaliste hein je réalise souvent j'vais pas m'voiler la face hein et aux enfants j'leur dis aussi on a un fils qui n'accepte pas fin qui n'accepte pas du tout il acceptait pas en gros maintenant j'ai essayé de le préparer et ça devient un peu mieux maintenant mais ça a été dur hein

- le patient lui-même en traduisant avec d'autres mots ou en reprenant le contenu de l'annonce :

Ψ47 : et est-ce que justement votre mari m'expliquait qu'à l'annonce euh on n'a pas parlé de de tumeur cérébrale en tout cas lui l'a pas entendue

E48 : moi j'lui ai parlé je lui ai toujours dit mais bon euh il entendait certainement pas ou il voulait pas l'entendre

Il apparaît bien dans cet entretien la tension émotionnelle présente dans ce temps lors duquel l'épouse se pose pour réfléchir et parler de la maladie de son mari :

E42 : bah oui il dit 'il a eu la chance de vous parler' ... excusez-moi (pleurs)

Les termes employés par le patient et l'épouse, décrivant le même mal, restent cependant différents, le patient s'accrochant plus à la notion de cancer alors que l'épouse parle de tumeur ou de lésion. L'épouse étant soignante, peut-être est-ce la raison de l'utilisation de termes appartenant habituellement plus au monde soignant ?

E54 : 'oui parce que j'ai eu le cancer' il dit j'lui dis 'non c'est une tumeur qui est importante et puis y'a des lésions à côté' 'mais non' qu'il m'dit

Dans ce sens, elle semble assurer deux rôles, tantôt celui de soignante en ce qui concerne les aspects pratiques de la maladie, tantôt celui de l'épouse lorsqu'il s'agit de vivre le quotidien de la maladie d'un proche :

E56 : bah vous savez oui et non mais bon y'a des moments où j'suis comme tous les gens qui ne connaissent rien j'ai aussi j'ai un peu aussi euh

Par ailleurs le flou autour du parcours thérapeutique aura été facteur de stress important :

E68 : oui oui oui je pense que bon bah ça a été un peu euh ce qui nous a un peu paumé et quand on est arrivés chez le radiothérapeute pour faire cette radiothérapie et on nous avait commandé tout le traitement à l'hôpital euh la chimio orale et délivré comme ça et le radiothérapeute a dit 'non c'est pas la radiothérapie' j'm'imaginai pas que ça allait augmenter aussi j'pensais quand même qu'on pouvait aller

Or, il est évident que la transmission d'informations précises concernant les traitements est fondamentale pour constituer un cadre structurant et favoriser une projection sans doute moins anxieuse :

E75 : le traitement qu'il a là j'ai demandé bon qu'on me donne le papier hein j'suis curieuse c'est normal je veux savoir

L'épouse va également montrer toute l'importance de l'infirmière dans ces instants, décrivant cette dernière comme naturellement plus accessible et ayant une fonction de liant entre le médecin d'un côté et le patient et ses proches de l'autre :

E127 : oui de toute façon le patient la famille il va plus vers l'infirmière que le médecin

E141 : ouais c'est elle qui fait l'intermédiaire

Il en est de même pour l'imagerie et l'intérêt qu'elle représente au sein de la consultation d'annonce, permettant au patient et en l'occurrence ici à la famille de se représenter la maladie :

E155 : bah tant qu'on ne voit pas on s'imagine pas hein

Si l'épouse nous confie le besoin de trouver du sens à cet événement de vie qui survient de manière inattendue (E187), elle démontre bien l'insuffisance des croyances – ici religieuses – pour surmonter ou accepter cette épreuve (E171) :

E167 : oui on se dit j pense que c'est légitime tout le monde doit se dire pourquoi ça m'arrive enfin ça nous arrive à nous

E171 : on a l'impression que ça s'acharne sur nous

E187 : bah on est croyants euh j'suis croyante mais là je suis en train de me de m'éloigner de tout ça j'me dis c'est pas possible euh j'arriverais à me révolter à m'dire mais redescends sur Terre ça n'existe pas c'est pas possible des choses pareilles enfin c'est idiot de vous dire ça

Elle montre ainsi qu'il n'est sans doute pas juste de parler d'acceptation lorsqu'il s'agit d'un événement tel que la perte d'un enfant ou l'apparition d'une pathologie incurable :

E177 : pff vous savez tolérer on l'accepte j'veux pas dire que j'vais accepter on peut pas dire qu'on accepte une chose pareille

E179 : hein on peut pas accepter c'est

Enfin, comme le patient, l'épouse confirme bien la nécessité que cette annonce se fasse dans une transparence absolue :

E209 : bah oui c'est euh même si c'est dur à accepter c'est euh y faut dire des mots les choses comme elles sont c'est pas la peine de euh

IV – ELEMENTS RAPPELES CONCERNANT LA MALADIE

Termes	Locuteur(s) Cs Annonce	Locuteur(s) Cs Post-A ψ /E
Tum-eur/orale	M (11 fois)	ψ (2 fois) E (1 fois)
Lésion	M (19 fois)	E (1 fois)
Malin	M (3 fois) P (1 fois)	
Chirurgie	M (3 fois)	
Radiothérapie	M (29 fois) I (1 fois) E (1 fois)	ψ (1 fois) E (5 fois)
Rayon	M (5 fois) I (1 fois)	
Chimiothérapie	M (13 fois) I (1 fois) E (1 fois)	E (2 fois)

Le premier terme repris de la consultation d'annonce est celui de lésion. Prononcé à 19 reprises par le médecin, il le sera à 1 reprise dans cet entretien par l'épouse du patient. Etant infirmière de profession, l'épouse du patient emploie très certainement ce terme pour reprendre l'information transmise par le médecin lors de la consultation d'annonce, même si nous remarquons que son usage ne correspond pas réellement à la réalité telle qu'elle a été énoncée par le médecin :

*E54 : oui parce que 'j'ai eu le cancer' il dit j'lui dis 'non c'est une tumeur qui est importante et puis y'a des **lésions** à côté' 'mais non qu'il m'dit'*

Le deuxième terme retrouvé au sein de cette consultation post-annonce est celui de tumeur. Prononcé à 11 reprises par le médecin lors de la consultation d'annonce, il sera amené ici par le psychologue pour caractériser la maladie du patient :

*Ψ47 : et est-ce que justement votre mari m'expliquait qu'à l'annonce euh on n'a pas parlé de de **tumeur** cérébrale en tout ca lui l'a pas entendue*

Il va de nouveau parler de *tumeur* en le prenant comme synonyme de *cancer*, ce dernier terme étant celui rapporté par le patient pour parler de sa pathologie :

*Ψ51 : oui parce qu'il m'a dit qu'on avait plutôt parlé de cancer hein le médecin avait prononcé le mot de cancer et pas de **tumeur** cérébrale alors est-ce qu'effectivement c'est lui qui n'a pas entendu*

L'épouse va alors faire la distinction entre les deux termes, utilisant celui de *tumeur* pour caractériser la maladie de son mari :

E54 : 'oui parce que j'ai eu le cancer' il dit j'lui dis 'non c'est une tumeur qui est importante et puis y'a des lésions à côté' 'mais non' qu'il m'dit

La notion de **radiothérapie-peute**, prononcée 21 fois par le médecin, 1 fois par l'infirmière et 1 fois par l'épouse lors de la consultation d'annonce, va être amenée lors de cette consultation post-annonce 4 fois par l'épouse pour évoquer l'ambiguïté thérapeutique de début de parcours :

*E68 : oui oui oui je pense que bon bah ça a été un peu euh ce qui nous a un peu paumé et quand on est arrivés chez le **radiothérapeute** pour faire cette **radiothérapie** et on nous avait commandé tout le traitement à l'hôpital euh la chimio orale et délivré comme ça et le **radiothérapeute** a dit non c'est pas la **radiothérapie** j'm'imaginai pas que ça allait augmenter aussi j'pensais quand même qu'on pouvait aller*

Le psychologue va justement demander à la compagne du patient une précision quant à cette option thérapeutique, ce qui amènera l'épouse à prononcer de nouveau ce terme pour confirmer et insister sur ce projet initial :

*Ψ104 : oui si je comprends bien la première fois on vous avait parlé de **radiothérapie***

*E105 : de **radiothérapie***

Le terme **chimiothérapie** sera, lui, prononcé à 2 reprises lors de cette consultation post-annonce et ce uniquement par l'épouse du patient, alors qu'il l'a été 13 fois par le médecin, 1 fois par l'infirmière et 1 fois par l'épouse lors de la consultation d'annonce.

Elle va ainsi montrer qu'elle a retenu cette information transmise par le médecin lorsque celui-ci a abordé la partie des traitements pendant la consultation d'annonce :

*E101 : oui celle où il nous a annoncé la **chimiothérapie** qu'il fait là*

Elle va également montrer qu'en ayant retenu cette information, elle a, du coup, été perdue lorsque le schéma thérapeutique a été brutalement modifié :

*E68 : oui oui oui je pense que bon bah ça a était un peu euh ce qui nous a un peu paumé et quand on est arrivés chez le radiothérapeute pour faire cette radiothérapie et on nous avait commandé tout le traitement à l'hôpital euh la **chimio** orale est délivré comme ça et le radiothérapeute a dit non c'est pas la radiothérapie j'm'imaginai pas que ça allait augmenter aussi j'pensais quand même qu'on pouvait aller*

VI – ANALYSE THEMATIQUE VIA ALCESTE

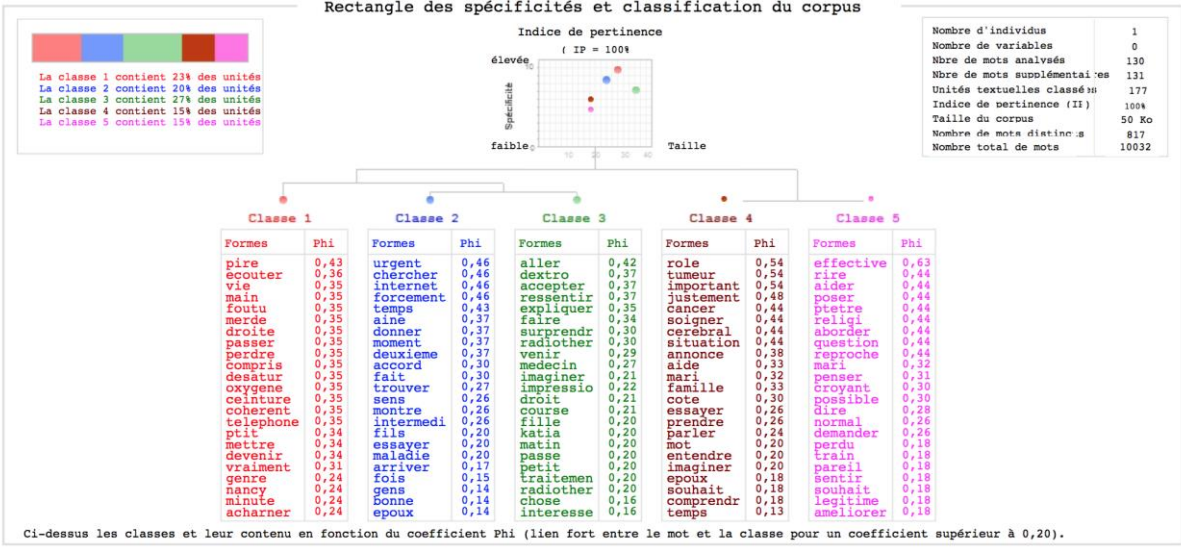
L'intégralité du discours entre dans cette analyse. La **classe 1** (23%) reste isolée. Elle regroupe des termes graves : *pire, foutu, perdre, désature*. La **classe 2** (20%) concerne l'information et plus précisément le besoin urgent de chercher sur internet. Elle est liée à la **classe 3** (27%) qui se centre plus sur du factuel. La **classe 4** (15%) regroupe les termes liés à la maladie tels que *tumeur, cancer, soigner, annonce*. Elle est liée à la **classe 5** (15%) qui pointe des aspects sans doute « aidants » : *rire, religion, croyant, ...*

Rapport de synthèse

Texte analysé : PSYPCLAUDE Jeudi 10 Septembre 2015 à 15 h 49

Le corpus PSYPCLAUDE a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 100% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 0% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 5 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorisée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 22% des unités textuelles classées (soit 23% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **pire**, **écouter**, **vie**, **main**, **foutu**, **merde**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 20% des unités textuelles classées (soit 20% du corpus initial) ses mots significatifs sont **urgent**, **chercher**, **internet**, **forcement**, **temps**, **aine**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 28% des unités textuelles classées (soit 27% du corpus initial) ses mots significatifs sont **aller**, **dextro**, **accepter**, **ressentir**, **expliquer**, **faire**. puis de la classe 4 qui représente 15% des unités textuelles classées (soit 15% du corpus initial) marquée par les mots **role**, **tumeur**, **important**, **justement**, **cancer**, **soigner**. puis de la classe 5 qui représente 15% des unités textuelles classées (soit 15% du corpus initial) marquée par les mots **effectivement**,



VII – CONCLUSION

Cette consultation apporte des informations précieuses concernant le processus de l'annonce.

Tout d'abord, elle démontre parfaitement la cohabitation possible – voire nécessaire – sur le plan psychique de la conscience d'une réalité « anormale » et d'un effondrement à l'annonce de cette anormalité. Ce savoir reste impensable tant il vient toucher à la fois l'autre, mais également soi dans la relation construite avec cet autre. Ce savoir est par ailleurs imperméable à toute représentation liée aux croyances éventuelles tellement il touche le réel à l'état brut.

L'épouse, par ailleurs soignante de profession, ne peut s'empêcher de supposer une cause probable aux troubles subits de son mari, en grande partie en raison de la divulgation d'un savoir incomplet et surtout imprécis de la part du professionnel de la médecine nucléaire.

C'est elle-même qui se charge de révéler – d'annoncer – aux enfants la maladie dont souffre leur père. Pour le patient, elle sera parfois traductrice d'un langage qui lui est méconnu, voire inconnu. Cela la place dans une

position de tiers, vacillant du monde patient avec l'usage d'un langage profane, au monde soignant avec l'emploi d'un vocabulaire plus professionnel.

Cet entretien nous enseigne également que la non cohésion, ainsi que le manque de communication entre les différents acteurs qui gravitent autour du patient, constituent un facteur de stress majeur chez l'épouse en entravant la mise en place d'un cadre structurel rassurant. Dans ce sens, le rôle de l'infirmière apparaît essentiel puisqu'elle favorise, par sa proximité à la fois physique mais également lexicale, la création de l'alliance entre le médecin et le patient, avec pour fondement l'honnêteté.

META-ANALYSE DES TERMES PRONONCES EN CONSULTATION D'ANNONCE ET REPRIS EN CONSULTATION POST-ANNONCE

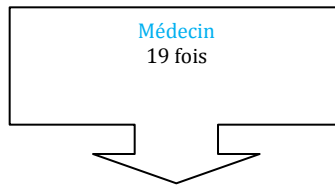
Fréquence d'occurrences des termes relatifs à la maladie et aux traitements

		ANNONCE				POST-ANNONCES						TOTAUX		
		M	P	E	I	ψ	P	I	E	ψ	E		I	P
MALADIE	Tumeur	11	0	0	0	1	1	3	0	2	1	0	0	19
	Lésion	19	0	0	0	0	0	7	0	0	1	0	0	27
	Cancer	7	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	12
	Glioblastome	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	Malin	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
TRAITEMENTS	Chirurgie	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	Radiothérapie	21	0	1	1	0	0	3	1	1	5	0	0	33
	Rayon	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6
	Chimiothérapie	13	0	1	1	2	10	0	2	0	2	0	0	31

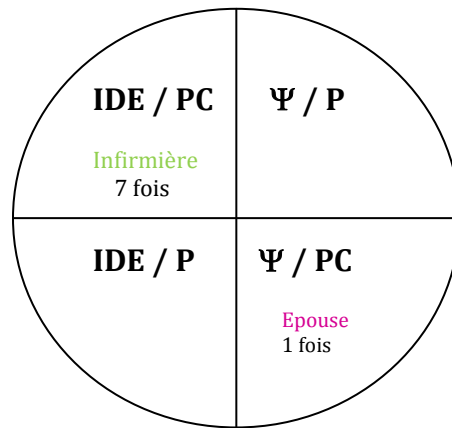
Nous retrouvons au total 5 termes qui survivront entre la consultation d'annonce et les consultations post-annonce infirmière et psychologue : *lésion*, *tumeur*, *cerveau*, *radiothérapie* et *chimiothérapie*. Observons alors quel est le parcours des termes qui survivent dans le discours des interlocuteurs tout au long de ces consultations.

LESION

Consultation d'annonce



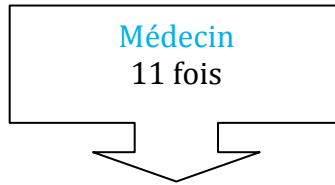
Consultations post-annonce



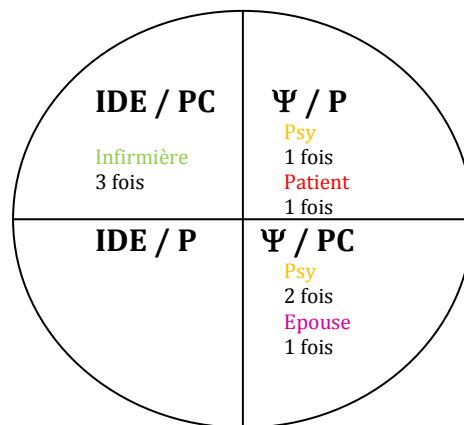
La notion de *lésion* vient effectivement représenter le mal dont souffre le patient mais il reste habituellement dans le langage soignant. Ici nous constatons que l'épouse va reprendre ce terme lors de l'échange avec le psychologue. Pour autant, n'oublions pas qu'elle est soignante de profession et que de ce fait, elle se situe souvent dans un entre-deux, tantôt du côté patient, tantôt du côté soignant, avec une communauté de parole lexicale mixte.

TUMEUR

Consultation d'annonce



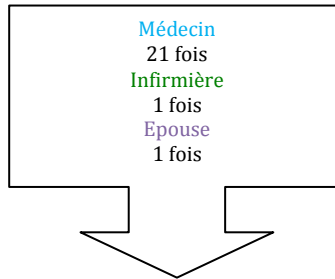
Consultations post-annonce



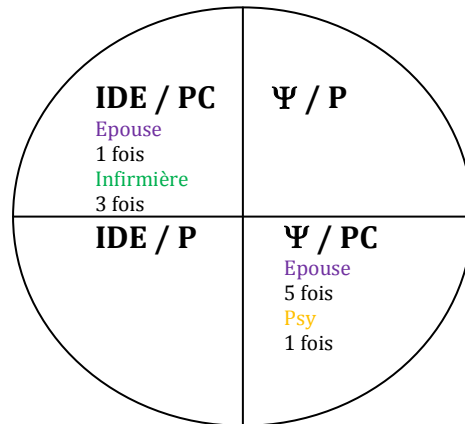
La notion de *tumeur* est retrouvée tout au long des consultations, tant dans le monde patient que celui soignant. C'est sans doute ce terme qui permet à tous les acteurs de parler le même langage et ainsi favoriser une bonne intercompréhension.

RADIOTHERAPIE

Consultation d'annonce



Consultations post-annonce

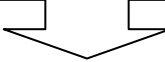


Le terme *radiothérapie* est principalement retrouvé du côté soignant, même si, là-encore, l'épouse va l'employer souvent. Ce traitement n'est en revanche pas du tout abordé par le patient, ce qui laisse à penser qu'il est sans doute important lors de la consultation d'annonce de diriger les informations transmises vers cet acteur afin qu'il intègre davantage ce traitement dans le parcours.

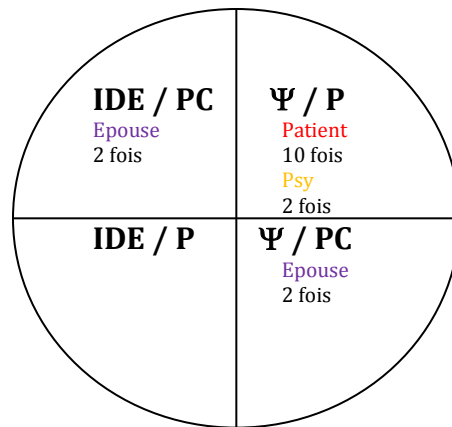
CHIMIO-THERAPIE

Consultation d'annonce

Médecin	13 fois
Infirmière	1 fois
Epouse	1 fois



Consultations post-annonce



Contrairement à la radiothérapie la chimiothérapie apparait dans le discours du patient. Ce terme appartient donc totalement aux deux communautés de parole puisqu'au cours de ces entretiens il apparaitra à un moment ou à un autre dans le discours de tous les acteurs.

POUR CONCLURE :

Cette consultation d'annonce permet de bien mettre en avant la complémentarité entre les deux soignants présents. En effet, si logiquement le médecin intervient beaucoup au cours de cet entretien, nous constatons que l'infirmière interagit également souvent. Chacun semble avoir un rôle bien défini. Le médecin va très naturellement avoir la lourde tâche de révéler au patient et à ses proches la maladie. Pour ce faire, il va mettre en œuvre certains mécanismes de défense qui peuvent donner la sensation d'un certain détachement, presque affectif, quant au contenu mortifère de ce qu'il a à dévoiler vis-à-vis du patient. L'impression de décalage entre le ton et le contenu – la forme et le fond – de l'annonce apparaît comme protectrice et donc adaptative pour le locuteur au risque en revanche d'être inadaptée au récepteur. L'infirmière va quant à elle avoir pour mission d'orienter le patient et les proches de ce dernier dans le parcours de la maladie. En informant et en fournissant des repères précis concernant les divers éléments en lien avec la pathologie, l'infirmière représente un pilier et ce, dès la consultation d'annonce.

Enfin, la famille du patient assure une fonction maternante en étant dans une préoccupation maternelle primaire, naturellement happée par la spirale débutante de la maladie.

Monsieur Durand

CONSULTATION D'ANNONCE :

I – ANALYSE FORMELLE

A - Acteurs

Le nombre de personnes présentes lors de cette consultation est de cinq. Le médecin (M) et l'infirmière (I) reçoivent monsieur Durand (P), un patient âgé de 57 ans présentant une légère hémiplégie du côté gauche en voie d'amélioration grâce à un traitement par corticothérapie. Le patient est à la retraite et a exercé le métier de mineur de fond.

L'épouse (E) du patient ainsi que leur fille (F) sont présentes lors de cette consultation d'annonce.

B – Durée de la consultation d'annonce

La durée de cette consultation est de 55 minutes et 18 secondes.

C – Structure

Dans cette consultation d'annonce notre analyse a mis en évidence 6 grands domaines thématiques développés par les protagonistes présents :

- Evolution symptomatologique depuis la biopsie (de M1 à P28)
- L'annonce de la maladie (de M29 à P60)

- L'abord des traitements (de M61 à E245)
- Le vécu du patient (de M246 à M302)
- Les contingences pratiques (de M304 à E346)
- Le suivi (de I347 à M430)

Cela donne le synopsis suivant illustré d'extraits de corpus

Avec M : Médecin ; P : Patient ; F : la Fille de M. Durand ; E : Epouse de M. Durand ; I : Infirmière.

- **Evolution symptomatologique depuis la biopsie (de M1 à P28)**

M1: la biopsie c'était la semaine dernière

{...}

M8: et là à la maison tout se passe bien vous êtes... plus d'problème ?

{...}

M12: d'accord, la jambe tout ça ça va mieux, c'est rentré dans l'ordre ?

P13: oui

M14: y a plus de déficit hein

P15: ah si quand même

M16: enfin c'est léger parce qu'avant...

P17: oui c'est léger oui oui c'est léger

E18: oui

P19: c'est surtout les tremblements quoi

M20: c'est quoi comme tremblements ?

P21: ben quand j'mange euh j'ai du mal à tenir la fourchette, j'ai du mal à l'amener à la bouche quoi

M22: *et ça touchait le bras et la jambe ?*

{...}

M27: *enfin par rapport à avant ça traînait plus hein avec la cortisone ça avait amélioré donc là ce qui reste c'est au niveau des gestes fins plutôt la main droite*

Le médecin débute son entretien en partant de la biopsie pour faire le point sur les symptômes présentés par le patient : « *la biopsie c'était la semaine dernière* ». Il va souvent orienter les réponses du patient en employant une formulation négative ou une minimisation des plaintes : « *plus d problème ?* »; « *ça va mieux, c'est rentré dans l'ordre ?* »; « *y a plus de déficit hein* »; « *enfin c'est léger parce qu'avant* »; « *enfin par rapport à avant ça traînait plus hein avec la cortisone ça avait amélioré donc là ce qui reste c'est au niveau des gestes fins plutôt la main droite* ».

- **L'annonce de la maladie (de M29 à P60)**

M29: *bon alors, donc j'ai le résultat de votre biopsie on a un peu insisté pour l'avoir*

P30: *oui*

M31: *donc j'ai eu hier par téléphone mais y m'a appelé, qu'est-ce qu'on avait dit la dernière fois, vous vous rappelez monsieur Durand ? Qu'est-ce qu'on avait suggéré éventuellement... que cela pouvait être ?*

P32: *ben vous m'aviez dit que c'était une tumeur*

M33: *oui... alors donc,*

P34: *si c'était primitif non euh... hein*

M35: *non on en discutait quand on s'était vus dans le service où j'avais dû euh... donc alors, avec les troubles neurologiques que vous aviez on a découvert cette lésion cérébrale*

P36: *oui*

M37: donc qui correspond à une tumeur

P38: hum hum

M39: ça on est tous d'accord et la question c'est de savoir quel...

P40: type de tumeur

M41: type de tumeur c'était. Alors donc le prélèvement qui a été fait euh montre qu'il s'agit euh donc c'est bien une tumeur et la première information c'est une tumeur qui naît dans le cerveau, ce qu'on appelle une tumeur primitive

P42: oui

M43: donc c'est à dire que c'est pas une tumeur qui vient d'un autre organe, c'est pas une tumeur secondaire, c'est pas ce qu'on appelle une métastase

P44: hum hum

M45: donc là on est en présence d'une tumeur qui naît dans le cerveau et la question est de savoir après si cette tumeur qui naît dans le cerveau donc qui est primitive si elle est bénigne ou maligne ou agressive

P46: oui c'est ça

M47: et donc elle est maligne et agressive

P48: hum hum

M49: en d'autres termes, si on avait pu opérer la lésion, là on n'a pas pu opérer parce qu'elle est pas dans des zones faciles d'accès hein si on avait tenté d'opérer y a des chances qu'on vous ait entièrement paralysé...

P50: oui

M51:...le côté droit donc si c'était dans une zone accessible sur le plan chirurgical le fait qu'elle soit maligne et agressive si on fait que la chirurgie la tumeur revient dans tous les cas, pareille, plus grosse en 2-3 mois d'accord ? Ça c'est clair et net

P52: hum

M53: voilà pour d'autres, enfin d'autres façons de le dire c'est si on fait pas de traitement c'est à dire que si on laisse la tumeur on va dire si on laisse la nature faire les choses c'est c'est des tumeurs qui ont un pronostic à 3 mois, 3-4 mois

P54: ah oui

M55: si y a aucun traitement monsieur Durand si on... parce que le but si on fait rien c'est une tumeur, comme toute tumeur elle va grossir elle va se multiplier elle va atteindre une certaine grosseur et va entraîner dans le cerveau, y'aura des contraintes qui vont se passer ça entraînera une issue défavorable, si y a aucun traitement pour dire quand même que c'est quelque chose de...

P56: hum

M57: d'agressif hein ?

P58: oui,

M59: C'est à dire que si on fait rien dans trois mois, voilà

P60: hum

Partant des résultats de la biopsie, le médecin va tout d'abord questionner le patient sur l'état actuel de ses connaissances, l'orientant en fonction des informations transmises initialement lors de l'hospitalisation pour l'examen anatomopathologique (*qu'est-ce qu'on avait dit la dernière fois, vous vous rappelez monsieur Durand ? Qu'est-ce qu'on avait suggéré éventuellement... que cela pouvait être ?*). Le patient rapporte le nom de la maladie « tumeur » mais semble vite perdu. Le médecin, appuyant ses dires sur un consensus médical, (*ça on est tous d'accord (...)*), va alors reprendre les explications pour définir la maladie et montrer ce qu'elle est « *c'est une tumeur qui naît dans le cerveau, ce qu'on appelle une tumeur primitive* » ainsi que ce qu'elle n'est pas « *c'est pas une tumeur qui vient d'un autre organe, c'est pas une tumeur secondaire, c'est pas ce qu'on appelle une métastase* ». Cela étant, par la formulation restrictive « *ça on est tous d'accord* », le médecin laisse penser que ce consensus n'existe plus pour la suite. Il va ensuite être assez exhaustif en abordant la nature de la maladie puisqu'il donne trois possibilités : « *bénigne* », « *maligne* » ou « *agressive* » pour ensuite ne retenir que celles correspondant à la réalité : « *donc elle est maligne et agressive* ».

Il procède alors à une description singulière en justifiant la non-intervention chirurgicale « *qu'elle est pas dans des zones faciles d'accès* » « *si on avait tenté d'opérer y a des chances qu'on vous ait entièrement paralysé* », « *la tumeur revient dans tous les cas, pareille, plus grosse en 2-3 mois* » et dressant aussitôt un tableau sombre, catastrophique de la situation « *c'est des tumeurs qui ont un pronostic à 3 mois, 3-4 mois* », « *comme toute tumeur elle va grossir elle va se multiplier elle va atteindre une certaine grosseur et va entraîner dans le cerveau, y'aura des contraintes qui vont se passer ça entraînera une issue défavorable, si y a aucun traitement* », pour montrer l'intérêt d'un traitement.

- **L'abord des traitements (de M61 à E245)**

M61: voilà alors étant pas opéré y va falloir qu'on fasse un traitement complémentaire

P62: hum

M63: et ce traitement c'est euh radiothérapie

P64: d'accord

M65: radiothérapie hein et plus ou moins chimiothérapie alors la radiothérapie c'est un traitement qui se fait donc sur Nancy euh c'est une séance par jour, 5 fois par semaine, pendant 6 semaines d'affilée, oui parce que si on donne une dose unique c'est Tchernobyl hein

P66: hum hum

M67: ou Fukushima là mais c'est pas terrible hein donc on donne plusieurs doses, répétées

P68: d'accord

M69: et la tolérance de la radiothérapie : vous allez perdre vos cheveux

P70: oui ben oui

M71: un p'tit peu mais pas beaucoup c'est une perte qui est très limitée hein. Vous êtes fatigué, souvent vous pouvez faire la sieste l'après-midi si vous la faisiez pas auparavant et l'autre hypot... l'autre possibilité c'est que vous risquez d'avoir un p'tit peu mal à la tête parce que le fait d'irradier le cerveau

P72: hum hum

M73: le rayon, le rayonnement va traverser toute la peau, c'est pour ça que les cheveux tombent, l'os et une partie du cerveau et ça peut et le cerveau peut être gonflé d'eau, vous pouvez avoir des œdèmes donc ça peut entraîner des maux de tête voire quelques fois une majoration des déficits mais pour ça on donne la cortisone qu'on laisse un p'tit peu au long cours pendant le traitement et souvent en plus on rajoute comme vous êtes jeune, on va faire une exception, on rajoute du Temodal, une chimiothérapie à prendre par voie orale en même temps que la radiothérapie du premier jour de la radiothérapie jusqu'au dernier jour, même samedi dimanche et jours fériés parce que la radiothérapie donc c'est 5 fois par semaine, la chimiothérapie c'est tous les jours, samedi dimanche jours fériés jour de maintenance, de réévaluation et la chimiothérapie c'est du premier jour du traitement jusqu'au dernier, c'est 7 fois par semaine, 6 fois 7 : 42 jours. La chimio en principe elle est bien supportée, c'est une gélule à prendre par la bouche, une heure après le petit déjeuner du matin, voilà une surveillance au niveau des prises de sang pour voir si y a pas une chute des plaquettes, des globules blancs

P74: hum

M75: en principe y a une petite fatigue mais avec la radiothérapie vous sentirez pas du tout l'effet. Hier j'ai eu un patient qui était en cours de radiothérapie il était essentiellement fatigué, très très fatigué, vidé, plus que par la chimiothérapie, voilà et avec ça on espère pouvoir contrôler la lésion, au moins dans un premier temps l'empêcher qu'elle grossisse et après peut-être la faire diminuer de taille

P76: d'accord

M77: et une fois qu'on a fait ce traitement-là 4 semaines après la fin de la radiothérapie on reprend la chimiothérapie

P78: la chimio c'est c'est en cachet vous dites

M79: ouais ouais et après une fois qu'on a fini les rayons on reprend la chimio mais là c'est des cures de... c'est un traitement qui dure 5 jours c'est du lundi au vendredi, on fait ça une cure par mois et à peu près 6 cures et entre temps on se voit tous les 2 mois avec une IRM cérébrale de contrôle voilà

P80: hum

M81: avec ça donc on pense qu'on va pouvoir contrôler la situation mais on sait que malgré le traitement ce type de tumeur peut ré-évoluer ou réapparaître malgré nos traitements donc il y a un risque de récurrence qui n'est pas négligeable, qui existe et en principe ce risque il est fréquent par rapport à d'autres types de tumeurs malignes, le risque est assez rapide c'est dans la première année, dans les 18 premiers mois qui suivent le diagnostic initial, c'est pas des choses qui rechutent à 4, 5 ans, 10 ans, etcetera, la rechute est...

P82: ah oui

M83: si y a une rechute elle est dans l'année à peu près qui suit le diagnostic initial. Voilà, j'en ai fini, j'ai dit c'que j'avais à...

P84: ça commencerait quand ?

I85: vous avez des questions peut-être ?

P86: ça commencerait quand la radiothérapie ?

M87: dans un certain temps

I88: ben, c'est au CAV ?

M89: ben en tous les cas la radiothérapie c'est en ambulatoire oui

I90: vous habitez plus près de Nancy que de Metz ?

P91: oui de Nancy oui

I92: c'est ou au CAV ou à Gentilly

M93: Gentilly c'est Claude Bernard euh non que je dise pas de bêtise, c'est le centre Alexis Vautrin sur Nancy y a 2 possibilités : y a soit le centre Alexis Vautrin soit la clinique Gentilly, c'est deux endroits où y a la radiothérapie après y a Metz mais Metz c'est un peu loin après Baccarat c'est Strasbourg mais Strasbourg c'est un peu loin c'est pas toutes les villes qui ont des...c'est pas toutes les villes qui entre guillemets ont des enfin des centres de radiothérapie c'est un p'tit peu, voilà, et puis Metz, c'est plus loin ? Pareil ?

P94: euh pareil j'aime autant aller sur Nancy

E95: y vaut mieux aller au...

I96: après c'est

E97: CAV

I98: oui au plus près, au CAV ? Alors si on part...

E99: oui ou à Gentilly c'est pareil

P100: je sais pas, c'est quoi le mieux ?

I101: ben, c'est des traitements qui sont standardisés

M102: les traitements sont identiques où que vous soyez, à Brest, à Nancy, à Nice

P103: oui oui

M104: à Toulouse les techniques sont pareilles, en gros on va irradier, on prend la tumeur cérébrale on prend une marge de sécurité qui est à peu près de 2 centimètres et après le radiothérapeute fait des calculs de doses des courbes de doses pour que le maximum de la dose soit dans la zone voulue et après ils font des calculs, ils font plusieurs faisceaux deux devant, un par derrière et après voilà ils font le traitement c'est très limité c'est un degré par jour, 5 fois par semaine y a des contrôles en gros quand vous faites la séance de radiothérapie, en gros ça dure 10 minutes à peu près c'est pas très long

E105: oui oui oui

M106: vous êtes installé sur la table au préalable les radiothérapeutes, 'fin les font ce qu'on appelle un masque quelque chose qui va vous permettre de mouler votre face qui permettra que vous ayez toujours la même position sur la table parce que c'est tous les jours et après les radio...les manipulateurs de radiothérapie font tourner l'appareil pour faire...'fin le bras, règle le collimateur et après on fait le rayonnement en gros le rayonnement ça dure même pas deux minutes même pas, mais c'est le temps de vous installer

P107: hum hum

M108: y a deux à trois faisceaux ça dure 10 minutes vous perdrez plus de temps dans les trajets...

P109: oui oui

M110: que dans les traitements

E111: oui, c'est c'que j'ai...j'avais eu , j'avais...

M112: pour ?

E113: j'avais un cancer du sein, tu t'rappelles plus ?

P114: si si

M115: mais là c'est différent parce qu'on irradie le cerveau c'est pour ça qu'on perd des cheveux la perte de cheveux est due à la radiothérapie et non pas à la chimiothérapie que vous aurez

E116 : hum

P117: d'accord, j'aurai plus de cheveux du tout ?

M118: non alors c'est très variable, j'vous dis c'est une perte un peu comme les

P119: j'ai pas le cheveu dur

M120: non non quand vous perdez les cheveux c'est un p'tit peu localisé, c'est une partie un peu comme si vous aviez une plaque de la gale c'est pas très gentil c'que j'dis mais voilà c'est pas une perte harmonieuse comme on a...

I121: vous perdez pas les cheveux partout

M122: voilà y a des chimiothérapies ou vous perdez tous les cheveux, tous les poils, là ça tombe d'un côté souvent c'est une petite plaque peut-être grosse comme ça ou un peu plus mais c'est pas souvent on peut se faire raser les gens ça repousse après

P123: hum hum

I124: après ceci dit vous allez rencontrer le radiothérapeute ou la radiothérapeute en consultation vous pourrez lui demander plus précisément...

P125: hum hum

I126: ... où sont les faisceaux

M127: voilà en général c'est là où est la lésion comme elle a été donc le maximum risque d'être plutôt par là

P128: d'accord

M129: hein et dans tous les cas ce phénomène hein ce phénomène la fatigue, la perte des cheveux, ça paraît pas au début du traitement immédiatement ça apparaît dix jours après le début du traitement, dix, quinze jours

P130: d'accord

M131: ça peut persister même à la fin du traitement la fatigue ça met quand un mois pour que vous récupérez donc j'veux dire après la fin des rayons, c'est pas parce qu'on arrête les rayons que vous récupérez tout de suite, voilà donc c'est pas immédiat

P132: oui

M133: mais c'est en cours de traitement que ça apparaît. La radiothérapie c'est bien supporté, c'est exceptionnel qu'on doive l'arrêter pendant... pendant le traitement, c'est exceptionnel qu'on l'arrête

E134: hum

M135: j crois que j'en ai vu un ou deux depuis que j'exerce où on a dû arrêter en cours de traitement

P136: hum hum

M137: c'est les cas vraiment très très... ou alors...donc ça ne change pas hein avec tous les problèmes qu'ils ont eus avec la radiothérapie ils ont des contrôles donc y a des procédures donc après dans les deux sens ils peuvent pas faire n'importe quoi ils sont obligés de...

P138: hum hum

M139: après y a une procédure qui peut dépendre d'un centre à l'autre la prise en charge, il faut que vous voyiez le radiothérapeute en consultation après il faut qu'il fasse c'qu'on appelle le scanner centrage de l'IRM qu'ils fassent le calcul de dose, qu'ils fassent le masque et une fois que tout ça est fait, qu'ils ont vérifié au moins deux à trois fois les calculs, la dosimétrie ce qu'on appelle après ils

vous mettent vraiment dans le traitement alors y a des centres c'est vrai qu'entre le début de la consultation entre la consultation et le début des rayons ça peut prendre un mois y des endroits où c'est un peu plus rapide c'est vrai ça peut être la seule différence, après ça ne change pas. Le CAV c'est un peu plus long en principe, voilà, que Gentilly. C'est tout après c'est vous qui choisissez, j'ai pas à vous imposer

P140: j'vais à Gentilly oui quoi ?

E141: oui

M142: vous avez été traitée où madame ?

E143: au CAV

M144: au CAV ? Ben après ...

I145: ça s'attrape un petit peu non ?

M146: la seule différence c'est un p'tit peu l'délai l'avant...bon au CAV y faut que je faxe la lettre à ma collègue radiothérapeute, y vous convoque après Gentilly vous pouvez partir aujourd'hui avec une date de rendez-vous et après les délais sont un peu plus... ouais c'est 3 semaines bon par exemple c'est sûr qu'à Metz les prises en charge entre la consultation et le début, c'est 10 jours à peine, hein ?

I147: hum oui

P148: Gentilly ça serait quand ?

M149: ben après Gentilly y faut qu'on appelle

P150: oui oui oui oui

E151: ah ben oui

M152: non mais après c'est c'est euh moi, j'ai aucune action dans aucun des centres, hein j'veux dire après j'vous l'dis tout de suite vous avez le droit de choisir, j'vous dis les possibilités, c'est le centre Alexis Vautrin ou Gentilly pour la radiothérapie sur Nancy, après vous choisissez l'endroit où vous voulez aller c'est quoi votre taille monsieur euh.... pour faire ma chimiothérapie, la taille ?

P153: la taille euh

I154: la taille euh en hauteur

M155: votre hauteur

P156: 1 mètre 82

M157: vous pensiez à quoi ? Et le poids alors ?

P158: 90, 89

M159: 89, 90 ?

P160: oui la dernière fois c'était 89

M161: on va mettre 90, alors non mais vous me dites hein là ça ça ne change pas hein

I162: quel centre alors Gentilly ou le CAV ?

P163: je sais pas moi, c'est pour que ça aille le plus vite possible quand même

E164: le plus vite possible ? (Rire)

P165: ça change rien de toute façon

I166: pour le traitement, pour la qualité du traitement c'est pareil

M167: non à la rigueur, à l'heure actuelle avec les problèmes qu'y a eu pour la radiothérapie y sont obligés de de d'avoir, ils ont des contrôles comment dire sécurité etcetera de c'qui fait qui soient capables de dire à tel endroit telle dose vous avez reçue bon à deux centimètres de la peau y font des contraintes qui fait que avant de mettre en route les appareils y ont beaucoup de choses et pour chaque patient y vérifient qu'y a les une certaine procédure on peut plus faire n'importe quoi après le traitement est standardisé c'est les lésions, l'élément de sécurité j'vais pas dire que c'est procédurier, y a une procédure voilà et maintenant c'est très...encore plus pointu qu'auparavant ils sont obligés de d'être capable de prouver ou de justifier qu'à tel endroit tel traite...telle dose vous avez reçue à peu près maintenant c'est plus à peu près y peuvent vous dire à tel endroit c'est ça que vous avez reçu

P168: hum hum

M169: voilà après la seule c'est une question de de dans les services y a des processus pour la mise en route des traitements qui sont un peu plus rapide c'est vrai que quelque fois à Gentilly ils ont tendance à être un peu plus rapide par rapport à d'autres patients, CAV c'est une plus grosse boutique donc c'est un peu plus... et puis la procédure fait qu'on peut pas vous donner un rendez-vous on faxe la lettre

P170: hum

M171: et vous êtes convoqué après ce qui veut dire que ça peut être la semaine prochaine après le médecin faut qu'il vous renvoie pour le centrage alors y a une certaine procédure mais c'est tout après c'est l'endroit où vous voulez aller

P172: bon ben Gentilly

E173: gentilly

I174: j'vais aller prendre le rendez-vous

M175: Gentilly ?

P176: oui

M177: d'autres questions, monsieur euh... ?

P178: euh non

M179: vous travaillez ou vous êtes à la retraite ?

P180: non non je travaille

E181: il travaille il fait...

M182: vous faites quoi comme travail ?

P183: un arrêt...moniteur de formation menuiserie

M184: ah oui vous m'aviez dit je crois euh dans un...

P185: dans un...IFPROF IFPROF institut de formation professionnelle

M186: euh bon alors tant qu'y a la radiothérapie vous êtes en arrêt de travail

P187: hum hum

M188: c'est pas possible de faire les...

E189: hum hum

M190: de travailler

P191: non et puis même là je me sentirais pas de

M192: non non et puis parce que la radiothérapie ça peut être le matin, fin de matinée l'après-midi on peut pas faire un ... c'est pas possible après euh une fois qu' on aura fini ça on reprendra peut-être la chimiothérapie sur cinq jours en fonction comme ça se passe on pourra peut-être envisager après une reprise du travail ça c'est mon avis

P193: hum hum

M194: mais dans un premier temps on vous met en arrêt de travail souvent j'mets pendant 4 à 6 mois pour le départ et puis après on revoit on peut toujours d'ailleurs casser un arrêt de travail

P195: hum

M196: mais là vous êtes pas

P197: hum

M198: au moins jusqu'à l'été c'est

P199: hum

M200: si y a possibilité septembre

P201: ah oui pas avant septembre ?

M202: ben c'est à dire que si on calcule bien

F203: c'est combien de temps la radiothérapie ?

P204: 6 semaines

M205: quand on commence vraiment le traitement

F206: oui oui parce que

M207: qu'on commence à faire feu sur la tête

P208: dans 6 semaines ?

M209: non le traitement c'est 6 semaines

P210: oui

E211: dès que tu commences

M212: la première séance c'est pas le fait de voir le radiothérapeute donc là on est quand même le 31 donc on peut imaginer dans le meilleur des cas, à partir de là quand, le temps qu'on s'organise le 18 avril hein

P213: oui

M214: donc après on dit 6 semaines, 1,2,3,4,5,6 on sera fin mai début juin voilà et une fois qu'on a fini le traitement on reprend la chimiothérapie faut voir comment ça se passe

P215: avant la chimio je me répète ce sera seulement

I216: après la radiothérapie

M217: je vous mettrai la chimio parce que vous êtes relativement jeune ça peut un p'tit peu augmenter l'efficacité

P218: hum

M219: vous seriez plus âgé j'aurais p't-être pas mis euh et après on remet la chimiothérapie pour consolider l'efficacité des rayons

P220: c'est des cures de 5 jours là j'perdrai mes cheveux

M221: non non la chimio fait pas perdre les cheveux

F222: pas la chimio, la radiothérapie

P223: non mais j'crois qu'la chimio ça faisait perdre aussi j'y connais rien dans le médical

M224: il a pas tort à vrai dire la chimiothérapie ça dépend des produits qu'on vous donne ça fait pas tomber les cheveux ça crée une petite fatigue au niveau alimentaire et les seules complications d'ordre hématologique chute potentielle des plaquettes ou des globules blancs

P225: voilà

M226: c'est tout c'est insignifiant c'est un patient sur 10 en principe les gens quand on les revoit ils ont l'impression qu'la chimio leur fait plus peur ce sont les rayons qui sont beaucoup plus, 'fin la fatigue est plus importante et les effets sont plus importants avec la radiothérapie qu'avec la chimio... ça dépend après des chimio euh une bonne chimiothérapie en intraveineuse si y'a deux trois produits on peut avoir des effets plus marqués et donc ça après tout dépend du produit qu'on donne voilà mais pour le produit qu'on donne par voie orale y'a pas de euh perte des cheveux ou alors elle est vraiment insignifiante donc c'est plutôt la radiothérapie... voilà

E227 :hum hum

M228 : donc avec ça on espère pouvoir contrôler la situation mais j'vous dis que le risque qu'il y a le plus à récidiver est toujours patent... mais j'veux dire avec le traitement

P229 : oui

M230 : que j'vous donne j'espère que ça va se stabiliser mais on sait qu'il y a le risque hein que la lésion puisse récidiver ou réévoluer donc le risque il est pas nul

P231 : hum hum

M232 : alors si jamais ça se produisait on pourra pas refaire les rayons tel que vous les aurez eu les six semaines on les refait pas si on les refait ça vous grille un ptit peu le cerveau si on donne des grosses doses on peut pas en refaire par contre on peut refaire éventuellement une dose de radiothérapie sur un petit volume opérer ça peut se discuter mais bon au même endroit on changera pas par contre après on peut refaire d'autres lignes de chimiothérapie

P233 : hum hum

M234 : mais faut garder à l'esprit que c'est peut-être possible que ça puisse revenir le risque il est pas nul après euh sur une population c'est pas très important c'est ou ça revient ou ça revient pas pour vous c'est zéro ou cent pour cent y'a pas soit ça récidive pas c'est zéro pour cent soit ça récidive c'est cent pour cent

P235 : hum hum

M236 : d'autres questions ? ... là y'a pas de question hein on est un ptit peu

E237 : oui

P238 : bah oui on est

F239 : hum

M240 : un peu anéanti... on en avait un peu parlé dans le service qu'y'aurait peut-être des traitements

P241 : oui oui oui

M242 : j'avais sous-entendu ou j'avais laissé planer le doute ... on a une ptite idée hein pour nous hein c'est bien ce qu'on imaginait mais tant qu'on a pas un résultat euh définitif on s'avance pas trop dans les discu enfin dans les euh les discussions on dit qu'il y a à attendre les résultats et voilà mais le fait qu'il y ait une biopsie et sûrement des chances qu'on fasse après un traitement

E243 : hum

P244 : oui j'me doutais aussi après la biopsie hein hum y'aura un traitement hein

E245 : hum

Le médecin commence par la présentation de la radiothérapie tout en mentionnant déjà la possibilité d'une chimiothérapie. Il aborde ce premier traitement d'une manière négative, voire effrayante, en le comparant à deux catastrophes nucléaires contemporaines « *Tchernobyl* », « *Fukushima* ». En rapprochant ainsi la radiothérapie à ces deux événements dramatiques, il parvient à justifier la contrainte de ce traitement, à savoir la fréquence des

séances et leur rythme rapproché (*une séance par jour, 5 fois par semaine, pendant 6 semaines d'affilée*). En d'autres termes, en présentant le pire, il réussit à faire adhérer le patient au traitement.

Il procède de la même façon pour aborder les effets secondaires. Il part ainsi d'un effet radical : « *vous allez perdre vos cheveux* » pour amener aussitôt une nuance et un effet moindre associé à ce traitement en particulier : « *un p'tit peu* », « *pas beaucoup* », « *c'est une perte qui est très limitée* » ; « *Vous êtes fatigué (élément négatif)* », « *souvent vous pouvez faire la sieste l'après-midi (minimisateur)* ». Il minimise parfois les effets « *un p'tit peu mal à la tête* ».

De nouveau il décrit une scène effrayante « *le rayonnement va traverser toute la peau, c'est pour ça que les cheveux tombent, l'os et une partie du cerveau et ça peut et le cerveau peut être gonflé d'eau, vous pouvez avoir des œdèmes* » pour expliquer certains symptômes « *maux de tête* », « *majoration des déficits* » puis introduit dans le discours un traitement « *la cortisone qu'on laisse un p'tit peu au long cours pendant le traitement* » en en argumentant la nécessité. Ensuite, il annonce la chimiothérapie mais en donnant l'impression au patient de bénéficier d'une faveur, un cadeau « *comme vous êtes jeune, on va faire une exception, on rajoute du Temodal* » qui a cependant un prix : « *une chimiothérapie à prendre par voie orale en même temps que la radiothérapie du premier jour de la radiothérapie jusqu'au dernier jour, même samedi dimanche et jours fériés* ». Il poursuit sur le même mode, il met en avant une contrainte puis relativise : « *la chimiothérapie c'est du premier jour du traitement jusqu'au dernier, c'est 7 fois par semaine, 6 fois 7 : 42 jours. La chimio en principe elle est bien supportée* ».

- **Le vécu du patient (de M246 à M302)**

M246 : rien d'autres ?

P247 : bah non

M248 : non mais je sais ça fait beaucoup

F249 : de toute façon il viendra toujours ici après ?

M250 : alors dans tous les cas la radiothérapie où il la fait peu importe après moi je le revois en fin de radiothérapie avec une imagerie de contrôle et après c'est tous les deux mois donc ça ne change pas je reste son médecin référent

P251 : hum hum

M252 : s'il le désire toujours

P253 : oui oui oui bien sûr

M254 : ah non non non on vous laisse pas partir après on suit on vous donnera nos coordonnées si y'a un souci particulier vous pouvez toujours nous joindre

P255 : hum

E256 : hum

(silence)

M257 : j'veus ai un peu séché hein ?

E258 : hum

M259 : vous vous imaginiez pas ça si un ptit peu ?

P260 : bah pas autant non

M261 : vous pensiez quoi ?

P262 : bah je sais pas

M263 : vous pensiez pas ? On pense non vous vouliez dire quelque chose ?

E264 : bah j'pensais quand même à un euh on euh chimio

M265 : il pensait à la chimio ?

E266 : oui

P267 : bah j'y connais rien moi

M268 : non mais j'veux dire vous partez plutôt sur la chimio que pour la radiothérapie qu'est-ce qui vous fait le plus peur la chimiothérapie ou la radiothérapie ?

P269 : bah moi c'était la chimio

M270 : *qui vous fait le plus peur ?*

P271 : *bah j'sais pas pourquoi mais j'vous dis j'y connais rien*

M272 : *non mais vous pensez que c'était la chimio pour vous et qu'est-ce qui fait le plus peur la chimio ou la radiothérapie ?*

P273 : *bah la chimio pour moi*

M274 : *c'est elle qui vous fait le plus peur ?*

P275 : *hum hum*

M276 : *d'ailleurs radio chimiothérapie comme on dit*

P277 : *c'est pareil*

M278 : *on traite la même chose la chimio sous forme générale forme orale ou forme intraveineuse c'est mixte et la radiothérapie c'est local mais on traite la même chose bon euh la chimiothérapie ça vous perturbe qu'on vous en donne ou pas ?*

P279 : *non non non non*

M280 : *ou c'est la radiothérapie qui vous gêne ?*

P281 : *non bah de toute façon faut faire*

M282 : *hum non mais la radiothérapie ça vous perturbe ou pas ?*

P283 : *non ça me perturbait moins*

M284 : *moins*

P285 : *hum*

M286 : *le fait que ce soit avec de la chimiothérapie ça vous perturbe*

P287 : *bah la chimio c'est plus la chute des cheveux je crois*

F288 : *ouais mais c'est la radiothérapie*

M289 : *c'est la radiothérapie c'est pas la*

P290 : *je sais mais je le savais pas ça*

E291 : *oui*

M292 : *non mais c'est vrai qu'on y'a des images véhiculées dans la population chimio on vomit on est sur les cuvettes de WC*

E293 : *hum*

M294 : *mais y'a des choses qui ont changé*

P295 : *hum*

M296 : *alors pour éviter les nausées vomissements pendant la chimio j'vous donnerai un produit pour éviter ça à prendre le matin au ptit déjeuner et une heure après le ptit déjeuner vous prendrez la gélule de chimiothérapie aux doses que je vais vous donner pendant la radiothérapie c'est pas toujours évident qu'on soit barbouillé donc ce sera à voir si y'a à prendre un cachet ou pas*

E297 : *hum hum*

M298 : *par contre on reprendra la chimiothérapie après les rayons quand on double les doses là il aura intérêt à prendre le produit*

P299 : *ouais le produit*

M300 : *sinon c'est euh j'sais pas vous avez le pied marin c'est y paraît qu'c'est le cap Horn avec des fortes vagues et des creux de quinze mètres... ceux qui ont pas pris après ça secoue*

P301 : *hum hum*

M302 : *voilà mais donc c'est pour ça qu'on le donne*

Le médecin cherche à connaître l'état du patient suite à cette annonce. Il engage ainsi l'échange par une marque empathique (*non mais je sais ça fait beaucoup*).

Il précise également son engagement dans la durée (*après c'est tous les deux mois donc ça ne change pas je reste son médecin référent ; on vous laisse pas partir après on suit on vous donnera nos coordonnées si y'a un souci particulier vous pouvez toujours nous joindre*) en s'assurant de l'adhésion du patient (*s'il le désire toujours*).

Il interprète l'attitude du patient à l'annonce (*j'veus ai un peu séché hein ?*) puis veut connaître plus précisément son ressenti (*vous vous imaginiez pas ça si un ptit peu ?, vous pensiez quoi ?*). C'est l'épouse du patient qui apporte une réponse (*bah j'pensais quand même à un euh on euh chimio*), ce qui amène le médecin à creuser cet aspect en interrogeant le patient sur ses angoisses (*qu'est-ce qui vous fait le plus peur la chimiothérapie ou la radiothérapie ?, la chimiothérapie ça vous perturbe qu'on vous en donne ou pas ?, la radiothérapie ça vous perturbe ou pas ?*). Ceci conduit alors le médecin à expliciter les effets secondaires de ces traitements (*pour éviter les nausées vomissements pendant la chimio j'veus donnerai un produit pour éviter ça à prendre le matin au ptit déjeuner et une heure après le ptit déjeuner vous prendrez la gélule de chimiothérapie aux doses que je vais vous donner pendant la radiothérapie c'est pas toujours évident qu'on soit barbouillé donc ce sera à voir si y'a à prendre un cachet ou pas*).

- **Les contingences pratiques (de M304 à E346)**

M304 : tu pourras graver les CD ?

I305 : c'est ce que j'étais en train de me noter c'est quelle date ?

(...)

*I313 : j'veus voir s'ils peuvent le faire tout de suite et vous l'donnez ou sinon on verra euh demain...
ça j'veus faire un ptit carton de rendez-vous*

P314 : euh comment j'viens... en voiture ?

M315 : non vous irez en ambulance

I316 : non ou en VSL

E317 : en VSL il faut un

M318 : alors ça c'est pas un problème une fois que vous avez vu le radiothérapeute vous choisissez un ambulancier et eux ils se débrouillent y'a pas de problème

(...)

I333 : *est-ce que vous pourrez vous libérer pour aller avec peut-être en radiothérapie?*

F334 : *bah moi j'pourrai pas*

P335 : *bah pourquoi ? J'irai tout seul*

M336 : *la radiothérapie vous irez tout seul*

I337 : *non mais parfois peut-être vous avez des questions aussi enfin après c'est comme vous voulez*

E338 : *non mais pour la première consultation je vais avec*

P339 : *hum*

I340 : *après c'est sûr que pour les séances de rayons*

E341 : *après pour les séances*

I342 : *non après c'est en route mais peut-être*

M343 : *non le mieux pour la consultation avec le radiothérapeute c'est mieux que vous soyez présente car on peut se dire que lui y'a des choses qu'il va pas entendre et vice-versa*

E344 : *oui*

M345 : *voilà mais après pour la radiothérapie on le dépose devant les appareils c'est pas la peine que quelqu'un d'autre vienne hein*

E346 : *hum non non pour les séances*

Dans un premier temps le médecin et l'infirmière gèrent des aspects pratiques (*tu pourras graver les CD ?*). Vient ensuite la question du patient concernant le mode de transport pour se rendre aux séances de radiothérapie (*euh comment j'viens... en voiture ?*).

Puis l'infirmière souhaite savoir si le patient se rendra seul en radiothérapie (*est-ce que vous pourrez vous libérer pour aller avec peut-être en radiothérapie?*) et le médecin confirmera l'importance de la présence de l'épouse aux consultations (*non le mieux pour la consultation avec le radiothérapeute c'est mieux que vous soyez présente car on peut se dire que lui y'a des choses qu'il va pas entendre et vice-versa*).

- **Le suivi (de I347 à M430)**

I347 : c'est jeudi à 14h30 euh je vous donne nos coordonnées il y a le numéro de monsieur X (médecin) aussi et attendez je vais vous mettre mon nom et mon prénom

M348 : rendez-vous le 12 hein

I349 : oui j'vais monter le dossier tout de suite

M350 : à l'heure actuelle vous avez quoi comme traitement ?

P351 : euh j'étais sous cortisone un cachet par jour

M352 : et c'est le XX 20 mg que vous avez c'est ça ?

(le patient cherche dans ses ordonnances avec l'aide de son épouse)

I353 : montrez... alors

M354 : avec ça va alors je vais peut-être vous laisser la cortisone pendant un certain temps pendant toute la radiothérapie

P355 : sinon vous arrêtez la cortisone c'est ça ?

M356 : non non non j'vous la laisse par contre je vous monte à deux comprimés pendant les rayons et puis après on reverra hein ?

P357 : ouais

M358 : parce que ça peut gonfler si jamais si jamais pendant les rayons il avait mal à la tête ou il était moins bien on peut augmenter les doses mais bon vous nous appelez et j'vous dirai hein ?

P359 : oui

I360 : et pis pendant les rayons vous verrez le docteur Z (radiothérapeute) une fois par semaine qui fera le point avec vous comment ça va comment vous supportez tout ça donc

M361 : j'veus met la cortisone le reste vous l'avez tout ça

P362 : oui j'ai

I363 : et puis après sur les coordonnées donc y'a le numéro du service où vous avez été hospitalisé pour la biopsie que vous aviez peut-être déjà y'a le numéro de monsieur X (médecin) et notre numéro donc si jamais y' a un souci si vous avez une question vous pouvez nous rappeler euh pour

F364 : hum

I365 : ne serait-ce que pour nous dire si ça va moins bien ou s'il faut prendre un médicament n'hésitez pas à nous rappeler

M366 : si vous avez d'autres questions faut pas hésiter hein faut pas il vaut mieux que les choses soient claires

P367 : oui merci

M368 : hein parce que quelque fois nous ça nous paraît tellement évident enfin évident on a tellement l'habitude qu'on fait plus attention

P369 : hum hum

I370 : oui

M371 : et pis qu'après pour vous ça peut être un peu plus compliqué

E372 : ah oui

M373 : ah pour nous ça nous paraît simple et vous ça vous paraît compliqué c'est pour ça vaut mieux même poser des questions bêtes hein faut pas hésiter que partir sur des choses un ptit peu compliquées faut pas qu'il y ait de malentendus comme je dirais parce que nous ça nous paraît tellement simple de prescrire que ça qu'on a du mal après à

F374 : hum

M375 : comprendre que vous n'arrivez pas à saisir hein par exemple quand vous irez la semaine prochaine faut pas prendre le cachet de la radiothérapie le Temodal

P376 : hum hum

F377 : d'accord

M378 : à vrai dire le traitement de la chimiothérapie c'est le premier jour où vous avez la séance de radiothérapie les jours sous l'appareil

P379 : les autres jours je prends pas le cachet

E380 : oui le jour où tu commences ton traitement tu prendras le cachet

M381 : oui le jour où on commence le traitement vous prenez le cachet

E382 : ah oui non

M383 : c'est à dire c'est pas la semaine prochaine qu'y aura le radiothérapeute qu'on prendra le traitement

E384 : ah oui le jour où tu

M385 : voyez y'a des gens qui sont capables qui m'ont fait le jour de la consultation ont commencé le traitement

F386 : ah oui non mais le 3 si j'ai compris tu le prends pas jusque

I387 : quand vous allez aller

E388 : bah la cortisone

I389 : alors le traitement standard les médicaments qui faut

M390 : faudra faire une prise de sang vous faites au laboratoire ou à domicile parce qu'il faut surveiller pendant la chimio les prises de sang

P391 : à domicile

M392 : à domicile d'accord

I393 : alors les ordonnances que vous avez là le traitement standard ça vous le prenez de façon quotidienne enfin en fonction des ordonnances comme de la façon dont c'est réajusté à partir d'aujourd'hui ça vous le prenez au quotidien mardi vous allez rencontrer la radiothérapeute

P394 : oui

I395 : qui va vous expliquez comment va se passer se dérouler la radiothérapie et elle va vous aurez peut-être des un scanner et des examens pour préparer y'a un temps de préparation à la radiothérapie vous allez y retourner plusieurs fois et à partir de ce moment-là ils vont vous donner le un échéancier avec des dates

P396 : hum hum

I397 : vous allez savoir quand est-ce que commence votre radiothérapie et le jour où commence la radiothérapie vous commencez la chimiothérapie

E398 : la chimiothérapie

I399 : voilà

M400 : alors la chimiothérapie ça se prend pas en ville ça se prend en pharmacie centrale des hôpitaux pas en pharmacie de ville la chimiothérapie ça s'appelle du Temodal faut le prendre à la pharmacie de l'hôpital de euh

P401 : Gentilly ?

I402 : euh non dans un hôpital public

M403 : voilà faut le prendre là

I404 : ou dans un hôpital près de chez vous

E405 : y'a une pharmacie ici

I406 : euh vous voulez y aller aujourd'hui ?

E407 : oh oui

F408 : bah oui parce qu'on reviendra pu avant longtemps en fait

E409 : bah non

I410 : si vous voulez en sortant je vous accompagnerai jusqu'à la pharmacie comme ça vous verrez où c'est

E411 : hum

I412 : par contre ils vous donneront pas la dose c'est six semaines de traitement c'est euh beaucoup de chimio ils donnent pas tout d'un coup en fait faudra que à un moment vous reveniez en cherchez

E413 : oui elle peut revenir

F414 : si c'est moi qui viens c'est pareil

I415 : oh bah j'pense oui faut juste vos papiers

M416 : faut venir avec la carte vitale

P417 : oui

F418 : la carte vitale

P419 : c'est tout

I420 : oui oui oui j'pense pas qu'ils vous embêteront

M421 : oui même des fois c'est les ambulanciers qui viennent récupérer avec la carte vitale

I422 : oui

M423 : donc ce n'est pas que sa présence n'est pas obligatoire bon alors est-ce que c'est clair dans votre tête ou c'est un ptit peu ?

P424 : euh

M425 : vous pataugez là

E426 : oui

I427 : ce qui y'a c'est qu'on se reverra dans dix à quinze jours si vous êtes toujours d'accord donc on pourra refaire le point sur les traitements et tout ça on pourra reparler

M428 : alors on vous réexpliquera ça c'est tous les traitements ça c'est la cortisone que j'ai laissée à deux comprimés pendant trois mois enfin jusqu'à ce que je vous vois en consultation et ça ouais c'est pour la radiothérapie ça c'est le produit à prendre en pharmacie central de l'hôpital qu'est le Temodal ça c'est un produit à prendre en pharmacie de ville c'est pour éviter les nausées vomissements c'est celui-là qu'il prend au petit-déjeuner et une heure après il prend sa chimiothérapie à voir c'est pas obligé à la dose là ça c'est pour faire les prises de sang avec le fax à commencer par le premier jour de la chimio ou la radiothérapie une semaine après hein c'est-à-dire que si vous commencez on va dire le 18 mai à partir du 25 vous faites une prise de sang une fois par semaine pour vérifier... la chute des plaquettes et des globules blancs avec la chimiothérapie elle est pas le lendemain de de la première prise hein c'est une semaine après à peu près voilà

P429 : et si y'a chute qu'est-ce que je fais ?

M430 : bah vous appelez et je regarde... la grosse chute chute des plaquettes et des globules blancs

Dans cette partie de l'entretien vont être abordés divers aspects. Tout d'abord nous pouvons observer que les soignants s'engagent envers le patient en l'informant de nouveau de leur disponibilité tout au long de la prise en charge (*je vous donne nos coordonnées il y a le numéro de monsieur X (médecin) (...) je vais vous mettre mon nom et mon prénom ; (...) si jamais y' a un souci si vous avez une question vous pouvez nous rappeler (...); (...) n'hésitez pas à nous rappeler ; si vous voulez en sortant je vous accompagnerai jusqu'à la pharmacie comme ça vous verrez où c'est ; (...) on se reverra dans dix à quinze jours si vous êtes toujours d'accord donc on pourra refaire le point sur les traitements et tout ça on pourra reparler*).

Les traitements seront également discutés (*à l'heure actuelle vous avez quoi comme traitement ?; avec ça va alors je vais peut-être vous laisser la cortisone pendant un certain temps pendant toute la radiothérapie; et c'est le XX 20 mg que vous avez c'est ça ?; avec ça va alors je vais peut-être vous laisser la cortisone pendant un certain temps pendant toute la radiothérapie; non non non j'vous la laisse par contre je vous monte à deux comprimés pendant les rayons et puis après on reverra hein ?*).

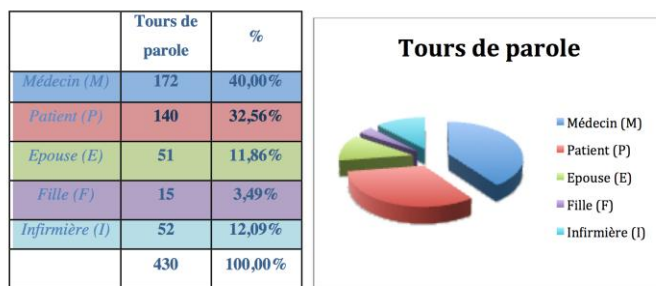
Les soignants vont redonner des informations sur la radiothérapie et la chimiothérapie (et pis pendant les rayons vous verrez le docteur Z (radiothérapeute) une fois par semaine qui fera le point avec vous comment ça va comment vous supportez tout ça donc ; qui va vous expliquer comment va se passer se dérouler la radiothérapie et elle va vous aurez peut-être des un scanner et des examens pour préparer y'a un temps de préparation à la radiothérapie vous allez y retourner plusieurs fois et à partir de ce moment-là ils vont vous donner le un échéancier avec des dates ; vous allez savoir quand est-ce que commence votre radiothérapie et le jour où commence la radiothérapie vous commencez la chimiothérapie ; alors la chimiothérapie ça se prend pas en ville ça se prend en pharmacie centrale des hôpitaux pas en pharmacie de ville la chimiothérapie ça s'appelle du Temodal faut le prendre à la pharmacie de l'hôpital de euh).

Des informations concernant les examens seront également communiquées (faut faire une prise de sang vous faites au laboratoire ou à domicile parce qu'il faut surveiller pendant la chimio les prises de sang ; (...) ça c'est pour faire les prises de sang avec le fax à commencer par le premier jour de la chimio ou la radiothérapie une semaine après hein c'est-à-dire que si vous commencez on va dire le 18 mai à partir du 25 vous faites une prise de sang une fois par semaine pour vérifier... la chute des plaquettes et des globules blancs avec la chimiothérapie elle est pas le lendemain de de la première prise hein c'est une semaine après à peu près voilà).

D – Etude quantitative des productions discursives

1 – Nombre de tours de parole

Le tableau suivant présente une analyse quantitative de la production discursive de chaque acteur en présence : le nombre de tours de parole et le pourcentage. Cela donne :



Dans cette consultation au sein de laquelle nous retrouvons le médecin, l'infirmière, le patient, son épouse et leur fille, c'est le médecin qui intervient le plus (172 interventions), suivi du patient (140 interventions). Vient

ensuite l'infirmière avec 52 interventions, puis l'épouse (51 interventions) et enfin la fille qui ne va parler que 15 fois.

Cette consultation semble suivre une logique attendue, les deux interlocuteurs principaux étant le médecin, détenteur du savoir et le patient qui, lui, vient pour prendre connaissance de ce savoir. L'infirmière va également intervenir en appui du médecin tel son bras droit, et l'épouse va, quant à elle, s'intéresser principalement aux aspects pratiques qu'elle aura à gérer très rapidement. La fille restera plus discrète, mais malgré tout, très attentive à la fois aux réactions de ses parents mais également aux dires des professionnels.

Suite à ces données quantitatives nous allons à présent étudier plus finement ces interventions afin d'en définir une signification par rapport à ce temps d'annonce de la maladie.

2 – Distribution du discours

Nous avons calculé la somme totale des tours de parole par locuteur (colonne 2), le nombre de mots total (colonne 3) puis la somme de certains indicateurs (colonnes 4, 6, 8, 10, 12) que nous avons rapportée en pourcentage (colonnes 5, 7, 9, 11, 13). Cela donne :

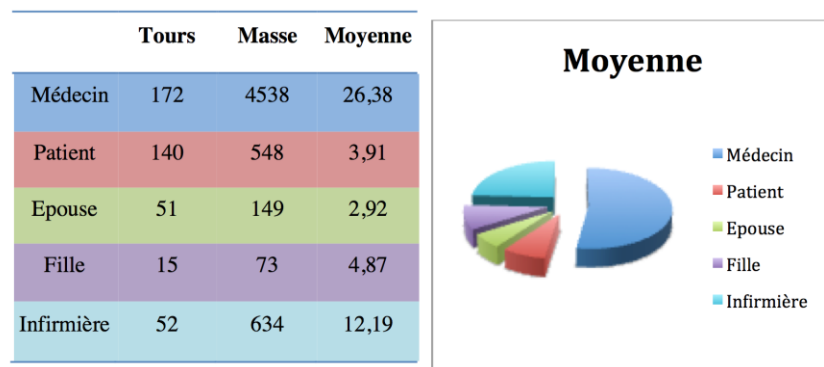
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Tours	Nombre de mots total	je	% je	on	% on	nous	% nous	vous	% vous	tu	% tu
Médecin	172	4538	50	1,10%	129	2,84%	9	0,11%	121	2,67%	2	0,04%
Patient	140	548	33	6,02%	1	0,18%	0	0,00%	4	0,73%	0	0,00%
Epouse	51	149	6	4,03%	2	1,34%	0	0,00%	0	0,00%	5	3,36%
Fille	15	73	2	2,74%	1	1,37%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,37%
IDE	52	634	10	1,58%	6	0,95%	3	0,57%	44	6,94%	0	0,00%

Exemple de lecture : le médecin a réalisé 172 tours de parole constitués au total de 4538 mots. Il a prononcé 129 **on**, ce qui représente 2,84% de l'ensemble de ses mots prononcés. Le patient a réalisé 140 tours de parole constitués au total de 548 mots. Il a prononcé 33 **je**, ce qui représente 6,02% de l'ensemble de ses mots prononcés.

a – Masse discursive

Dans cet entretien, le médecin est l'interlocuteur qui produit le plus grand nombre de tours de parole (172) avec un 4538 mots. Il est suivi du patient qui formule 140 tours de parole composés seulement de 548 mots, ce qui laisse déjà percevoir une bonne interaction entre les deux acteurs principaux mais avec néanmoins une suprématie lexicale du praticien. C'est ensuite l'infirmière qui va produire 52 tours de parole chargés en mots (634), l'épouse étant en adéquation parfaite avec cette soignante, produisant 51 tours de parole mais avec beaucoup moins de mots prononcés (149). La fille sera plus en retrait en n'émettant que 15 tours de parole avec 73 mots.

En résumé, le tableau suivant présente le nombre de mots moyen par tour de parole pour chaque locuteur (*moy = masse / nb de tours de parole*):



Nous constatons dans cet entretien que ce sont les soignants qui émettent le plus de mots. En effet, un tour de parole du médecin est constitué en moyenne de 26,38 mots et celui de l'infirmière de 12,19 mots. Les tours de parole de la fille du patient sont constitués en moyenne de 4,87 mots, ce qui est un peu plus que le patient (3,91 mots) ainsi que l'épouse (2,92 mots).

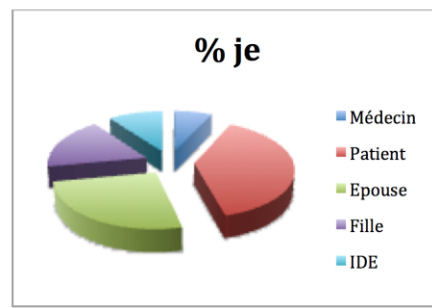
b - Usage des pronoms personnels

@1 - « Je »

Comme déjà exposé précédemment, le pronom personnel *je* ou sa forme élidée *j'* concerne le locuteur et vient marquer une **implication personnelle** (Benveniste, 1966)²⁰.

²⁰ E. Benveniste (1966). L'appareil formel de l'énonciation. In *Problèmes de linguistique générale*. Paris : Gallimard.

	Tours	Nombre de mots total	% je
Médecin	172	4538	1,10%
Patient	140	548	6,02%
Epouse	51	149	4,03%
Fille	15	73	2,74%
IDE	52	634	1,58%



Ainsi, nous constatons que, dans cette consultation, c'est le patient qui parle le plus en son nom propre (6,02%). Il est suivi de son épouse (4,03%) et de sa fille (2,74%). Du côté des soignants c'est l'infirmière qui emploiera le plus ce pronom (1,58%), le médecin ne l'utilisant que 1,10% dans l'ensemble de ses mots prononcés.

Le **patient** par l'usage du *je*, exprime un état de fait personnel. Il est intéressant d'observer la dévalorisation constante du patient lors de cet entretien. Tous les états épistémiques sont présentés à la forme négative (*je ne sais pas...*). Cette chute de l'estime de soi est-elle à mettre en relation avec un état dépressif ? Cela donne :

P11: j'ai été chez le médecin hier, y m'a donné du maxi...maxi... j'sais plus quoi

P100: je sais pas, c'est quoi le mieux ?

P163: je sais pas moi, c'est pour que ça aille le plus vite possible quand même

P191: non et puis même là je me sentirais pas de

P223: non mais j'crois qu'la chimio ça faisait perdre aussi j'y connais rien dans le médical

P262 : bah je sais pas

P267 : bah j'y connais rien moi

P271 : bah j'sais pas pourquoi mais j'vous dis j'y connais rien

Le patient va également pointer des éléments négatifs en termes :

- de difficulté :

P21: ben quand j'mange euh j'ai du mal à tenir la fourchette, j'ai du mal à l'amener à la bouche quoi

- de sensibilité anormale :

P28: oui c'est ça c'est les gestes fins et la main gauche j'ai souvent des fourmillements

- de manque :

P119: j'ai pas le cheveu dur

Il va définir sa situation professionnelle :

P180: non non je travaille

Enfin, il va enfin parler en tant que patient :

P9: tout se passe bien oui là j'ai une bronchite

P11: j'ai été chez le médecin hier {...}

P94: euh pareil j'aime autant aller sur Nancy

P351 : euh j'étais sous cortisone un cachet par jour

P379 : les autres jours je prends pas le cachet

L'épouse s'autorise à parler de son histoire personnelle pour montrer son état de connaissance de la maladie :

E111: oui, c'est c'que j'ai...j'avais eu , j'avais...

E113: j'avais un cancer du sein, tu t'rappelles plus ?

Elle marque également sa place auprès de son mari dans ce contexte de maladie :

E264 : bah j'pensais quand même à un euh on euh chimio

E338 : non mais pour la première consultation je vais avec

La **fil**le veut elle-aussi signifier sa présence auprès de son père malade, mais le fait en termes :

- d'impossibilité :

F334 : bah moi j'pourrai pas

- d'incertitude :

F386 : ah oui non mais le 3 si j'ai compris tu le prends pas jusque

L'**in**firmière va clairement assurer son rôle d'infirmière de coordination :

I174: j'vais aller prendre le rendez-vous

I305 : c'est ce que j'étai en train de me noter c'est quelle date ?

*I313 : j'vais voir s'ils peuvent le faire tout de suite et vous l'donnez ou sinon on verra euh demain...
ça j'vais vous faire un ptit carton de rendez-vous*

*I347 : c'est jeudi à 14h30 euh je vous donne nos coordonnées il y a le numéro de monsieur X
(médecin) aussi et attendez je vais vous mettre mon nom et mon prénom*

I349 : oui j'vais monter le dossier tout de suite

*I410 : si vous voulez en sortant je vous accompagnerai jusqu'à la pharmacie comme ça vous verrez
où c'est*

L'usage de ce pronom par le **médecin** peut être résumé en deux points principaux. En effet, le professionnel va soit :

- affirmer son propos : on observe ici une itération d'assertions (« je dis que », « je dis »...) :

M24: non mais je veux dire la force

M83: si y a une rechute elle est dans l'année à peu près qui suit le diagnostic initial. Voilà, j'en ai fini, j'ai dit c'que j'avais à...

M131: ça peut persister même à la fin du traitement la fatigue ça met quand un mois pour que vous récupérez donc j'veux dire après la fin des rayons, c'est pas parce qu'on arrête les rayons que vous récupérez tout de suite, voilà donc c'est pas immédiat

M327 : c'est du civisme comme je dis et après euh vous pouvez y aller en voiture hein

- marquer sa place en tant que médecin :

M29: bon alors, donc j'ai le résultat de votre biopsie on a un peu insisté pour l'avoir

M146: la seule différence c'est un p'tit peu l'délai l'avant...bon au CAV y faut que je faxe la lettre à ma collègue radiothérapeute {...}

M217: je vous mettrai la chimio parce que vous êtes relativement jeune {...}

M250 : alors dans tous les cas la radiothérapie où il la fait peu importe après moi je le revois en fin de radiothérapie avec une imagerie de contrôle et après c'est tous les deux mois donc ça ne change pas je reste son médecin référent

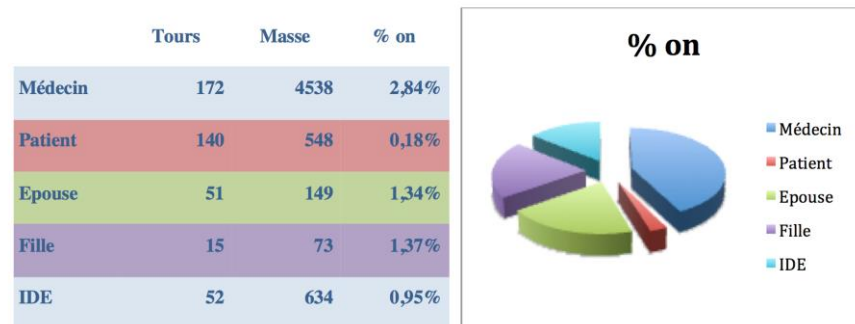
M296 : alors pour éviter les nausées vomissements pendant la chimio j'vous donnerai un produit pour éviter ça à prendre le matin au ptit déjeuner et une heure après le ptit déjeuner vous prendrez la gélule de chimiothérapie aux doses que je vais vous donner pendant la radiothérapie c'est pas toujours évident qu'on soit barbouillé donc ce sera à voir si y'a à prendre un cachet ou pas

M356 : non non non j'vous la laisse par contre je vous monte à deux comprimés pendant les rayons et puis après on reverra hein ?

M428 : alors on vous réexpliquera ça c'est tout les traitements ça c'est la cortisone que j'ai laissée à deux comprimés pendant trois mois enfin jusqu'à ce que je vous vois en consultation {...}

M430 : bah vous appelez et je regarde... la grosse chute chute des plaquettes et des globules blancs

@2 – « on »



Le **médecin** est la personne qui opacifie le plus le discours dans cet entretien. Par ce procédé il semble procéder à une généralisation dans le but de marquer une certaine proximité avec le patient, comme le montrent les exemples suivants :

M115: mais là c'est différent parce qu'on irradie le cerveau c'est pour ça qu'on perd des cheveux la perte de cheveux est due à la radiothérapie et non pas à la chimiothérapie que vous aurez

M122: voilà y a des chimiothérapies ou vous perdez tous les cheveux, tous les poils, là ça tombe d'un côté souvent c'est une petite plaque peut-être grosse comme ça ou un peu plus mais c'est pas souvent on peut se faire raser les gens ça repousse après

M292 : non mais c'est vrai qu'on y'a des images véhiculées dans la population chimio on vomit on est sur les cuvettes de WC

M296 : {...} pendant la radiothérapie c'est pas toujours évident qu'on soit barbouillé donc ce sera à voir si y'a à prendre un cachet ou pas

Par l'usage du « on », le médecin s'exprime au nom du corps médical dans son ensemble dont il est un représentant dans cet entretien :

M49: en d'autres termes, si **on** avait pu opérer la lésion, là **on** n'a pas pu opérer parce qu'elle est pas dans des zones faciles d'accès hein si **on** avait tenté d'opérer y a des chances qu'**on** vous ait entièrement paralysé...

M75: {...} voilà et avec ça **on** espère pouvoir contrôler la lésion, au moins dans un premier temps l'empêcher qu'elle grossisse et après peut-être la faire diminuer de taille

M81: avec ça donc on pense qu'**on** va pouvoir contrôler la situation mais **on** sait que malgré le traitement ce type de tumeur peut ré-évoluer {...}

M368 : hein parce que quelque fois nous ça nous paraît tellement évident enfin évident **on** a tellement l'habitude qu'**on** fait plus attention

Enfin, le médecin utilise le « on » très souvent lorsqu'il aborde la situation sur le plan thérapeutique, sur un ton par ailleurs assez agressif et quelquefois hésitant, comme si ce mode constituait une défense qui permettrait de neutraliser une certaine impuissance ressentie :

M55: si y a aucun traitement monsieur Durand si **on**... parce que le but si **on** fait rien c'est une tumeur, comme toute tumeur elle va grossir elle va se multiplier elle va atteindre une certaine grosseur et va entraîner dans le cerveau, y'aura des contraintes qui vont se passer ça entraînera une issue défavorable, si y a aucun traitement pour dire quand même que c'est quelque chose de...

M65: radiothérapie hein et plus ou moins chimiothérapie alors la radiothérapie c'est un traitement qui se fait donc sur Nancy euh c'est une séance par jour, 5 fois par semaine, pendant 6 semaines d'affilée, oui parce que si **on** donne une dose unique c'est Tchernobyl hein

M73: le rayon, le rayonnement va traverser toute la peau, c'est pour ça que les cheveux tombent, l'os et une partie du cerveau et ça peut et le cerveau peut être gonflé d'eau, vous pouvez avoir des œdèmes donc ça peut entraîner des maux de tête voire quelques fois une majoration des déficits mais pour ça **on** donne la cortisone qu'**on** laisse un p'tit peu au long cours pendant le traitement et souvent en plus **on** rajoute comme vous êtes jeune, **on** va faire une exception, on rajoute du Temodal, une chimiothérapie à prendre par voie orale en même temps que la radiothérapie du premier jour de la radiothérapie jusqu'au dernier jour{...}

M104: à Toulouse les techniques sont pareilles, en gros **on** va irradier, **on** prend la tumeur cérébrale **on** prend une marge de sécurité qui est à peu près de 2 centimètres {...}

M232 : alors si jamais ça se produisait **on** pourra pas refaire les rayons tel que vous les aurez eu les six semaines **on** les refait pas si **on** les refait ça vous grille un ptit peu le cerveau si **on** donne des grosses doses **on** peut pas en refaire par contre **on** peut refaire éventuellement une dose de radiothérapie sur un petit volume opérer ça peut se discuter mais bon au même endroit **on** changera pas par contre après **on** peut refaire d'autres lignes de chimiothérapie

La **fil**le utilisera une seule fois le **on** pour signifier une unité familiale :

F408 : bah oui parce qu'**on** reviendra pu avant longtemps en fait

L'**ép**ouse, semblant perturbée, cherche un appui par l'usage du « *on* » :

E264 : bah j'pensais quand même à un euh **on** euh chimio

Elle est ainsi dans le collectif pour montrer sa présence auprès de son mari :

E319 : mais pour ce premier rendez-vous **on** va en voiture

L'**in**firmière va employer le « *on* » dans deux types de situations, à savoir :

- tout comme le médecin, elle l'utilise afin de parler en tant que membre du groupe « soignants » :

I322 : **on** peut vous faire un

I313 : j'veis voir s'ils peuvent le faire tout de suite et vous l'donnez ou sinon **on** verra euh demain... ça j'veis vous faire un ptit carton de rendez-vous

I98: oui au plus près, au CAV ? Alors si **on** part...

- créer une proximité avec le patient en l'englobant dans ce « *on* »:

1427 : ce qui y'a c'est qu'on se reverra dans dix à quinze jours si vous êtes toujours d'accord donc on pourra refaire le point sur les traitements et tout ça on pourra reparler

Enfin, le **patient** fait usage du « on » pour répondre sur le même mode que le médecin qui s'associe à lui, ce qui opacifie leur discours:

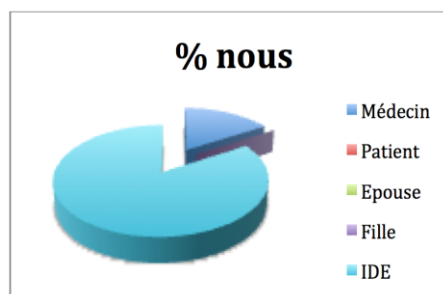
M236 : d'autres questions ? ... là y'a pas de question hein on est un ptit peu

E237 : oui

P238 : bah oui on est

@ Nous

	Tours	Masse	% nous
Médecin	172	4538	0,11%
Patient	140	548	0,00%
Epouse	51	149	0,00%
Fille	15	73	0,00%
IDE	52	634	0,57%



Il faut remarquer l'usage exclusif du « nous » par les soignants. En effet, ni le patient, son épouse ou leur fille ne va l'employer lors de cette consultation.

L'**infirmière** exprime l'appartenance soignante, la disponibilité et l'engagement de l'équipe :

1363 : et puis après sur les coordonnées donc y'a le numéro du service où vous avez été hospitalisé pour la biopsie que vous aviez peut-être déjà y'a le numéro de monsieur X (médecin) et notre numéro donc si jamais y'a un souci si vous avez une question vous pouvez nous rappeler euh pour

1365 : ne serait-ce que pour nous dire si ça va moins bien ou s'il faut prendre un médicament n'hésitez pas à nous rappeler

Le **médecin** marque là-aussi par l'usage du « nous » une distinction franche entre le monde patient et le monde soignant :

M242 : *j'avais sous-entendu ou j'avais laissé planer le doute ... on a une ptite idée hein pour nous hein c'est bien ce qu'on imaginait mais tant qu'on a pas un résultat euh définitif on s'avance pas trop dans les discu enfin dans les euh les discussions on dit qu'il y a à attendre les résultats et voilà mais le fait qu'il y ait une biopsie et sûrement des chances qu'on fasse après un traitement*

M373 : *ah pour nous ça nous paraît simple et vous ça vous parait compliqué c'est pour ça vaut mieux même poser des questions bêtes hein faut pas hésiter que partir sur des choses un ptit peu compliquées faut pas qu'il y ait de malentendus comme je dirais parce que nous ça nous paraît tellement simple de prescrire que ça qu'on a du mal après à*

M368 : *hein parce que quelque fois nous ça nous paraît tellement évident enfin évident on a tellement l'habitude qu'on fait plus attention*

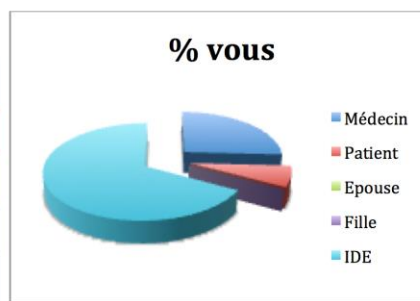
Il marque cependant une certaine proximité relationnelle avec le patient en assurant, comme l'infirmière, la disponibilité de l'équipe :

M254 : *ah non non non on vous laisse pas partir après on suit on vous donnera nos coordonnées si y'a un souci particulier vous pouvez toujours nous joindre*

M358 : *parce que ça peut gonfler si jamais si jamais pendant les rayons il avait mal à la tête ou il était moins bien on peut augmenter les doses mais bon vous nous appelez et j'vous dirai hein ?*

@ Vous

	Tours	Masse	% vous
Médecin	172	4538	2,67%
Patient	140	548	0,73%
Epouse	51	149	0,00%
Fille	15	73	0,00%
IDE	52	634	6,94%



L'infirmière s'adresse au patient pour :

- Personnaliser le parcours thérapeutique :

*I190: **vous** habitez plus près de Nancy que de Metz ?*

*I124: après ceci dit **vous** allez rencontrer le radiothérapeute ou la radiothérapeute en consultation **vous** pourrez lui demander plus précisément...*

*I360 : et pis pendant les rayons **vous** verrez le docteur Z (radiothérapeute) une fois par semaine qui fera le point avec **vous** comment ça va comment **vous** supportez tout ça donc*

- Procurer des informations concernant les traitements et leurs effets :

*I121: **vous** perdez pas les cheveux partout*

*I393 : alors les ordonnances que **vous** avez là le traitement standard ça **vous** le prenez de façon quotidienne enfin en fonction des ordonnances comme de la façon dont c'est réajusté à partir d'aujourd'hui ça **vous** le prenez au quotidien mardi **vous** allez rencontrer la radiothérapeute*

- Favoriser une certaine autonomisation du patient :

*I406 : euh **vous** voulez y aller aujourd'hui ?*

*I410 : si **vous** voulez en sortant je **vous** accompagnerai jusqu'à la pharmacie comme ça **vous** verrez où c'est*

*I427 : ce qui y'a c'est qu'on se reverra dans dix à quinze jours si **vous** êtes toujours d'accord donc on pourra refaire le point sur les traitements et tout ça on pourra reparler*

*I397 : **vous** allez savoir quand est-ce que commence votre radiothérapie et le jour où commence la radiothérapie **vous** commencez la chimiothérapie*

- Singulariser la relation :

*I347 : c'est jeudi à 14h30 euh je **vous** donne nos coordonnées il y a le numéro de monsieur X (médecin) aussi et attendez je vais **vous** mettre mon nom et mon prénom*

*I363 : et puis après sur les coordonnées donc y'a le numéro du service où **vous** avez été hospitalisé pour la biopsie que **vous** aviez peut-être déjà y'a le numéro de monsieur X (médecin) et notre numéro donc si jamais y'a un souci si **vous** avez une question **vous** pouvez nous rappeler euh pour*

Elle s'adressera par ailleurs à l'épouse pour :

- la rendre actrice mais en procédant alors à une certaine négation du patient :

*I320 : bah **vous** pouvez prendre un vsl hein*

- la solliciter et ainsi lui reconnaître une place qu'elle a, de fait, à prendre auprès de son mari devenu malade:

*I333 : est-ce que **vous** pourrez **vous** libérer pour aller avec peut-être en radiothérapie?*

Le **médecin** va s'adresser au patient pour :

- échanger autour de la situation actuelle :

*M8: et là à la maison tout se passe bien **vous** êtes... plus d'problème ?*

*M73: {...} on donne la cortisone qu'on laisse un p'tit peu au long cours pendant le traitement et souvent en plus on rajoute comme **vous** êtes jeune, on va faire une exception, on rajoute du Temodal {...}*

*M182: **vous** faites quoi comme travail ?*

*M186: euh bon alors tant qu'y a la radiothérapie **vous** êtes en arrêt de travail*

M217: je vous mettrai la chimio parce que vous êtes relativement jeune ça peut un p'tit peu augmenter l'efficacité

M350 : à l'heure actuelle vous avez quoi comme traitement ?

- capter son attention ou le faire réagir:

M31: donc j'ai eu hier par téléphone mais y m'a appelé, qu'est-ce qu'on avait dit la dernière fois, vous vous rappelez monsieur Durand ? Qu'est-ce qu'on avait suggéré éventuellement... que cela pouvait être ?

M118: non alors c'est très variable, j'vous dis c'est une perte un peu comme les

M157: vous pensiez à quoi ? Et le poids alors ?

M257 : j'vous ai un peu sécher hein ?

M425 : vous pataugez là

- faire état de la situation antérieure :

M35: non on en discutait quand on s'était vus dans le service où j'avais dû euh... donc alors, avec les troubles neurologiques que vous aviez on a découvert cette lésion cérébrale

M259 : vous vous imaginiez pas ça si un ptit peu ?

M261 : vous pensiez quoi ?

- évoquer une situation hypothétique ou non-définie, rendant presque objet le patient (processus d'objectivation) :

M49: en d'autres termes, si on avait pu opérer la lésion, là on n'a pas pu opérer parce qu'elle est pas dans des zones faciles d'accès hein si on avait tenté d'opérer y a des chances qu'on vous ait entièrement paralysé...

M102: les traitements sont identiques où que vous soyez, à Brest, à Nancy, à Nice

M120: non non quand vous perdez les cheveux c'est un p'tit peu localisé, c'est une partie un peu comme si vous aviez une plaque de la gale c'est pas très gentil c'que j'dis mais voilà c'est pas une perte harmonieuse comme on a...

M122: voilà y a des chimiothérapies ou vous perdez tous les cheveux, tous les poils, là ça tombe d'un côté souvent c'est une petite plaque peut-être grosse comme ça ou un peu plus mais c'est pas souvent on peut se faire raser les gens ça repousse après

M139: après y a une procédure qui peut dépendre d'un centre à l'autre la prise en charge, il faut que vous voyiez le radiothérapeute en consultation après il faut qu'il fasse c'qu'on appelle le scanner centrage de l'IRM qu'ils fassent le calcul de dose, qu'ils fassent le masque et une fois que tout ça est fait, qu'ils ont vérifié au moins deux à trois fois les calculs, la dosimétrie ce qu'on appelle après ils vous mettent vraiment dans le traitement {...}

M167: non à la rigueur, à l'heure actuelle avec les problèmes qu'y a eu pour la radiothérapie y sont obligés de de d'avoir, ils ont des contrôles comment dire sécurité etcetera de c'qui fait qui soient capables de dire à tel endroit telle dose vous avez reçue bon à deux centimètres de la peau y font des contraintes qui fait que avant de mettre en route les appareils y ont beaucoup de choses et pour chaque patient y vérifient qu'y a les une certaine procédure on peut plus faire n'importe quoi après le traitement est standardisé c'est les lésions, l'élément de sécurité j'vais pas dire que c'est procédurier, y a une procédure voilà et maintenant c'est très...encore plus pointu qu'auparavant ils sont obligés de d'être capable de prouver ou de justifier qu'à tel endroit tel traite...telle dose vous avez reçue à peu près maintenant c'est plus à peu près y peuvent vous dire à tel endroit c'est ça que vous avez reçu

M194: mais dans un premier temps on vous met en arrêt de travail souvent j'mets pendant 4 à 6 mois pour le départ et puis après on revoit on peut toujours d'ailleurs casser un arrêt de travail

M219: vous seriez plus âgé j'aurais p't-être pas mis euh et après on remet la chimiothérapie pour consolider l'efficacité des rayons

M224: il a pas tort à vrai dire la chimiothérapie ça dépend des produits qu'on vous donne ça fait pas tomber les cheveux ça crée une petite fatigue au niveau alimentaire et les seules complications d'ordre hématologique chute potentielle des plaquettes ou des globules blancs

- aborder la situation future :

M69: *et la tolérance de la radiothérapie : vous allez perdre vos cheveux*

M73: *le rayon, le rayonnement va traverser toute la peau, c'est pour ça que les cheveux tombent, l'os et une partie du cerveau et ça peut et le cerveau peut être gonflé d'eau, vous pouvez avoir des œdèmes donc ça peut entraîner des maux de tête voire quelques fois une majoration des déficits mais pour ça on donne la cortisone qu'on laisse un p'tit peu au long cours pendant le traitement {...}*

M75: *en principe y a une petite fatigue mais avec la radiothérapie vous sentirez pas du tout l'effet. {...}*

M108: *y a deux à trois faisceaux ça dure 10 minutes vous perdrez plus de temps dans les trajets...*

M115: *mais là c'est différent parce qu'on irradie le cerveau c'est pour ça qu'on perd des cheveux la perte de cheveux est due à la radiothérapie et non pas à la chimiothérapie que vous aurez*

M217: *je vous mettrai la chimio parce que vous êtes relativement jeune ça peut un p'tit peu augmenter l'efficacité*

M296 : *alors pour éviter les nausées vomissements pendant la chimio j'vous donnerai un produit pour éviter ça à prendre le matin au ptit déjeuner et une heure après le ptit déjeuner vous prendrez la gélule de chimiothérapie aux doses que je vais vous donner pendant la radiothérapie c'est pas toujours évident qu'on soit barbouillé donc ce sera à voir si y'a à prendre un cachet ou pas*

- rendre acteur le patient (processus de subjectivation)

M106: *vous êtes installé sur la table au préalable les radiothérapeutes, 'fin les font ce qu'on appelle un masque quelque chose qui va vous permettre de mouler votre face qui permettra que vous ayez toujours la même position sur la table parce que c'est tous les jours et après les radio...les manipulateurs de radiothérapie font tourner l'appareil pour faire...'fin le bras, règle le collimateur et après on fait le rayonnement en gros le rayonnement ça dure même pas deux minutes même pas, mais c'est le temps de vous installer*

M139: après y a une procédure qui peut dépendre d'un centre à l'autre la prise en charge, il faut que **vous** voyiez le radiothérapeute en consultation après il faut qu'il fasse c'qu'on appelle le scanner centrage de l'IRM {...} C'est tout après c'est **vous** qui choisissez, j'ai pas à **vous** imposer

M152: non mais après c'est c'est euh moi, j'ai aucune action dans aucun des centres, hein j'veux dire après j'vous l'dis tout de suite **vous** avez le droit de choisir, j'vous dis les possibilités, c'est le centre Alexis Vautrin ou Gentilly pour la radiothérapie sur Nancy, après **vous** choisissez l'endroit où **vous** voulez aller {...}

M184: ah oui **vous** m'aviez dit je crois euh dans un...

M318 : alors ça c'est pas un problème une fois que **vous** avez vu le radiothérapeute **vous** choisissez un ambulancier et eux ils se débrouillent y'a pas de problème

Il interpellera directement l'épouse pour :

- signifier une prise en compte de l'entourage et le rendre ainsi acteur :

M142: **vous** avez été traitée où madame ?

M261 : **vous** pensiez quoi ?

- pour lui adresser un message personnel :

M323 : quand **vous** allez faire les courses à Cora **vous** prenez pas un vsl ?

M343 : non le mieux pour la consultation avec le radiothérapeute c'est mieux que **vous** soyez présente car on peut se dire que lui y'a des choses qu'il va pas entendre et vice-versa

Enfin, le **patient** va s'adresser deux fois directement au médecin :

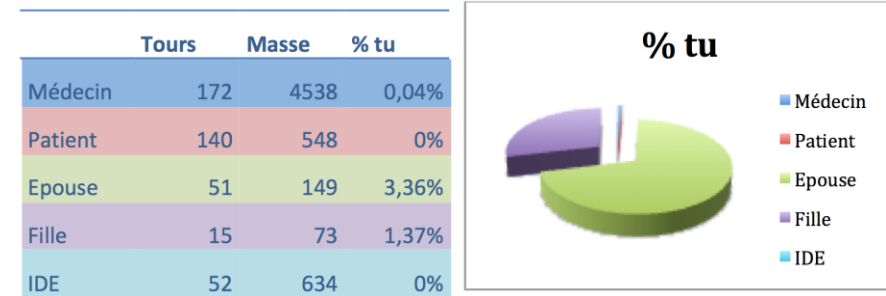
- une première pour bien lui faire passer un message :

P271 : bah j'sais pas pourquoi mais j'**vous** dis j'y connais rien

- une seconde pour le questionner directement, ce qui démontre une tentative de bien saisir les informations transmises :

P355 : sinon **vous** arrêtez la cortisone c'est ça ?

@ Tu



Le « *tu* » marque une familiarité et est utilisé majoritairement par l'**épouse** du patient. Elle l'interpelle sur ses propres antécédents médicaux :

E113 : j'avais un cancer du sein, **tu** t'rappelles plus ?

Elle va également s'adresser à lui pour reprendre les informations transmises par le médecin et s'assurer ainsi de sa bonne compréhension :

E211 : dès que **tu** commences

E380 : oui le jour où **tu** commences ton traitement **tu** prendras le cachet

E384 : ah oui le jour où **tu**

La **filie** va, quant à elle, s'adresser une fois à son père directement pour lui faire part d'une information sans pour autant être certaine de l'exactitude de cette dernière :

F386 : ah oui non mais le 3 si j'ai compris **tu** le prends pas jusque

Le **médecin** va s'adresser à l'infirmière pour aborder des éléments pratiques lors de la consultation, à la fois sous une forme :

- interrogative :

M304 : tu pourras graver les CD ?

- directive :

M308 : tu mets le 3 avril c'était un scanner

3 - Les questions

Pour procéder à une analyse fine de la structure de cette consultation nous proposons de mettre en exergue les questions formulées par les différents protagonistes. Ainsi nous pouvons remarquer dans le tableau suivant la fréquence des questions en fonction des interlocuteurs ainsi que leur forme syntaxique et sémantique selon les 8 thèmes repérés précédemment :

Consultation de M. DURAND

Distribution des questions dans l'entretien en fonction des domaines thématiques

Thème	Questions Propositionnelles					Questions catégorielles				
	M	P	E	F	I	M	P	E	F	I
Evolution symptomatologique depuis la biopsie	6	0	0	0	0	1	0	0	0	0
L'annonce de la maladie	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0
L'abord des traitements	8	6	2	0	6	6	2	0	1	0
Le vécu du patient	13	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Les contingences pratiques	2	1	0	0	1	0	1	0	0	1
Le suivi	4	2	0	0	1	1	1	0	0	0
TOTAL	36	9	2	1	8	10	4	0	1	1

Tout d'abord, nous constatons que, d'une manière générale, c'est le médecin (M) qui pose le plus de questions dans cet entretien (46). Ses questions portent majoritairement sur le vécu du patient (14) et l'abord des traitements (14), et sont le plus souvent propositionnelles. Ses autres questions concernent l'évolution symptomatologique depuis la biopsie (7), le suivi (5), l'annonce de la maladie (4), les contingences pratiques (2), et enfin les risques et effets des traitements (1).

Ensuite c'est le patient (P) qui va poser 13 questions, propositionnelles pour 9 d'entre elles et 4 catégorielles. Elles concernent l'abord des traitements, le suivi puis les contingences pratiques.

L'infirmière (I) va poser 9 questions lors de cet entretien, propositionnelles pour 8 d'entre elle et une seule catégorielle. Elles ont traités à l'abord des traitements, aux contingences pratiques et enfin au suivi.

L'épouse (E) posera 2 questions propositionnelles concernant l'abord des traitements.

La fille posera une question propositionnelle sur le vécu du patient et une catégorielle sur les traitements.

Intéressons-nous à présent plus précisément aux questions posées par les interlocuteurs.

a – Le médecin

*** Questions en lien avec l'évolution symptomatologique depuis la biopsie:**

Les questions du médecin s'adressent principalement au patient. Le professionnel cherche ainsi à obtenir des précisions médicales et des informations sur la situation « médicale » actuelle :

M1 : la biopsie c'était la semaine dernière ? (Question propositionnelle)

M4 : vous êtes parti vendredi hein ? (Question propositionnelle)

M8 : et là à la maison tout se passe bien vous êtes plus d'problème ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)

M12 : d'accord la jambe tout ça ça va mieux c'est rentré dans l'ordre ? (Question propositionnelle)

M14 : y a plus de déficit hein ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)

M20 : *c'est quoi comme tremblements ? (Question catégorielle)*

M22 : *et ça touchait le bras et la jambe ? (Question propositionnelle)*

*** Questions en lien avec l'annonce de la maladie:**

M31 : *{...} qu'est-ce qu'on avait dit la dernière fois vous vous rappelez monsieur D ? (Question propositionnelle) Qu'est-ce qu'on avait suggéré éventuellement que cela pouvait être ? (question catégorielle)*

M51 : *le côté droit donc si c'était dans une zone accessible sur le plan chirurgical le fait qu'elle soit maligne et agressive si on fait que la chirurgie la tumeur revient dans tous les cas pareille plus grosse en deux trois mois, d'accord ? (Question propositionnelle de feed-back)*

M57 : *d'agressif hein ? (Question propositionnelle de feed-back)*

*** Questions en lien avec l'abord des traitements :**

M93 : *Gentilly c'est Claude Bernard euh non que je dise pas de bêtise, c'est le centre Alexis Vautrin sur Nancy y a 2 possibilités : y a soit le centre Alexis Vautrin soit la clinique Gentilly, c'est deux endroits où y a la radiothérapie après y a Metz mais Metz c'est un peu loin après Baccarat c'est Strasbourg mais Strasbourg c'est un peu loin c'est pas toutes les villes qui ont des...c'est pas toutes les villes qui entre guillemets ont des enfin des centres de radiothérapie c'est un p'tit peu, voilà, et puis Metz, c'est plus loin, Pareil ? (Question propositionnelle de feed-back)*

M112 : *pour ? (Question catégorielle)*

M142 : *vous avez été traitée où madame ? (Question catégorielle)*

M144 : *au CAV ? (Question propositionnelle) {...}*

M146 : *la seule différence c'est un p'tit peu l'délai l'avant...bon au CAV y faut que je faxe la lettre à ma collègue radiothérapeute, y vous convoque après Gentilly vous pouvez partir aujourd'hui avec une date de rendez-vous et après les délais sont un peu plus... ouais c'est 3 semaines bon par exemple*

c'est sûr qu'à Metz les prises en charge entre la consultation et le début, c'est 10 jours à peine, hein ?

(Question propositionnelle de feed-back)

M152 : {...} c'est quoi votre taille monsieur euh... pour faire ma chimiothérapie, la taille ?

(Question catégorielle)

M157 : vous pensiez à quoi ? (Question catégorielle) Et le poids alors ? (Question catégorielle)

M159 : 89, 90 ? (Question propositionnelle)

M175 : Gentilly ? (Question propositionnelle)

M177 : d'autres questions, monsieur euh... ? (Question propositionnelle)

M179 : vous travaillez ou vous êtes à la retraite ? (Question propositionnelle disjonctive)

M182 : vous faites quoi comme travail ? (Question catégorielle)

M236 : d'autres questions ? (Question propositionnelle)

*** Questions en lien avec le vécu du patient :**

M246 : rien d'autres ? (Question propositionnelle)

M257 : j'veus ai un peu séché hein ? (Question propositionnelle)

M259 : vous vous imaginiez pas ça si un ptit peu ? (Question propositionnelle)

M261 : vous pensiez quoi ? (Question catégorielle)

M263 : vous pensiez pas ? (Question propositionnelle posée à la forme négative) On pense non vous vouliez dire quelque chose ? (Question propositionnelle)

M265 : il pensait à la chimio ? (Question propositionnelle)

M268 : non mais j'veux dire vous partez plutôt sur la chimio que pour la radiothérapie qu'est-ce qui vous fait le plus peur la chimiothérapie ou la radiothérapie ? (Question propositionnelle disjonctive)

M270 : *qui vous fait le plus peur ?* (Question propositionnelle)

M272 : *non mais vous pensez que c'était la chimio pour vous et qu'est-ce qui fait le plus peur la chimio ou la radiothérapie ?* (Question propositionnelle disjonctive)

M274 : *c'est elle qui vous fait le plus peur ?* (Question propositionnelle)

M278 : *on traite la même chose la chimio sous forme générale forme orale ou forme intraveineuse c'est mixte et la radiothérapie c'est local mais on traite la même chose bon euh la chimiothérapie ça vous perturbe qu'on vous en donne ou pas ?* (Question propositionnelle disjonctive)

M280 : *ou c'est la radiothérapie qui vous gêne ?* (Question propositionnelle)

M282 : *hum non mais la radiothérapie ça vous perturbe ou pas ?* (Question propositionnelle disjonctive)

*** Questions en lien avec les contingences pratiques :**

M304 : *tu pourras graver les CD ?* (Question propositionnelle)

M323 : *quand vous allez faire les courses à Cora vous prenez pas un vsl ?* (Question propositionnelle posée à la forme négative)

*** Questions en lien avec le suivi :**

M350 : *à l'heure actuelle vous avez quoi comme traitement ?* (Question catégorielle)

M352 : *et c'est le XX 20 mg que vous avez c'est ça ?* (Question propositionnelle)

M356 : *non non non j'veus la laisse par contre je vous monte à deux comprimés pendant les rayons et puis après on reverra hein ?* (Question propositionnelle)

M358 : *parce que ça peut gonfler si jamais si jamais pendant les rayons il avait mal à la tête ou il était moins bien on peut augmenter les doses mais bon vous nous appelez et j'veus dirai hein ?* (Question propositionnelle de feed-back)

M423 : donc ce n'est pas que sa présence n'est pas obligatoire bon alors est-ce que c'est clair dans votre tête ou c'est un petit peu ? (Question propositionnelle disjonctive)

b – Le patient

*** Questions en lien avec l'évolution symptomatologique depuis la biopsie:**

Aucune question du patient n'est en lien avec ce thème.

*** Questions en lien avec l'annonce de la maladie:**

Aucune question du patient n'est en lien avec ce thème.

*** Questions en lien avec l'abord des traitements :**

P84 : ça commencerait quand ? (Question catégorielle)

P86 : ça commencerait quand la radiothérapie ? (Question catégorielle)

P100 : je sais pas, c'est quoi le mieux ? (Question catégorielle)

P117 : d'accord, j'aurai plus de cheveux du tout ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)

P140 : j'vais à Gentilly oui quoi ? (Question propositionnelle disjonctive)

P148 : Gentilly ça serait quand ? (Question catégorielle)

P201 : ah oui pas avant septembre ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)

P208 : dans 6 semaines ? (Question propositionnelle)

*** Questions en lien avec le vécu du patient :**

Aucune question du patient n'est en lien avec ce thème.

*** Questions en lien avec les contingences pratiques :**

P314 : euh comment j'viens... en voiture ? (Question propositionnelle)

P335 : bah pourquoi ? (Question catégorielle) J'irai tout seul

*** Questions en lien avec le suivi :**

P355 : sinon vous arrêtez la cortisone c'est ça ? (Question propositionnelle)

P401 : Gentilly ? (Question propositionnelle)

P429 : et si y'a chute qu'est-ce que je fais ? (Question catégorielle)

c – L'épouse

*** Questions en lien avec l'évolution symptomatologique depuis la biopsie:**

Aucune question de l'épouse n'est en lien avec ce thème.

*** Questions en lien avec l'annonce de la maladie:**

Aucune question de l'épouse n'est en lien avec ce thème.

*** Questions en lien avec l'abord des traitements :**

E113 : j'avais un cancer du sein, tu t'rappelles plus ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)

P163: je sais pas moi, c'est pour que ça aille le plus vite possible quand même

E164: le plus vite possible ? (Question propositionnelle : demande de ratification)

* **Questions en lien avec le vécu du patient :**

Aucune question de l'épouse n'est en lien avec ce thème.

* **Questions en lien avec les contingences pratiques :**

Aucune question de l'épouse n'est en lien avec ce thème.

* **Questions en lien avec le suivi :**

Aucune question de l'épouse n'est en lien avec ce thème.

d – La fille

* **Questions en lien avec l'évolution symptomatologique depuis la biopsie:**

Aucune question de la fille n'est en lien avec ce thème.

* **Questions en lien avec l'annonce de la maladie:**

Aucune question de la fille n'est en lien avec ce thème.

* **Questions en lien avec l'abord des traitements :**

F203: c'est combien de temps la radiothérapie ? (Question catégorielle)

* **Questions en lien avec le vécu du patient :**

F249 : de toute façon il viendra toujours ici après ? (Question propositionnelle)

* **Questions en lien avec les contingences pratiques :**

Aucune question de la fille n'est en lien avec ce thème.

*** Questions en lien avec le suivi :**

Aucune question de la fille n'est en lien avec ce thème.

e – L'infirmière

*** Questions en lien avec l'évolution symptomatologique depuis la biopsie:**

Aucune question de l'infirmière n'est en lien avec ce thème.

*** Questions en lien avec l'annonce de la maladie:**

Aucune question de l'infirmière n'est en lien avec ce thème.

*** Questions en lien avec l'abord des traitements :**

I85: vous avez des questions peut-être ? (Question propositionnelle)

I88: ben, c'est au CAV ? (Question propositionnelle)

I90: vous habitez plus près de Nancy que de Metz ? (Question propositionnelle)

I98: oui au plus près, au CAV ? Alors si on part... (Question propositionnelle)

I145: ça s'attrape un petit peu non ? (Question propositionnelle : demande de ratification)

I162: quel centre alors Gentilly ou le CAV ? (Question propositionnelle disjonctive)

*** Questions en lien avec le vécu du patient :**

Aucune question de l'infirmière n'est en lien avec ce thème.

*** Questions en lien avec les contingences pratiques :**

1305 : *c'est ce que j'étais en train de me noter c'est quelle date ?* (Question catégorielle)

1333 : *est-ce que vous pourrez vous libérer pour aller avec peut-être en radiothérapie?* (Question propositionnelle)

*** Questions en lien avec le suivi :**

1406 : *euh vous voulez y aller aujourd'hui ?* (Question propositionnelle)

II – ANALYSE SEMANTIQUE

A – Analyse automatique : ALCESTE

La structure de cet entretien ne permet pas une analyse séquentielle, ce qui nous conduit à produire une analyse globale de la consultation d'annonce. Même ainsi, le logiciel Alceste ne retiendra pas $\frac{1}{4}$ du corpus. La **classe 1**, prenant en compte 20% du discours retenu par Alceste, est isolée et met en avant principalement la tumeur. La **classe 2** comprend 22% du discours et fait ressortir la chimiothérapie et ses effets. La **classe 4**, avec 19% du discours, concerne le traitement symptomatique (*cortisone*) ainsi que la *radiothérapie*. Elle est liée à la **classe 3** qui comprend 15% du corpus et qui, elle, précise la prise des traitements au quotidien.

Ainsi, nous pouvons conclure de cette analyse que les traitements prennent une place extrêmement importante dans cette consultation d'annonce.

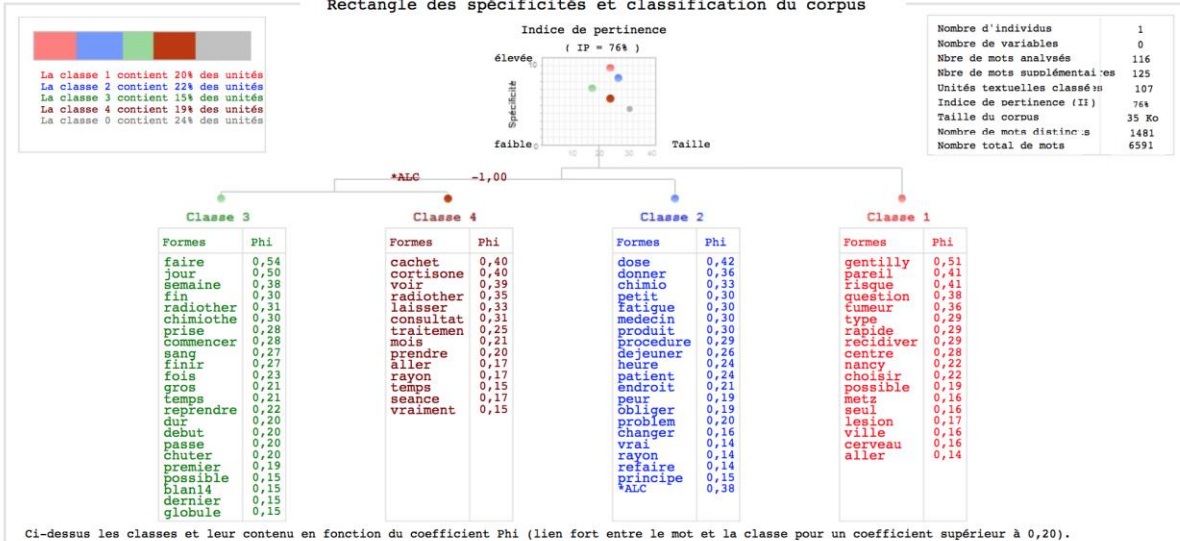
Rapport de synthèse

Texte analysé : ANNONCEURAND

Jeu 10 Septembre 2015 à 17 h 44

Le corpus ANNONCEURAND a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 76% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 24% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 4 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et coloriée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 25% des unités textuelles classées (soit 20% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **gentilly**, **pareil**, **risque**, **question**, **tumeur**, **type**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 29% des unités textuelles classées (soit 22% du corpus initial) ses mots significatifs sont **dose**, **donner**, **chimio**, **petit**, **fatigue**, **medecin**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 20% des unités textuelles classées (soit 15% du corpus initial) ses mots significatifs sont **faire**, **jour**, **semaine**, **fin**, **radiotherapie**, **chimiotherapie**. puis de la classe 4 qui représente 26% des unités textuelles classées (soit 19% du corpus initial) marquée par les mots **cachet**, **cortisone**, **voir**, **radiotherapeute**, **laisser**, **consultatif**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.



B – Analyse manuelle

1 – Analyse « pas à pas »

M1: la biopsie c'était la semaine dernière

P2: c'était jeudi dernier

E3: oui

M4: vous êtes parti vendredi hein

P5: oui

M6: on était le 24

P7: euh oui

Le médecin débute d'emblée la consultation en questionnant le patient sur la date de réalisation de la biopsie. C'est ainsi le patient qui, en apportant une réponse correcte et validée par l'épouse, permet au médecin de resituer la situation.

M8: et là à la maison tout se passe bien vous êtes... plus d'problème ?

P9: tout se passe bien oui là j'ai une bronchite

M10: oui

P11: j'ai été chez le médecin hier, y m'a donné du maxi...maxi.. j'sais plus quoi

M12: d'accord, la jambe tout ça ça va mieux, c'est rentré dans l'ordre

P13: oui

M14: y a plus de déficit hein

P15: ah si quand même

M16: enfin c'est léger parce qu'avant...

P17: oui c'est léger oui oui c'est léger

E18: oui

P19: c'est surtout les tremblements quoi

M20: c'est quoi comme tremblements ?

P21: ben quand j'mange euh j'ai du mal à tenir la fourchette, j'ai du mal à l'amener à la bouche quoi

M22: et ça touchait le bras et la jambe

P23: oui euh la la jambe ça tremble pas

M24: non mais je veux dire la force

P25: oui oui oui c'est la jambe et le bras

I26: le côté droit

M27: enfin par rapport à avant ça traînait plus hein avec la cortisone ça avait amélioré donc là ce qui reste c'est au niveau des gestes fins plutôt la main droite

P28: oui c'est ça c'est les gestes fins et la main gauche j'ai souvent des fourmillements

Ensuite, le médecin va s'intéresser aux symptômes en induisant par ses formulations une certaine orientation aux réponses attendues du patient (« *tout se passe bien* » ; « *plus d problème* » ; « *ça va mieux, c'est rentré dans l'ordre* »). Pour autant, le patient va pointer la persistance de troubles moteurs que le médecin va tenter de minimiser (« *enfin c'est léger parce qu'avant* »). Le patient parle quand même des *tremblements* qui persistent. Le médecin va alors s'intéresser précisément à ce trouble et progressivement permettre au patient de bien identifier sa nature et la cause de l'amélioration malgré tout présente (« *enfin par rapport à avant ça traînait plus hein avec la cortisone ça avait amélioré donc là ce qui reste c'est au niveau des gestes fins plutôt la main droite* »). Le patient définit ainsi de manière plus précise ses troubles qui prennent la forme de *fourmillements*.

M29: bon alors, donc j'ai le résultat de votre biopsie on a un peu insisté pour l'avoir

P30: oui

M31: donc j'ai eu hier par téléphone mais y m'a appelé, qu'est-ce qu'on avait dit la dernière fois, vous vous rappelez monsieur Durand ? Qu'est-ce qu'on avait suggéré éventuellement... que cela pouvait être ?

P32: ben vous m'aviez dit que c'était une tumeur

Le médecin arrive alors à la situation actuelle en précisant qu'il a obtenu les résultats de la *biopsie*. Il rappelle au patient leur échange initial lors duquel il a pu évoquer certaines hypothèses quant à un diagnostic. Nous voyons que le patient se souvient de la notion de *tumeur*.

M33: oui... alors donc,

P34: si c'était primitif non euh... hein

Pour autant, le patient semble déjà perdu et n'arrive plus à rapporter les informations transmises.

M35: non on en discutait quand on s'était vus dans le service où j'avais dû euh... donc alors, avec les troubles neurologiques que vous aviez on a découvert cette lésion cérébrale

P36: oui

M37: donc qui correspond à une tumeur

P38: hum hum

M39: ça on est tous d'accord et la question c'est de savoir quel...

P40: type de tumeur

M41: type de tumeur c'était. Alors donc le prélèvement qui a été fait euh montre qu'il s'agit euh donc c'est bien une tumeur et la première information c'est une tumeur qui naît dans le cerveau, ce qu'on appelle une tumeur primitive

P42: oui

M43: donc c'est à dire que c'est pas une tumeur qui vient d'un autre organe, c'est pas une tumeur secondaire, c'est pas ce qu'on appelle une métastase

P44: hum hum

M45: donc là on est en présence d'une tumeur qui naît dans le cerveau et la question est de savoir après si cette tumeur qui naît dans le cerveau donc qui est primitive si elle est bénigne ou maligne ou agressive

P46: oui c'est ça

M47: et donc elle est maligne et agressive

Le médecin va alors repartir du début de son argumentaire pour resituer les choses. Il va aborder la présence des troubles neurologiques qui ont conduit le patient à être hospitalisé. Puis il va montrer que ces troubles sont venus révéler la présence de « *cette lésion cérébrale* », le pronom « *cette* » précisant que c'est autour d'elle que tout se joue. Il définit alors cette *lésion* comme étant « *une tumeur* » et confirme bien cette réalité (« *ça on est tous d'accord* »).

Le patient semble se souvenir de la discussion précédente puisque c'est lui-même qui va indiquer ce qui était attendu de la biopsie (« *type de tumeur* »). Le médecin peut donc poursuivre ses explications en donnant des précisions sur cette tumeur, à savoir qu'il s'agit bien d'une *tumeur qui naît dans le cerveau, une tumeur primitive* (ce terme ayant déjà été prononcé par le patient mais de manière inappropriée). Il précise encore un peu plus les choses en indiquant qu'il ne s'agit pas d'une *métastase*. Puis il reprend chaque terme (*tumeur, cerveau, primitive*) avant d'arriver à la nature (*bénigne / maligne*) en employant le terme « *agressive* » qui marque bien le caractère violent et menaçant de cette maladie. Le médecin semble avoir réussi à captiver le patient qui suit son discours (*oui c'est ça*). Nous sommes vraiment dans le colloque singulier médecin / patient. Le médecin va alors faire tomber « le couperet » en annonçant que cette tumeur est celle redoutée (*et donc elle est maligne et agressive*).

M49: en d'autres termes, si on avait pu opérer la lésion, là on n'a pas pu opérer parce qu'elle est pas dans des zones faciles d'accès hein si on avait tenté d'opérer y a des chances qu'on vous ait entièrement paralysé...

P50: oui

M51:...le côté droit donc si c'était dans une zone accessible sur le plan chirurgical le fait qu'elle soit maligne et agressive si on fait que la chirurgie la tumeur revient dans tous les cas, pareille, plus grosse en 2-3 mois d'accord ? Ça c'est clair et net

P52: hum

M53: voilà pour d'autres, enfin d'autres façons de le dire c'est si on fait pas de traitement c'est à dire que si on laisse la tumeur on va dire si on laisse la nature faire les choses c'est c'est des tumeurs qui ont un pronostic à 3 mois, 3-4 mois

P54: ah oui

M55: si y a aucun traitement monsieur Durand si on... parce que le but si on fait rien c'est une tumeur, comme toute tumeur elle va grossir elle va se multiplier elle va atteindre une certaine

grosseur et va entraîner dans le cerveau, y'aura des contraintes qui vont se passer ça entraînera une issue défavorable, si y a aucun traitement pour dire quand même que c'est quelque chose de...

P56: hum

M57: d'agressif hein ?

P58: oui,

M59: C'est à dire que si on fait rien dans trois mois, voilà

Le médecin va montrer le caractère inquiétant de cette tumeur qui se situe dans une zone difficilement accessible et, de ce fait, non opérable. Il insiste sur la dangerosité du geste chirurgical et les risques encourus (*si on avait tenté d'opérer y a des chances qu'on vous ait entièrement paralysé*). Ainsi il montre l'intérêt de ne pas opérer en prenant pour appui les déficits déjà subis par le patient mais en les majorant. Il va en outre dire au patient que c'est le caractère de la tumeur qui est surtout problématique et que l'option chirurgicale, à elle-seule, ne résoudrait pas le problème (*« le fait qu'elle soit maligne et agressive si on fait que la chirurgie la tumeur revient dans tous les cas »*) Il va même dire que la maladie progressera et ce très rapidement, ce qui présage de la sévérité de la situation. Il insiste d'ailleurs bien sur ce point (*« Ça c'est clair et net »*). Il aborde même une donnée chiffrée en terme d'espérance de vie (*« 3 mois, 3-4 mois »*), ce pronostic sombre amplifiant le côté dramatique de la situation. En dressant ainsi un tableau très noir, il parvient à aborder la place des traitements qu'il va ensuite proposer pour nuancer cette situation dramatique. Il s'adresse d'ailleurs directement au patient pour transmettre son message (*« si y a aucun traitement monsieur Durand si on... »*) ce qui montre bien le côté solennel de la situation.

M61: voilà alors étant pas opéré y va falloir qu'on fasse un traitement complémentaire

P62: hum

M63: et ce traitement c'est euh radiothérapie

P64: d'accord

M65: radiothérapie hein et plus ou moins chimiothérapie alors la radiothérapie c'est un traitement qui se fait donc sur Nancy euh c'est une séance par jour, 5 fois par semaine, pendant 6 semaines d'affilée, oui parce que si on donne une dose unique c'est Tchernobyl hein

P66: hum hum

M67: ou Fukushima là mais c'est pas terrible hein donc on donne plusieurs doses, répétées

Le médecin propose concrètement le *traitement*, ajoutant le qualificatif *complémentaire* qui sous-tend l'idée selon laquelle ce ne sera pas le seul administré. Il va révéler le nom de ce traitement, à savoir la *radiothérapie*, ce qui provoque chez le patient une réponse brève, catégorique et affirmée : « *d'accord* ».

Il insiste sur ce traitement (« *hein* »), introduit, sans s'engager le second traitement (« la *chimiothérapie* ») et définit les aspects pratiques de la radiothérapie (« *un traitement qui se fait donc sur Nancy* » ; « *une séance par jour, cinq fois par semaine, pendant six semaines d'affilée* »). La présentation, telle qu'elle est faite par le médecin vient conférer à ce traitement un caractère dangereux, destructeur, catastrophique puisqu'il va le comparer aux deux accidents nucléaires mondiaux, *Tchernobyl* en 1986 et plus récemment *Fukushima* en 2011. En d'autres termes, le médecin dépeint un avenir très inquiétant.

M69: *et la tolérance de la radiothérapie : vous allez perdre vos cheveux*

P70: *oui ben oui*

M71: *un p'tit peu mais pas beaucoup c'est une perte qui est très limitée hein. Vous êtes fatigué, souvent vous pouvez faire la sieste l'après-midi si vous la faisiez pas auparavant et l'autre hypot... l'autre possibilité c'est que vous risquez d'avoir un p'tit peu mal à la tête parce que le fait d'irradier le cerveau*

P72: *hum hum*

M73: *le rayon, le rayonnement va traverser toute la peau, c'est pour ça que les cheveux tombent, l'os et une partie du cerveau et ça peut et le cerveau peut être gonflé d'eau, vous pouvez avoir des œdèmes donc ça peut entraîner des maux de tête voire quelques fois une majoration des déficits mais pour ça on donne la cortisone qu'on laisse un p'tit peu au long cours pendant le traitement et souvent en plus on rajoute comme vous êtes jeune, on va faire une exception, on rajoute du Temodal, une chimiothérapie à prendre par voie orale en même temps que la radiothérapie du premier jour de la radiothérapie jusqu'au dernier jour, même samedi dimanche et jours fériés parce que la radiothérapie donc c'est 5 fois par semaine, la chimiothérapie c'est tous les jours, samedi dimanche jours fériés jour de maintenance, de révolution et la chimiothérapie c'est du premier jour du*

traitement jusqu'au dernier, c'est 7 fois par semaine, 6 fois 7 : 42 jours. La chimio en principe elle est bien supportée, c'est une gélule à prendre par la bouche, une heure après le petit déjeuner du matin, voilà une surveillance au niveau des prises de sang pour voir si y a pas une chute des plaquettes, des globules blancs

P74: hum

M75: en principe y a une petite fatigue mais avec la radiothérapie vous sentirez pas du tout l'effet. Hier j'ai eu un patient qui était en cours de radiothérapie il était essentiellement fatigué, très très fatigué, vidé, plus que par la chimiothérapie, voilà et avec ça on espère pouvoir contrôler la lésion, au moins dans un premier temps l'empêcher qu'elle grossisse et après peut-être la faire diminuer de taille

P76: d'accord

M77: et une fois qu'on a fait ce traitement-là 4 semaines après la fin de la radiothérapie on reprend la chimiothérapie

P78: la chimio c'est c'est en cachet vous dites

M79: ouais ouais et après une fois qu'on a fini les rayons on reprend la chimio mais là c'est des cures de... c'est un traitement qui dure 5 jours c'est du lundi au vendredi, on fait ça une cure par mois et à peu près 6 cures et entre temps on se voit tous les 2 mois avec une IRM cérébrale de contrôle voilà

Il décrit les différents effets secondaires de la radiothérapie en commençant par la chute des cheveux (« *vous allez perdre vos cheveux* »). Le patient, en employant la particule énonciative « *ben* » (Fernandez-Vest, 1994), fait preuve d'une certaine résignation. Cela conduit le médecin à nuancer cet effet en utilisant des termes tels que « *pas beaucoup* » ou « *très limitée* ».

Il fait également part d'un constat : « *vous êtes fatigué* ». La forme de la phrase montre qu'il n'y a pas d'autre alternative, alors que pour aborder la douleur, il va là-aussi nuancer ses dires en évoquant le « *mal de tête* » avec un « *ptit peu* » et surtout en étant moins catégorique : « *vous risquez* ».

Il s'ensuit une description inquiétante des effets de la radiothérapie (« *le rayon va traverser toute la peau* » ; « *les cheveux tombent, l'os et une partie du cerveau* » ; « *le cerveau peut être gonflé d'eau* » ; « *des œdèmes* » ; « *maux de tête* » ; « *majoration des déficits* ») avec, heureusement, l'arrivée d'une information plus positive, et de ce fait,

porteuse d'espoir, la *cortisone* et ses effets positifs et surtout la *chimiothérapie* (« *Témodal* ») qui vient modérer, voire annuler, les effets désastreux de la radiothérapie. La chimiothérapie est présentée comme le traitement contre la radiothérapie alors qu'initialement on parle de complémentarité. L'un annulerait l'autre, ce qui, si le patient raisonne ainsi, peut paraître paradoxal, voire incohérent.

Le médecin précise le mode d'administration de la chimiothérapie en faisant une comparaison avec la radiothérapie, mais surtout il parvient à amener la notion de *révolution* au moment même où il aborde les traitements pour lutter contre la maladie. Ainsi, tout en étant dans une perspective logiquement optimiste, il reste néanmoins enclin avec la réalité et ne cache pas le côté sombre de la situation. En outre, il semble dresser un tableau plus difficile de la radiothérapie contrairement à la chimiothérapie qui elle, « *est bien supportée* » et ne provoque qu'« *une petite fatigue* ». Il donne un aspect sournois à la radiothérapie qui peut sembler passer inaperçue (« *vous sentirez pas du tout l'effet* ») mais qui pourtant provoque plus de fatigue, alors que la chimiothérapie ne nécessite en quelques sortes qu'une *surveillance*. Il exemplifie cela en s'appuyant sur sa pratique, c'est-à-dire en relatant l'histoire d'un patient qui est apparu plus épuisé par la radiothérapie que par la chimiothérapie.

Il termine en précisant l'objectif de ces traitements, à savoir « *contrôler la lésion* », tout en laissant poindre le côté aléatoire, incertain (« *au moins dans un premier temps* », « *peut-être* ») du résultat qui reste à la fois modeste (« *empêcher qu'elle grossisse* ») et limité (« *la faire diminuer de taille* »).

Si le médecin donne l'impression que la radiothérapie est plus à craindre que la chimiothérapie, le patient reste malgré tout plus curieux de cette dernière (« *la chimio c'est en cachet vous dites* »). Le médecin, prenant pour point de départ la radiothérapie (« *rayons* »), va alors reprendre les explications quant à la chimiothérapie, puis conclue par la période toujours anxieuse de l'« *IRM cérébrale de contrôle* ».

M81: avec ça donc on pense qu'on va pouvoir contrôler la situation mais on sait que malgré le traitement ce type de tumeur peut ré-évoluer ou réapparaître malgré nos traitements donc il y a un risque de récurrence qui n'est pas négligeable, qui existe et en principe ce risque il est fréquent par rapport à d'autres types de tumeurs malignes, le risque est assez rapide c'est dans la première année, dans les 18 premiers mois qui suivent le diagnostic initial, c'est pas des choses qui rechutent à 4, 5 ans, 10 ans, etcetera, la rechute est...

P82: ah oui

M83: si y a une rechute elle est dans l'année à peu près qui suit le diagnostic initial. Voilà, j'en ai fini, j'ai dit c'que j'avais à...

Ensuite, le médecin va réaborder mais de manière beaucoup plus précise la notion de récurrence. Il va signifier l'incertitude du résultat mais la certitude de la récurrence malgré les traitements (« *on pense qu'on va pouvoir contrôler la situation mais on sait que malgré le traitement ce type de tumeur peut ré-évoluer* »). Il montre également l'évolution très rapide de ce type de tumeur maligne (« *dans la première année* ») et insiste sur cet aspect péjoratif (« *c'est pas des choses qui rechutent à 4, 5 ans, 10 ans* »). Il aborde cependant cette forte éventualité sur un mode conditionnel (« *: si y a une rechute elle est dans l'année à peu près qui suit le diagnostic initial* »).

La fin de son intervention donne l'impression qu'il s'est déchargé d'un poids, qu'il a, quelque part, réussi à dire ce qu'il redoutait et qu'il apparaît presque soulagé d'avoir « tenu le coup » : « *Voilà, j'en ai fini, j'ai dit c'que j'avais à...* ».

P84: ça commencerait quand ?

I85: vous avez des questions peut-être ?

P86: ça commencerait quand la radiothérapie ?

M87: dans un certain temps

I88: ben, c'est au CAV ?

M89: ben en tous les cas la radiothérapie c'est en ambulatoire oui

I90: vous habitez plus près de Nancy que de Metz ?

P91: oui de Nancy oui

I92: c'est ou au CAV ou à Gentilly

M93: Gentilly c'est Claude Bernard euh non que je dise pas de bêtise, c'est le centre Alexis Vautrin sur Nancy y a 2 possibilités : y a soit le centre Alexis Vautrin soit la clinique Gentilly, c'est deux endroits où y a la radiothérapie après y a Metz mais Metz c'est un peu loin après Baccarat c'est Strasbourg mais Strasbourg c'est un peu loin c'est pas toutes les villes qui ont des...c'est pas toutes les villes qui entre guillemets ont des enfin des centres de radiothérapie c'est un p'tit peu, voilà, et puis Metz, c'est plus loin ? Pareil ?

P94: *euh pareil j'aime autant aller sur Nancy*

E95: *y vaut mieux aller au...*

I96: *après c'est*

E97: *CAV*

I98: *oui au plus près, au CAV ? Alors si on part...*

E99: *oui ou à Gentilly c'est pareil*

P100: *je sais pas, c'est quoi le mieux ?*

I101: *ben, c'est des traitements qui sont standardisés*

M102: *les traitements sont identiques où que vous soyez, à Brest, à Nancy, à Nice*

Le patient n'en a pas fini et c'est alors l'infirmière qui prend le relais en demandant au patient s'il a éventuellement des questions (« *vous avez des questions peut-être ?* »).

Le patient souhaite une information concrète qui lui permettra très certainement de s'organiser (« *ça commencerait quand la radiothérapie ?* »). Le médecin répond évasivement sans apporter de réponse (« *dans un certain temps* »). Le patient n'obtiendra pas de réponse à cet instant de l'entretien puisque l'infirmière part sur un autre aspect en interrogeant le médecin sur le lieu de réalisation de la radiothérapie. Peut-être qu'en ayant cette information elle aurait pu définir un délai avant la première séance de radiothérapie, mais finalement le médecin va, lui, transmettre une autre information (« *c'est en ambulatoire* ») qui conduit l'infirmière à définir le lieu le plus adéquat pour la radiothérapie en fonction du domicile du patient. Le médecin donne des informations peu précises sur le fonctionnement géographique des centres de radiothérapie. Le patient émet une préférence quant au lieu (« *Nancy* »), suivi de son épouse qui reprend le nom des deux centres les plus proches (« *CAV* » ; « *Gentilly* »). Au final, le patient ne sachant choisir, demande de l'aide (« *je sais pas, c'est quoi le mieux ?* »).

L'infirmière veut montrer que la démarche de soins est identique partout et qu'en ce sens le choix du lieu de radiothérapie n'a pas une grande importance (« *des traitements qui sont standardisés* »).

M104: à Toulouse les techniques sont pareilles, en gros on va irradier, on prend la tumeur cérébrale on prend une marge de sécurité qui est à peu près de 2 centimètres et après le radiothérapeute fait des calculs de doses des courbes de doses pour que le maximum de la dose soit dans la zone voulue et après ils font des calculs, ils font plusieurs faisceaux deux devant, un par derrière et après voilà ils font le traitement c'est très limité c'est un degré par jour, 5 fois par semaine y a des contrôles en gros quand vous faites la séance de radiothérapie, en gros ça dure 10 minutes à peu près c'est pas très long

Le médecin se lance dans l'explication de la technique de radiation, mais de manière assez approximative : « en gros » ; « à peu près » ; « le maximum de la dose » ; « en gros » ; « en gros » ; « à peu près » ; « c'est pas très long ».

E111: oui, c'est c'que j'ai...j'avais eu, j'avais...

M112: pour ?

E113: j'avais un cancer du sein, tu t'rappelles plus

P114: si si

M115: mais là c'est différent parce qu'on irradie le cerveau c'est pour ça qu'on perd des cheveux la perte de cheveux est due à la radiothérapie et non pas à la chimiothérapie que vous aurez

L'épouse montre qu'elle connaît le principe de la radiothérapie puisque nous apprenons qu'elle-même a eu un cancer du sein. Le médecin va cependant casser toute comparaison possible (« : mais là c'est différent »).

P117: d'accord, j'aurai plus de cheveux du tout ?

M118: non alors c'est très variable, j'vous dis c'est une perte un peu comme les

P119: j'ai pas le cheveu dur

M120: non non quand vous perdez les cheveux c'est un p'tit peu localisé, c'est une partie un peu comme si vous aviez une plaque de la gale c'est pas très gentil c'que j'dis mais voilà c'est pas une perte harmonieuse comme on a...

I121: vous perdez pas les cheveux partout

M122: voilà y a des chimiothérapies ou vous perdez tous les cheveux, tous les poils, là ça tombe d'un côté souvent c'est une petite plaque peut-être grosse comme ça ou un peu plus mais c'est pas souvent on peut se faire raser les gens ça repousse après

P123: hum hum

I124: après ceci dit vous allez rencontrer le radiothérapeute ou la radiothérapeute en consultation vous pourrez lui demander plus précisément...

P125: hum hum

I126: ... où sont les faisceaux

Le patient semble alors préoccupé par cet effet du traitement (« d'accord, j'aurai plus de cheveux du tout ? »). Le médecin utilise une image plutôt écœurante pour décrire la perte des cheveux (« *comme si vous aviez une plaque de la gale* »), ce qui pousse l'infirmière tout d'abord à expliciter de manière plus simple l'effet du traitement (« *vous perdez pas les cheveux partout* ») et à renvoyer le patient vers le radiothérapeute pour obtenir plus d'informations sur ce sujet.

M129: hein et dans tous les cas ce phénomène hein ce phénomène la fatigue, la perte des cheveux, ça paraît pas au début du traitement immédiatement ça apparaît 10 jours après le début du traitement, 10, 15 jours

P130: d'accord

M131: ça peut persister même à la fin du traitement la fatigue ça met quand un mois pour que vous récupérez donc j'veux dire après la fin des rayons, c'est pas parce qu'on arrête les rayons que vous récupérez tout de suite, voilà donc c'est pas immédiat

Le médecin va situer dans le temps l'apparition de ces symptômes (« ça paraît pas au début du traitement immédiatement ça apparaît 10 jours après le début du traitement, 10, 15 jours ») et montrer leur persistance (« ça met quand un mois pour que vous récupériez » ; « c'est pas immédiat »).

M133: mais c'est en cours de traitement que ça apparaît. La radiothérapie c'est bien supporté, c'est exceptionnel qu'on doive l'arrêter pendant...pendant le traitement, c'est exceptionnel qu'on l'arrête

E134: hum

M135: j'crois que j'en ai vu un ou deux depuis que j'exerce où on a dû arrêter en cours de traitement

Il pointe enfin un aspect « positif » de la radiothérapie, à savoir sa bonne tolérance et s'appuie sur sa pratique pour argumenter ce point.

M137: c'est les cas vraiment très très... ou alors...donc ça ne change pas hein avec tous les problèmes qu'ils ont eus avec la radiothérapie ils ont des contrôles donc y a des procédures donc après dans les deux sens ils peuvent pas faire n'importe quoi ils sont obligés de...

P138: hum hum

M139: après y a une procédure qui peut dépendre d'un centre à l'autre la prise en charge, il faut que vous voyiez le radiothérapeute en consultation après il faut qu'il fasse c'qu'on appelle le scanner centrage de l'IRM qu'ils fassent le calcul de dose, qu'ils fassent le masque et une fois que tout ça est fait, qu'ils ont vérifié au moins deux à trois fois les calculs, la dosimétrie ce qu'on appelle après ils vous mettent vraiment dans le traitement alors y a des centres c'est vrai qu'entre le début de la consultation entre la consultation et le début des rayons ça peut prendre un mois y des endroits où c'est un peu plus rapide c'est vrai ça peut être la seule différence, après ça ne change pas. Le CAV c'est un peu plus long en principe, voilà, que Gentilly. C'est tout après c'est vous qui choisissez, j'ai pas à vous imposer

Ensuite, il met sur le même niveau le haut niveau de surveillance appliquée à ce traitement, évoquant sans le dire clairement les affaires d'accidents de surirradiation, très médiatisées dans la région, insistant ainsi sur la standardisation du protocole, tout en pointant la procédure qui, elle, peut varier d'un centre à un autre. Il décrit la phase pré-traitement en insistant sur la prudence des professionnels (« qu'ils ont vérifié au moins deux à trois fois les calculs »). L'ensemble du propos vise à rassurer le patient. C'est là qu'il va finalement répondre à la question

initiale du patient qui était de savoir quand allait débuter le traitement puisque que cela va dépendre du choix du lieu de réalisation de la radiothérapie.

P140: j'vais à Gentilly oui quoi ?

E141: oui

En M39, le médecin a présenté les différents lieux de radiothérapie comme état similaires en tous points concernant la délivrance du soin, mais a ajouté une différence en faveur de l'un d'entre eux, à savoir « Gentilly » où l'attente pour un rendez-vous est moins longue. Donc, à moins d'entrer dans un débat où le patient contrebalancerait en faveur de l'autre centre le « CAV », la déduction logique est de choisir le centre qui comporte le plus d'avantages. Le choix est tronqué, ce pourrait aider le patient dans sa prise de décision. Cependant, malgré cela, on observe que le patient semble avoir besoin que son épouse donne son avis ou du moins valide sa décision. Il faut dire qu'elle est un peu experte en la matière puisqu'elle-même a bénéficié d'un tel traitement quelques années auparavant.

M142: vous avez été traitée où madame ?

E143: au CAV

De là, le médecin va introduire l'épouse dans la discussion en la questionnant sur son histoire, comme si sa réponse allait permettre au patient de choisir. Pourtant, on s'aperçoit que bien que sa réponse ne correspond pas au choix de son mari, elle valide celui-ci. Finalement, elle ne semble pas plus savoir quelle décision son mari doit prendre.

M146: la seule différence c'est un p'tit peu l'délai l'avant...bon au CAV y faut que je faxe la lettre à ma collègue radiothérapeute, y vous convoque, après Gentilly vous pouvez partir aujourd'hui avec une date de rendez-vous et après les délais sont un peu plus... ouais c'est 3 semaines bon par exemple c'est sûr qu'à Metz les prises en charge entre la consultation et le début, c'est 10 jours à peine, hein ?

P148: Gentilly ça serait quand ?

En regardant de plus près, nous constatons que, selon le médecin, la démarche de prise de rendez-vous est également différente puisque pour l'un des centres « la CAV », il faut attendre la convocation alors que pour l'autre « Gentilly », le rendez-vous sera fixé dès la fin de la consultation d'annonce. C'est à ce moment-là que le patient va s'intéresser au délai concernant le centre qu'il a initialement retenu.

M152: non mais après c'est c'est euh moi, j'ai aucune action dans aucun des centres, hein j'veux dire après j'vous l'dis tout de suite vous avez le droit de choisir, j'vous dis les possibilités, c'est le centre Alexis Vautrin ou Gentilly pour la radiothérapie sur Nancy, après vous choisissez l'endroit où vous voulez aller c'est quoi votre taille monsieur euh.... pour faire ma chimiothérapie, la taille ?

P153: la taille euh ?

I154: la taille euh en hauteur

M155: votre hauteur

P156: 1 mètre 82

Finalement, le médecin clos la discussion en abordant sans transition un autre sujet, ce qui étonne le patient qui du coup ne comprend pas la question pourtant simple posée par le médecin (« *la taille euh ?* »). C'est l'infirmière qui va donner le sens à la question posée pour éclairer le patient (« *la taille euh en hauteur* »). Puis, en disant « *ma chimiothérapie* », le médecin définit bien son domaine en se distinguant du radiothérapeute qui lui, gère le protocole de radiothérapie.

I162: quel centre alors ? Gentilly ou le CAV ?

P163: je sais pas moi, c'est pour que ça aille le plus vite possible quand même

E164: le plus vite possible ? (Rire)

P165: ça change rien de toute façon

I166: pour le traitement, pour la qualité du traitement c'est pareil

L'infirmière revient sur la question du lieu de radiothérapie car c'est à elle que reviendra ensuite la mission de contacter si nécessaire le centre ou alors de prendre rendez-vous pour le patient. Ce dernier redit bien ne pas savoir mais met quand même en avant le critère temps d'attente comme étant déterminant dans son choix et ce, pour ne pas laisser la maladie progresser. En bref, il faut agir vite (« *c'est pour que ça aille le plus vite possible quand même* »). Puis, alerté par le rire de son épouse (rire de surprise ? rire défensif ?), il va finir par conclure « *ça change rien de toute façon* », ce qui questionne sur son intentionnalité. Qu'entend-il par là ? Est-ce une résignation face à la situation ou est-ce, comme l'infirmière le suppose, un état de fait concernant la dimension pratique et concrète du traitement ? (« *pour le traitement, pour la qualité du traitement c'est pareil* »).

P172: bon ben Gentilly

E173: gentilly

I174: j'veais aller prendre le rendez-vous

M175: Gentilly ?

P176: oui

Finalement, le patient va arrêter son choix sur un centre et ce choix sera en quelques sortes validé par l'épouse également. L'infirmière peut ainsi se lancer dans les démarches pour prendre rendez-vous pour le patient. Le médecin veut s'assurer du choix pris par le patient (« *Gentilly ?* ») et là, la réponse de ce dernier est à présent clair : « oui ».

M177: d'autres questions, monsieur euh... ?

P178: euh non

M179: vous travaillez ou vous êtes à la retraite ?

P180: non non je travaille

E181: il travaille il fait...

M182: vous faites quoi comme travail ?

P183: un arrêt...moniteur de formation menuiserie

M184: ah oui vous m'aviez dit je crois euh dans un...

P185: dans un...IFPROF IFPROF institut de formation professionnelle

M186: euh bon alors tant qu'y a la radiothérapie vous êtes en arrêt de travail

P187: hum hum

M188: c'est pas possible de faire les...

E189: hum hum

M190: de travailler

P191: non et puis même là je me sentirais pas de

M192: non non et puis parce que la radiothérapie ça peut être le matin, fin de matinée l'après-midi on peut pas faire un ... c'est pas possible après euh une fois qu'on aura fini ça on reprendra peut-être la chimiothérapie sur cinq jours en fonction comme ça se passe on pourra peut-être envisager après une reprise du travail ça c'est mon avis

P193: hum hum

M194: mais dans un premier temps on vous met en arrêt de travail souvent j'mets pendant 4 à 6 mois pour le départ et puis après on revoit on peut toujours d'ailleurs casser un arrêt de travail

P195: hum

M196: mais là vous êtes pas

P197: hum

M198: au moins jusqu'à l'été c'est

P199: hum

M200: si y a possibilité septembre

P201: ah oui pas avant septembre ?

Le médecin invite le patient à poser d'autres questions mais, visiblement, ce dernier reste un peu perdu. C'est le médecin qui va alors aborder la sphère professionnelle (« *vous travaillez ou vous êtes à la retraite ?* »). L'épouse tente de répondre à la place du patient (« *il travaille il fait...* ») mais le médecin ne la laisse pas terminer sa phrase et poursuit le dialogue avec le patient (« *vous faites quoi comme travail ?* »).

Le médecin va faire apparaître l'incompatibilité entre travail et radiothérapie, mettant en avant les contraintes temporelles (« *la radiothérapie ça peut être le matin, fin de matinée l'après-midi* »). Le patient valide cette décision, pointant le fait que déjà à cet instant il ne se sent pas capable ou du moins en état de travailler (« *non et puis même là je me sentirais pas de* »). Le médecin évoque également une durée, parlant d'un arrêt probable de 4 à 6 mois, « *au moins jusqu'à l'été* », ce qui surprend le patient (« *ah oui pas avant septembre ?* »).

F203: c'est combien de temps la radiothérapie ?

P204: 6 semaines

M205: quand on commence vraiment le traitement

F206: oui oui parce que

M207: qu'on commence à faire feu sur la tête

P208: dans 6 semaines ?

M209: non le traitement c'est 6 semaines

P210: oui

E211: dès que tu commences

Lorsque la fille va prendre la parole pour demander une précision quant au traitement (« *c'est combien de temps la radiothérapie ?* »), c'est le patient lui-même qui va apporter une réponse, qui plus est, correcte (« *6 semaines* »). Le médecin va apporter une précision, employant un langage agressif, violent, qui donne l'impression que les rayons correspondent à une arme : « *faire feu sur la tête* ». Le patient qui à présent semblait avoir saisi l'information, se retrouve alors perdu (« *dans 6 semaines ?* »), ce qui oblige le médecin à redonner l'information. L'épouse, elle, semble avoir compris.

P220: c'est des cures de 5 jours là j'perdrai mes cheveux

M221: non non la chimio fait pas perdre les cheveux

F222: pas la chimio, la radiothérapie

P223: non mais j'croyais qu'la chimio ça faisait perdre aussi j'y connais rien dans le médical

M224: il a pas tort à vrai dire la chimiothérapie ça dépend des produits qu'on vous donne ça fait pas tomber les cheveux ça crée une petite fatigue au niveau alimentaire et les seules complications d'ordre hématologique chute potentielle des plaquettes ou des globules blancs

P225: voilà

A l'évocation de la chimiothérapie, le patient montre de nouveau son incompréhension concernant les effets secondaires et ce malgré les explications déjà reçues. C'est sa fille qui va compléter l'information transmise par le médecin (« *pas la chimio, la radiothérapie* »). Le patient a l'impression que sa position ne lui permet pas de comprendre, cherchant à excuser ainsi son manque de compréhension (« *j'y connais rien dans le médical* »). Il se sent à cet instant dévalorisé, diminué et l'intervention du médecin, en lui donnant en quelque sorte raison (« *il a pas tort à vrai dire* »), va lui permettre de reprendre confiance en lui, de se sentir reconnu narcissiquement et ainsi de pouvoir maintenir son investissement en tant qu'acteur dans la situation. Par le « *voilà* », il montre à ses proches que le médecin le comprend, le reconnaît.

M228 : donc avec ça on espère pouvoir contrôler la situation mais j'veux dire que le risque qu'il y a le plus à récidiver est toujours patent... mais j'veux dire avec le traitement

P229 : oui

M230 : que j'veous donne j'espère que ça va se stabiliser mais on sait qu'il y a le risque hein que la lésion puisse récidiver ou réévoluer donc le risque il est pas nul

P231 : hum hum

M232 : alors si jamais ça se produisait on pourra refaire les rayons tel que vous les aurez eu les six semaines on les refait pas si on les refait ça vous grille un ptit peu le cerveau si on donne des grosses doses on peut pas en refaire par contre on peut refaire éventuellement une dose de radiothérapie sur un petit volume opérer ça peut se discuter mais bon au même endroit on changera pas par contre après on peut refaire d'autres lignes de chimiothérapie

P233 : hum hum

M234 : mais faut garder à l'esprit que c'est peut-être possible que ça puisse revenir le risque il est pas nul après euh sur une population c'est pas très important c'est ou ça revient ou ça revient pas pour vous c'est zéro ou cent pour cent y'a pas soit ça récidive pas c'est zéro pourcent soit ça récidive c'est cent pour cent

Le médecin parle d'espoir de stabilisation et non de guérison. Il insiste sur le risque de récurrence et pour maintenir l'espoir malgré l'inquiétude provoquée par la possibilité d'une rechute, le médecin va expliquer la stratégie thérapeutique à envisager si une telle situation se produit.

Lorsqu'il dit que « sur une population c'est pas très important c'est ou ça revient ou ça revient pas pour vous c'est zéro ou cent pour cent y'a pas soit ça récurrence pas c'est zéro pour cent soit ça récurrence c'est cent pour cent », il montre bien au patient qu'il n'y a aucun intérêt à chiffrer en pourcentage le risque de récurrence sur une population car à un niveau individuel, ce risque est rapporté à un sur deux et que c'est cet aspect qu'il faut prendre en considération. Il amène ainsi le patient à percevoir le risque pour lui-même et non à l'échelle d'une population générale.

M236 : d'autres questions... là y'a pas de question hein on est un ptit peu

E237 : oui

P238 : bah oui on est

F239 : hum

M240 : un peu anéanti...{...}

Le médecin, dans le même temps, pose une question et y répond au nom de tous, par le « on ». Se dessine une réelle communion à la fois du médecin, de l'épouse, du patient et de la fille » avec un partage total de l'état émotionnel.

M242 : j'avais sous-entendu ou j'avais laissé planer le doute ... on a une ptite idée hein pour nous hein c'est bien ce qu'on imaginait mais tant qu'on a pas un résultat euh définitif on s'avance pas trop dans les discu enfin dans les euh les discussions on dit qu'il y a à attendre les résultats et voilà mais le fait qu'il y ait une biopsie et sûrement des chances qu'on fasse après un traitement

E243 : hum

P244 : oui j'me doutais aussi après la biopsie hein hum y'aura un traitement hein

E245 : hum

Le médecin dévoile sa stratégie d'annonce qui consiste à amener le patient à se poser des questions, en faisant des « *sous-entendus* » ou en laissant « *planer le doute* ». Si auparavant il signe une complicité presque affective entre lui et le patient, il marque là un clivage dans les positions, lui-même étant détenteur d'un savoir qu'il ne peut confirmer mais qu'il soupçonne d'être vrai (« *on a une ptite idée hein pour nous hein c'est bien ce qu'on imaginait* »). Le patient montre que la stratégie du médecin a été efficace puisqu'il fait part de son état suite à la biopsie (« *j'me doutais aussi* ») mais il complète sa phrase par une sorte d'imploration du médecin quant à la mise en œuvre d'un traitement : « *y'aura un traitement hein* ».

F249 : de toute façon il viendra toujours ici après

M250 : alors dans tous les cas la radiothérapie où il la fait peu importe après moi je le revois en fin de radiothérapie avec une imagerie de contrôle et après c'est tous les deux mois donc ça ne change pas je reste son médecin référent

P251 : hum hum

M252 : s'il le désire toujours

P253 : oui oui oui bien sûr

M254 : ah non non non on vous laisse pas partir après on suit on vous donnera nos coordonnées si y'a un souci particulier vous pouvez toujours nous joindre

Dans l'extrait ci-dessus, nous percevons le lien déjà instauré entre le patient, sa famille et le médecin. Ainsi, quoiqu'il arrive, le médecin devient, comme il le précise lui-même, le médecin du patient, « *son médecin référent* ». Il précise, avec une touche d'humour, la disponibilité du service : « *on vous donnera nos coordonnées* » ; « *vous pouvez toujours nous joindre* ».

M257 : j'veus ai un peu séché hein

E258 : hum

M259 : vous vous imaginiez pas ça si un ptit peu ?

P260 : bah pas autant non

M261 : vous pensiez quoi ?

P262 : bah je sais pas

M263 : vous pensiez pas ? On pense non vous vouliez dire quelque chose ?

E264 : bah j'pensais quand même à un euh on euh chimio

M265 : il pensait à la chimio ?

E266 : oui

Après un silence relativement long, le médecin demande confirmation d'un constat qu'il fait : « *j'vous ai un peu séché hein* ». Nous pouvons alors entendre le verbe sécher sous ces deux acceptions, à savoir **ne pas savoir répondre** à une **question** et rendre sec, vider. Ainsi, il semble bien que le patient, son épouse ou leur fille ne sachent plus quoi dire, vidés à la fois psychiquement et physiquement.

Cet extrait montre bien par ailleurs la limite de l'imaginable, du pensable, voire du psychisme tout entier quant à la représentation d'un tel événement. Le patient était en mesure de se projeter dans une certaine réalité (« *la chimio* ») mais pas plus. C'est d'ailleurs son épouse qui va répondre au médecin à cet instant, tant le patient semble perdu dans ses pensées (« *bah je sais pas* »).

M296 : alors pour éviter les nausées vomissements pendant la chimio j'vous donnerai un produit pour éviter ça à prendre le matin au ptit déjeuner et une heure après le ptit déjeuner vous prendrez la gélule de chimiothérapie aux doses que je vais vous donner pendant la radiothérapie c'est pas toujours évident qu'on soit barbouillé donc ce sera à voir si y'a à prendre un cachet ou pas

E297 : hum hum

M298 : par contre on reprendra la chimiothérapie après les rayons quand on double les doses là il aura intérêt à prendre le produit

P299 : ouais le produit

M300 : sinon c'est euh j'sais pas vous avez le pied marin c'est y paraît qu'c'est le cap Horn avec des fortes vagues et des creux de quinze mètres... ceux qui ont pas pris après ça secoue

Après tout un passage où là-encore le patient précise que la chimiothérapie l'effraie plus que la radiothérapie, en particulier en raison des effets secondaires associés à ce traitement et à cause de sa méconnaissance de la radiothérapie, le médecin va décrire le traitement qui permettra d'éviter les nausées et vomissements. Il distingue deux périodes, la première qui consiste à allier chimio et radiothérapie et la seconde qui ne comporte que la chimiothérapie mais à plus forte dose. Si les effets sont plus rares lors de la première phase, il apparaît qu'ils sont plus violents lors de la seconde, le médecin utilisant l'image de la traversée du Cap Horn pour définir le vécu du patient. Cette comparaison véhicule une image inquiétante de cette étape, puisque associée à des tempêtes fortes, fréquentes difficilement franchissables. Le Cap Horn a en outre la réputation d'être un cimetière marin.

S'ensuit de I303 à M312 un échange entre le médecin et l'infirmière pour organiser les différents rendez-vous.

*I313 : j'vais voir s'ils peuvent le faire tout de suite et vous l' donnez ou sinon on verra euh demain...
ça j'vais vous faire un petit carton de rendez-vous*

P314 : euh comment j'viens ? en voiture ?

M315 : non vous irez en ambulance

I316 : non ou en VSL

E317 : en VSL il faut un

M318 : alors ça c'est pas un problème une fois que vous avez vu le radiothérapeute vous choisissez un ambulancier et eux ils se débrouillent y'a pas de problème

E319 : mais pour ce premier rendez-vous on va en voiture

I320 : bah vous pouvez prendre un vsl hein

M321 : vous pouvez y aller en voiture

I322 : on peut vous faire un

M323 : quand vous allez faire les courses à Cora vous prenez pas un vsl

E324 : oui

M325 : *bah c'est pareil*

F326 : *(rires)*

M327 : *c'est du civisme comme je dis et après euh vous pouvez y aller en voiture hein*

E328 : *oui*

M329 : *y'a pas de problème mais après c'est vrai que pour les trajets radiothérapie ça sera pris en charge parce que lui y sera fatigué et ça fait quand même dix kilomètres*

E330 : *hum*

M331 : *voilà mais après sinon on peut faire les bons de transport y'a pas de problème*

E332 : *oui hum hum*

L'infirmière s'adresse ensuite au patient pour résumer les informations et l'aider dans la compréhension (« *j'veis vous faire un ptit carton de rendez-vous* »). Le patient se questionne sur le mode de transport requis pour se rendre à la radiothérapie (« *En voiture ?* »). Là le médecin répond de manière directive : « *non vous irez en ambulance* ». L'infirmière propose alors une autre alternative, peut-être moins violente, à savoir le VSL mais cette proposition amène la question du « *bon de transport* ». Si l'épouse évoque la possibilité d'amener son mari en voiture, l'infirmière reste, elle, plus fixée sur le VSL. Quant au médecin, s'il parle d'ambulance dans un premier temps, il va rapidement privilégier la voiture, rendant le déplacement anodin (« *quand vous allez faire les courses à Cora vous prenez pas un vsl* ») et surtout cherchant à faire culpabiliser l'épouse sous prétexte de responsabiliser l'usage selon lui abusif du système de transport remboursé (« *c'est du civisme comme je dis et après euh vous pouvez y aller en voiture hein* »). Il recentre néanmoins la discussion autour du patient en autorisant l'usage du VSL à cause de la fatigue induite par la radiothérapie et les transports (« *après c'est vrai que pour les trajets radiothérapie ça sera pris en charge parce que lui y sera fatigué et ça fait quand même dix kilomètres* »). Cet aspect pratique est géré exclusivement par l'épouse.

I333 : *est-ce que vous pourrez vous libérer pour aller avec peut-être en radiothérapie?*

F334 : *bah moi j'pourrai pas*

P335 : *bah pourquoi ? J'irai tout seul*

M336 : *la radiothérapie vous irez tout seul*

I337 : non mais parfois peut-être vous avez des questions aussi enfin après c'est comme vous voulez

E338 : non mais pour la première consultation je vais avec

P339 : hum

I340 : après c'est sûr que pour les séances de rayons

E341 : après pour les séances

I342 : non après c'est en route mais peut-être

M343 : non le mieux pour la consultation avec le radiothérapeute c'est mieux que vous soyez présente car on peut se dire que lui y'a des choses qu'il va pas entendre et vice-versa

E344 : oui

L'infirmière souhaite savoir si quelqu'un pourra accompagner le patient à la radiothérapie. Cette question fait réagir le patient qui semble ne pas comprendre pourquoi l'infirmière émet cette idée, d'autant que la fille précise qu'elle ne pourra pas être présente. Le patient, sans doute pour ne pas déranger, affirme qu'il ira seul. L'infirmière insiste cependant pour montrer l'intérêt que le patient ne soit pas seul mais sans être pour autant directive. Elle montre ainsi la place importante de l'entourage et l'investissement de ce dernier auprès du patient (« *non mais parfois peut-être vous avez des questions aussi* »). Là, l'épouse s'impose à la première consultation, ce qui semble convenir à l'infirmière et surtout par le médecin qui s'adresse directement à elle et lui donne une place là-encore essentielle. Ce point est flagrant lorsque le médecin pointe la complémentarité au sein du couple (« *lui y'a des choses qu'il va pas entendre et vice-versa* »).

I347 : c'est jeudi à 14h30 euh je vous donne nos coordonnées il y a le numéro de monsieur X (médecin) aussi et attendez je vais vous mettre mon nom et mon prénom

L'intervention de l'infirmière signe bien l'investissement personnel des soignants auprès du patient et de ses proches. La prise en soin apparaît singulière et personnalisée.

De M350 à M358, le médecin entame l'interrogatoire sur le traitement actuel du patient. Ce dernier parle de la cortisone mais ne sait pas en donner la dose exacte prise. Le médecin explique l'intérêt de ce traitement, notamment pendant la radiothérapie (« *parce que ça peut gonfler si jamais si jamais pendant les rayons il avait mal à la tête ou il était moins bien on peut augmenter les doses* »).

L'infirmière va de nouveau insister auprès du patient sur le suivi et l'encadrement futur des professionnels : « pendant les rayons vous verrez le docteur Z (radiothérapeute) une fois par semaine », « et puis après sur les coordonnées donc y'a le numéro du service où vous avez été hospitalisé pour la biopsie que vous aviez peut-être déjà y'a le numéro de monsieur X (médecin) et notre numéro »).

M366 : si vous avez d'autres questions faut pas hésiter hein faut pas il vaut mieux que les choses soient claires

P367 : oui merci

M368 : hein parce que quelque fois nous ça nous paraît tellement évident enfin évident on a tellement l'habitude qu'on fait plus attention

P369 : hum hum

I370 : oui

M371 : et pis qu'après pour vous ça peut être un peu plus compliqué

E372 : ah oui

M373 : ah pour nous ça nous paraît simple et vous ça vous paraît compliqué c'est pour ça vaut mieux même poser des questions bêtes hein faut pas hésiter que partir sur des choses un petit peu compliquées faut pas qu'il y ait de malentendus comme je dirais parce que nous ça nous paraît tellement simple de prescrire que ça qu'on a du mal après à

F374 : hum

M375 : comprendre que vous n'arrivez pas à saisir hein par exemple quand vous irez la semaine prochaine faut pas prendre le cachet de la radiothérapie le Temodal

Le médecin va montrer le décalage entre le monde patient et le monde soignant en raison d'une banalisation induite par le quotidien : « on a tellement l'habitude ». Il insiste néanmoins sur une compréhension commune de tous les protagonistes. Il donne un exemple pratique d'un lieu possible d'erreur suite à une mauvaise compréhension de l'information transmise : « par exemple quand vous irez la semaine prochaine faut pas prendre le cachet de la radiothérapie le Temodal ».

Ensuite, de M378 à I422, le médecin reprend les explications concernant la prise des traitements mais c'est surtout l'infirmière qui va développer cette partie en faisant notamment une distinction entre le traitement spécifique (radiothérapie et chimiothérapie) et le traitement standard (cortisone).

M423 : donc ce n'est pas que sa présence n'est pas obligatoire bon alors est-ce que c'est clair dans votre tête ou c'est un petit peu

P424 : euh

M425 : vous pataugez là

E426 : oui

I427 : ce qui y'a c'est qu'on se reverra dans dix à quinze jours si vous êtes toujours d'accord donc on pourra refaire le point sur les traitements et tout ça on pourra reparler

En M423, après avoir conclu la discussion sur la partie traitement, le médecin veut s'assurer de la bonne compréhension des informations. Le patient va alors montrer une hésitation ou un doute (« euh »), ce que le médecin traduit comme étant un signe de difficulté d'intégration (« vous pataugez là »). C'est l'épouse elle-même qui va alors répondre « oui » pour confirmer l'impression du médecin. L'infirmière informe le patient et l'épouse du prochain rendez-vous prévu avec elle et précise que ce sera l'occasion de reprendre toutes les informations à distance.

M428 : alors on vous réexpliquera ça c'est tous les traitements ça c'est la cortisone que j'ai laissée à deux comprimés pendant trois mois enfin jusqu'à ce que je vous vois en consultation et ça ouais c'est pour la radiothérapie ça c'est le produit à prendre en pharmacie central de l'hôpital qu'est le Temodal ça c'est un produit à prendre en pharmacie de ville c'est pour éviter les nausées vomissements c'est celui-là qu'il prend au petit-déjeuner et une heure après il prend sa chimiothérapie à voir c'est pas obligé à la dose là ça c'est pour faire les prises de sang avec le fax à commencer par le premier jour de la chimio ou la radiothérapie une semaine après hein c'est-à-dire que si vous commencez on va dire le 18 mai à partir du 25 vous faites une prise de sang une fois par semaine pour vérifier... la chute des plaquettes et des globules blancs avec la chimiothérapie elle est pas le lendemain de de la première prise hein c'est une semaine après à peu près voilà

P429 : et si y'a chute qu'est-ce que je fais ?

M430 : bah vous appelez et je regarde... la grosse chute chute des plaquettes et des globules blancs

Le médecin résume les informations relatives aux traitements puis évoque un effet secondaire de la chimiothérapie (« *la chute des plaquettes et des globules blancs avec la chimiothérapie* »). La réaction du patient montre qu'il reste encore attentif malgré le flux important d'informations déjà reçues. Il démontre son intention de rester acteur de ce qui lui arrive (« *et si y'a chute qu'est-ce que je fais ?* »). La réponse du médecin indique bien la relation instaurée entre lui et son patient et la place reconnue à ce dernier : « *vous appelez et je regarde* ».

2 – Avancées conversationnelles des termes

*M1: la **biopsie** c'était la semaine dernière*

L'entretien débute par l'évocation de la **biopsie** par le médecin. Cet examen constitue l'élément objectif attendu pour définir la nature de la maladie.

*P244 : oui j'me doutais aussi après la **biopsie** hein hum y'aura un traitement hein*

Le patient va aborder cette notion pour définir un repère temporel, entre un avant et un après la prise en soins en milieu hospitalier.

*I363 : et puis après sur les coordonnées donc y'a le numéro du service où vous avez été hospitalisé pour la **biopsie** que vous aviez peut-être déjà y'a le numéro de monsieur X (médecin) et notre numéro donc si jamais y' a un souci si vous avez une question vous pouvez nous rappeler euh pour*

L'infirmière va, elle, prendre comme repère spatial la **biopsie** et ainsi aider le patient à situer l'environnement soignant.

*P32: ben vous m'aviez dit que c'était une **tumeur***

La notion de **tumeur** sera amenée ici par le patient lui-même, remémorant le terme utilisé auparavant par le médecin pour suggérer la nature de la maladie. Ce terme est donc gardé en mémoire par le patient.

M37: donc qui correspond à une **tumeur**

Le médecin va effectivement confirmer son diagnostic en définissant la maladie comme étant une **tumeur**.

M35: non on en discutait quand on s'était vus dans le service où j'avais dû euh... donc alors, avec les troubles neurologiques que vous aviez on a découvert cette **lésion cérébrale**

Le médecin va alors identifier la maladie comme étant une **lésion cérébrale** caractérisée et qui est synonyme de **tumeur**. Ainsi il identifie le lieu du mal.

M43: donc c'est à dire que c'est pas une tumeur qui vient d'un autre organe, c'est pas une tumeur secondaire, c'est pas ce qu'on appelle une **métastase**

Le médecin va alors définir la maladie du patient par ce qu'elle n'est pas, une **métastase**. Ainsi le mal identifié est localisé.

M45: donc là on est en présence d'une tumeur qui naît dans le cerveau et la question est de savoir après si cette tumeur qui naît dans le cerveau donc qui est primitive si elle est bénigne ou **maligne** ou **agressive**

Le médecin cherche ensuite à définir la nature de cette maladie, plus particulièrement son caractère dangereux ou inoffensif. Il oppose alors la notion de **bénigne** à celle de **maligne** ou **agressive**.

M51:...le côté droit donc si c'était dans une zone accessible sur le plan **chirurgical** le fait qu'elle soit maligne et agressive si on fait que la **chirurgie** la tumeur revient dans tous les cas, pareille, plus grosse en 2-3 mois d'accord ? Ça c'est clair et net

Le médecin donne deux informations. Tout d'abord il transmet au patient le fait que la maladie ne peut être vaincue par extraction et il vient également lui dire que ce traitement à lui-seul, la **chirurgie**, ne permettrait pas de faire disparaître la totalité de la maladie. En d'autres termes, inutile de regretter cet état de fait, même différente la situation demeurerait grave.

M63: et ce traitement c'est euh **radiothérapie**

Le médecin va alors définir la **radiothérapie** comme étant le traitement de référence.

P86: ça commencerait quand la **radiothérapie** ?

Le patient va alors naturellement intégrer ce traitement dans son parcours, cherchant déjà à se projeter dans cette prochaine étape.

F203: c'est combien de temps la **radiothérapie** ?

La fille du patient s'intéresse, elle, à la durée du traitement que son père va subir.

M65: radiothérapie hein et plus ou moins **chimiothérapie** alors la radiothérapie c'est un traitement qui se fait donc sur Nancy euh c'est une séance par jour, 5 fois par semaine, pendant 6 semaines d'affilée, oui parce que si on donne une dose unique c'est Tchernobyl hein

Le médecin présente la **chimiothérapie** comme complémentaire et subsidiaire.

P78: la **chimio** c'est c'est en cachet vous dites

Le patient va s'intéresser à la voie d'administration de ce traitement.

M221: non non la chimio fait pas perdre les cheveux

F222: pas la **chimio**, la radiothérapie

En précisant à son père une information transmise initialement par le médecin, la fille du patient montre qu'elle a elle-même intégré cet élément.

E264 : bah j'pensais quand même à un euh on euh chimio

L'épouse semble avoir considéré rapidement la **chimiothérapie** comme étant un traitement fort probable au vu de la situation.

I397 : vous allez savoir quand est-ce que commence votre radiothérapie et le jour où commence la radiothérapie vous commencez la chimiothérapie

L'infirmière va elle associer la *chimiothérapie* à la radiothérapie, formant ainsi le traitement standard.

M73: le rayon, le rayonnement va traverser toute la peau, c'est pour ça que les cheveux tombent, l'os et une partie du cerveau et ça peut et le cerveau peut être gonflé d'eau, vous pouvez avoir des œdèmes donc ça peut entraîner des maux de tête voire quelques fois une majoration des déficits {...}

Le médecin va présenter les **rayons** comme quelque chose d'agressif, violent – violent – en signifiant les effets secondaires de ce traitement. Il en dresse ainsi un tableau angoissant.

E338 : non mais pour la première consultation je vais avec

P339 : hum

I340 : après c'est sûr que pour les séances de rayons

Si l'infirmière sous-entend que la présence de l'épouse à la première rencontre avec le radiothérapeute est fortement recommandée, elle laisse à penser que la routine des séances de **rayons** autorise l'épouse à ne pas accompagner son mari. Ainsi elle en donne une image répétitive et lassante.

M73: le rayon, le rayonnement va traverser toute la peau, c'est pour ça que les cheveux tombent, l'os et une partie du cerveau et ça peut et le cerveau peut être gonflé d'eau, vous pouvez avoir des œdèmes {...}.

Le médecin définit *l'œdème* comme étant un effet secondaire de la radiothérapie caractérisé par un remplissage du cerveau par de l'eau.

M81: avec ça donc on pense qu'on va pouvoir contrôler la situation mais on sait que malgré le traitement ce type de tumeur peut ré-évoluer ou réapparaître malgré nos traitements donc il y a un risque de récidive qui n'est pas négligeable, qui existe et en principe ce risque il est fréquent par rapport à d'autres types de tumeurs malignes, le risque est assez rapide c'est dans la première année, dans les 18 premiers mois qui suivent le diagnostic initial, c'est pas des choses qui rechutent à 4, 5 ans, 10 ans, etcetera, la rechute est...

Le médecin transmet au patient l'information de la *récidive* possible malgré les traitements en la resituant par rapport à la maladie. Ainsi le patient apprend que sa maladie est d'autant plus grave qu'elle va très certainement réévoluer en raison de l'échec des thérapeutiques.

E113: j'avais un cancer du sein, tu t'appelles plus ?

C'est l'épouse qui introduit ce terme généralisant et porteur d'angoisses. Ainsi elle rappelle à son mari la maladie qu'elle-même a eue à un moment donné mais qu'elle semble être parvenue à vaincre. Ainsi, en agissant de la sorte, elle glisse le mot *cancer* en retirant le caractère morbide.

Enfin, les notions *cortisone*, *Témodal* et *centrage* sont présentes dans cet entretien.

M27: enfin par rapport à avant ça traînait plus hein avec la cortisone ça avait amélioré donc là ce qui reste c'est au niveau des gestes fins plutôt la main droite

Le médecin présente la *cortisone* comme un traitement qui améliore les effets de la maladie sans en évoquer les effets délétères. Elle apparaît donc comme efficace et non dangereuse.

M350 : à l'heure actuelle vous avez quoi comme traitement ?

P351 : euh j'étais sous **cortisone** un cachet par jour

Le patient parvient à communiquer au médecin le traitement pris à domicile. Ce dernier est donc intégré.

E388 : bah la **cortisone**

I389 : alors le traitement standard les médicaments qui faut

L'épouse du patient s'interroge par rapport à la prise du traitement standard dont la **cortisone** et c'est l'infirmière qui va lui apporter une réponse pour l'éclairer.

M73: le rayon, le rayonnement va traverser toute la peau, c'est pour ça que les cheveux tombent, l'os et une partie du cerveau et ça peut et le cerveau peut être gonflé d'eau, vous pouvez avoir des œdèmes donc ça peut entraîner des maux de tête voire quelques fois une majoration des déficits mais pour ça on donne la cortisone qu'on laisse un p'tit peu au long cours pendant le traitement et souvent en plus on rajoute comme vous êtes jeune, on va faire une exception, on rajoute du **Temodal**, une chimiothérapie à prendre par voie orale en même temps que la radiothérapie du premier jour de la radiothérapie jusqu'au dernier jour, même samedi dimanche et jours fériés parce que la radiothérapie donc c'est 5 fois par semaine, la chimiothérapie c'est tous les jours, samedi dimanche jours fériés jour de maintenance, de réévaluation et la chimiothérapie c'est du premier jour du traitement jusqu'au dernier, c'est 7 fois par semaine, 6 fois 7 : 42 jours. La chimio en principe elle est bien supportée, c'est une gélule à prendre par la bouche, une heure après le petit déjeuner du matin, voilà une surveillance au niveau des prises de sang pour voir si y a pas une chute des plaquettes, des globules blancs

Le médecin donne le nom commercial de la *chimiothérapie* ainsi que son mode d'administration et ses effets secondaires. Il laisse à penser que ce traitement présente peu d'effets indésirables, est facilement administré malgré une prise en continu.

M139: après y a une procédure qui peut dépendre d'un centre à l'autre la prise en charge, il faut que vous voyiez le radiothérapeute en consultation après il faut qu'il fasse c'qu'on appelle le scanner **centrage** de l'IRM qu'ils fassent le calcul de dose, qu'ils fassent le masque et une fois que tout ça est fait, qu'ils ont vérifié au moins deux à trois fois les calculs, la dosimétrie ce qu'on appelle après ils

vous mettent vraiment dans le traitement alors y a des centres c'est vrai qu'entre le début de la consultation entre la consultation et le début des rayons ça peut prendre un mois y des endroits où c'est un peu plus rapide c'est vrai ça peut être la seule différence, après ça ne change pas. Le CAV c'est un peu plus long en principe, voilà, que Gentilly. C'est tout après c'est vous qui choisissez, j'ai pas à vous imposer

Le médecin apporte un aspect technique de la radiothérapie, en citant la première étape de ce traitement sans pour autant en donner une explication claire.

3 – Repères des termes spécifiques (furet)

Occurrence :

<u>Termes « maladie »</u>	<u>CS1</u>	<u>Termes « traitements »</u>	<u>CS1</u>
<i>Lésion</i>	6M	<i>Chirurgie</i>	2M
<i>Tumeur(s)/ tumorale(s)</i>	17M 2P	<i>Radiothérapie</i>	53M 1P 9I 3F
<i>Cancer/euse</i>	1E	<i>Rayon</i>	14M 2I
<i>Malin</i>	4M	<i>Chimiothérapie</i>	43M 5P 1F 2E 2I

III – ANALYSE INTERACTIONNELLE

III.1 – La notion de *lésion*

M35: non on en discutait quand on s'était vus dans le service où j'avais dû euh... donc alors, avec les troubles neurologiques que vous aviez on a découvert cette lésion cérébrale

Le médecin utilise ce terme pour identifier la maladie dont souffre le patient et il attire l'attention sur elle en particulier : cette lésion. Il s'agit donc bien d'ici que part le problème, le mal est repéré.

M49: en d'autres termes, si on avait pu opérer la lésion, là on n'a pas pu opérer parce qu'elle est pas dans des zones faciles d'accès hein si on avait tenté d'opérer y a des chances qu'on vous ait entièrement paralysé...

Il en donne ensuite une localisation et montre ainsi qu'elle est située dans une zone fragile. La situation semble donc à cet instant grave.

M75: (...) voilà et avec ça on espère pouvoir contrôler la lésion, au moins dans un premier temps l'empêcher qu'elle grossisse et après peut-être la faire diminuer de taille

(...)

M230 : que j'vous donne j'espère que ça va se stabiliser mais on sait qu'il y a le risque hein que la lésion puisse récidiver ou réévoluer donc le risque il est pas nul

Le médecin laisse apparaître le caractère permanent de la maladie, décrivant l'action des traitements sans jamais énoncer une quelconque guérison. Cette lésion est évolutive et l'intérêt des traitements sera alors d'éviter qu'elle ne progresse. Le patient restera donc toujours avec cette maladie. En outre, rien n'est certain, le médecin faisant uniquement part d'un souhait quant à l'action des traitements.

III.2 – La notion de *tumeur*

Cette notion est prononcée 17 fois par le médecin et 2 fois par le patient.

M31: donc j'ai eu hier par téléphone mais y m'a appelé, qu'est-ce qu'on avait dit la dernière fois, vous vous rappelez monsieur Durand ? Qu'est-ce qu'on avait suggéré éventuellement... que cela pouvait être ?

P32: ben vous m'aviez dit que c'était une tumeur

(...)

M35: non on en discutait quand on s'était vus dans le service où j'avais dû euh... donc alors, avec les troubles neurologiques que vous aviez on a découvert cette lésion cérébrale

P36: oui

M37: donc qui correspond à une tumeur

P38: hum hum

M39: ça on est tous d'accord et la question c'est de savoir quel...

P40: type de tumeur

Il est intéressant de constater que ce terme « tumeur » est introduit en premier par le patient lui-même, remémorant les informations transmises par le médecin lors de leur première rencontre dans le service. Ce terme apparaît donc comme ayant un fort impact mnésique et est celui qui décrit le mieux la maladie pour ce patient, alors que nous observons que le médecin a introduit la maladie en employant tout d'abord le terme de lésion. Il confirme donc l'information retenue par le patient en précisant que lésion et tumeur constituent la même entité pathologique. Le patient semble bien impliqué dans l'échange puisque c'est lui-même qui va poursuivre en quelque sorte le déroulé du discours en terminant la phrase du médecin et en trouvant, pour le faire, les mots justes.

III.3 – La notion de *cancer*

M106: vous êtes installé sur la table au préalable les radiothérapeutes, 'fin les font ce qu'on appelle un masque quelque chose qui va vous permettre de mouler votre face qui permettra que vous ayez toujours la même position sur la table parce que c'est tous les jours et après les radio...les

manipulateurs de radiothérapie font tourner l'appareil pour faire...fin le bras, règle le collimateur et après on fait le rayonnement en gros le rayonnement ça dure même pas deux minutes même pas, mais c'est le temps de vous installer

(...)

E111: oui, c'est c'que j'ai...j'avais eu, j'avais...

M112: pour ?

E113: j'avais un cancer du sein, tu t'rappelles plus ?

L'épouse fait part d'une expérience personnelle lorsque le médecin donne des explications concernant la radiothérapie. Ainsi elle fait un certain parallèle entre son histoire et celle de son mari, peut-être pour lui signifier qu'elle est aujourd'hui encore en vie malgré la maladie, cherchant ainsi à le soutenir, ou tout simplement car elle a envie ou besoin de parler d'elle.

III.4 – La notion de *malin*

M45: donc là on est en présence d'une tumeur qui naît dans le cerveau et la question est de savoir après si cette tumeur qui naît dans le cerveau donc qui est primitive si elle est bénigne ou maligne ou agressive

P46: oui c'est ça

M47: et donc elle est maligne et agressive

Le médecin introduit ce terme pour définir la nature de la tumeur du patient et ainsi annoncer la gravité de la maladie.

III.5 – La notion de *chirurgie*

M51: ...le côté droit donc si c'était dans une zone accessible sur le plan chirurgical le fait qu'elle soit maligne et agressive si on fait que la chirurgie la tumeur revient dans tous les cas, pareille, plus grosse en 2-3 mois d'accord ? Ça c'est clair et net

Le médecin n'évoque la chirurgie que pour informer sur son caractère inutile.

III.6 – Les notions de *radiothérapie* et de *rayons*

M61: voilà alors étant pas opéré y va falloir qu'on fasse un traitement complémentaire

P62: hum

M63: et ce traitement c'est euh radiothérapie

P64: d'accord

M65: radiothérapie hein et plus ou moins chimiothérapie alors la radiothérapie c'est un traitement qui se fait donc sur Nancy euh c'est une séance par jour, 5 fois par semaine, pendant 6 semaines d'affilée, oui parce que si on donne une dose unique c'est Tchernobyl hein

La radiothérapie est présentée par le médecin comme le traitement principal, à défaut d'avoir pu procéder à l'exérèse de la tumeur.

M75: en principe y a une petite fatigue mais avec la radiothérapie vous sentirez pas du tout l'effet. Hier j'ai eu un patient qui était en cours de radiothérapie il était essentiellement fatigué, très très fatigué, vidé, plus que par la chimiothérapie, voilà et avec ça on espère pouvoir contrôler la lésion, au moins dans un premier temps l'empêcher qu'elle grossisse et après peut-être la faire diminuer de taille

Le médecin va également informer le patient des effets de la radiothérapie, justifiant ses dires par l'expérience d'un autre patient. Il décrit ainsi la radiothérapie comme étant un traitement lourd.

P86: ça commencerait quand la radiothérapie ?

Le patient va aborder la radiothérapie à une reprise pour en connaître le début.

I124: après ceci dit, vous allez rencontrer le radiothérapeute ou la radiothérapeute en consultation vous pourrez lui demander plus précisément...

L'infirmière mentionne le professionnel qui va gérer la radiothérapie et montre l'investissement de celui-ci auprès du patient dans le parcours thérapeutique.

F203: c'est combien de temps la radiothérapie ?

La fille, comme le patient précédemment, va s'intéresser à un aspect très concret de la radiothérapie.

III.6 – Les notions de *chimiothérapie*

Ce terme est prononcé par tous les interactants au moins une fois au cours de cet entretien.

M65: radiothérapie hein et plus ou moins chimiothérapie alors la radiothérapie c'est un traitement qui se fait donc sur Nancy euh c'est une séance par jour, 5 fois par semaine, pendant 6 semaines d'affilée, oui parce que si on donne une dose unique c'est Tchernobyl hein

(...)

M73: (...) et souvent en plus on rajoute comme vous êtes jeune, on va faire une exception, on rajoute du Temodal, une chimiothérapie à prendre par voie orale en même temps que la radiothérapie du premier jour de la radiothérapie jusqu'au dernier jour, même samedi dimanche et jours fériés parce que la radiothérapie donc c'est 5 fois par semaine, la chimiothérapie c'est tous les jours, samedi dimanche jours fériés jour de maintenance, de réévolution et la chimiothérapie c'est du premier jour du traitement jusqu'au dernier, c'est 7 fois par semaine, 6 fois 7 : 42 jours. La chimio en principe elle

est bien supportée, c'est une gélule à prendre par la bouche, une heure après le petit déjeuner du matin, voilà une surveillance au niveau des prises de sang pour voir si y a pas une chute des plaquettes, des globules blancs

Elle est présentée par le médecin comme complémentaire à la radiothérapie et ici comme une exception à la règle.

P78: la chimio c'est c'est en cachet vous dites

Le patient semble déjà s'interroger sur la prise de ce traitement. Il demande ainsi au médecin confirmation de ce qu'il pense avoir compris.

P220: c'est des cures de 5 jours là j'perdrai mes cheveux

M221: non non la chimio fait pas perdre les cheveux

F222: pas la chimio, la radiothérapie

La fille apporte une rectification à la pensée du patient et montre ainsi qu'elle a saisi l'information transmise par le médecin.

M268 : non mais j'veux dire vous partez plutôt sur la chimio que pour la radiothérapie qu'est ce qui vous fait le plus peur la chimiothérapie ou la radiothérapie ?

P269 : bah moi c'était la chimio

Le patient appréhende bien plus ce traitement que la radiothérapie, ce qui peut expliquer l'évocation plus importante de la chimiothérapie de sa part que les autres traitements.

IV– CONCLUSIONS

Dans cet entretien le médecin va très rapidement entrer dans le vif du sujet en débutant la consultation par un questionnement autour de l'évolution de la situation sur un plan symptomatique depuis la biopsie et va prendre les résultats obtenus par celle-ci pour procéder à la révélation de la maladie. Utilisant le terme de lésion, il ne se rend pas compte que celui-ci n'est pas entendu comme il le souhaiterait par le patient et son entourage. En effet, si la lésion définit déjà pour le médecin la maladie, ce n'est pas le cas pour le patient et ses proches qui eux, n'en perçoivent pas la notion de gravité. En effet, sans doute y voient-ils une possible réversibilité alors que nous savons que cette lésion, dans le réel, est irréversible. Ils ne font pas le lien entre lésion et tumeur, ce qui vient créer un flou dans leur compréhension de la situation, ne sachant plus exactement si le mal dont souffre le patient est alors grave ou pas grave.

Le médecin consacrera ensuite beaucoup plus de temps à la partie portant sur les traitements. S'il insiste sur la radiothérapie, laissant penser que ce traitement serait pour lui le plus anxiogène, nous constatons que pour le patient et ses proches, le traitement le plus redouté est la chimiothérapie. C'est d'ailleurs intéressant d'observer que celui-ci est nommé par son diminutif « chimio », démontrant son caractère déjà familier tant il est présent dans la vie quotidienne. Véhiculant de nombreuses représentations négatives en lien avec ses effets dévastateurs, la chimiothérapie mérite d'être bien abordée lors de la consultation d'annonce pour permettre au patient et à ses proches de se détacher de ces représentations et fantasmes et ainsi mieux appréhender la suite.

Il terminera cet entretien en interrogeant le patient sur l'impact de l'annonce sur lui, en abordant également les représentations véhiculées autour des traitements, notamment la chimiothérapie. Il apporte également des informations pratiques pour la suite, concernant la gestion de la maladie et de ses implications au quotidien.

Le médecin laisse une place importante au patient dans cette consultation mais ce dernier parle finalement très peu. Cependant, lorsqu'il le fait, il parlera très souvent de lui, tout comme son épouse. L'infirmière a également un rôle important lors de cette consultation, intervenant régulièrement.

Le médecin adopte une attitude fréquemment observée dans la communication soignante en parlant très souvent par un « on » opacifiant. Cependant, il s'adresse très souvent au patient et à ses proches au cours de cet entretien. C'est cependant l'infirmière qui s'adressera le plus au patient et à son entourage.

L'épouse a le besoin de parler d'elle, de sa situation personnelle. Cependant, ceci crée un décalage qui isole encore plus le patient car le cas de ce dernier n'est pas comparable avec celui de son épouse. Cette dernière ne se positionne pas en synchronisation avec son mari mais place ce dernier à son niveau, ce qui risque de poser problème au cours de l'évolution de la maladie si elle ne parvient pas à adapter son attitude et sa vision à la situation singulière de son mari.

Il est nécessaire également que le médecin et l'infirmière soient attentifs à ne pas trop naturellement se tourner vers l'interlocuteur le plus prolix, celui-ci n'étant pas forcément le plus concerné.

CONSULTATION POST-ANNONCE PATIENT – INFIRMIERE

I – ACTEURS

Dans cette consultation, l’infirmière (I) et le patient (P) sont les deux seuls interlocuteurs. Le patient a déjà rencontré le psychologue en consultation post-annonce. Les deux acteurs se sont déjà rencontrés dans le cadre de la consultation d’annonce.

II – DUREE DE LA CONSULTATION POST-ANNONCE INFIRMIERE

La durée de cet entretien est de 20 minutes et 29 secondes. Le patient a déjà rencontré le psychologue en consultation post-annonce. Les deux acteurs ici présents se sont déjà rencontrés dans le cadre de la consultation d’annonce.

III – STRUCTURE DE L’ENTRETIEN

Dans un premier temps, l’infirmière va questionner le patient sur la manière dont il a vécu la consultation d’annonce (*III: savoir un petit peu qu'est-ce que vous vous avez retenu de la maladie dont monsieur X. vous a parlé, des traitements si vous avez des questions sur le... tout ce qui s'est mis en place entre temps si y a des choses dont vous voudriez me parler et si vous avez trouvé que ce qu'on vous a expliqué la dernière fois c'était bien abordable*). Puis elle propose au patient de reprendre certains éléments peu clairs (*III: si y a des choses qui vous ont paru par exemple euh pas claires ou sur lesquelles vous voudriez qu'on revienne un petit peu*).

Ensuite, elle se centre davantage sur le vécu de l’annonce de la maladie en tentant une traduction de l’état du patient à cet instant (*I19: oui, pour vous c'était un choc ?*).

C'est en P24, que le patient va alors faire part de son interrogation sur la maladie, notamment sa localisation (*c'est dans la tête c'est ça hein, ça se passe en haut ?*). L'infirmière va alors reprendre les informations « I25: *ça veut dire que, primitif ça veut dire que c'est pas quelque chose qui vient d'ailleurs et ça veut dire que c'est au niveau des cellules*).

Puis, l'infirmière va aborder les traitements, signifiant au patient qu'il s'agit du plus important pour lui (I39: *oui après en même temps ce qui est important aussi pour vous c'est que ben vous avez adhéré au traitement, vous allez faire la radiothérapie après vous êtes pas obli... si vous vous avez pas envie de savoir tout par cœur c'est pas grave en soi.*)

En P40, le patient prononce un mot qui semble important pour lui mais qu'il ne semblait pas en mesure de retrouver précédemment (P40: *hum hum... si elle est agressive*). Il justifie en outre cette difficulté en P46 (P46: *non mais je confondais primitive maligne et agressive*).

En P58, le patient fait part d'un état émotionnel (P58: *hum non mais ça fait peur quoi*).

Puis il va montrer l'importance de la présence des proches, plus particulièrement de sa fille dans la compréhension de la situation (« P62: *ben c'est seulement là avec ma fille en fait j'ai j'ai compris après quoi* »). Ce sujet sera alors développé par l'infirmière (« I65: *et du coup votre famille vous a aidé à un peu à comprendre* »).

L'infirmière revient ensuite sur les traitements, notamment l'aspect pratique (« I69: *et quand, vous avez rencontré le radiothérapeute depuis ?* »), puis voyant que le patient semble avoir bien intégré le programme, elle va alors aborder le vécu de la situation, avec une retrospective de l'histoire depuis l'annonce, avec la communication d'informations cadrantes (« I105: *ben quand on fait le prélèvement c'est 8 jours minimum* » ; I111: *donc c'est vrai que y a un certain temps après c'est le temps qu'ils passent au microscope et aux colorations...* »).

Elle invite ensuite le patient à lui faire part de ses interrogations éventuelles sur les traitements, lui procurant également des explications sur le parcours thérapeutiques ainsi que sur les effets secondaires (« I131: *relativement rapides, sinon vous aviez des questions, des choses qui semblaient pour vous un peu obscures même par rapport au traitement, au témodal ou aux rayons* », « I159: *ben voilà parfois c'est intéressant de la faire avant le rendez-vous en radiothérapie, vous voyez ce que je veux dire ? Comme ça quand vous allez voir le radiothérapeute, vous avez aussi la prise de sang* »).

L'infirmière, en I287, se centre ensuite sur un symptôme en particulier, à savoir l'angoisse (« c'est l'ang... non ?? Vous avez pas l'impression que c'est à cause de l'angoisse ?? »).

Le patient va s'autoriser à poser une question relative au quotidien avec les traitements (« P320: *hum et pendant le traitement, pas d'alcool ?* »), ce qui conduit l'infirmière à développer certains aspects de la prise en charge.

L'infirmière propose en I377 d'aborder d'autres sujets (« *d'accord, sinon vous avez d'autres questions ?* »). Le patient va alors en P382 et P384 parler d'un symptôme perçu (« *y a une nuit enfin y a une nuit y a au moins 6 mois, je sais pas 6 à 8 mois* » ; « *ça a fait un déclic dans ma tête* »), démontrant une certaine quête de sens quant à l'origine de la maladie (« P386: *ça pourrait que ça soit ça ?* »).

L'infirmière va alors redonner certaines explications sur la maladie (« I393: *oui c'est difficile à dire parce que ce qu'on peut dire de cette maladie c'est que souvent les personnes nous disent que en repensant, y avait des petites choses qui les faisaient penser que ça allait un petit peu moins bien et que c'est quelque chose qui s'installe assez progressivement en fait* »).

Le patient va conclure en P404 et P406 par le partage d'un événement de vie marquant (« *j'ai ma mère qui a fait une rupture d'anévrisme* » ; « *non j'ai ma mère qui est décédée d'une rupture d'anévrisme* »).

IV – OUTILS INTERROGATIFS

	Question catégorielle	Question propositionnelle	Total
Patient	5	10	15
Infirmière	4	25	29
Total	9	34	44

Questions relatives au vécu de l'annonce :

I19: *oui, pour vous c'était un choc ?* (Question propositionnelle)

Questions relatives à la prise en charge :

I69: *et vous avez rencontré le radiothérapeute depuis ?* (Question propositionnelle)

I81: *alors dites-moi depuis le jour où vous êtes arrivé ou depuis le jour où on vous a fait le prélèvement ?* (Question propositionnelle disjonctive)

I83: *oui, vous êtes arrivé le combien à l'hôpital ?* (Question catégorielle)

I91: *d'accord et ensuite quand vous avez fait le scanner, vous avez été hospitalisé ici ?* (Question propositionnelle)

I143: *et ben vous la faites au bout d'une semaine d'accord ?* (Question propositionnelle de demande de ratification)

I149: *et ben vous l'appellez par exemple euh c'est une infirmière qui vient à la maison ?* (Question propositionnelle)

I151: *et ben vous l'appellez le mercredi pour lui dire que le vendredi vous faites une prise de sang. Quel jour vous voyez madame M. ?* (Question catégorielle)

I155: *après ce sera le matin ?* (Question propositionnelle) *Alors comment on pourrait faire ?...* (Question catégorielle) *L'important c'est que vous fassiez une prise de sang par semaine*

I159: *ben voilà parfois c'est intéressant de la faire avant le rendez-vous en radiothérapie, vous voyez ce que je veux dire ?* (Question propositionnelle de demande de ratification) *Comme ça quand vous allez voir le radiothérapeute, vous avez aussi la prise de sang*

I177: *oui ça mettait combien de jours avant de les recevoir ?* (Question catégorielle)

Questions relatives aux traitements :

I131: *relativement rapides, sinon vous aviez des questions, des choses qui semblaient pour vous un peu obscures même par rapport au traitement, au témodal ou aux rayons ?* (Question propositionnelle)

P132: non ben je non

I133: non ? (Question propositionnelle de demande de ratification) Pour vous tout ça est clair

I239: et vous avez du coup les gélules de chimiothérapie ? (Question propositionnelle) Vous vous souvenez bien comment...

I259: d'accord ? (Question propositionnelle de demande de ratification) Mais l'anti nauséux vous pouvez le prendre pendant le p'tit dej, c'est avec la chimio qu'il faut faire attention

I263: d'accord ? (Question propositionnelle de demande de ratification) Faut pas la prendre en mangeant parce que..

P302: j'ai été chez le médecin, il m'a remis sous antibiotiques

I303: d'accord, encore maintenant ? (Question propositionnelle)

I307: d'accord, vous en aviez parlé à la radiothérapeute ? (Question propositionnelle)

I311: et vous savez euh...vous pensez que vous avez pris froid, des choses comme ça ? (Question propositionnelle)

Questions relatives aux souhaits du patient :

I209: vous voulez que je le redise à votre fille ? (Question propositionnelle)

I237: vous avez hâte de démarrer ? (Question propositionnelle) Bon ben ça tombe bien ça commence demain

Questions pour vérifier la bonne compréhension du patient :

I219: d'accord ? (Question propositionnelle de demande de ratification)

I331: d'accord ? (Question propositionnelle de demande de ratification)

Questions relatives au vécu de la situation post-annonce :

I287: *c'est l'ang... non vous avez pas l'impression que c'est à cause de l'angoisse ??* (Question propositionnelle de demande de ratification)

P288: *ben peut-être si parce que je me sens angoissé si*

I289: *d'accord et c'est le fait vous pensez c'est le fait d'être à l'hôpital ?* (Question propositionnelle)

I291: *d'accord et pour vous vous auriez préféré ne pas avoir à revenir ou ça vous dérangeait pas de revenir ?* (Question propositionnelle disjonctive)

I293: *et quand vous venez à Gentilly c'est pareil ?* (Question propositionnelle)

I295: *non ?* (Question propositionnelle) *Ici c'est peut-être la biopsie qui vous a fait...*

I297: *c'est la chirurgie ?* (Question propositionnelle)

Le patient :

Questions dans le but d'obtenir une confirmation de sa bonne compréhension:

P24: *c'est dans la tête c'est ça hein, ça se passe en haut ?* (Question propositionnelle)

P86: *c'était pas début mars ?* (Question propositionnelle de demande de ratification posée à la forme négative)

Questions posées à lui-même montrant une volonté de répondre au plus juste :

P92: *euh non... comment qu'ça s'est passé?* (Question catégorielle)

P98: *'fin pas une semaine si ?* (Question propositionnelle de demande de ratification posée à la forme négative) *Non 15 jours après parce que j'étais sous cardégic*

Questions relatives à la prise en charge :

P138: *oui, quand est-ce que je la fais ? (Question catégorielle)*

P142: *je téléphone à l'infirmière quand ? (Question catégorielle)*

P144: *j'appelle le vendredi, non ? (Question propositionnelle) Le jeudi peut-être...*

P184: *oui donc mais de 9 heures 10, l'infirmière elle vient quand ? (Question catégorielle) Parce que j'habite la campagne*

P202: *mais là je le fais pas lundi quand même ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)*

P204: *et le mercredi, non ? (Question propositionnelle)*

P246: *combien de temps avant ? (Question catégorielle)*

P248: *avant le déjeuner ? (Question propositionnelle de demande de ratification)*

I253: *alors ce que vous pouvez faire pour que ce soit plus simple, vous prenez l'anti vomissement pendant le petit déjeuner, parce que ça vous pouvez le prendre*

P254: *pendant ? (Question propositionnelle)*

I283: *quand vous venez à l'hôpital ?? (Question propositionnelle) C'est difficile pour vous de venir à l'hôpital ? (Question propositionnelle)*

P284: *là ? (Question propositionnelle)*

P320: *hum et pendant le traitement, pas d'alcool ? (Question propositionnelle)*

V – ELEMENTS RAPPELES CONCERNANT LA MALADIE ET LES TRAITEMENTS

Nous allons à présent analyser les éléments rapportés par l'épouse suite à la consultation d'annonce et qui ont trait à la maladie et aux traitements. Voyons dans le tableau suivant comment se répartissent ces éléments :

Termes	Locuteur(s) Cs Annonce	Locuteur(s) Cs Post-A I/P
Lésion	M (6 fois)	P (1 fois)
Tum-eur/orale	M (17 fois) P (2 fois)	P (1 fois)
Cancer	E (1 fois)	
Malin	M (4 fois)	P (2 fois) I (1 fois)
Chirurgie	M (2 fois)	I (1 fois)
Radiothérapie	M (53 fois) P (1 fois) I (9 fois) F (3 fois)	I (10 fois)
Rayon	M (14 fois) I (2 fois)	I (3 fois)
Chimiothérapie	M (43 fois) P (5 fois) F (1 fois) E (2 fois) I (2 fois)	I (6 fois)

C'est le patient lui-même qui amène le terme de lésion pour parler de sa maladie et en préciser sa localisation.

P90: une **lésion** cérébrale

Il en est de même pour la notion de tumeur. Il nomme ainsi sa maladie.

P88: que j'ai passé un scanner et qu'on m'a dit que j'avais une **tumeur**

Dans un premier temps le patient reprend les trois termes que le médecin a utilisés pour décrire la maladie, dont celui de maligne.

*P46: non mais je confondais primitive **maligne** et agressive*

Puis il va préciser la nature de la tumeur, en l'occurrence *maligne*, en insistant ainsi sur le côté bien réel de la maladie :

*P52: bon ben une fois que c'est **maligne** c'est là quoi*

L'infirmière va associer les deux notions pour souligner encore plus la notion de gravité de cette tumeur *maligne*.

*I55: d'accord après **maligne** et agressive c'est un peu des synonymes quand même*

La notion de chirurgie, évoquée par l'infirmière, renvoie en fait à la biopsie passée et non à l'intervention chirurgicale en tant que traitement pour lutter contre la maladie.

*I297: c'est la **chirurgie** ?*

La radiothérapie est uniquement abordée par l'infirmière. Elle l'énonce parfois en tant que traitement futur ayant des effets secondaires :

*I39: oui après en même temps ce qui est important aussi pour vous c'est que ben vous avez adhéré au traitement, vous allez faire la **radiothérapie** après vous êtes pas obli... si vous vous avez pas envie de savoir tout par cœur c'est pas grave en soi*

*I325: oui le soir pas pendant, faut juste faire attention avec la chimio puis avec la **radiothérapie** vous allez être fatigué*

*I371: pendant la **radiothérapie** ça peut arriver*

*I335: oui oui appelez bon votre médecin traitant aussi mais prévenez quand même monsieur X. parce que je pense pas que ça retarde mais bon peut-être comme là vous allez prendre et des de la **radiothérapie** et de la chimiothérapie peut-être si jamais votre système est un peu trop immuno-*

déprimé dans ce cas là on peut peut-être repasser... arrêter un peu la chimio, ça peut s'adapter tout ça

Elle mentionne également le médecin spécialiste de ce traitement et montre ainsi la place active que celui-ci prend dans le parcours du patient :

*I69: et vous avez rencontré le **radiothérapeute** depuis ?*

*I71: la **radiothérapeute** pardon*

*I159: ben voilà parfois c'est intéressant de la faire avant le rendez-vous en **radiothérapie**, vous voyez ce que je veux dire ? Comme ça quand vous allez voir le **radiothérapeute**, vous avez aussi la prise de sang*

*I307: d'accord, vous en aviez parlé à la **radiothérapeute** ?*

*I373: oui que la **radiothérapeute** soit amenée à augmenter...*

Les rayons sont utilisés comme synonymes de la radiothérapie. Ainsi l'infirmière les emploie pour aborder le traitement :

*I115: donc c'est vrai que ça peut...mais c'est vrai que entre le moment où vous avez fait la biopsie et le moment où vous commencez les **rayons** c'est vrai que le délai est assez court quand même*

*I131: relativement rapides, sinon vous aviez des questions, des choses qui semblaient pour vous un peu obscures même par rapport au traitement, au témodal ou aux **rayons** ?*

*I191: pour aller aux **rayons**, pour être à 9 heures 10 vous partez à 8 heures*

Enfin, la chimiothérapie est décrite dans sa forme :

*I239: et vous avez du coup les gélules de **chimiothérapie** ? Vous vous souvenez bien comment...*

Elle est nommée :

*I249: non avant le Temodal, avant la **chimio***

L'infirmière précise également que ce n'est pas un traitement anodin :

I259: *d'accord ? Mais l'anti nauséeux vous pouvez le prendre pendant le p'tit dej, c'est avec la chimio qu'il faut faire attention*

I325: *oui le soir pas pendant, faut juste faire attention avec la chimio puis avec la radiothérapie vous allez être fatigué*

I335: *oui oui appelez bon votre médecin traitant aussi mais prévenez quand même monsieur X. parce que je pense pas que ça retarde mais bon peut-être comme là vous allez prendre et des de la radiothérapie et de la chimiothérapie peut-être si jamais votre système est un peu trop immuno-déprimé dans ce cas-là on peut peut-être repasser... arrêter un peu la chimio, ça peut s'adapter tout ça*

VI – ELEMENTS NOUVEAUX CONCERNANT LA MALADIE

Aucun élément nouveau n'est apporté par les deux interlocuteurs au cours de cet entretien.

VII – ANALYSE THEMATIQUE VIA ALCESTE

14% du discours ne sont pas pris en compte dans cette analyse. Avec 24% du corpus, la **classe 1** est isolée et concerne précisément la prise de la chimiothérapie per os à domicile. La **classe 4**, avec 22%, rapporte les examens pré-diagnostique (*biopsie, prélèvement*). Elle est liée à la **classe 3** (18%) qui, elle, contient des aspects temporels (*vendredi, semaine, lundi, ...*). La **classe 2** (22%) est quant à elle centrée sur la *prise de sang*.

Rapport de synthèse

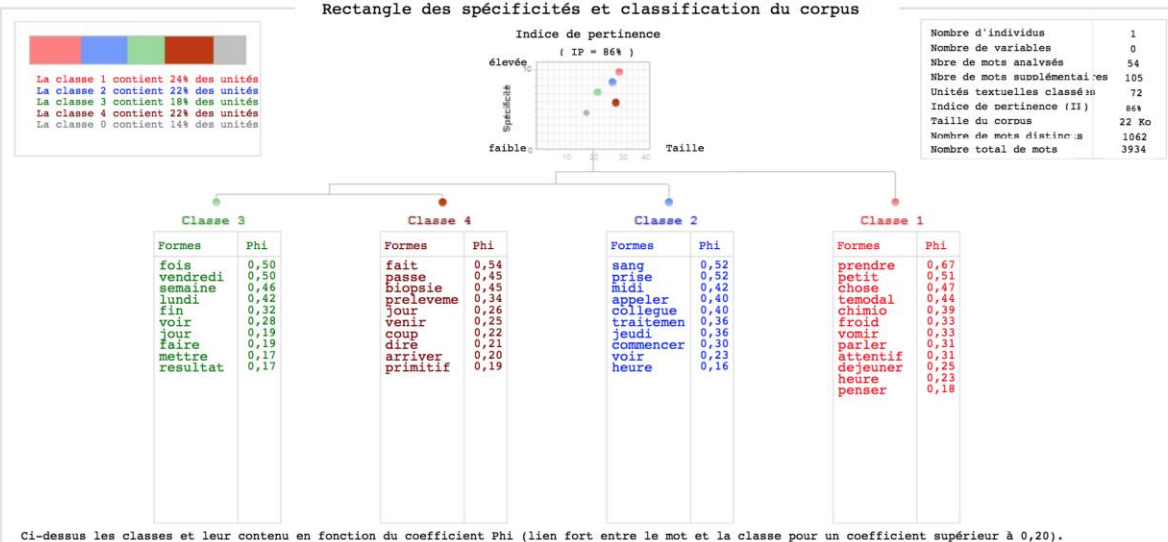
Texte analysé : IDEPATIENT DURAND

Jeu 10 Septembre 2015 à 17 h 49

Le corpus IDEPATIENT DURAND a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 86% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 14% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 4 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et coloriée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 28% des unités textuelles classées (soit 24% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **prendre, petit, chose, temodal, chimio, froid**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 25% des unités textuelles classées (soit 22% du corpus initial) ses mots significatifs sont **sang, prise, midi, appeler, collègue, traitement**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 21% des unités textuelles classées (soit 18% du corpus initial) ses mots significatifs sont **fois, vendredi, semaine, lundi, fin, voir**, puis de la classe 4 qui représente 26% des unités textuelles classées (soit 22% du corpus initial) marquée par les mots **fait, passe, biopsie, prelevement, jour, venir**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.

Rectangle des spécificités et classification du corpus



VIII – CONCLUSION

Dans cette consultation le patient manifeste un besoin de précision sur la localisation de la maladie. Ceci conforte l'intérêt de cette rencontre à distance de la consultation d'annonce en elle-même, celle-ci ayant eu pour mérite de signifier au patient qu'il souffre bien d'une pathologie. Cependant, elle n'aura pas permis une intégration complète des informations.

En outre, en abordant diverses informations relevant d'un domaine complètement inconnu pour le patient et surtout car ce dernier se retrouve pris dans un flux émotionnel intense sans comprendre précisément ce qui se passe pour lui, le médecin a engendré à son insu une complexification du contexte. En utilisant son propre langage, il a amené certaines confusions, certaines approximations qui là-encore, justifient ce deuxième temps de rencontre. Ainsi, le patient semble perdu et confond des termes pourtant déterminants tels que malin et bénin., sachant que l'un des deux est associé à celui d'agressif.

Ce temps d'échange avec l'infirmière va également permettre au patient de se livrer davantage, sans avoir à protéger son entourage. En effet, le fait de se retrouver seul avec l'infirmière va permettre au patient d'exprimer ses craintes et confier sa peur quant à ce qui lui arrive. En revanche, si l'infirmière interroge souvent le patient sur

sa compréhension du parcours thérapeutique, celui-ci ne parlera jamais d'emblée de cet aspect ni ne posera de question à ce propos. Sans doute a-t-il bien saisi cette information, le médecin ayant consacré une longue partie de la consultation d'annonce à cette thématique. Ce faisant, il a certainement permis au patient de voir là une accroche possible lui permettant de garder espoir.

Nous constatons enfin que le patient, otage d'une pulsion épistémophilique plus forte qu'un surmoi fragilisé, en vient à chercher du sens à ce qui lui arrive, à tenter vainement de faire un lien tant entre un vécu interne (« *y a une nuit enfin y a une nuit y a au moins 6 mois, je sais pas 6 à 8 mois* » ; « *ça a fait un déclic dans ma tête* ») qu'externe (« *j'ai ma mère qui a fait une rupture d'anévrisme* » ; « *non j'ai ma mère qui est décédée d'une rupture d'anévrisme* ») avec l'apparition de cette maladie.

CONSULTATION POST-ANNONCE INFIRMIERE – EPOUSE – FILLE

I – ACTEURS

Les acteurs en présence dans cette consultation sont l'infirmière (I), présente lors de la consultation d'annonce, l'épouse (E) du patient ainsi que sa fille qui a, elle-aussi, déjà assisté à la consultation d'annonce.

II – DUREE DE LA CONSULTATION POST-ANNONCE INFIRMIERE

Cette consultation s'est déroulée en 14 minutes et 50 secondes.

III – STRUCTURE DE L'ENTRETIEN

L'infirmière énonce en I1 les attentes de cette rencontre (*Bon donc voilà donc on se voit aujourd'hui pour reparler un petit peu de la consultation d'annonce du 31 mars ou vous avez rencontré donc monsieur X pour l'annonce des résultats et euh voir un peu pour vous comment ça s'est passé la consultation si vous avez bien compris ce que vous pouvez me redire de la maladie de ce qui vous a été expliqué si vous avez besoin d'un complément d'information voilà et pi aussi si les choses se sont bien déroulées depuis là avec la consultation et tout ça*).

Déjà nous constatons que l'épouse du patient s'en remet à sa fille, cette dernière ne laissant de toute façon pas la possibilité à sa mère de s'exprimer (*F2 : Alors je commence (rire) / E3 : Oui parce que moi je*).

La fille décrit ainsi les informations transmises lors de la consultation : *bien expliqué* (F5), *juste* (I9), *bien* (F10), *abordable* (I11), *pas trop médical* (F14).

Ensuite, l'infirmière va chercher à savoir si la famille se souvient du nom de la maladie (I17). La fille s'empresse de dire qu'elle connaît le nom transmis par le médecin mais finalement ne parvient pas à prononcer les mots : *C'était quoi tumeur maligne... non... passive... non progressive* (F20), reconnaissant alors qu'elle ne mémorise pas l'information exacte : *Non le mot là j'arrive jamais à retenir* (F22).

Lorsque l'infirmière communique en I23 le nom scientifique de la maladie (*glioblastome*), la fille apparaît en F24 mal à l'aise de ne pas avoir su donner la réponse (*Ah non mais*), se justifiant alors en F26 en se réfugiant par le nous derrière ses parents (***Oui mais nous on nous a expliqué en disant tumeur***)

L'infirmière guide alors la fille en proposant le terme *Gliale* (I27), pour l'aider à retrouver la face. La fille va alors rapidement se remémorer les termes exacts : *primitive* (F28), *maligne agressive* (F30).

Ensuite, l'infirmière aborde les *traitements* (I35). Elle reprend alors, sans la nommer, la radiothérapie et questionne la famille sur le déroulement prévu : *quand est-ce que ça va commencer* (I39), *Et il a eu rendez-vous le mardi* (I51), *le mercredi il a été faire le le masque là* (F53), *le jeudi un scanner et* (F55), *il commence demain matin* (I59).

L'infirmière, dès I61, s'intéresse ensuite au quotidien après l'annonce (*Et ça s'est bien passé à la maison pendant cette période*). Là, l'épouse va enfin intervenir (E70) pour faire part d'un ressenti (*Mais je trouve il reprend de la il perd des forces*), ce qui oriente alors le discours des interlocuteurs vers ce sujet :

F71 : *Ouais dans le bout du bras*

E72 : *Dans les bras et dans les jambes*

I73 : *Plus particulièrement d'un côté ou de l'autre*

F74 : *Nan comme d'habitude*

I75 : *Ou de*

E76 : *Comme d'habitude du côté droit*

F77 : *Du côté droit*

I78 : Du côté droit d'accord c'était déjà de ce côté-là qu'il y avait eu des soucis au tout début vous trouvez qu'il perd un peu d'accord

F79 : Ca allait mieux et là

E80 : Ca allait mieux et là ça...

L'infirmière cherche alors à savoir ce qui a été fait pour gérer ce symptôme physique : *Peut être au niveau de son traitement quotidien la cortisone peut-être (I81), Chez le médecin (I84), D'accord et il a ré augmenté la cortisone (I90). Le problème persistant (I95 : Et avec l'augmentation de la cortisone ça ne s'est pas ré amélioré)* l'infirmière renvoie vers la radiothérapeute (I99), ce qui lui permet d'aborder ce traitement et de savoir en I102 si la consultation auprès de ce professionnel a permis au patient et à ses proches d'obtenir des informations claires (*D'accord ça s'était bien passé la consultation les détails et tout c'était bien expliqué*). Elle reprend des aspects pratiques de ce traitement (I106 : *D'accord d'accord et pour les tout ce qui est Témodal et tout ça on je vous avais accompagnés à la pharmacie hein ; I108 : Vous les aviez récupérés tout de suite ils vous ont donné la moitié peut être ; I116 : Et euh quoi d'autre... et sinon pour tout ce qui est traitements qui vont qui sont associés au Témodal y'avait pas de soucis vous aviez bien ; I123 : D'accord et pour le les transports ça ils le font systématiquement je pense vous avez du avoir l'entente*).

L'infirmière poursuit les informations sur la radiothérapie, ce qui conduit la fille à poser une question en F144 (*Et là pendant la radiothérapie il va avoir un IRM alors c'est ça ?*). Sera alors abordée *la fatigue (I162)*, effet secondaire de la radiothérapie et de la maladie elle-même (I170 : *Une maladie qui est accompagnée d'une grande fatigue quand même*).

Ceci amène l'infirmière à questionner les proches du patient sur les besoins d'aide à domicile (I172 : *Et pi après vous sinon au niveau du quotidien je ne sais pas si ma collègue vous avait posé la question parce que normalement quand on reprend contact on discute un petit peu de la prise en charge sur tout ce qui est social est ce qu'elle vous avait posé quelques questions ou est-ce que pour le domicile vous avez besoin d'aide à mettre en place par exemple je sais pas quelqu'un qui vient vous aider pour le quotidien ou est-ce que ça se passe bien comme ça*) et rappelle en I182 la possibilité de rencontrer une « assistante sociale » si besoin.

Enfin, lorsque l'infirmière suggère de clore l'entretien, la fille en F196 indique naturellement que cette rencontre est, selon elle, utile. L'épouse précise que ce temps permet de « *rediscuter un petit peu* » (E201) car « *sur le coup quand on nous annonce comme ça... ça vient pas ça* » (E203).

IV – OUTILS INTERROGATIFS

	Question catégorielle	Question propositionnelle	Total
Epouse	0	0	0
Fille	0	4	4
Infirmière	1	16	7
Total	1	20	21

L'infirmière :

Questions relatives au contenu de l'annonce :

I9 : Les mots utilisés vous avez trouvé que c'était juste ? (Question propositionnelle)

I17 : Et sinon par rapport à cette consultation vous avez retenu le nom de la maladie ? (Question propositionnelle)

I19 : D'accord et vous pouvez me redire ? (Question propositionnelle)

I127 : D'accord ok sinon vous aviez peut être des questions quelque chose qui vous paraissait pas clair pis vous avez peut-être ? (Question propositionnelle)

I186 : Bon sinon y'avait d'autres choses ? (Question propositionnelle)

Questions relatives aux traitements :

I39 : Et vous avez déjà une notion de quand est-ce que ça va commencer ? (Question propositionnelle)

I118 : Et là-bas ils vous ont un petit peu expliqué aussi pour le témodal ou pas du tout ? (Question propositionnelle disjonctive)

Questions relatives au quotidien :

I48 : *Oui je me souviens le 31 c'était quoi comme jour ?* (Question catégorielle)

I61 : *Et ça s'est bien passé à la maison pendant cette période ?* (Question propositionnelle)

I63 : *Vous vous habitez sur Nancy c'est ça ?* (Question propositionnelle demande de ratification)

I65 : *D'accord d'accord et ça a été à la maison pendant cette période ?* (Question propositionnelle)

I172 : *Et pi après vous sinon au niveau du quotidien je ne sais pas si ma collègue vous avait posé la question parce que normalement quand on reprend contact on discute un petit peu de la prise en charge sur tout ce qui est social est ce qu'elle vous avait posé quelques questions ou est-ce que pour le domicile vous avez besoin d'aide à mettre en place par exemple je sais pas quelqu'un qui vient vous aider pour le quotidien ou est-ce que ça se passe bien comme ça ?* (Question propositionnelle disjonctive)

I184 : *Voilà bon et vous allez travailler après vous alors ?* (Question propositionnelle)

I215 : *Vous trouvez à côté de lui ou en général ?* (Question propositionnelle disjonctive)

Questions relatives à l'aspect symptomatique :

I67 : *D'accord il n'a pas eu mal à la tête ?* (Question propositionnelle posée à la forme négative)

I73 : *Plus particulièrement d'un côté ou de l'autre ?* (Question propositionnelle disjonctive)

Questions de courtoisie :

I188 : *Bon bah voilà ben écoutez je vais vous accompagner dans le petit salon vous voulez peut être de l'eau ou ?* (Question propositionnelle disjonctive incomplète)

La fille :

Questions relatives au suivi :

F119 : A la pharmacie ? (Question propositionnelle demande de ratification)

F144 : Et là pendant la radiothérapie il va avoir un IRM alors c'est ça ? (Question propositionnelle)

F192 : Et après on revient après ou pas ? (Question propositionnelle disjonctive)

F194 : Oui mais après oui on se revoit plus ? (Question propositionnelle posée à la forme négative)

V – ELEMENTS RAPPELES CONCERNANT LA MALADIE ET LES TRAITEMENTS

Nous allons à présent analyser les éléments rapportés par l'épouse suite à la consultation d'annonce et qui ont trait à la maladie et aux traitements. Voyons dans le tableau suivant comment se répartissent ces éléments :

Termes	Locuteur(s) Cs Annonce	Locuteur(s) Cs Post-A I/E/F
Lésion	M (6 fois)	
Tum-eur/orale	M (17 fois) P (2 fois)	F (2 fois) I (2 fois)
Cancer	E (1 fois)	
Malin	M (4 fois)	F (2 fois)
Chirurgie	M (2 fois)	
Radiothérapie	M (53 fois) P (1 fois) I (9 fois) F (3 fois)	I (11 fois) F (1 fois)
Rayon	M (14 fois) I (2 fois)	I (2 fois)
Chimiothérapie	M (43 fois) P (5 fois) F (1 fois) E (2 fois) I (2 fois)	

Lorsque l'infirmière va demander aux proches si elles se souviennent du nom de la maladie, la fille va parler de tumeur :

*F20 : C'était quoi **tumeur** maligne... non... passive... non progressive*

Puis l'infirmière demandera à la fille de préciser sa réponse. Cette dernière, se sentant peut-être accusée de ne pas en savoir plus ou de ne pas pouvoir en dire plus, va alors se justifier quant à l'information qu'elle a en sa possession :

*I25 : Le nom de la **tumeur***

*F26 : Oui mais nous on nous a expliqué en disant **tumeur***

L'infirmière va ensuite donner des explications sur l'action de la radiothérapie pour lutter contre la maladie et précise la nécessité de se laisser du temps après la fin du traitement pour observer ses effets :

*I154 : Ce qui fait que souvent c'est pas on voit comment on a une idée de comment ça s'est comporté mais parfois elle est c'est pas la plus fiable c'est plutôt celle qui sera faite deux mois plus tard qui sera plus précise parce que les effets de la **radiothérapie** peuvent donner des images où on sait pas trop bien distinguer l'effet des rayons*

F155 : Mh

*I156 : de la **tumeur** elle-même donc ça peut être une IRM un peu difficile à interpréter mais elle permet ça ce qui est important c'est surtout aussi de faire le point fin cliniquement*

C'est la fille qui amène la notion de malignité dans le discours. Elle emploie ce terme pour qualifier la tumeur dont souffre son père.

*F20 : C'était quoi tumeur **maligne**... non... passive... non progressive*

*F30 : **Maligne** agressive*

L'infirmière va aborder la radiothérapie en insistant sur l'importance de percevoir ce traitement comme ayant des effets, tant immédiat qu'à long-terme :

197 : Bon d'accord après faut se donner un petit peu aussi le temps de la **radiothérapie**

199 : Et en cours de **radiothérapie** il sera amené à voir la **radiothérapeute** une fois par semaine qui pourra elle ajuster ça arrive en plus qu'en cours de rayons ils soient obligés d'augmenter les doses de cortisone euh et du coup elle elle sera amenée à ajuster les doses en cours de **radiothérapie**

1120 : Oui... non je veux dire en **radiothérapie**

1142 : Les séances durent pas très longtemps après faut voir comment il va pendant la **radiothérapie**

1152 : Et en fait cette première IRM est parfois c'est pas la meilleure en termes d'appréciation de l'effet du traitement parce qu'en fait les conséquences de la **radiothérapie** rendent cette IRM un petit peu difficile à interpréter

1154 : Ce qui fait que souvent c'est pas on voit comment on a une idée de comment ça s'est comporté mais parfois elle est c'est pas la plus fiable c'est plutôt celle qui sera faite deux mois plus tard qui sera plus précise parce que les effets de la **radiothérapie** peuvent donner des images où on sait pas trop bien distinguer l'effet des rayons

1158 : Sur comment votre papa votre mari comment les choses ont été supportées pendant la **radiothérapie** et c'est vrai que cette IRM c'est pas euh on la fait après la **radiothérapie** mais c'est pas la plus fiable voilà

1164 : En cours de **radiothérapie** ce sera aussi le cas (fatigue rapportée par les proches)

La fille demandera une précision quant au parcours de soins :

F144 : Et là pendant la **radiothérapie** il va avoir un IRM alors c'est ça ?

De nouveau l'infirmière va parler de rayons pour évoquer la radiothérapie :

199 : Et en cours de radiothérapie il sera amené à voir la radiothérapeute une fois par semaine qui pourra elle ajuster ça arrive en plus qu'en cours de **rayons** ils soient obligés d'augmenter les doses de cortisone euh et du coup elle elle sera amenée à ajuster les doses en cours de radiothérapie

1154 : Ce qui fait que souvent c'est pas on voit comment on a une idée de comment ça s'est comporté mais parfois elle est c'est pas la plus fiable c'est plutôt celle qui sera faite deux mois plus tard qui

*sera plus précise parce que les effets de la radiothérapie peuvent donner des images où on sait pas trop bien distinguer l'effet des **rayons***

VII – ÉLÉMENTS NOUVEAUX CONCERNANT LA MALADIE

C'est lors de cet entretien que le mot *glioblastome* va être prononcé pour la première fois. C'est en effet l'infirmière qui va l'introduire dans le discours lorsqu'elle cherchera à savoir si les proches connaissent le nom de la maladie du patient. Cela étant, il n'est pas surprenant que ce terme ne soit pas mémorisé puisqu'il n'a pas été prononcé par le médecin lors de la consultation d'annonce pour nommer la maladie. C'est d'ailleurs sans doute pour cette raison que la fille semble se justifier lorsque l'infirmière lui fait sentir qu'elle n'apporte pas la réponse attendue à sa question.

I17 : Et sinon par rapport à cette consultation vous avez retenu le nom de la maladie ?

F18 : Oui

I19 : D'accord et vous pouvez me redire ?

F20 : C'était quoi tumeur maligne... non... passive... non progressive

I21 : Euh

F22 : Non le mot là j'arrive jamais à retenir

*I23 : Un **glioblastome***

F24 : Ah non mais

I25 : Le nom de la tumeur

F26 : Oui mais nous on nous a expliqué en disant tumeur

L'infirmière va également aborder la dimension sociale avec les proches. Elle s'assure ainsi que le patient bénéficie bien de l'aide dont il a droit en raison de sa maladie. La procédure d'*entente préalable* consiste, avant l'exécution de certains actes et traitements médicaux, à demander à l'Assurance maladie si elle accepte de les prendre en charge.

I125 : L'*entente préalable* oui pis en général ça se passe bien fin les transports ils aiment bien avoir quelqu'un de régulier sur une longue période ça leur permet de s'organiser donc en général ça se passe assez bien

L'*assistante sociale* a pour mission de gérer ces aspects lors de l'hospitalisation du patient ainsi que d'anticiper et d'organiser les aides à domicile nécessaires pour le retour du patient à domicile.

I182 : Oui mais n'hésitez pas nous après on a vous pouvez rencontrer une *assistance sociale* si vous avez besoin pour mettre des petites choses en place voilà après c'est juste sachez que vous pouvez avoir cette ressource

VII – ANALYSE THEMATIQUE VIA ALCESTE

La **classe 3** est celle qui contient le plus de discours avec 40% et concerne les interrogations vis-à-vis du médecin autour du quotidien. Elle est liée à la **classe 2** qui, avec 24% du corpus, traite de la radiothérapie et de ses effets. Enfin, la **classe 1**, avec 23%, se lie aux deux autres classes et semble davantage concerner la consultation post-annonce et son intérêt en termes d'informations et d'explication. Notons que 11% de l'entretien n'entrent pas en compte dans cette analyse.

Rapport de synthèse

Texte analysé : IDEPCDURAND

Jeu 10 Septembre 2015 à 17 h 55

Le corpus IDEPCDURAND a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 89% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 11% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 3 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et coloriée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 25% des unités textuelles classées (soit 23% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **expliquer**, **consultatif**, **redire**, **trouver**, **mot**, **dose**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 29% des unités textuelles classées (soit 26% du corpus initial) ses mots significatifs sont **radiothérapie**, **mois**, **effet**, **mh**, **fier**, **heure**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 46% des unités textuelles classées (soit 40% du corpus initial) ses mots significatifs sont **petit**, **cote**, **mettre**, **medecin**, **question**, **quotidien**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.

Rectangle des spécificités et classification du corpus



VIII - CONCLUSION :

Finalement, nous constatons que les proches sont très préoccupés par les aspects pratiques de la prise en charge. Investis d'emblée, ils se projettent ainsi dans ce parcours auprès de leur proche malade et essaie d'obtenir des informations concrètes sur la démarche à suivre, sur l'évolution probable de la maladie et donc de leur attitude. C'est pourquoi l'infirmière va vraiment s'intéresser au vécu quotidien de la maladie tant par le patient que par l'entourage afin de déceler à la fois les forces mais également les faiblesses des aidants pour mieux répondre à leurs besoins réels.

Concernant le discours, la notion de tumeur, associée à celle de maligne, semble être celle qui permet le mieux de définir la maladie pour l'entourage.

CONSULTATION POST-ANNONCE PSYCHOLOGUE – PATIENT

I – ACTEURS

Le patient (P) et le psychologue (Ψ) sont les deux interlocuteurs dans cet entretien. Ils se rencontrent pour la première fois.

II – DUREE DE LA CONSULTATION POST-ANNONCE PSYCHOLOGUE

L'échange a duré 16 minutes et 36 secondes.

III – STRUCTURE DE L'ENTRETIEN

ψ 3: Et donc, euh, j'pense qu'on vous a expliqué un p'tit peu, c'qu'on souhaitait euh aborder avec vous, vous vous souvenez euh...

P4: C'est la maladie, c'est comment...

ψ 5: Voilà oui comment on vous a annoncé

P6: comment j'ai réagi

ψ 7: Voilà

P8: comment j'ai réagi

ψ9: comment on vous a annoncé la maladie,

P10: hum

ψ11: qu'est-ce qu'on pourrait faire pour euh, ben mieux faire

P12: hum

ψ13: qu'est-ce qui vous, vous a marqué et puis euh, et puis aborder comment vous avez vécu...

Dans un premier temps nous observons une co-construction du sens de cette rencontre. Le psychologue, cherchant dès ψ3 à savoir ce que le patient sait du but de cet entretien, l'amène progressivement à exprimer ce qu'il a compris de ce qui est attendu de lui dans l'ici et maintenant : *comment j'ai réagi* (p6). Le psychologue précise la demande: *comment on vous a annoncé la maladie* (ψ9), *qu'est-ce qu'on pourrait faire pour euh, ben mieux faire* (ψ11), *qu'est-ce qui vous, vous a marqué et puis euh, et puis aborder comment vous avez vécu...* (ψ13).

En p16, le patient confie très naturellement son vécu de l'annonce :

ψ17: vous vous avez appris la maladie quand ?

P18: euh, y a 15 jours

ψ19: y a 15 jours

P20: hum

ψ21: d'accord, c'était avec le docteur Y, euh...

P22: non non

ψ23: docteur X

Le psychologue va alors resituer le contexte de l'annonce : quand a-t-elle eu lieu (ψ 17) et par qui-a-t-elle été faite (ψ 21).

ψ 25: et donc, qu'est-ce qu'il a, qu'est-ce qu'il vous a dit ?

P26: Et ben, qu'est-ce qu'il m'a dit ? Il m'a dit que si je faisais rien j'en avais plus que pour 3 mois

ψ 27: D'accord, c'est c'qui vous a vous marqué le plus

P28: oui ça m'a marqué

Lorsque le psychologue va chercher à connaître le contenu de l'annonce, le patient va rapporter l'élément le plus **marquant** (P28) pour lui, à savoir qu'il est atteint d'une pathologie mortelle à courte échéance en l'absence de traitement (P26).

ψ 29: hum, ben on peut comprendre, oui...et et et, y a d'autres choses qui sont restées de cette annonce, de cette consultation ?

P30: autre chose... comment ça ?

ψ 31: dans c'qui vous a dit, j'imagine qu'il vous a parlé d'autre chose

P32: Ah oui oui oui oui

ψ 33: le nom de la maladie

P34: c'est une tumeur cérébrale

Finalement, nous constatons que le psychologue va devoir chercher les informations supplémentaires transmises lors de la consultation d'annonce. Il semble donc évident que le risque léthal est l'information qui a le plus fort impact sur le patient. Ainsi le nom « générique » de la maladie est connu par le patient, *une tumeur cérébrale* (P34), mais elle n'apparaît pas naturellement dans le discours du patient.

P36: euh, qu'est-ce qu'il a dit d'autre ?...ben les traitements, on a parlé des traitements

ψ37: d'accord, oui

P38: qu'ça allait être assez fort

Le patient poursuit alors en évoquant les traitements (P36) et l'anticipation de leurs effets violents (P38).

P40: je sais plus...

ψ41: vous vous souvenez plus euh...ça fait généralement...

P42: j'étais tellement angoissé euh, tellement...

ψ43: oui c'est l'angoisse

P44: parce qu'on n'y croit pas quoi !

Néanmoins le patient avoue ne plus se souvenir (P40) et se justifie par l'angoisse intense ressentie à cet instant (P42), concluant par une formulation défensive marquée par le connecteur contre-argumentatif « *quand-même* » (P44).

P46: j'avais vu au service qu'y avait quelque chose quand même...quand on est dans l'service ici

(...)

P48: on peut pas y croire

Pourtant, le patient reconnaît en P46 qu'il se doutait de *quelque chose*. Il précise en effet que le fait d'être *ici, dans l'service*, aura été suffisant pour comprendre qu'il souffrait d'un mal curieux. Pour autant, cela n'est pas suffisant pour qu'une telle réalité qui le concerne puisse être envisagée consciemment. Ainsi, psychiquement, il n'est pas possible d'intérioriser une telle maladie en dépit des signes qui apparaissent à la conscience du patient. Ce n'est pas qu'on ne veut pas y croire, *c'est qu'on ne peut pas y croire*.

ψ51: oui, comment en fait vous l'avez découverte ?

P52: et ben j'arrivais plus à mettre ma chaussure, enfin, j'avais du mal, le pied se mettait de travers par rapport à ma chaussure

ψ53: d'accord, et donc là vous avez consulté euh

P54: j'ai consulté mon médecin traitant

(...)

P58: après il m'a dit, bon on va p't'être aller voir un neurologue, donc j'ai été sur Nancy voir un neurologue, qui m'a fait les tests, y voyait pas non plus, tout marchait bien, enfin pour lui et y dit on va quand même faire un IRM pour euh pour être tranquille quoi

(...)

P68: et puis voilà ils ont découvert...

Ensuite, le patient, à la demande du psychologue, retrace le parcours jusqu'à l'annonce de la maladie. Il part des symptômes perçus (P52), puis de la visite chez son médecin traitant (P54), puis au spécialiste (P58), insistant sur le côté rassurant de ce dernier (*pour être tranquille quoi*). Il poursuit avec la réalisation de l'examen (P64) qui aura alors enfin permis la découverte de la maladie (P68).

ψ69: d'accord, et donc la consultation, quand vous êtes arrivé à la consultation vous vous attendiez déjà à ça quand même ?

(...)

P72: non

ψ73 non

P74: je j'étais inquiet quand même parce que l'médecin traitant avait l'air inquiet

Lorsque le psychologue va demander au patient s'il s'attendait à une telle nouvelle, il va, comme précédemment, être dans une certaine dénégation, ne pouvant tolérer une telle information (P72), tout en

reconnaissant être inquiet, principalement en raison de l'attitude de son médecin traitant (P74). Voici un bel exemple de communication non verbale !

ψ77: et est-ce que vous auriez souhaité que le médecin traitant vous le dise justement ?

P78: non...

ψ79: non et pourquoi ?

(...)

P82: parce qu'on a peur de savoir, on appréhende

ψ83: oui et ça vous semblait mieux qu'ça soit un médecin d'ici qui vous annonce euh ?

P84: oui je pense oui

ψ85: hum

P86: vu les résultats du scanner

Nous pouvons constater que le patient ne souhaite pas forcément que l'annonce diagnostique soit réalisée par son médecin traitant. Il justifie sa position tout d'abord en confiant l'angoisse ressentie dans cet instant face au généraliste. Est-ce un signe qui laisse à penser que l'isolement du médecin traitant est perçu comme potentiellement anxiogène par le patient, contrairement à l'ambiance hospitalière où la notion d'équipe apparaît comme réconfortante ? Ou est-ce l'expertise conférée au neuro-oncologue qui est rassurante ? Le patient ajoute également l'intérêt de l'imagerie pour transmettre l'information, ce qui laisse supposer que celle-ci constitue un support important dans la communication de l'information diagnostique.

ψ87: (...), la consultation quand vous avez vu le docteur X, est-ce que vous avez entendu certaines choses que...vous n'auriez pas souhaité entendre, est-ce que vous pensez qu'il est allé trop loin ?

P88: non j'pense que...

ψ89: non

P90: qu'il a dit la vérité

ψ91 : hum hum, oui j'pense qu'effectivement il vous a dit la vérité. Ça a duré longtemps cette consultation ?

P92: au moins une heure

(...)

ψ95: et ça vous a paru suffisant, trop long ?

P96: non mais je j'étais complètement perdu

ψ97: ouais

P98: on n'arrivait pas à poser les questions, y nous demandait toujours si on avait des questions mais on savait pas

Le psychologue s'intéresse ensuite au contenu de l'annonce et plus particulièrement à la manière dont le patient a vécu cette transmission d'informations. Si le patient considère que le médecin a été honnête (P90), il fait la remarque qu'à cet instant, la temporalité s'est modifiée et que même si la consultation a duré, comme il le précise en P92, *au moins une heure*, il n'a pu poser de questions, malgré les sollicitations fréquentes du médecin, car il était *complètement perdu* (P96). Ceci montre bien qu'il ne s'agit pas d'une question de durée minimale de consultation et que l'intégration psychique de l'information nécessite un travail dans la durée, ce chronos qui prend pour point de départ le kairos, c'est-à-dire cet instant où tout a basculé.

ψ101: oui à faire le tri et donc est-ce que ça vous semblerait utile que après cette consultation euh on mette en place une autre consultation à distance hein ?

P102: hum

ψ103: 15 jours, 3 semaines, un mois après

P104: hum

ψ105: pour reprendre avec le médecin tous ces éléments

P106: oui

ψ107: ça serait utile selon vous ?

P108: je pense oui

Il questionne alors ensuite logiquement le patient sur l'intérêt d'une consultation post-annonce. Le patient a du mal à apporter une réponse franche, paraissant finalement encore un peu perdu, mais il semble malgré tout y voir un intérêt (P108), même s'il n'en donne pas de raison.

ψ111: et est-ce que ça vous a semblé bien qu'elle {L'infirmière) soit là ?

(...)

P116: c'est une présence en plus oui

Le patient vient d'une certaine manière ici confirmer notre précédente hypothèse concernant le fait que l'environnement hospitalier est rassurant en cet instant, puisqu'il précise en P116 que la présence de l'infirmière lors de l'annonce de diagnostic, est appréciable : *c'est une présence en plus*.

ψ119: c'est dur euh, c'est dur de de voir un peu comment s'est passé cette consultation

P120: hum

ψ121: parce que comme vous dites, vous avez été assommé

P122: voilà, puis **j'crois** que ma fille et ma femme aussi

ψ123: elles étaient présentes aussi ? Et vous en avez reparlé avec elles ?

P124: oh ben oui

(...)

ψ127: tout de suite après la consultation

P128: euh oui oui

ψ129: oui, et qu'est-ce qu'elles vous ont dit, elles ?

P130: ben ma femme a d'jà eu un cancer du sein alors

ψ131: oui

P132: ça l'a pas... c'est elle qui a été le moins touchée j'pense

Le patient montre en P122 l'impact de l'annonce sur l'entourage. Même s'il dit en avoir parlé immédiatement avec sa fille et son épouse (P124), il reste malgré tout dans la supposition, dans le ressenti quant à leur vécu respectif : j'crois (P122), j'pense (P136). Là encore, la communication non verbale prend le relai dans l'échange, laissant la place à l'interprétation des réactions des uns et des autres, comme si nous nous situions encore à cet instant dans un indicible.

P152: quand j'viens oui, parce que j'peux pas trop conduire parce que j'ai plus confiance

Le patient marque par cette remarque l'atteinte narcissique que provoque la maladie, l'estime de soi se retrouvant diminuée.

ψ161: non... Par rapport aux traitements...

P162: ben aux traitements, si les rayons et la chimio

ψ163: oui, donc il vous a parlé de rayons et de chimiothérapie

P164: oui oui

ψ165: et ça comment vous l'appréhendez ?

P166: ben j'ai du mal c'est la chimio qu'j'ai peur

ψ167: et qu'est-ce qui vous fait peur dans la chimio ?

P168: *c'est d'perdre mes cheveux*

ψ169: *parce qu'il vous dit qu'c'était euh*

P170: *ben pas forcément non*

(...)

ψ173: *ça dépend de la chimio*

P174: *mais en cachet c'est moins fort ou c'est pareil que... ?*

Ensuite ce sont les *traitements* qui sont abordés. Nous constatons que le patient a bien retenu les deux traitements envisagés, à savoir la radiothérapie, rapportée sous le terme de *rayons* (P162) et la *chimiothérapie* (P162). Il confie redouter davantage les effets de la chimiothérapie (P166), même s'il sait que cette éventualité peut ne pas survenir (P170). Il semble chercher une réassurance, posant une question minimisante en P174 sur le mode d'administration qu'il aura : *mais en cachet **c'est moins fort** ou c'est pareil que... ?*

P196: *on est quand même plus l'même...j'ai même plus la voix qu'j'avais*

Le patient fait part d'un changement perçu, une modification narcissique inexorable : *on est **quand même** plus l'même*, marquant la perte douloureuse d'une partie d'un moi déjà bien amputé par l'annonce-même de la maladie : ***j'ai même plus** la voix qu'j'avais*.

P198: *J'sais pas, j'ai la gorge serrée*

ψ199: *c'est plus l'angoisse ?*

P200: *Je pense, oui...c'est c'est quand je sais qu'je vais v'nir ici...*

Il montre que la venue en consultation à l'hôpital reste anxiogène, faisant une assimilation entre le lieu et la maladie.

P212: *enfin on est différent une fois qu'on est...*

ψ213: *qu'on est malade, une fois qu'on nous l'annonce je pense*

P214: *oui*

(...)

ψ221: *faut vous laisser un peu d'temps aussi*

P222: *hum faut s'habituer*

ψ223: *hum et là actuellement dans la vie de tous les jours elle vous empêche de faire plein d'choses cette maladie ou vous arrivez... ?*

P224: *j'travail plus comme avant*

Cet exemple marque encore une fois l'atteinte narcissique provoquée par la maladie et par le fait de se savoir malade. Le changement de statut, de bien-portant à malade, engendre une succession de pertes (*j'travail plus comme avant*) et des modifications existentielles (*on est différent*) que le patient semble avoir du mal à supporter. Il montre le travail progressif d'intégration pour réussir, comme il le dit, à *s'habituer* (P222), et non pas nécessairement, à l'accepter. Il s'agit ainsi plus d'un travail de résignation que d'acceptation réelle de la situation.

P236: *disons qu'j'avais un j'étais sous cortisone, j'avais plus que deux médicaments et là j'ai été voir mon médecin traitant hier*

ψ237: *hum*

P238: *euh oui on est jeudi, mardi, je suis à 3, je m'sens beaucoup mieux*

ψ239: *ah oui... oui donc vous voyez ça a un effet aussi hein*

P240: *hum*

ψ241: *ces médicaments, ça va vous aider euh...*

P242: quand j'suis arrivé, j'étais dans un état...là la cortisone ça m'a fait du bien, là y m'ont réduit là et après donc hier j'ai été voir, c'est quand même mieux

Le patient essaie alors de trouver des éléments positifs, et il met ainsi en avant l'importance du traitement symptomatique auquel il est accroché, auquel il adhère. Ayant testé, il peut personnellement s'apercevoir des effets des traitements. Ainsi, la chimiothérapie n'ayant pas encore débuté, il semble donc logique que l'anxiété anticipatrice soit élevée chez monsieur Durand.

ψ249: finalement actuellement c'est plutôt l'anxiété qu'elle provoque...

P250: voilà c'est l'anxiété

A 15 jours de l'annonce, monsieur Durand souffre principalement de l'angoisse provoquée par une projection future avec la maladie.

ψ277: (rires) et est-ce qu'au niveau du sommeil vous arrivez à dormir ?

P278: oui

(...)

ψ289: et l'appétit ?

P290: je mange, je mange

(...)

P294: p't'être qu'après ça sera différent

Le psychologue évalue deux dimensions susceptibles d'être affectées dans le cas d'un syndrome dépressif, à savoir le sommeil (ψ277) et l'appétit (ψ289).

ψ299: (...) comment vous r'ssentez vous votre fille, et votre euh...enfin vos proches ,parce qu' y a aussi votre fils même s'il est pas là mais... est-ce que vous avez l'impression qu'eux aussi ont changé par rapport à vous ?

P300: oui oui ils sont plus près de nous quand même

ψ301: oui ils sont sans doute touchés par ce qui vous arrive donc euh...

P302: oui

ψ303: ben c'est important aussi

P304: oui enfin on a toujours été très proches hein mais je, je les sens plus présents

Le patient décrit une présence familiale renforcée depuis l'annonce de la maladie.

P306: mais j'suis bien entouré, j'ai même, j'évite même, c'est moi qui évite

ψ307: oui parce que...

P308: les copains, les copines, les... enfin les amis quoi

ψ309: et pourquoi vous...

P310: ben j'sais pas, j'habite dans un village j'ose plus descendre au village parce que tout le monde est au courant et...

ψ311: oui l'impression qu'tout l'monde vous r'garde

P312: voilà

En revanche, il semble se replier sur lui-même, évitant de se montrer malade. Il s'agit toujours d'une atteinte narcissique forte, avec une impression quasi-paranoïaque d'être regardé, stigmatisé.

P320: *j'ai plein d'infos aussi mais j'ai même plus envie d'y répondre*

ψ321: *hum*

P322: *faut toujours expliquer expliquer*

(...)

P328: *voilà j'ai déjà tout le temps en tête si en plus il faut encore répéter...*

Le patient manifeste une certaine lassitude liée à la répétition d'informer encore et toujours l'entourage de sa situation. Il montre ainsi le poids que représente cette information et la difficulté pour autant à s'en défaire, tant la charge émotionnelle est grande et difficilement communicable.

IV – LES QUESTIONS

	Question catégorielle	Question propositionnelle	Total
Patient	4	3	7
Psychologue	11	27	38
Total	15	30	45

Le médecin :

Questions relatives à l'annonce :

ψ17: *vous vous avez appris la maladie quand ? (Question catégorielle)*

ψ25: *et donc, qu'est-ce qu'il a, qu'est-ce qu'il vous a dit ? (Question catégorielle)*

ψ29: hum, ben on peut comprendre, oui...et et et, y a d'autres choses qui sont restées de cette annonce, de cette consultation ? (Question propositionnelle)

ψ77: et est-ce que vous auriez souhaité que le médecin traitant vous le dise justement ? (Question propositionnelle)

ψ79: non et pourquoi ? (Question catégorielle)

ψ83: oui et ça vous semblait mieux qu'ça soit un médecin d'ici qui vous annonce euh ? (Question propositionnelle)

ψ87: oui et donc euh oui, vous vous attendiez pas à ce qu'on vous annonce une telle maladie effectivement mais par rapport à l'annonce, la consultation quand vous avez vu le docteur X, est-ce que vous avez entendu certaines choses que...vous n'auriez pas souhaité entendre, est-ce que vous pensez qu'il est allé trop loin ? (Question propositionnelle)

ψ91: hum hum, oui j pense qu'effectivement il vous a dit la vérité. Ça a duré longtemps cette consultation ? (Question catégorielle)

ψ95: et ça vous a paru suffisant, trop long ? (Question propositionnelle disjonctive)

ψ109: oui, et par rapport à l'inf..., y avait l'infirmière aussi

ψ111: et est-ce que ça vous a semblé bien qu'elle soit là ? (Question propositionnelle)

P122: voilà, puis j'crois que ma fille et ma femme aussi

ψ123: elles étaient présentes aussi ? (Question propositionnelle) Et vous en avez reparlé avec elles ? (Question propositionnelle)

ψ129: oui, et qu'est-ce qu'elles vous ont dit, elles ? (Question catégorielle)

ψ139: et donc on va voir on va pas vous laisser comme ça hein, vous allez avoir du monde quand même avec vous pour vous battre aussi. Et et justement cette annonce vous en avez parlé autour de vous, ou... ? (Question propositionnelle disjonctive incomplète)

Questions relatives à la maladie :

ψ47: d'accord, parce qu'en fait ça s'est passé comment ? (Question catégorielle)

P50: ça s'est passé comment, ma maladie ? (Question propositionnelle)

ψ51: oui, comment en fait vous l'avez découverte ? (Question catégorielle)

Questions relatives au vécu du patient :

ψ69: d'accord, et donc la consultation, quand vous êtes arrivé à la consultation vous vous attendiez déjà à ça quand même ? (Question propositionnelle)

ψ71: vous y aviez pensé ? (Question propositionnelle)

ψ83: oui et ça vous semblait mieux qu'ça soit un médecin d'ici qui vous annonce euh ? (Question propositionnelle)

ψ299: c'est pas facile hein certainement c'est facile à dire c'que j'vous dis mais après oui, j'suis pas à votre place et donc comment vous r'ssentez vous votre fille, et votre euh...enfin vos proches, parce qu' y a aussi votre fils même s'il est pas là mais... est-ce que vous avez l'impression qu'eux aussi ont changé par rapport à vous ? (Question propositionnelle)

Questions relatives à la consultation post-annonce:

ψ101: oui à faire le tri et donc est-ce que ça vous semblerait utile que après cette consultation euh on mette en place une autre consultation à distance hein ? (Question propositionnelle)

ψ107: ça serait utile selon vous ? (Question propositionnelle)

Questions personnelles :

ψ145: ah vous avez aussi un fils ? (Question propositionnelle)

Questions relatives aux symptômes :

ψ159: oui et par rapport à ça est-ce que le docteur X lors de la consultation vous a expliqué c'qu'on allait chercher à faire par rapport à ce problème au niveau droit ? (Question propositionnelle)

ψ197: ah oui... et ça vous avez l'impression qu'ça... ? (Question propositionnelle incomplète)

ψ199: c'est plus l'angoisse ? (Question propositionnelle)

ψ207: et ces angoisses-là, vous en parlez avec votre entourage ou pas ? (Question propositionnelle disjonctive)

ψ223: hum et là actuellement dans la vie de tous les jours elle vous empêche de faire plein d'choses cette maladie ou vous arrivez... ? (Question propositionnelle disjonctive incomplète)

ψ227: parce que vous n'avez pas l'envie ou parce que physiquement c'est pas possible ? (Question propositionnelle disjonctive)

ψ245: et est-ce qu'au niveau de la mémoire euh... au niveau cognitif vous avez euh l'impression qu'cette maladie elle se fait r'ssentir ? (Question propositionnelle)

ψ277: (rires) et est-ce qu'au niveau du sommeil vous arrivez à dormir ? (Question propositionnelle)

ψ283: et la journée, vous faites une sieste ? (Question propositionnelle)

ψ289: et l'appétit ? (Question catégorielle)

Questions relatives aux traitements :

ψ165: et ça comment vous l'appréhendez ? (Question catégorielle)

ψ167: et qu'est-ce qui vous fait peur dans la chimio ? (Question catégorielle)

ψ185: et vous avez déjà le rendez-vous ? (Question propositionnelle)

ψ189: faudra pas hésiter à poser des questions

P190: oui puis on m'a d'jà pas mal expliqué quand même

ψ191: qui vous l'a expliqué ? (Question catégorielle)

Le patient :

Questions introspectives :

P26: Et ben, qu'est-ce qu'il m'a dit ? (Question catégorielle) Il m'a dit que si je faisais rien j'en avais plus que pour 3 mois

P36: euh, qu'est-ce qu'il a dit d'autre ? (Question catégorielle) ... ben les traitements, on a parlé des traitements

P50: ça s'est passé comment, ma maladie ? (Question propositionnelle)

Questions afin d'obtenir une précision quant à l'attente de réponse du psychologue :

ψ29: hum, ben on peut comprendre, oui...et et et, y a d'autres choses qui sont restées de cette annonce, de cette consultation ? (Question propositionnelle)

P30: autre chose... comment ça ? (Question catégorielle)

P126: comment ? (Question catégorielle)

Question relative aux traitements :

P174: mais en cachet c'est moins fort ou c'est pareil que... ? (Question propositionnelle disjonctive incomplète)

V – ELEMENTS RAPPELES CONCERNANT LA MALADIE ET LES TRAITEMENTS

Nous allons à présent analyser les éléments rapportés par le patient suite à la consultation d'annonce et qui ont trait à la maladie et aux traitements. Voyons dans le tableau suivant comment se répartissent ces éléments :

Termes	Locuteur(s) Cs Annonce	Locuteur(s) Cs <u>Post-A</u> Ψ /P
Lésion	M (6 fois)	
Tum-eur/orale	M (17 fois) P (2 fois)	P (1 fois)
Cancer	E (1 fois)	P (1 fois)
Malin	M (4 fois)	
Chirurgie	M (2 fois)	
Radiothérapie	M (53 fois) P (1 fois) I (9 fois) F (3 fois)	Ψ (2 fois)
Rayon	M (14 fois) I (2 fois)	Ψ (2 fois) P (1 fois)
Chimiothérapie	M (43 fois) P (5 fois) F (1 fois) E (2 fois) I (2 fois)	P (2 fois) Ψ (4 fois)

Nous allons approfondir ci-dessous l'analyse des éléments repris lors de cette consultation post-annonce.

Le terme **tumeur** prononcé 17 fois par le médecin et 1 fois par le patient en consultation d'annonce va être prononcé à 1 seule reprise par le patient en consultation post-annonce soignante :

P34: c'est une **tumeur** cérébrale

Il nomme ainsi la maladie en précisant même sa localisation.

Le terme **cancer** reste du côté patient, ayant été prononcé 1 fois par l'épouse lors de la consultation d'annonce et ici 1 fois par le patient :

*P130: ben ma femme a d'jà eu un **cancer** du sein alors*

Le terme de *cancer* est une notion générique pour parler de la maladie et est largement connue socialement. Monsieur Durand fait ainsi un parallèle entre la situation antérieure de son épouse et la sienne actuelle.

Le terme **radiothérapie** prononcé à 53 reprises par le médecin, 9 fois par l'infirmière, 3 fois par la fille et 1 fois par le patient en consultation d'annonce va être prononcé à 2 reprises par le psychologue en consultation post-annonce:

*Ψ179: vous avez **radiothérapie** plus chimiothérapie*

*Ψ181: hum c'est pas... après des fois c'qui fait perdre les ch'veux c'est plutôt la **radiothérapie** justement*

Ce terme reste ainsi du côté soignant dans cet entretien et est cité par le psychologue pour situer le schéma thérapeutique et pour en rappeler les effets particuliers sur le corps du patient (perte des cheveux).

Le terme **rayon** prononcé 14 fois par le médecin et 2 fois par l'infirmière en consultation d'annonce va être prononcé à 2 reprises par le psychologue et à 1 reprise par le patient en consultation post-annonce:

*P162: ben aux traitements, si les **rayons** et la chimio*

*Ψ 163: oui, donc il vous a parlé de **rayons** et de chimiothérapie*

*Ψ 183: d'avoir les **rayons**...*

Ce terme passe légèrement la frontière lexicale soignante pour parler du traitement, contrairement à celui de radiothérapie.

Le terme **chimiothérapie** prononcé 43 fois par le médecin, 2 fois par l'infirmière, 5 fois par le patient, 2 fois par l'épouse et 1 fois par la fille en consultation d'annonce va être prononcé à 2 reprises par le patient et à 4 reprises par le psychologue en consultation post-annonce :

*P162: ben aux traitements, si les rayons et la **chimio***

*Ψ163: oui, donc il vous a parlé de rayons et de **chimiothérapie***

*P166: ben j'ai du mal c'est la **chimio** qu'j'ai peur*

*Ψ167: et qu'est-ce qui vous fait peur dans la **chimio** ?*

*Ψ173: ça dépend de la **chimio***

*Ψ179: vous avez radiothérapie plus **chimiothérapie***

Ce terme, très présent en consultation d'annonce, apparaît survivre dans le discours du patient et du professionnel en consultation post-annonce, étant même abordé sous son diminutif « chimio », ce qui laisse à penser qu'il est communément répandu et ainsi connu de tous.

VI – ELEMENTS NOUVEAUX CONCERNANT LA MALADIE

Il n'y a pas dans cet entretien d'élément nouveau en lien avec la maladie.

VII – ANALYSE THEMATIQUE VIA ALCESTE

Précisons d'emblée que 21% du discours ne sont pas pris en considération dans l'analyse réalisée par Alceste. La **classe 3**, avec 42% du corpus, pointe l'acte d'annoncer. La **classe 2** à laquelle la classe 3 est liée, prend 15% du discours et pointe l'état du patient (pense, souhait) par rapport à son environnement (*travail*,

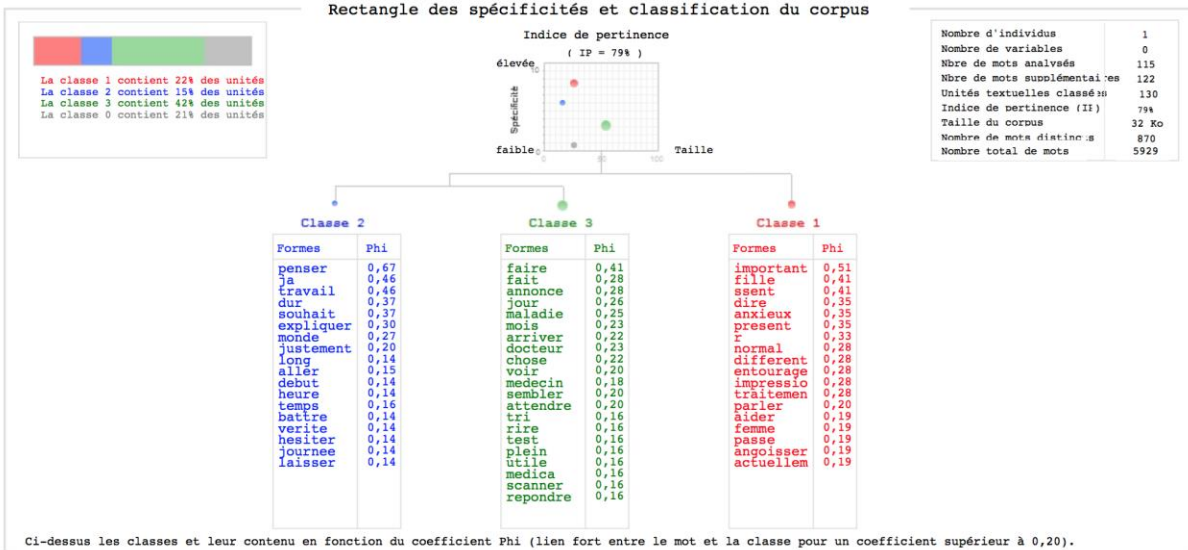
monde). La **classe 1**, avec 22% du discours, concerne l'état psychologique (*anxieux*) du patient face à son entourage.

Rapport de synthèse

Texte analysé : PSYPATIENTDURAND Jeudi 10 Septembre 2015 à 18 h 03

Le corpus PSYPATIENTDURAND a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste après modification du paramétrage par l'utilisateur pour adapter les valeurs des paramètres à la structure du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué une seule classification.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 79% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 21% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 3 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 28% des unités textuelles classées (soit 22% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **important**, **filles**, **ssent**, **dire**, **anxieux**, **present**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 18% des unités textuelles classées (soit 15% du corpus initial) ses mots significatifs sont **penser**, **ja**, **travail**, **dur**, **souhait**, **expliquer**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 54% des unités textuelles classées (soit 42% du corpus initial) ses mots significatifs sont **faire**, **fait**, **annonce**, **jour**, **maladie**, **mois**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.



VIII – CONCLUSION

La rencontre avec le psychologue a permis au patient d'exprimer ses angoisses, la plus forte étant celle de mort. En effet, l'information qui semble avoir le plus fort impact chez le patient a été celle d'incurabilité à court-terme. Cependant, suivant finalement le discours du médecin, il a également saisi tout l'intérêt des traitements pour freiner cette évolutivité rapide.

Le patient signale bien le processus inconscient mis en place par le psychisme pour supporter dans un premier temps cette réalité, en l'occurrence le déni défensif. En outre, il semble impossible de déterminer une durée idéale de consultation d'annonce, tant les informations transmises viennent bousculées toute notion de temps au point

d'annihiler toute capacité de penser. Par ailleurs, il confirme bien l'atteinte narcissique provoquée par une telle annonce, modifiant complètement sa vision de soi et du monde.

Le patient pointe également la nécessité de la consultation auprès d'un spécialiste pour enfin comprendre, savoir et surtout sentir qu'un professionnel va pouvoir l'aider. En effet, monsieur Durand dit bien que c'est le contre-transfert négatif de son médecin traitant qui lui a fait prendre conscience du caractère inquiétant de la situation. Il est devenu inquiet car il a senti son médecin traitant inquiet. C'est sans doute pour cette raison que le patient précise qu'il n'aurait pas souhaité que l'annonce de la maladie lui soit faite par ce médecin. Il apprécie également la présence de l'infirmière lors de la consultation d'annonce.

Concernant les traitements, comme nous l'avons déjà constaté, l'information globale est retenue. Cependant, l'angoisse liée à la chimiothérapie reste grande et le patient a besoin d'éléments rassurants quant à ses effets. Ainsi, la place de la chimiothérapie doit très certainement être plus grande dans l'entretien initial pour désamorcer toute fantasmatisation et projection morbide.

Concernant le discours, le terme tumeur est celui utilisé par le patient pour définir sa maladie. Plutôt que radiothérapie le patient va employer le terme de rayons.

CONSULTATION POST-ANNONCE PSYCHOLOGUE – EPOUSE / FILLE :

I – ACTEURS

L'épouse (E), après avoir échangé avec l'infirmière, est accompagnée de sa fille pour s'entretenir avec le psychologue (ψ). Elles le rencontrent pour la première fois.

II – DUREE DE LA CONSULTATION POST-ANNONCE PSYCHOLOGUE

L'échange a duré 13 minutes et 56 secondes.

III – STRUCTURE DE L'ENTRETIEN

Ψ 8 : Ouais. Et donc comment vous vous l'avez perçue cette annonce ?

F9 : Dure

E10 : Dure

Ψ 11 : Dure oui

F12: Ils disent que le pire

Ψ 13 : Ils disent que le pire c'est comme ça que vous avez ?

F14 : Ah ouais

Ψ 15 : ouais. Mais c'est quoi le pire ?

F16 : Bah l'annonce de la maladie euh... Dans les trois mois il serait parti s'il se soignait pas enfin

voilà que des trucs comme ça

Ψ 17 : Ouais mais qu'est ce que vous pensez qu'on pourrait dire justement ?

F18 : J'sais pas (rire)

Tout d'abord le psychologue, après avoir présenté l'objectif de cette rencontre, demande directement à l'épouse et la fille du patient comment elles ont perçu l'annonce de diagnostic. Là, les deux caractérisent de manière unanime l'annonce, en un mot : *dure* (F9 - E10). La fille précise alors sa réponse en exprimant ce qui semble avoir été le plus difficile pour elle, en l'occurrence le caractère létal de la maladie dont souffre son père en l'absence de traitement, mais finalement, elle ajoute aussi *l'annonce de la maladie*, c'est-à-dire le motif même de cette consultation. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'elle ne peut répondre au psychologue qui lui demande ce qu'elle imagine entendre d'autres lors de cet entretien et qu'elle produit en F18 alors un rire défensif.

Ψ 19 : Parce que c'est ça parce que vous voyez dans ce que vous dites y'a effectivement le pire hein il sera parti dans trois mois mais y'a aussi ce qu'on peut faire pour éviter que ça se produise hein

F20 : Ouais ouais

Ψ 21 : Avec les traitements. Parce qu'on vous a parlé des traitements aussi

F22 : Oui oui. Et on nous a pas dit les chances de réussite du traitement tout ça

Ψ 23 : Ouais. Ca c'est des questions que vous avez encore euh

F24 : Ouais. J'ai oublié de lui demander en plus

Ψ 25 : Ouais. Ca c'est une information que vous auriez eu envie d'entendre

F26 : Aimé avoir ouais ça dépend si le pourcentage est bon en fait (rire)

Le psychologue nuance alors l'information négative par un autre élément potentiellement optimiste, à savoir *les traitements* qui permettent de repousser l'apparition de la mort (Ψ19). Cependant, cette information semble avoir été donnée de manière incomplète, ou du moins elle n'a peut-être pas été intégrée par les proches car elle n'a pas permis de compenser la vision sombre du pronostic. En ce sens, la fille précise qu'elle n'a pas reçu de données précises concernant les chances de réussite (F22), ajoutant qu'elle n'a même pas pensé à poser la question (F24). Nous pouvons néanmoins supposer que cette information, même donnée par le médecin, n'aurait pas répondu aux attentes de la famille, cette dernière ne voulant qu'entendre du positif, c'est-à-dire une guérison grâce aux traitements. Or, le rire conjuratoire de la fille en F26 nous laisse penser qu'elle sait bien au fond que cette information ne peut lui être communiquée au regard de la situation dramatique et que son espoir peut paraître ridicule. Finalement, elle montre indirectement qu'elle sait mais qu'elle ne peut se résigner à accepter une telle fatalité.

Ψ 33 : Et comment euh comment vous cette annonce quand vous êtes ressortie de cette consultation ?

F34 : Déprimée (rires)

Ψ 35 : Déprimée ouais et ça vous avez pu en discuter entre vous juste après ?

F36 : Oui bah on a parlé on était un peu tous les trois pareil quoi

Ψ 37 : Oui parce que

F38 : Non mais on a la famille derrière heureusement

Ψ 39 : Oui parce que votre papa effectivement disait qu'il était sous le choc lui

F40 : Oui bah oui pareil hein

Ψ 41 : Mh

F42 : Ah ouais je m'attendais pas à ça moi aussi

Ψ 43 : Ouais pourtant y'avait certains signes au départ il par rapport au médecin traitant qui avait euh

F44 : Oui mais il changeait il disait que c'était une lésion alors après nous on y connaît rien hein

Ψ 45 : Mh

F46 : Donc pour nous une lésion ça

Ψ 47 : Ouais

F48 : A chaque fois ça changeait en fait

Ψ 49 : Les termes utilisés

F50 : Oui

Ψ 51 : Et est ce que là lors de cette consultation

F52 : Donc au bout d'un moment pi à mon avis on voulait pas voir le pire quoi après on se préserve aussi hein

La fille décrit, malgré un rire de dénégation, l'état dans lequel elle-même et ses parents se sont retrouvés après l'annonce de diagnostic : *déprimé* (F34). C'est ainsi un état partagé, tout comme le *choc* que cette annonce a provoqué. Cependant, si le patient a pu nous confier lors de l'entretien précédent qu'il se doutait de quelque chose, la fille, dans un premier temps, se réfugie derrière les mots employés et le sens qu'elle leur attribue, notamment avec le terme *lésion* (F46), mais progressivement elle va reconnaître en F52 le caractère défensif de son attitude : *à mon avis on voulait pas voir le pire quoi après on se préserve aussi*.

Ψ 53 : On se protège certainement. Mais est-ce que dans cette consultation avec le docteur X y'a des mots que ben que vous avez découverts en fait ?

F54 : Non parce que je trouve qu'il a quand même expliqué avec des mots simples

Ψ 55 : Oui

F56 : Ouais

Ψ 57 : Donc ça c'était important

F58 : Oui oui. Non oui on a ou même sinon il expliquait non il avait bien expliqué

Ψ 59 : Au niveau des termes utilisés c'était simple

F60 : Oui

Ψ 61 : d'accès

Ψ 62 : Vous avez compris. Après y'a le choc émotionnel qui fait que des fois on

F63 : Oui

Ψ 64 : on entend plus certaines choses mais en tout cas les mots utilisés étaient simples

F65 : Oui oui

E66 : Oui

Finalement, la fille, suivie de sa mère, reconnaît que c'est la dimension émotionnelle dans cet instant du dire qui complexifie la compréhension de l'information et non l'usage d'un vocabulaire complexe.

Ψ 69 : Est ce que ça vous a semblé trop long pas assez long ?

F70 : Non ça a été hein

Ψ 71 : Ca a été

E72 : Ca a été

Ψ 73 : Vous avez pu euh poser certaines questions

F74 : Sur le coup on n'a pas de questions hein (rire)

Ψ 75 : C'est après

Il semble qu'une durée d'une heure soit, pour ces proches, une durée correcte de consultation d'annonce (F70 – E72), d'autant qu'une attitude passive semble dans cet instant s'imposer : *Sur le coup on n'a pas de questions hein* (F74).

Ψ 77 : Ouais parce que est ce que vous pensez que justement du coup une deuxième consultation à 15 jours 3 semaines d'intervalle de la première pourrait être utile ?

F78 : Non là je trouve que c'est bien dans parler

Ψ 79 : C'est à dire comme par téléphone ou alors

F80 : Non là comme ça c'est bien ouais

Ψ 81 : Oui. Donc ce qu'on fait là aujourd'hui

F82 : Moi je trouve que c'est bien ouais

Ψ 83 : Ouais

E84 : C'est bien oui

F85 : Pis je pense pour lui aussi

Les proches considèrent qu'une rencontre à distance de la consultation d'annonce serait bénéfique. Paradixalement, la fille considère qu'une deuxième consultation ne serait pas utile alors même qu'elle apprécie de venir reparler de ce qui justement a été abordé lors de la consultation d'annonce. Ceci laisse supposer que le terme même de consultation renvoie pour elle à une rencontre purement médicale, telle qu'elle a pris sens pour elle lors de l'annonce. Ainsi, le terme consultation peut paraître inadapté pour qualifier cette seconde rencontre, car trop attaché à présent à la révélation du diagnostic. Pour autant, son intérêt semble reconnu.

Ψ 86 : Mh. Et surtout qu'il a pas commencé les traitements donc c'est vrai qu'il se pose plein de questions aussi je pense

(...)

F95 : Nous aussi on est pressés de commencer quoi

Par la formulation en F95 « *Nous aussi on est pressés de commencer* », la fille marque un clivage, d'un côté le patient, de l'autre les proches. C'est finalement comme si, elles-aussi, débutaient un nouveau poste, une nouvelle fonction auprès de leur proche malade.

Ψ 99 : Et vous vous appréhendez le début des traitements ?

F100 : Non

Ψ 101 : Vous vous souvenez qu'est-ce qu'on vous a expliqué par rapport au traitement en fait ?

F102 : Le traitement on nous a pas trop expliqué hein

Ψ 103 : Vous savez comment ça va se passer ?

F104 : Oui bah ça dure 10 minutes tous les jours

Ψ 105 : La radiothérapie

F106 : Ouais. Après il fait la chimio en même temps par médicaments

Là-aussi les places sont bien différenciées. Si le patient redoute le début des traitements (Cf. entretien Patient – Psychologue), les proches n'expriment pas d'appréhension. Et s'ils considèrent ne pas avoir reçu beaucoup d'informations à propos des traitements (F102), ils rapportent malgré tout des éléments corrects.

Ψ 123 : Et ça c'est des choses qu'il aborde avec vous

F124 : Ah il évite

Ψ 125 : Il évite

F126 : Bah parce que tout le monde lui en parle tout le monde lui pose des questions donc au bout d'un moment il en a marre donc nous on évite d'en parler pour aussi lui lui changer les idées

Cet extrait met en évidence la protection et la bienveillance que la famille assure auprès du patient ; mais ce faisant, une distance, parfois, peut se créer entre le patient et l'entourage. Ainsi, le fait que la famille *évite d'en parler pour aussi lui lui changer les idées* ne signifie pas qu'elle n'en ressent pas le besoin.

Ψ 127 : Ouais. Et entre vous toutes les deux vous en parlez ou et pi vous avez un frère aussi tous les trois

F128 : Oui mon frère nous on en parle tous les deux mon frère

E129 : Oui ils parlent oui

Ψ 130 : Oui et vous avez l'impression que ça vous aide d'en parler avec lui ?

F131 : Oui

Ψ 132 : Oui

F133 : mais lui aussi il en a besoin

E134 : Lui aussi en a besoin oui je pense hein

Puisque la discussion ne peut avoir lieu avec le patient, les proches vont avoir tendance à parler entre eux (F128), à se soutenir mutuellement (F133).

Ψ 141 : Mh et donc lors de cette consultation vous vous avez quand même l'impression d'avoir compris plus de choses que votre papa votre mari ou c'était la même chose vous étiez au même niveau ?

F142 : Non pareil mais des fois il me redemandait quand même lui

Ψ 143 : Pendant la consultation

F144 : Non après

Ψ 145 : Après oui.

F146 : Mh

(...)

Ψ 151 : Donc ça vous semble important que l'entourage soit présent aussi

F152 : Ah bah oui

Ψ 153 : Oui

E154 : Ah oui

F155 : Il faut

La présence des proches permet une reprise des informations transmises pendant la consultation d'annonce. L'épouse, tout comme la fille, considère qu'elles doivent être là, c'est nécessaire (*il faut*).

Ψ 156 : Et pourquoi selon vous

F157 : Ben qu'on soit là quand même (rires)

Ψ 158 : Mais pour lui pour

F159 : Bah oui pour lui

Ψ 160 : Pour le soutenir pour euh

F161 : Mh

Ψ 162 : répéter certaines choses

E163 : Bah oui oui oui parce que c'est pas qu'il avait... on est venu en... qu'on l'avait laissé... il est venu faire une euh...

F164 : Ah oui bah la première fois le scanner

E165 : La première fois le scanner on l'a laissé seul et puis

F166 : Ca n'a pas été avec le médecin et là elle lui a dit que c'était une tumeur et il est sorti il nous a rien dit lui

Ψ 167 : Ah oui

F168 : Et il nous l'a dit le lendemain quoi et en fait le lendemain ils lui ont dit nan c'est pas une tumeur c'est une lésion donc là il s'est dit bon... il nous l'a dit quoi donc pour du coup pour nous c'était pu une tumeur quoi

Ψ 169 : Mh oui si on a une fois employé le terme tumeur et que le lendemain on dit une lésion

F170 : Donc du coup après pour nous c'était une lésion c'était pu une tumeur donc

Ψ 171 : Mh mh

F172 : Ψ i on nous dit que c'est une tumeur donc du coup euh

Ψ 173 : Ouais l'information n'était pas

F174 : Bah ça changeait à chaque fois ouais

Si le soutien est mis au premier plan par le psychologue (Ψ160), il apparaît que les proches, notamment la fille, considèrent qu'être présent auprès du patient lors de l'annonce de la maladie, permet de recevoir directement par le médecin l'information, en instantané et surtout en même temps que le patient, pour éviter à ce

dernier d'avoir à transmettre l'information lui-même après. Certes être présent constitue un étayage (*Ca n'a pas été avec le médecin*) mais, le fait d'être là évite une distorsion de l'information, un défaut de communication tel que nous pouvons le constater avec la confusion entre *tumeur* et *lésion*, les deux termes n'ayant pas la même valeur de gravité pour les proches.

Finalement il semble que le patient soit considéré aux yeux de ses proches comme incapable, diminué, ce qui influencerait sur son niveau d'estime de soi déjà bien dégradé.

Ψ 181 : Est-ce que vous vous êtes renseigné par rapport à cette maladie est ce que vous avez eu besoin de ?

F182 : J'ai été voir sur internet mais j'irai pu (rires) parce que y'a oui tout c'est différent pour tout le monde

Ψ 183 : Ouais sur internet on trouve tout et n'importe quoi

F184 : Ouais

La fille du patient confirme le danger potentiel que représente Internet en tant que source d'informations médicales. En effet, nous supposons que les informations trouvées sur les sites entretiennent ou provoquent une peur viscérale, avec en plus un besoin paradoxal et presque masochiste de trouver une information qu'on ne veut surtout pas voir, qu'on redoute plus que tout : *J'ai été voir sur internet mais j'irai pu* (F182). Une fois « l'erreur » commise, la fuite consciente permet heureusement, avec une certaine négation défensive, de mettre à distance cette information mortifère et ainsi de supporter une réalité objectivement sombre.

Ψ 185 : Et donc l'information que vous avez reçue lors de cette consultation elle vous a semblée suffisante ou y'a des choses que vous auriez voulu savoir que vous n'avez pas sues ?

F186 : Non c'était suffisant

Ψ 187 : Donc le fait de pouvoir poser des questions c'était bien aussi

F188 : Ouais

E189 : Mh

Ψ 190 : mais vous avez pas réussi à en poser

F191 : Non (rires) si parce que nous on était remonté je lui avais posé deux trois questions bah au collègue là

Ψ 192 : Mh oui après l'annonce avec l'infirmière

F193 : Ouais parce que votre collègue nous avait emmené à la pharmacie chercher la chimio et on devait attendre l'IRM en CD là pour amener à Gentilly

Ψ 194 : Ah oui mh ouais

F195 : *Donc là du coup on lui avait reposé deux trois questions*

Ψ 196 : *Et donc la présence de l'infirmière dans cette annonce pour vous c'est un plus*

F197 : *C'est bien ouais*

Ψ 198 : *Ouais*

F199 : *pis elle nous a quand même accompagnées à la pharmacie on savait pas du tout où c'était et pis c'est compliqué ici hein*

Ψ 200 : *Oui (rire) ouais ouais*

F201 : *Mais en tout cas elle nous avait dit que si on avait des questions*

Ψ 202 : *Et est ce que ça vous semble plus facile de poser des questions à l'infirmière qu'au médecin*

F203 : *Oh non c'est pareil*

Ψ 204 : *Vous sentez aussi*

F205 : *Bah elle est plus relationnelle que le médecin quoi*

Ψ 206 : *Oui vous le sentez bon c'est son rôle aussi à elle*

F207 : *Oui oui*

Ψ 208 : *Donc c'est important qu'elle soit présente*

F209 : *Ouais ouais je pense*

Si les interrogations ne viennent pas naturellement face au médecin, c'est lorsque les proches se retrouvent ensuite avec l'infirmière qu'ils peuvent progressivement poser des questions, notamment car « *elle est plus relationnelle que le médecin quoi* » (F205). Sa présence est donc souhaitable à la fois pendant mais également après la consultation d'annonce.

Ψ 212 : *comment vous imaginez en un mot vous effectivement cette consultation d'annonce est ce que vous pensez qu'ya des choses qu'on pourrait améliorer est ce que... allez y hein on est là pour*

F213 : *Comme j'ai dit qu'ils disent pas que le pire (rires)*

Ψ 214 : *qu'ils disent pas que le pire*

F215 : *Oui (rires) ben vous jsais pas mais comment expliquer... Qu'ils disent des choses rassurantes*

Ψ 216 : *Oui vous avez l'impression qu'il a été trop brutal. C'est pas pour le juger hein*

F217 : *Non oui non c'est pas pour le juger mais bah parce que peut-être nous on s'y attendait pas non plus*

Ψ 218 : *Mh*

F219 : *Pour moi c'était une lésion hein moi j'étais restée sur ça hein*

Ψ 220 : *Oui oui*

F221 : *Je m'attendais pas du tout à*

Ψ 222 : Mais est ce que vous pensez qu'yaurait une bonne façon d'annoncer ?

F223 : Bah non... après oui ça restera toujours brutal

La fille du patient insiste sur l'importance d'avoir des informations *rassurantes* qui permettent de compenser la gravité de la situation, même si, finalement, cette annonce restera psychiquement *brutale*.

Ψ 226 : *Vous avez pu voir aussi les images*

F227 : *Non*

(...)

F230 : *J'ai regardé moi (rires) comme il nous avait donné le truc mais euh pf tfaçon ça sert à rien de les voir*

Ψ 231 : *On comprend pas forcément*

F232 : *Oui bah voilà*

(...)

F235 : *OUI donc après ça dépend mais après comme je lui ai dit tfaçon on comprend rien donc nan pi je pense que ça sert à rien*

Ψ 236 : *Pour vous ou pour le patient ?*

F237 : *Les deux*

Cet extrait montre que cette famille ne perçoit pas l'intérêt de l'imagerie pour communiquer l'information.

Ψ 243 : *(...) vous disiez que ya certaines choses qu'il vous hein qu'il vous n'avait qu'il vous avait pas dit la première fois*

F244 : *Ouais*

Ψ 245 : *quand on a parlé de tumeur*

F246 : *Bah moi je lui ai demandé pourquoi il nous l'avait pas dit il m'a dit fallait déjà que moi je le digère*

Ψ 247 : *Et ça vous comprenez*

F248 : *Bah oui... Toi il te l'avait dit ou pas*

E249 : *Non il m'avait rien dit... il avait dit*

F250 : *Le lendemain*

E251 : *Le lendemain... On aurait dû aller avec mais j'ai pas réagi*

Cet extrait vient donner une explication au silence du patient à la sortie de la consultation avec le radiologue. Il fallait qu'*il digère* l'information, en d'autres termes qu'il l'intériorise avant de pouvoir en parler. Ceci laisse suggérer qu'il ne serait sans doute pas judicieux de proposer une consultation psychologique ou soignante systématiquement à la sortie de la consultation d'annonce. Nous percevons cependant une certaine culpabilité chez les proches : *On aurait dû aller avec mais j'ai pas réagi* (E251).

IV – OUTILS INTERROGATIFS

	Question catégorielle	Question propositionnelle	Total
Epouse	0	0	0
Fille	1	0	1
Psychologue	6	24	30
Total	7	24	31

Le psychologue :

Questions relatives à la consultation d'annonce :

ψ_3 : {...} Donc si j'ai bien compris ça fait 15 jours c'est ça que vous avez eu cette consultation ? (Question propositionnelle)

ψ_8 : Ouais. Et donc comment vous vous l'avez perçue cette annonce ? (Question catégorielle)

ψ_{15} : ouais. Mais c'est quoi le pire ? (Question catégorielle)

ψ_{33} : Et comment euh comment vous étiez quand vous êtes ressortie de cette consultation ? (Question catégorielle)

$\psi 53$: *On se protège certainement. Mais est-ce que dans cette consultation avec le docteur X y'a des mots que ben que vous avez découverts en fait ?* (Question propositionnelle)

$\psi 69$: *Est-ce que ça vous a semblé trop long pas assez long ?* (Question propositionnelle disjonctive)

$\psi 196$: *Et donc la présence de l'infirmière dans cette annonce pour vous c'est un plus ?* (Question propositionnelle)

$\psi 212$: *comment vous imaginez en un mot vous effectivement cette consultation d'annonce ?* (Question catégorielle) *Est ce que vous pensez qu'y'a des choses qu'on pourrait améliorer est ce que... allez y hein on est là pour ?* (Question propositionnelle)

Questions quant aux attentes et à la place des proches :

$\psi 17$: *Ouais mais qu'est-ce que vous pensez qu'on pourrait dire justement ?* (Question catégorielle)

$\psi 141$: *Mh et donc lors de cette consultation vous vous avez quand même l'impression d'avoir compris plus de choses que votre papa votre mari ou c'était la même chose vous étiez au même niveau ?* (Question propositionnelle disjonctive)

$F142$: *Non pareil mais des fois il me redemandait quand même lui*

$\psi 143$: *Pendant la consultation ?* (Question propositionnelle)

(...)

$\psi 147$: *Et vous étiez capable de répondre ?* (Question propositionnelle)

(...)

$\psi 151$: *Donc ça vous semble important que l'entourage soit présent aussi ?* (Question propositionnelle)

$\psi 156$: *Et pourquoi selon vous ?* (Question catégorielle)

$\psi 181$: *Est ce que vous vous êtes renseigné par rapport à cette maladie est ce que vous avez eu besoin de ?* (Question propositionnelle disjonctive incomplète)

$\psi 185$: *Et donc l'information que vous avez reçue lors de cette consultation elle vous a semblée suffisante ou y'a des choses que vous auriez voulu savoir que vous n'avez pas sues ?* (Question propositionnelle disjonctive)

ψ202 : *Et est-ce que ça vous semble plus facile de poser des questions à l'infirmière qu'au médecin ?* (Question propositionnelle)

ψ222 : *Mais est-ce que vous pensez qu'y aurait une bonne façon d'annoncer ?* (Question propositionnelle)

ψ228 : *Non et ça est ce que vous pensez que ça aurait pu vous aider... non ?* (Question propositionnelle)

Questions relatives aux relations au sein de la famille :

ψ35 : *Déprimée ouais et ça vous avez pu en discuter entre vous juste après ?* (Question propositionnelle)

ψ123 : *Et ça c'est des choses qu'il aborde avec vous ?* (Question propositionnelle)

ψ127 : *Ouais. Et entre vous toutes les deux vous en parlez ou et pi vous avez un frère aussi tous les trois ?* (Question propositionnelle)

ψ130 : *Oui et vous avez l'impression que ça vous aide d'en parler avec lui ?* (Question propositionnelle)

ψ135 : *Il est plus grand il est plus jeune ?* (Question propositionnelle disjonctive)

ψ239 : *Et euh est ce que après cette consultation vous étiez vous aviez l'impression d'être sur la même longueur d'onde ou y'avait un décalage entre votre mari votre papa et vous ?* (Question propositionnelle disjonctive)

Questions relatives à la consultation post-annonce :

ψ77 : *Ouais parce que est ce que vous pensez que justement du coup une deuxième consultation à 15 jours 3 semaines d'intervalle de la première pourrait être utile ?* (Question propositionnelle)

ψ_{79} : C'est à dire comme par téléphone ou alors ? (Question propositionnelle disjonctive)

Questions relatives aux traitements :

ψ_{99} : Et vous vous appréhendez le début des traitements ? (Question propositionnelle)

ψ_{103} : Vous savez comment ça va se passer ? (Question propositionnelle)

La fille :

F248 : Bah oui... Toi il te l'avait dit ou pas ? (Question propositionnelle disjonctive)

V – ELEMENTS RAPPELES CONCERNANT LA MALADIE ET LES TRAITEMENTS

Nous allons à présent analyser les éléments rapportés par le patient suite à la consultation d'annonce et qui ont trait à la maladie et aux traitements. Voyons dans le tableau suivant comment se répartissent ces éléments :

Termes	Locuteur(s) Cs Annonce	Locuteur(s) Cs Post-A ψ/E-F
Lésion	M (6 fois)	F (5 fois) Ψ (1 fois)
Tum-eur/orale	M (17 fois) P (2 fois)	F (5 fois) ψ (2 fois)
Cancer	E (1 fois)	E (1 fois) Ψ (1 fois)
Malin	M (4 fois)	
Chirurgie	M (2 fois)	
Radiothérapie	M (53 fois) P (1 fois) I (9 fois) F (3 fois)	Ψ (1 fois)
Rayon	M (14 fois) I (2 fois)	
Chimiothérapie	M (43 fois) P (5 fois) F (1 fois) E (2 fois) I (2 fois)	F (2 fois) Ψ (1 fois)

Le terme **lésion** prononcé 6 fois par le médecin en consultation d'annonce va être prononcé 5 fois par la fille et 1 fois par le psychologue en consultation post-annonce :

*F44 : Oui mais il changeait il disait que c'était une **lésion** alors après nous on y connaît rien hein*

*F46 : Donc pour nous une **lésion** ça*

*F168 : Et il nous l'a dit le lendemain quoi et en fait le lendemain ils lui ont dit nan c'est pas une tumeur c'est une **lésion** donc là il s'est dit bon... il nous l'a dit quoi donc pour du coup pour nous c'était pu une tumeur quoi*

*ψ169 : Mh oui si on a une fois employé le terme tumeur et que le lendemain on dit une **lésion***

*F170 : Donc du coup après pour nous c'était une **lésion** c'était pu une tumeur donc*

*F219 : Pour moi c'était une **lésion** hein moi j'étais restée sur ça hein*

S'il est parlant pour le médecin, nous observons que le terme *lésion* est davantage une source de confusion pour la famille et le patient lui-même, le lien entre *lésion* et *tumeur* n'étant pas fait pour eux. La *lésion* n'a pas le même caractère de gravité que la *tumeur*.

Le terme **tumeur** prononcé 17 fois par le médecin et 2 fois par le patient en consultation d'annonce va être prononcé 5 fois par la fille et 2 fois par le psychologue en consultation post-annonce :

*F166 : Ca n'a pas été avec le médecin et là elle lui a dit que c'était une **tumeur** et il est sorti il nous a rien dit lui*

(...)

*F168 : Et il nous l'a dit le lendemain quoi et en fait le lendemain ils lui ont dit nan c'est pas une **tumeur** c'est une lésion donc là il s'est dit bon... il nous l'a dit quoi donc pour du coup pour nous c'était pu une **tumeur** quoi*

*ψ169 : Mh oui si on a une fois employé le terme **tumeur** et que le lendemain on dit une lésion*

*F170 : Donc du coup après pour nous c'était une lésion c'était pu une **tumeur** donc*

(...)

*F172 : Pi on nous dit que c'est une **tumeur** donc du coup euh*

*ψ245 : quand on a parlé de **tumeur***

La notion de *tumeur* est bien porteuse de sens pour le patient et ses proches. Elle apparaît en effet chargée négativement, à tel point que le patient n'ose pas la dévoiler à ses proches.

Le terme **cancer** prononcé 1 fois par l'épouse en consultation d'annonce va être prononcé à 1 reprise par l'épouse et à 1 reprise par le psychologue en consultation post-annonce :

*E111 : Moi j'ai eu un **cancer** du sein*

*ψ118 : et que même pour un **cancer** du sein ce sera différent*

L'épouse évoque ainsi sa propre situation et le psychologue ne fait que reprendre ce terme pour expliciter la situation et signifier à l'épouse du patient qu'il n'est pas possible de comparer son vécu avec celui de son mari.

Le terme **radiothérapie** prononcé 53 fois par le médecin, 9 fois par l'infirmière, 3 fois par la fille et 1 fois par le patient en consultation d'annonce va être repris qu'1 seule fois par le psychologue en consultation post-annonce :

Ψ 103 : Vous savez comment ça va se passer

F104 : Oui bah ça dure 10 minutes tous les jours

*Ψ 105 : La **radiothérapie***

F106 : Ouais. Après il fait la chimio en même temps par médicaments

Ψ 107 : En même temps mh

Le psychologue cite ainsi ce traitement pour définir le propos du patient, ce dernier étant imprécis en ne prononçant pas le terme *radiothérapie*. Le « ça » revient à parler de la radiothérapie. Est-ce trop difficile de prononcer ce terme, le remplaçant par un « ça » pulsionnel ?

Le terme ***chimiothérapie*** prononcé 43 fois par le médecin, 5 fois par le patient, 2 fois par l'épouse, 1 fois par l'infirmière et 1 fois par la fille en consultation d'annonce va être repris 2 fois par la fille et 1 seule fois par le psychologue en consultation post-annonce :

*F106 : Ouais. Après il fait la **chimio** en même temps par médicaments*

*ψ114 : Vous avez déjà vu euh comment se passait la **chimiothérapie***

*F193 : Ouais parce que votre collègue nous avait emmené à la pharmacie chercher la **chimio** et on devait attendre l'IRM en CD là pour amener à Gentilly*

C'est ainsi l'épouse elle-même qui va déjà donner un caractère familier à ce terme en utilisant son diminutif. Le psychologue tente de connaître le degré d'information par la fille sur l'aspect pratique de ce traitement.

VI – ÉLEMENTS NOUVEAUX CONCERNANT LA MALADIE

Il n'y a pas d'élément nouveau concernant la maladie et/ou les traitements dans cet entretien.

VII – ANALYSE THEMATIQUE VIA ALCESTE

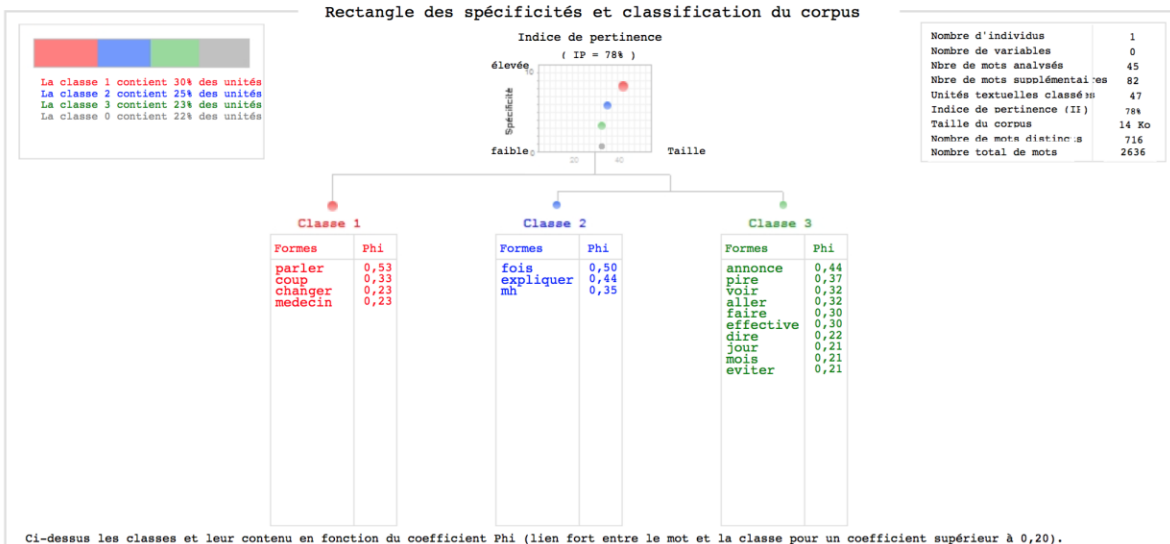
La **classe 1**, avec 30% du discours, met le verbe *parler* en avant. La **classe 2**, avec 25%, met le verbe *expliquer* en avant. Liée à la **classe 3** (23%), cette dernière comprend les termes annonce, *pire* et le verbe *voir*.

Rapport de synthèse

Texte analysé : PSYPCDURAND Jeudi 10 Septembre 2015 à 18 h 11

Le corpus PSYPCDURAND a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste en utilisant un paramétrage standard où les valeurs des paramètres sont prédéfinies en fonction de la taille du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, effectue deux classifications successives.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 78% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 22% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 3 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et coloriée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 38% des unités textuelles classées (soit 30% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que **parler, coup, changer, medecin**. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 32% des unités textuelles classées (soit 25% du corpus initial) ses mots significatifs sont **fois, expliquer, mh**. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 30% des unités textuelles classées (soit 23% du corpus initial) ses mots significatifs sont **annonce, pire, voir, aller, faire, effectivement**. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.



VIII – CONCLUSION

D'emblée les proches expriment leur ressenti à l'annonce de la maladie. Au-delà des mots c'est finalement ce temps là qui est difficile. En d'autres termes, dans l'absolu, rien ne peut empêcher la souffrance liée à cet événement. De plus, les émotions vécues dans ce temps complexifient encore plus la compréhension et l'intégration des informations transmises, sans doute bien plus que les mots utilisés.

La fille met bien en avant le processus défensif nécessaire à cet instant et qui permet de supporter la réalité et de chercher l'espoir.

Le terme de consultation n'est peut-être pas approprié pour ce deuxième temps de rencontre, ayant sans doute un côté trop médical. En revanche, ce temps paraît nécessaire.

Les proches vivent leur présence comme un devoir et se lancent souvent plus dans le combat de manière brutale alors que le patient, lui, a sans doute besoin d'un peu plus de temps de réflexion pour débiter concrètement les traitements. Les proches sont plus dans l'action que le patient. Il faut être là pour savoir, contrôler, vérifier...

META-ANALYSE DES TERMES PRONONCES EN CONSULTATION D'ANNONCE ET REPRIS EN CONSULTATIONS POST-ANNONCE

Fréquence d'occurrences des termes relatifs à la maladie et aux traitements

		ANNONCE					POST-ANNONCES								TOTAUX		
		M	P	E	F	I	ψ	P	I	E	F	ψ	E	F	I	P	
MALADIE	<i>Lésion</i>	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	0	1	13
	<i>Tumeur</i>	17	2	0	0	0	0	1	2	0	2	2	0	5	0	1	32
	<i>Cancer</i>	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	4
	<i>Malin</i>	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	2	9
TRAITEMENTS	<i>Chirurgie</i>	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		3
	<i>Radiothérapie</i>	53	1	0	3	9	1	0	11	0	1	1	0	0	10		90
	<i>Rayon</i>	14	0	0	0	2	2	1	2	0	0	0	0	0	3		24
	<i>Chimiothérapie</i>	43	5	2	1	2	4	2	0	0	0	1	0	2	0		62

Légende :

M : Malade

F : Fille

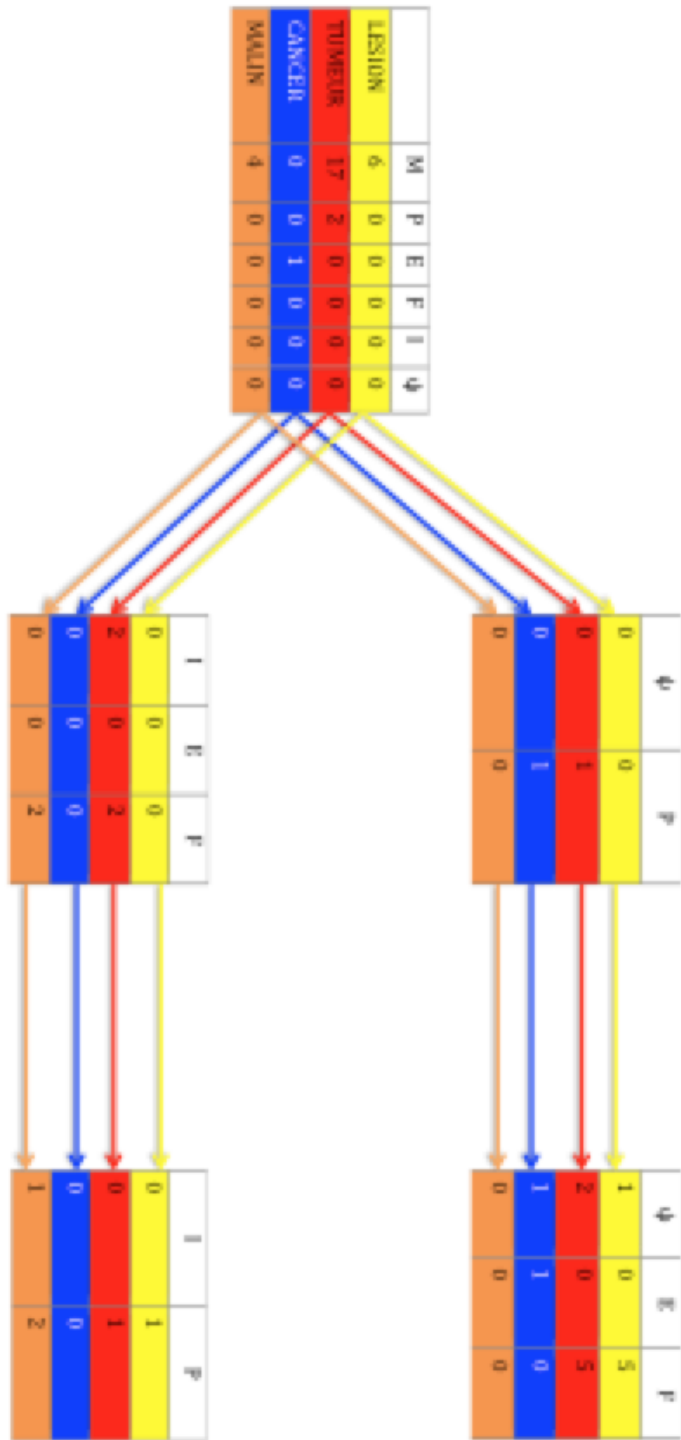
P : Patient

I : Infirmière

E : Epouse

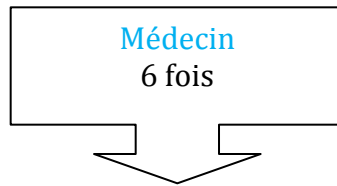
ψ : Psychologue

Nous retrouvons au total 8 termes qui survivront entre la consultation d'annonce et les consultations post-annonce infirmière et psychologue : *lésion*, *tumeur*, *cancer* et *malin* pour énoncer la maladie, *chirurgie*, *radiothérapie*, *rayon* et *chimiothérapie* pour évoquer les traitements. Regardons alors quel est le parcours des termes qui survivent dans le discours des interlocuteurs tout au long de ces consultations.

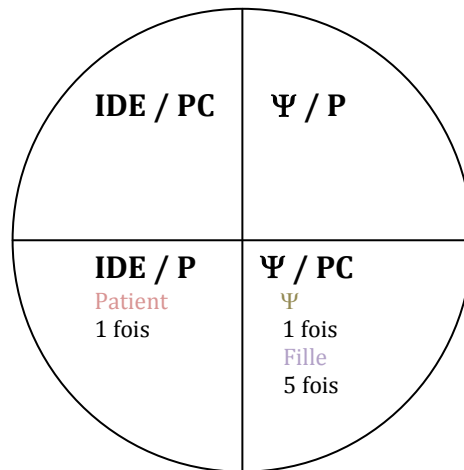


LESION

Consultation d'annonce



Consultations post-annonce



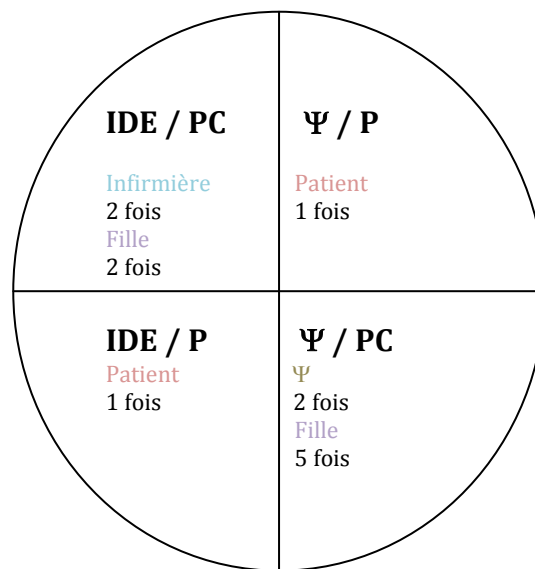
Prononcée à 6 reprises par le médecin lors de la consultation d'annonce, la notion de *lésion* semble malgré tout avoir traversé la frontière entre les deux univers et ainsi être intégrée dans le monde patient. En effet, nous constatons que s'il n'est repris qu'1 seule fois par le psychologue lors de son entretien avec la fille et l'épouse du patient, le terme *lésion* apparaît 5 dans le discours de la fille et même 1 fois dans celui du patient lui-même lorsqu'il se trouve avec l'infirmière.

TUMEUR

Consultation d'annonce

Médecin 17 fois Patient 2 fois

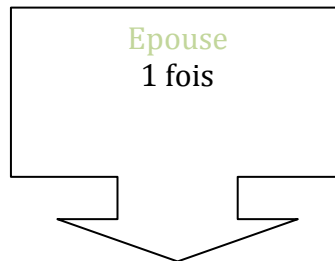
Consultations post-annonce



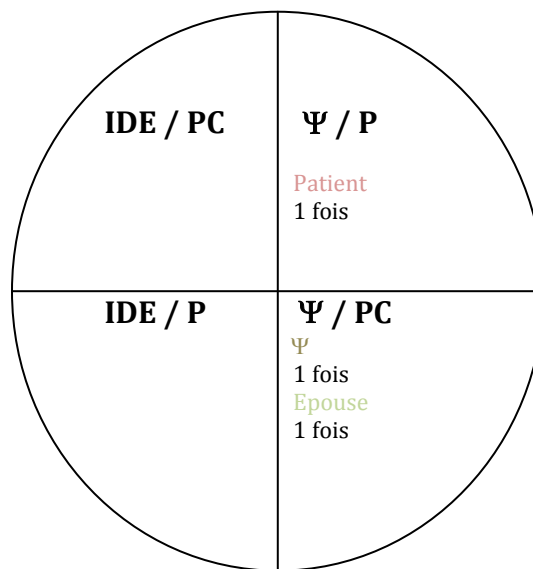
La notion de *tumeur*, utilisée 17 fois par le médecin pour parler de la maladie, sera déjà reprise 2 fois par le patient lors de la consultation d'annonce. Il reviendra ensuite dans chaque consultation post-annonce, par tous les interlocuteurs présents, exceptée l'épouse du patient. C'est cependant la fille, autre personne de l'entourage du patient présente dans ces entretiens, qui va le plus utiliser ce terme et ce, face aux deux professionnels. Le patient l'emploiera à 2 reprises, une fois face à chaque professionnel.

CANCER

Consultation d'annonce



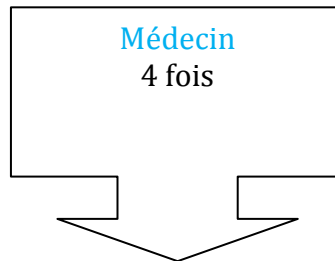
Consultations post-annonce



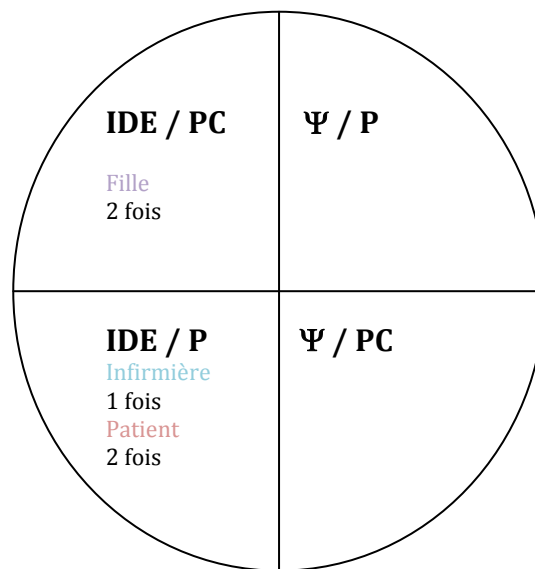
Il est assez surprenant de constater que la notion de *cancer* est amenée par l'épouse lors de la consultation d'annonce. Il sera ensuite uniquement repris lors des entretiens avec le psychologue, 1 fois par le patient et 1 fois par l'épouse. Le psychologue utilisera 1 fois ce terme, contrairement aux deux autres professionnels, ce qui peut être le reflet d'une position tierce du psychologue, n'étant pas à proprement parlé un soignant et utilisant alors peut-être davantage un langage « patient » à certains moments afin de permettre au patient et ses proches une meilleure élaboration.

MALIN

Consultation d'annonce

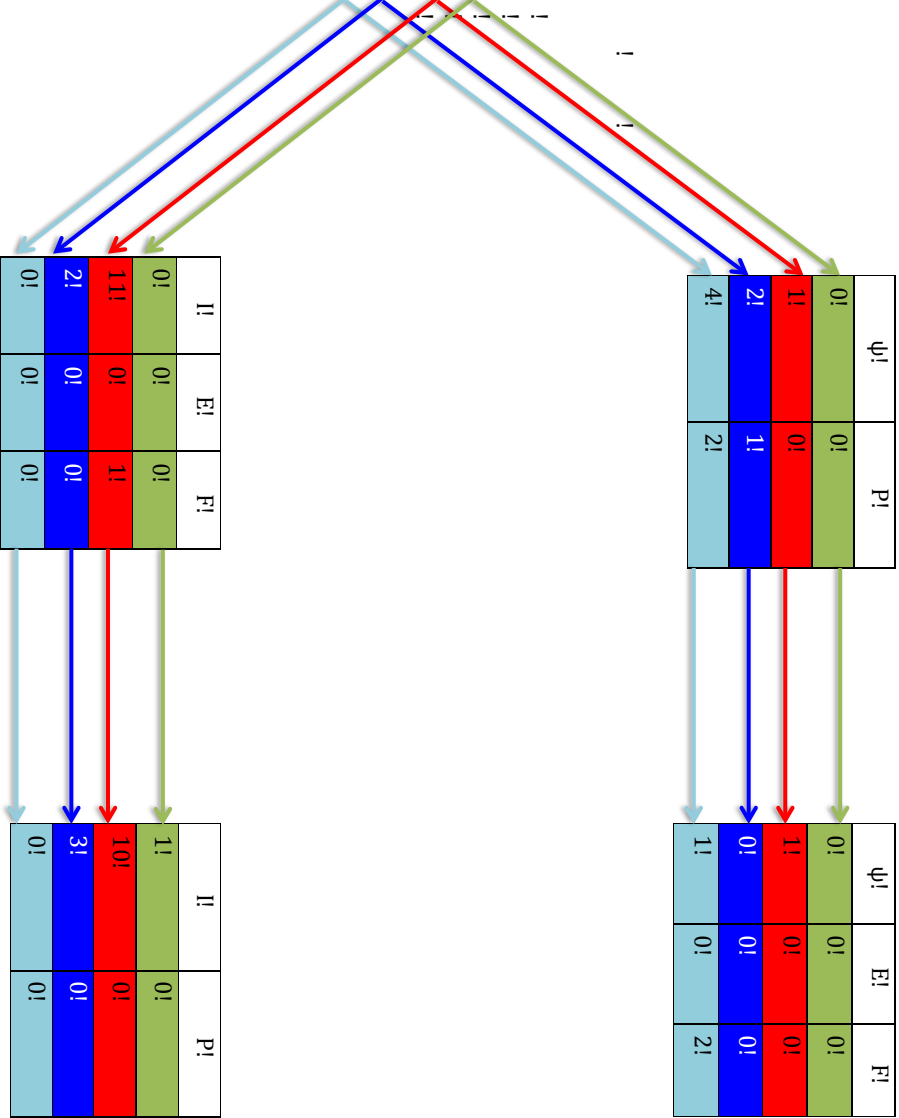


Consultations post-annonce



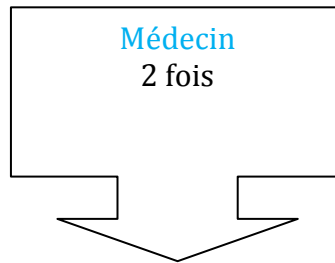
Le terme *malin*, utilisé 4 fois lors de la consultation d'annonce par le médecin, revient à 2 reprises dans le discours de la fille lorsque celle-ci se retrouve face à l'infirmière. Cette dernière l'emploiera à 1 reprise lors de son entretien avec le patient, celui-ci le prononçant 2 fois lors du même entretien.

i	Mi	Pi	Ei	Fi	Ii
CHIRURGIE	2i	0i	0i	0i	0i
RADIOTHERAPIE	53i	1i	0i	3i	9i
RAYON	14i	0i	0i	0i	2i
CHIMIOETHERAPIE	43i	5i	2i	1i	2i

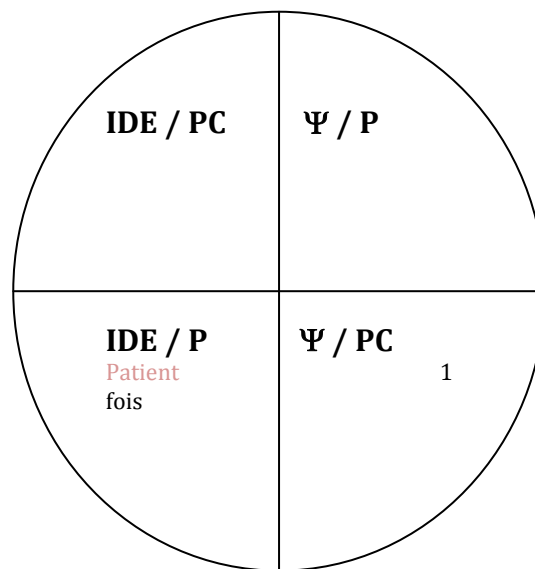


CHIRURGIE

Consultation d'annonce



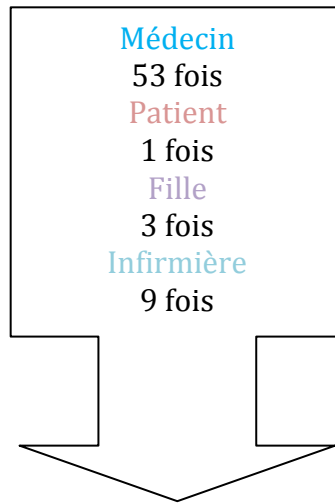
Consultations post-annonce



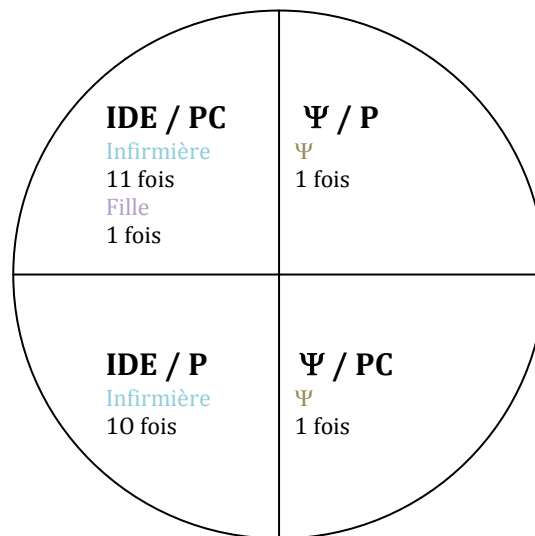
La notion de *chirurgie* est globalement peu utilisée lors des entretiens, sans doute car elle ne représente pas le standard thérapeutique dans le cadre de cette pathologie. Elle le sera cependant par le médecin à 2 reprises lors de la consultation d'annonce et 1 fois par le patient lors de sa rencontre avec l'infirmière.

RADIOTHERAPIE

Consultation d'annonce



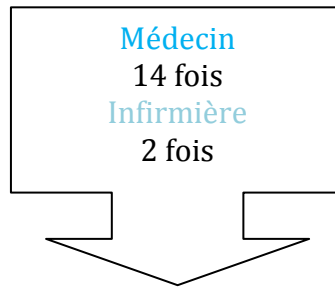
Consultations post-annonce



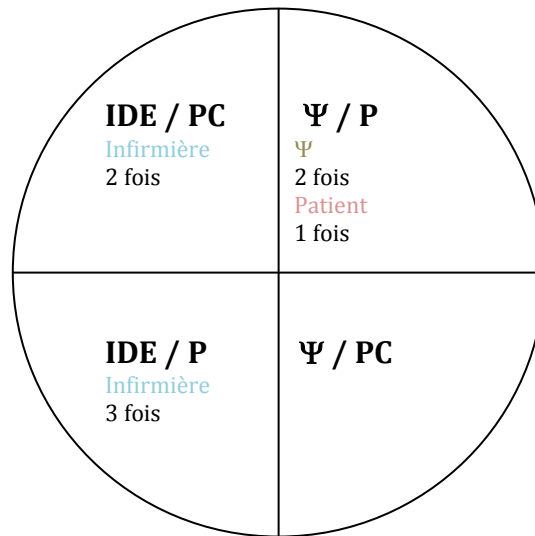
Même si tous les interlocuteurs vont prononcer ce terme, *radiothérapie* restera largement dans l'univers langagier soignant, qu'il s'agisse du médecin qui va l'employer 53 fois lors de la consultation d'annonce, que l'infirmière qui le prononcera au total 30 fois. Il apparaît donc que ce traitement possède une place particulière pour les professionnels soignants dans le cadre particulier de cette pathologie.

RAYON

Consultation d'annonce



Consultations post-annonce



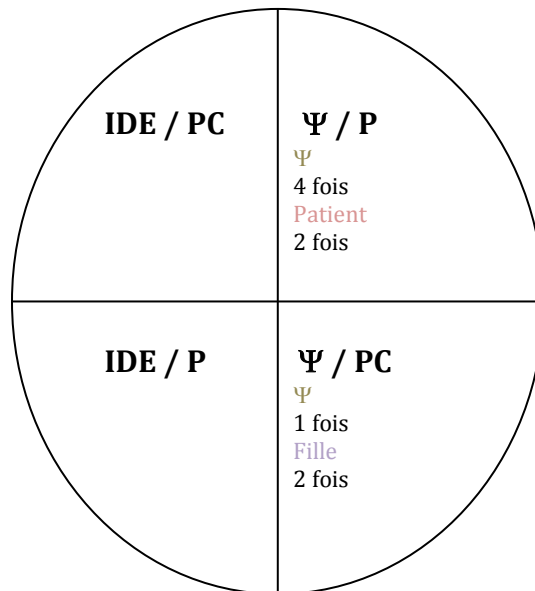
Tout comme la notion de *radiothérapie*, le terme *rayon*, en tant que synonyme, restera principalement dans l'univers soignant, à savoir 14 fois dans le discours médical et 7 fois dans celui de l'infirmière.

CHIMIOThERAPIE

Consultation d'annonce



Consultations post-annonce



La notion de chimiothérapie, si elle est utilisée 43 fois par le médecin en consultation d'annonce, se retrouve assez souvent dans le discours « patient », et ce dès la consultation d'annonce. Il s'agit d'une option thérapeutique beaucoup plus partagée discursivement que la radiothérapie. D'ailleurs, l'infirmière ne prononcera ce mot que 2 fois lors de la consultation d'annonce puis ne l'utilisera plus lors des entretiens post-annonces.

POUR CONCLURE :

Concernant la consultation d'annonce,

1. d'un point de vue structurel nous pouvons constater :
 - qu'il semble impossible de déterminer une durée idéale de consultation d'annonce, tant les informations transmises viennent bousculées toute notion de temps au point d'annihiler toute capacité de penser. Ceci est rapporté tant par le patient que l'entourage ;
 - que l'infirmière a une place importante lors de cette consultation et que sa présence est largement appréciée.

2. d'un point de vue contextuel, nous devons retenir que le patient souhaite que cette annonce de diagnostic soit réalisé par un spécialiste et non son médecin traitant. Ce dernier, moins averti sur la spécificité de la pathologie neuro-oncologique, mais surtout souvent investi auprès de son patient, il risque de transmettre dans cette relation transféro-contre-transférentielle des affects et émotions négatives au patient. Ainsi, les attitudes conscientes et inconscientes du médecin vont mettre en alerte le patient et risquent alors de provoquer en lui l'apparition franche d'une anxiété anticipatrice. En outre, percevant un malaise chez son médecin, le patient se posera légitimement la question de savoir s'il pourra compter sur lui dans cette situation complexe. Or, il doit pouvoir sentir que des professionnels seront à ses côtés pour anticiper, comprendre et répondre à toutes les éventualités possibles, lui-même se trouvant face à une situation inconnue.

3. D'un point de vue discursif, les différences de langage, une certaine banalisation – défensive ? – de la part du professionnel, les attitudes des patients ... font que certains mots se seront pas entendus comme il le faudrait pour aboutir à une bonne compréhension.:
 - Ainsi, le terme lésion, souvent utilisé par le médecin pour initier le discours autour de la maladie, ne prend pas le même sens tant latent que manifeste pour le patient et ses proches. La lésion peut être entendue comme étant un phénomène réversible alors qu'il semble évident dans l'esprit du médecin qu'il s'agit bien d'un processus évolutif et surtout irréversible. En ce sens la notion de gravité n'est pas clairement perçue par le malade et ses proches. La réalité apparaît floue, incertaine. Est-ce grave ou non ? Ce manque de précision laisse la place à des mouvements psychiques, parfois rassurants, parfois dévastateurs et provoque alors une souffrance supplémentaire difficile à gérer ;
 - La charge émotionnelle inhérente à cet instant d'incertitude et de mise à nu psychique aboutit à une confusion fréquente de certains termes chez le patient tels que malin et bénin qui pourtant lui permettent habituellement de déterminer dans son langage le niveau de gravité d'une maladie. En n'utilisant pas nécessairement ces

termes ou en intégrant d'autres dans le discours le médecin participe à une complexification du contexte et entrave la bonne compréhension de la situation par le patient et son entourage ;

- Lorsqu'il aborde la phase des traitements, le médecin consacre beaucoup de temps à la description de la radiothérapie, insistant notamment sur ses effets secondaires. Ce faisant, il laisse suggérer au patient qu'il a peut-être à s'inquiéter d'un tel traitement alors que naturellement son inquiétude se porterait davantage sur la chimiothérapie. En effet, cette dernière est largement répandue dans la pensée commune et est porteuse de représentations et fantasmes souvent négatifs. Si elle peut être perçue comme étant un allié contre la maladie, ses effets secondaires viennent souvent prendre le devant de la scène et restent prioritaires dans la pensée. Notons en ce sens le caractère familier de ce traitement, le patient et ses proches utilisant le diminutif « chimio » pour l'aborder. C'est pourquoi il est très certainement souhaitable que le médecin aborde plus en détails ce traitement pour pouvoir en quelques sortes le démystifier et permettre ainsi au patient de se détacher de ses représentations négatives à son égard. Par ailleurs, la radiothérapie sera logiquement expliquée par le radiothérapeute lors de la consultation programmée avec ce professionnel.
- La notion de rayons est souvent plus utilisée que celle de radiothérapie pour aborder ce mode de traitement, peut-être parce que le patient parvient plus facilement à se représenter mentalement ce qu'est un rayon (par exemple un rayon de soleil), contrairement à la radiothérapie qui correspond plus à une notion scientifique.

4. D'un point de vue intra-psychique :

- le patient exprime clairement l'atteinte narcissique provoquée par une telle annonce, modifiant complètement sa vision de soi et du monde.
- La pulsion épistémophilique conduit le patient à chercher un sens à ce qui lui arrive, à en comprendre le pourquoi. Il va alors réaliser un travail introspectif pour saisir des éléments légitimant ou justifiant en lui l'apparition d'une telle pathologie tout en s'intéressant également à son environnement pour en percevoir des causes externes possibles ;
- Les proches soulignent que dans l'absolu, il n'y a rien qui puisse retirer à ce contexte la dimension douloureuse et anxiogène. L'annonce est intrinsèquement difficile. Dans un premier temps un déni défensif est nécessaire pour supporter la réalité. L'entourage pointe également que bien plus que les mots, les émotions suscitées par cette annonce, dans ce qu'elle a de décisif pour l'avenir, complexifient la compréhension et l'intégration des informations transmises ;

- Bien connu en psychologie sociale, le partage social des émotions conduit les proches à ressentir le besoin de parler de ce qu'ils vivent. Nous percevons bien la place prise lors de la consultation d'annonce par la fille et l'épouse du patient. Ceci amène à deux précautions importantes à prendre en considération :
 - o Tout d'abord l'épouse va ici parler de sa propre situation. En comparant ainsi son vécu avec le cancer, elle pense trouver une proximité avec son mari qui lui, entre seulement dans la maladie. Ceci crée un décalage qui isole encore plus le patient car le cas de ce dernier n'est pas comparable avec celui de son épouse. Cette dernière ne se positionne pas en synchronisation avec son mari mais place ce dernier à son niveau, ce qui risque de poser problème au cours de l'évolution de la maladie si elle ne parvient pas à adapter son attitude et sa vision à la situation singulière de son mari.
 - o Si de prime-abord il semble positif et bienveillant de prendre du temps pour écouter les proches, il ne faut pas oublier que ce temps est avant tout celui du patient. A lui de positionner ses proches comme il le souhaite. En effet, les professionnels doivent être attentifs à ne pas trop naturellement se tourner vers l'interlocuteur le plus prolixe, le patient étant rarement dans cet instant celui-ci.
- Les proches vivent leur présence comme un devoir et se lancent souvent plus de manière brutale dans le combat alors que le patient, lui, a sans doute besoin d'un peu plus de temps de réflexion pour notamment débiter concrètement les traitements. Les proches sont plus dans l'action que le patient. Il faut être là pour savoir, contrôler, vérifier... Nous retrouvons ici la culture du faire si présente dans notre société. Face à un proche en souffrance, la question première est souvent de savoir quoi faire pour l'aider. Or, dans ces instants parfois, la meilleure chose à faire est de ne rien faire.

Concernant la consultation post-annonce avec l'infirmière, il est intéressant de s'interroger sur le terme même de consultation, celui-ci pouvant être trop connoté. En effet, la fille du patient semble l'entendre comme purement médicale alors qu'elle n'a pas cette vocation première.

Pour le patient, elle permet d'avoir un espace de liberté de parole où il peut oser poser des questions qu'il ne poserait pas nécessairement si ses proches étaient présents.

Pour l'entourage, cet espace permet d'obtenir des informations pratiques et concrètes sur la démarche à suivre, sur l'évolution probable de la maladie. Plus libres, les proches, eux-aussi, peuvent poser certaines questions et se livrer sur leur vécu, s'autorisant à partager leurs craintes et appréhensions. Ainsi, l'infirmière va également pouvoir déceler à la fois les forces mais également les faiblesses des aidants pour mieux répondre à leurs besoins réels et adapter la prise en charge. Enfin, la rencontre du psychologue a permis au patient et à l'entourage d'exprimer leurs angoisses, la plus forte étant celle de mort.

ACTE III

SCENE I : Résultats

I – L’ANNONCE : UN TRAUMATISME ?

Il est encore fréquent d’entendre que l’annonce de diagnostic constitue un véritable traumatisme qui marque à jamais une vie. Si effectivement bien souvent cet événement constitue un choc tant pour les patients que pour leurs proches (Monsieur Albert, consultation post-annonce Psy-Patient : *P114 Oui surtout parce que faut être honnête, oui on est profane, on y entend rien dans tout ça, alors ça vous arrive dessus bon ben, ma femme par contre elle a subi elle plus, **un choc...*** ») ; Monsieur Bertrand, consultation post-annonce Psy-Patient : « *P102: c'est c'est on appréhende déjà avant le coup le coup de marteau, on en a pris un déjà avant et puis comme ça on sait que le **coup de marteau** quand on va l'avoir il va faire mal. J' préfère qu'ce soit comme ça* » ; Monsieur Durand, consultation post-annonce Psy-Patient : « *ψ121: parce que comme vous dites, **vous avez été assommé*** *P122: voilà, puis j'crois que ma fille et ma femme aussi* » ; consultation post-annonce IDE-Patient : *I13: si y a des choses qui vous ont paru par exemple euh pas claires ou sur lesquelles vous voudriez qu'on revienne un petit peu P14: oh ben j'étais perdu I15: les choses P16: j'étais perdu le jour-là mais... I17: oui P18: à force avec ma fille et ma femme on a refait le point et... I19: oui, **pour vous c'était un choc ? P20: ah oui oui j'avais pas tout compris***), il n’apparaît pas pour autant évident qu’il représente un frein à la vie voire un acte mortifère insurmontable. La pulsion de vie reste en œuvre malgré ce contexte sombre. Nous ne retrouvons pas par exemple la stratégie d’évitement classique ou le phénomène de reviviscence caractéristique du traumatisé. En outre, nous constatons que très souvent les patients, sans forcément réussir à mettre en mots, savent avant même qu’on leur dise. Ils restent cependant dans l’attente, certes anxieuse, de la rencontre avec le médecin. Nous percevons ainsi un certain soulagement chez les patients quant au fait de savoir, cette information venant lever le doute et surtout mettre un mot sur la réalité qu’ils vivent, permettant ainsi de mieux appréhender la réalité (Monsieur Bertrand, entretien post-annonce IDE / Patient : *P8 : mais **au moins je sais où je vais maintenant***). Etonnamment, le patient revendiquerait même une annonce brutale alors que c’est le principal reproche qui est fait au médecin. (Monsieur Albert, consultation post-annonce IDE / Patient : *P10 : d’un côté il faut y aller droit au but parce **que c’est pas la peine de tourner autour du pot***). A partir de là, toute leur réalité va être traversée par le mot mis sur la maladie. L’annonce permet de déplacer l’angoisse liée à l’incertitude sur le mal et a en ce sens une vertu symbolique et réelle.

Les extraits suivants montrent alors que le patient et même la famille sont en attente et ont besoin de savoir, de connaître et d’identifier le mal :

Monsieur Albert, entretien post-annonce IDE / Patient :

I37 : *D'accord, d'accord. Pour vous cette consultation vous a paru, dans vos souvenirs elle était adaptée à ce que vous attendiez ?*

P38 : *ben moi j'attendais si vous voulez parce que je voulais, **je voulais qu'on avance**, qu'on ne reste pas sur une envie ou sur un souhait ou sur une formulation.*

Donc là on dit voilà, c'est ça, ça et ça...

I39 : *d'accord*

P40 : *un peu comme quand vous passez le permis de conduire ben vous avez divers jalons de droite et de gauche, vous avez la priorité et non priorité et à partir de là **vous ne faites pas n'importe quoi, vous faites***

Monsieur Bertrand, entretien post-annonce IDE / Patient :

P4 : *rien, au moins, on m'a mis au parfum tout de suite au départ, comme ça **je sais où je suis***

I5 : *vous avez bien compris tout ce qui a été expliqué ?*

P6 : *ben oui ça va pas être rose*

I7 : *oui*

P8 : ***mais au moins je sais où je vais maintenant***

I9 : *d'accord*

P10 : *d'un côté il faut y aller droit au but parce que **c'est pas la peine de tourner autour du pot***

I11 : *oui*

P12 : *parce que **si on nous cache**, si on commence à nous cacher des trucs à gauche à droite **c'est pas l'idéal***

I13 : *hum*

P14 : *des fois on arrive à des surprises*

I15 : *hum hum*

P16 : *et les surprises je pense qu'elles sont plus traumatisantes que ce qu'on...*

I17 : *bien sûr que de dire, d'être sincère dès le départ...*

P18 : ***faut être sincère tout de suite au départ, comme ça je sais ce que j'ai maintenant et je sais où je vais***

Monsieur Claude, entretien post-annonce IDE / Patient :

I47 : sinon par rapport aux explications sur la maladie que vous avez eues ça vous a à peu près permis de comprendre ce qui vous arrivait

P48 : bah de toute façon **j'ai compris depuis le premier jour j'ai chopé un cancer = Le patient savait avant qu'on lui dise.**

I49 : hum hum

P50 : pas le ptit qu'on machin qu'on peut traîner à droite ou à gauche non **c'est le vrai le bon**

I51 : hum

P52 : au bon endroit et voilà c'est tout ça **j'ai compris**

I53 : d'accord

P54 : qu'est-ce que vous voulez **on doit se résigner = modalité déontique : il n'y a aucun autre monde admissible, aucune autre possibilité dans la tête du patient. Le on est une norme. Non seulement le patient met le déontique mais en plus il met le on qui exprime une norme.**

I55 : hum hum

P56 : mais **je ne me sens pas foutu je pense = la subjectivité introduit un processus de dénégation : je ne me sens pas foutu = je me sens foutu mais c'est dénié.**

I57 : d'accord

P58 : **j'ai encore de l'espoir = Clivage Résignation face à l'inéluctable versus Espérance**

Monsieur Claude, entretien post-annonce IDE / Epouse :

I131 : vous trouviez qu'c'était bien qu'on vous explique

E132 : oui

I133 : parce que c'est assez exceptionnel mais ça nous arrive que des personnes nous disent mais non veut pas euh on aurait préféré avoir

E134 : moins

I135 : moins d'informations

E136 : oh non moi c'est **plus j'en aurai enfin plus j'en ai mieux c'est**

I137 : oui

E138 : bon bah **faut connaître quand même faut**

Monsieur Durand, entretien post-annonce Psychologue / Patient:

P46: j'avais vu au service qu'y avait quelque chose quand même... quand on est dans l'service ici

(...)

P74: je j'étais inquiet quand même parce que l'médecin traitant avait l'air inquiet

ψ75: vous aviez senti

P76: oui oui oui mais y m'l'a pas dit, c'est une interne ici qui m'a dit

ψ77: et est-ce que vous auriez souhaité que le médecin traitant vous le dise justement ?

P78: non..

ψ79: non et pourquoi ?

(...)

P82: parce qu'on a peur de savoir, on appréhende

ψ83: oui et ça vous semblait mieux qu'ça soit un médecin d'ici qui vous annonce euh ?

P84: oui je pense oui

En revanche, si l'annonce ne constitue pas en soi un traumatisme mais est au contraire attendue et nécessaire, il apparaît bien que les conditions de l'annonce, elles, peuvent représenter une entrave au processus d'assimilation de la maladie, blessant par là-même psychiquement tant le patient que son entourage. Les extraits suivants montrent ces deux aspects :

Monsieur Albert, entretien post-annonce IDE / Epouse :

*E90 : et c'est le fait de dire, je sais qui était là ce jour là, il y avait deux femmes médecins ou deux infirmières **je sais pas**...*

I91 : c'est plus ça qui a été choquant pour vous, que l'entretien qu'on a eu

E92 : oh l'entretien non ça a été

I93 : avec l'annonce de la maladie et tout ça, c'est plus le moment...

*E94 : yen a une qui disait c'est une masse qui appuie, bon déjà avant que je vienne déjà **j'avais une mauvaise impression** là, une masse qui appuie c'est pour ça qu'il a des pertes d'équilibre et l'autre ; **c'est tellement dans le brouillard que je ne saurais même plus qui c'est***

I95 : d'accord

*E96 : **La deuxième a dit disons le mot c'est une tumeur, c'est ça qui m'a**....*

I97 : d'accord, d'accord, donc ça a été au moment de la découverte aux urgences

*E98 : oui, oui là **c'est le ciel qui me tombe sur la tête***

I99 : d'accord

E100 : après au bout de quelques jours on digère, après on espère que...

I101 : pour vous ça a été le brouillard total ça a été beaucoup trop violent

E102 : c'est ça, c'est le fait de dire disons le mot, rien que ça, ça veut dire c'est quelque chose de très grave bon voilà on est arrivé, bon ça fait rien tout le monde fait son métier, il faut hein... **d'un autre côté il faut déontique** savoir ce qu'on a en face de soi pour se battre...

Monsieur Bertrand, entretien post-annonce IDE / Epouse :

E6 : mais le problème c'est entre temps j'étais mon mari était déjà dans la salle et moi j'ai du attendre et puis j'ai été me servir un café entre temps j'ai vu le médecin docteur G. il m'a appelée dans son bureau

I7 : hum hum

E7 : **et il m'a dit qu'il voulait me mettre déjà** euh comment dire en euh d'après lui il n'est pas euh **ce qu'il a mon mari c'est pas guérissable**

(...)

E8 : **alors il voulait me mettre au courant** parce que d'après lui quand j'ai fait ma première visite avec mon mari

I9 : hum hum

E9 : on était plutôt euh satisfaits euh on croyait que les choses auraient déroulé différemment **mon mari ne le sait pas** parce que puisque il m'a pris à part

I10 : d'accord

E10 : **il m'a dit faut pas lui dire** parce que bon si je le lui dis euh il m'a parlé d'un an deux ans donc j'ai pas trop trop fait attention

Monsieur Claude, entretien post-annonce IDE / Epouse :

E12 : et puis bon le traitement **c'est un peu compliqué** on s'pose des questions on s'dit qu'est ce qui va ça va faire quoi comment il va réagir c'est

I13 : oui et pis en plus là c'est quand même un petit peu compliqué

E14 : oui oui

I15 : parce que y'a eu un changement dans les deux semaines

E16 : oui **on arrive là pour voir le radiothérapeute**

I17 : hum hum

E18 : **et puis non non on fait pas** et euh

I19 : *et qu'est ce qu'il du coup comment il vous a expliqué*

E20 : *bah il nous a expliqué qu'y avait eu une réunion le lundi euh*

I21 : *hum hum*

E22 : *et que je pense un professeur de Colmar qui non euh il lui a pas euh en réunion vidéoconférence **sais pas** y'a pas eu un*

Monsieur Durand, entretien post-annonce Psychologue / Epouse / Fille :

F42 : *Ah ouais je m'attendais pas à ça moi aussi*

Ψ 43 : *Ouais pourtant y'avait certains signes au départ il par rapport au médecin traitant qui avait euh*

F44 : ***Oui mais il changeait il disait que c'était une lésion alors après nous on y connaît rien hein***

Ψ 45 : *Mh*

F46 : *Donc pour nous une lésion ça*

Ψ 47 : *Ouais*

F48 : ***A chaque fois ça changeait en fait***

Ψ 49 : *Les termes utilisés*

F50 : *Oui*

Ψ 51 : *Et est ce que là lors de cette consultation*

F52 : *Donc au bout d'un moment pi à mon avis **on voulait pas voir le pire** quoi après **on se préserve aussi hein***

Ψ 53 : *On se protège certainement. Mais est ce que dans cette consultation avec le docteur X y'a des mots que ben que vous avez découvert en fait ?*

F54 : *Non parce que je trouve qu'il a quand même expliqué avec des mots simples*

Il semble donc important que l'annonce soit faite, aussi dure soit-elle, tant pour le patient, ses proches, que le médecin lui-même qui a à réaliser cet acte. Le patient attend de connaître et de mettre des mots afin de donner du sens à ce qu'il vit.

En revanche, cette annonce ne doit pas être diluée, c'est-à-dire qu'elle doit être réalisée par un médecin et plus précisément le spécialiste d'organe au risque de créer du flou et de l'incompréhension du côté du patient et de son entourage.

II – L'ANNONCE : UN PARADOXE

La valeur mortifère de l'annonce de maladie grave et incurable ramène à la conscience le refoulé primaire que constitue l'angoisse de mort. Constitutive de notre être, cette dernière ne peut être présente au quotidien en pensée au risque de nous empêcher de vivre. C'est pourquoi Freud considère que pour pouvoir vivre, l'inconscient doit se croire immortel. Or, l'annonce vient remettre en cause ce fantasme d'immortalité. C'est là l'effet premier de l'annonce sur le plan psychique. Au-delà d'une prise de conscience d'un réel douloureux, le sujet se voit confronté concomitamment à son changement de statut, en l'occurrence celui de malade, à ce qu'il redoute le plus et qu'il tente de maintenir à distance depuis toujours, à savoir sa simple condition de mortel. L'annonce de la maladie grave vient ainsi révéler au patient ce qu'est la vie à travers la mort ou en d'autres termes, il se rend compte de la valeur de la vie en apprenant sa mort prochaine. Ceci engendre alors une multitude de sentiments et d'émotions : regret, révolte, culpabilité, tristesse, ...

Monsieur Albert, entretien post-annonce Psychologue / Patient :

P240 Je le redis, j'en rajoute encore sur ce que j'ai dit tout à l'heure, j'suis presque content d'avoir vécu ça (pleurs) pour vous connaître d'une part, l'efficacité de l'équipe et la progression énorme que nous avons fait ensemble, je dis bien énorme, puis c'matin, vous allez rigoler, j'me suis l'vé, j'me suis mis à courir

(...)

P342 Ah oui hein ! En plus je sens bien que si je remonte le moral, c'est (...5") c'est mon épouse qui suit (voix tremblante)

Ψ343 Ah ben tout à fait si elle vous sent bien...elle ira bien...

P344 Toute la famille

Ψ345 Ben oui, hum

P346 C'est fondamental et les petits-enfants, ils ne savent pas quoi faire autour de moi

Ψ347 (rires)

P348 C'est la folie

Ψ349 Vous les voyez souvent ?

P350 Je vais leur faire le jardin, cueillir aux fraises

Ψ351 (rires)

P352 J'ai qu'un mot à penser, et avec mon épouse évidemment mais l'entourage docteur c'est terrible

Ψ353 Terrible...

P354 C'est positif à 90 à 110%

Ψ355 Hum

P356 Sans l'entourage vous faites pas grand chose, je dépasse hein, je prends l'entourage médical avec hein elles sont merveilleuses, elles sont charmantes, y savent pas quoi faire pour soulager, (...7") ça prend aux tripes (pleurs)

Monsieur Albert, entretien post-annonce Infirmière / Patient :

P2 : pour moi c'est du positif dans le sens où on est face à un ennemi, qui m'aurait laissé aucune chance, pas plus moi que les autres (la voix tremblante) et qu'il me fallait combattre grâce à une équipe médicale combattante, qui existe et qui ont non seulement fait leur preuve et qui continue à le faire, (silence) en plus ça me fait comprendre combien la misère due à la maladie est très dure à supporter, ou autour de moi y compris pour moi (silence) mais combien allégé quand on est entouré comme on l'est, donc je dirai que ça a été une épreuve positive, que vous allez peut être trouver drôle...

III- L'ANNONCE : UNE CO-CONSTRUCTION DE SENS COMMUN QUI S'APPUIE SUR DES REGLES CONVERSATIONNELLES

Chaque mot a une signification qui nécessite un travail de désambiguïsation qui consiste à interpréter les énoncés à travers leur usage dans des contextes spécifiés; il déclenche des processus de traitement ultime du langage, soit au niveau de son explicitation, soit au niveau de ses implicites. C'est ainsi que la signification d'un mot, d'un énoncé, peut varier selon les individus et selon les situations. La conséquence directe est que la signification d'un discours, bien que rarement multiple, appartient cependant à un faisceau d'interprétations possibles parmi lesquelles on peut puiser. Sont ainsi déterminés des effets de sens, des sous-entendus et des intentions communicatives qu'un auditeur s'autorisera à comprendre. Les actes communicationnels doivent prendre en compte l'esprit d'autrui, c'est-à-dire sa capacité à lire dans nos mots et nos gestes les signes de nos sentiments, de nos pensées et de nos intentions (Goffman, 1986).

C'est ainsi que l'**acte de référenciation** est considéré comme une production conjointe, travaillée entre partenaires de l'interaction, où chacun fait sa part de l'activité pour un résultat nécessitant l'action de l'autre (Searle, 1991). Néanmoins, le discours, en lui-même entrave parfois ce processus de référenciation qui n'est pas en correspondance avec le monde réel et ce malgré une certaine maîtrise du bien-dire. La référence est en ce sens un processus réalisé dans le discours et ne résultant pas d'une ontologie déjà donnée, mais de pratiques symboliques complexes qui, dans une dimension intersubjective, produisent l'illusion du monde objectif (Mondada et Dubois, 1995).

Il convient de se référer à Paul Grice qui estime en effet qu'il n'est de conversations possibles qu'à la condition que chacun des interlocuteurs se plie et soit supposé se plier à un principe élémentaire qui est un **principe de coopération** : « *Que votre contribution à la conversation soit, au moment où elle intervient, telle que le requiert l'objectif ou la direction acceptée de l'échange verbal dans lequel vous êtes engagé* » (Grice, 1979). La participation à une conversation supposerait déjà le respect de ce principe fondamental. Chaque interlocuteur attendrait des autres qu'ils contribuent de manière rationnelle et coopérative à la conversation afin de faciliter l'interprétation des énoncés. Ainsi, dans toute situation de communication, lorsque le destinataire qui tente tout naturellement de détecter une intention communicative à travers le discours qui lui est adressé, est en droit d'attendre que son partenaire suive ce principe et donc agisse de manière coopérative. De ce principe découlent

quatre catégories de **maximes conversationnelles**, appelées « super-maximes », supposées être respectées par les interlocuteurs (Grice, 1991).

L'extrait suivant provient de l'entretien d'annonce de monsieur Albert. Il permet de bien illustrer nos propos :

*M276: tout autour là, voilà, là c'est l'œdème et la cortisone elle vise à traiter l'œdème qu'y a tout autour et dernière chose c'est quand on descend un tout petit plus bas sur les coupes en pondération flair vous voyez qu'y a une zone qui est en hyper signal flair ici, et en fait je pense que c'est un...c'est **la tumeur** aussi juste dans la conformation spatiale **la tumeur** elle part du haut et elle descend, elle elle s'infiltré un petit peu vers le bas aussi dans la région qui est pariéto-occipitale, ce qui explique aussi que vous ayez des troubles de la sensibilité de votre côté gauche. Alors là ça capte pas le produit de contraste quand je vous ai montré les premières coupes où le blanc correspondait aux zones qui captent le produit qu'on injecte, cette région ici ne capte pas le produit de contraste*

Après avoir fait connaissance avec le patient, le médecin dépose sur la scène conversationnelle le référent « tumeur ». Pour ce faire, il utilise l'article défini « la » qui singularise particulièrement l'objet dont il parle (Ghiglione & Trognon, 1993). D'emblée, la tumeur est présentée comme responsable des troubles de la sensibilité dont souffre le patient. Cette tumeur est présentée sous une forme active et est pourvue d'une dynamique « elle part du haut et elle descend, elle elle s'infiltré » et intrusif « elle s'infiltré ». Cet énoncé ne provoque pas de réaction de la part du patient. Le médecin poursuit :

*M278: alors souvent quand ça capte pas ça veut dire que c'est un peu moins agressif, la tumeur elle est étendue dans le sens de la hauteur, y a des zones qui sont un petit peu plus agressives et des zones qui sont un petit moins agressives, voilà. Donc ça c'est la base, c'est ça qu'on a biopsié. Alors on a reçu les résultats par fax, je n'ai pas eu le pathologiste d'habitude j'aime bien en discuter avec lui mais je les ai pas eus, le pathologiste et la conclusion c'est **glioblastome**. Maintenant, je vous explique à quoi correspond **un glioblastome**, comment ça évolue si on fait pas de traitement, les différentes modalités de traitement possibles et puis ensuite je répondrai à vos questions si y a des choses que vous souhaitez qu'on précise. Alors, **glioblastome** ça confirme, en fait ça nous va bien en fait c'est corrélé, ça nous semble bien corrélé avec la présentation radiologique. Ça confirme que, un, **c'est bien une tumeur**, premier point, deuxième point que cette tumeur est **une tumeur primitive du cerveau**, c'est pas la métastase cérébrale d'un cancer que vous auriez ailleurs, c'est **une tumeur** qui s'est développée directement au niveau du cerveau deuxième point. Troisième point, est-ce qu'on sait*

*d'où est venue cette **tumeur** là ? Dans le cerveau y a (...) d'une part les cellules nerveuses qu'on appelle les neurones et tout autour des cellules nerveuses vous avez des cellules qu'on appelle des cellules gliales, je ne sais pas si vous en avez déjà entendu parler ?*

P278: non

Après avoir énoncé trois fois le mot « **agressif** » aussi bien dur à entendre phonétiquement que sémantiquement, c'est le nom de la maladie, « **glioblastome** » qui est délivré (notons au passage qu'il précise que ce diagnostic nous [l'équipe médicale] va bien ... Quand on sait le pronostic gravissime du glioblastome, il n'est pas sûr qu'il aille bien au patient). Dans un premier temps, rien ne précise à quoi ce terme se réfère. En effet, le médecin ne prononce pas « la tumeur est un glioblastome » ou « c'est un glioblastome », il dit « *et la conclusion c'est glioblastome* ». Il ne reliera ce terme que dans un second temps, de manière indirecte, en donnant des précisions quant à sa localisation et sa nature: « *c'est bien une tumeur* », « *tumeur primitive du cerveau* » ; « *c'est pas une métastase cérébrale d'un cancer que vous auriez ailleurs* » ; « *tumeur développée directement au niveau du cerveau* ». Puis, par une technique d'un auto-questionnement / réponse, le médecin explique l'origine de la tumeur (« *d'où est venue cette **tumeur-là** ?* »), tentant de faire participer le patient dans la suite de son argumentaire en le sollicitant par un acte directif « *vous en avez déjà entendu parler ?* ». Ce dernier, répondant négativement à cette question propositionnelle en oui/non, vient manifester son ignorance – ignorance pouvant faire défaut au processus d'intercompréhension – , conduit le médecin à préciser les informations transmises.

*M280: ça s'appelle la glie, peu importe. Donc dans le cerveau y a les neurones et autour des neurones y a d'autres cellules la tumeur...une tumeur c'est quoi ? C'est des cellules qui se multiplient sans contrôle, donc les cellules qui se sont multipliées pour votre tumeur ce ne sont pas les cellules nerveuses ce sont les cellules qui sont autour des cellules nerveuses, alors y a plusieurs types de cellules qui sont différentes autour des cellules nerveuses, y a un type de cellule qui s'appelle les astrocytes, présents dans tous les cerveaux, le vôtre le mien et quand les astrocytes prolifèrent la tumeur elle s'appelle un astrocytome. Donc astrocyte : cellule normalement présente dans le cerveau, ça se met à proliférer dans un endroit pour une raison dont on est complètement incapables d'expliquer, **la tumeur elle s'appelle un astrocytome** et les **astrocytomes** sont classés en grade d'agressivité croissante, 1,2,3,4, donc chez l'adulte y a pas de grade 1, l'adulte ça peut être 2,3 ou 4 et quand on dit **glioblastome**, c'est équivalent à **astrocytome de grade 4** alors je pense qu'y a plusieurs composantes dans **votre tumeur**, ce qu'on voit la partie là plus basse ça ça correspond plutôt à un **grade 2** sur la présentation radiologique et ce qu'y a au dessus ça correspond plutôt à un **grade 4** et quand on fait une conclusion sur le plan d'un prélèvement on conclut toujours avec ce qui est le plus agressif, puisque le traitement va découper de la partie... euh va découper de la partie la **plus***

agressive de la tumeur. Donc, un c'est bien une tumeur, deux c'est une tumeur primitive du cerveau, trois le point de départ c'est les cellules qu'on appelle les astrocytes et quatre en soi ça fait partie dans les astrocytomes des tumeurs les plus agressives, ça signifie quoi? Un grade 4 ça veut dire qu'il faut considérer la tumeur comme une tumeur cancéreuse, comme un cancer, alors, à ceci près, quand vous avez un cancer n'importe où dans l'organisme, les propriétés d'un cancer c'est que premièrement à l'endroit où ça se développe, ça tend à infiltrer les tissus où ça se développe et deuxième propriété, les cellules peuvent se détacher de la tumeur initiale et aller se fixer ailleurs. (...)

Le médecin procède alors à une description fine de la maladie, en nommant non plus seulement la maladie mais en précisant la nature de la tumeur elle-même (« astrocytome »). Il va même l'identifier comme une **propriété** du patient, parlant de « votre tumeur ». Le discours a une connotation de plus en plus sévère : la tumeur prend forme et a une consistance propre, possédant une partie « aggressive » (terme angoissant possédant une composante destructrice) qui relève du grade 4 sur une échelle de gravité allant de 1 à 4. Le tableau qui revêt un aspect de plus en plus sombre s'enrichit alors de la notion de « cancer », un terme dont on peut penser que le patient et son épouse comprennent la signification. Le médecin insiste sur l'évolutivité qu'il rattache à une composante intrusive (« ça se met à proliférer », « ça tend à s'infiltrer » pour aborder la question des traitements. En outre, par l'usage du « donc » le médecin procède à une récapitulation dont le but est la clarification et l'intégration des informations par le patient.

En somme, le discours est opératoire, dénué d'expression d'affect. Les uniques formes de modalisations sont rattachées au médecin lui-même comme lorsqu'il fait état de ses états d'âme : (...) *je n'ai pas eu le pathologiste d'habitude j'aime bien en discuter avec lui (...)*.

L'usage des Maximes de relation et de manière est enfreint

*M280 : {...} Quand on est confronté à des tumeurs cérébrales la problématique est surtout pour ne pas dire essentiellement, pour ne pas dire exclusivement celle d'une infiltration tout autour de l'endroit où on a constaté des choses, mais très exceptionnellement quasiment jamais hein, ça sort du cerveau, la problématique essentielle est celle du contrôle à l'endroit où se trouve la tumeur et pas trop de l'évolution métastatique c'est pas ça qui, qui nous préoccupe. **Le plus difficile pour nous, est de contrôler l'évolution de la tumeur à l'endroit où elle se développe, sous-entendu, qu'est-ce qu'il se passe si on fait pas de traitement ?** je vous dis c'est bien monsieur. vous repartez chez vous et c'est terminé, alors sans traitement en fait ça va s'étendre tout autour des images qu'on voit, donc là c'est la partie la plus basse*

P281: oui ça va grossir

M282: *ça va grossir progressivement* voyez là aussi et *ça va s'étendre* en fait l'œdème préfigure l'endroit, les endroits où la tumeur va s'étendre en l'absence de traitement. Les cellules tumorales ont tendance à se détacher de la masse tumorale initiale et à progresser tout doucement ou vers l'arrière vers l'avant, latéralement ou vers le bas. Le noyau tumoral le plus agressif il est là, le moins agressif il est un peu plus bas et dans tous les cas que ce soit la tumeur qui apparaît la moins agressive ou que ce soit la tumeur qui apparaît la plus agressive l'évolution spontanée se fait vers l'augmentation l'infiltration du cerveau tout autour par delà vers l'accentuation des symptômes vous risquez éventuellement de faire plus de crises d'épilepsie ou de majorer le déficit du membre supérieur ou du membre inférieur. Donc c'est l'évolution spontanée en l'absence de traitement.

On observe une **attitude locutoire du médecin qui enfreint la maxime de relation et de manière**. En effet, nous pouvons nous interroger sur la pertinence de la majeure partie de ce discours où la plupart des termes employés n'appartiennent pas à la communauté de parole du patient (*le flair, la glie, les astrocytes*), un raisonnement médical est soumis à un patient non concerné par la problématique exposée (*c'est pas ça qui, qui nous préoccupe*), où le médecin évoque *leurs* difficultés [i.e. celles des médecins] et où il met en exergue le caractère absolument indispensable de son intervention en la contrastant à l'issue fatale d'un laisser faire (*Donc c'est l'évolution spontanée en l'absence de traitement*). Pourtant, l'accomplissement de cette stratégie conduit à une co-référenciation : le patient reformule les propos du médecin, signant ainsi une adéquation, une intercompréhension sur le risque évolutif en l'absence de traitement. On observe ici un phénomène intéressant où après la description d'une évolution dramatique, le médecin atténue le propos du patient :

P281: oui ça va grossir

M282: ça va grossir progressivement (...)

Tout se passe comme si le médecin, assuré de l'intercompréhension de son partenaire, se permettait de modaliser son propos pour le rendre moins alarmiste. Il en va de même lorsqu'il s'agit du traitement.

*M5: ok au jour d'aujourd'hui le traitement standard, des glioblastomes, des astrocytomes de grade 4 repose sur une **association de radiothérapie et de chimiothérapie**.*

P3: les deux en même temps ?

***M6: les deux en même temps** et euh, en fait, la première étape c'est les deux en même temps et la deuxième étape c'est que la chimiothérapie. Ce traitement par chimiothérapie a la particularité d'être un traitement par la bouche, oral, donc c'est vous qui prendrez votre chimiothérapie, ça nécessite pas d'hospitalisation*

Ce n'est qu'après l'intervention du patient, que le médecin apporte des éléments qui pourraient avoir une consonance rassurante : « *ça nécessite pas d'hospitalisation* ».

Le médecin évoque le traitement spécifique dans le cas général des glioblastomes. Le patient va alors rebondir sur les propos du médecin, montrant qu'il est attentif, intéressé et surtout désireux d'avoir plus de précisions quant à un sujet qui le concerne en premier chef. Il semble ainsi s'approprier l'information transmise par le médecin et participe au contenu de ce dialogue autour d'un référent commun. L'extrait suivant montre bien ce processus d'intégration d'un contenu commun :

M326: donc premier temps radio chimiothérapie concomitantes, d'accord ?

P327: je fais les deux en même temps

M328: en même temps les 6 premières semaines, 6 semaines de chimiothérapie non stop, des gélules à prendre et, ça s'appelle le Temodal, c'est le nom de la chimiothérapie et les rayons du lundi au vendredi

Le médecin résume les informations transmises concernant le traitement et demande l'approbation du patient pour vérifier que ce dernier a bien intégré les informations. Le patient prouve alors qu'il a bien retenu les données, ce qui conduit le médecin à poursuivre son discours en repartant de la phrase du patient.

En revanche, à partir de l'extrait suivant nous constatons une inversion des rôles. C'est par un jeu de questions très précises que le patient enrichit la conversation d'informations primordiales sur les suites de la maladie et la conduite à tenir :

M292: donc pendant 6 semaines du lundi au vendredi vous allez faire la séance de radiothérapie et vous revenez chez vous après. Une séance par jour, 5 jours par semaine, pendant 6 semaines.

P293: faudra que je vienne tous les jours ici à Nancy ?

M294: non on fait au plus proche du domicile, sur Metz

P295: soi-disant à l'hôpital de Freyming, ils font aussi de la chimio je crois

M296: oui mais pas de rayon

P298: ah

M299: y a pas de radiothérapie, la radiothérapie la plus proche de chez vous c'est Metz

{...}

M322: hum c'est pas très important le plus important c'est les deux choses, c'est la fatigue c'est quand

*même un peu fatigant et c'est le cas échéant l'aggravation transitoire des symptômes mais c'est attendu on le sait et quand c'est le cas c'est habituellement réversible quand on augmente les doses de **cortisone**. D'accord ?*

P323: faut pas qu'après je finisse comme diabète

M324: alors il peut y avoir un diabète cortico-induit effectivement c'est une bonne remarque donc dans les prises de sang qu'on fait toutes les semaines on contrôle aussi la glycémie.

Le patient marque en P323 sa traduction du discours du médecin qui est immédiatement reçue favorablement et validée ; nous sommes dans une interaction maître / élève par cette remarque « *effectivement c'est une bonne remarque* ».

La séquence suivante illustre un phénomène de synchronie interactionnelle (Batt & Trognon, 2012) où le patient finit par adopter le même style interrogatoire que le praticien et vient exprimer lui-aussi une évaluation :

P334: par contre maintenant y a deux sortes de cancers voyez

M335: hum hum

P336: bénin et malin, alors moi finalement c'est quoi? c'est le malin que j'ai ?

Ainsi, l'implicature *introduite par un connecteur contre argumentatif* (« *par contre* ») en P334 traduirait « à présent, à moi de parler ». On observe un phénomène qui s'apparente à une contestation de compétences qui s'exprime à travers une référence à un savoir commun (« *bénin et malin, alors moi finalement c'est quoi?* »). A ce stade, le médecin est en droit de réaliser l'implicature selon laquelle le patient lui transmet implicitement « *épargnez-moi votre jargon* ». Le patient se réfère à un savoir vulgarisé, simple et à la portée de tous, notamment de lui-même, mais tel aussi que les sociétés savantes le médiatisent. Nous passons d'un jeu de dialogue informatif à une brusque divergence de points de vue qui a l'allure d'un début de débat de référenciation et d'une discussion sur le référent, ce qui change la nature du jeu de dialogue.

M337: je crois pas qu'il existe des cancers bénins vraiment, y a deux sortes de tumeurs, y a les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes, quand on dit cancer c'est d'emblée une tumeur maligne, là c'est une tumeur maligne c'est clair

P338: c'est malin

M339: c'est malin y a pas d'ambiguïté avec comme je vous le disais tout à l'heure, une malignité qui est surtout une malignité régionale à l'endroit où se trouve la tumeur et pas trop le problème du risque d'aller migrer à distance, de temps en temps on peut dans l'évolution une évolution vers

d'autres régions du cerveau c'est possible, c'est rare mais vraiment le plus souvent c'est le contrôle local à l'endroit où la tumeur se développe.

Le médecin tente de « reprendre le dessus » en resituant son point de vue par l'usage du *je* et en le soulignant ensuite par l'emploi du *on*, pronom opacificateur du discours. Il est probable que le but discursif du médecin est de faire comprendre au patient son erreur d'interprétation personnelle. Il conclut en ne laissant aucun doute : « *c'est clair* », ce que le patient intègre puisqu'il obtient par ce simple fait une réponse à la question posée précédemment au médecin.

Ce dernier va alors confirmer la compréhension du patient : « *c'est malin y a pas d'ambiguïté* ». Nous observons un *quibus* d'intercompréhension. S'il transmet de cette façon dans un premier temps l'information de manière brutale, le médecin va ensuite la modaliser en minimisant la gravité, ce qui traduit une prudence dans l'énonciation : « *une malignité qui est surtout une malignité régionale* ». Un tel renversement sémantique peut manifester un changement dans le contrat implicite entre le médecin et le patient. Par l'emploi de ce procédé, le médecin souhaite en effet amener le patient à accepter un diagnostic qu'il a jusqu'alors cherché à nier. Prenant conscience de la réalité, le malade va alors progressivement percevoir la nécessité de réexaminer ses projections futures.

Dans cet entretien, le médecin se positionne autour du diagnostic alors que le patient se centre sur le pronostic. Il y a une divergence des buts, reflétant les multiples facettes de l'activité de l'annonce selon la position des interlocuteurs. Plus précisément, l'annonce d'un état pathologique constitue pour le médecin le but discursif principal associé à celui de la présentation de la conduite à tenir et de ses risques. Le médecin est contraint juridiquement à informer le patient de manière exhaustive et n'a d'autres choix que celui de s'appuyer sur le savoir médical. Il s'agit là d'un langage opératif (Falzon, 1994), c'est-à-dire de l'utilisation d'un mécanisme de rationalisation spécifique à la profession.

M278: {...} Maintenant, je vous explique à quoi correspond un glioblastome, comment ça évolue si on fait pas de traitement, les différentes modalités de traitement possibles et puis ensuite je répondrai à vos questions si y a des choses que vous souhaitez qu'on précise. Alors, glioblastome ça confirme, en fait ça nous va bien en fait c'est corrélé, ça nous semble bien corrélé avec la présentation radiologique. Ça confirme que, un, c'est bien une tumeur; premier point, deuxième point que cette tumeur est une tumeur primitive du cerveau, c'est pas la métastase cérébrale d'un cancer que vous auriez ailleurs, c'est une tumeur qui s'est développée directement au niveau du cerveau deuxième point. Troisième point, est-ce qu'on sait d'où est venue cette tumeur-là ? Dans le cerveau y a d'une part (le téléphone sonne), oh on laisse sonner, d'une part les cellules nerveuses qu'on appelle les neurones et tout autour des cellules nerveuses vous avez des cellules qu'on appelle

des cellules gliales, je ne sais pas si vous en avez déjà entendu parler ?

P279: non

*M280: ça s'appelle la glie, peu importe. Donc dans le cerveau y a les neurones et autour des neurones y a d'autres cellules la tumeur...**une tumeur c'est quoi ?** C'est des cellules qui se multiplient sans contrôle, donc les cellules qui se sont multipliées pour votre tumeur ce ne sont pas les cellules nerveuses ce sont les cellules qui sont autour des cellules nerveuses, alors y a plusieurs types de cellules qui sont différentes autour des cellules nerveuses, y a un type de cellule qui s'appelle les astrocytes, présents dans tous les cerveaux, le vôtre le mien et quand les astrocytes prolifèrent la tumeur elle s'appelle un astrocytome. Donc astrocyte : cellule normalement présente dans le cerveau, ça se met à proliférer dans un endroit pour une raison dont on est complètement incapables d'expliquer, la tumeur elle s'appelle un astrocytome et les astrocytomes sont classés en grade d'agressivité croissante, 1,2,3,4, donc chez l'adulte y a pas de grade 1, l'adulte ça peut être 2,3 ou 4 et quand on dit glioblastome, c'est équivalent à astrocytome de grade 4 alors je pense qu'y a plusieurs composantes dans votre tumeur, ce qu'on voit la partie là plus basse ça ça correspond plutôt à un grade 2 sur la présentation radiologique et ce qu'y a au dessus ça correspond plutôt à un grade 4 et quand on fait une conclusion sur le plan d'un prélèvement on conclut toujours avec ce qui est le plus agressif, puisque le traitement va découler de la partie... euh va découler de la partie la plus agressive de la tumeur. Donc, un c'est bien une tumeur, deux c'est une tumeur primitive du cerveau, trois le point de départ c'est les cellules qu'on appelle les astrocytes et quatre en soi **ça fait partie dans les astrocytomes des tumeurs les plus agressives, ça signifie quoi?** Un grade 4 ça veut dire qu'il faut considérer la tumeur comme une tumeur cancéreuse, comme un cancer, alors, à ceci près, quand vous avez un cancer n'importe où dans l'organisme, les propriétés d'un cancer c'est que premièrement à l'endroit où ça se développe, ça tend à infiltrer les tissus où ça se développe et deuxième propriété, les cellules peuvent se détacher de la tumeur initiale et aller se fixer ailleurs. Quand on est confronté à des tumeurs cérébrales la problématique est surtout pour ne pas dire essentiellement, pour ne pas dire exclusivement celle d'une infiltration tout autour de l'endroit où on a constaté des choses, mais très exceptionnellement quasiment jamais hein, ça sort du cerveau, la problématique essentielle est celle du contrôle à l'endroit où se trouve la tumeur et pas trop de l'évolution métastatique c'est pas ça qui, qui nous préoccupe. Le plus difficile pour nous, est de contrôler l'évolution de la tumeur à l'endroit où elle se développe, sous-entendu, **qu'est-ce qu'il se passe si on fait pas de traitement ?** je vous dis c'est bien M.J. vous repartez chez vous et c'est terminé, alors sans traitement en fait ça va s'étendre tout autour des images qu'on voit, donc là c'est la partie la plus basse*

P281: oui ça va grossir

M282: ça va grossir progressivement voyez là aussi et ça va s'étendre en fait l'œdème préfigure l'endroit, les endroits où la tumeur va s'étendre en l'absence de traitement. Les cellules tumorales ont tendance à se détacher de la masse tumorale initiale et à progresser tout doucement ou vers l'arrière vers l'avant, latéralement ou vers le bas. Le noyau tumoral le plus agressif il est là, le moins agressif il est un peu plus bas et dans tous les cas que ce soit la tumeur qui apparaît la moins agressive ou que ce soit la tumeur qui apparaît la plus agressive l'évolution spontanée se fait vers l'augmentation l'infiltration du cerveau tout autour par delà vers l'accentuation des symptômes vous risquez éventuellement de faire plus de crises d'épilepsie ou de majorer le déficit du membre supérieur ou du membre inférieur. Donc c'est l'évolution spontanée en l'absence de traitement.

Pour fournir les informations au patient, le médecin va procéder de manière très structurée, en suivant un plan détaillé (« *Maintenant, je vous explique à quoi correspond un glioblastome, comment ça évolue si on fait pas de traitement, les différentes modalités de traitement possibles et puis ensuite je répondrai à vos questions* »). Il décrit les résultats de la même façon : « *premier point* », « *deuxième point* », « *troisième point* ». Tel un professeur s'adressant à ses étudiants, le médecin débute un exposé **en s'appuyant sur l'imagerie pour illustrer ses propos**. Il procède par un système de questions – réponses sans solliciter directement le patient : « *une tumeur c'est quoi ?* », « *ça fait partie dans les astrocytomes des tumeurs les plus agressives, ça signifie quoi?* », « *qu'est-ce qu'il se passe si on fait pas de traitement ?* ».

En procédant ainsi le médecin ne semble pas respecter les maximes de quantité et de manière, chargeant le discours d'un vocabulaire nébuleux. Si le patient s'autorise à intervenir pour manifester son effort de compréhension – et sa présence ? – en tentant de traduire le discours médical (« *oui ça va grossir* »), il va rapidement cesser de parler, sans doute « *noyé* » par les termes effrayants prononcés en masse par le médecin. Là-aussi les maximes, cette fois-ci de pertinence et de qualité, semblent enfreintes.

M284: *deuxième étape maintenant qu'on sait ce que c'est, on sait comment ça évolue, comment pratiquement ou qu'est-ce que pratiquement on peut vous proposer ? Alors on est dans une période de transition où on traite pas les patients encore comme on les traitait y a 5 ans c'est vraiment y a pas pour toutes les tumeurs y a pas autant de changement. Pour cette entité tumorale là on est dans une période vraiment où on est en train de changer les stratégies de traitement. Alors, au jour d'aujourd'hui... ça va ?*

P285: *oh oui pour l'instant oui oui*

M286: *ok au jour d'aujourd'hui le traitement standard, des glioblastomes, des astrocytomes de grade 4 repose sur une association de radiothérapie et de chimiothérapie.*

P287: *les deux en même temps ?*

M288: *les deux en même temps et euh, en fait, la première étape c'est les deux en même temps et la deuxième étape c'est que la chimiothérapie. Ce traitement par chimiothérapie a la particularité d'être un traitement par la bouche, oral, donc c'est vous qui prendrez votre chimiothérapie, ça nécessite pas d'hospitalisation*

P289: *oui*

M290: *alors la première partie c'est radiothérapie plus chimiothérapie, ça s'étale sur 6 semaines, 6 semaines. Les rayons se font une fois par jour, 5 jours par semaine, du lundi au vendredi, il n'y a pas de rayons le samedi et le dimanche*

P291: *oui*

M292: *donc pendant 6 semaines du lundi au vendredi vous allez faire la séance de radiothérapie et vous revenez chez vous après. Une séance par jour, 5 jours par semaine, pendant 6 semaines.*

P293: *faudra que je vienne tous les jours ici à Nancy ?*

M294: *non on fait au plus proche du domicile, sur Metz*

P295: *soi disant à l'hôpital de Freyming, ils font aussi de la chimio je crois*

M296: *oui mais pas de rayon*

C297: *ah*

P298: *ah*

M299: *y a pas de radiothérapie, la radiothérapie la plus proche de chez vous c'est Metz*

P300: *du moment que je suis à la maison tous les jours*

M301: *y a pas de souci mais ça vous obligera à faire le trajet à Metz tous les jours*

P302: *l'hospitalisation, 8 jours c'est...*

En produisant des tours de parole plus courts et en sollicitant davantage le patient, le médecin offre à ce dernier la possibilité d'interagir plus souvent et d'exprimer ainsi ses interrogations, ses croyances et ses souhaits en tenant compte de la situation qu'il s'approprie progressivement au fur et à mesure que l'échange autour de la référence se développe. Lorsque le médecin respecte la maxime de manière, le sujet malade n'assiste pas passivement à une présentation déshumanisée de sa situation clinique. Seront ainsi abordés les traitements, en l'occurrence la place de la **radiothérapie** et celle de la **chimiothérapie** dans le parcours thérapeutique habituel du Glioblastome (M286). Le respect des principes conversationnels permet au patient d'exister dans la relation et au médecin d'obtenir une compliance de son malade en tenant compte de ses désirs : « *du moment que je suis à la maison tous les jours* ». Il semble donc prêt à subir ces traitements si le médecin parvient à respecter son souhait d'être à domicile le plus souvent possible. La relation entre le médecin et le patient semble donc bien instaurée et le professionnel sait capter l'attention du patient sans l'anéantir.

M308: d'accord ? Alors globalement la chimiothérapie elle est plutôt bien tolérée, ça peut donner au début des sensations de nausée, vomissement c'est vraiment très très rare et de toute façon nous vous donnons un traitement pour empêcher ces nausées ou ces vomissements.

P309: est-ce que j'ai droit à mon verre de vin en mangeant ?

M310: oui tout à fait y a aucune restriction

I311: la chimio y faut la prendre à distance des repas en fait y faut que ce soit entre deux repas parce qu'il peut y avoir des interactions avec les aliments

P312: oui moi du moment que je peux

M313: en dehors du fait que vous le prenez, vous prenez le médicament vous restez à jeun une heure avant une heure après mais en dehors de ça vous mangez et vous buvez ce que vous voulez.

Donc, la chimiothérapie effets secondaires éventuellement les nausées mais normalement y a pas de souci, c'est pas majeur, c'est rarement inquiétant on arrive toujours à les contrôler, comme toutes les chimiothérapies ça peut quand même faire chuter les globules rouges, les globules blancs, les plaquettes donc les recommandations c'est de faire une prise de sang par semaine, on vous fera les ordonnances aussi, y a d'autres effets secondaires beaucoup plus rares, des éruptions cutanées par exemple, y a des anomalies au niveau du foie, donc dans la prise de sang on va contrôler le foie aussi c'est...

P314: voir si j'ai des gamma GT ? (rire)

Dans cet extrait nous pouvons constater que le respect des maximes de quantité et de qualité permet là-aussi au patient de poser une question « *est-ce que j'ai droit à mon verre de vin en mangeant* », d'exprimer une condition à l'acceptation du traitement « *oui moi du moment que je peux* » et même de plaisanter « *voir si j'ai des gamma GT ? (rire)* ».

M322: hum c'est pas très important le plus important c'est les deux choses, c'est la fatigue c'est quand même un peu fatigant et c'est le cas échéant l'aggravation transitoire des symptômes mais c'est attendu on le sait et quand c'est le cas c'est habituellement réversible quand on augmente les doses de cortisone. D'accord ?

P323: faut pas qu'après je finisse comme diabète

M324: alors il peut y avoir un diabète cortico-induit effectivement c'est une bonne remarque donc dans les prises de sang qu'on fait toutes les semaines on contrôle aussi la glycémie.

C325: oui

M326: donc premier temps radio chimiothérapie concomitantes, d'accord ?

P327: je fais les deux en même temps

Ce passage nous montre ainsi qu'en ayant respecté progressivement les principes conversationnels, le médecin a réussi à maintenir le niveau d'engagement et d'écoute de son malade. En reformulant les propos du patient et en gratifiant son patient, il lui reconnaît une place d'interlocuteur – acteur dans la conversation, ce qui conduit à une réelle adhésion et synchronisation.

IV – L'ANNONCE : LA RENCONTRE DE DEUX UNIVERS LANGAGIERS

Fréquence des termes en lien avec la maladie
par consultation (annonce / post-annonce) pour chaque patient

1 : CONSULTATION D'ANNONCE

2 : CONSULTATION POST ANNONCE IDE / PERSONNE DE CONFIANCE

3 : CONSULTATION POST ANNONCE IDE / PATIENT

4 : CONSULTATION POST ANNONCE PSY / PATIENT

5 : CONSULTATION POST ANNONCE PSY / PERSONNE DE CONFIANCE

TERMES EN LIEN AVEC LA MALADIE		1 Entretien annonce	2 et 3 Reprise IDE	4 et 5 Reprise psy
MASSE	ALBERT	2	2	1
	BERTRAND	1	0	0
	CLAUDE	0	0	0
	DURAND	0	0	0
TUMEUR	ALBERT	55	3	8
		52	4	7

	BERTRAND			
	CLAUDE	11	3	5
	DURAND	19	6	8
LESION	ALBERT	8	0	0
	BERTRAND	2	2	0
	CLAUDE	19	7	1
	DURAND	6	1	6
CANCER	ALBERT	5	0	0
	BERTRAND	8	1	3
	CLAUDE	0	0	0
	DURAND	1	0	2
		6	0	0

GLIOBLASTOME	ALBERT			
	BERTRAND	5	0	0
	CLAUDE	0	0	0
	DURAND	0	0	0
GLIOME	ALBERT	1	0	0
	BERTRAND	0	0	0
	CLAUDE	0	0	0
	DURAND	0	0	0
MALIN	ALBERT	6	2	3
	BERTRAND	9	2	6
	CLAUDE	5	0	0
		4	3	0

	DURAND			
--	--------	--	--	--

TERMES EN LIEN AVEC LES TRAITEMENTS		1 Entretien annonce	2 et 3 Reprise IDE	4 et 5 Reprise psy	TOTAL
CHIRURGIE	ALBERT	7	3	0	10
	BERTRAND	0	0	0	0
	CLAUDE	3	1	0	4
	DURAND	2	1	0	3
RADIOTHERAPIE	ALBERT	30	8	0	38
	BERTRAND	23	16	7	48
	CLAUDE	25	4	6	35
	DURAND	66	22	2	90
	ALBERT	21	0	3	24

RAYON					
	BERTRAND	20	0	1	21
	CLAUDE	6	2	0	8
	DURAND	16	5	3	24
CHIMIOThERAPIE	ALBERT	22	2	6	30
	BERTRAND	40	32	16	88
	CLAUDE	17	2	2	21
	DURAND	53	6	9	68

		ALBERT	BERTRAND	CLAUDE	DURAND
MALADIE	<i>Masse</i>	$P(m,e)$	$S(m,i)$	0	0
	<i>Tumeur</i>	$P(m,f,p,i,e)$	$P(m,p,i,e)$	$P(m, \psi,p,i,e)$	$P(m,p,i, \psi,f)$
	<i>Lésion</i>	$S(m)$	$S(m)$	$P(m,i,e)$	$P(m, \psi,f,p)$
	<i>Cancer</i>	$S(m)$	$P(m,p,e)$	$P(m,p,e)$	$P(e,p, \psi)$
	<i>Glioblastome</i>	$S(m)$	$S(m)$	$S(m)$	0
	<i>Malin</i>	$P(m,e)$	$P(m,p,i,e)$	$P(m,p)$	$P(m,f,i,p)$
TRAITEMENTS	<i>Chirurgie</i>	$S(m,i)$	0	$S(m)$	$S(m,i)$
	<i>Radiothérapie</i>	$S(m,i)$	$P(m, \psi,p,i,e)$	$P(m,e,i, \psi)$	$P(m,p,f,i, \psi)$
	<i>Rayon</i>	$P(m,e)$	$P(m,p)$	$S(m,i)$	$P(m,i, \psi,p)$
	<i>Chimiothérapie</i>	$P(m,f, \psi,p,i)$	$P(m,p,i, \psi,e)$	$P(m,e,i, \psi,p)$	$P(m,p,e,f,i, \psi)$

P : partagé

S : soignant

0 : non énoncé

Par ce tableau nous pouvons constater que les termes partagés pour aborder la maladie sont ceux de **tumeur** et de **malin**. Ils sont donc universels et traversent à la fois le monde patient et le monde soignant. Dans sa définition classique (Larousse), la tumeur est un « *processus pathologique où la prolifération exagérée des cellules aboutit à une surproduction tissulaire qui persiste et a tendance à s'accroître* ». Nous pouvons donc aisément comprendre que l'usage de ce terme apparaît trop imprécis pour qualifier la maladie dont souffre le patient, puisque cette prolifération peut en l'occurrence ne pas être cancéreuse. Cette confusion constitue une brèche salvatrice pour le patient qui peut user de cette ambiguïté pour supporter la réalité. Sur un plan médical, la distinction se fera entre « *tumeur primitive* », c'est-à-dire touchant directement l'organe concerné, et « *tumeur secondaire* » qui caractérisera la métastase. Dire alors au patient qu'il souffre d'une tumeur primitive serait sur le plan médical adapté mais certainement pas adaptatif quant au patient et sa capacité à comprendre le sens de ces termes. Il apparaît donc essentiel que le terme de tumeur soit complété par d'autres termes plus signifiants tels

que « *cancéreuse* » ou « *maligne* ». Nous constatons d'ailleurs que ce dernier terme est également partagé, ce qui alors ne devrait pas poser de difficulté aux professionnels concernant son usage.

A l'inverse, le terme « *glioblastome* » est le seul à rester du côté soignant dans les 20 entretiens, sachant qu'il n'apparaît même pas dans la situation de monsieur Bertrand. Sans doute trop spécifique, il ne s'imprègne pas dans le discours « profane ». Nous pouvons alors nous interroger sur la pertinence de son apparition dans ce temps initial.

Concernant les termes ayant trait au traitement, seul celui de **chimiothérapie** est universel. Il semble même surreprésenté dans le discours patient, ce qui démontre le caractère anxiogène de ce terme, sans doute porté par le poids des représentations sociales qui y sont liées. Il est d'ailleurs intéressant de relever le degré de familiarité de ce terme marqué par l'usage courant du diminutif « *chimio* » pour aborder ce traitement. A l'inverse, le terme de **radiothérapie** est moins présent dans le discours patient, n'étant même pas prononcé par monsieur Albert ou ses proches lors des entretiens. Il est en effet surreprésenté dans le discours soignant, laissant penser que ce traitement spécifique serait davantage anxiogène pour les soignants que les patients eux-mêmes ! Sans doute moins marquée socialement car souvent moins visible quant aux effets qu'elle produit sur le corps, la radiothérapie ne provoque pas les mêmes réactions d'appréhension chez les patients et leurs proches. Enfin, la chirurgie reste du côté soignant lorsqu'elle apparaît dans le discours, très certainement car elle ne correspond pas au standard thérapeutique dans ce genre de tumeur cérébrale. Il faut donc au final en questionner sa pertinence. Ainsi, les mondes lexicaux sont à prendre en considération en privilégiant les termes partagés et partir de ces derniers pour créer, avec le patient, un monde commun partageable et communicable. Plutôt que de pointer le manque d'apprentissage aux techniques communication chez les médecins, sans doute faut-il privilégier une familiarisation avec ces règles de communication.

V – L'ANNONCE : ENTRE SUBJECTIVATION ET OPACIFICATION DU DISCOURS MEDICAL

Répartition des pronoms personnels en fonction de la masse discursive
dans la consultation d'annonce

		% JE	% ON	% NOUS	% VOUS
ALBERT	Médecin	1,25	2,85	0,29	2,17
	Patient	2,27	2,73	0	1,82
BERTRAND	Médecin	1,32	1,80	0,27	2,89
	Patient	7,13	0,53	0,10	0,24
CLAUDE	Médecin	1,23	2,64	0,03	2,21
	Patient	8,97	0,72	0,24	1,67
DURAND	Médecin	1,10	2,84	0,11	2,67
	Patient	6,02	0,18	0	0,73

Il apparaît que le médecin fait beaucoup moins usage du *je* dans les entretiens que le patient. Nous pourrions dire que son implication personnelle est bien moindre que celle du patient. Cependant, en regardant plus finement le mode de communication, nous constatons que le médecin va utiliser le *je* pour dresser le cadre relationnel, marquer son investissement en tant que personne et tenter ainsi de construire une relation transféro-contre-transférentielle positive.

Exemple :

Consultation d'annonce **monsieur Albert** :

M104: Alors en fait comme on le voit le résidu c'est une zone qui capte le produit de contraste donc là c'est avant l'injection et après, pour l'instant, ce sont les mêmes coupes, hein, y a pas de différence, donc on va niveau par niveau, voilà je vous montre progressivement avant et après...hop... je redécouvre, hein, je regarde avec vous cette, cette imagerie post-opératoire, en fait ça m'semble pas mal hein, il n'y a pas de ...

Consultation d'annonce **monsieur Bertrand** :

M262: c'est pour ça que je vous ai reposé les questions parce que tant que vous n'avez pas entendu

les gens raconter l'histoire c'est difficile de de bien comprendre mais là j'ai parfaitement bien compris l'histoire de votre maladie pour arriver jusqu'à aujourd'hui

Consultation d'annonce **monsieur Claude** :

M183 : j'ai connu une femme qui venait du Jura alors le vin jaune j'connais bien c'est vrai qu'c'est excellent

Consultation d'annonce **monsieur Durand** :

M250 : alors dans tous les cas la radiothérapie où il la fait peu importe après moi je le revois en fin de radiothérapie avec une imagerie de contrôle et après c'est tous les deux mois donc ça ne change pas je reste son médecin référent

En revanche, le médecin va bien plus utiliser le *on* que le patient. Il vient ainsi opacifier son discours via un processus d'affiliation lui permettant de justifier son point de vue et renforcer une décision.

Exemple :

Consultation d'annonce **monsieur Albert** :

M12 : donc 16 mars c'est l'IRM préopératoire et ça c'est le scanner pré-opératoire donc en fait on partait de là quand vous avez été hospitalisé effectivement on a découvert cette masse, cette masse c'est un terme général, ça préjuge pas de l'origine quand on dit ça, qui est située là vous imaginez que vous êtes couché sur le dos

Consultation d'annonce **monsieur Bertrand** :

M278: alors souvent quand ça capte pas ça veut dire que c'est un peu moins agressif, la tumeur elle est étendue dans le sens de la hauteur, y a des zones qui sont un petit peu plus agressives et des zones qui sont un petit moins agressives, voilà. Donc ça c'est la base, c'est ça qu'on a biopsié.

Consultation d'annonce **monsieur Claude** :

M229 : pour savoir ce que c'était hein ce qui expliquait pourquoi vous aviez des problèmes pour parler vous aviez un peu le côté gauche pourquoi il était un peu ralenti donc la biopsie s'est bien passée... hein y'a pas eu de problèmes particuliers on a ramené du tissu pathologique et ça a pu on a pu répondre donc y s'agit bien d'une tumeur d'accord ?...

Consultation d'annonce **monsieur Durand** :

*M49: en d'autres termes, si **on** avait pu opérer la lésion, là **on** n'a pas pu opérer parce qu'elle est pas dans des zones faciles d'accès hein si **on** avait tenté d'opérer y a des chances qu'**on** vous ait entièrement paralysé...*

Ce pronom permet également au médecin, par un mécanisme de projection – défensive ? – de créer une certaine proximité avec le patient :

Exemple :

Consultation d'annonce **monsieur Albert** :

*M10 : des fois oui c'est un scanner ou une IRM, Ok, **on** va regarder d'accord, donc ça vous avez été opéré c'était ?*

Consultation d'annonce **monsieur Bertrand** :

*M61: {...} la dernière chose après je vous embête plus et **on** revient directement sur ce qui nous intéresse, c'est votre poids et votre taille*

Consultation d'annonce **monsieur Claude** :

*M149 : dans six mois **on** pourra p't'être se retrouver*

Consultation d'annonce **monsieur Durand** :

*M296 : {...} pendant la radiothérapie c'est pas toujours évident qu'**on** soit barbouillé donc ce sera à voir si y'a à prendre un cachet ou pas*

VI – L'ANNONCE : AU-DELA DES MOTS

S'il est aujourd'hui admis qu'il n'existe pas une bonne façon d'annoncer une mauvaise nouvelle, nous savons cependant qu'il en existe des moins bonnes que d'autres. En ce sens, s'appuyer sur l'imagerie pour expliquer au patient et à ses proches quelles sont les caractéristiques de la maladie à présent nommée permet au patient de se représenter plus précisément de quoi il souffre et ainsi de prendre conscience de son état. La tumeur cérébrale touchant un organe qui ne ressent pas sa douleur, bien souvent les patients ne peuvent d'emblée admettre une telle réalité et le fait alors de voir permet cette appropriation psychique du mal. Tel Saint-Thomas pour qui il faut voir pour le croire, le patient et son entourage ont besoin que le médecin parte de se support visuel pour mieux appréhender la réalité.

Exemple :

Consultation d'annonce **monsieur Albert** :

M1 : juste pour qu'on sache de quoi on parle, euh, ça c'est l'IRM, je regarde la date, voilà, je vais vous mettre les deux d'ailleurs... Vous aviez revu les images non ?

(...)

M26: et on voit cette image anormale qui capte le produit de contraste qu'on voit en blanc, en fait c'est le produit qu'on a injecté qui se fixe

F27 : d'accord

M28: normalement voyez dans un cerveau normal ça se fixe pas

Consultation d'annonce **monsieur Bertrand** :

M266: (...) Alors je reviens juste et pour pas qu'on parle dans le vide sur l'image qui a été biopsiée que voilà, hein donc vous avez vu, là vous imaginez que vous êtes couché sur le dos

P267: hum hum

M268: que les jambes sont vers le mur là et que vous regardez en haut, donc là c'est la droite et là c'est la gauche vous êtes allongé comme ça

C269: ah oui

M270: d'accord ? Donc la lésion elle est située vraiment dans la région frontale nous ce qu'on appelle la région centrale juste en avant du sillon central c'est la zone qui va commander la motricité et surtout la motricité du membre supérieur donc c'est pas pour nous étonner que vous ayez un déficit sur le membre supérieur dans cette topographie ici excusez moi je vois pas très très bien, donc la

lésion elle est là sur plusieurs coupes alors voilà je montre progressivement là là là là et là, d'accord ?

P271: hum hum

M272: donc c'est tout ce qui y a en blanc sur les coupes ici on a l'impression que ça fait plusieurs mais c'est la même image

C273: hum hum

M274: les prises de contraste qui sont un petit peu hétérogènes mais y a une seule image qui se trouve ici. Et la deuxième chose c'était j'avais voulu vous montrer; c'est ça, c'est qu'on appelle les coupes nous flair donc vous voyez que c'est qu'y a en plus sombre c'est ce qu'on voyait tout à l'heure et que tout autour y a de l'œdème lui aussi participe à l'impotence que vous avez

C275: ah oui

M276: tout autour là, voilà, là c'est l'œdème et la cortisone elle vise à traiter l'œdème qu'y a tout autour et dernière chose c'est quand on descend un tout petit plus bas sur les coupes en pondération flair vous voyez qu'y a une zone qui est en hyper signal flair ici, et en fait je pense que c'est un...c'est la tumeur aussi juste dans la conformation spatiale la tumeur elle part du haut et elle descend, elle elle s'infiltré un petit peu vers le bas aussi dans la région qui est pariéto-occipitale, ce qui explique aussi que vous ayez des troubles de la sensibilité de votre côté gauche. Alors là ça capte pas le produit de contraste quand je vous ai montré les premières coupes où le blanc correspondait aux zones qui captent le produit qu'on injecte, cette région ici ne capte pas le produit de contraste

C277: ah oui

VIII – L'ANNONCE : UNE AFFAIRE DE SOIGNANT ?

Le dispositif d'annonce de 2004 proposait déjà qu'une infirmière assiste à la consultation d'annonce. Son rôle était principalement d'être à l'écoute des termes employés par le médecin, le patient et son entourage, d'observer les réactions et les comportements afin de percevoir les ressources de chacun. Progressivement, en devenant officiellement une infirmière référente, elle est venue prendre une place considérable auprès du médecin dans ces consultations d'annonce. En outre, ses missions se sont même développées au-delà de la consultation médicale en réalisant, à distance de ce temps initial, une rencontre paramédicale permettant de répondre aux diverses interrogations du patient et de ses proches. C'est en effet ce que nous souhaitons mettre en évidence dans notre travail et avons pu démontrer tout l'intérêt perçu par les patients et l'entourage quant à cette rencontre soignante.

Exemple :

Consultation post-annonce IDE / patient **monsieur Albert** :

I43 : d'accord, d'accord, et alors par rapport à cette première consultation, le fait de revenir aujourd'hui, pour vous ça vous semble bien, ça vous semble trop ?

P44 : non, ça va

I45 : vous avez pu exprimer des choses ?

P46 : oui, ben vous verrez je suis assez participatif...

I47 : hum m

P48 : dans tous les domaines j'ai toujours été participatif, même au poste à l'époque... mais bon pff fou ouais... c'est jamais négatif jamais....(silence)

Consultation post-annonce Psy / Epouse **monsieur Bertrand** :

Ψ21 : qu'est-ce que vous avez comme question à poser au médecin par exemple ?

E21 : à l'instant rien

Ψ22 : non

E22 : je crois qu'il faut laisser un peu de temps

Consultation post-annonce IDE / Patient **monsieur Claude** :

I79 : hum hum... et euh quoi d'autre attendez je revérifie juste non c'est pas ça est-ce que j'ai pris ma fiche euh est-ce que vous trouvez que l'entretien qu'on a eu là après vos consultations d'annonce est quelque chose de plutôt positif de quelque chose d'utile est-ce qu'on est-ce que je vous ai donné des informations qui vous ont servi tout à l'heure ou

P80 : bien sûr

I81 : oui

P82 : mais bon dans le temps psychique je suis quand même incertain un petit peu restreint moi dans

Consultation post-annonce IDE / Epouse-Fille **monsieur Durand** :

F192 : Et après on revient après ou pas

I193 : Ben vous reviendrez pour la consultation nan y'a pas de

F194 : Oui mais après oui on se revoit plus

I195 : Pas pour nous non nous c'est une fois après l'annonce qu'on puisse rediscuter un petit peu

F196 : Ben c'est bien de faire ça

E197 : Mh

I198 : Bah nous en fait nous au départ nous c'est un travail qu'on a mis en place avec euh un autre médecin que monsieur X et monsieur X a accepté gentiment de participer à ce projet et c'est vrai que pour nous on se dit que ça pourrait être intéressant de reprendre avec toutes les personnes après fin que ça devienne une façon de travailler à terme en fait

F199 : Oui

I200 : Donc pour le moment c'est un petit peu on propose on le fait pas avec tout le monde on propose je pense qu'on va le faire avec une 20aine ou 30aine de patients pour voir un peu ce que les personnes nous disent et euh en analyser des choses pour mettre des choses en place par la suite nous on aimerait bien mais c'est vrai je pense que c'est important de pouvoir rediscuter un petit peu se poser des questions

E201 : Mh rediscuter un petit peu

I202 : Et pi de créer un lien

E203 : Parce que sur le coup quand on nous annonce comme ça... ça vient pas ça

I204 : Bah oui oui c'est sur hein je pense qu'on est beaucoup le coté émotionnel prend clairement le dessus

F205 : Oui oui

E206 : Mh

Si l'infirmière a pour fonction d'accompagner le médecin dans le processus d'annonce de diagnostic, nous avons pu mettre en évidence son rôle auprès du patient. En effet, elle va faciliter la compréhension du patient durant la consultation en étant parfois traductrice d'un langage trop médical en un langage plus simple ou en apportant une réponse plus précise.

Exemple :

Consultation d'annonce **monsieur Albert** :

F239 : y a pas un régime particulier par rapport aux médicaments justement ? euh ...

M240: non parce que là vous avez été opéré, la cortisone que vous avez eue avant l'opération on va l'arrêter d'façon progressive euh, bon on n'a pas de précaution alimentaire en particulier spécifique

I241: pendant les doses plus fortes de cortisone y a le régime hyposalé qui est souvent mis en place à l'hôpital mais à la maison, y faut pas mettre beaucoup de sel

Consultation d'annonce **monsieur Bertrand** :

P309: est-ce que j'ai droit à mon verre de vin en mangeant ?

M310: oui tout à fait y a aucune restriction

I311: la chimio y faut la prendre à distance des repas en fait y faut que ce soit entre deux repas parce qu'il peut y avoir des interactions avec les aliments

P312: oui moi du moment que je peux

Elle va également à certains moments représenter le patient lui-même, étant en quelque sorte son porte-parole.

Exemple :

Consultation d'annonce **monsieur Bertrand** :

*I360: je vais la chercher si tu veux et sinon y avait aussi le carnet de santé est ce que, **monsieur Bertrand se demandait s'il fallait noter comme il a de grands antécédents...***

M361: si vous vous le souhaitez je veux bien vous le noter y a vraiment aucun souci

P362: ah oui comme ça si jamais y a un médecin qui me demande ce que vous avez

P532 : si je reprends des patchs après j'ai tendance à alors pour l'instant ça fait trois jours que j'ai pas touché au nicopatch alors j'touche pas

M533 : hum hum

P534 : mais c'est dur c'est comme la cigarette c'est pareil hein j'crois que c'est même pire

I535 : on se demandait si... monsieur Bertrand disait qu'il avait mal aux poumons ...

P536 : ouais je suis vite essoufflé

M537 : hum hum

IX – L'ANNONCE : UNE HISTOIRE DE FAMILLE

Les patients ont tous mis en avant le fait que la présence de leur proches lors de la consultation d'annonce était largement souhaité, nécessaire et ce, pour plusieurs raisons.

Il apparaît une inévitable culpabilité chez le patient vis-à-vis de ses proches qui l'amène alors à exprimer une souffrance et un devoir de réagir pour les protéger.

Exemple :

Consultation post-annonce Psy / Patient **monsieur Albert** :

P342 Ah oui hein ! En plus je sens bien que si je remonte le moral, c'est (...5'') c'est mon épouse qui suit (voix tremblante)

Nous observons par ailleurs très souvent une idéalisation de l'autre, comme cela est souvent le cas dans le processus de deuil et qui est lié à un sentiment de culpabilité non dépassé.

Exemple :

Consultation post-annonce Psy / Patient **monsieur Bertrand** :

P124: à la maison j'ai une femme en or, elle est, c'est comme les gens qui fument qui arrêtent de fumer, moi j'avais du tabac à chiquer , c'est pire que la cigarette, parce que j'faisais des injections directes, le tabac à chiquer tu mets ça dans la gencive, c'est une injection de nicotine directe qui rentre en d'ssous la langue, ça fait maintenant depuis que j'ai été opéré que j'y ai pas touché et moi j'ai une femme en or, elle me, elle me soutient beaucoup

La présence de l'entourage est souhaité par le patient mais là-aussi, ce souhait le fait culpabiliser car il voit dans la présence de l'autre la seule façon de gérer l'angoisse ressenti en cet instant. L'ambivalence entre le désir de protéger l'autre et le besoin quasi-vital de sa présence fait très certainement souffrir encore davantage le patient.

Exemple :

Consultation post-annonce Psy / Patient **monsieur Claude** :

Ψ 117 : hum et donc votre épouse était présente elle à la consultation ?

P118 : au quoi euh

Ψ119 : quand on vous a annoncé le cancer elle était là ?

P120 : oui

Ψ121 : oui

P122 : ma femme était oui

Ψ123 : avec vous

P124 : avec moi

Ψ125 : et vous avez trouvé ça plutôt bien qu'elle soit là ?

P126 : qu'elle avait trouvé quoi ?

Ψ127 : bah est-ce que vous avez trouvé ça bien qu'elle soit avec vous ?

*P128 : **oh bah oui***

Ψ129 : oui c'est quand même important euh que l'entourage soit là ?

*P130 : oui (**pleurs**)*

En outre, le patient compte sur l'entourage pour gérer les traitements à domicile, ce qui nécessite alors que les proches participent à la consultation d'annonce et soit en lien direct avec les soignants pour répondre au mieux aux besoins du patient :

Exemple

Consultation post-annonce Psy / Patient **monsieur Bertrand** :

P296: parce que les lavements, pour l'instant c'est ma femme qui me fait les lavements

X – L'ANNONCE : UNE HISTOIRE SOCIALISEE

Internet représente un danger potentiel en tant que source d'informations médicales. En effet, nous supposons que les informations trouvées sur les sites entretiennent ou provoquent une peur viscérale, avec en plus un besoin paradoxal et presque masochiste de trouver une information qu'on ne veut surtout pas voir, qu'on redoute plus que tout : *J'ai été voir sur internet mais j'irai pu* (F182). Une fois « l'erreur » commise, la fuite consciente permet heureusement, avec une certaine négation défensive, de mettre à distance cette information mortifère et ainsi de supporter une réalité objectivement sombre.

Exemple :

Consultation post-annonce Psy / Epouse – Fille **monsieur Bertrand** :

Ψ181 : Est-ce que vous vous êtes renseigné par rapport à cette maladie est ce que vous avez eu besoin de ?

*F182 : J'ai été voir sur **internet** mais j'irai pu (rires) parce que y'a oui tout c'est différent pour tout le monde*

Ψ183 : Ouais sur internet on trouve tout et n'importe quoi

F184 : Ouais

SCENE II : Conclusions et perspectives

L'analyse critique de consultations d'annonce et post-annonce de diagnostic de glioblastome réalisée dans ce travail a permis de révéler un certain nombre d'aspects intéressants à prendre en considération dans la pratique clinique.

Elle a permis de montrer que le temps en amont de l'annonce est déjà pour le patient inclus dans le temps de la maladie. Plus encore, s'il ne semble pas que la consultation d'annonce, en ce qu'elle vient dire au patient de sa situation, ne représente pas un traumatisme, il faut, en revanche, considérer que les symptômes vécus initialement peuvent aisément constituer un temps traumatique de par son aspect souvent brutal, inopiné, et non encadré par des professionnels. Les symptômes conduisent alors le patient – et son entourage si ce dernier les a repérés – à émettre des hypothèses diagnostiques relatives à ces troubles. C'est sans doute pour cette raison que la consultation d'annonce ne constitue pas ce fameux traumatisme puisqu'elle n'a pour fonction que de venir confirmer un diagnostic pré-établi par le patient lui-même. La consultation d'annonce vient révéler la réalité telle qu'elle est, sans artifice ou approximation.

Pour autant, ces symptômes, à la fois passés, mais également ceux qui perdurent ou qui apparaissent par la suite, doivent être expliqués au patient quant à leur origine mais également leur évolution possible. Il est par exemple important pour le patient d'avoir des explications claires quant aux symptômes tels que la crise d'épilepsie. Cette dernière inaugure souvent l'entrée dans la maladie. Par son caractère soudain et violent, elle représente un traumatisme pour le patient qui craint de revivre de tels moments. Il faut donc l'aborder lors de la consultation d'annonce en décrivant son mode de survenue, d'expression et surtout le rôle efficace du traitement pour lutter contre. Le patient et l'entourage ont également besoin de connaître les troubles provoqués par la maladie pour ne pas en avoir une mauvaise interprétation, mais ils ont encore plus besoin d'avoir des informations fines quant aux moyens de pallier ces symptômes. Les troubles cognitifs et/ou moteurs vécus doivent également prendre sens pour le patient, principalement lorsque ce dernier évoque des craintes de basculer du côté de la folie.

Néanmoins, nous constatons la cohabitation possible – voire nécessaire – sur le plan psychique de la conscience d'une réalité « anormale » et d'un effondrement à l'annonce de cette anormalité. Ce savoir reste impensable tant il vient toucher à la fois l'autre, mais également soi dans la relation construite avec cet autre. Ce savoir est par ailleurs imperméable à toute représentation liée aux croyances éventuelles tellement il touche le réel à l'état brut. En effet, si nous pourrions considérer que les croyances, notamment religieuses, peuvent aider le patient à supporter, voire à accepter la situation, nous constatons que la force de ces dernières n'est pas nécessairement suffisante pour faire face à une réalité trop brutale et viole/ante. De la même façon, si le patient a besoin de comprendre pourquoi il se retrouve confronté à une telle situation, il n'en reste pas moins qu'aucune raison ne soit suffisamment valable pour représenter une justification tangible et donc « méritée ».

Le patient veut savoir et se positionne donc en tant que récepteur attentif face à un médecin qu'il considère porteur de ce savoir redouté mais déjà bien réel et présent en lui. La consultation d'annonce représente pour le patient l'espace-temps fixant le savoir, le nommant et l'inscrivant dans une histoire passée, présente et future. Ce savoir nécessite un effort de compréhension et exige qu'une traduction en soit faite en un langage clair et adapté. En attribuant ce savoir au médecin, le patient veut néanmoins dans ce temps particulier que cette relation soit singulière. Il va donc participer autant que faire se peut à la mise en mots de l'annonce et rester acteur dans cette scène dramatique.

Le médecin va alors devoir faire preuve d'une grande attention à ce que le patient croit déjà savoir, sait déjà ou encore redoute de savoir pour poser les bases communes de la relation qui inaugurerait l'annonce en elle-même. Ainsi, s'il est dans une position d'émetteur d'un savoir objectif, le médecin n'en demeure pas moins auditeur voire spectateur de son patient et de ses proches afin d'amener de la manière la moins traumatique possible la réalité à travers le choix des mots et l'attitude à adopter pour ne pas désespérer voire tuer psychiquement le malade et l'entourage. Il se doit d'être dans une attitude d'ouverture bienveillante à l'Autre pour que ce dernier se sente exister et reconnu comme sujet à part entière dans la situation qu'il en est en train de vivre et qui va modifier à jamais sa continuité d'être. C'est ainsi que le fameux pacte de confiance décrit par Paul Ricœur s'instaure pour toute la suite du parcours dans la maladie, le patient sentant qu'il sera accompagné par le médecin dans cet inconnu anxiogène. En partant de la connaissance du patient quant à sa situation et en le questionnant de manière non directive, le médecin obtiendra très naturellement ce que le patient est prêt à entendre puisqu'en ne procédant à cette phase que par reformulation, il utilisera tout le pouvoir instructif de cette méthode pour avoir un guide dans l'orientation de son discours et dans la forme de son entretien. La parole du philosophe fondateur du stoïcisme Zénon de Citium (335 – 262 av. J.-C.) prend tout son sens ici : « *L'homme a deux oreilles et une seule langue, pour écouter deux fois plus qu'il ne parle* ». Pour autant, nous avons montré que le médecin ne doit pas user d'une certaine rationalisation stérile de son discours mais être au plus proche de l'univers langagier de son patient car les différences de langage, une certaine banalisation – défensive ? – de la part du professionnel, les attitudes des patients ... font que certains mots ne seront pas entendus comme il le faudrait pour aboutir à une bonne intercompréhension. Ainsi, le terme ***lésion***, souvent utilisé par le médecin pour initier le discours autour de la maladie, ne prend pas le même sens, tant latent que manifeste, pour le patient et ses proches. La lésion peut être entendue comme étant un phénomène réversible alors qu'il semble évident dans l'esprit du médecin qu'il s'agit bien d'un processus évolutif et surtout irréversible. En ce sens, la notion de gravité n'est pas clairement perçue par le malade et ses proches. La réalité apparaît floue, incertaine. Est-ce grave ou non ? Ce manque de précision laisse la place à des mouvements psychiques, parfois rassurants, parfois dévastateurs et provoque alors une souffrance supplémentaire difficile à gérer. Il est en outre exclusivement présent dans l'univers lexical soignant.

La notion de tumeur est elle partagée à la fois par les patients et les soignants. Elle se distingue cependant pour les patients de la lésion alors que ce terme reste similaire pour le médecin lorsqu'il présente la situation. En effet, la tumeur évoque bien plus un contexte anxiogène et véhicule des émotions plus fortes telles que la peur ou la tristesse. Elle laisse peu de place à l'ambiguïté, surtout lorsqu'elle est associée au terme maligne qui donne tout son sens à la maladie pour le patient. Cependant, la charge émotionnelle inhérente à cet instant d'incertitude et de mise à nu psychique aboutit à une confusion fréquente de certains termes chez le patient tels que malin et bénin qui pourtant lui permettent habituellement de déterminer dans son langage le niveau de gravité d'une maladie. En n'utilisant pas nécessairement ces termes ou en en intégrant d'autres dans le discours, le médecin participe à une complexification du contexte et entrave la bonne compréhension de la situation par le patient et son entourage. Ces termes sont et doivent rester présents dans les deux univers lexicaux.

Lorsqu'il aborde la phase des traitements, le médecin consacre beaucoup de temps à la description de la radiothérapie, insistant notamment sur ses effets secondaires. Ce faisant, il laisse suggérer au patient qu'il a peut-être à s'inquiéter d'un tel traitement alors que naturellement son inquiétude se porterait davantage sur la chimiothérapie. En effet, cette dernière est largement répandue dans la pensée commune et est porteuse de représentations et fantasmes souvent négatifs. Elle traverse en ce sens le monde soignant et le monde patient, ce qui n'est pas le cas du terme radiothérapie qui reste du côté soignant. Si elle peut être perçue comme étant un allié contre la maladie, ses effets secondaires viennent souvent prendre le devant de la scène et restent prioritaires dans la pensée. Notons en ce sens le caractère familier de ce traitement, le patient et ses proches utilisant le diminutif « chimio » pour l'aborder. C'est pourquoi il est très certainement souhaitable que le médecin aborde plus en détails ce traitement pour pouvoir en quelques sortes le démystifier et permettre ainsi au patient de se détacher de ses représentations négatives à son égard. Par ailleurs, la radiothérapie sera logiquement expliquée par le radiothérapeute lors de la consultation programmée très rapidement avec ce professionnel. Précisons que la notion de rayons est souvent plus utilisée que celle de radiothérapie pour aborder ce mode de traitement, peut-être parce que le patient parvient plus facilement à se représenter mentalement ce qu'est un rayon (« un rayon de soleil »), contrairement à la radiothérapie qui correspond plus à une notion scientifique abstraite.

Nous constatons enfin que le terme glioblastome, nom scientifique de la maladie, n'est pas du tout partagé avec les patients et reste vraiment du côté soignant. Il est même d'ailleurs parfois absent du discours médical lors de la consultation d'annonce tant il apparaît hyper spécifique.

De nos analyses, nous avons également perçu le poids énorme de la fatigue tant pour le patient mais également et de manière non négligeable pour l'entourage. Ce symptôme apparaît très certainement comme le plus dur à vivre car multifactoriel et de plus induit par les traitements qui ont pour but de stabiliser voire faire régresser la maladie. Effet secondaire le plus criant, il est donc indispensable que le médecin lors de la consultation d'annonce le présente comme inévitable et le situe dans son contexte à la fois comme effet de la

maladie, du traitement et également du coup psychique reçu par cette annonce. En le présentant ainsi, le patient, mais surtout l'entourage, tentera peut-être plus de l'intégrer dans la maladie plutôt que de le percevoir comme un élément collatéral perturbateur et ainsi essaiera de le gérer et l'appivoiser en le respectant plutôt qu'en s'usant à lutter contre.

Pour créer une proximité, le médecin va mettre en œuvre une stratégie empathique donnant au patient une illusion de partage, notamment par l'implication personnelle (« je »), ou par un « on » lui permettant de créer un monde commun et partagé socialement avec le patient, en s'incluant finalement dans le groupe social. Plus encore, il peut également conduire le professionnel à s'immiscer dans le monde patient pour créer, par cette proximité, une alliance relationnelle. Cependant, le plus souvent il va procéder par une affiliation défensive pour justifier ses dires, et prendre position en s'appuyant sur ses pairs, sur la communauté médicale (« on »).

Face à la déstructuration psychique qu'elle constitue, la consultation d'annonce doit offrir au patient et à ses proches des points d'appuis et d'ancrage à la vie. Pour autant la réalité doit être présentée au patient et aux proches, notamment le caractère incurable de la maladie, mais elle doit aussi intégrer des aspects autorisant l'espoir telle que la stabilité voire la régression du cancer. En outre, le patient précise bien et insiste même sur le fait qu'il est nécessaire que le médecin fournisse une information honnête concernant la réalité. « *Il ne faut pas tourner autour du pot* » Le patient demande donc au médecin de lui dire la vérité mais dans un langage adapté à son monde d'appartenance. Le médecin doit donc être en mesure de percevoir jusqu'où il peut aller dans cette divulgation d'informations. La force des mots peut parfois être telle que le patient se retrouve anéanti voire déjà mort psychologiquement. L'entretien doit être empreint à la fois d'affirmations mais aussi d'incertitudes pour assurer sa vertu paradoxale de révélateur désespérant versus étayant. Même déraisonnés ou déraisonnables, les projets de vie du patient sont à respecter par le médecin pour que l'adage certes un peu désuet mais pourtant bien à-propos dans une telle situation « *l'espoir fait vivre* » prenne tout son sens et aide le patient à vivre malgré la maladie létale. En nommant l'ennemi, l'annonce permet de déplacer l'angoisse sur le mal plutôt que sur l'incertitude. C'est le cheminement psychique qui permettra au patient de gérer progressivement l'évolution de la maladie et de trouver des moyens de s'y adapter mais pour se lancer dans ce parcours, encore faut-il trouver une raison valable.

D'un point de vue structurel nous pouvons constater qu'il semble impossible de déterminer une durée idéale de consultation d'annonce, tant les informations transmises viennent bousculer toute notion de temps au point d'annihiler toute capacité de penser. Ceci est rapporté à la fois par le patient et l'entourage. En outre, l'infirmière prend une place importante lors de cette consultation et sa présence est largement appréciée tant par les patients que les proches.

Nous avons également constaté que les images radiographiques représentent pendant la consultation un excellent support facilitant la compréhension de la situation. Elles viennent identifier dans le réel une réalité difficilement palpable car invisible. Il semble en effet que l'utilisation de l'imagerie soit un support représentatif formel de la maladie. Elle permet une appropriation de la maladie par le patient et une compréhension de la réalité par l'entourage. Ce média nécessite néanmoins un accompagnement soignant pour éviter tout fantasme déstructurant sur un plan psychique chez le patient ou ses proches. Son usage est alors perçu comme positif dans le cadre de la consultation d'annonce. En d'autres termes, cela renvoie à l'expression « *il faut le voir pour le croire* ».

Un autre point a été mis en avant dans notre travail. En effet, au vu de la complexité du parcours du patient, il semble primordial de travailler en réseau et ce bien en amont de la consultation d'annonce en elle-même, en favorisant un maillage institutionnel et professionnel pour que les différents acteurs impliqués même précocement puissent s'entretenir entre eux pour partager des informations utiles à la prise en soins de qualité et qu'*in fine*, le patient se retrouve en confiance parmi des professionnels honnêtes et au clair quant à leurs compétences propres. Cet aspect est également à considérer tout au long du parcours de soin en y incluant les professionnels du domicile parfois moins enclin à gérer de telles situations.

D'un point de vue contextuel, nous devons retenir que le patient souhaite que cette annonce de diagnostic soit réalisée par un spécialiste et non le médecin traitant. Ce dernier, moins averti sur la spécificité de la pathologie neuro-oncologique, mais surtout souvent plus investi auprès de son patient, risque de transmettre dans cette relation transféro-contre-transférentielle des émotions et affects négatifs au patient. Ainsi, les attitudes conscientes et inconscientes du médecin vont mettre en alerte le patient et risquent alors de provoquer en lui l'apparition franche d'une anxiété anticipatrice. En outre, percevant un malaise chez son médecin, le patient se posera légitimement la question de savoir s'il pourra compter sur lui dans cette situation complexe. Or, il doit pouvoir sentir que des professionnels seront à ses côtés pour anticiper, comprendre et répondre à toutes les éventualités possibles, lui-même se trouvant face à une situation inconnue.

Il apparaît de plus fondamental que cette annonce soit centralisée pour éviter une diffusion anarchique des éléments descriptifs et explicatifs de la situation. En effet, dans l'idéal, l'annonce doit être réalisée par un médecin, de surcroît spécialiste de l'organe concerné. Pour autant, ce dernier ne pourra rien seul et aura nécessairement besoin de ses collègues radiologues, radiothérapeutes, ... pour assurer une prise en soins de qualité. L'acte de l'annonce doit donc être réalisé par un spécialiste mais s'insère dans un parcours de soins centralisé faisant appel à des professionnels impliqués dans la pathologie. La consultation d'annonce, en

partageant un savoir de nature médicale avec un sujet le plus souvent naïf, conduit à entourer le patient de professionnels maîtrisant ce savoir. Il apparaît donc fondamental que tout en restant l'art d'un homme, l'annonce aboutisse à une ouverture à d'autres intervenants hospitaliers ou de ville à travers un processus longitudinal.

Par ailleurs, il semble préférable que le médecin spécialiste qui accueille le patient à son arrivée dans le service de neuro-oncologie soit celui qui le suivra tout au long du parcours et devienne ainsi son référent. En effet, en phase pré-diagnostique se joue déjà un certain nombre d'aspects relationnels conscients et inconscients qui influera sur la manière dont se déroulera la consultation d'annonce. Cela évitera en outre de devoir réaliser de nouveau une anamnèse complète et détaillée du patient au lieu de se centrer directement sur le motif même de cette rencontre.

Enfin, il apparaît essentiel – au-delà de l'aspect juridique – que le médecin s'adresse en premier lieu au patient et qu'il intègre autant que faire se peut le proche dans le processus de l'annonce. En effet, nous avons constaté que lorsque le médecin informe de manière peu protocolaire l'entourage du patient avant ce dernier, par exemple en lui dévoilant en priorité le diagnostic – et le pronostic –, cela aboutit inexorablement à un décalage catastrophique au sein de la famille. La présence des proches est de plus souvent souhaitée par le patient afin d'éviter que se crée un décalage désastreux entre le patient et ses proches. Cela évite également que le patient ait lui-même à faire une telle annonce à son entourage, étant submergé dans ces instants d'émotions et pris d'une culpabilité quant au fait de les engager de fait à ses côtés à de leur faire vivre de telles souffrances. Ainsi, tous recevront une même vérité, celle du médecin, ce qui constituera le socle commun de la connaissance de la maladie. Chaque interlocuteur va pouvoir intervenir, le patient étant parfois mis en second plan par les autres. En positionnant ainsi le patient, celui-ci ne peut que faire le constat que tous s'intéressent à sa maladie, même si le risque est de l'isoler, de le détacher de la maladie, ce qui s'oppose à une conception holistique du soin.

Nos analyses ont également apporter des informations sur la place et le vécu des proches dans ce temps de l'annonce. Ainsi, les proches soulignent que dans l'absolu, il n'y a rien qui puisse retirer à ce contexte sa charge douloureuse et anxiogène. L'annonce est intrinsèquement difficile. Dans un premier temps, un déni défensif est nécessaire pour supporter la réalité. L'entourage pointe également que bien plus que les mots, les émotions suscitées par cette annonce, dans ce qu'elle a de décisif pour l'avenir, complexifient la compréhension et l'intégration des informations transmises.

Bien connu en psychologie sociale, le partage social des émotions qualifie le besoin irrépressible de partager ce qu'ils ont vécu eux-mêmes. Nous avons pu constater que certains proches n'hésitent pas à parler de leur propre expérience de la maladie ou de la souffrance. Ceci amène à deux précautions importantes à prendre en

considération. Tout d'abord, lorsque le proche évoque une situation personnelle vécue de cancer, il pense créer une proximité avec le malade qui lui, entre seulement dans la maladie. Ceci aboutit à un décalage qui isole encore plus le patient puisque nous savons que chaque situation est singulière. Cet écart ou ce manque de synchronisation risque de poser problème au cours de l'évolution de la maladie si l'entourage ne parvient pas à adapter son attitude et sa vision à la situation particulière du patient et ne le laisse ainsi pas libre d'évoluer à sa façon.

De plus, si de prime-abord il semble positif et bienveillant de prendre du temps pour écouter les proches, il ne faut pas oublier que ce temps est avant tout celui du patient. A lui de positionner ses proches comme il le souhaite. En effet, les professionnels doivent être attentifs à ne pas trop naturellement se tourner vers l'interlocuteur le plus prolix, le patient étant rarement dans cet instant celui-ci.

Cependant, l'entourage étant de fait impliqué dans la situation, il est humainement nécessaire de l'aider à trouver sa place. Propulsé de manière souvent violente, le proche n'a d'autre choix que de s'investir mais ceci au risque d'être surinvesti voire d'adopter une attitude sacrificielle délétère tant pour lui que pour le patient. En cherchant ainsi la bonne distance relationnelle, il va trop souvent vaciller entre un trop proche, tombant alors dans la fusion, source de confusion, puis sentant que cette projection est dangereuse, il va alors partir vers un trop loin qui créera une espèce d'indifférence à la souffrance de l'autre. Les proches vivent leur présence comme un devoir et se lancent souvent plus de manière brutale dans le combat alors que le patient, lui, a sans doute besoin d'un peu plus de temps de réflexion pour notamment débiter concrètement les traitements. Les proches sont plus dans l'action que le patient. Il faut être là pour savoir, contrôler, vérifier... Nous retrouvons ici la culture du faire si présente dans notre société. Face à un proche en souffrance, la question première est souvent de savoir quoi faire pour l'aider. Or, dans ces instants, parfois, la meilleure chose à faire est très certainement de ne rien faire. L'entourage se trouve projeté à une place inconnue et nouvelle, ce qui nécessite qu'il soit soutenu dans ce statut imposé d'aidant. La fonction maternante qu'il adopte auprès du patient l'amène alors parfois à suppléer à celui-ci en anticipant ou en gérant lui-même certains aspects de la situation. Il vient faire preuve d'une certaine façon d'une préoccupation maternelle primaire telle que Winnicott a pu la penser lorsqu'il a étudié dans les années 1950 le lien de la mère au nourrisson.

Le rôle du soignant sera alors d'aider le proche à trouver sa place, c'est-à-dire à s'autoriser à être lui-même et autoriser l'autre – le patient – à être lui-même aussi. Au sein de la consultation, l'entourage a toute sa place. Concrètement, il va participer à la compréhension commune de la situation en apportant par exemple des éléments importants concernant les premiers signes de la maladie passés inaperçus. Il va également entendre dans le discours du médecin, ce qui pourra constituer pour lui le savoir nécessaire à la création de ce nouveau rôle d'aidant. Ainsi les proches constituent pour le patient à la fois un étai narcissique – *je dois vivre pour eux, je dois me battre pour eux* – tout en étant la cause sans doute la plus puissante de souffrance – *je leur fais du mal et je m'en veux à mourir* – qui le conduit parfois à s'isoler et à demander à en finir. Le patient leur demande d'être là, à ses côtés, dans ces moments difficiles, alors qu'en parallèle il ressent une grande inquiétude – et donc de la culpabilité ? – à leur égard dans ce qu'il leur impose de subir à la fois dans le présent mais également dans le futur en les abandonnant.

Il est donc nécessaire que les aspects pratiques de la prise en charge soient abordés dans ce temps de l'annonce et qu'une orientation soit précocement proposée vers une assistante sociale afin d'anticiper et de désamorcer certaines craintes ou appréhensions quant à la vie au domicile du proche malade et de l'autre devenu aidant malgré lui. Ceci aidera l'entourage et rassurera le patient. Un soutien est à proposer très précocement à l'entourage, ce dernier ayant tendance à s'effacer au profit du patient. Les proches ne s'autoriseront pas toujours à exprimer leur souffrance, celle-ci leur paraissant tellement minime voire illégitime par rapport à celle ressentie ou vécue par le patient lui-même.

Si nous regardons ce qui se joue pour le patient, nous constatons que celui-ci pointe clairement l'atteinte narcissique provoquée par une telle annonce, modifiant complètement sa vision de soi et du monde. L'arrivée du cancer constitue en effet une véritable effraction dans la vie. Au-delà de l'atteinte physique, le cancer conduit le patient à une véritable remise en cause identitaire et vient le toucher au niveau de son estime de soi. Très rapidement, par les mots, le patient se vit comme inutile, perturbateur et coupable. L'essentiel sera alors de mettre en œuvre un processus de renarcissisation élémentaire du côté du patient en l'aidant à maintenir une place de sujet déjà au sein de la consultation d'annonce et durant tout le parcours thérapeutique. Le médecin devra donc en priorité s'adresser à lui. Il sera également nécessaire d'aider le patient à conserver un statut social et familial et pour ce faire, il est important de faire taire le sentiment de culpabilité sous-tendu par la sensation d'imposer cette triste réalité à l'entourage. En outre, maintenir l'espoir et même l'incertitude permet au patient de s'accrocher à la vie et trouver des points d'ancrage, sans pour autant lui mentir ou cacher la vérité. Enfin, le patient aura à intégrer la maladie et ses modes d'expression pour mieux la saisir et la combattre. Les soignants vont souvent faire preuve de compassion, mais le patient ne semble pas attendre une telle réaction de leur part. En revanche, il apparaît plus sensible aux tentatives de renarcissisation.

D'un point de vue intra-psychique, le conflit entre la pulsion de vie et la pulsion de mort se traduit par une ambivalence psychique, le patient vacillant entre des périodes d'espoir et des phases pessimistes. Le réel reste alors à supporter, obligeant le patient à une résignation pour lutter contre la soumission mortifère. Le patient n'attend sans doute pas de la part du soignant qu'il nie une de ces deux dimensions (espoir # désespoir), ce travail psychique d'intégration de cette réalité sur la scène imaginaire et symbolique se faisant par le patient lui-même et seulement par lui-même.

Cette expérience est intime, profondément personnelle et de ce fait difficilement communicable, principalement à cause de la complexité du vécu, du ressenti et de la valence émotionnelle. Néanmoins, cette maladie possède une vertu expérientielle en venant donner une signification sur ce que sont ou devraient être la vie et les rapports aux autres. L'annonce révèle en effet au patient bien plus que le simple nom de la maladie qui le touche. Sur un plan émotionnel, elle permet de dévoiler certains éléments de la vie refoulés tels que le soutien

et l'amour de ses proches. Cette dimension affective est donc à considérer dans la réalisation de la consultation d'annonce en lui laissant une place. Ainsi, comme nous l'avons déjà évoqué, l'annonce révèle au patient ce qu'est la vie en annonçant la mort. Epicure dans ce sens, nous enseigne que « *la mort : elle n'est pas quand je suis là, je ne suis plus quand elle est là* ». Il semble donc très important pour la survie psychique du patient que le médecin pointe lors de la consultation ces éléments qui aideront le patient à se sentir exister aux yeux des autres et donc à peut-être davantage trouver un intérêt à se battre contre la maladie pour continuer à être. L'annonce donne parfois une raison de vivre, ce qui peut alors aider le médecin à aborder les différents protocoles de recherche dans lesquels le patient peut rentrer en mettant à profit cet altruisme naissant chez le patient.

En outre, la pulsion épistémophilique conduit le patient à chercher un sens à ce qui lui arrive, à en comprendre le pourquoi. Il va alors réaliser un travail introspectif pour saisir des éléments légitimant ou justifiant en lui l'apparition d'une telle pathologie tout en s'intéressant également à son environnement pour en percevoir des causes externes possibles.

Nous avons enfin pu percevoir une certaine pudeur du côté du patient à exprimer ses craintes et sa souffrance, tentant très certainement ainsi de conserver une certaine humanité et dignité. Il est donc fondamental d'aider le patient à extérioriser son vécu négatif sans pour autant le pousser ou le condamner dans ses retranchements et ainsi le plonger dans un pessimisme morbide. Le patient a besoin de temps pour entendre, intégrer et peut-être même digérer la vérité, d'où l'importance que les soignants respectent ce rythme progressif de l'intégration des informations et plus particulièrement tout le système défensif inconscient mis en place par le patient pour tenir face à l'angoisse de mort.

La place de l'infirmière dans cette consultation d'annonce n'est plus à prouver tant elle apporte par la suite aux patients et à son entourage une aide précieuse. Au sein de la consultation d'annonce, son rôle est très certainement beaucoup plus celui d'observatrice qu'émettrice à cet instant d'informations. Elle peut cependant aider le médecin dans la recherche d'éléments utiles à la bonne description de la situation mais en introduisant certaines notions nouvelles ou complémentaires, elle risque de complexifier encore davantage la bonne compréhension du patient et de ses proches. Ayant le plus souvent déjà rencontré le patient lors de son hospitalisation dans le service, l'infirmière se positionne dans un entre-temps, tantôt du côté soignant, tantôt du côté patient. Elle a un rôle d'appui et d'aide à la compréhension du patient et de son entourage. Elle se fera ainsi porte-parole du patient en traduisant dans un langage soignant les interrogations ou préoccupations du patient pour les présenter au médecin et elle apportera des réponses dans un langage plus profane quant aux aspects pratiques (traitements, besoins spécifiques...) en fonction du discours médical. Elle constitue un mode de traduction d'un langage spécialisé en un discours vulgarisé. Elle permet de répondre au déplacement de

l'angoisse du patient en démystifiant certains aspects pratiques et ainsi elle permet au patient de se recentrer sur la maladie en elle-même en étant plus fort car moins éparpillé et mieux armé.

L'infirmière a alors toute sa place au sein de la consultation d'annonce car elle apparaît comme le lien permettant de tenir informés les différents professionnels impliqués auprès du patient. Elle offre, en outre, au patient et à ses proches un espace d'écoute et peut aussi répondre à leurs interrogations ou préoccupations. Elle peut enfin les orienter vers les professionnels les mieux à même de les aider en fonction de leur problématique du moment.

Concernant son rôle auprès des proches, l'infirmière mettra en action sa fonction éducative pour les aider à trouver leur place et à s'accorder le droit de ne pas ou de ne plus pouvoir. Par une écoute bienveillante, elle permettra aux proches de verbaliser leurs appréhensions, difficultés et limites et de trouver des stratégies d'adaptation efficaces pour gérer au mieux le quotidien.

Il nous était également important de réfléchir au cadre de cette annonce. Si la consultation d'annonce est à présent bien constituée sur un plan formel, elle ne peut fournir un réel espace d'expressions du patient, ne serait-ce qu'en raison des réactions psychiques qu'elles suscitent comme la sidération ou la confusions. En effet, la dimension émotionnelle qui colore la consultation d'annonce semble être un frein à la bonne compréhension de certaines informations. La consultation post-annonce – présenteielle, téléphonique ou informatique – voit alors là une partie de son utilité en permettant au patient et à ses proches, après un délai d'intégration psychique des informations reçues lors de la consultation d'annonce, de reprendre certaines notions mal perçues. L'intérêt perçu de la consultation post-annonce soignante est double. Tout d'abord cette rencontre à distance de la consultation d'annonce laisse la possibilité au temps de faire son œuvre. Ainsi, ce temps nécessaire au cheminement psychique permet aux différentes stratégies défensives, mises en place de manière brutale afin d'éviter un effondrement psychique, de s'assouplir et de s'ajuster à la réalité. Le patient peut ainsi aborder certains éléments initialement trop destructeurs mais à présent situés à un niveau conscient, en respectant le processus dynamique de l'annonce, la connaissance ne signifiant pas nécessairement l'intégration inconsciente et la compréhension consciente de l'information. Révélation ne signifie pas Elaboration. C'est pourquoi cette consultation post-annonce offre aux proches un espace dans lequel ils vont pouvoir éventuellement être reconnus dans leur droit à souffrir. Elle leur donne la possibilité également de reprendre certaines informations mal comprises lors de la consultation d'annonce, bien qu'il semble que sur ce point, l'entourage comprenne bien souvent l'essentiel de la situation. Le besoin de complément ou de précisions d'information concernerait davantage les aspects très pratiques de la prise en charge. Ces éléments seront alors à reprendre plus en détails lors de la consultation post-annonce avec l'infirmière, cette dernière assurant ainsi à la fois un rôle informatif mais également d'étayage et de réassurance. Ainsi, l'entourage, tout comme le patient, attend de la consultation d'annonce que le médecin

transmette la vérité et que l'infirmière aborde, plutôt dans un second temps – les aspects pratiques de la situation et de la prise en soins future.

Il est aujourd'hui fondamental que les programmes d'enseignements des médecins à l'annonce, et plus largement à la communication, ne restent pas fixés sur des techniques applicables sans distinction. Il est préconisé qu'au contraire, ils prennent en considération les processus discursifs repérés dans notre travail en les pointant comme éléments primordiaux dans l'échange avec le patient. Par exemple, à l'instar de Clarck & Bangerter (2004), notre travail illustre, dans le domaine médical, que la référence est co-construite dans l'interaction discursive. Les référents sont en effet considérés comme des objets de l'interaction qui, présentés, construits et développés interlocutoirement participent à un «projet du sens». L'acte de référence constitue ainsi la partie cellulaire, centrale de l'annonce. L'annonce ne se résume donc pas à un simple contenu informatif, mais procède d'un acte d'interprétation. Chaque énonciation présuppose un monde mental conjointement habitable à entretenir (Goffman, 1986).

L'annonce se doit ainsi d'être très certainement plus structurante que signifiante. Annoncer ne peut pas préjuger de ce que nous voulons savoir ou pas et le médecin ne peut unilatéralement prédire du bon ou du mauvais moment. Les formations médicales sur le sujet devraient en ce sens prendre en considération ce phénomène particulier et ne pas se réduire à un apprentissage de techniques de communication dont on peut se demander jusqu'à quel point il prend parfois en considération la subjectivité du patient.

L'intégration du patient dans le processus interlocutoire de l'annonce, ou en d'autres termes, la démarche participative à la construction d'un sens commun, participe bien plus qu'à la simple compréhension d'une réalité puisqu'elle favorise l'appropriation par le malade de sa propre histoire en lui permettant d'être acteur dès l'annonce et en respectant ainsi peut-être plus son droit de savoir ou de ne pas savoir.

Nous avons vu qu'il était souvent reproché aux professionnels de santé et de surcroît aux médecins de ne pas savoir communiquer. Des programmes de formations ont alors été mis en place dans les universités dans le but d'apprendre aux professionnels à communiquer. Or, peut-on apprendre à communiquer ? En effet, communiquer n'est-il pas une fonction inhérente à la condition humaine ? Est-il nécessaire de citer de nouveau Aristote qui nous rappelle que l'être humain est un être social et que la communication est une force développée par celui-ci ? Le problème vient peut-être du terme même utilisé pour aborder ces formations puisqu'elles sont souvent présentées comme étant un apprentissage aux **techniques** de communication. En effet, au départ les programmes de formation avaient pour objectif l'obtention de l'adhésion du patient en cherchant principalement à gagner sa confiance et en prenant en compte ses émotions. Ils s'appuyaient sur un enseignement théorique

portant sur la structuration de l'entretien et de l'organisation de l'échange d'informations. Il s'agissait d'un processus plutôt unilatéral trop standardisé (modèles SEGUE Framework ; Makoul, 2001 ou Four Habits Model ; Frankel, Stein, 1999 ; Frankel, Stein, Krupat, 2003) ou trop uniformisé et trop empathique (SPIKES ; Baile, Buckman, Lenzi et al., 2000 ou NURSE ; Smith, 2002).

Aujourd'hui, ces formations reposent davantage sur le principe d'un apprentissage actif, individualisé et sécurisé (FormAnons CHU d'Angers, Hureau. et al., 2012 ; Brest, Balez, 2013, 2015). Elles mettent en scène des situations validées par des médecins séniors. Elles reposent sur un processus introspectif en tenant compte des dimensions éthiques et psychologiques avec pour but la recherche d'un sentiment d'auto-efficacité de la part du professionnel ou de l'étudiant. Le risque serait alors que la satisfaction du professionnel prenne le dessus sur la satisfaction et l'efficacité perçue par le patient lui-même. Qu'est-ce que l'efficacité dans ce domaine ? Est-ce l'acceptation du diagnostic par le patient ? Il n'a pas le choix que d'accepter ! Est-ce l'absence d'émotions négatives telles que les pleurs ou l'agressivité ? Si oui, est-ce pour autant le signe d'une bonne compréhension ? d'une acceptation ? d'une adhésion ?

Nous voyons là les limites de telles formations qui reposent sur l'appropriation de techniques de communication, qu'elles soient dictées lors d'un cours ou vécues via un jeu théâtral.

Très certainement que les programmes de formation doivent inclure un apprentissage didactique des phénomènes discursifs en jeu dans l'interlocution. Les professionnels sont ainsi trop en attente d'outils ou de guidelines qui certes constituent des garde-fous à la fois législatifs et relationnels mais qui posent problèmes dès lors qu'ils prennent le pas sur le dialogue (Ameisen, 2015). Il n'y a ainsi pas de protocole, ni recommandation de bonnes pratiques qui permettrait de réaliser une bonne annonce. Comme la relation d'aide, l'aptitude à communiquer s'apprend (repérage des éléments transféro-contre-transférentiels, univers langagier du patient, ...) puis s'introjecte pour devenir naturelle. Ainsi, le médecin réussira sans excès d'empathie ou de sollicitude, à co-construire son annonce en laissant une place dans ce processus au patient. Ma modeste expérience auprès d'enfants malades m'a appris que c'est souvent en étant le plus simple et le plus naturel possible que nous réussissons à communiquer avec un patient. Les travaux futurs autour de la formation des professionnels dans le domaine de la communication seront très certainement à orienter vers la recherche de méthodes « naturelles » permettant d'aider le médecin à être lui-même et à se détacher de tout protocole qui entrave la bonne communication médecin – patient et la possibilité *in fine* à ce dernier d'être lui-même. Il semble fondamental de proposer aux professionnels non pas un apprentissage stéréotypé de techniques de communication mais plutôt des formations à l'adaptation au contexte. Le monde médical et plus largement s'appuyant souvent sur des guides ou des recommandations, considérons alors nos résultats comme des indicateurs objectifs conduisant à la félicité de l'annonce.

ACTE IV

Bibliographie

1. Akabayashi, A., Kai, I., Takemura, H., Okazaki, H. (1999). Truth telling in the case of a pessimistic diagnosis in Japan. *Lancet*, 354, 1263.

2. Akatane, S. (1997). « Benveniste et Saussure : l'instance de discours et la théorie du signe », *Linx* [En ligne], mis en ligne le 05 juillet 2012, consulté le 20 janvier 2014.
3. Al-Amri, A. M. (2009). Cancer patient's desire for information: a study in a teaching hospital in Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*, 15, 19-24.
4. ALAIN (Émile-Auguste Chartier) (1934). *Propos de littérature*, Paris, Paul Hartmann.
5. Alby, N. (1987). Le cancer. Sens et non-sens. *Rev. Med Psychosom*, 9, 15-25.
6. Aljubran, A. H. (2010). The attitude towards disclosure of bad news to cancer patients in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med*, 30(2), 141-44.
7. Alonso, A. (2006). Atención a la familia. *Atención Primaria*, 38(2), 14-20.
8. Alric, J., P. Furon, Thaveau, L. (2010). Du déjà de la mort à l'effacement de la finitude. Une approche psycho-dynamique en cancérologie. *Etudes sur la mort*, 138, 29-38.
9. Amar, S. (2005). Quelques réflexions sur les enjeux de l'annonce en soins palliatifs. In 7^{ème} colloque de *Médecine et Psychanalyse : violence de l'annonce, violence du dire. Etudes freudiennes, hors-série*, 314-25.
10. Ameisen, J. C., Hervieu-Léger, D., Hirsch, E. (2003). Qu'est-ce que mourir ?. Paris : *Le Pommier*.
11. Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Paris : Collection psychismes. Dunod.
12. Apothéloz, D., Reichler-Béguelin, M. J. (1995). Construction de la référence et stratégies de désignation. *Travaux Neuchâtelois de Linguistique (TRANEL)*, 227-271.
13. Arber, A., Hutson, N., Guerrero, D., Wilson, S., Lucas, C., Faithfull, S. (2010). Carers of patients with a primary malignant brain tumour : are their information needs being met ? *Br J Neurosci Nurs*, 6, 329-34.
14. ARISTOTE, L'éthique à Nicomaque (trad. J. Tricot), Paris, Vrin (coll. «Bibl. des textes philosophiques»), 1959.
15. Aubry, R., Daydé, M. C. (2005). Soins palliatifs, éthique et fin de vie. Ed. Lamarre (2^{ème} éd.).
16. Aubry, R. (2005). Annoncer un diagnostic difficile ou un pronostic péjoratif : vérité et stratégies de communication. *Médecine Palliative*, 4, 125-33
17. Augustin, M. (2002). Malignant melanoma. *Dermatol Psychosom*, 3, 42-4.
18. Austin, J. (1970). *Quand dire c'est faire*. Paris : Seuil.
19. Austin, J. (1962). *How to do things with words*. Oxford University Press.
20. Avron, O. (2001). Une forme d'organisation du nous: l'émotionnalité groupale. *Dialogue* ; 154 (4), 27-36.
21. Babrow, A. S., Hines, S., Kasch, C. (2000). Managing uncertainty in illness explanation: An application of problematic integration theory. In *Whaley B (Ed.), Explaining Illness: Research, Theory, and Strategies. Hillsdale, NJ, Erlbaum*, 41-67.
22. Bach, K., & Harnish, R. M. (1979). *Linguistic Communication and Speech Acts*. Cambridge (Mass.) : M.I.T Press.
23. Bacque, M. F. (2014). Des histoires de cancer à la française. *Rev Francoph. Psycho-Oncol*, 8(4), 193-94.
24. Bacque, M. F. (2008). *Les vérités du cancer : partager l'information, installer la relation*. Paris : Springer.

25. Bacque, M. F. (2008). L'annonce de la mort. *Etudes sur la mort*, (2) 134, 99-104.
26. Bacque, M. F. (2005). Pertes, renoncements et intégrations : les processus de deuil dans les cancers. *Rev Francoph. Psycho-Oncol*, 4(2), 117-24.
27. Bacque, M. F. (1997). Deuil et santé. Paris : Odile Jacob.
28. Baile, W. F., Lenzi, R., Parker, P. A., et al. (2002). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: An exploratory study. *J Clin Oncol*, 20, 2189-2196.
29. Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., et al. (2000). SPIKES: A six-step protocol for delivering bad news - Application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5, 302- 311.
30. Baile, W. F., Kudelka, A. P., Beale, E. A. et al. (2000). Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer*, 86, 887-97.
31. Baldi, I., Huchet, A., Bauche, t, L., Loiseau, H. (2010). Epidémiologie des glioblastomes. *Neurochirurgie*. 56, 433-440
32. Balez, R. (2015). L'apport de la simulation dans la formation des médecins à l'annonce du cancer. In R. Seizeur & G. Lozachmeur-Rolland (Springer Eds, coll, *Oncologie Pratique*), *Annoncer une tumeur cérébrale. Sous l'égide du Cancéropôle Grand-Ouest*.
33. Balez, R., Berthou, C. (2013). Un entraînement de groupe systématique à l'annonce du cancer dans le cursus des études médicales, analyse qualitative d'un retour d'expérience. *Psycho-Oncol*, 7, 250-57.
34. Balint, M. (2003). Le médecin, son malade et la maladie, Broché.
35. Balint, M., Balint, E., Gosling, R., Hildebrand, P. (1966/79). Le médecin en formation. Paris: Payot.
36. Bange, P. (1992). Analyse conversationnelle et théorie de l'action. Paris : Hatier.
37. Barnett, M. M. (2002). Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors. *J. R. Soc. Med*, 95, 343-7.
38. Barreau, B., Tastet, S. (2007). L'annonce du diagnostic en sénologie: les techniques de communication. *J Radiol*, 88, 219-23.
39. Bastos, J., Peleteiro, B., Gouveia, J. et al. (2009). The state of the art of cancer control in 30 European countries in 2008. *Int. J. Cancer*, 126, 2700-15.
40. Bataille, P. (2004). Un cancer et la vie : les malades face à la maladie. Ed. Balland.
41. Batt, M., Trognon, A., Rivasseau-Jonveaux, T., Vernant, D., Jonveaux, P. (2014). Dialogical History of a Logical Fallacy Spontaneously Produced During a Preventive-Medicine Consultation. Role of the causal connective *Puisque* in a discussion. *Journal of Pragmatics*, 61, 120-141.
42. Batt, M., Trognon, A. (2012). Etude d'un Jeu de Dialogue Professionnel. Le Conseil Génétique en Médecine Prédictive. Nancy : PUN.

43. Batt, M. (2012). Une Théorie de l'Analyse des Jeux d'Interactions Langagières. Mémoire pour l'obtention de l'HDR (dir. A. Blanchet).
44. Batt, M., Luporsi, E., Trognon, A., Laux, J., Michel, M. (2006). Etude exploratoire des propriétés communicationnelles de la consultation d'oncogénétique. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2 (8), 1-5.
45. Batt, M., Luporsi, E., Trognon, A., Laux, J. (2005). Contexte interlocutoire de l'appropriation subjective des probabilités en oncogénétique. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4, 285-287.
46. Beck, F., Gautier, A., (2012). dir. Baromètre cancer 2010. Saint-Denis: *Inpes, coll. Baromètres santé*.
47. Begley, A., Blackwood, B. (2000). Truth-telling versus hope: a dilemma in practice. *Int J Nurs Pract*, 6, 26-31.
48. Benítez, M.A., Castañeda, P., Gimeno, V., Gómez, M., Duque, A., Pascual, L., ... Torrubia, P. (2001). Documento de Consenso SECPAL-semFYC: Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. *Atención Primaria*, 27(2), 123-126.
49. Benony, H., Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
50. Benslama, F. (2005). De la responsabilité de l'annonce. In 7^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse : violence de l'annonce, violence du dire. *Etudes freudiennes, hors-série*, 67-74.
51. Benveniste, E. (1966). L'appareil formel de l'énonciation. In *Problèmes de linguistique générale*. Paris : Gallimard.
52. Benveniste, E. (1996). « De la subjectivité dans le langage » in *Problèmes de linguistique générale*, 1, Paris, Gallimard [1958].
53. Bergeret, J. (1995). Psychologie pathologique. Abrégé Masson.
54. Bergot, L., Cuchard, S., Mazeaud, S., Magro, E., Seizeur, R. (2014). Le rôle infirmier dans l'annonce d'une tumeur cérébrale. *Soins*, 789, 19-21.
55. Bergson, H. (1934/2011), Le possible et le réel. PUF. Collection : Quadrige Grands textes.
56. Bernicot, J., Trognon, A. (2002). Aspects pragmatiques du langage, de la communication et de la cognition : état des recherches et perspectives, dans Bernicot (J.), Trognon (A.), Guidetti (M.), Musiol (M.), (Eds.), Pragmatique et psychologie, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 13-32.
57. Berthelard, N. (2008). L'annonce des mauvaises nouvelles en cancérologie : un dilemme éthique, un travail d'équipe. *Ethique et santé*, 5, 179-85.
58. Bettevy, F., Dufranc, C., Hofman, G. (2006). Critères de qualité de l'annonce du diagnostic: point de vue des maladies et de la Ligue nationale contre le cancer. *Risques et Qualités*, 2, 67-72.
59. Blanchet, A., Ghiglione, R., Massonnat, J., Trognon, A. (1987/2000). Les techniques d'enquête en sciences sociales. Paris : Dunod.
60. Blanchet, A. (1989). Les relances de l'interviewer dans l'entretien de recherche : leurs effets sur la modalisation et la déictisation du discours de l'interviewé. In: *L'année psychologique*, 89 (3), 367-391.

61. Blanchet, A., Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes*. Paris : Nathan.
62. Blanchet, A., Nathan, T., Ionescu, S., Zadje, N. (1998). *Psychothérapies*. Paris : O. Jacob.
63. Blanchet, A. (2013). *Dire et faire dire : l'entretien*. Paris : Armand Colin.
64. Blumer, H (1969). *Symbolic Interactionism*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
65. Boele, F. W., Heimans, J. J., Aaronson, N. K. et al. (2013). Health-related quality of life of significant others of patients with malignant CNS *versus* non-CNS tumors: a comparative study. *J Neurooncol*, 115, 87–94.
66. Boele, F. W., Hoeben, W., Hilverda, K. et al. (2013). Enhancing quality of life and mastery of informal careinvers of high-garde glioma patients: a randomized controlled trial. *J. Neurooncol*, 111, 303-11.
67. Bonfils, S. (1978). L'homme guéri et les avatars de la guérison. In *L'idée de guérison (Collectif)*. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 17, Gallimard.
68. Boulé, R., Girard, G. (2005). L'annonce d'une mauvaise nouvelle. In: *Richard C., Lussier MT (eds). La communication professionnelle en santé. Editions du renouveau pédagogique Inc. (ERPI), Saint-Laurent, 267-89.*
69. Bourquin, C., Orsini, S., Singy, P., et al. (2013). Perspectives of clinicians on training needs in end-of-life communication: first results. Poster presentation.
70. Bourquin, C., Orsini, S., Krenz, S., et al. (2014). Développement d'une formation intensive brève à la communication de fin de vie. Poster presentation.
71. Bourquin, C., Stiefel, F., Bernhard, J., et al. (2014). Mandatory communication skills training for oncologists: enforcement does not substantially impact satisfaction. *Support Care Cancer*, 22, 2611-14.
72. Bracops, M. (2010). *Introduction à la pragmatique*. Paris, 2ème edition, Ed. Duculot.
73. Bredart, A. et al. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol*, 17, 351-354.
74. Brédart, A., Dolbeault, S. (2005). Evaluation de la qualité de vie en oncologie : I – Définitions et objectifs. *Rev Francoph Psycho-Oncologie*, 1, 7-11.
75. Broca (de), A. (2004). Tension entre le savoir et le croire d'une personne face à l'annonce de la maladie. *Ethique et Santé*, 1, 42-4.
76. Brocq, H. (2006). Ethique et annonce de diagnostic. Informer ou l'art de mettre les formes. *Le Journal des psychologues*, 259, 65-69.
77. Brown, V. A., Parker, P. A., Furber, L. Thomas, A. L. (2011). Patients preferences for the delivery of bad news – The experience of a UK Cancer Centre. *European Journal of Cancer Care*, 20, 56-61.
78. Brown, R. F., Butow, P. N., Henman, M., et al. (2002). Responding to the active and passive patient: Flexibility is the key. *Health Expect*, 5, 236-245.
79. Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B. et al. (2001). *Personnalité et maladies*. Dunod.
80. Bruera, E. (2006). Process and content of decision making by advanced cancer patients. *J Clin Oncol*, 24, 1029-30.

81. Brun, D. (2005). L'impossible annonce. In 7^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse : violence de l'annonce, violence du dire. *Etudes freudiennes*, hors-série, 13-18.
82. Brun, A. (2002). Portrait. Carl Rogers. *Pratiques Psychologiques*, 1, 85-88.
83. Brundage, M. D, Feldman-Stewart, D., Cosby, R., et al. (2001). Cancer patients' attitudes toward treatment options for advanced non-small cell lung cancer: implications for patient education and decision support. *Patient Educ Couns*, 45, 149-57.
84. Buckman, R., Kason, Y. (1992). How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press.
85. Buckman R. (2007). *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Guide du professionnel de santé*. 4^{ème} Edition. Elsevier Masson. Paris.
86. Burton, M. V., Parker R. W. (1997). Psychological aspects of cancer surgery: surgeons' attitudes and opinions. *Psycho-oncology*, 6, 47-64.
87. Butow, P.N., Sharpe, L. (2013). The impact of communication on adherence in pain management. *Pain*, 154, 101-107.
88. Butow, P. N., Dowsett, S., Hagerty, R., Tattersall M. H. N. (2002). Communicating prognosis to patients with metastatic disease: what do they really want to know?. *Support Care Cancer*, 10, 161-8.
89. Butow, P. N., Kazemi, J. N., Beeney, L. J., et al. (1996). When the diagnosis is cancer: Patient communication experiences and preferences. *Cancer*, 77, 2630-2637.
90. Caillibotte-Melchior, S. (2006). La tumeur cérébrale : un cancer pas comme les autres. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2, 129-135.
91. Caillibotte-Melchior, S. (2001). Vécu psychologique de patients atteints d'oligodendrogliomes. *Revue Neurologie française*, 157 (4), 450-452.
92. Caïn, A., (1988). « L'impossibilité d'une psychogenèse du cancer », *Psychologie Médicale*, 20 (9), 1325-7.
93. Camhi, B., Moumjid, N., Brémond, A. (2004). Connaissances et préférences des patients sur le droit à l'information médicale : enquête auprès de 700 patients dans un centre régional de lutte contre le cancer. *Bull Cancer*, 91, 977-84.
94. Candie, L. (2002). Truth telling and advance planning at the end of life: problems with autonomy in a multicultural world. *Fam Syst Health*, 20, 213-28.
95. Canguilhem, G. (1975). « Le droit à la mort », entretien radiophonique avec Henri Péquignot, 14 octobre 1975.
96. Canguilhem, G. (2002). *Ecrits sur la médecine*, Paris : Seuil.
97. Caron, R. (2008). L'annonce d'un diagnostic de cancer: quels enjeux psychiques?. *Ethique et santé*, 5, 186-91.

98. Carretier, J., Fervers, B. (2008). Pour un partage du savoir et la construction d'une nouvelle relation entre les malades et leurs proches. In *Bacqué MF, ed. Les vérités du cancer. Partager l'information, installer la relation. Collection « Psychooncologie »*. Paris : Édition Springer, 77-94.
99. Casarett, D. J., Quill, T. E. (2007). « I'm not ready to hospice »: strategies for timely and effective hospice discussions. *Ann Intern Med*, 146, 443-9.
100. Catt, S., Chalmers, A., Fallowfield, L. (2008). Psychosocial and supportive-care needs in high-grade glioma. *Lancet Oncol*, 9(9), 884-91.
101. Cattan, S. (2004). Entendre l'annonce du cancer : le vécu des patients restitués aux praticiens. *Ethique et Santé*, 1, 116-19.
102. Cauquelin, A. (1990). Aristote : le langage. PUF.
103. Caverni, J. P. (2005). « Ethique de l'information : informer le sujet, n'est-ce pas risquer d'en faire un objet ? ». In *7^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse : violence de l'annonce, violence du dire. Etudes freudiennes, hors-série*, 59-66.
104. Cegala, D. J., McClure, L., Marinelli, T. M., Post, D. M. (2000). The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. *Patient Educ Counc*, 41, 209-22.
105. Centeno, C., Hernandez, S., Flores, L. A., Sanz, A., López-Lara, F. (2000). Programas de cuidados paliativos en España. *Medicina Paliativa*, 2.
106. Centeno, C., Núñez, J. M. (1998). Estudios sobre la comunicación del diagnóstico del cáncer en España. *Medicina Clínica* 110(19), 744-750.
107. Charolles, M. (2002). La référence et les expressions référentielles en français, Paris, Ophrys.
108. Cherny, N. (2011). Factors influencing the attitudes and behaviors of oncologists regarding the truthful disclosure of information to patients with advanced and incurable cancer. *Psycho-Oncology*, 20, 1269-1284.
109. Chierchia, G. (2004). Scalar Implicatures, polarity phenomena, and the syntax/pragmatics interface. Dans A. Belletti (Ed.), *Structures and beyond*. Oxford : Oxford University Press.
110. Chiland, C. (1997). L'entretien clinique. Paris: PUF.
111. Clark, H., Murphy, G. (1982). La visée vers l'auditoire dans la signification et la référence. *Bulletin de psychologie*, 35, 767-776.
112. Clark, H., Schaefer, E. (1987). Concealing one's meaning from overhearers, *Journal of Memory and Language*. 26, 209-225.
113. Clark, H., Wilkes-Gibbs, D. (1986). Referring as a collaborative process, *Cognition*, 22, 1-39.
114. Clark, H., Bangerter, A. (2004). Changing conceptions of reference, In *Noveck (I.), Sperber (D.), Experimental pragmatics. Basingstoke, England, Palgrave Macmillan*, 25-49.
115. Clayton, J. M., Butow, P. N., Arnold, R. M., Tattersall, M. H. (2005). Discussing end-of-life issues with terminally ill cancer patients and their carers: a qualitative study. *Support Care Cancer*, 13, 589-99.

116. Clément-Hryniewicz, N. (2008). Quand le mot cancer fait trauma : réflexions autour de l'annonce diagnostique de cancer. *Psycho-Oncologie*, 2, 44-48.
117. Cohen, L., Baile, W. F., Henninger, E. et al. (2002). Physiological and psychological effects of delivering medical news using a simulated physician-patient scenario. *J Behav Med*, 5, 459-71.
118. Colen, C. B., Allcut, E. (2012). Quality of life and outcomes in glioblastoma management. *Neurosurg Clin N AM*, 23, 507-13.
119. Comet, B., Bibault, J. E. (2009). Les gliomes en pratique. *Soins*, 733, 36.
120. Corcos, M., Speranza, M. (2003). *Psychopathologie de l'alexithymie*. Coll.: Psychothérapies, Dunod.
121. Cramer, P. (1991). The development of defense mechanisms. Theory, research, and assessment. Springer-Verlag.
122. Crawley, L. M., Marshall, P. A., Lo, B., et al. (2002). Strategies for culturally effective end-of-life care. *Ann Intern Med*, 136, 673-679.
123. Cutica, I., Mc Vie, G., Pravettoni, G. (2014). Personalised medicine : The cognitive side of patients. *European Journal of Internal Medicine*, 25, 685-688.
124. Dauchy, S., Bendrihen, N. (2008). L'annonce du cancer bronchique. *Revue de Pneumologie clinique*, 64, 112-117.
125. Davidson, R. et al. (2005). Cancer patients' satisfaction with communication, information and quality of care in a UK region. *Eur J Cancer Care*, 14, 83-90.
126. Davies, E. et al. (2005). Views of bereaved relatives about quality of survival after radiotherapy for malignant cerebral glioma. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 76, 555-561.
127. Davies, E. et al. (2003). Communication, information and support for adults with malignant cerebral glioma: a systematic literature review. *Support Care cancer*, 11, 21-29.
128. Davies, E. et al. (1997). Good practice in the management of adults with malignant cerebral glioma: clinical guidelines. Working Group, Royal college of Physicians. *Br J Neurosurg*, 11, 318-330.
129. Davies, B., Reimer, J. C., Martens, N. (1994). Family functioning and its implications for palliative care. *Journal of Palliative Care*, 10(1), 29-36.
130. Davies, E. et al. (1996). Malignant cerebral glioma: perspectives of patients and relatives on the value of radiotherapy. *BMJ*, 313, 1512-1516.
131. Davis, M. E., Stoiber, A. M. (2011). Glioblastoma multiforme: enhancing survival and quality of life. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(3), 291-7.
132. De Bonis, M. (2001). Emotions, expressions faciales et primitives iconiques. Colloque international. Grenoble.
133. Debray, R. (1992). Vie et mort de l'image. Gallimard.

134. Deccache, A., Van Ballekom, K. (2010). From patient compliance to empowerment and consumer's choice : evolution or regression ? An overview of patient education in French speaking European countries. *Patient Educ Couns*, 78, 282-7.
135. Delaporte, C. (2001). Dire la vérité au malade, Odile Jacob.
136. Del Vento, A., Bavelas, J., Healing, S., MacLean, G., Kirk, P. (2009). An experimental investigation of the dilemma of delivering bad news. *Patient Education and Counseling*, 77, 443-449.
137. Del Volgo, M. J. (1997). L'instant de dire. Erès, Actualités de la psychanalyse.
138. Del Volgo, M. J (1997). La douleur du malade, Erès, Toulouse.
139. Delvaux, N., Razavi, D., Marchal, S. et al. (2004). Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. *Br J Cancer*, 90, 106-14.
140. Delvaux, N., Merckaert, I., Razavi, D., Lienard, A. (2008). Communication soignant-soigné : généralités. In : Razavi D., Delvaux N., Précis de psycho-oncologie de l'adulte. Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 189-224.
141. Denis, I. et al. (2005). 7^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse : violence de l'annonce, violence du dire. *Etudes freudiennes*, hors-série, 19-25.
142. Dennett, D. C. (1987). The Intentional Stance. Bradford Books : MIT Press.
143. Derzelle, M. (2007). Fatigues et métamorphoses de l'image du corps chez les patients atteints de cancer : entre replis du corps et nécessaire travail de la dépression. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 1(1), 13-8.
144. Desauw, A., Christophe, V., Antoine, P., Cattan, S. (2009). Quelle perception les praticiens ont-ils de l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie ? Analyse qualitative du vécu et des stratégies de régulation émotionnelle. *Psycho-Oncologie*, 3, 134-139.
145. Deschamps, D. (1997). *Psychanalyse et cancer*. Paris : L'Harmattan.
146. De Vries, A. M. M., Roten (de), Y., Meystre, C., et al. (2014). Clinician characteristics, communication and patient outcome in oncology : a systematic review. *Psychooncology*, 23, 375-81.
147. Dias, L., Chabner, B. A., Lynch, T. J., Penson, R. T. (2003). Breaking bad news : a patient's perspective. *Oncologist*, 8, 587-96.
148. Diatkine, G. (2001/3). " De la vieillesse, à la mort. Point de vue d'un usager " de H. Danon-Boileau. *Revue française de psychanalyse*, 65, 913-915.
149. Dirven, L., Reijneveld, J. C., Aaronson, N. K. et al. (2013). Health-related Quality of Life in Patients with Brain Tumors: Limitations and Additional Outcome Measures. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 13, 359-68.
150. Die-Trill, M. (1998). The patient from a different culture. In: Holland JC, Ed. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press, 857-66.

151. Die Trill, M., Kovalcik, R. (1997). The child with cancer. Influence of culture on truth-telling and patient care. *Ann NY Acad Sci*, 809, 197-210.
152. Dolbeault, S., Brédart, A. (2010). Difficultés de l'annonce du côté des professionnels et de leurs patients : quels obstacles à la communication et quels recours possibles ? *Bull Cancer* 97, 1183-94.
153. Ducrot, O. (1969). Présupposés et sous-entendus. *In: Langue française*. N°4, La sémantique, 30-43.
154. Dravet, F., Dejode, M., Laib, N., Bordes, V., Jaffre, I., Classe, J.-M. (2010). Evaluation d'un dispositif d'annonce et d'information adapté à la reconstruction mammaire en cancérologie. *Annales de chirurgie plastique esthétique*, 55, 553-560.
155. Ducray, F., Dutertre, G., Ricard, D. *et al.* (2010). Actualités dans la biologie, l'imagerie et le traitement des gliomes de l'adulte. *Bull Cancer*, 97(1), 17-36.
156. Duhamel, F. (2007). Une approche systémique en soins infirmiers. Québec : 2^{éd.} Gaëtan Morin Éditeur.
157. Eggly, S., Penner, L., Terrance, L. *et al.* (2006). Discussing Bad News in the Outpatient Oncology Clinic: Rethinking Current Communication Guidelines. *Jal of Clinical Oncology*, 24(4), 716-719.
158. Eggly, S., Albrecht, T. L., Penner, L. A. *et al.* (2005). Delivering bad news to patients in the oncology setting: A challenge to current guidelines. *American Psychosocial Oncology Society Second Annual Meeting*, Phoenix, AZ, January 27-29.
159. Elkin, E. B., Kim, S. H., Casper, E. S., Kissane, D. W., Schrag, D. (2007). Desire for information and involvement in treatment decision: elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. *J Clin Oncol*, 25, 5275-80.
160. Elwyn, T. S., Fetters, M. D., Sasaki, H. *et al.* (2002). Responsibility and cancer disclosure in Japan. *Soc Sci Med*, 54, 281-293.
161. Emmanuel, J., Emmanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267, 2221-26.
162. Estape, J., Palombo, H., Hernandez, E. *et al.* (1992). Cancer diagnosis disclosure in a Spanish hospital. *Ann Oncol*, 3, 451-4.
163. Estival, C. (2009). Corps, imagerie médicale et relation soignant-soigné. Etude anthropologique au centre de cancérologie. Ed. Seli arslan.
164. Fainzang, S. (2006). La relation médecins-malades : information et mensonges, Paris : PUF.
165. Fallowfield, L., Ford, S., Lewis, S. (1995). No news is not good news: information preferences of patients with cancer. *Psychooncology*, 4, 197-202.
166. Fallowfield, L., Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*, 363, 312-319.
167. Fallowfield, L., Jenkins, V. (2006). Current concepts of communication skills training in oncology. *Recent Results Cancer Res*, 168, 105-12.

168. Fang, F., Fall, K., Mittleman, M. A. et al. (2012). Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med.*, 5, 366(14), 1310-8.
169. Faulkner, A. (1992). Effective interaction with patients. Edinburgh: Churchill Livingstone.
170. Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun, C. S. et al. (1993). Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 681-9.
171. Fawzy, F. I., Canada, A. L., Fawzy, N. W. (2003). Malignant melanoma: effects of a brief, structures psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-years follow-up. *Arch Gen Psychiatric*, 60, 100-3.
172. Fenichel, O. (1987). La théorie psychanalytique des névroses, PUF.
173. Ferenczi, S. (1932). Confusion de langue entre les adultes et les enfants. Payot, 2004.
174. Ferrey, G., Le Goues, G. (1993). Psychopathologie du sujet âgé. Paris : Masson.
175. Flechl, B., Ackerl, M., Sax, C. et al. (2012). Neurocognitive and sociodemographic functioning of glioblastoma. *J Neurooncol*, 109, 331-9.
176. Fillietaz, L. (1997). Des enjeux actionnels dans les interactions verbales : une définition de la dimension référentielle du discours, *Cahiers de linguistique française*, 18, 34-67.
177. Finset, A., Ekeberg, O., Eide, H., et al. (2003). Long term benefits of communication skills training for cancer doctors. *Psychooncology*, 12, 686-93.
178. Flies-Trieves, M. (2005). L'annonce, 7^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse : violence de l'annonce, violence du dire. *Etudes freudiennes*, hors-série, 287-288.
179. Foucault, M. (1990). L'ordre du discours, Gallimard.
180. Fournier, et al. (1999). L'annonce de la mauvaise nouvelle en cancérologie. *Médecine légale hospitalière*, 2, 69-70.
181. Franckel, J. J. (1998). Référence, référenciation et valeurs référentielles. *Sémiotique*, 15.
182. Frankel, R. M., Stein, T. S. (1999). Getting the most out of the clinical encounter : the Four Habits Model. *Permanente J*, 3, 79-83.
183. Frankel, R. M., Stein, T. S., Krupat, E. (2003). The four habits approach to effective clinical communication. Kaiser Permanente Northern California Region : Physician Education & Development.
184. Fraser, K., Huffman, J., Ma, I., et al. (2014). The emotional and cognitive impact of unexpected simulated patient death : a randomized controlled trial. *CHEST*, 145, 958-63.
185. Frege, G. (1892). *Ecrits logiques et philosophiques* (réédition traduite par Cl. Imbert), Paris, Seuil, 1971.
186. Freud, S. (1915). Considérations actuelles sur la guerre et la mort. In : *Essais de psychanalyse*. Payot (réédition 1971), Paris.
187. Freud, S. (1926). « Psychanalyse et médecine » In *Ma vie et la psychanalyse*. Paris : Gallimard, 1972, 95-184.

188. Freud, S. (1905). De la psychothérapie. In *La Technique psychanalytique*, trad. Fr. A. Berman, P.U.F., Paris, 1981.
189. Freud, S. (1900). L'interprétation du rêve. PUF, Quadrige, 2010.
190. Freud, S. (1900). La technique psychanalytique. PUF, Quadrige, 2010.
191. Freud, S. (1923). « Le moi et le ça » [Das Ich und das Es, 1923b], in *Laplanche J. (ed.), Œuvres complètes*, tome 16, PUF, 1991, 255-301.
192. Freud, S. (1909). Cinq psychanalyses. Paris, PUF, 1981.
193. Freud, S. (1919). « L'inquiétante étrangeté ». In *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Gallimard, Paris : 1985, 209-263.
194. Freud, S. (1917). Trauer und Melancholie. In *Freud, A., Bibring, E., Hoffe, r W., Kris, E., Isakower, O. (eds), Gesammelte Werke*, Vol 10, London: Imago.
195. Freud, S. (1896). Lettre 52 à W. Fliess. In *Freud S. Lettres à Wilhem Fliess*. PUF, Vendôme, 2006.
196. Frick, E. (2006). L'accompagnement des malades cancéreux. *Études*, 11(405), 485-95.
197. Fujimori, M., Uchitomi, Y. (2009). Preferences of Cancer Patients Regarding Communication of Bad News: A Systematic Literature Review. *Jpn J Clin Oncol*, 39(4), 201-216.
198. Fujimori, M., Akechi, T., Morita, T., Inagaki, M., Akizuki, N., Sakano, Y. et al. (2007). Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology*, 16, 573-81.
199. Fujimori, M., Akechi, T., Akizuki, N., Okamura, M., Oba, A., Sakano, Y. et al. (2005). Good communication when receiving bad news about cancer in Japan. *Psychooncology*, 14, 1043-51.
200. Gaba, D. (2013). Simulations that are challenging to the psyche of participants. How much should we worry and about what ? *J Soc Simul Healthe*, 8, 4-7.
201. Ganem, G., Krakowski, I., Rixe, O., Batt, M., Brocvielle, A.-L. (2010). Prise en charge initiale : résultats des enquêtes CPRIM sur le ressenti et les attentes de 2 583 patients (hors centres de lutte contre le cancer). *Bulletin du Cancer*, 97(10), 1153-1162.
202. Gargiulo, M. (2005). L'annonce d'un diagnostic grave. *Neurologie*, 45, 19-21.
203. Gazdar, G. (1979). Pragmatics. New York : Academic Press.
204. Geoffroy, M. (2007). Un bon médecin. Paris: La Table Ronde.
205. Geoffroy, M. (2004). La patience et l'inquiétude. Paris : Romillat.
206. Giovagnoli, A. R., Silvani, A., Colombo, E., Boiardi, A. (2005). Facets and determinants of quality of life in patients with recurrent high grade glioma. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 76, 562-8.
207. Girgis, A., Sanson-Fisher, R. W. (1995). Breaking bad news: Consensus guidelines practitioners. *J Clin Oncol*, 13, 2449-56.
208. Ghiglione, R., Trognon, A. (1993). Où va la pragmatique? De la pragmatique à la psychologie sociale, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

209. Glowinski, J. (2005). « Evidence-Based Medecine et malaise compassionnel du médecin ». In 7^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse : violence de l'annonce, violence du dire. Etudes freudiennes, hors-série, 373-380.
210. Goffman, E. (1986). La condition de félicité. In: *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 65. La construction sociale de l'économie, 87-98.
211. Goffman, E., (1974), *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit (trad. de l'anglais : *Interactional Ritual : essays on face to face behavior*. New York, Garden City, 1967.
212. Goffman, E. (1973). La mise en scène de la vie quotidienne. Vol. 1. La présentation de soi, Paris : Minuit.
213. Gómez, M. (2001). Information y comunicaión: Cómo dar malas noticias. *Medicina Paliativa*, 8 (1).
214. Gordon, E. J., Daugherty, C. K. (2003). "Hitting you over the head": oncologists' disclosure of prognostis to advanced cancer patients. *Bioethics*, 17, 142-68.
215. Gordon, D. R. (1994). The Ethics of Ambiguity and Concealment Around Cancer. In Benner, P. *Interpretive Phenomenology : Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness*, 279-322, Thousand Oaks: Éd. Sage publications Ltd.
216. Gory, R., Del Volgo, M. J. (2005). La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence. Paris : Denoël.
217. Gory, R. (2004). Le corps exproprié, In P. Ben Soussan (dir.), *Le cancer. Approche psychodynamique chez l'adulte*. Ramonville-Saint-Agnes, Erès, 17-30.
218. Grassi, L., Giraldi, T., Messina, E. G. et al. (2000). Physicians',attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. *Support Care Cancer*, 8, 40-5.
219. Grice, P. (1975). Logic and conversation, Syntax ans semantics, vol III, Speech Acts, ed. Par P. Cole et J.L. Morgan, Academic Press Inc, 41-58.
220. Grice, H.-P. (1979). Logique et conversation. *Communications*, 30, 57-72.
221. Guex, P. (2014). La communication du cancer. *Rev Francoph. Psycho-Oncol*, 8(4), 189.
222. Guilbert, P., Peretti-Watel, P., Beck, F., Gautier, A. (2006). Baromètre cancer 2005. Saint-Denis: INPES coll. Baromètres santé.
223. Guillou, P. (2008). Le médecin généraliste, le cancer et la vérité. In : *Bacqué M.F. (ed) Les vérités du cancer*. Springer-Verlag.
224. Guirimand, N., Besson, C., Benoît, G. et al. (2011). Les impacts du dispositif d'annonce du diagnostic de cancer sur l'organisation des services hospitaliers et le travail des soignants. In : *Bacqué M.F. (ed). Annoncer un cancer : diagnostic, traitements, rémission, rechute, guérison, abstention*. Springer-Verlag.
225. Guiu, S., Taillibert, S., Chinot, O, Taillandier, L. et al. (2009). Intérêt de l'association bévacizumab/irinotécan dans le traitement des glioblastomes. Une étude multicentrique de l'ANOCEF. *Rev Neurol*, 165, 516-518.

226. Gumperz, J. (1989). *Engager la conversation, introduction à la sociolinguistique interactionnelle*, Paris : Minuit.
227. Gumperz, J., Hymes, D. (1972). *Directions in sociolinguistics : The Ethnography of Communication*, New-York : Holt, Rinehart and Winston.
228. Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel*, 2 vol., Paris, Seuil.
229. Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. M., Lobb, E. A., Pendlebury, S. C., Leighl, N. et al. (2005). Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol*, 23, 1978-88.
230. Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. M., Dimitry, S., Tattersall, M. H. (2005). Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature. *Ann Oncol*, 16, 1005-53.
231. Hamidou, Z., Dabakuyo, T. S., Bonnetain, F. (2011). Impact of response shift on longitudinal quality-of-life assessment in cancer clinical trials. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res*, 11(5), 549-59.
232. Hallenbeck, J., Arnold, R. (2007). A request for nondisclosure: Don't tell mother. *J Clin Oncol*, 25, 5030-4.
233. Harendt, A. (1994). *La crise de la culture*, Paris, Folio Gallimard.
234. Haute Autorité de Santé (2008). *Annoncer une mauvaise nouvelle*.
235. Haute Autorité de Santé (2012). *Recommandations de bonne pratique. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé*. INCa.
236. Haute Autorité de Santé (Octobre 2013). *Etat des lieux : patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impacts de la « décision médicale partagée »*. Service Bonnes pratiques professionnelles.
237. Haute Autorité de Santé (Novembre 2010). *Guide – Affection de longue durée – ALD 30 – Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer primitif du système nerveux central de l'adulte*, 14-15
238. Heinrich, P. (2012). The role of the actor in medical education. In : Kissane D. W., Bultz B. D., Butow P. N. et al. (eds) *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*.
239. Helft, P. R. (2005). Necessary collusion : prognostic communication with advanced cancer patients. *J Clin Oncol*, 23, 3146-50.
240. Herzlich, C., Augé, M. (2000). *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, *Archives contemporaines*.
241. Herzlich, C., Pierret, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*. Payot, Paris.

242. Hocquet-Berg, S., Py, B. (2006). *La responsabilité du médecin*. Collection droit professionnel. Heures de France.
243. Hoerni, B., Rouëssé, J. (2014). *Le dictionnaire des cancers d'Hippocrate à nos jours*. Ed. Frison-Roche.
244. Hoerni, B. (2008). *La relation médecin-malade. L'évolution des échanges patient-soignant*. Editions Imothep MS.
245. Hoerni, B. (2004). Annoncer de « mauvaises nouvelles » en cancérologie. *Bull Cancer*, 91, 805-7.
246. Hoerni B., Bénézech M. (1993). *L'information en médecine*. Paris, Masson.
247. Holland, J. C., Almanza, J. (1999). Giving bad news. *Cancer*, 86, 738-40.
248. Holland, J. C., Geary, N., Marchini, A., Tross, S. (1987). An international survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer Invest*, 5, 151-4.
249. Horn, L. (1972). *On the Semantic Properties of Logical Operators in English*, PhD dissertation, UCLA.
250. Horn, L. (1989). *A Natural History of Negation*. Chicago : University of Chicago Press.
251. Horn, L., Ward, G. (2006). *Handbooks of pragmatics*. Oxford: Blackwell.
252. Hottinger, A. F., Stupp, R. (2008). Stratégies thérapeutiques pour le traitement des gliomes. *Revue neurologique*, 64, 523-530.
253. Hudson, P., McMurray, N. (2002). Intervention development for enhanced lay palliative caregiver support – the use of focus groups. *European Journal of Cancer Care*, 11, 262-270.
254. Hureaux, J., Berton, J., Dubray, L., et al. (2012). *Rapport de mission – Etat de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé*. HAS, Saint-Denis La Plaine. Disponible à partir de URL : http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf
255. INCa. (2015). © Les cancers en France en 2014, Les données, ouvrage collectif, Boulogne-Billancourt, janvier 2015.
256. INCa (2015). © Plan cancer 2014-2019 : Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Coll. Documents Institutionnels.
257. INCa (2014). © Les cancers en France, Les Données.
258. INCa (2012). © Étude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011.
259. INCa (2010). © Plan cancer 2009-2013. Coll. Documents Institutionnels.
260. INCa. (2010). © La situation du cancer en France en 2010. Collection Rapports & synthèses, ouvrage collectif.
261. INCa (2005). © Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé.
262. INCa (2004). © Plan cancer 2003-2007 : Cancer : le plan de mobilisation nationale. Coll. Documents Institutionnels.

263. Ionescu, S., Jacquet, M.-M., Lhote, C. (2012). Les mécanismes de défense : théorie et clinique. Paris : Armand Colin.
264. Ishikawa, H., Takayama, T., Yamazaki, Y., et al. (2002). The interaction between physician and patient communication behaviors in Japanese cancer consultations and the influence of personal and consultation characteristics. *Patient Educ Couns*, 46, 277-85.
265. Israël, L. (2005). Le médecin face au désir. Paris : Erès.
266. Israël, L. (1968). Le médecin face au malade. Bruxelles. Dessard.
267. Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R. et al. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning : a BEME systematic review. *Med Teach*, 27(1), 10-28.
268. Jacobi, B. (1995). *Cent mots pour l'entretien clinique*. Paris : Eres.
269. Jankélévitch, V. (1966). *La mort*. Paris : Flammarion.
270. Jankélévitch, V. (1957). *Le je-ne-sais-quoi et le presque-rien*. Paris, PUF.
271. Jakobson, R. (1981). *Eléments de linguistique générale* (1 et 2). Éditions de Minuit, Collection Double.
272. Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale*, I. Les fondations du langage, Paris : Minuit.
273. Jodelet, F. (1972). L'association verbale, in *Traité de Psychologie Expérimentale VIII*, Paris, PUF, 97-153.
274. Johnson, K. R. S. (1998). Ethnocultural influences in cancer. *J Clin Psychol Med Settings*, 3, 357-64.
275. Juranville, A. (2004). Réflexion psychanalytique sur les soins palliatifs. In: *Revue psychanalyse à l'Université*, 19, 75, 43-64.
276. Kagawa-Singer, M., Blackhall, L. J. (2001). Negotiating cross-cultural issues at the end of life: "You got to go where he lives. *JAMA*, 286, 2993-3001.
277. Kalampalikis, N. (2003). L'apport de la méthode ALCESTE dans l'analyse des représentations sociales. In *Méthodes d'étude des représentations sociales*, sous la direction de Jean-Claude Abric, Paris, Editions Erès, 147-163.
278. Kalber, B. (2009). Breaking bad news – whose responsibility is it ?. *European journal of cancer care*, 18, 330.
279. Keller, P. (2005). « Iatrogénie de l'annonce en médecine ». In *7^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse : violence de l'annonce, violence du dire*. Etudes freudiennes, hors-série, 203-210.
280. Kemeny, M. E., Miller, G. (1999). Effects of psychosocial interventions on the immune system. In Schedlowski TUE SM, editor. *Psychoneuroimmunology. An interdisciplinary introduction*. New-York: Kluwer Academics/Plenum Publishers.
281. Kendon, A. (1980). Gesticulation and speech: two aspects of the process of utterance. In M. R. Key (Ed.), *Relationship of verbal and communication*, 207-227. The Hague: Mouton.
282. Kerbrat-Orecchioni, C. (2001). *Les actes de langage dans le discours. Théorie et fonctionnement*, Paris, Nathan Université.

283. Kerbrat-Orecchioni, C. (1995). Où sont les actes de langage ?. L'information grammaticale, 66, 5-13.
284. Kerbrat-Orecchioni, C. (1990). Les interactions verbales. Paris : Armand Colin.
285. Kilburger, E. (2012). L'annonce du diagnostic de maladie grave en médecine générale : représentations du patient sain et attentes envers le médecin généraliste. Thèse pour obtenir le grade de Docteur en médecine, Université de Lorraine.
286. King, D. A., Quill, T. (2006). Working with families in palliative care: One size does not fit all. *Journal of palliative medicine*, 9(3), 704-715.
287. Kirk, P., Kirk, I., Kristjanson, L. J. (2004). What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told?. A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ*, 328, 1343-7.
288. Kissane, D. W., Bylund, C. L., Banerjee, S. C., et al. (2012). Communication skills training for oncology professionals. *J Clin Oncol*, 30, 1242-7.
289. Kitamura, T. (2005). Stress-reductive effects of information disclosure to medical and psychiatric patients. *Psychiatric Clin Neurosci*, 59, 627-33.
290. Kleiber, G. (1997). Sens, référence et existence, *Langages*, 127, 9-37.
291. Koenig, R. R. (1969). Anticipating death from cancer – physician and patient attitudes. *Mich Med*, 68, 899-905.
292. Komatsu, H. (2010). Oncology Certified Nurse Specialist in Japan. *Jpn J Clin Oncol*, 40 (9), 876-880.
293. Kübler-Ross, E. (1984). *Vivre avec la mort et les mourants*. Editions du Rocher. Paris.
294. Kübler-Ross, E. (1975). *La mort : dernière étape de la croissance*, Montréal, Québec-Amérique.
295. Kvale, E. A., Murthy, R., Taylor, R. *et al.* (2009). Distress and quality of life in primary high-grade brain tumor patients. *Support Care Cancer*, 17, 793-9.
296. Laborit, H. (1976). *La mort*. In *Eloge de la fuite*, Paris, Robert Laffont.
297. Lacan, J. (1966). *Propos sur la causalité psychique*, In *Ecrits*, Ed. du seuil, Paris, 51-193.
298. Lacan, J. (1966). *L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud*, In *Ecrits*, Paris, Seuil.
299. Lamont, E. B., Christakis, N. A. (2001). Prognostic disclosure to patients with cancer near the end of life. *Ann Intern Med*, 134, 1096-1105.
300. Lamperti, E., Pantaleo, G., Finocchiaro, C. Y., Silvani, A., Botturi, A., Gaviani, P., Sarno, L., Salmaggi, A. (2011). Recurrent brain tumour: the impact of illness on patient's life. *Support Care Cancer Online*.
301. Lanfroy, R., Busch, E, Colmar, K. Taillandier, L. et al. (2010). Intérêt et nature de la prise en charge dite psychologique du patient et son entourage dans le suivi hospitalier des tumeurs du système nerveux. À propos de l'expérience d'une équipe dédiée. *Psycho-Oncol*, 4, 72-83.
302. Langbecker, D., Janda, M. (2015). Systematic review of interventions to improve the provision of information for adults with primary brain tumors and their caregivers. *Front. Oncol*, 5, 1.

303. Laplantine, F. (1986/1996). L'anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentation étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine. Payot, coll. Bibliothèque scientifique.
304. Latimer, E. J. (1998). Ethical care at the end of life. *Can Med Assoc J*, 158, 1741-7.
305. Laurence, J., Kirmayer, M. D., Yung, A., Robbins, J. M. (1994). Symptom attribution in cultural perspective. *Can J Psychiatry*, 39, 584-95.
306. Layat Burn, C. (2013). Des patients acteurs dans la formation des professionnels de santé... 10 avril 2013 CESIM de Brest. Perspectives en éducation interprofessionnelle : Apprendre, enseigner et développer ensemble.
307. Lebrun, J. P. (1993). *De la maladie médicale* Paris : De Boeck Université.
308. Le Corroller-Soriano, A. G., Malavolti, L., Bataille, P. (2008). La perception de l'annonce de diagnostic et du suivi médical. in Le Corroller-Soriano, A. G., Malavolti, L., Mermilliod, C. (dir.), *La vie deux ans après le diagnostic du cancer*, La documentation française, juin 2008, 109-121.
309. Le Coz, P. (2006). Le médecin et la mort. Approches éthique et philosophique, Paris, Vuibert.
310. Lee, A., Wu, H. Y. (2002). Diagnosis disclosure in cancer patients: When the family says "no!". *Singapore Med J*, 43, 533-538.
311. Le Forestier, N. (2007). Vers une nouvelle éthique de la relation médecin malade lors de l'annonce de diagnostic de SLA ?. *Rev Neurol (Paris)*, 163 (11), 1015-1018.
312. Le Guern, M. (2004). Voltaire, Les pensées. Folio.
313. Lemaire, J. G. (2001). Un certain retour du nous dans la culture et la psychanalyse. *Dialogue* ; 154 (4), 3-10.
314. Lepol, I., Toljamo, M., Aho, R., Louet, T. (2001). Being a brain tumour patient: a descriptive study of patients' experiences. *J. Neurosci Nurs*, 33, 143-7.
315. Le Poulichet, S. (1994). L'oeuvre du temps en psychanalyse. Rivages psychanalytiques.
316. Leriche, R. (1936). De la santé à la maladie. *Encycl Fr.*, 6.
317. Levinas, E. (1991). La mort et le temps. Editions de l'Herne.
318. Levinas, E. (1982). Ethique et infini. Fayard.
319. Levinson, S. (1983). *Pragmatics*. Cambridge(MA): Cambridge University Press.
320. Levinson, S.-C. (2000). *Presumptive Meanings. The Theory of Generalized Conversational Implicature*. Cambridge (Ma) : MIT Press.
321. Levy, A., Trognon, A. (1986). Une histoire conversationnelle dans un groupe de formation. *Connexions*, 47, 19-62.
322. Levy-Soussan, M. (2012). Prélude à l'incertitude médicale. La relation thérapeutique entre autorité et incertitude, In 13^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse : Entre autorité et incertitude : moments critiques. *Etudes freudiennes*, hors-série, 79-90.

323. Levy-Soussan, M. (2005). « Annonce de soins palliatifs ». In 7^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse : violence de l'annonce, violence du dire. *Etudes freudiennes*, hors-série, 301-313.
324. Libert, Y., Reynaert, C., (2009). Les enjeux de la communication médecin-patient et l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin. *Psycho-oncologie* 3 (3), 140-146.
325. Libert, Y., Merckaert, I., Reynaert, C. et al. (2006). Does psychological characteristics influence physicians' communication styles ? Impact of physicians' locus of control on interviews with a cancer patient and a relative. *Support Care Cancer*, 14, 230-42.
326. Libert, Y., Janne, P., Razavi, D. et al. (2003). Impact of medical specialists' locus of control on communication skills in oncological interviews. *Br J Cancer*, 88, 502-9.
327. Libert, Y., Conradt, S., Reynaert, C., et al. (2001). Improving doctor's communication skills in oncology: a review and future perspective. *Bull Cancer*, 88, 1167-76.
328. Ligue contre le cancer. (1999). Les malades prennent la parole. Livre blanc des premiers États généraux des malades du cancer. éd. Ramsay.
329. Lienard, A., Merckaert, I., Libert, Y. et al. (2010). Is it possible to improve residents breaking bad news skills ? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. *Br J Cancer*, 103, 171-7.
330. Li, J., Xiang Lin, Y., Xian Hua, G., Xiao Mei, Y., Peng, J., Shi Ying, Y. (2011). Whether, when, and who to disclose bad news to patients with cancer: a survey in 150 pairs of hospitalized patients with cancer and family members in China. *Psycho-Oncology*. Online in Wiley Online Library.
331. Long, S. O., Long, B. D. (1982). Curable cancers and fatal ulcers. Attitudes toward cancer in Japan. *Soc Sci Med*, 16, 2101-8.
332. Loge, J. H., Kaasa, S. et al. (1996). Attitudes towards informing the cancer patient – a survey of norwegian physicians. *European Journal of Cancer*, 32A (8), 1344-48.
333. Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal Officiel* 2002, 5 mars.
334. Louis, D. N., Ohgaki, H., Wiestler, O. D., Cavenee, W. K., Burger, P. C., Jouvett, A., Scheithauer, B. W., Kleihues, P. (2007). « The 2007 WHO classification of tumours of the central nervous system » *Acta Neuropathol.*, 114(2), 97-109.
335. Lozachmeur-Rolland, G. (2014). Analyse linguistique des marques de la subjectivité: les relations patients/soignants/famille dans le dispositif d'annonce du cancer. Annales de l'université de Craiova.
336. Maguire, P., Faulkner, A. (1998). Communicate with cancer patients: 1 handling bad news and difficult questions. *Brit Med J*, 297, 907-909.
337. Maguire, P., Faulkner, A., Regnard, C. (1997). Annoncer les mauvaises nouvelles. In : *Guide pratique de soins palliatifs*. Paris : SPAHD, 104-10.

338. Makoul, G. (2001). The SEGUE framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*, 45, 23-34.
339. Mallinger, J. B, Griggs, J. J, Shields, C. G. (2005). Patient-centered care and breast cancer survivors satisfaction with information. *Patient Educ Couns*, 57, 342-9.
340. Malzac, P., Le Coz, P. (2006). « Qu'est-ce qu'informer ? ». Forum. L'espace éthique méditerranéen, 13.
341. Manoukian, A., Masseboeuf, A. (2001). *Pratiquer... La relation soignant soigné*. Lamarre. 2^{ème} édition. Rueil-Malmaison.
342. Marcoux, I. (2012). Etude prospective du processus communicationnel lié à l'annonce d'une maladie incurable. *Bull Cancer*, 99, 137-46.
343. Markova, I. (1990). A three-step process as a unit of analysis in dialogue. In Ivana Markova & Klaus Foppa (Eds.), *The Dynamics of Dialogue* (pp. 129-146). Springer: New York.
344. Marpsat, M. (2010). « La méthode Alceste », *Sociologie [En ligne]*, N°1, vol. 1.
345. Marzano, M. (2006). *Je consens donc je suis*. Paris : PUF.
346. Maslow, A. (1943). « A Theory of Human Motivation ». *Psychological review*.
347. Masse, L. (1999). *La communication verbale et nonverbale en situation d'entretien psychothérapeutique. Comparaison de deux types de psychothérapie : cognitive et d'inspiration psychanalytique*. Thèse de doctorat de Psychologie. Université Paris 8.
348. Massie, M. J., Holland, H. C. (1989). Overview of of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. *An Handbook of Psycho-Oncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. JC Holland y J Rowland (eds) Oxford Univ Press, NY.
349. Mauer, M., Stupp, R., Taphoorn, M. J. B. *et al.* (2007). The prognostic value health-related quality-o-life data inpredicting survival in glioblastoma cancer patients: results from an international randomised phaseIII EORCT Brain Tumour and Radiation Oncology Groups, and NCII Clinical Trials Group study. *British Journal of Cancer*, 97, 302-7.
350. McConigley, R., Halkett, G., Lobb, E., Nowak, A. (2010). Caring for someone with high-grade glioma: a time of rapid change for caregivers. *Palliat Med*, 24, 473-9.
351. McConnel, D., Butow, P. N., Tattersall, M. H. (1999). Audiotapes and letters to patients: the practice and views of oncologists, surgeons ans general practitionners. *Brit J Cancer*, 79, 1782-8.
352. McConnel, D., Butow, P. N., Tattersall, M. H. (1999). Improving the letter we write: an exploration of doctor-doctor communication in cancer care. *Brit J Cancer*, 80, 427-37.
353. McHenry, M., Parker, P. A., Baile, W. F., Lenzi, R. (2011). Voice analysis during bad news discussion in oncology: reduced potch, decreased speaking rate, and nonverbal communication of empathy. *Support Care Cancer online*.

354. Mermilliod, C., editors. (2008). *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*. Paris : Collection études et statistiques. *La documentation française*, 109-22.
355. Meunier, J., Merckaert, I., Libert, Y., et al. (2013). The effect of communication skills training on residents' physiological arousal in a breaking bad news simulated task. *Patient Educ Couns*, 93, 40-7.
356. Mezue, W. C., Draper, P., Watson, R., Mathew, B. G. (2011). Caring for patients with brain tumor: the patient and care giver perspectives. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 14(3), 368-72.
357. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (8 décembre 2008). Nouveau Plan Cancer. Installation de la commission « Grünfeld ». Disponible à partir de URL : <http://www.sante.gouv.fr/installation-de-la-commission-grunfeld-nouveau-plan-cancer.html>
358. Ministerio de sanidad y política social (2010). Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud.
359. Ministero della Salute (2010). Piano oncologico nazionale - 2010/2012.
360. Mirabel, X. (2004). C'est d'abord la confiance que l'on doit tenter de fonder. Disponible à partir de URL : <http://www.Sosfindevie.org/fdvie/parler1.htm>
361. Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image J Nurs Sch*, 22, 256-262.
362. Mitchell, G. J. (2002). Self-serving and Other-Serving : Matters of Trust and Intent. *Nursing Science Quarterly*, 15(4), 288-93.
363. Mobasheri, M. H., Johnston, M., King, D., Leff, D., Thiruchelvam, P., Darzi, A. (2014). Smartphone breast applications – What's the evidence?. *Breast*, 23, 683-9.
364. Mobeireek, A. F., Al-Kassimi, F., Al-Zahrani, K. , Al-Shimemry, A., Al-Damegh, S., Al-Amoudi, D. et al. (2008). Information disclosure and decision-making: the Middle East versus the Far East and the West. *J Med Ethics*, 34, 225-9.
365. Mobeireek, A. F., Al-Kassimi, F., Al-Majib, S. A. , Al-Shimemry A. (1996). Communication with the seriously ill: physicians' attitudes in Saudi Arabia. *J Med Ethics*, 22, 282-5.
366. Moeschler, J. (1985). *Argumentation et conversation. Eléments pour une analyse pragmatique du discours*. Paris, Hatier-Credif.
367. Moeschler, J. (1996). *Théorie pragmatique et pragmatique conversationnelle*. Paris, A. Colin.
368. Moeschler, J., Auchlin, A. (2000). *Introduction à la linguistique contemporaine*. Paris, A. Colin.
369. Moeschler, J., Reboul, A. (1994). – Dictionnaire encyclopédique de pragmatique. Paris, Ed. Du Seuil.
370. Molassiotis, A., Wilson, B., Brunton, L., Chaudhary, H., Gattamaneni, R., McBain, C. (2010). Symptom experience in patients with primary brain tumours : a longitudinal exploratory study. *Eur J Oncol Nurs*, 14, 410-6.
371. Moley-Massol, L. (2004). *L'annonce de la maladie, une parole qui engage*. DaTeBe éditions.

372. Monagle, J. F., Thomasma, D. C. (1998). « Litterature and medecine : contributions to clinical practices ». Health Care Ethics. Critical Issues for the 21st Century, Aspen Publisher.
373. Mondada, L., Dubois, D. (1995). Construction des objets de discours et catégorisation: une approche des processus de référenciation. *Travaux Neuchâtelois de Linguistique (TRANEL)*, 23, 273-302.
374. Montaigne, M. (2007). Les Essais. Gallimard, La Pléiade, Paris.
375. Montreuil, M., Doron, J. (2006). Psychologie clinique et psychopathologie. Paris : PUF.
376. Moore, P. M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M., Lawrie, T. A. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 3 :CD003751.
377. Morel, P. E. (2009). Épicure, Lettre à Ménécée. Garnier Flammarion.
378. Morin, E. (1980). La méthode. t. 2 La vie de la Vie. Paris, Seuil.
379. Mosconi, P., Meyerowitz, B. E., Liberati, M. C., Liberati, A. (1991) Disclosure of breast cancer diagnosis: patient and physician reports. GIVIO (Interdisciplinary Group for Cancer Care Evaluation, Italy). *Ann Oncol*, 2, 273-80.
380. Mottet, N., Berne-Gardette, N., Leloup, L. (2011). La consultation d'annonce : règles et application. *Progrès en urologie-FMC*, 21(4).
381. Moulin, P. (2005). Imaginaire social et cancer. *Psycho-oncol*, 4, 261-267.
382. Muñoz, C, Juarez, G, Muñoz, M. L, et al. (2008) The quality of life of patients with malignant gliomas and their caregivers. *Soc Work Health Care*, 47, 455-78.
383. Musiol, M. (2002). Les conditions de l'analyse des troubles de la pensée dans l'interaction verbale (Contribution au programme pragmatique et cognitif en psychopathologie) [HDR]. Paris: Université Paris 8.
384. Musiol, M., Trognon, A. (2000). Eléments de Psychopathologie Cognitive. Le discours schizophrène. Paris : Armand Colin.
385. Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilila, E. et al. (2004). Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Support Care Cancer*, 12, 147-154.
386. Nahum, S. (2007). Annoncer une maladie grave, l'exemple du cancer. *Presse Med*, 36, 303-7.
387. Ocaña-Riola, R., Martínez-García, C. (1999). Predicción de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer en España para el año 2000. *Atención Primaria*, 24(10), 563-568.
388. Ohgaki, H., Kleihues, P. (2005). Epidemiology and etiology of gliomas. *Acta Neuropathol (Berl.)*, 109, 93-108.
389. Ohgaki, H. et al. (2005). Population-based studies on incidence, survival rates, and genetic alterations in astrocytic and oligodendroglial gliomas. *J Neuropathol Exp Neurol*, 64, 479-89.
390. Oken, D. (1961). What to tell cancer patients: A study of medical attitudes. *JAMA*, 175, 1120-8.
391. Ong, L. M. (1995). Doctor-Patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*, 7, 903-18.

392. Oppenheim, D., Hartmann, O., Dauchy, S. (2008). Doctor-patient relationship in oncology: how to prevent and solve some conflicts?. *Bull Cancer*, 95, 27-32.
393. Orlander, J. D., Fincke, B. G., Hermanns, D. et al. (2002). Medical residents' first clearly remembered experiences of giving bad news. *J Gen Intern Med*, 17, 825-831.
394. Pagès, M. (1965). L'orientation non directive en psychothérapie et en psychologie sociale. Paris : Dunod.
395. Paillaud, E., Ferrand, E., Lejonc, J. L., Henry, O., Bouillanne, O., Montagne, O. (2007). Medical information and surrogate designation : results of a prospective study in elderly hospitalised patients. *Age Ageing*, 36, 274-9.
396. Parker, P. A., Baile, W. F., de Moor, C. et al. (2001). Breaking bad news about cancer: Patients' preferences for communication. *J Clin Oncol*, 19, 2049-2056.
397. Pedinielli, J. L. (1999) "Les théories personnelles des patients". In : *Pratiques psychologiques*, 4, 53-62.
398. Pedinielli, J. L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : Nathan.
399. Pérez-Stable, E. J., Sabogal, F., Otero-Sabogal, R. et al. (1992). Misconceptions about cancer among Latinos and Anglos. *JAMA*, 268, 3219-23.
400. Pedinielli, J. L. (1992). *Psychosomatique et alexithymie*. Paris : PUF.
401. Perrain, A., Kousignian, I., Dauchy, S. et al. (2009). Les difficultés d'annoncer la maladie grave pour les hématologistes français. *Hématologie*, 15, 161-7.
402. Pinell, P. (1992). Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940). Paris : AM Métaillé.
403. Phillips, A. (2005). La mort qui fait aimer la vie, Darwin et Freud. Paris : PBP.
404. Polinikis, A., Michaelidou, K., Azina. M. et al. (2009). National Cancer Control Strategy Cyprus. Ministry of Health of the Republic of Cyprus.
405. Pottier, P., Dejoie, T., Hardouin, J. B. et al. (2013). Effect of stress on clinical reasoning during simulated ambulatory consultations. *Med Teach* , 35(6), 472-80.
406. Poussin, G. (2003). La pratique de l'entretien clinique. Paris: Dunod.
407. Ptacek, J. T., Ptacek, J. J., Ellison, N. M. (2001). "I'm sorry to tell you." Physicians' reports of breaking bad news. *J Behav Med*, 24, 205-217.
408. Ptacek, J. T., Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news: A review of the literature. *J Amer Med Assoc*, 276, 496-502.
409. Pujol, J. L., Mérel, J. P., Arnaud, E. et al. (2013). Le cancer comme intrusion : réflexions psychopathologiques sur certaines modalités de réaction dans l'après-coup de l'annonce. *Psycho-Oncol*, 7, 189-98.

410. Pujol, J. L. (2012). L'annonce du cancer, entre corps - symptôme et langage traumatique. Thèse de doctorat en Psychopathologie fondamentale et Neuropsychologie, Soutenue le 20-09-2012 dans le cadre de École doctorale 60, Territoires, Temps, Sociétés et Développement (Montpellier3).
411. Pujol, J. J., Bruere Dawson, C. G., Tirefort, J. F. (2008). Le dispositif d'annonce. Du concept à la pratique. *Rev Mal Respir*, 25, 3S48-3S54.
412. Razavi, D., Delvaux, N., Marchal, S. et al. (2000). Testing health care professionals' communication skills : the usefulness of highly standardized role-playing sessions with simulators. *Psychooncology*, 9, 293-40.
413. Razavi, D., Delvaux, N. (1997). Communications skills and psychological training in oncology. *Eur J Cancer*, 33 (6), 15-21.
414. Reach, G. (2010). Une théorie du soin. Souci et amour face à la maladie. Les belles lettres, Paris.
415. Ream, E., Richardson, A. (1996). The role of information in patients' adaptation to chemotherapy : a review of the literature. *Eur J Cancer Care*, 5, 132-8.
416. Reboul, A., Moeschler, J. (1998). La pragmatique aujourd'hui, Ed. du Seuil.
417. Rees, C., Sheard, C. (2003). Evaluating first-year medical student's attitudes to learning communication skills before and after a communication skills course. *Med Teach*, 25, 302-7.
418. Reich, M., Vennin, P., Belkacemi, Y. (2008). L'annonce du diagnostic de cancer : l'acte qui doit sceller le pacte de confiance médecin-malade. *Bull Cancer*, 95, 841-7.
419. Reich, M. (2008). L'annonce du diagnostic de cancer : l'acte qui doit sceller le pacte de confiance médecin-malade. *Bull Cancer*, 95(9), 841-7.
420. Reich, M. (2008). Comment le facteur culturel est-il considéré en psycho-oncologie ?. *Psycho-Oncologie*, 2, 200-209.
421. Reich, M. (2004). L'information diagnostique et pronostique à l'épreuve des avancées thérapeutiques en cancérologie : réflexions éthiques. *Rev Francoph Psycho-Onco*, 3, 188-96.
422. Reich, M. (2001). L'annonce d'un diagnostic de cancer : paradoxes et quiproquos. *Rev Méd Interne*, 22, 560-6.
423. Reinert, M. (1993). Les "mondes lexicaux" et leur "logique" à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars. *Langage et société*, 66, 5-39.
424. Reinert, M. (1999). Quelques interrogations à propos de l'"objet" d'une analyse de discours de type statistique et de la réponse "Alceste". *Langage et société*, 90, 57-70.
425. Reinert, M. (2001). Alceste, une méthode statistique et sémiotique d'analyse de discours : Application aux "Rêveries du promeneur solitaire". *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, V(49), 32-36.
426. Ricoeur, P. (2001). Les trois niveaux du jugement médical. In : Ricoeur P, ed. *Le Juste 2*. Paris : Éditions Esprit, 227-43.
427. Ricot, J. (2003). Philosophie et fin de vie. Rennes : Edition de l'École Nationale de la Santé Publique.

428. Roberts, C., Benjamin, H., Chen, L. et al. (2005). Assessing communication between oncology professionals and their patients. *J Cancer Educ*, 20, 113-8.
429. Roberts, C. S., Cox, C. E., Reintgen, D. S. et al. (1994). Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer*, 74(1S), 336-41.
430. Rodriguez, K. L., Gambino, F. J., Butow, P., Hagerty, R., Arnold, R. M. (2007). Pushing up daisies: implicit and explicit language in oncologist-patient communication about death. *Support care cancer*, 15, 153-61.
431. Rogers, C. (1942) La relation d'aide et la psychothérapie. ESF, Paris, 7^{ème} édit., 1989.
432. Romano, H. (2010). L'annonce d'un diagnostic grave. *La revue de médecine interne*, 31, 626-30.
433. Romefort, B. (2011). Le médecin peut-il annoncer l'échéance de sa mort au malade ?. *Ethique et santé*, 8, 28-35.
434. Roques, M., Proia-Lelouey, N. (2014). Les apories de la formation des oncologues à la psycho-oncologie : réflexions et propositions. *Psycho-Oncol*, 8, 23-28.
435. Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr*, 80, 1-28.
436. Rouby, P., Hollebecque, A., Philippart, M., Cano, A., Soria, J. C., Dauchy, S. (2014). Evaluation d'un programme de formation à la communication dans le cadre d'essais thérapeutiques de phase I selon l'expérience des oncologues. *Psycho-Oncol*, 8, 230-236.
437. Roupie, E., Santin, A., Boulme, R., et al. (2000). Patients' preferences concerning medical information and surrogacy: results of a prospective study in a French emergency department. *Intensive Care Med*, 26, 52-6.
438. Rouy, J. L. (2004). Annoncer un diagnostic. *EMC-Médecine*, 8-26.
439. Rozmovits, L., Khu, K. J., Osman, S., Gentili, F., Guha, A., Bernstein, M. (2010). Information gaps for patients requiring craniotomy for benign brain lesion: a qualitative study. *J. Neurooncol*, 96, 241-7.
440. Rubiales, A. S., del Valle, M. L., García, C., Garavís, M. I., Rey, P., Vecino, A., Hernández, S., López-Lara, F. (2000). La información a la familia del enfermo oncológico. *Cuadernos de Bioética*, 3^a-4^a, 388-401.
441. Rubio Arribas, V., Sampedro Martinze, E., Zapirain Sarasola, M., Gil Benito, I., Ayechu Redin, S., Tapiz Ibanez, V. (2004). Cancer diagnosis: do we want to know the truth?. *Aten Primaria*, 33(7), 368-73.
442. Ruhnke, G. W., Wilson, S. R., Akamatsu, T., Kinoue, T., Takashima, Y., Goldstein, M. K. et al. (2000). Ethical decision making and patient autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and the United States. *Chest*, 118, 1172-82.
443. Ruiz, L. (2005). « Le coût de l'annonce ». In 7^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse : violence de l'annonce, violence du dire. *Etudes freudiennes*, hors-série, 388-400.
444. Ruzniewski, M., Bouleuc, C. (2012). L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale : épreuve pour le malade, défi pour le médecin. *Laennec*, 2, 24-37.
445. Ruzniewski, M. (1995). Face à la maladie grave. Pratiques médicales. Dunod.

446. Sacks, H., Schegloff, E. A., Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking in conversation. *Language*, 50 (4), 696-735.
447. Saillant, F. (1990). Fabriquer le sens : le réseau sémantique du cancer. *Sciences sociales et santé*, 8(3), 5-40.
448. Saillant, F. (1988). Cancer et culture: Produire le sens de la maladie. Ed. Saint-Martin.
449. Salander, P. (2002). Bad news from the patient's perspective: An analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients. *Soc Sci Med*, 55, 721-732.
450. Salander, P. et al. (2002). How do patients and spouses deal with the serious facts of malignants glioma? *Palliat Med*, 16, 305-313.
451. Sales-Wuillemin, E. (1991). De l'appréhension des significations implicites : verbes factifs et contrefactifs. In: *L'année psychologique*, 91 (4), 559-580.
452. Salmon, P., Young, B. (2011). Creativity in clinical communication: from communication skills to skilled communication. *Med Educ*, 45, 217-26.
453. Saltel, P. (2005). La consultation d'annonce : quel contenu, quelle durée, quelle évaluation? Communication aux 27èmes journées de la SFSPM, Deauville.
454. Sandler, J. (1989). L'analyse de défense : Entretiens avec Anna Freud. PUF.
455. Sanz, J. (2001). Final de la vida: ¿Puede ser confortable? *Medicina Clínica*, 116, 186-190.
456. Sarradon-Eck, A. (2004). Pour une anthropologie clinique: saisir le sens de l'expérience du cancer. In Ben Soussan, P. Le cancer: approche psychodynamique chez l'adulte. Ed. Eres.
457. Saussure (de), F. (1972). Cours de linguistique générale, Paris, Tullio.
458. Schneck, H. (2007). Comment la personne atteinte d'une maladie cancéreuse vit-elle la confiance ?. *Infokara*, 22(2), 35-43.
459. Searle, J. R. (1972). Les actes de langage, Essais de philosophie du langage. Paris : Herman.
460. Shanafelt, T. D. et al. (2012). Oncologist Burnout: Causes, Consequences and Responses. *J Clin Oncol*, 30, 1235-41.
461. Shanafelt, T. D. (2005). Finding meaning, balance, and personal satisfaction in the practice of oncology. *J Support Oncol*, 3, 157-64.
462. Shields, L. B. E., Choucair, A, Choucair, A. K. (2013). Quality of life measures as a preliminary clinicia indicator in patients with primary brain tumors. *Surg Neurol Int*, 4, 48.
463. Skilbeck, J., Payne, S. (2003). Emotional support and the role of clinical nurse specialists in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 521-530.
464. Smit, A. K., Keogh, L. A., Hersch, J., Newson, A. J., Butow, P. et al. (2015). Public preferences for communicating personal genomic risk information : a focus group study. *Health Expectations, open access*.
465. Sontag, S. (2005). La maladie comme métaphore. Bourgois.

466. Soum-Pouyalet, F. (2007) « Le Corps rebelle : les ruptures normatives induites par l'atteinte du cancer ». *Corps* 2, 3, 117-122.
467. Sperber, D., Wilson, D. (1989). *La pertinence. Communication et cognition*. Paris :Les Editions de Minuit.
468. Spetz, C et al. (2005). A specialist nurse-function in neurooncology: a qualitative study of possibilities, limitations and pitfalls. *Palliat Support Care*, 3, 121-130.
469. Spezeski, J. (2009). A Needs Assessment of Brain Tumor Patients, Survivors and Loved Ones. National Brain Tumor Society. Disponible à partir de URL : http://www.braintumorcommunity.org/site/DocServer/Needs_Assessment_Report2009
470. Spiegel, W., Zidek, T., Maier, M. et al. (2009). Breaking bad news to cancer patients : survey and analysis. *Psycho-Oncology*, 18, 179-186.
471. Spire, A. (2006). « L'annonce en cancérologie : dispositif ou échappatoire ? ». *Oncologie*, 8, 117-118.
472. Stein, K. D., Syrjala, K. L., Andrykowski, M. A. (2008). Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer*, 112(11), 2577-92.
473. Stengers, I. (2002). *Sciences et pouvoirs. La démocratie face à la technoscience*. Paris : La découverte.
474. Stewart, B. W., Wild, C. P. (2014). IARC. World cancer report 2014. WHO Press.
475. Stiefel, F., Bourquin, C. (2014). Communication skills and Communication Skills Training in Oncology : a critical reflection. *Psycho-Oncol*, 8, 195-99.
476. Stiefel, F., Bernhard, J., Bianchi, G. et al. (2011). The Swiss model. In : Kissane D.W., Bultz B.D., Butow P.N., Finlay I. (eds) *Handbook of communication in oncology and palliative care*. Oxford University, Oxford, 641-8.
477. Stiefel, F., Barth, J., Bensing, J. et al. (2010). Communication skills training in oncology : a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Ann Oncol*, 21, 204-7.
478. Stora, J. B. (1999). *Quand le corps prend la relève. Stress, traumatismes et maladies somatiques*. Paris. Odile Jacob.
479. Stupp, H. et al. (2005). Radiotherapy plus concomitant and adjuvant temozolomide for glioblastoma. *N Engl. J Med*, 352, 987-996.
480. Surbone, A. (1992) True telling to the patient. *JAMA*, 268, 1661-2.
481. Syrén, S. M., Saveman, B., Benzein, E. G. (2006). Being a family in the midst of living and dying. *Journal of palliative care*, 22(1), 26-32.
482. Taillandier, L., Antunes, A., Angioi-Duprez, K. S. (2003). Models for neuro-oncological preclinical studies: solid orthotopic and heterotopic grafts of human gliomas into nude mice. *Journal of Neuroscience Methods*, 125, 147-157.

483. Takayama, T., Yamazaki, Y., Katsumata, N. (2001). Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. *Soc Sci Med*, 53, 1335-50.
484. Tattersall, A. J., Bennett, P., Pugh, S. (1999). Stress and coping in hospital doctors. *Stress Med*, 15, 109-13.
485. Tauber, A. (2005). *Patient autonomy and the Ethics of Responsibility*. Cambridge, The MIT Press.
486. Tavakol, M. (2008). Educating doctors about breaking bad news: an Iranian perspective. *J Cancer Educ*, 23, 260-263.
487. Teutsch, C. (2003). Patient-doctor communication. *Med Clin North AM*, 87, 1115-1145.
488. The, A. M., Hak, T., Koëter, G., Van Der Wal, G. (2001). Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *West J Med*, 174, 247-53.
489. The Scottish Government. (2008). *Better Cancer Care, an action plan*. Edinburgh
490. Todorov, T. (1978). *Les Genres du discours*, Paris : Seuil.
491. Todorov, T. (1981). *Mikhail Bakhtine le principe dialogique*, Paris : Seuil.
492. Träger, S, Carola, E. (2010). Qualité de vie: critère essentiel de la prise en charge du cancer. *La Lettre du Cancérologue*, XIX(6), 365-70.
493. Trognon, A. (1986). Un conflit déployé dans une conversation à trois. *Psychologie et éducation*, X, 2, 75-91.
494. Trognon, A. (1992). L'approche pragmatique en psychopathologie cognitive. *Psychologie Française*, 37/3-4, 191-202.
495. Trognon, A. (1994). Sur la théorie de la construction interactive du quotidien. In Trognon, A., Dausendschön, U., Krafft, U., Riboni, C. (Eds.). *La construction interactive du quotidien*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy.
496. Trognon, A. (1995). La fonction des actes de langage dans l'interaction : l'exemple de l'intercompréhension en conversation. *Revue de linguistique et de didactique des langages*, 12, 67-87.
497. Trognon, A. (2003). La logique interlocutoire. Un programme pour l'étude empirique des jeux de dialogue. *Questions de Communication*, 4, 411-25.
498. Trognon, A., Batt, M. (2004). Logique interlocutoire des jeux de dialogue : un programme en Psychologie Sociale de l'usage du langage. In M. Bromberg & A. Trognon (Eds), *Psychologie Sociale et Communication*, pp135-156, Paris : Dunod.
499. Trognon, A., Batt, M., Sorsana, C. (2010). Apprentissage de la division en interaction : analyse formelle des micro-changements communicationnels et cognitifs. In J. Bernicot, E. Veneziano, M. Musiol, A. Bert-Erboul (Eds.), *Interactions verbales et acquisition du langage*, pp. 319-355, Paris : L'Harmattan.
500. Trognon, A., Batt, M. (2010). *Interlocutory Logic: A Unified Framework for Studying Conversation*

- Interaction. In J. Streek (ed.), *New Adventures in Language and Interaction*, pp. 9-40, Bruxelles: Benjamins.
501. Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55, 89-98.
502. Van Es, J., Wieringa-de Waard, M., Visser, M. (2013). Differential growth in doctor-patient communication skills. *Med Educ*, 47, 691-700.
503. Van Gennep, A. (1909). Les rites de passage. Etude systématique des rites. Paris : Picard. 1981.
504. Van Meerbeeck, P., Jacques, J. P. (2009). L'inentendu : Ce qui se joue dans la relation soignant-soigné. Ed. De Boeck.
505. Verhaegen, F. (2007). Psychopathologie cognitive des processus intentionnels schizophréniques dans l'interaction verbale. Thèse de Doctorat de Psychologie, Université Nancy2.
506. Verspieren, P. (1992). La douleur, place des antalgiques. In Couturier M. Ed. Interlignes. Paris.
507. Vess, J. D., Moreland, J. R., Schwebel, A. I. (1985). An Empirical Assessment of the Effects of Cancer on Family Role Functioning. *Journal of Psychosocial Oncology*, 3(1), 1-16.
508. Vian, B. (1950). L'herbe rouge. Ed. Lgf, 1969.
509. Vincent, K. Y., Jaap, C. et al. (2014). Changing incidence and improved survival of gliomas. *European Journal of Cancer*, 50, 2309-18.
510. Voelter, V., Mirimanoff, R.-O., Stiefel, F. et al. (2005). L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie. *Rev Med Suisse*, 20, 1350-3.
511. Vredenburgh, J. et al. (2007). Bevacizumab plus irinotecan in recurrent glioblastoma multiforme. *J Clin Oncol*, 25, 4722-9.
512. Wallace, J. A., Hlubocky, F. J., Daugherty, C. K. (2006). Emotional responses of oncologists when disclosing prognostic information to patients with terminal disease. *J Clin Oncol*, 24, 8520.
513. Walczak, A., Henselmans, I., Tattersall, M. H. N., Clayton, J.M., Davidson, P.M., Young, J. et al. (2015). A qualitative analysis of responses to a question prompt list and prognosis and end-of-life care discussion prompts delivered in a communication support program. *Psycho-oncology*, 24, 287-293.
514. Waugh, L. R., Fonseca-Greber, B., Vickers, C., Eröz, B. (2007). *Multiple empirical approaches to a complex analysis of discourse*. In Monica Gonzalez-Marquez ed., *Methods in Cognitive Linguistics*, 120-148.
515. Weber, M. (1921/1995). *Economie et société*. I, 1, Paris, Pocket.
516. Weeks, J. C., Cook, E. F., O'Day, S. J., Peterson, L. M., Wenger, M., Reding, D. et al. (1998). Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA*, 279, 1709-14.
517. Weil, M., Smith, M., Khayat, D. (1994). Truth-telling to cancer patients in the Western European context. *Psychooncology*, 3, 21-6.

518. Weinfurt, K. P. (2003). Outcomes research related to patient decision making in oncology. *Clin Ther*, 25, 671-83.
519. Werber, B. (1993). *Le livre secret des fourmis: Encyclopédie du savoir relatif et absolu*. Albin Michel, Paris.
520. Westphal, K. et al. (2006). Gliadel wafer in initial surgery for malignant glioma: long-term follow-up of a multicenter controlled trial. *Acta Neurochir*, 148, 269-75.
521. WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organisation project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1, 2(2), 153-9.
522. Widlöcher, D., Hardy-Baylé, M. C. (1990). L'entretien psychanalytique. *Psychologie Française*, 35, 3, 175-183.
523. Widlöcher, D. (1986). *Métapsychologie du sens*. Paris : PUF.
524. Winnicot, D. W., (1956/1975). "La préoccupation maternelle primaire", in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, « Petite bibliothèque Payot », Paris, 168-174.
525. Workman, S. (2007) A communication model for encouraging optimal care at the end of life for hospitalized patients. *An International Journal of Medicine*, 100, 791-7.
526. Wright, E. B., Holcombe, C., Salmon, P. (2004). Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study. *BMJ*, 328 (7444), 864.
527. Wrixon, S. (2009). Explanation prescribing : self-care in practice. *Pract Nurs*, 20, 382-3.
528. Wrobel, G. (2015). La peur aux trousseaux. In 15^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse : La peur. *Etudes freudiennes*, hors-série, 133-7.
529. Wrobel, G. (2005). Contre-effets d'annonce. In 7^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse : violence de l'annonce, violence du dire. *Etudes freudiennes*, hors-série, 203-210.
530. Zittoun, R. (2002). *Penser la médecine. Essais philosophiques*, Ellipses.
531. Zorn, F. (1979). *MARS*. Gallimard, Paris.