



HAL
open science

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en médecine : un bouleversement existentiel et/ou spirituel chez les médecins

Nathalie Plaat-Goasdoué

► To cite this version:

Nathalie Plaat-Goasdoué. L'annonce d'une mauvaise nouvelle en médecine : un bouleversement existentiel et/ou spirituel chez les médecins. Questions et pratiques d'humanisation : regards interdisciplinaires, May 2023, Montréal, Canada. hal-04476491

HAL Id: hal-04476491

<https://u-bordeaux-montaigne.hal.science/hal-04476491v1>

Submitted on 25 Feb 2024

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.

Public Domain

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en médecine : un bouleversement existentiel et/ou spirituel chez les médecins

Nathalie Plaat-Goasdoué

Université de Sherbrooke

Nathalie.Plaat-Goasdoue@USherbrooke.ca

Résumé

En oncologie, l'annonce de mauvaises nouvelles (AMN) fait partie de la réalité quasi-quotidienne des praticiens. L'impact sur le patient, lors de la réception de cette mauvaise nouvelle, a été largement documenté et pensé, et ce, autant sur les plans psychologiques, qu'existentiels ou spirituels. Nous parlons généralement de *trauma*, d'un effondrement d'univers de sens qui provoque un bris dans le fil continu de son identité narrative, et le plongeant dans une temporalité pouvant s'apparenter à un *kairos* faisant irruption dans le *chronos* de son existence. Une revue de littérature nous permet toutefois de constater que la profondeur du vécu des médecins qui, de manière répétée, se trouve confrontés à ces éléments exceptionnels, demeure un impensé important. Les données recueillies ne nous permettent que de documenter la sphère plus superficielle du vécu de ces derniers, en termes d'émotions, de comportements et de techniques, surtout. Or, plusieurs éléments pointent vers la nécessité de conceptualiser et de fournir un bassin langagier aux possibles bouleversements existentiels, voire spirituels, vécus de manière répétée, chez ces cliniciens qui se trouvent face aux contingences de la condition humaine, au cœur de tragédies qui frappent leurs patients et desquelles ils se retrouvent les premiers messagers.

Mots-clés

Médecin, Oncologie, AMN, Souffrance des médecins, Spiritualité, Questions existentielles, *Kairos*, Situations limites, Identités narratives, *Trauma*

Abstract

In oncology, breaking bad news (GBS) is an almost daily reality for practitioners. The impact on the patient of receiving this bad news has been widely documented and thought through, on psychological, existential and spiritual levels. We generally speak of trauma, of a collapse of the universe of meaning that causes a break in the continuous thread of their narrative identity, plunging them into a temporality that can be likened to a *kairos* bursting into the *chronos* of their existence. A review of the literature shows, however, that the depth of the experience of doctors who are repeatedly confronted with these exceptional events remains a major unknown. The data collected only allow us to document the more superficial sphere of their experience, particularly in terms of emotions, behaviour and techniques. However, a number of factors point to the need to conceptualise and provide a linguistic basis for the possible existential, even spiritual, upheavals experienced

repeatedly by these clinicians, who find themselves confronted with the contingencies of the human condition, at the heart of tragedies that strike their patients and for which they find themselves the first messengers.

Keywords

Physician, Oncology, AMN, Physician suffering, Spirituality, Existential questions, Kairos, Borderline situations, Narrative identities, Trauma

Le 28 janvier 2020, sur le coup de midi, j'achève la dernière consultation psychologique de la matinée, salue mon patient et referme la porte de mon cabinet. Si, d'ordinaire, je prends le temps de rédiger quelques notes d'évolution sur chacun des patients reçus, ce jour-là, je quitte précipitamment le bureau, sans nettoyer la tasse de café, sans ranger les crayons, ni même fermer l'éclairage du plafonnier.

Je quitte comme quelqu'un qui file vers un rendez-vous urgent, déjà pressée d'y être, en quelque sorte absente de l'instant qui vient à peine de se vivre. Je suis tout orientée vers la suite de ma journée, sans savoir encore à quel point elle me jettera dans l'inattendu. Depuis quelques jours, je sens en moi grandir la certitude qu'il me faut obtenir un avis médical au sujet de cette bosse que j'ai découverte sur le cadran supérieur de mon sein gauche. De nature peu anxieuse, me voilà néanmoins arrivée au bout de toutes les pensées rassurantes que j'avais d'abord tenté de garder bien vivantes en moi. Afin de relativiser la situation, je m'étais en effet d'abord longuement appuyée sur les faibles statistiques concernant le risque de développer un cancer du sein pour les femmes de mon âge, n'ayant aucune prédisposition génétique associée à toutes les formes de cancer. Toutefois, d'une manière assez fulgurante, le calme a cédé la place à une sorte de panique. J'ai soudainement le sentiment que la bosse s'est anormalement développée ces derniers jours et, tout ce que je trouve sur les moteurs de recherches en inscrivant les mots-clés « bosse au sein » et « cancer » semble pointer dans une mauvaise direction. Aujourd'hui, j'ai donc demandé à une de mes amies d'aller garder ma place dans une file d'attente à ma clinique médicale familiale (GMF), dans l'espoir que je la rejoigne assez rapidement pour être vue ce midi. Sachant qu'il est assez difficile d'être vue par un médecin sans avoir de rendez-vous dans le contexte systémique médical au Québec, je demeure orientée entièrement vers l'obtention de cette plage horaire, espérant encore que je n'y serai que rassurée.

J'ai 39 ans et suis en excellente santé. J'ai des habitudes de vie que je considère normales, sans être irréprochables, mais surtout, je traverse l'existence avec en moi une forme de certitude qu'il ne m'arrivera jamais rien de grave, n'ayant jamais côtoyé ni la maladie, ni la mort d'un proche exceptée celle de mes grands-parents. Par ailleurs, mon univers personnel de sens s'est constitué à partir des éléments de langage présents dans ma culture laïque, occidentale, qui a tendance à évacuer du contenant discursif la question de la limite, que ce soit celle de la mort ou celles imposées par le tragique de l'existence. Ma posture de psychologue d'orientation psychanalytique me dispose certes à accorder aux *choses invisibles*, telles que les phénomènes psychiques inconscients, leur pouvoir sur nos vies. Or, encore là, le tout demeure pensé en termes de liens de causalités, dans une

perspective curative, visant une forme de résolution qui demeure l'aboutissement de toute activité réflexive.

À peine sortie du bureau, toutefois, je reçois rapidement ce message de mon amie : « c'est complet pour aujourd'hui, il faudra que tu reviennes demain. Je vais te rejoindre au café ».

Abasourdie d'être ainsi coupée dans mon élan qui me semblait presque vital, je prends le chemin, à pied, jusqu'au petit café situé à deux pas de mon bureau, celui où presque chaque jour, je me rends depuis des années, pour manger une bouchée, échanger avec les amis, avant de retourner au patient de 14h00. Dans le hall d'entrée de ce café, la *quotidienneté*, selon le philosophe Martin Heidegger me semble s'incarner devant moi comme un possible, ce « quotidien (qui) atténue le sentiment d'inquiétude du monde, en fait de même avec l'angoisse de la mort, l'élément moteur du quotidien étant la transformation de l'étrange en familier » (Jolly, 2010, 43). Il se trouve de l'autre côté de ce portique d'entrée, duquel j'aperçois déjà quelques visages familiers installés au comptoir. Or, ce jour-là, justement, il y a bien ce quelque chose d'étrange en moi, agissant comme une injonction qui m'interdit de me déposer, exigeant plutôt que je m'extirpe de cette *quotidienneté*, que je m'installe dans une conscience autre, qui inscrirait ma vie dans sa ligne du temps, dans son rapport au monde, dans un souci différent. Je reste donc immobile et hésitante dans ce hall d'entrée, figée dans une forme de concentration du temps hors du *chronos*, plutôt dans une forme de *kairos*, tel que compris chez les Grecs comme étant le *temps propice* relevant d'une qualité expérientielle particulière (Helson, 2021).

Je prends alors une décision qui aura un impact majeur sur le reste de mes jours : celle de faire demi-tour pour me mettre en quête d'une clinique médicale privée qui offrirait les examens requis dans la journée. Un premier appel, le seul, me mène vers une clinique privée située à Montréal, à deux heures de route de chez moi. On y offre les services d'un chirurgien-oncologue qui pourra interpréter dans l'heure une mammographie et une échographie réalisées aussi sur place.

Je prends les dispositions pour suspendre ma clinique de l'après-midi et organiser les transports du retour à l'école et l'accueil à la maison pour mes enfants. Avec mon amie, je file maintenant vers Montréal, dans un calme qui évoque bien, lui aussi la qualité du temps du *kairos*, « seul (temps) à même de transformer la *krisis* en transition » (Helson, 2021). Je sens, de fait, que je suis en route vers la seule « bonne destination », ce qui confère au temps perçu de l'instant, une qualité toute particulière, rendant chaque seconde imprégnée d'une présence et d'une lucidité saisissantes.

À 16h00, j'entre dans la clinique médicale et remets mes données nominatives à la secrétaire de l'accueil.

À 16h30, le chirurgien-oncologue pose une sonde échographique sur mon sein gauche, faisant apparaître sur l'écran tourné vers moi, un immense continent noir, en tous points semblables à celui qui allait s'ouvrir sous mes pieds, quand il prononcerait, après un silence qui en disait long aussi, ces paroles : « ce que je vois, c'est une tumeur cancéreuse, probablement de grade 3 sur 3, les ganglions sont atteints ».

Ces mots, dès l'instant où leur signifiante me rejoint, me jettent illico dans ce que le philosophe Karl Jaspers définit en tant que « situation-limite » référant à ces situations

fondamentales de l'existence que nous ne pouvons ni dépasser, ni transformer. Pour Jaspers, ces situations « sont comme un mur auquel nous nous heurtons contre lequel nous échouons. Nous n'y pouvons rien changer » (Jaspers, 1989, 18). Elles deviennent des occasions de prendre conscience de notre existence, et d'atteindre « l'origine la plus profonde de la philosophie » (Jaspers, 2002, 18).

Alors, en cet instant de bascule, je deviens anormalement absorbée par mes bottes d'hiver qui, lentement, laissent s'échapper sur le plancher de la clinique des gouttes de neige fondante. Le chirurgien m'extirpe de cette fixation, en me demandant si j'ai des enfants, s'enquérant indirectement de l'âge d'éventuels futurs orphelins, à peine âgés de 3 et de 8 ans, à ce moment.

La possibilité de ma mort est partout dans l'espace, surtout en moi, et cette donnée renverse définitivement le reste de mon existence.

Je viens de vivre ce que nous définissons comme l'annonce d'une mauvaise nouvelle (AMN) en médecine.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle (AMN) : conceptualisations issues des champs disciplinaires psychologiques, philosophiques et théologiques

L'AMN dans un contexte médical, tel que celui expérimenté ce jour-là pour moi, est une expérience qui a été largement documentée dans la littérature psychologique, philosophique et théologique. Selon le cadre disciplinaire adopté, nous sommes en effet en mesure de fournir un bassin langagier étoffé et varié sur l'amplitude, la texture et la profondeur des expériences éprouvées pour le patient qui, bien qu'elles demeurent idiosyncrasiques, se recourent en quelques carrefours de similitudes. Sans prétendre ici couvrir l'ensemble de ces données, il est possible de définir quelques éléments conceptuels de base qui permettront d'articuler le fil réflexif de la présente recherche. Pour ce faire, nous procéderons en regroupant les définitions par approche disciplinaire, considérant les trois suivantes : psychologie, philosophie et théologie, comme étant les disciplines les plus impliquées dans l'appréhension de ce phénomène.

L'AMN en psychologie

Dans un cadre plus psychologique, tout en restant attaché au champ de la pratique médicale, l'AMN est définie, en tant qu'une « information (transmise) qui affecte inéluctablement et sérieusement le futur d'une personne » (Buckman, 1994). Plus précisément, Buckman dira au sujet de l'AMN : « après l'annonce, le consultant devient patient. Sa vie ne sera plus la même. Il y a un avant et un après l'annonce. Ses repères familiaux, professionnels et son insertion dans la société se modifieront. Il envisage un terme à son existence » (Garderet & al., 2006).

Les réactions psychologiques possibles recensées pour le patient englobent une palette d'états incluant au moins 71 réactions différentes (Garderet & al., 2006). Celles-ci incluent

notamment la stupéfaction, l'incrédulité, le silence, la colère, le déni, la tristesse, le désarroi et la culpabilité (Ladouceur, 2002).

Dans un langage psychanalytique, nous pourrions aussi évoquer toute la conceptualisation liée à l'expérience traumatique, comprise en tant qu'*effraction* de la barrière de pare-excitation dans la psyché de l'individu par un contenu identifié comme le *réel de la mort* (Lebigot, 2016). Nous parlerons alors d'un élément *bêta* (Ferro, 2009) non-alphabétisé et indigeste occupant la psyché de l'individu et déclenchant l'abaissement des barrières dissociatives qui visent à protéger l'intégrité psychique. Ce phénomène pourrait être associé, lui, à ce que la psychanalyste Doris Brothers (2008) identifie en tant que *vision corridor*. Une fermeture de la perception subjective à l'ensemble des données complexes de la situation a lieu, pour ne se concentrer que sur les éléments qui ne menacent pas la survie psychique (Brothers, 2008). L'attention portée à mes bottes dégoûtant sur le plancher plutôt qu'à l'ampleur des conséquences possibles au contenu de l'échange avec le chirurgien-oncologue semble correspondre à cette description de la *vision corridor* faisant suite au trauma de l'AMN.

L'AMN en philosophie

Les expériences de réception de mauvaise nouvelle ont été évoquées dans de nombreux écrits du champ de la philosophie de la santé puisque la « maladie touche directement la condition humaine » (Quintin, 2020, 38). Il est courant de parler d'*effondrement d'un univers de sens* ou de *rupture dans l'existence, de bascule vers un monde brisé*, les personnes malades se sentant « jetées dans une position existentielle non-choisie » (Quintin, 2020, 38). Nous pouvons aussi rattacher les conceptualisations des situations-limites telles qu'élaborées par Karl Jaspers et celle de l'identité narrative *ipse*, pensée par Paul Ricoeur, aux situations d'AMN. Les situations-limites se définissent en tant que « moment où l'individu est intérieurement (et pour des raisons extérieures ou non tout à fait diverses) confronté à des données existentielles qu'il ne peut modifier » (Jaspers, 2002, 30). Jacques Quintin, dans *Éthique de l'accompagnement*, associe la réception d'une mauvaise nouvelle médicale à une situation-limite. En référant à la maladie, il dira : « ces situations limites plongent le sujet dans l'indéterminé de la condition humaine » (2020, 39). Jaspers identifie cinq situations-limites auxquelles tout être humain est un jour ou l'autre confronté dans son existence : la mort, le hasard, la culpabilité, le combat amoureux et l'impossibilité de compter sur le monde » (Englebert, 2018, 159). L'AMN pourrait ainsi, selon une analyse différentielle et circonstancielle convoquer directement au moins quatre des situations-limites identifiées par Jaspers soit la mort, le hasard et l'impossibilité de compter sur le monde, et la culpabilité qui a été identifiée comme une émotion ressentie par les patients lors de l'AMN. Il nous est donc possible d'avancer que l'AMN se qualifierait en tant que situation-limite du point de vue du patient. Si les situations-limites conviennent angoisse et désespoir, elles fournissent aussi au sujet une occasion de devenir plus « authentiquement lui-même » (Bonnet-Eymard, 2014).

Le philosophe Paul Ricoeur a, quant à lui, déployé une conception de l'identité personnelle comprise aussi dans sa dimension temporelle, identité désignée en tant qu'*identité narrative*. Pour le philosophe, les personnes ne sont pas des « choses dans le

monde, qui demeurent les mêmes à travers le temps par la simple permanence de leur nom, de leur corps ou de leur caractère » (Fuchs, 2007, 32). Cette partie de l'identité, désignée comme *identité-idem*, concerne strictement le *que suis-je?* d'une personne, dans la pensée de Ricoeur. Le *qui suis-je ?*, lui, s'attache plutôt, pour le philosophe, à l'*identité-ipse* ou à l'*ipséité*. Elle désigne, de fait, cette part de soi enchâssée dans un récit narratif cohérent qui se modifie au fil du temps, de l'altérité et des expériences de l'individu (Ricoeur, 1983). Dans le contexte de l'AMN, nous savons que la réception de la mauvaise nouvelle entraîne forcément une rupture dans le récit narratif que le patient se fait de sa propre vie. L'ipséité de sa nouvelle condition identitaire exigera de lui un travail de réécriture de sa vie, une forme de narration nouvelle (Quintin, 2020). Cette conceptualisation est fortement reprise dans ce qui est devenu tout un courant de pratique médicale, porté notamment par la médecin Rita Charron, nommé la « médecine narrative », qui inclut dans le geste médical « la façon dont chacun se raconte comme sujet d'une histoire et d'une narration pour rester le même à travers l'épreuve de la maladie, pour se modifier au contact des autres et garder une identité » (Héry, Maillard, 2012, 36). Concernant cette manière de pratiquer la médecine, Delassus dira : « en ce sens, la médecine narrative n'est en rien un supplément d'âme qui viendrait apporter une petite touche humaniste à la médecine technoscientifique. Elle est tout aussi essentielle que cette dernière » (Delassus, 2022, 303).

L'AMN en théologie

Par la notion de *kairos*, défini par Paul Tillich en tant que modalité d'intervention divine, nous désignons ce qui peut faire irruption dans l'existence humaine, dans un temps qualitativement différent du temps « ordinaire ». Paul Tillich expose les distinctions du temps en disant : « il y a deux manières de considérer le temps: quantitative et qualitative » (Tillich, 2003). Le temps quantitatif réfère à celui qui s'écoule de manière indifférenciée, sans soubresauts. Or, le mot anglais *timing*, qualitativement différent, marquant une altération de l'enchaînement banal du temps, s'il se réfère à l'action providentielle de Dieu, est alors proche de *kairos*. (Dounia, 2015). Le *kairos* réfère à un temps où une brèche s'ouvre dans un monde de sens qui portait sa cohésion. L'AMN constelle ainsi une ouverture possible aux questions spirituelles, par l'effondrement d'un univers de sens qui pouvait ignorer jusqu'à cet instant la finitude humaine. Les contingences existentielles devenant inévitablement conscientes, la question de Dieu, par le *kairos*, pourrait ainsi faire irruption dans le monde du patient.

Mais qu'en est-il de l'expérience du médecin, sur le plan psychologique, existentiel et spirituel, en contexte d'AMN ?

Dans la situation évoquée ci-dessus, l'expérience du patient, nous l'avons constaté, a été largement documentée. Or, de manière inévitable, il y a toujours un autre protagoniste, fortement impliqué dans cette expérience : le médecin. Jour après jour, il fait face à une expérience qui, telle que nous l'avons décrite, se révèle d'une grande intensité qualitative pour le patient. Comment vit-il cette situation ? Qu'est-ce que la littérature scientifique

nous apprend sur la perception de l'AMN dans la subjectivité du médecin? Qu'en est-il de son expérience dans cette situation qui convoque pour l'autre à qui il fait face, un type de présence-au-monde radicalement opposé à l'ordinaire ?

Parle-t-on aussi de *trauma*, d'émotions négatives, de situations-limites, d'ipséité dans son identité narrative ou encore de *kairos* de son point de vue à lui ? Avons-nous documenté la profondeur des bouleversements psychologiques, existentiels et/ou spirituels que peuvent constituer, pour lui, l'exposition et l'implication répétées dans des situations d'AMN?

Difficile d'imaginer, de fait, que les médecins, soumis de manière répétée à l'exercice de l'AMN, n'éprouvent pas *quelque chose* des expériences du patient. Sans que ceci ne se vive forcément de manière symétrique, ou dans un accordage du *même*, sans que l'expérience ne se vive sur la même amplitude, il y a possiblement une expérience à documenter de ce qui peut surgir en soi-même lorsque, dans le cadre de nos fonctions, nous devons prononcer ces mots qui ne provoqueront rien de moins qu'un effondrement, une rupture, un *avant* et un *après* dans l'existence de cet autre que l'on soigne. Cette hypothèse paraît intéressante à aborder aussi en la rattachant à une autre sous-hypothèse qui concernerait la possibilité qu'il y ait une variation de la quantité de données existantes sur le sujet, selon que l'on soit dans l'approche psychologique, philosophique ou théologique. L'hypothèse envisagée concernerait une plus faible proportion de connaissances scientifiquement valides dans le champ conceptuel théologique. En d'autres termes, il se pourrait qu'il y ait eu moins d'investigations sur le possible bouleversement spirituel éprouvé par des médecins en contexte d'AMN.

Revue de littérature

Une compilation des données issues de la recherche sur le vécu des médecins en situation d'AMN a été réalisée. Quatre-vingt-cinq articles et ouvrages ont été recensés, à partir des moteurs de recherche *Worldcat*, *Pubmed*, *Érudit* et *Cairn*, avec les mots clés suivants en anglais et en français, classés par les catégories de sens suivantes :

- Maladie : cancer/oncologie/santé/maladie
- Vécu du médecin : médecin/vécu, médecin/stress, médecin/émotions, médecins
- Relation patient-médecin : communication/éthique/habilités, communication/relation médecin-patient
- Spiritualité : croyances/Dieu/Salut/valeurs spirituelles
- Mauvaise nouvelle : mauvaise nouvelle/annonce/révélation diagnostic/dire la vérité au patient
- Mort : mort/finitude/limites

Résultats

Afin de présenter les résultats obtenus, nous les classerons d'abord selon les trois champs disciplinaires dégagés en introduction en ce qui concernait le vécu des patients,

soit le champ psychologique (qui inclura les données comportementales, émotionnelles et relationnelles), le champ philosophique (qui comprendra à la fois les aspects identitaires, existentiels et les questionnements éthiques) et le champ théologique (qui inclura les données sur les croyances religieuses, les spiritualités et/ou valeurs en lien avec les questions spirituelles). Une courte définition des champs disciplinaires sera aussi exposée. Nous exposerons ensuite les constats généraux de cette première typologie afin d'articuler, en discussion, une deuxième classification issue des éléments absents dans la première ; soit une typologie de l'inapparent. Celle-ci se basera sur des concepts-clés qui serviront de point de bascule vers ce qui pourra servir d'orientation à nos questionnements futurs.

Typologie de l'apparent selon le cadre disciplinaire

À partir des données recueillies, nous avons donc proposé une typologie de l'apparent regroupée par les catégories de sens issues des cadres disciplinaires distincts, telle que présentée dans la figure ci-bas.

Cadre disciplinaire	Vécu documenté du Médecin en situation d'AMN
Psychologique	<p>Données émotives : émotions négatives telles que</p> <ul style="list-style-type: none"> • échec et culpabilité, • tristesse, • perte de contrôle et impuissance + honte, peur, stress, • risque épuisement professionnel, • <i>trauma</i> peu abordé, • incidence des émotions du médecin sur la relation de soin <p>Données relationnelles : moment crucial dans la relation de soin</p> <ul style="list-style-type: none"> • sollicite beaucoup les capacités relationnelles du médecin • besoins de techniques et de formations sur ce point <p>Données comportementales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mécanismes de défenses observés • protocoles recommandés (SPIKES en tête de liste)
Philosophique	<p>Enjeux <i>éthiques</i> et/ou <i>questionnements existentiels</i> ou sur le <i>sens</i> sur les thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mort/la limite : pose problème fondamental en médecine • Le temps : reconnu comme qualitativement crucial, manque = problème éthique • La vérité : diffère selon les cultures, la question du « tout dire/quoi dire » et à qui • Le sens et l'identité professionnelle : distinctions selon le sens accordé au rôle professionnel, guérisseurs vs soignants (sauver vs prendre soin)

Théologique /spirituel	<p>Aucune étude qui traite directement de ces enjeux en contexte d'AMN</p> <p>Autres études qui suggèrent ceci :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disparité entre la reconnaissance de la dimension comme étant importante et la capacité, l'habileté et l'aisance à l'aborder • Meilleure aisance et diminution de la souffrance face à la mort et aux réalités oncologiques quand présence de spiritualité chez le médecin • Tendance à éviter les questions spirituelles alors que le patient souhaite l'aborder et que cette dimension a une incidence sur les décisions de traitements • Croyances et la dimension spirituelle pourraient avoir influence sur le bien-être du médecin, mais aussi sur ses habiletés communicationnelles
------------------------	--

Fig. 1 : LE VÉCU DES MÉDECINS EN CONTEXTE DE L'AMN : TYPOLOGIE DE L'APPARENT SELON LES CADRES DISCIPLINAIRES

Discussion

Documentation sur le vécu de surface plus que sur le vécu des profondeurs :

Nous constatons une disparité importante entre les données issues des cadres disciplinaires psychologiques, philosophiques et théologiques au profit des premières. Les données recueillies sur le vécu des cliniciens en situation d'AMN concernent principalement les éléments de l'expérience apparente, facilement identifiable et relevant du domaine accessible à la conscience : les émotions, les éléments relationnels et les comportements. Les dimensions relevant d'une psychologie des profondeurs, impliquant une compréhension plus approfondie des mécanismes psychiques inconscients et plus complexes, sont possiblement moins faciles à documenter. Nous constatons que les études favorisant des méthodologies qualitatives avec entrevues laissent davantage apparaître ces éléments. Ceci suggère que, lorsqu'on ne cherche pas à standardiser la parole des cliniciens, les éléments d'une expérience plus complexe et plus profonde arrivent à se mentaliser et à s'exprimer. Les études françaises ont, en ce sens, pour des aspects aussi culturels en termes de proximité avec la pensée psychanalytique, été plus fournies dans cette dimension. Il se pourrait aussi que la question du trauma possiblement éprouvée chez le clinicien place le médecin devant la nécessité de mentaliser ou d'alphabétiser des contenus qu'il se refuse lui-même d'alphabétiser et qu'ainsi, le sentiment d'incompétence alors ressenti soit trop grand pour ouvrir ce champ réflexif. La recherche vers des solutions techniques deviendrait sécurisante puisqu'elle donnerait l'impression de reprendre un sentiment de pouvoir là où il y aurait possibilité de glissement, de transformations aussi. La figure 2 propose une représentation graphique de cette disparité, qui présupposerait que les dimensions spirituelles logeraient aussi dans des couches plus profondes de la personne, ce qui pourrait soulever la discussion, puisque, de fait, il existe de multiples conceptualisations de l'expérience spirituelle. Toutes ne s'entendent pas pour considérer que les expériences de nature religieuse ou spirituelle impliquent un accès à des dimensions de profondeurs. Dans la pensée de Paul Tillich, par exemple, la dimension religieuse, en plus d'être celle qui sous-tend toutes les autres dimensions, la plus radicale, est aussi celle qu'on peut déceler dans la profondeur des créations culturelles (Grondin, 1989).

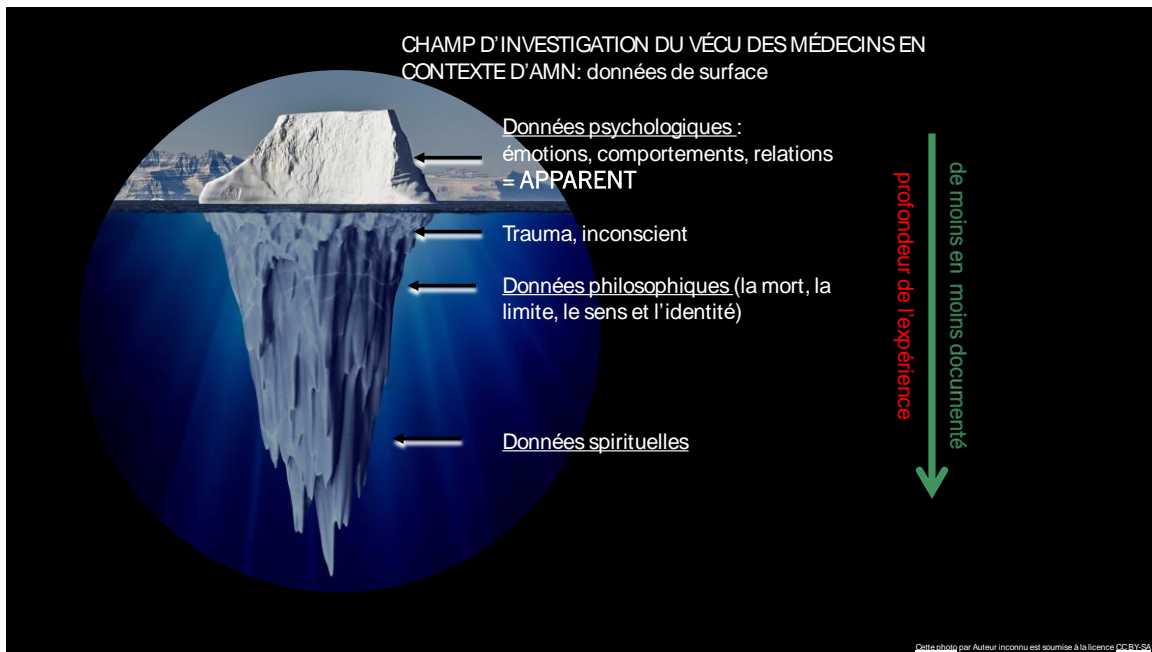


Fig. 2

Une rationalité technique davantage qu'une rationalité ontologique :

Le philosophe et théologien Paul Tillich établissait une distinction entre ces deux formes de rationalité, rappelant que jusqu'au XVIII^e siècle, la rationalité avait été comprise comme incluant plusieurs dimensions de l'être, « l'événement du connaître se situant à l'intérieur de la totalité de l'être » (Tillich, 2003, 103). La raison impliquait les dimensions cognitives, mais aussi esthétiques, théoriques, pratiques, spirituelles et se vivait à la fois sur des plans subjectifs et objectifs. Or, depuis l'effondrement de l'idéalisme allemand, dans le sillage de l'empirisme anglais, il y a eu scission entre la rationalité ontologique et la rationalité strictement cognitive et technique, qui s'est autonomisée pour devenir cette raison qui désigne les actes de connaissance qui « s'occupent de trouver des moyens pour satisfaire des fins » (Tillich, 2003, 104). Ce que nous appelons le paradigme techno-scientifique en médecine correspond de fait à cet état de domination d'un savoir technique excluant certaines sphères de l'expérience au profit des aspects cognitifs et techniques. La présente revue de littérature relève cette domination du paradigme techno-scientifique, démontrant qu'il existe une forte tendance à chercher à combler un sentiment d'incompétence, une souffrance, un malaise d'ordre éthique, existentiel et/ou spirituel par des savoirs essentiellement techniques. La forte proportion d'articles ou d'ouvrages s'étant attardés à documenter les protocoles, les techniques communicationnelles et les aspects plus superficiels, visibles du vécu des médecins, entrent ainsi en cohérence avec cette vision de la médecine comme reposant sur des savoirs techno-scientifiques. Les articles portant sur le vécu des médecins demeurent paradoxalement tournés vers le vécu du patient. Évidemment la relation de soin implique une asymétrie dans laquelle le médecin doit « prendre soin » du vécu du patient et non l'inverse. Or, il se pourrait que l'AMN, en raison des contenus ontologiques qu'elle convoque, tels que la finitude, la situation-limite, le

tragique et la solitude existentielle, renvoie le médecin à des dimensions impliquant une rationalité ontologique. Le souci de pallier le malaise éprouvé par les médecins par davantage de techniques ferait ainsi ombrager à une autre avenue possible : celle de développer une plus grande capacité à tolérer le sentiment d'échec, d'incompétence, d'altérité, de perte de contrôle et de revoir le rapport à l'identité professionnelle. Dans la figure 3, nous avons proposé une schématisation sommaire de cette réflexion.

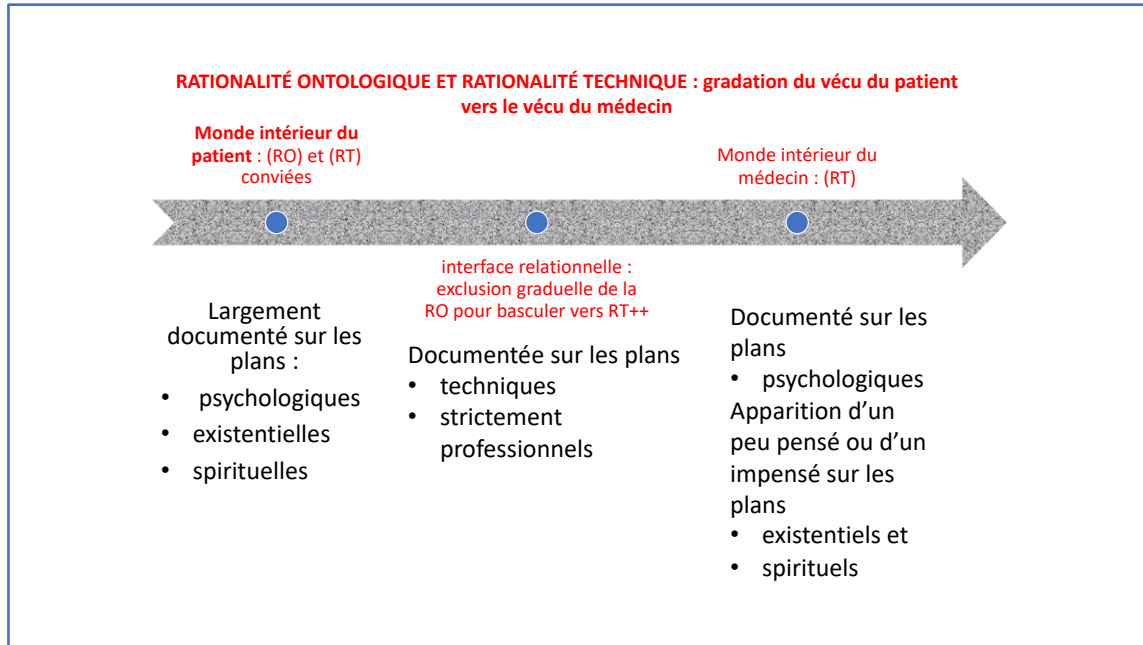


Fig. 3

Une typologie de l'inapparent : ouvertures sur des horizons d'investigations futures :

Nous avons été en mesure de conceptualiser les éléments suivants dans le vécu du patient en situation de réception de mauvaise nouvelle : le *trauma*, la situation-limite, les identités narratives et le *kairos*. Il serait possible d'articuler ces éléments en les plaçant en interface relationnelle dans laquelle patients et médecins pourraient partager des expériences semblables, sans évidemment les éprouver avec la même intensité ou avec la même position subjective. Il serait ainsi possible d'ouvrir de nouveaux champs d'investigation à partir de ces concepts et de formuler de nouvelles hypothèses sur le vécu des médecins en situation d'AMN. Ainsi, nous pourrions penser le *trauma* possiblement éprouvé par le médecin et les possibilités de surcharge sur le plan psychosomatique que l'exposition à des personnes en situation de *trauma* peuvent générer pour eux. Nous pourrions aussi investiguer l'importance du rapport à une identité *idem* telle que pensée par Paul Ricoeur, permettant alors difficilement la prise en compte de l'*ipséité* dans leur identité narrative constituée autour de la nécessité de guérir, potentiellement mise en échec par une AMN. Nous pourrions aussi étudier ce que l'AMN peut convier en termes de *situation-limite*, telle que conceptualisé par Jaspers pour le médecin, notamment par le fait que celle-ci constitue la limite de la médecine technique, de la vie même, parfois. Finalement, il serait intéressant d'étudier à quel point le médecin peut résister à un *kairos* éprouvé par le patient, mais aussi possiblement par lui, qui serait susceptible d'ouvrir en

lui une brèche dans un *chronos*, mais aussi dans une rationalité technique pour le « jeter dans une expérience » faisant appel à une rationalité ontologique de laquelle on lui a appris à se départir dans une formation dominée par le paradigme techno-scientifique. La *figure 4* propose une conceptualisation en tableau des ouvertures de champs d'investigation possibles au moyen de ces concepts.

CADRE DISCIPLINAIRE	Thème absent de la littérature et pouvant fournir une articulation similaire entre le vécu du médecin et du patient	Vécu du patient (connu)	Vécus possibles du médecin et formulation d'hypothèses
Psychologique	<i>Le trauma</i>	Phénomène de « vision corridor »	Surcharge des éléments bétas non-alphabétisés encombrant le champ relationnel conscient du médecin, rendant l'AMN exigeante sur le plan de la surcharge psychosomatique
Philosophique	La situation-limite	Accès à l'englobant Occasion de plus grande authenticité	Possibilité d'une ouverture au bouleversement existentiel qui pourrait provoquer une transformation incluant une rationalité ontologique et permettant l'authenticité plus grande
Philosophique	Les identités narratives	Ipséité	Possibilité de se dégager de l'identité <i>idem</i> découlant d'une identification au rôle du médecin « guérisseur » et d'ouvrir sur une médecine narrative bilatérale, offrant la possibilité au médecin de mettre en récit sa propre identité <i>ipse</i> , si ce n'est pas directement avec le patient, au moins avec ses pairs
Théologique	<i>Le kairos</i>	Brèche dans l'expérience du temps qualitativement différente et qui pourrait mener à une expérience spirituelle	Pourrait ouvrir la possibilité d'entendre parler et de naviguer avec les croyances religieuses du patient, sans que les siennes, s'il en a, ne soient perçues comme nuisant à ses compétences médicales.

Fig. 4 : UNE TYPOLOGIE DE L'INAPPARENT : LE VÉCU INSONDÉ DU MÉDECIN EN CONTEXTE D'AMN

Conclusion

À partir d'une expérience subjective de réception de mauvaise nouvelle en oncologie, nous avons posé les bases d'une investigation plus objective du vécu des médecins en situation d'AMN (annonce de mauvaise nouvelle) en oncologie. Nous avons constaté qu'il existait une vaste documentation sur les vécus éprouvés chez les patients face à la réception d'une mauvaise nouvelle sur leur état de santé et avons retenu quatre conceptualisations permettant d'articuler ce vécu sur les plans psychologiques, philosophiques et théologiques : le *trauma*, la situation-limite, l'ipséité dans l'identité narrative et le *kairos*.

Par une revue de littérature non-systématique, nous avons exploré les éléments recueillis dans la littérature scientifique des trente dernières années sur le vécu des médecins en contexte d'AMN, ce qui nous a permis de dégager une conceptualisation typologique dite de « l'apparent » en classant ces données selon les approches psychologique, philosophique et théologique/spirituel. Nous avons constaté des disparités importantes sur le plan de la documentation disponible qui nous ont permis de mettre en lumière un impensé ou un peu pensé sur le plan des potentiels bouleversements existentiels et/ou spirituels du médecin face à des thèmes qui, par leur contenu même, comportent un aspect fortement connoté sur ces deux plans. La disparité existante entre les articles ayant documenté la sphère psychologique en comparaison à ceux s'étant intéressés aux dimensions existentielles et spirituelles a mis en évidence la supériorité de la rationalité technique sur la rationalité ontologique s'inscrivant dans la prédominance du paradigme techno-scientifique qui encadre la pratique médicale. Nous avons aussi pu constater une forte tendance à viser une réduction du malaise du médecin à une simple incompetence technique comme si les contenus abordés (la mort, la limite) ne suffisaient pas à eux seuls à générer un malaise ontologique qui excéderait la dimension strictement professionnelle. Or, si la recherche d'habiletés et d'ajustements aux besoins du patient est certes noble, elle pourrait aussi correspondre à un besoin de performance et correspondance à des cibles prédéfinies d'acquisition d'habiletés normatives qui s'éloigneraient à la fois de la réponse aux besoins du patient d'être aussi accompagné dans ces sphères, mais aussi du bien-être du médecin à prendre en compte pour lui-même ces mêmes dimensions de son expérience. Nous avons formulé des hypothèses en reprenant les éléments retenus du vécu du patient en les articulant comme étant des interfaces expérientielles qui pourraient fournir des points de départ vers des champs d'investigation possibles pour le vécu du médecin en contexte d'AMN. Ainsi, nous sommes arrivés à dégager quatre conceptualisations susceptibles d'ouvrir sur des champs réflexifs inédits et sur la formulation d'hypothèses en termes d'appréhension de l'expérience du médecin en contexte d'AMN. Ces hypothèses se déclinent ainsi :

- 1) Une éventuelle surcharge d'éléments *beta*, tels que définie au point 1.2.1, associée à la conceptualisation psychanalytique du *trauma*. Celle-ci « alourdirait » le champ relationnel médecin-patient en raison de l'expérience traumatique du patient, qui ne serait pas prise en compte dans la compréhension globale de la situation d'AMN pour le médecin.
- 2) L'AMN vécue comme une situation-limite pour le médecin aussi du fait qu'il soit dès lors confronté à la limite du traitement, de la médecine-qui-guérit ou de la vie.

- 3) Un possible effort de résistance à une ipséité qui viendrait ébranler une identité narrative de type *idem* parce qu'identifiée de manière rigide au rôle professionnel du guérisseur.
- 4) Une forme d'effort pour demeurer dans une temporalité *chronos* en résistance au *kairos* convié par toute AMN.

Ces concepts permettant de lier l'expérience du patient à celle du médecin, dans le champ relationnel de l'AMN, pourraient être placés comme des médiations possibles d'une rencontre ontologique où, pour reprendre l'expression de Karl Jaspers, la médecine redeviendrait plus près d'une rencontre d'humain à humain, plutôt que la simple application de techniques communicationnelles face à une expérience fondamentale dans l'existence, commune à tous les humains, de quelque côté qu'il se trouve de l'AMN, soit celle de la finitude.

Bibliographie

- Abazari, P., Taleghani, F., Hematti, S. & Ehsani, M. (2016). Exploring perceptions and preferences of patients, families, physicians, and nurses regarding cancer disclosure: a descriptive qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, n° 24 (11), 4651-4659. [<https://doi.org/10.1007/s00520-016-3308-x>]
- Albarracin, D. & Jouffre, S. (2014). L'annonce de mauvaises nouvelles : émotions et feedback dans la formation des médecins. *Psycho-Oncologie*, n° 8 (3), 177-182. [<https://doi.org/10.1007/s11839-014-0481-3>]
- Anuk, D., Alçalar, N., Kaytan Sağlam, E. & Bahadır, G. (2022). Breaking Bad News to Cancer Patients and Their Families: Attitudes toward Death among Turkish Physicians and Their Communication Styles. *Journal of Psychosocial Oncology*, n° 40 (1), 115-130. [<https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1969488>]
- Anuk, D. & Bahadır, G. (2020). A Challenging Issue for both Patients and Physicians: Breaking Bad News in Oncology. *Turkish Journal of Oncology / Türk Onkoloji Dergisi*, n° 35 (1), 114-118. [<https://doi.org/10.5505/tjo.2020.2234>]
- Baile, W.-F. & alii (2000). SPIKES : A SixStep Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist*, n° 5, 302-311.
- Ben Soussan, P. (2019). La médecine est-elle encore un “art du salut” ?. *Cancer(s) et psy(s)*, n° 1(4), 18-37. [<https://www-cairn-info.ezproxy.usherbrooke.ca/revue-cancers-et-psys-2019-1-page-18.htm>]
- Berg, G. & alii (2013). Kansas Physician Assistants' Attitudes and Beliefs Regarding Spirituality and Religiosity in Patient Care. *Journal of Religion & Health*, n° 52 (3), 864-876. [<https://doi.org/10.1007/s10943-011-9532-2>]
- Berney, A. & alii (2017). Individual Training at the Undergraduate Level to Promote Competence in Breaking Bad News in Oncology. *Psycho-Oncology*, n° 26 (12), 2232-2237. [<https://doi.org/10.1002/pon.4452>]

- Berthelard, N. (2008). L'annonce des mauvaises nouvelles en cancérologie : un dilemme éthique, un travail d'équipe. *Éthique & Santé*, n° 5 (3), 179-185. [<https://doi.org/10.1016/j.etige.2008.06.004>]
- Bettevy, F., Dufranc, C. & Hofmann, G. (2006). Les enjeux du dispositif d'annonce : le point de vue de la Ligue nationale contre le cancer. *Oncologie*, n° 8 (5), 515-517. [<https://doi.org/10.1007/s10269-006-0440-0>]
- Borgès Da Silva, R. (2013). Taxonomie et typologie : est-ce vraiment des synonymes ?. *Santé Publique*, n° 2013/5 (vol. 25), 633-637. [<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-5-page-633.htm>]
- Boss, M. (2001). "Kairos 1"(1922). Christianisme et socialisme. Tillich, Heidegger et la question du kairos. *Études théologiques et religieuses*, n° 2001 (1), 49-50.
- Bousquet, G. & alii (2015). Breaking Bad News in Oncology: A Metasynthesis. *Journal of Clinical Oncology*, n° 33 (22), 2437-2443. [<https://doi.org/10.1200/JCO.2014.59.6759>]
- Brothers, D. (2008). *Toward a Psychology of Uncertainty: Trauma-Centered Psychoanalysis*. The Analytic Press/Taylor and Francis group.
- Buckman, R. & Kason, Y. (1992). *How To Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. University of Toronto Press. [<http://www.jstor.org/stable/10.3138/j.ctt1h1hrxp>]
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news : the SPIKES strategy. *Psychosocial oncology*, march-april 2005, 138-142.
- Châtel, T. (2016). L'accompagnant, un funambule de la relation. Dans *La mort et le soin. Questions de soin*. Presses Universitaires de France, 103-121. [<https://doi.org/10.3917/puf.pierr.2016.03.0103>]
- Clayton, J. & alii (2007). Clinical Practice Guidelines for Communicating Prognosis and End-of-Life Issues with Adults in the Advanced Stages of a Life-Limiting Illness, and Their Caregivers. *Medical Journal of Australia*, n° 187 (8). [<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01375.x>]
- Coenen-Huther, J. (2007). Classifications, typologies et rapport aux valeurs. *Revue européenne des sciences sociales*, LV, 27-40. [<https://doi.org/10.4000/ress.191>]
- Comte-Sponville A. (2018). Introduction. Qu'est-ce que la philosophie ?. Dans A. Comte-Sponville (dir.), *La philosophie*. Presses Universitaires de France, 5-22. [<https://www.cairn.info/la-philosophie--9782130809500-page-5.htm>]
- Cooper, Z. & alii (2016). Recommendations for Best Communication Practices to Facilitate Goal-concordant Care for Seriously Ill Older Patients With Emergency Surgical Conditions. *Annals of Surgery*, 263 (1), 1-6. [<https://oce-ovid-com.ezproxy.usherbrooke.ca/article/00000658-201601000-00001/PDF>]

- Dallot, C. & Triolaire, V. (2016). Pour le patient et ses proches, pour le soignant, l'épreuve psychique de la mort à vivre. *Psycho-Oncologie*, n° 10 (1), 41-44.
[\[https://doi.org/10.1007/s11839-016-0557-3\]](https://doi.org/10.1007/s11839-016-0557-3)
- Delassus, É. (2022). Identité et médecine narrative. Permettre au malade de vivre en bonne intelligence avec lui-même. *Médecine des Maladies Métaboliques*, n° 16 (4), Autres regards sur l'éducation thérapeutique, 298-303.
[\[https://doi.org/10.1016/j.mmm.2022.02.008\]](https://doi.org/10.1016/j.mmm.2022.02.008)
- Demont É. (2009). *La psychologie*. Éditions Sciences Humaines.
[\[https://www.cairn.info/la-psychologie--9782912601766.htm\]](https://www.cairn.info/la-psychologie--9782912601766.htm)
- Desauw, A., Antoine, P., S. Cattan, S. & Véronique, C. (2015). Quand perte de sens rime avec souffrance : analyse qualitative du vécu des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie. *Psycho-Oncologie*, n° 9 (1), 31-36.
[\[https://doi.org/10.1007/s11839-015-0503-9\]](https://doi.org/10.1007/s11839-015-0503-9)
- Desauw, A., Cattan, S. & Véronique, C. (2014). L'annonce d'une mauvaise nouvelle : épreuve pour le soignant et le patient. Dans *Manuel de soins palliatifs*. Dunod, 4^e éd., 533-542.
[\[https://doi.org/10.3917/dunod.jacqu.2014.01.0533\]](https://doi.org/10.3917/dunod.jacqu.2014.01.0533).
- Dolbeault, S. & Bredart, A. (2010). Announcing cancer diagnosis: Which communication difficulties from professional and from patient's side? Which possible improvements?. *Bulletin du Cancer*, n° 97 (10), 1183-1194. [\[https://doi.org/10.1684/bdc.2010.1197\]](https://doi.org/10.1684/bdc.2010.1197)
- Dounia, C. (2015). Création et chute : pour une herméneutique de la théologie systématique de Paul Tillich et la vision irénienne de la création (Mémoire présenté pour l'obtention du grade de Licencié en Théologie Dogmatique). Madrid : Universidad Pontificia Comillas.
[\[https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/6103/DEA000120.pdf?sequence=1\]](https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/6103/DEA000120.pdf?sequence=1)
- Dzierżanowski, T. & Kozłowski, M. (2022). Personal fear of their own death and determination of philosophy of life affects the breaking of bad news by internal medicine and palliative care clinicians. *Archives of medical science : AMS*, n° 18 (6), 1505-1512. [\[https://doi.org/10.5114/aoms.2019.85944\]](https://doi.org/10.5114/aoms.2019.85944)
- Ellis, D.-I., Defne A. & Chang, D.-C. (2022). Failure and Rescue in Surgery. Surgical Covenant, Palliative Care, and Reimagining Quality. *JAMA Surgery*, n° 157 (12), 1074-1075. [\[https://doi.org/10.1001/jamasurg.2022.3181\]](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2022.3181)
- Englebert, J. (2018). De l'état-limite aux situations-limites : contribution à la compréhension écologique et phénoménologique de la personne borderline. *Phainomenon*, n° 28, 159-183.
- Ferro, A. (2009). *L'enfant et le psychanalyste*. Érès.
[\[https://doi.org/10.3917/eres.ferro.2009.01\]](https://doi.org/10.3917/eres.ferro.2009.01)

- Fuchs, T. (2007). Fragmented selves: temporality and identity in borderline personality disorder. *Psychopathology*, n° 40(6), 379-387. [DOI: 10.1159/000106468]
- Garderet, L., Ollivier, M.-P., Najman, A. & Gorin, N.-C. (2006). L'annonce d'une mauvaise nouvelle. Revue de la littérature. How to communicate bad news: a review of the literature. *Oncologie*, n° 8 HS, 126-31.
[<https://doi.org/10.1007/s10269-006-0564-2>]
- Gonzçalves, F. (2017). Family physicians' opinions on and difficulties with breaking bad news. *Porto Biomedical Journal*, n° 2(6), 277-281.
[https://journals.lww.com/pbj/Fulltext/2017/11000/Family_physicians_opinions_on_and_difficulties.7.aspx]
- Grondin, N. (1989). L'idée d'une théologie de la culture chez Paul Tillich et Gérard Siegwalt. *Laval théologique et philosophique*, n° 45/1, 31-38.
[<https://doi.org/10.7202/400423ar>]
- Hahne, J. & alii (2020). Breaking Bad News about Cancer in China: Concerns and Conflicts Faced by Doctors Deciding Whether to Inform Patients. *Patient Education and Counseling*, n° 103 (2), 286-291. [<https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.022>]
- Heslon, C. (2021). Krisis ou kairos ? La crise et l'urgence comme symptômes de nos temporalités présentes. [<https://hal.science/hal-03621092>]
- Héry, C. & Maillard, B. (2013). Dynamique de l'identité narrative après le cancer. *Psycho-Oncologie*, n° 7 (1), 35-38. [<https://doi.org/10.1007/s11839-013-0402-x>]
- Jacquemin, D. & de Broucker, D. (2014). *Manuel de soins palliatifs*. Dunod, 4^e édition.
- Jankélévitch, V. (2016). La Mort [1966]. Dans *La mort et le soin. Questions de soin*. Presses Universitaires de France, 25-35.
[<https://doi.org/10.3917/puf.pierr.2016.03.0025>]
- Jaspers, K (1989). *Philosophie, t. 2 Éclaircissement de l'existence*, tr. fr. par J. Hersch. Springer, 423-427.
- Jolly, É. (2014). Eschatologie et temps de la fin. *Alter*, n° 22/2014.
[<http://journals.openedition.org/alter/297> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/alter.297>]
- Karcher, B. (2022). La honte d'être soignant face à la mort annoncée en oncologie. *Psycho-Oncologie*. [<https://doi.org/10.3166/pson-2022-0201>]
- Karnieli-Miller, O., S.-P. & Dafna Meitar, D. (2022). Position Paper: Teaching Breaking Bad News (BBN) to Undergraduate Medical Students. *Patient Education and Counseling*, n° 105 (9), 2899-2904. [<https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.05.018>]
- Kowalczyk, O. & alii (2022). Religion and Spirituality in Oncology: An Exploratory Study of the Communication Experiences of Clinicians in Poland. *Journal of Religion and Health*, 61 (2), 1366-1375. [<https://doi.org/10.1007/s10943-021-01343-1>]
- Ladouceur, R. (2020). L'annonce d'une mauvaise nouvelle en médecine. *Frontières*, n° 14 (2), 66-69. [<https://doi.org/10.7202/1073974ar>]

- Laraoui, O. & alii (2019). Risques psychosociaux et syndrome d'épuisement professionnel des professionnels de soins hospitaliers. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, n° 80 (5), 386-97. [<https://doi.org/10.1016/j.admp.2019.05.001>]
- Lebigot, F. (2016). *Traiter les traumatismes psychiques: Clinique et prise en charge*. Dunod. [<https://doi.org/10.3917/dunod.lebig.2016.01>]
- Lee, H.-R. & Yi, S.-Y. (2013). Delivering Bad News to a Patient: A Survey of Residents and Fellows on Attitude and Awareness. *Korean Journal of Medical Education*, n° 25 (4), 317-325. [<https://doi.org/10.3946/kjme.2013.25.4.317>]
- Lemoine, É. (2016). L'incertitude fondamentale. La fin de vie pensée avec Vladimir Jankélévitch. Dans *La mort et le soin. Questions de soin*. Presses Universitaires de France, 37-52. [<https://doi.org/10.3917/puf.pierr.2016.03.0037>]
- Libert, Y. & Reynaert, C. (2009). Les enjeux de la communication médecin-patient et l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin. *Psycho-Oncologie*, n° 3 (3), 140-146. [<https://doi.org/10.1007/s11839-009-0139-8>]
- Lilley, E.-J. (2021). Navigating Difficult Conversations. *Surgical Oncology Clinics of North America*, n° 30 (3), 535-543. [<https://doi.org/10.1016/j.soc.2021.02.010>]
- Locatelli, C., Piselli, P., Cicerchia, M. & Repetto, L. (2013). Physicians' Age and Sex Influence Breaking Bad News to Elderly Cancer Patients. Beliefs and Practices of 50 Italian Oncologists: The G.I.O.Ger Study. *Psycho-Oncology*, n° 22 (5), 1112-1119. [<https://doi.org/10.1002/pon.3110>]
- Lutfey, K. & Maynard, D.-W. (1998). Bad News in Oncology: How Physician and Patient Talk About Death and Dying Without Using Those Words. *Social Psychology Quarterly*, n° 61 (4), 321-341. [<https://doi.org/10.2307/2787033>]
- Marschollek, P. & alii (2019). Oncologists and Breaking Bad News-From the Informed Patients' Point of View. The Evaluation of the SPIKES Protocol Implementation. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*, n° 34 (2), 375-380. [<https://doi.org/10.1007/s13187-017-1315-3>]
- Moura V. (2020). Effects on Medical Students of Longitudinal Small-Group Learning about Breaking Bad News. *The Permanente Journal*, n° 24. [<https://doi.org/10.7812/TPP/19.157>]
- Noble, S.-I.-R., Marie, A. & Finlay, I.-G. (2008). Challenges faced by palliative care physicians when caring for doctors with advanced cancer. *Palliative Medicine*, n° 22 (1), 71-76.
- Parikh, J.-R, Sun, J. & Mainiero, M.-B. (2021). What Causes the Most Stress in Breast Radiology Practice? A Survey of Members of the Society of Breast Imaging. *Journal of Breast Imaging*, n° 3 (3), 332-342. [<https://doi.org/10.1093/jbi/wbab012>]
- Passeron, J.-C. (1994). La rationalité et les types de l'action sociale chez Max Weber. *Revue Européenne des Sciences Sociales*, t. XXXII, n° 98, 5-44.

- Purnell, J.-Q., Andersen, B.-L. & Wilmot, J.-P. (2009). Religious practice and spirituality in the psychological adjustment of survivors of breast cancer. *Counseling and values*, n° 53 (3), 165.
- Quintin, J. (2020). *Éthique de l'accompagnement. Une approche existentielle*. Liber.
- Ozeki-Hayashi, R. & alii (2019). Beliefs Held by Breast Surgeons That Impact the Treatment Decision Process for Advanced Breast Cancer Patients: A Qualitative Study. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, vol. 11, 221-229.
- Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit, 1. L'intrigue et le récit historique*. Seuil.
- Rodin, D. & alii (2015). Whose Role? Oncology Practitioners' Perceptions of Their Role in Providing Spiritual Care to Advanced Cancer Patients. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, n° 23 (9), 2543-2550.
[\[https://doi.org/10.1007/s00520-015-2611-2\]](https://doi.org/10.1007/s00520-015-2611-2)
- Rouëssé, J. & Schneider, M. (2008). Que dire à un malade porteur d'un cancer métastatique?. *Oncomagazine*, n° 2 (4), 18-21. [\[https://doi.org/10.1007/BF03165493\]](https://doi.org/10.1007/BF03165493)
- Ruszniewski, M. & Rabier, G. (2015). *L'annonce: dire la maladie grave*. Dunod.
[\[http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb442996649\]](http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb442996649)
- Salem, A. & Salem, A.-F. (2013). Breaking bad news: current prospective and practical guideline for Muslim countries. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*, n° 28 (4), 790-794.
[\[https://doi.org/10.1007/s13187-013-0523-8\]](https://doi.org/10.1007/s13187-013-0523-8)
- Schmidt, C. & alii (2020). Medical students' personal experiences, religion, and spirituality explain their (dis)comfort with a patient's religious needs. *Canadian Medical Education Journal*, n° 11 (4), 29-38. [\[https://doi.org/10.36834/cmej.69217\]](https://doi.org/10.36834/cmej.69217)
- Sehouli, J. (2019). *The Art of Breaking Bad News Well*. Taylor & Francis Group.
[\[http://ebookcentral.proquest.com/lib/usherbrookemgh-ebooks/detail.action?docID=5890628\]](http://ebookcentral.proquest.com/lib/usherbrookemgh-ebooks/detail.action?docID=5890628)
- Shaw, J., Brown, R. & Dunn, S. (2015). The impact of delivery style on doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Education and Counseling*, n° 98 (10), 1255-1259. [\[https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.023\]](https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.023)
- Tillich, P. (2003). *Théologie systématique II*. Éditions du Cerf.
- Unger, J.-P. (2018). Le burnout des médecins (et celui des psychologues, infirmiers, magistrats, chercheurs et enseignants). Pour un programme de contrôle de l'endémio-épidémie. *Cahiers de psychologie clinique*, n° 51 (2), 169-188.
[\[https://doi.org/10.3917/cpc.051.0169\]](https://doi.org/10.3917/cpc.051.0169)
- Voelter, V., Mirimanoff, R.-O., Stiefel, F. & Rousselle, I. (2005). L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie. *Rev Med Suisse*, n° 20, 1350-1355.