



**HAL**  
open science

# Stratégies de régulation émotionnelle des praticiens lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie

Armelle Desauw

► **To cite this version:**

Armelle Desauw. Stratégies de régulation émotionnelle des praticiens lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie. Psychologie. Université Charles de Gaulle - Lille III, 2014. Français. NNT : 2014LIL30028 . tel-01124239

**HAL Id: tel-01124239**

**<https://theses.hal.science/tel-01124239>**

Submitted on 6 Mar 2015

**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.

UNIVERSITE LILLE NORD DE FRANCE  
UNIVERSITE LILLE 3  
Unité de Recherche en Sciences Cognitives et Affectives (URECA EA 1059)

## **Stratégies de régulation émotionnelle des praticiens lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie**

Thèse soutenue publiquement le 15 janvier 2014  
en vue de l'obtention du titre de Docteur en Psychologie

*par*

Armelle DESAUW

*sous la direction des*

Pr Véronique CHRISTOPHE

*et*

Pr Pascal ANTOINE

*Composition du jury :*

Pr Véronique CHRISTOPHE, Université Lille Nord de France, (Lille3) - Directeur

Pr Pascal ANTOINE, Université Lille Nord de France, (Lille3) - Directeur

Pr Angélique Bonnaud-Antignac, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Nantes - Rapporteur

Pr Marie PREAU, Université de Lyon 2 - Rapporteur et Président

Dr Stéphane CATTAN, CHRU de Lille

# Table des matières

Résumé .....	7
Abstract .....	8
Avant-propos .....	9
<b>PARTIE 1          APPROCHE THEORIQUE .....</b>	<b>13</b>
Chapitre 1 .....	14
L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie : Aspects généraux .....	14
1. Définitions .....	14
2. L'annonce d'une mauvaise nouvelle aujourd'hui: au carrefour d'une évolution législative, politique et sociétale .....	18
3. Les enjeux de l'annonce .....	22
4. Des attentes des patients aux recommandations des experts .....	23
4.1. Les attentes des patients .....	23
4.2. Les recommandations d'experts.....	28
5. Le vécu des patients à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie .....	32
5.1. L'annonce entendue comme une menace de mort .....	32
5.2. Lorsque l'annonce fait trauma .....	35
5.3. Les réactions émotionnelles des patients à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie .....	36
5.4. Les modèles explicatifs des réactions émotionnelles des patients .....	38
5.4.1. De l'observation clinique à la théorie : les modèles inscrits dans une démarche inductive.....	38
5.4.2. L'apport des modèles issus de la psychologie de la santé .....	42
5.4.3. L'approche intégrative de la psycho-oncologie .....	48
6. Synthèse du chapitre .....	54
Chapitre 2 .....	55
Le vécu des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle .....	55
1. Les difficultés du travail en cancérologie .....	55
2. L'annonce d'une mauvaise nouvelle : un exercice complexe pour le médecin.....	58
3. Les réactions émotionnelles des médecins .....	61

3.1. La peur de l'annonce .....	61
3.2. Les autres émotions des médecins face à l'annonce .....	70
5. L'adaptation des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie ...	72
5.1. Les mécanismes de défense des médecins .....	72
5.2. Les stratégies de coping des médecins.....	76
5.2.1. L'apport du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) .....	76
5.2.2. Identification de stratégies de coping des médecins .....	78
5.3. La régulation émotionnelle .....	84
5.3.1. Définition du concept de régulation émotionnelle.....	84
5.3.2. Identification des stratégies de régulation émotionnelle des médecins ....	89
6. L'effet des comportements des médecins sur les patients dans la communication médecin-patient.....	91
7. L'émotion dans la communication médecin-patient.....	96
8. Synthèse du chapitre .....	100
Problématique.....	101
Considérations méthodologiques .....	103
Partie 2    CONTRIBUTIONS EMPIRIQUES .....	105
Présentation générale.....	106
Article 1.....	108
Dealing with breaking bad news in oncology: Physicians' anxiety and emotion regulation strategies.....	108
Abstract.....	110
Introduction.....	112
Methods .....	114
Results.....	116
Discussion.....	121
References.....	125
Article 2.....	127
Quelle perception les praticiens ont-ils de l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie ? Analyse qualitative du vécu et des stratégies de régulation émotionnelle.....	127
Résumé.....	129
Abstract.....	129
Introduction.....	130

Méthode .....	131
Résultats .....	133
Discussion .....	140
Références bibliographiques .....	143
Article 3 .....	146
Annnonce de mauvaises nouvelles en cancérologie : Analyse qualitative de l'expérience subjective des médecins .....	146
Résumé .....	148
Introduction .....	150
Méthode .....	152
Résultats .....	154
Discussion .....	169
Références bibliographiques .....	176
Article 4 .....	184
L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie : Impact des stratégies de régulation émotionnelle des praticiens sur les patients .....	184
Résumé .....	186
Introduction .....	188
Méthode .....	192
Résultats .....	197
Discussion et conclusion .....	203
Références bibliographiques .....	209
Partie 3                   DISCUSSION CONCLUSION .....	214
Discussion générale .....	215
1. Impact des stratégies de régulation émotionnelle des médecins sur l'ajustement psychologique des patients .....	217
2. Limites et perspectives futures .....	220
3. Formation professionnelle des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie .....	222
3.1. L'acquisition de stratégies de régulation émotionnelle efficaces .....	224
3.2. Former les médecins à gérer les réactions émotionnelles de leurs patients .....	227
3.3. Le sens que les médecins donnent à l'annonce et à leur rôle .....	230
3.4. La relation médecin-patient .....	233

Conclusion générale .....	236
Références bibliographiques .....	239
Annexes .....	266
Annexe 1 .....	267
Curriculum Vitae du candidat .....	267
Annexe 2 .....	271
Quatre entretiens parmi les 22 analysés dans l'Etude 3 .....	271

# Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier mes directeurs de thèse, le Pr Véronique Christophe et le Pr Pascal Antoine qui ont accepté d'encadrer ce travail de thèse. Je tiens à remercier le Pr Véronique Christophe pour la confiance qu'elle m'a accordée à travers toutes les expériences professionnelles qui m'ont été données de faire, et m'ont enrichies sur le plan professionnel et personnel, bien au-delà du domaine de la recherche. Je remercie le Pr Pascal Antoine pour la pertinence de ces retours et son niveau d'exigence qui m'ont permis d'avancer. Un grand merci au Dr Stéphane Cattan, pour avoir accompagné et enrichi ce travail de recherche par son expérience clinique.

Je tiens également à présenter mes remerciements aux membres du jury qui ont accepté d'évaluer et discuter de ce travail de recherche.

Mes remerciements vont également au Dr Lévêque et au Dr Masset, chefs de service qui se sont succédés à l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs du Centre Hospitalier de Cambrai, et m'ont permis de concilier ce travail de recherche avec mon travail clinique au sein de leur équipe, en m'encourageant et me soutenant dans ce projet.

Je remercie les médecins qui se sont investis dans ce projet de recherche, engageant en termes de temps mais également au niveau personnel, ainsi que leurs patients, qui ont accepté de participer à cette recherche, malgré les souffrances de la maladie.

Enfin, je tiens à remercier mes proches, mes amis, mes collègues du Centre Hospitalier de Cambrai, et mes collègues de l'équipe FASE du laboratoire URECA, pour leur soutien, leur aide, leurs relectures et leurs conseils avisés.

# Résumé

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie constitue un exercice complexe et particulièrement anxiogène pour les médecins. La théorie de la régulation émotionnelle laisse à penser que les médecins vont avoir recours à des stratégies afin de réguler leurs émotions au moment de l'annonce. Les éléments de la littérature nous ont amenés à nous interroger sur l'impact des stratégies de régulation émotionnelle des médecins confrontés à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie, sur l'ajustement psychologique de leurs patients à la maladie. Pour répondre à cette problématique, quatre études ont été conduites. La première étude nous a permis d'analyser l'anxiété des médecins et deux stratégies de régulation émotionnelle (la réévaluation cognitive et la suppression expressive), à l'annonce d'une mauvaise nouvelle (Article 1). Dans la seconde étude, les résultats de l'analyse qualitative d'entretiens menés auprès de médecins nous ont permis d'élargir l'éventail des émotions (négatives et positives) et des stratégies de régulation émotionnelle des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle (Article 2). L'analyse interprétative phénoménologique du discours des médecins, conduite dans la troisième étude, a fait émerger deux éléments clés de compréhension de l'expérience subjective des médecins face à l'annonce : le sens que les médecins donnent à l'annonce et à leur rôle, et le lien établi avec leurs patients (Article 3). La dernière étude s'est focalisée sur l'analyse des liens entre l'anxiété, les stratégies de régulation émotionnelle et les compétences relationnelles des médecins au moment l'annonce, et l'ajustement psychologique de leurs patients quinze jours après l'annonce (Article 4). Les résultats de ces quatre études apportent de nouveaux éléments de réflexion concernant les formations à l'annonce de mauvaises nouvelles proposées aux médecins.

**Mots clés :** mauvaise nouvelle, cancer, relation médecin-patient, régulation émotionnelle, ajustement psychologique



# Abstract

Breaking bad news in oncology is a difficult task for physicians, generating a mix of emotions, mainly negative ones such as anxiety. The theory of emotion regulation suggests that physicians are using emotion regulation strategies to influence their emotions when breaking bad news to patients. The literature has led us to question the impact of the emotion regulation strategies of physicians facing giving bad news in oncology, their interpersonal skills and their patient's psychological adjustment to the illness. To address this topic, four studies were carried out. The first one enables us to analyse physicians' anxiety and two emotion regulation strategies (expressive suppression and cognitive reappraisal) at three different stages of the announcement: just before, just after and a week later (Article 1). In the second study, the results of qualitative analysis from semi-structured interviews with physicians allow us to expand the range of emotions (negative and positive) and physicians' emotion regulation strategies when announcing a bad news (Article 2). In the third study, the interpretative phenomenological analysis of the physicians' interviews enables us to understand two key elements of the subjective experience of physicians facing the announcement: the importance that physicians give to the announcement and their role, and the relationship established with their patients (Article 3). The last study focusses on the analysis of the link between anxiety, emotion regulation strategies and the physicians' interpersonal skills when breaking bad news in oncology, and the patient's psychological adjustment fifteen days after the announcement (Article 4). The results of these four studies allow to provide new lines of approach regarding the training in breaking bad news currently available for physicians.

**Key-words:** bad news, cancer, physician, patient, emotion regulation, psychological adjustment

# Avant-propos

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie se définit par une information qui vient modifier radicalement et négativement l'idée que le patient se fait de son devenir (Buckman, 1984). Si cette nouvelle affecte en premier lieu le patient, qui bien souvent, l'entend comme une mise en jeu de son pronostic vital, elle ne laisse pas indemne le médecin, contraint d'endosser le rôle d'annonciateur de la mauvaise nouvelle. Cet exercice complexe va faire naître chez les médecins de nombreuses émotions, essentiellement négatives, comme de l'anxiété (Ptacek & Eberhardt, 1996). Selon la théorie de la régulation émotionnelle (Gross, 1998), un individu peut mettre en place des stratégies de régulation émotionnelle afin de moduler la valence, l'intensité et la durée de ses émotions, dans le but de s'adapter à son environnement (J. C. Larsen & Prizmic, 2004). À l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie, il est probable que les médecins aient recours aux stratégies de régulation émotionnelle afin de moduler leurs émotions négatives. Parmi ces stratégies, certaines vont se manifester dans leurs comportements verbaux et non-verbaux. Par exemple, des médecins vont tenter de masquer leur anxiété à leur patient pendant la consultation d'annonce, d'autres vont ressentir le besoin d'en parler à un collègue après l'annonce, ou encore de s'isoler. Or, les comportements verbaux et non-verbaux des médecins au cours d'une consultation médicale ont un impact sur la perception qu'ont les patients de leurs compétences relationnelles et de leur ajustement psychologique à la maladie (Butow et al., 1996; Mager & Andrykowski, 2002; Roberts, Cox, Reintgen, Baile, & Gibertini, 1994; Schofield et al., 2003). Tandis que l'expression émotionnelle des médecins apparaît bénéfique pour les patients (DiMatteo, Taranta, Friedman, & Prince, 1980; Griffith, Wilson, Langer, & Haist, 2003; Shields et al., 2005), les résultats de la littérature sur la population générale

(Gross & John, 2003) laissent supposer de l'impact délétère de la suppression expressive dans la relation médecin-patient.

Les stratégies de régulation émotionnelle employées par les médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie constituent l'élément central de ce travail de thèse. À partir des éléments de la littérature scientifique, nous nous sommes interrogés sur l'impact des stratégies de régulation émotionnelle des médecins confrontés à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, sur l'ajustement psychologique de leurs patients à la maladie. Plus précisément, nous souhaitons vérifier l'hypothèse selon laquelle certaines stratégies de régulation émotionnelle des médecins (comme l'expression émotionnelle) favoriseraient l'ajustement psychologique de leurs patients, tandis que d'autres stratégies (comme la suppression expressive) seraient délétères à leur ajustement psychologique. Avant de répondre à cette problématique, il nous paraît indispensable d'analyser le vécu émotionnel des médecins confrontés à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, et d'identifier leurs stratégies de régulation émotionnelle, dans la mesure où ces deux concepts ont peu été étudiés jusqu'à présent. Pour répondre à cette problématique, quatre études ont été conduites dans ce travail de thèse.

La première partie de ce document présente les apports théoriques de la littérature consacrés à l'annonce de mauvaise nouvelle en oncologie, le vécu des deux protagonistes de l'annonce et leur ajustement psychologique. Elle se décompose en deux chapitres. Le premier chapitre définit l'annonce d'une mauvaise nouvelle, et présente son évolution sociale, ses enjeux, les attentes des patients et les protocoles d'annonce. Dans ce chapitre, il est également question du vécu des patients et de leur ajustement psychologique à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie. Le second chapitre aborde le vécu des médecins

puis leurs processus d'adaptation : mécanismes de défense, stratégies de coping et régulation émotionnelle. Ce chapitre traite également de l'impact des comportements verbaux et non-verbaux des médecins, et plus particulièrement de l'expression de leurs émotions, sur leurs patients (en terme de satisfaction, d'évaluation des compétences relationnelles du médecin et d'ajustement psychologique). La première partie de ce document s'achève par la présentation de la problématique de ce travail de thèse ainsi que par les considérations méthodologiques sur lesquelles s'appuient les quatre études de ce travail.

La seconde partie de ce document expose les quatre études, présentées sous forme d'articles, qui ont été menées dans ce travail de thèse. La première étude a pour objectif d'analyser l'anxiété des médecins et deux stratégies de régulation émotionnelle (la réévaluation cognitive et la suppression expressive), à trois moments de l'annonce : juste avant, juste après, et une semaine après l'annonce (Article 1). Dans la seconde étude, nous nous appuyons sur une analyse qualitative d'entretiens menés auprès de médecins afin d'identifier les émotions et les stratégies de régulation émotionnelle des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie (Article 2). L'analyse interprétative phénoménologique du discours des médecins, conduite dans la troisième étude, vise à comprendre le vécu émotionnel des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie en explorant les processus psychiques sous-jacents (Article 3). Enfin, la dernière étude se focalise sur l'analyse des liens entre l'anxiété, les stratégies de régulation émotionnelle et les compétences relationnelles des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, et l'ajustement psychologique de leurs patients quinze jours après l'annonce (Article 4).

La troisième et dernière partie de ce document amène une discussion à partir des principaux résultats de ces quatre études. Ceux-ci apportent de nouveaux éléments de réflexion concernant les formations à l'annonce de mauvaises nouvelles proposées aux médecins. Cette dernière partie est également l'occasion d'aborder les limites de ces études, desquelles découlent de nouvelles perspectives de recherche. Ce document se termine par une conclusion portant sur l'ensemble de ce travail de thèse.

# PARTIE 1

## APPROCHE THEORIQUE

# Chapitre 1

## L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie : Aspects généraux

### 1. Définitions

*Nous cherchons les mots, peut-être cherchons-nous aussi les oreilles*

*Nietzsche*

La complexité de l'annonce d'une mauvaise nouvelle réside d'une interaction entre un médecin qui ne souhaite pas verbaliser le message qu'il a à prononcer, à un patient qui ne souhaite pas l'entendre (Alby, 1995).

Le concept de mauvaise nouvelle, commun à de nombreuses disciplines médicales a été défini par Bor, Miller, Goldman et Scher (1993, cités par Ptacek & Eberhardt, 1996, p. 496) chez des patients porteurs du VIH. Pour ces auteurs, ce concept renvoie à un jugement de valeur porté par le patient sur une situation perçue comme sans espoir, menaçant son bien-être physique et/ou mental, risquant de bouleverser son quotidien et l'obligeant à s'orienter

vers de nouveaux choix de vie. Cette première définition met en avant l'évaluation subjective de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, portée par celui qui la reçoit.

Dans le domaine de la cancérologie, Buckman (1984), très largement cité dans la littérature, définit la mauvaise nouvelle par une information qui vient modifier radicalement et négativement l'idée que le patient se fait de son devenir. Buckman (2001) précise que l'annonce de la mauvaise nouvelle est conditionnée par l'écart entre la perception que le patient a de sa santé, de son devenir et la réalité médicale. Selon lui, plus cet écart est grand, plus l'annonce sera terrible pour le patient. Ainsi, l'annonce d'un cancer risque-t-elle d'être plus dramatique chez un patient asymptomatique, se croyant en bonne santé, comparativement à un patient dont les premiers signes de la maladie l'auraient alerté de l'existence d'un problème lié à sa santé. En oncologie, l'annonce d'une mauvaise nouvelle peut concerner celle d'un diagnostic initial de cancer, d'une rechute, d'un échec thérapeutique, de l'évolution de la maladie, de l'orientation en soins palliatifs, etc.

Alors que ces précédentes définitions reposent sur la perception puis l'évaluation du patient quant à sa santé et son avenir, Ptacek et Eberhardt (1996) ont pris le parti de définir ce concept à travers ses conséquences délétères sur le patient. De leur point de vue, la mauvaise nouvelle se définit a posteriori lorsqu'elle entraîne un déficit cognitif, comportemental ou émotionnel chez le patient, qui persiste après l'annonce.

Le sens que le patient donnera à l'annonce ainsi que ses réactions vont être déterminés par de nombreuses variables, parmi lesquelles : les facteurs socio-démographiques (âge, sexe, catégorie socio-professionnelle), environnementaux (environnement familial, social, culturel,...), psycho-sociaux (trait de personnalité, croyances religieuses, rapport à la santé, parcours de vie, histoire familiale,...), et contextuelles (lieu de l'annonce, présence d'un proche, attitude du praticien,...), (Buckman, 1984; Fallowfield & Jenkins, 2004; Ptacek &



Eberhardt, 1996; VandeKieft, 2001). Ainsi, l'annonce d'un cancer du sein localisé n'aura pas la même résonance chez deux patientes dont l'une a perdu sa mère d'un cancer du sein deux ans auparavant.

Si l'annonce de la mauvaise nouvelle en cancérologie se définit couramment du point de vue du patient, ne pas tenir compte du praticien dans la définition de ce concept serait un non-sens. Effectivement, celui-ci apparaît en premier dans la dynamique temporelle que constitue l'annonce. Il est le premier des deux protagonistes de l'annonce à en avoir connaissance, à porter un regard sur l'annonce, à l'évaluer et la qualifier de bonne ou mauvaise nouvelle (Ptacek & Eberhardt, 1996). L'évaluation a priori que se fait le médecin de l'annonce repose sur des critères objectifs, tels que le stade de la maladie, l'espérance de vie connue pour ce diagnostic ou la présence ou non de traitements curatifs, qui vont permettre au médecin d'évaluer la gravité de la maladie. L'anticipation que le médecin se fait des réactions émotionnelles du patient ainsi que son expérience personnelle et professionnelle vont également conditionner son évaluation subjective de l'annonce (Ptacek & Eberhardt, 1996). Si le praticien s'attend à ce que le patient soit bouleversé par l'annonce et réagisse intensément sur le plan émotionnel et comportemental, il sera plus enclin à évaluer l'annonce comme mauvaise. A l'inverse, s'il s'attend à ce que le patient soit indifférent à l'annonce, celle-ci ne revêtira pas le caractère de « mauvaise nouvelle ».

Lorsqu'un praticien évalue l'annonce comme mauvaise, avant même que la rencontre avec le patient ait eu lieu, il va adopter un comportement spécifique (Ptacek & Eberhardt, 1996) : appeler personnellement le patient pour rapprocher la date de la consultation, lui demander de venir accompagner d'un proche, organiser son emploi du temps afin d'assurer une consultation plus longue, adopter une attitude plus chaleureuse et bienveillante qu'à l'habitude. Tous ces éléments sont autant de signes qui vont influencer la propre perception

du patient, qui après avoir reçu l'information, évaluera l'annonce comme mauvaise (Ptacek & Eberhardt, 1996). En retour, les réactions émotionnelles du patient à l'annonce vont moduler la première évaluation que le médecin s'était fait de l'annonce. Une annonce évaluée a priori par le médecin comme neutre pourra être réévaluée a posteriori comme une mauvaise nouvelle par le médecin selon les réactions émotionnelles du patient.

En résumé, nous pouvons dire que l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie repose sur l'évaluation subjective d'une information transmise par le médecin à son patient, évaluation faite par le médecin et son patient (Bor et al., 1993; Ptacek & Eberhardt, 1996). Par évaluation subjective, nous entendons la façon dont un individu perçoit une situation, au regard de ce qu'il est, de ses valeurs, de ses attentes et de son histoire (Bruchon-Schweitzer, 2002). Dans cette perspective, nous parlerons d'annonce de mauvaise nouvelle dès que l'un des deux protagonistes de l'annonce l'évaluera comme telle. De cette évaluation subjective découle un ensemble de réactions émotionnelles, comportementales et cognitives, chez le patient et le médecin (Buckman, 1984; Ptacek & Eberhardt, 1996). Enfin, l'annonce de mauvaise nouvelle s'inscrit dans un processus dynamique au cours duquel évaluations subjectives et réactions des protagonistes de l'annonce s'enchaînent et s'influencent mutuellement (Figure 1).

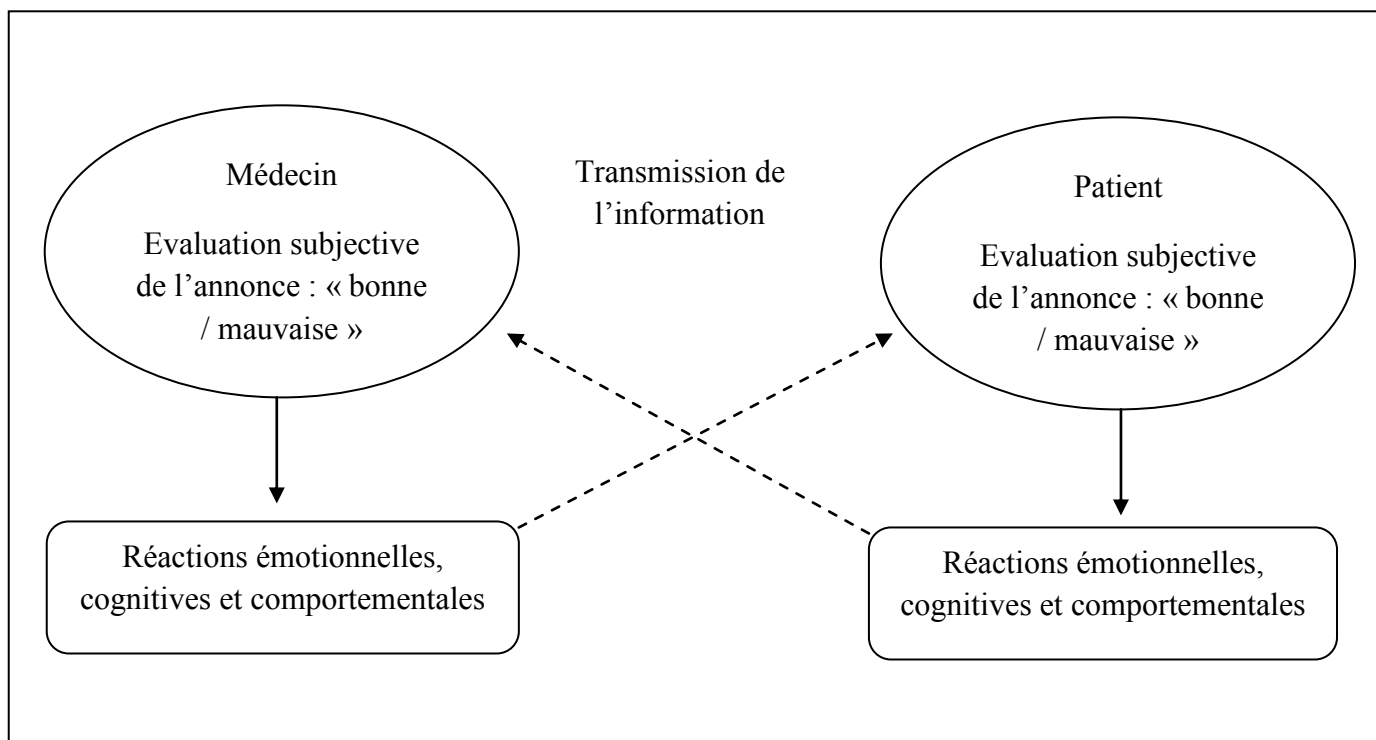


Figure 1. Le processus temporel de l'annonce de mauvaise nouvelle en cancérologie.

## 2. L'annonce d'une mauvaise nouvelle aujourd'hui: au carrefour d'une évolution législative, politique et sociétale

Qu'ils soient cancérologues, médecins généralistes, hématologues, pneumologues, hépato-gastroentérologues, chirurgiens... tous sont confrontés à l'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie. Effectivement, avec 365 500 nouveaux cas de cancers découverts en France en 2011 (Institut National du Cancer, 2012), l'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie figure parmi les tâches inhérentes à la pratique clinique des médecins.

Les pratiques médicales qui entourent les annonces de mauvaises nouvelles en cancérologie ont considérablement évolué ces quinze dernières années en France. Cette évolution a débuté avec les premiers Etats Généraux organisés par La Ligue Contre le Cancer

en 1998, qui ont permis de réunir 3000 personnes pour échanger sur le thème de la prise en charge en cancérologie, (Bouché & Ulrich, 2012). Lors de ces débats, la parole a été donnée aux malades et à leurs proches, leur donnant ainsi l'opportunité de témoigner des conditions déplorable de l'annonce ainsi que de leur vécu traumatique de l'annonce, comme l'illustrent ces extraits (Ligue Contre le Cancer, 1999, cité par Bouché & Ulrich, 2012, p. 39) :

*Le médecin soupèse-t-il à quel point ce moment est fondamental ?*

*Ne pas dire la vérité, c'est nous enlever notre dignité.*

*Les médecins pourraient-ils apprendre dans un congrès le poids d'un mot, celui d'une intonation, d'un regard, d'un sourire, d'une main sur la main ?*

*Il faut annoncer la maladie avec plus de psychologie !*

*Les médecins ne devraient pas le dire par téléphone ou entre deux portes.*

*On aura beau employer toutes les techniques que l'on voudra, cela me fait penser à un boulanger qui ferait un pain merveilleux, mais dont la vendeuse vous le balancerait en pleine figure. Vous ne l'appréciez pas, même s'il est excellent !*

Ces témoignages ont permis de mettre en exergue l'importance de ce moment clé de l'annonce dans le parcours thérapeutique des malades. Ils ont mis en évidence la nécessité d'améliorer les conditions d'annonces afin d'atténuer la souffrance des malades. Enfin, les revendications exprimées par les malades sont venues attester de leur besoin de recevoir une information claire et accessible concernant leur maladie, leur diagnostic et leur état de santé, dans un contexte de vérité, de considération et de soutien dans la relation médecin-patient.

Ces premiers Etats Généraux ont marqué un tournant dans les pratiques médicales d'annonces en cancérologie, amorçant une révolution majeure qui, loin de se cantonner au domaine médical, s'est inscrite dans un cadre législatif, politique et sociétal.

Dans le domaine législatif, la loi « Kouchner » du 4 mars 2002 du Code de Santé Public, relative aux droits des patients, stipule que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ». Cette loi a permis de répondre aux besoins d'information des patients jusqu'alors souvent insatisfaits, en inscrivant la transmission d'informations médicales au patient comme une obligation de la part du médecin, pourvu que le patient le souhaite et soit en capacité de recevoir cette information. Elle a conduit à abolir la dissimulation et la rétention d'informations médicales concernant les annonces de mauvaises nouvelles dans la pratique médicale.

Dans la sphère politique, la maladie cancéreuse a fait office de précurseur avec le déploiement du Plan Cancer 2003-2007, qui a témoigné d'une volonté gouvernementale d'améliorer les conditions de prise en charge des patients. Le Plan Cancer a été élaboré à partir des plaintes et des attentes exprimées par les patients lors des premiers Etats Généraux de La Ligue Contre le Cancer de 1998. Il regroupe 70 mesures parmi lesquels la mesure 40 relative aux conditions d'annonces. Cette dernière, en mettant l'accent sur l'aspect relationnel de l'annonce et l'information délivrée au malade, vise à offrir aux malades de meilleures conditions d'annonces (Institut National du Cancer, 2006). Après un an d'expérimentation dans 58 établissements de santé, cette mesure a abouti à l'élaboration puis la généralisation du dispositif d'annonce du cancer. Celui-ci se décompose en quatre temps (Institut National du Cancer, 2006). Le premier est un temps médical, qui correspond à une ou plusieurs consultations dédiées à l'annonce, puis à la proposition thérapeutique décidée au préalable au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, avant d'aboutir à un projet personnalisé de soins proposé au patient. Le deuxième temps du dispositif d'annonce est un temps d'accompagnement soignant, souvent mené par une infirmière, qui a pour objectif de reprendre l'information transmise lors du temps médical et de la compléter en fonction du

niveau de compréhension et d'assimilation de la personne. Il s'agit également de lui apporter un soutien et d'évaluer ses besoins afin de l'orienter auprès des acteurs des soins de support (assistante sociale, psychologue, diététicienne...). Le troisième temps correspond à l'accès à une équipe pluridisciplinaire de soins de support. Enfin, le quatrième temps représente l'articulation entre le médecin de ville et l'hôpital. Notons que si initialement la mise en place de ce dispositif d'annonce suivait une recommandation nationale dans le domaine de la santé, elle fait aujourd'hui partie intégrante des critères de qualité dans l'évaluation des services hospitaliers.

Enfin, notre société a évolué dans son rapport à la santé et aux soins, ce qui a considérablement impacté la relation médecin-patient. Jusque dans les années 70, le modèle dominant de la relation médecin-malade était le modèle paternaliste. Ce dernier, inscrit dans notre société européenne depuis la médecine grecque, reposait sur le principe de bienfaisance (Llorca, 2006). Dans ce modèle, le médecin était détenteur du savoir médical, ce qui renforçait l'asymétrie de la relation médecin-patient. Cette position octroyait au médecin le pouvoir de décision au détriment du patient qui était maintenu dans l'ignorance et la passivité face aux décisions prises. Dans ce schéma, le médecin savait mieux que le patient ce qui était bon pour lui et décidait à sa place ; « la conspiration du silence » prévalait face aux mauvaises nouvelles. Mais avec la démocratisation des connaissances médicales, l'influence anglo-saxonne de modèles centrés sur le patient (Llorca, 2006) et l'évolution des droits des patients en France, la relation médecin-patient a évolué vers plus d'autonomie et de responsabilisation des patients (Vinant, 2009). Parmi les lois qui ont marqué cette évolution, citons la loi Léonetti de 2005, redonnant le droit aux patients de décider des conditions de leur fin de vie, avec la rédaction de leurs directives anticipées, ou encore la loi HPST de 2008 (Hôpitaux Patients Santé Territoires) préconisant l'autonomisation des patients à travers l'éducation

thérapeutique. Cette mouvance dans la relation médecin-patient a permis de rendre les patients plus acteurs de leurs soins, en demande d'informations, en les replaçant au cœur de leur prise en charge et en atténuant l'asymétrie médecin-patient.

### **3. Les enjeux de l'annonce**

Parce que l'annonce s'inscrit dans l'instant, puis dans la continuité d'une rencontre (Hirsch, 2006), ses enjeux sont multiples : la qualité de la consultation médicale, la satisfaction du patient et du médecin, l'intégration de cette douloureuse vérité pour le patient, son acceptation de la maladie et son adaptation psychologique à la maladie et aux traitements (Buckman, 2001; Dillies, Gironde, Bézy, & Dauplat, 2006; Hirsch, 2006; Libert, Merckaert, Reynaert, & Razavi, 2006).

Les enjeux de l'annonce s'inscrivent également dans un cadre éthique. Comme le soulignent Reich, Vennin et Belkacémi (2008), à travers l'acte de l'annonce, le médecin devient le garant du respect de libre arbitre du patient, de son autonomie et de sa dignité.

Enfin, l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie relève d'un exercice de communication entre le médecin et son patient. A ce titre, elle doit répondre à trois objectifs fondamentaux : 1) créer une relation interpersonnelle de qualité, 2) échanger des informations et 3) prendre une décision thérapeutique (Ong, de Haes, Hoos, & Lammes, 1995). Le premier objectif implique pour le médecin qu'il établisse un cadre clair, chaleureux et rassurant (Libert et al., 2006). Dans cette relation, le patient, reconnu en tant que personne, occupera une place centrale (Dillies et al., 2006). L'écoute attentive du patient, de son vécu et l'empathie dont lui témoignera le médecin participeront à la construction de cette relation (Libert et al., 2006). Le second objectif sous-tend que le médecin se positionne en tant que

récepteur de l'information, avant de devenir l'émetteur (Dillies et al., 2006). Cette position initialement prise lui permettra d'évaluer ce que sait le patient de sa maladie et ses attentes en termes d'informations pour transmettre dans un second temps une information adaptée au patient (Dillies et al., 2006; Libert et al., 2006). Enfin, le dernier objectif de la consultation d'annonce sera de prendre une décision thérapeutique impliquant les patients qui souhaitent prendre une part active dans le processus de décision.

## **4. Des attentes des patients aux recommandations des experts**

### **4.1. Les attentes des patients**

De nombreuses études ont été menées afin d'explorer les attentes et les préférences des patients concernant l'annonce de mauvaises nouvelles liées à leur maladie cancéreuse. Celles-ci recouvrent trois thématiques : l'environnement de l'annonce, le contenu de l'information transmise au moment de l'annonce, et la manière dont cette information est transmise par le médecin (P. A. Parker et al., 2001; Quirk et al., 2008).

#### *L'environnement de l'annonce*

Selon la perspective des patients, un environnement favorable implique que l'annonce soit réalisée en personne, dans une pièce confortable préservant l'intimité et la confidentialité du patient et dans un temps imparti suffisant et sans interruption (Butow et al., 1996; Girgis, Sanson-Fisher, & Schofield, 1999; P. A. Parker et al., 2001; Ptacek & Ptacek, 2001; Randall & Wearn, 2005; Schofield et al., 2001). Si la présence d'un proche est souhaitée pour la majorité des patients (Butow et al., 1996; Girgis et al., 1999; Schofield et al., 2001), celle



d'un autre soignant ne l'est pas (Butow et al., 1996; Fujimori & Uchitomi, 2009; Girgis et al., 1999; Schofield et al., 2001).

### *Le contenu de l'information*

A l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie, les patients souhaitent recevoir une information empreint de franchise, d'honnêteté et d'espoir (Fujimori & Uchitomi, 2009; Mauri, Vegni, Lozza, Parker, & Moja, 2009; P. A. Parker et al., 2001; Randall & Wearn, 2005; Whitney, McCullough, Frugé, McGuire, & Volk, 2008). La confiance que le patient accorde aux compétences et aux connaissances scientifiques de son médecin participe aux critères de qualité de l'annonce (Fujimori & Uchitomi, 2009; Mauri et al., 2009; P. A. Parker et al., 2001).

Alors que certains médecins expriment des réticences à transmettre l'information médicale lorsqu'elle concerne l'évolution défavorable de la maladie, de peur de blesser leurs patients (Russell & Ward, 2011), un manque d'information contribue à augmenter l'anxiété des patients (Reynolds, 1978). A l'inverse, les patients qui estiment leur espérance de vie inférieure à six mois et ont le sentiment d'avoir pu parler de leur pronostic avec leur médecin expriment moins de symptômes dépressifs comparativement à ceux qui n'ont pas pu en parler (Cripe et al., 2012).

Plusieurs travaux de recherche ont permis de mettre en exergue le besoin d'informations des patients (V. A. Brown, Parker, Furber, & Thomas, 2011; Jenkins, Fallowfield, & Saul, 2001). Une étude menée auprès de 2331 patients anglais atteints de cancer de différents types à différents stades de la maladie a montré que 87% des patients préféreraient recevoir le plus d'informations possibles concernant leur maladie et ce quel que soit le type d'annonce, bonne ou mauvaise nouvelle (Jenkins et al., 2001). Plus spécifiquement, 88.7% des patients souhaitent connaître le nom de leur maladie, 90.8%

désirent être informés de l'évolution de la maladie, 95.5% des patients veulent connaître leur chance de guérison, 94% des patients souhaitent avoir connaissance des traitements possibles et 97.1% des effets secondaires des traitements (Jenkins et al., 2001). Dans cette étude, aucun effet du type de cancer ni du stade de la maladie n'a été observé sur les résultats.

Ce besoin d'informations se retrouve également chez les patients à un stade évolué de la maladie cancéreuse. Dans une étude réalisée auprès de 226 patients atteints de cancer métastasé, Hagerty et al. (2004) ont montré que 85% des patients souhaitaient connaître leur espérance de vie dans les conditions d'évolution de la maladie les plus optimistes et plus de 95% des patients voulaient recevoir de l'information concernant les possibilités thérapeutiques, les effets secondaires des traitements, les symptômes et les chances que les traitements agissent efficacement sur les symptômes. Récemment, une étude européenne menée sur la population générale a mis en évidence que 73.9% des 9344 participants souhaiteraient être informés de leur cancer malgré une espérance de vie de moins d'un an (Harding et al., 2013).

Si ces études soulignent la demande massive d'informations médicales des patients concernant leur maladie et son évolution, elles soulignent également le désir de ne pas savoir d'une minorité de patients (Schattner, 2002). Au moment du diagnostic, 74% des patients porteurs d'un mélanome ne souhaitent pas recevoir toute l'information concernant leur maladie (Schofield et al., 2001). De manière générale, Jenkins, Fallowfield, et Saul (2001) constatent que 13.2% des patients atteints de cancer ne sont pas en demande d'informations sur leur maladie. Quant à l'information relative à leur espérance de vie, entre 15% et 40% des patients selon les études préfèrent ne rien savoir (Butow et al., 1996; Fujimori & Uchitomi, 2009; Hagerty et al., 2004).

Par ailleurs, la demande d'informations des patients évolue dans le temps avec l'évolution de la maladie (Butow, Maclean, Dunn, Tattersall, & Boyer, 1997). A un stade avancé de la maladie, le besoin d'informations des patients diminue (S. M. Parker et al., 2007). La demande d'informations concernant le diagnostic et l'évolution de la maladie décroît alors que la demande d'informations concernant la gestion des symptômes et les objectifs des traitements augmente (Butow et al., 1997; Russell & Ward, 2011). A un stade palliatif de la maladie, les patients sont moins en demande d'informations concernant leur chance de guérison comparativement à ceux en cours de traitements curatifs (Meredith et al., 1996). Une étude menée auprès de 56 patients en stade terminal indique que seulement 41.1% des patients sont en demande d'informations complémentaires concernant leur maladie (Kutner, Steiner, Corbett, Jahnigen, & Barton, 1999). Les résultats de cette étude ont mis en évidence l'ambivalence de ces patients concernant l'information liée à leur maladie, entre désir de savoir et peur de recevoir une mauvaise nouvelle.

Certains facteurs socio-démographiques sont associés à une demande et un besoin accrus d'informations concernant la maladie (S. M. Parker et al., 2007) : c'est le cas des patients jeunes (Jenkins et al., 2001), des femmes et des patients de catégorie socio-professionnelle élevée (P. A. Parker et al., 2001). Les variables psychologiques impactent également sur la demande d'informations exprimée par les patients (Hagerty et al., 2004). Les patients atteints d'un cancer à un stade métastaté sont davantage en recherche d'informations concernant leur espérance de vie lorsqu'ils présentent un score élevé de dépression comparativement à ceux qui expriment un faible niveau de dépression (Hagerty et al., 2004).

Enfin, il importe de noter l'existence d'une variabilité interculturelle, notamment entre les cultures anglo-saxonnes, européennes et asiatiques (Harding et al., 2013; Mauri et al., 2009; P. A. Parker et al., 2001; S. M. Parker et al., 2007).

### *La manière dont l'information est transmise*

Au-delà du contenu de l'information transmise au patient, les patients accordent une place importante à la manière dont l'annonce est délivrée par le médecin. Une attitude chaleureuse, empathique et rassurante du médecin au moment de l'annonce est considérée comme essentielle par les malades (Girgis et al., 1999). Ceci traduit l'ensemble des compétences relationnelles du médecin lors de l'annonce, qui peuvent être véhiculées au niveau du comportement verbal et non verbal du médecin et permettre d'apporter un soutien émotionnel aux patients.

Ptacek et Ptacek (2001) ont observé que la satisfaction des patients concernant le déroulement de l'annonce d'une mauvaise nouvelle augmentait lorsque le médecin tenait compte des émotions du patient et exprimait de l'empathie. Une autre étude, menée auprès de 126 patients souffrant de cancer métastaté, a permis d'identifier les comportements des médecins souhaités par les patients à l'annonce d'une mauvaise nouvelle (Hagerty et al., 2005). Parmi les comportements souhaités apparaissent le fait de tenir compte de la singularité du patient et de son état émotionnel (Hagerty et al., 2005). Donner aux personnes l'opportunité d'exprimer leurs questions et prendre le temps d'y répondre apparaît également essentiel pour les patients (Fujimori & Uchitomi, 2009; Hagerty et al., 2005; Mauri et al., 2009; P. A. Parker et al., 2001; Schofield et al., 2001).

Concernant le comportement non-verbal du médecin au moment de l'annonce, 77% des patients atteints de cancer préfèrent que l'annonce soit effectuée en face-à-face (Butow et al., 1996). La satisfaction des patients au moment de l'annonce augmente lorsque le médecin se place à proximité du patient (Ptacek & Ptacek, 2001). Les patients privilégient une posture assise du médecin (Bruera et al., 2007) et apprécient les contacts visuels avec le médecin (Fujimori & Uchitomi, 2009; Girgis et al., 1999; P. A. Parker et al., 2001). En revanche, les

contacts tactiles tels que prendre la main ou le bras du patient lors de l'annonce sont peu appréciés des patients (Fujimori & Uchitomi, 2009; Mauri, Vegni, Lozza, Parker, & Moja, 2009; Parker et al., 2001). Soulignons également des disparités interindividuelles dans les préférences des patients concernant la manière dont l'annonce est amenée. Parker et al. (2001) ont montré que les femmes accordent plus d'importance au soutien apporté par leur médecin au moment de l'annonce que les hommes.

## **4.2. Les recommandations d'experts**

Face à une telle variabilité parmi les patients, il apparaît indispensable de tenir compte de la singularité des patients à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie, afin de répondre à leurs besoins et leurs attentes (Parker et al., 2007; Russell & Ward, 2011; Schattner, 2002). Dans cette perspective, Buckman (Buckman & Kason, 1992; Buckman, 2001; Garderet, Ollivier, Najman, & Gorin, 2006) a élaboré un protocole en six étapes destiné aux professionnels de santé afin d'améliorer les conditions d'annonce de mauvaises nouvelles. Ce protocole, largement repris dans la littérature, a été développé sous l'acronyme de SPIKES (Baile et al., 2000) :

Première étape: Préparer l'entretien, « S - Setting up the interview »

La préparation de la consultation d'annonce commence par une connaissance approfondie du dossier médical du patient permettant d'anticiper mentalement le déroulé de la consultation, les informations à transmettre, ainsi que les réactions du patient. Le choix d'un lieu adapté respectant l'intimité et la confidentialité du patient est essentiel. Lorsque le patient le souhaite, le médecin va proposer au proche d'assister à la consultation. Le médecin va s'organiser de manière à disposer du temps nécessaire à l'annonce et s'assurer de ne pas être

dérangé. Enfin, en venant s'asseoir à côté du patient, le médecin signalera au patient sa disponibilité et favorisera la relation thérapeutique.

Deuxième étape : Evaluer ce que sait le patient, « **P- Assessing the Patient's Perception** »

Avant d'apporter des informations au patient, il s'agit pour le médecin d'explorer ce que sait le patient de sa maladie, à travers des questions ouvertes telles que « Jusqu'à aujourd'hui, quelles sont les informations que vous avez reçues sur votre état de santé? ». Cette étape permet de repérer les informations erronées que détient le patient, repérer ses espoirs irréalistes ainsi que ses mécanismes de défense, comme le déni.

Troisième étape : Evaluer ce que le patient veut savoir, « **I- Obtaining the patient's Invitation** »

Afin de répondre aux attentes des patients concernant la quantité d'informations qu'ils souhaitent recevoir et de respecter le souhait de certains de ne pas être informés, le médecin va explorer ce que veut savoir le patient à l'aide de questions ouvertes telles que : « De quelle manière souhaitez-vous que je vous transmette les résultats de vos examens ? Souhaitez-vous que je vous donne des informations détaillées ou juste les grandes lignes ? ». Lorsque le patient ne souhaite pas recevoir d'informations, le médecin peut lui indiquer qu'il pourra poser ses questions ultérieurement et lui proposer de transmettre ces informations à ses proches.

Quatrième étape : Donner l'information, « **K- Giving Knowledge and information to the patient** »

Cette étape consiste à transmettre l'information au patient à partir de ce qu'il sait, en respectant ce qu'il souhaite savoir, de manière honnête et en laissant la place à l'espoir. Le médecin sera vigilant à adapter son langage et son vocabulaire à celui du patient.

L'information sera amenée progressivement, au rythme du patient et le médecin s'assurera de la compréhension du patient.

Cinquième étape : Répondre de façon empathique aux émotions du patient, « **E- Addressing the patient's Emotions with Empatic responses** »

Une réponse empathique de la part du médecin implique qu'il identifie et comprenne les émotions du patient puis qu'il lui témoigne cette compréhension. Une attitude empathique implique également de respecter l'expression émotionnelle du patient et la légitimer. Cette étape a pour but d'apporter un soutien émotionnel au patient et lui permettre d'atténuer l'intensité de sa détresse émotionnelle.

Sixième étape : Résumer et Proposer un projet de soin, « **S- Strategy and Summery** »

Enfin, la dernière étape du protocole consiste à résumer ce qui a été dit lors de la consultation en s'assurant de la compréhension du patient. Il s'agit ensuite pour le médecin de proposer au patient un projet de soin en l'impliquant dans les décisions prises, s'il le souhaite. Cette perspective d'avenir permettra au patient de diminuer son anxiété en réduisant l'incertitude de son devenir grâce à une projection dans un futur à court et moyen terme.

Ce protocole d'annonce permet d'apporter des éléments de repères chronologiques afin d'aider les médecins à mener leurs consultations d'annonces de mauvaises nouvelles en mettant l'accent sur la transmission d'informations, le respect des besoins des patients et l'apport d'un soutien émotionnel.

Delvaux, Merckaert, Razavi, et Liénard, (2008) proposent un modèle dynamique de la transmission d'informations au cours de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie. Dans ce modèle, la transmission d'informations est envisagée comme un processus dynamique au cours duquel la compréhension du patient et sa détresse émotionnelle sont

régulièrement évaluées (Figure 2). Grâce à cette évaluation, le médecin peut ajuster le déroulement de la consultation médicale en embrassant les besoins de son patient.

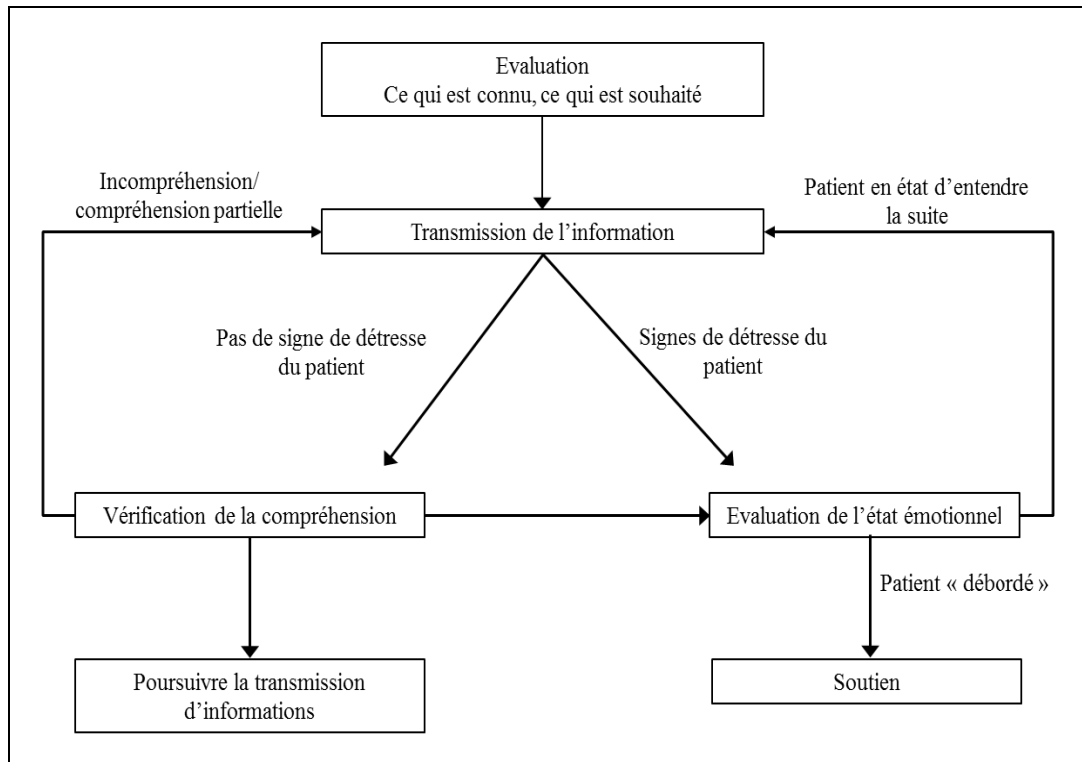


Figure 2. Annonce de mauvaises nouvelles, phase d'information (Delvaux et al., 2008).

Ce large consensus entre experts, médecins, soignants et chercheurs qui s'est répandu dans les pays occidentaux d'une part, et d'autre part, les revendications des patients portées par La Ligue Nationale Contre le Cancer, ont contribué à l'émergence de recommandations de bonnes pratiques éditées par la Haute Autorité de Santé [HAS] en France (Haute Autorité de Santé, 2008, 2012). Ces recommandations rejoignent celles du protocole du Buckman (Buckman & Kason, 1992; Buckman, 2001; Garderet et al., 2006) décrites précédemment.



## **5. Le vécu des patients à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie**

### **5.1. L'annonce entendue comme une menace de mort**

Lorsqu'une personne reçoit une annonce de mauvaise nouvelle en cancérologie, celle-ci est bien souvent entendue comme une menace de mort et ce indépendamment des caractéristiques objectives de la maladie. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène. Malgré des avancées médicales notoires, le cancer reste la première cause de décès chez les hommes en France et la deuxième cause de décès chez les femmes en France (Institut National du Cancer, 2012). A ces raisons objectives s'ajoute la représentation sociale du cancer qui fait peur, nommée cancérophobie (Bouché & Ulrich, 2012). Les peurs associées au cancer sont relatives à :

- La peur des conséquences physiques de la maladie : douleurs, altération de l'état général ou encore fatigue physique,
- La peur des conséquences psychologiques : dépression, angoisses, sentiment de perte de contrôle, ou peur de devenir confus,
- La peur de la mort,
- La peur de l'altération de l'image corporelle : alopecie, mastectomie, pose d'une chambre implantable ou d'une trachéotomie,
- La peur des traitements : leur pénibilité, leur durée, leurs effets secondaires,
- La peur face à l'entourage : faire souffrir ses proches, perdre son rôle familial, être un fardeau, être rejeté,

- La peur à l'égard de sa situation professionnelle et sociale : perdre son emploi, perdre son statut social, rencontrer des difficultés financières, se sentir exclu socialement (Buckman, 2001).

Pour 35% des patients atteints de cancer et 50% de leurs proches, le mot cancer est associé à la mort (Ensemble Parlons Autrement du Cancer [EPAC], 2002, cité par Bouché & Ulrich, 2012, p. 41). Par association au mot cancer, les mots les plus fréquemment cités par les patients, leurs proches, les soignants et le grand public sont : chimiothérapie, douleur, métastase, radiothérapie, traitement, peur, grave, incurable, maladie chronique et guérison (EPAC, 2002, cité par Bouché & Ulrich, 2012, p. 42). Dans l'imaginaire collectif, le cancer est à l'image du crabe, qui avance sournoisement, pince, dévore (Deschamps, 1997). Malgré les messages encourageants et rassurants véhiculés par les médias, le cancer reste une maladie à l'image ambiguë : « ni totalement guérissable, ni totalement mortelle, ni totalement chronique » (Bouché & Ulrich, 2012, p. 5). A ces représentations collectives du cancer, s'ajoutent les représentations individuelles de la maladie qui vont être façonnées par l'histoire de vie de la personne, son histoire familiale et ses antécédents médicaux (Clément-Hryniewicz & Paillaud, 2008; Pucheu, 2007).

Entendue comme une menace de mort, l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie, va confronter l'individu à la représentation de sa mort, la prise de conscience de sa finitude (Vinant, 2009) et faire émerger ses angoisses de mort jusqu'alors contenues (Pucheu, 2007).

La représentation de notre propre mort, que Ruzniewski (2009) qualifie d'« impossible à nommer », appartient au domaine de l'inimaginable (Freud, 1915/1968), qui ne peut être représentée au niveau psychique (Vinant, 2009). Les angoisses de mort, associées à la représentation de notre mort, se développent parallèlement au concept de mort

qui évolue au cours du développement de l'enfant (Razavi, Delvaux, & Farvacques, 2008a). Ce concept s'acquière vers l'âge de neuf ans, avec la perception de l'irréversibilité et de l'universalité de la mort, qui vient marquer la fin de la vie (Razavi et al., 2008a). Les angoisses de mort revêtent plusieurs formes : l'angoisse du non-être, de séparation, d'anéantissement, de l'inconnu et l'angoisse existentielle (Razavi et al., 2008a). Fort heureusement, ces angoisses sont contenues grâce à des mécanismes de défense mis en place de manière inconsciente dès le plus jeune âge (Razavi et al., 2008a).

A ces considérations individuelles de notre rapport à la mort, s'ajoutent celles de notre société face à la mort, que Châtel (2013) qualifie de « déni social de la mort ». Le déni social de la mort est apparu progressivement au cours du XXème siècle, avec l'essor de la médecine (Châtel, 2013). Le développement de la médecine a véhiculé l'image d'une toute puissance médicale nourrissant l'espoir d'une longue vie sans maladie (Buckman, 2001), et d'une médecine qui guérit tout (Châtel, 2013). Ce mythe de la guérison a fait naître chez les malades des attentes qui s'avèrent parfois irréalistes vis-à-vis de la médecine, en termes de guérison et de retour à l'état de santé antérieur (Canguilhem, 2002). Parallèlement à ce phénomène, le XXème siècle a été marqué par une exclusion progressive du mourant hors de la société. Cette exclusion du mourant a résulté de l'hospitalisation systématique de la personne en fin de vie et de la médicalisation de la mort (Châtel, 2013). Effectivement, en 1975, 59% des décès avaient lieu au domicile contre 25.9% aujourd'hui. A l'inverse, seuls 39.4% des décès avaient lieu en milieu hospitalier en 1975, contre 60.3% aujourd'hui (Observatoire National de la Fin de Vie, 2013). L'hospitalisation systématique du mourant a préservé l'individu de la confrontation à la mort (Buckman, 2001). Effectivement, cette expérience, aussi douloureuse soit-elle, favorise l'élaboration d'une représentation de la mort comme processus naturel, inscrit dans la continuité de la vie (Buckman, 2001). Il importe cependant de noter que le

développement des soins palliatifs en France, et le retour des prises en charge palliatives à domicile (*Commission de réflexion sur la fin de vie en France*, 2012) contribuent à fissurer ce tabou de la mort (Morel, 2013) : la mort n'est plus une maladie mais bien le processus normal de la fin de la vie.

## **5.2. Lorsque l'annonce fait trauma**

La première de ces mauvaises nouvelles est celle du diagnostic. Loin de se cantonner au temps de la consultation médicale, l'expérience subjective de l'annonce diagnostique des patients s'inscrit dans une dynamique temporelle qui débute dès l'apparition des premiers signes de la maladie et les premières confrontations au monde soignant à travers les examens médicaux (Salander, 2002; Schaepe, 2011). Lorsque le mot cancer est prononcé, c'est le « coup de massue ». L'annonce, entendue comme une menace de mort, est comparable à un événement traumatique ; elle vient faire irruption dans la vie du patient de manière brutale et inattendue, génère un sentiment de peur intense, d'envahissement, de perte de contrôle, d'impuissance et d'insécurité (Brennan, 2001; Gurevich, Devins, & Rodin, 2002; Kangas, Henry, & Bryant, 2002; Reich et al., 2008). Les premières réactions fréquemment observées chez les patients dans les instants qui suivent l'annonce sont l'état de choc et la sidération qui témoignent de la violence du trauma (Razavi, Delvaux, & Farvacques, 2008b). Comme le soulignent Kangas et al. (2002) dans une revue de la littérature, la confrontation à une maladie potentiellement mortelle comme un cancer, reconnue comme un événement traumatogène par le DSM IV, génère un syndrome de stress post-traumatique chez certains patients, qu'ils expliquent par l'impossibilité de traiter puis d'intégrer l'information médicale. L'annonce vient marquer un point de rupture dans la vie de la personne malade, un avant et un après. Le bouleversement suscité par l'annonce se manifeste au niveau psychologique, social et

professionnel (La Ménardière, 2010; Razavi et al., 2008b). Ces bouleversements, à l'origine d'une crise existentielle, vont nécessiter de nombreux remaniements psychiques pour dépasser cette crise et retrouver un état d'équilibre interne (Razavi et al., 2008b).

### **5.3. Les réactions émotionnelles des patients à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie**

Les réactions émotionnelles des patients à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie sont nombreuses. De nature et d'intensité variables, elles sont le reflet du bouleversement émotionnel que l'annonce suscite chez le patient. Les réactions émotionnelles les plus fréquentes sont le choc, la tristesse, la peur et l'acceptation (Butow et al., 1996).

Sur le plan cognitif, Reich et al. (2008) évoquent deux niveaux d'interprétation de l'annonce par le malade, liés aux émotions de tristesse et de peur éprouvées. Le premier niveau, associé à la tristesse, concerne la prise de conscience des pertes consécutives à l'entrée dans la maladie, telles que la perte de la santé, de son intégrité physique, de son statut social, de son rôle familial, du contrôle sur le cours de la vie et de ses projets de vie. Le second niveau d'interprétation, associé à la peur, concerne la projection dans un avenir incertain, menaçant et inquiétant. Les menaces associées à la maladie sont nombreuses et concernent les projets futurs, la vie, l'intégrité physique et psychique, l'ajustement aux modifications corporelles, l'équilibre émotionnel et le bien-être, les activités sociales, les rôles sociaux et l'ajustement à un nouvel environnement social (Cohen & Lazarus, 1979, cités par Brennan, 2001, p. 6).

D'autres émotions telles que la colère, le sentiment d'impuissance, d'injustice et de perte de contrôle ainsi que la honte et la culpabilité sont également éprouvées par les patients (Baillet & Pelicier, 1998; Chen & Chang, 2012).

Le concept de détresse émotionnelle définit l'ensemble de ces réactions émotionnelles négatives. La détresse émotionnelle caractérise une expérience émotionnelle désagréable, multifactorielle, de nature psychologique (émotionnelle, cognitive et/ou comportementale), sociale et/ou spirituelle, qui peut affecter les capacités d'un individu à faire face au cancer, aux symptômes physiques et aux traitements (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2011). La détresse émotionnelle s'inscrit dans un continuum allant des sentiments normaux tels que la peur, la tristesse ou la vulnérabilité, à des troubles de l'adaptation ou des troubles psychiatriques comme un trouble anxieux ou un trouble dépressif (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2011; Razavi & Delvaux, 2008; Reich, Ait-Kaci, & Sedda, 2007). Plusieurs études ont été menées afin de mesurer la prévalence de la détresse émotionnelle pathologique des patients après l'annonce d'un diagnostic de cancer. Bien souvent, les principales mesures de ces études sont le niveau d'anxiété et de dépression des patients (Derogatis & Morrow, 1983; Stark et al., 2002; Steinberg et al., 2009; Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001). La prévalence de la détresse émotionnelle pathologique varie entre 18% et 51% selon les études (Derogatis & Morrow, 1983; Stark et al., 2002; Steinberg et al., 2009; Zabora et al., 2001). Cette importante variabilité, comme le soulignent Van't Spijker, Trijsburg et Duivenvoorden (1997), s'explique par la disparité des variables mesurées, des outils de mesure, du moment des passations et des disparités parmi les patients. La prévalence de la détresse émotionnelle la plus élevée s'observe chez les patients atteints de cancer pulmonaire (Steinberg et al., 2009; Zabora et al., 2001) tandis que la prévalence la plus faible se retrouve chez les patientes

souffrant de cancers gynécologiques. Comparativement à la population normale, les patients atteints de cancer souffrent davantage de dépression mais ne présentent pas plus de troubles anxieux (Van't Spijker et al., 1997). Plus récemment, Mitchell et al. (2011) ont montré que 16.3% des patients en oncologie et en hématologie souffraient de dépression, 19.4% de troubles de l'adaptation et 10.3% de trouble anxieux (selon les critères du DSM).

## **5.4. Les modèles explicatifs des réactions émotionnelles des patients**

### 5.4.1. De l'observation clinique à la théorie : les modèles inscrits dans une démarche inductive

La littérature compte de nombreux modèles théoriques nous permettant de comprendre les réactions d'un individu à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie. Parmi ces modèles, les premiers s'inscrivent dans une démarche inductive de professionnels exerçant auprès de patients confrontés à la fin de vie (Kübler-Ross, 1969, 1975) et à la maladie cancéreuse (Buckman & Kason, 1992; Buckman, 2001). Ces premiers modèles ont été énoncés à partir des observations issues de l'expérience clinique de leurs auteurs.

#### *Les six étapes deuil de Kübler-Ross, (1969, 1975)*

Kübler-Ross, psychiatre américaine d'origine suisse, pionnière dans l'accompagnement des personnes en fin de vie, a étudié l'expérience émotionnelle des patients confrontés à la maladie incurable (1969, 1975). A partir de ses observations cliniques, elle a décrit un modèle en six étapes chronologiques afin de rendre compte du cheminement psychique que traversent les patients confrontés à la maladie incurable (Figure 3).

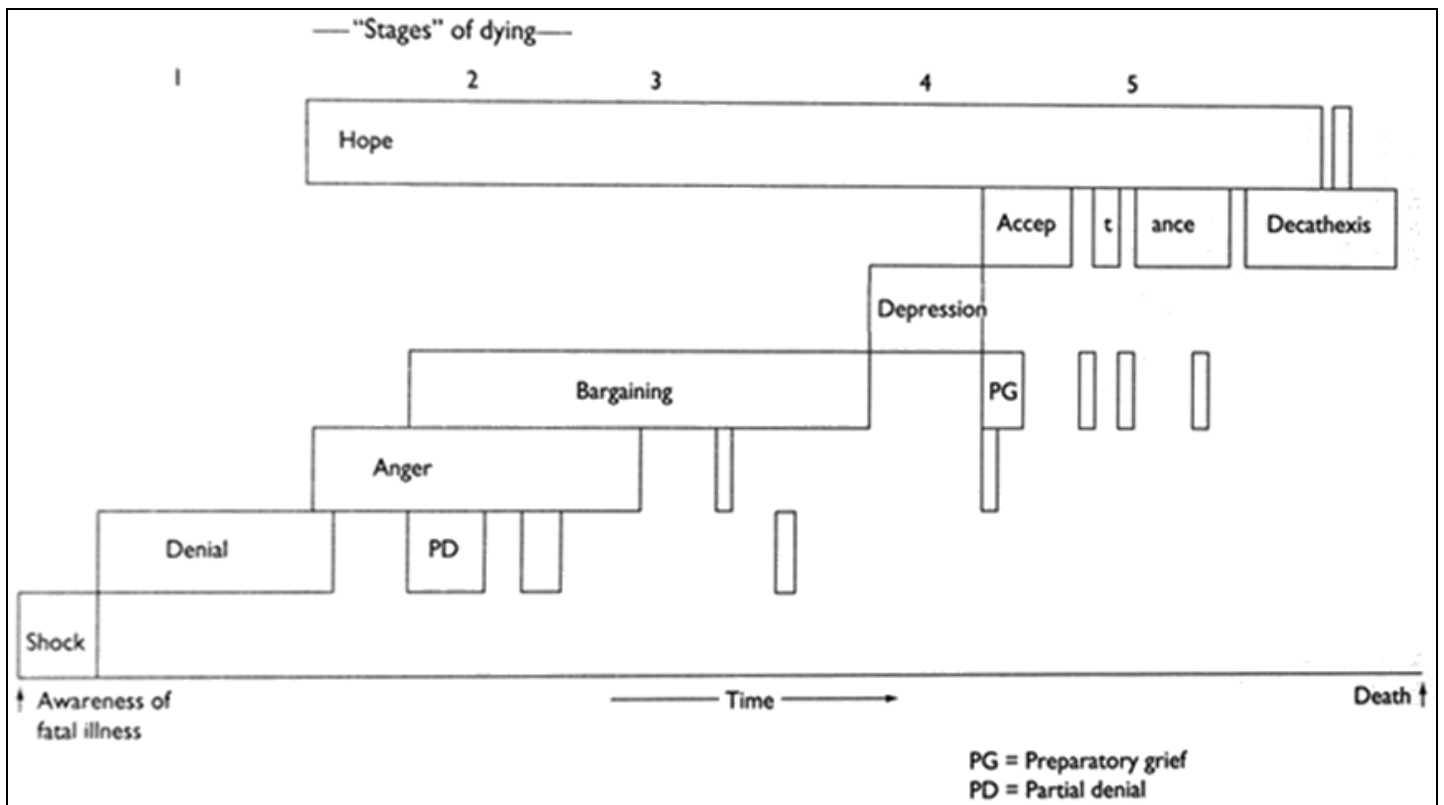


Figure 3. Modèle des six étapes du deuil de Kübler-Ross (1969, 1975).

La première étape de ce modèle est la phase de choc. Elle décrit l'état de sidération que vit la personne lorsqu'elle entend le caractère incurable et mortel de sa maladie. La deuxième phase est celle du déni, au cours de laquelle la personne réagit « comme si » elle n'avait pas entendu l'annonce. En réalité, elle rejette de manière inconsciente et involontaire cette réalité médicale trop douloureuse. Ce processus psychique témoigne de l'incapacité de la personne à intégrer psychiquement cette vérité insupportable (Ruszniewski, 2004). Il s'agit d'un mécanisme de défense temporaire qui permet de préserver la personne d'un effondrement psychique (Ruszniewski, 2004). La troisième étape du modèle décrit une période de colère et d'agressivité, tournée contre la maladie, les autres ou soi-même. Ces réactions émotionnelles sont le reflet d'un sentiment d'injustice éprouvé par les patients, qui se manifeste bien souvent par des questions telles que : « Pourquoi moi ? », « Qu'est-ce que j'ai fait pour mériter ça ? ». La quatrième phase est celle du marchandage, au cours de



laquelle le patient va négocier avec l'équipe soignante ou ses proches, par exemple, il acceptera un traitement par chimiothérapie à condition qu'il ne perde pas ses cheveux. La cinquième phase est la dépression. Elle traduit l'intégration progressive par la personne de la douloureuse vérité médicale. Elle est marquée par une profonde tristesse. La personne prend conscience des pertes consécutives à l'annonce et la maladie. Enfin, la sixième phase décrit l'acceptation des pertes associées à la maladie. Ce processus permet au patient de retrouver un équilibre émotionnel.

A travers ce modèle, Kübler-Ross (1969, 1975) a apporté aux professionnels de santé de nouveaux éléments de compréhension du patient en fin de vie. Ce modèle initialement élaboré à partir de l'expérience de patients en fin de vie a par la suite été repris pour comprendre les réactions des patients à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie, car celle-ci est bien souvent entendue comme une menace de mort et impose à la personne de faire le deuil des pertes qu'implique la maladie cancéreuse.

Le modèle de Kübler-Ross (1969, 1975) présente également des limites qu'il est nécessaire d'évoquer afin d'appréhender pleinement l'expérience subjective des patients confrontés à l'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie. La première concerne les six étapes chronologiques du modèle : ces six étapes ne se rencontrent pas systématiquement chez tous les patients (Buckman & Kason, 1992; Buckman, 2001). Par ailleurs, lorsqu'elles s'observent, celles-ci ne suivent pas toujours l'ordre chronologique défini dans le modèle de Kübler-Ross. Enfin, certaines étapes peuvent apparaître de manière concomitante chez les patients. Une seconde critique évoquée par Buckman (1992; 2001) à l'encontre du modèle de Kübler-Ross concerne l'absence de réactions émotionnelles telles que la peur et l'angoisse de mort, si fréquentes parmi les patients confrontés à la menace de mort sous-jacente à la maladie grave. Le modèle en six étapes ne rend pas compte de l'ensemble des réactions

observées chez les patients à l'instar de la culpabilité, de l'oscillation entre espoir et désespoir ainsi que de l'humour qui sont absentes du modèle (Buckman & Kason, 1992; Buckman, 2001). Enfin, pour Buckman (1992; 2001), les réactions d'une personne à l'annonce d'une maladie potentiellement mortelle relèvent davantage d'une palette d'émotions qui traduisent bien plus son caractère que les étapes d'un processus universel.

#### *Le modèle de Buckman, (1992; 2001)*

A partir du modèle en six étapes de Kübler-Ross et de ses limites, Buckman (1992; 2001), oncologue américain et professeur de médecine, propose un modèle en trois étapes afin d'expliquer les réactions d'un individu face à l'annonce d'une maladie potentiellement mortelle. La première étape de son modèle est associée à la reconnaissance de la menace. Celle-ci va déclencher d'importantes réactions émotionnelles et comportementales qui varieront selon la personnalité et l'histoire de l'individu, telles que la peur, l'anxiété, la stupeur, l'incrédulité, la colère, la dénégation, la culpabilité, l'humour, l'espoir et le désespoir ou le marchandage. Buckman (1992; 2001) qualifie la seconde étape de son modèle « d'étape chronique ». Avec l'expérience de la maladie, un processus d'habituation va se développer et les réactions émotionnelles de l'individu vont diminuer en intensité. La dépression est considérée comme un phénomène fréquent à ce stade. Certains problèmes émergés lors de la première étape vont pouvoir être résolus, comme la peur de la chimiothérapie qui pourra disparaître après la première cure de chimiothérapie. L'acceptation est la dernière étape du modèle de Buckman (1992; 2001) : acceptation de la maladie, des pertes liées à la maladie et aux traitements, acceptation de la mort pour les patients en fin de vie. Cette étape reprend la dernière phase du modèle de Kübler-Ross (1969, 1975).

Partant d'observations cliniques, ces modèles ont eu le mérite d'apporter de nouveaux éléments de compréhension des patients confrontés à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en

cancérologie auprès des professionnels de santé. Ils ont permis une reconnaissance et une légitimité de l'expérience émotionnelle des patients, contribuant ainsi à l'amélioration de l'accompagnement des patients confrontés au cancer et en situation de fin de vie.

#### 5.4.2. L'apport des modèles issus de la psychologie de la santé

Si la portée des modèles de Kübler-Ross (1969, 1975) et Buckman (1992; 2001) se mesure encore aujourd'hui au niveau clinique, auprès des professionnels de santé, la psychologie de la santé a fait émerger de nouveaux modèles inscrits dans une démarche hypothético-déductive. Cette approche méthodologique vise à comprendre et expliquer un phénomène à partir d'une hypothèse formulée puis vérifiée de manière empirique (Ogden, 2008). Parmi ces modèles, nous avons choisi d'en considérer trois, au regard de leur pertinence dans la compréhension des réactions émotionnelles des patients à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie ainsi que dans leur adaptation psychologique à l'annonce et à la maladie. Notons que par adaptation psychologique, nous entendons les processus psychiques visant à préserver l'intégrité psychique et physique de l'individu, à récupérer les troubles réversibles et à compenser les troubles irréversibles (Razavi et al., 2008b).

*Le modèle de l'autorégulation du comportement de maladie / du sens commun de Leventhal, (1980)*

Le modèle de Leventhal (Diefenbach & Leventhal, 1996; Leventhal et al., 1980; Ogden, 2008) décrit les réactions émotionnelles d'un individu face à la perception d'une menace pour sa santé, en l'occurrence la maladie, à partir de ses croyances sur la menace. Ce modèle suggère que face à un problème donné, à l'origine d'un déséquilibre interne, l'individu va être motivé par le retour à l'équilibre. Ainsi, confronté à la maladie, un individu

va être motivé par le retour à la normalité que représente la santé. Ce modèle s'articule autour de trois phases (Figure 4) : 1) l'interprétation du problème (le sens donné au problème), 2) l'ajustement au problème (les moyens mis en œuvre pour résoudre le problème afin de retrouver un équilibre interne), et 3) l'évaluation de l'ajustement.

L'interprétation du problème est le sens que la personne va donner à son problème. Celle-ci émane de messages internes, comme la perception d'un symptôme tel qu'une boule dans le sein, ou de messages sociaux externes, comme l'annonce d'un diagnostic de cancer faite par le médecin. Le sens que la personne donne à son problème va également être influencé par son histoire personnelle et familiale. Ainsi, l'annonce d'un diagnostic de cancer n'aura pas la même résonance chez une personne dont un proche est décédé du cancer ou chez une personne dont un proche a survécu au cancer. L'interprétation du problème va avoir deux conséquences. La première se situe à un niveau cognitif, avec la construction d'un système de représentations concernant la menace de la maladie. Ces représentations se structurent en cinq composantes (Pucheu, 2007) : *l'identité de la maladie*, la perception qu'a le patient de la nature de sa maladie et de ses symptômes ; *les causes de la maladie*, les croyances que le patient élabore concernant l'origine de sa maladie ; *la durée de la maladie*, aiguë ou chronique ; *les conséquences de la maladie*, les croyances qu'a le patient du retentissement de la maladie et des traitements au niveau corporel, familial, social, professionnel et psychologique ; *la curabilité de la maladie*, la perception que se fait le patient de la gravité de sa maladie, en terme de guérison ou d'absence de guérison.

La deuxième conséquence du sens que la personne donne à sa maladie va se situer au niveau émotionnel, avec l'ensemble des réactions émotionnelles du patient, telles que la peur, l'anxiété ou la dépression.

Après cette première phase d'interprétation du problème, aux conséquences cognitives et émotionnelles, l'individu va s'ajuster à la maladie grâce à la mise en place de stratégies de coping. Les stratégies de coping, définies par Lazarus et Folkman (1984) désignent l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux déployés pour gérer les exigences spécifiques internes ou externes, évaluées par la personne comme consommant ou excédant ses ressources, afin de retrouver un équilibre interne. Ces auteurs identifient deux catégories de coping : *les stratégies de coping centrées sur les émotions*, qui désignent l'ensemble des efforts (cognitifs, comportementaux et émotionnels) visant à atténuer et à supporter les états émotionnels déclenchés par la situation (G. N. Fischer & Tarquinio, 2006) ; *les stratégies de coping centrées sur le problème*, qui visent à réduire les exigences de la situation en agissant directement sur le stresser ou augmenter ses propres ressources pour mieux faire face à la situation (Bruchon-Schweitzer, 2001). Parmi les stratégies de coping centré sur le problème, Lazarus et Folkman (1984, cités par Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 71) distinguent *la résolution de problème* (recherche d'informations et élaboration d'un plan d'action) et *l'affrontement de la situation* (modification directe du problème). Quant aux stratégies centrées sur les émotions, ces auteurs discernent *la minimisation de la menace et la prise de distance* (faire comme si de rien n'était, se dire que ce n'est pas grave), *la réévaluation positive* (trouver un sens positif à la situation), *l'auto-accusation*, *l'évitement et la fuite* (consommation d'alcool, essayer d'oublier) et *la recherche de soutien émotionnel* (Lazarus & Folkman, 1984, cités par Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 72).

La dernière phase du modèle de Leventhal est une évaluation de l'efficacité de l'ajustement au problème, qui implique le retour à un équilibre interne. Si l'ajustement n'est pas satisfaisant, l'individu modifiera ses stratégies de coping.

Comme le souligne Ogden, (2008), les trois phases du modèle du sens commun de Leventhal s'inscrivent dans un processus dynamique qui sous-tend de nombreuses interactions entre ses différentes composantes (Figure 4).

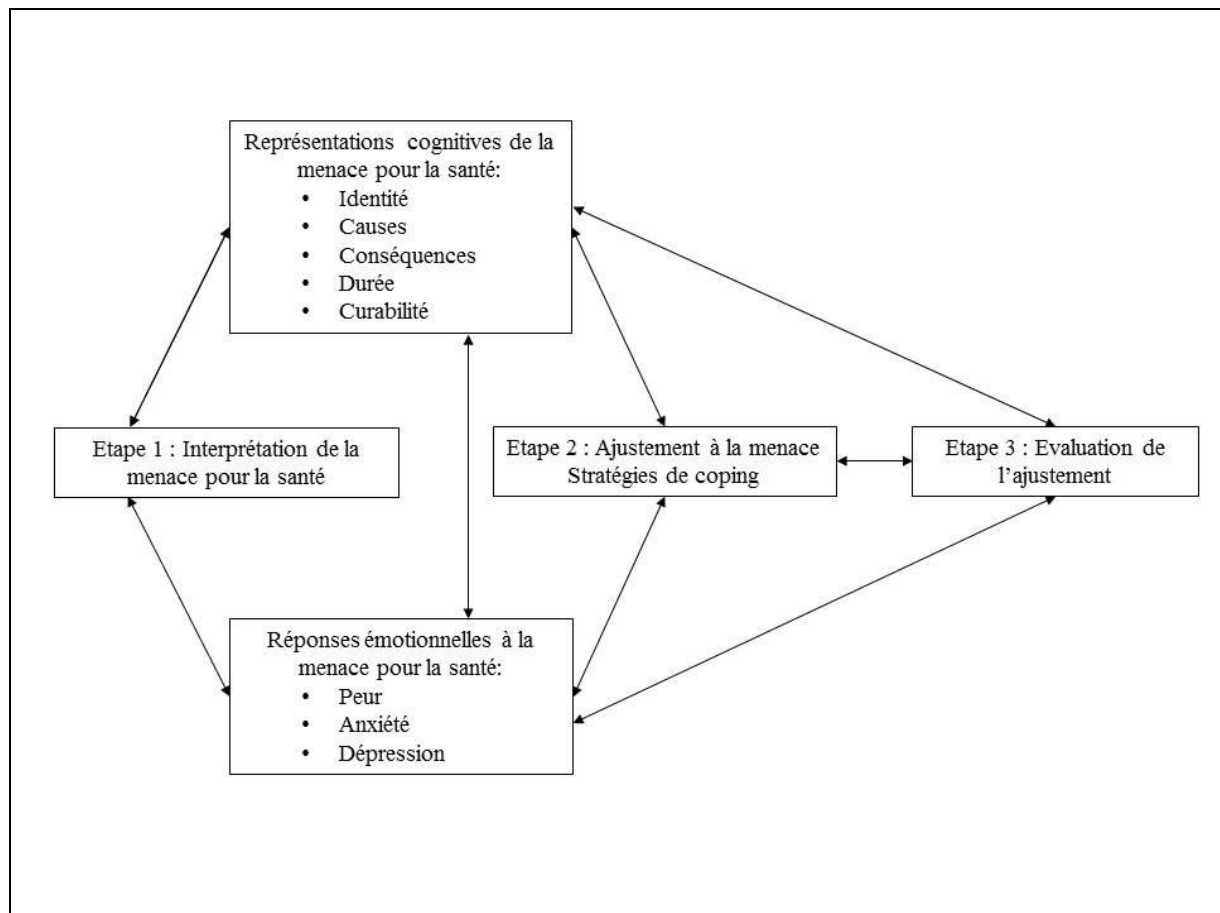


Figure 4. Le modèle du sens commun de Leventhal (Diefenbach & Leventhal, 1996; Leventhal et al., 1980; Ogden, 2008).

#### *Le modèle de l'ajustement au diagnostic de Shontz, (1982)*

Afin de rendre compte du processus d'ajustement des patients à l'annonce d'un diagnostic de maladie chronique grave, Shontz (1982, cité par Ogden, 2008, p. 63) a décrit un modèle en trois phases :

1. La phase initiale de choc,

2. La phase de réaction à la rencontre, au cours de laquelle le patient éprouve des sentiments de pertes, de tristesse, d'impuissance et de désespoir.
3. La phase de retrait de l'individu, qui se caractérise par un repli sur soi et un déni de la réalité médicale.

Shontz (1982, cité par Ogden, 2008, p. 63) considère le déni comme une phase transitoire du processus d'ajustement. D'après cet auteur, un ajustement adapté du patient à sa maladie se termine par une prise de conscience et une acceptation de la réalité médicale.

*La théorie de la crise de Moos et Schaefer, (1984)*

Selon l'approche développementale de la théorie de la crise, chaque individu est confronté à différentes crises au cours de sa vie, qui participent à son développement (Ogden, 2008). Ces crises apparaissent lors des périodes charnières et viennent marquer des transitions dans le cycle de l'existence, comme la crise de l'adolescence (Ogden, 2008). Ces crises sont marquées par une rupture identitaire et sociale et nécessitent un travail psychique visant un retour à un équilibre interne.

Moos et Schaefer (1984, cités par Ogden, 2008, p. 64) ont repris la théorie de la crise afin d'expliquer l'ajustement d'un individu à l'annonce d'une maladie grave, assimilant l'apparition d'une maladie grave à une crise de vie. Effectivement, à l'image d'une crise de vie, la maladie grave marque un point de rupture dans la vie d'un individu, au niveau identitaire, social, familial, géographique, en projetant la personne dans un avenir incertain. Selon ces auteurs, l'ajustement d'une personne à la crise de la maladie implique trois processus (Figure 5) : 1) l'évaluation cognitive, 2) les problèmes d'adaptation, et 3) les capacités d'ajustement.

Le processus d'évaluation cognitive consiste pour un individu à donner un sens à sa maladie et évaluer sa gravité. Plusieurs variables telles que l'histoire personnelle et familiale de l'individu vont venir influencer ce processus. Comme le souligne Ogden (2008), ce processus intègre le modèle du sens commun de Leventhal (1980).

Après l'évaluation cognitive de la maladie, la personne va être confrontée à plusieurs problèmes d'adaptation que sont :

- La gestion de la douleur et des symptômes impliquant un sentiment de perte de contrôle,
- L'adaptation à un nouvel environnement hospitalier et aux traitements,
- Le développement de nouvelles relations avec les professionnels de santé,
- Le retour puis le maintien à un équilibre émotionnel,
- La préservation d'une image de soi satisfaisante et d'un sentiment de contrôle,
- La mobilisation d'un soutien social,
- La gestion d'un avenir incertain (Moos & Schaefer, 1984, cités par Ogden, 2008, p. 66).

Le dernier processus du modèle de Moos et Schaefer (1984, cités par Ogden, 2008, p. 66) rend compte de la mise en place par la personne de stratégies de coping afin de retrouver un équilibre interne.



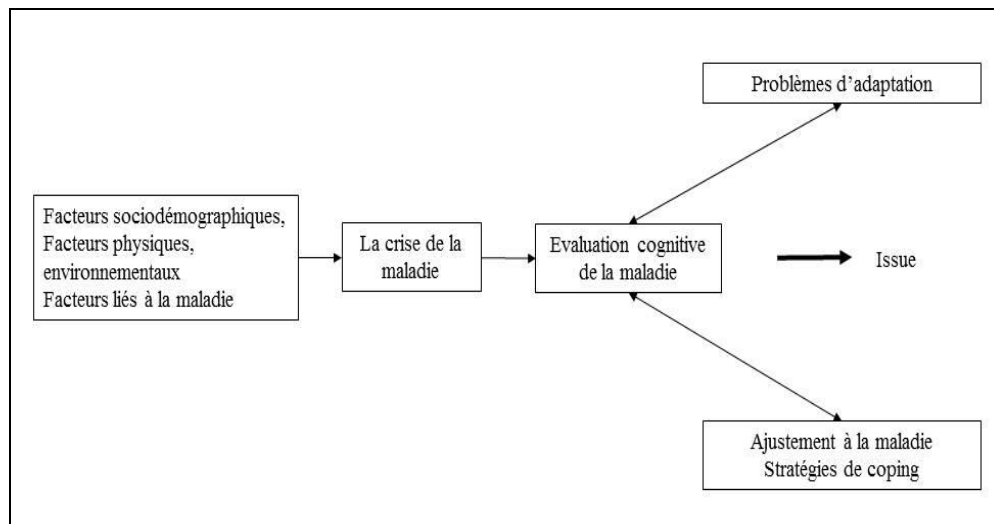


Figure 5. La théorie de la crise de Moos et Schaefer (1984).

Les modèles développés en psychologie de la santé représentent un apport considérable dans la compréhension des réactions émotionnelles du patient à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie, grâce à l'insertion des concepts d'ajustement psychologique et de stratégies de coping.

Dans cette approche, l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie, évaluée comme une menace, va déclencher une crise chez l'individu, à l'origine d'un déséquilibre interne. Les conséquences de cette crise sont à la fois cognitives (avec l'élaboration d'un système de croyances sur la maladie), et émotionnelles, (avec un ensemble d'émotions prédominé par la tristesse et la peur). Motivé par le retour à un équilibre interne, l'individu va mettre en place un processus d'ajustement caractérisé par l'adoption de stratégies de coping variées.

#### 5.4.3. L'approche intégrative de la psycho-oncologie

Avec l'essor de la psycho-oncologie ces trente dernières années, de nouveaux modèles spécifiques à l'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie sont apparus. Ces modèles

s'inscrivent dans une démarche intégrative de la psychologie. A partir des concepts d'ajustement psychologique et de stratégies de coping de la psychologie de la santé, ils ont intégrés la littérature sur le trauma (Brennan, 2001) et les concepts psychanalytiques de mécanismes de défense (Razavi et al., 2008a, 2008b).

*Le modèle SCT (social cognitif transition) de l'ajustement de Brennan, (2001)*

S'appuyant sur les concepts de psychologie de la santé et la littérature sur le trauma, Brennan (2001) a élaboré un modèle de transition socio-cognitive (SCT modèle) visant à expliquer le processus d'ajustement normal des individus confrontés au cancer. Cet auteur définit l'ajustement comme un processus psychologique inscrit dans une dynamique temporelle, qui traduit la manière dont un individu gère, apprend et s'adapte aux changements de vie dans lesquels la maladie et les traitements l'ont précipité. Selon Brennan (2001), chaque individu possède un ensemble de représentations causales sur le monde. Ces croyances se construisent à partir des expériences de vie de l'individu, de son environnement, de son histoire personnelle et familiale. Elles permettent à l'individu de prédire, évaluer et interpréter efficacement les événements de vie. Face à un nouvel événement de vie, la personne va directement intégrer ces nouvelles informations dans son système de croyances, (par processus d'assimilation), ou modifier son système de croyances afin de pouvoir intégrer ces nouvelles informations, (par processus d'accommodation). Confronté à un événement de vie inattendu, à l'origine d'un déséquilibre interne, chaque individu va s'autoréguler afin de retrouver cet état d'équilibre. Si cet événement inattendu est congruent à aux croyances de l'individu, les nouvelles informations relatives à cet événement vont confirmer et renforcer son système de croyances. En revanche, si l'évènement va à l'encontre des croyances de l'individu, un travail d'intégration va être nécessaire pour que les nouvelles informations s'insèrent dans son système de croyances, par processus d'assimilation ou d'accommodation.

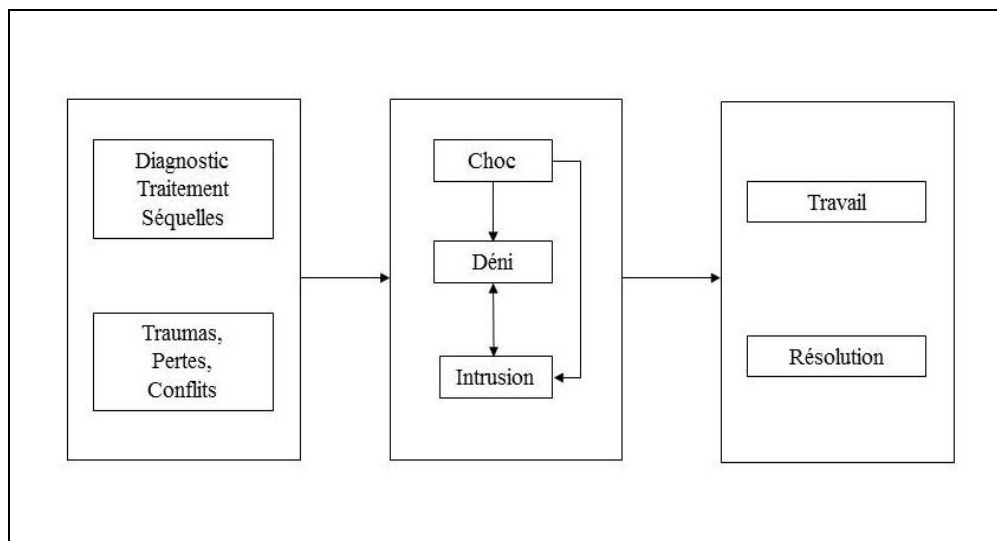
Brennan (2001) suggère que face à un événement de vie traumatique, comme l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, l'afflux de nouvelles informations inattendues et incongruentes au système de croyances de l'individu va excéder ses capacités d'intégration de l'information. Plus un système de croyances est rigide et éloigné de la réalité, plus la personne va éprouver des difficultés à intégrer les nouvelles informations, et plus elle sera vulnérable à la détresse psychique et au syndrome de stress post-traumatique. Une personne recevant un diagnostic de cancer aura d'autant plus de difficultés à intégrer cette annonce qu'elle est asymptomatique et se perçoit en bonne santé.

Brennan (2001) explique le stress provoqué par l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie par l'effraction des informations relatives à l'annonce au niveau de son système de croyances. Fissuré par l'irruption violente de l'annonce, ce système de croyances va être contraint à des modifications.

Les réactions de déni et d'évitement observées chez les patients à l'annonce d'un diagnostic de cancer témoignent de l'incapacité de la personne à intégrer cette information. Elles sont considérées comme adaptées dans la mesure où elles permettent de préserver une cohérence interne du système de croyances, le temps nécessaire à l'intégration de l'annonce diagnostique par la personne. De même, les pensées intrusives quant à la maladie et à l'avenir sont le signe du processus d'intégration de l'information. Elles sont adaptées tant qu'elles permettent à la personne d'anticiper et de se préparer aux événements futurs. En revanche, des anticipations anxieuses marquées par une péjoration de l'avenir peuvent rapidement devenir inadaptées en déclenchant une détresse psychique.

*Le modèle de Razavi, (2008a, 2008b)*

Razavi et al. (2008b) ont décrit les processus psychologiques impliqués après l'annonce d'un diagnostic de cancer afin d'expliquer l'impact de l'annonce de la maladie chez les patients. Dans leur modèle, l'annonce diagnostique, identifiée comme un évènement traumatique, entraîne un état de choc chez la personne qui la reçoit (Figure 6). Le déni apparaît comme un mécanisme de protection face au trauma de l'annonce, visant à minimiser ou annuler une partie ou la totalité de la réalité ou de ses significations (Razavi et al., 2008a). L'absence ou l'échec du déni peut entraîner une intrusion psychique qui peut se manifester par des angoisses, la peur de perdre le contrôle, des ruminations, des préoccupations, des pensées ou images intrusives, une hypervigilance ou des cauchemars (Razavi et al., 2008a). La phase suivante du modèle correspond au travail de résolution, qui implique les processus d'ajustement du patient afin de retrouver un équilibre interne et émotionnel.



*Figure 6. Impact du diagnostic, modèle de Razavi et al. (2008b).*

Dans une approche intégrative, Razavi et al. (2008a) soulignent la complémentarité des mécanismes de défense et des stratégies de coping que l'individu met en place pour rétablir un équilibre interne après le choc de l'annonce.

Les mécanismes de défense sont des protections psychologiques inconscientes et involontaires dont les objectifs sont de réguler les conflits entre soi et la réalité, préserver l'individu d'un effondrement psychique, réduire l'intensité, la fréquence et la durée de l'état émotionnel inconfortable et atténuer la souffrance et l'angoisse (Razavi et al., 2008a; Ruzniewski, 2004).

Face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie, les mécanismes de défense des patients sont nombreux et apparaissent sous différentes formes (Ruzniewski, 2004), parmi lesquelles :

- **Le déni et la dénégation**, qui consistent à rejeter en totalité ou partiellement le contenu de l'information reçue. Le patient réagit de telle sorte qu'il donne l'impression de ne pas avoir entendu l'annonce ou va nier l'information médicale, en évoquant une erreur médicale par exemple. A ce stade, le patient est dans l'incapacité psychique d'intégrer l'annonce.
- **L'isolation**, qui se manifeste par une séparation entre la réalité médicale de l'annonce et l'affect. La maladie paraît étrangère au patient, qui évoque l'annonce et la maladie de manière sereine, sans émotion. L'isolation permet de protéger le patient des émotions intenses que suscite l'annonce.
- **Le déplacement**, qui permet au patient de déplacer ses angoisses liées à l'annonce sur une autre cible, en lien avec la maladie mais beaucoup moins angoissante, comme se focaliser sur la nécessité d'un bon de transport pour retourner à son domicile à la fin

de la consultation d'annonce. Tout comme l'isolation, le déplacement permet de protéger le patient des émotions intenses que suscite l'annonce.

- **La maîtrise**, qui peut se manifester à travers la recherche d'explications sur les causes de la maladie, la recherche d'informations sur les traitements ou encore la vérification systématique des soins infirmiers. Elle vise à diminuer l'angoisse liée à l'incertitude de la maladie à travers la restauration d'un sentiment de contrôle sur la situation.
- **La régression**, qui est particulièrement présente chez les patients en fin de vie, se manifeste par l'adoption de comportements infantiles et la recherche d'une relation maternante auprès d'un soignant ou d'un proche. Par ce mécanisme de défense, le patient se construit un cocon, dernier rempart contre l'agression que constitue la maladie.
- **La projection agressive**, qui se caractérise par une agressivité verbale ou comportementale à l'égard des proches ou des soignants. Si le patient parvient à intégrer l'annonce, celle-ci lui est insupportable et se traduit par une révolte contre la maladie.
- **La combativité et la sublimation**, qui se manifestent par la mobilisation de ressources visant à combattre la maladie et contenir les angoisses provoquées par la maladie. A ce stade, les patients acteurs de leurs soins s'investissent pleinement dans leur parcours thérapeutique. Certains vont parvenir à trouver un sens positif derrière l'épreuve de la maladie, en réaménageant de nouvelles priorités de vie par exemple.

L'éventail de ces mécanismes de défense souligne la diversité des mécanismes d'adaptation des patients, dont les soignants doivent avoir conscience afin de les respecter et d'ajuster la prise en charge des patients.

## 6. Synthèse du chapitre

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie se définit par une information qui vient modifier radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son devenir. Celle-ci a considérablement évolué au cours des trente dernières années, grâce à des avancées législatives (avec la loi « Kouchner » relative aux droits des patients), politiques (avec l'instauration du premier Plan Cancer 2003-2007), et sociétal (avec l'évolution de la relation médecin-patient, vers plus d'autonomie des patients). Les annonces de mauvaises nouvelles présentent de multiples enjeux : créer une relation médecin-patient de qualité, transmettre une information médicale, aider le patient à intégrer et accepter cette douloureuse vérité, prendre une décision thérapeutique en concertation avec le patient, et favoriser l'adaptation psychologique du patient à la maladie et aux traitements. Les attentes des patients concernant les consultations d'annonce sont à présent bien connues des professionnels de santé : un environnement favorable, une information honnête et teintée d'espoir. Une attitude des médecins empathique, rassurante, et soutenante au moment de l'annonce sont des éléments incontournables de la qualité de l'annonce.

Pour la personne qui reçoit l'annonce, celle-ci résonne bien souvent comme une mise en jeu de son pronostic vital. Parfois vécu comme un trauma, elle est à l'origine de profonds bouleversements identitaires, familiaux, sociaux, et professionnels. Il n'est pas rare que les patients présentent une détresse psychologique, marquée par la tristesse et l'anxiété, en réaction à l'annonce. Les patients vont alors mettre en place des stratégies d'adaptation plus ou moins conscientes, comme les mécanismes de défense et les stratégies de coping, qui illustrent les tentatives de l'individu pour restaurer un équilibre psychique et dépasser cette crise existentielle.

# Chapitre 2

## Le vécu des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle

### 1. Les difficultés du travail en oncologie

Aussi riche que soit le travail en oncologie, sur le plan médical, scientifique et humain, il expose les soignants à de nombreuses exigences professionnelles. Alors que beaucoup de soignants exerçant en oncologie éprouvent une satisfaction au travail (57.7%), un sentiment d'accomplissement personnel (57%), et un sentiment d'efficacité (49%), ils sont 41.7% à souffrir de stress au travail (Girgis, Hansen, & Goldstein, 2009; Grunfeld et al., 2000). De plus, 11% à 44% des soignants exerçant en oncologie présentent une détresse psychologique provoquée entre autre, par l'exposition aux facteurs de stress professionnel (Catalan et al., 1996; Girgis et al., 2009; Ramirez et al., 1995; Shanafelt & Dyrbye, 2012). Les signes d'anxiété, de dépression et de fatigue sont les manifestations les plus fréquentes de la détresse psychologique des soignants (Shanafelt & Dyrbye, 2012). Cependant, l'exposition aux stressors professionnels peut également avoir un impact somatique chez les médecins



exerçant en cancérologie, tels que des maux de tête, une tension nerveuse ou encore des ulcères gastriques (Isikhan, Comez, & Danis, 2004). Par ailleurs, entre 15% et 44% des soignants en oncologie souffrent de « burnout » (P. Blanchard et al., 2010; Catalan et al., 1996; Ramirez et al., 1995), et 56% à 61.7% des soignants rapportent avoir éprouvé un burnout au cours de leur carrière professionnelle (Allegra, Hall, & Yothers, 2005; Whippen & Canellos, 1991). Chez les professionnels de santé, le burnout décrit l'état psychologique qui résulte d'une période prolongée de stress élevé au niveau professionnel (Grunfeld et al., 2000). Dans la littérature scientifique, trois dimensions du burnout sont couramment étudiées : *l'épuisement émotionnel*, qui correspond au sentiment d'être épuisé et débordé par le travail, et au manque d'enthousiasme à l'égard du travail ; *la dépersonnalisation*, qui renvoie au cynisme, au sentiment de traiter les patients de manière impersonnelle ; et *le manque d'accomplissement personnel*, qui décrit le sentiment de manque de compétence professionnelle et de satisfaction personnelle dans la prise en charge des patients et la perte de sens au travail (Catalan et al., 1996; Shanafelt & Dyrbye, 2012). En oncologie, entre 26% et 53% des soignants éprouvent un sentiment d'épuisement émotionnel élevé (P. Blanchard et al., 2010; Girgis et al., 2009; Grunfeld et al., 2000; Ramirez et al., 1995), 9.81% à 35%, un sentiment de dépersonnalisation élevé (P. Blanchard et al., 2010; Girgis et al., 2009; Grunfeld et al., 2000; Ramirez et al., 1995), et 23% à 56.68%, un manque d'accomplissement personnel (Girgis et al., 2009; Grunfeld et al., 2000; Ramirez et al., 1995).

Les facteurs de stress professionnel des soignants exerçant en cancérologie sont nombreux : contraintes organisationnelles et institutionnelles, surcharge de travail, nombre d'heures de travail hebdomadaires, difficultés relationnelles entre collègues, conflits au sein des équipes, manque de moyens, contraintes de productivité et difficultés à préserver sa vie personnelle (Catalan et al., 1996; Isikhan et al., 2004; Liénard, Merckaert, & Razavi, 2008;

Shanafelt & Dyrbye, 2012). Si ces facteurs de stress sont communs à d'autres spécialités médicales (Tattersall, Bennett, & Pugh, 1999), la cancérologie expose les soignants à des facteurs de stress qui lui sont propres (Liénard et al., 2008). Parmi ces facteurs de stress apparaissent la technicité des traitements et de leurs effets secondaires, l'importance du savoir médical, la complexité des décisions thérapeutiques, qui engagent parfois des décisions vitales, et la nécessité de se tenir informé des dernières avancées scientifiques (Liénard et al., 2008; Shanafelt & Dyrbye, 2012). A ces considérations techniques s'ajoutent la charge émotionnelle que suscite l'accompagnement du patient et de ses proches (Shanafelt & Dyrbye, 2012). Les principaux stressseurs émotionnels des soignants en oncologie sont : la prise en charge de patients récemment diagnostiqués, l'altération de l'état de santé du patient, le travail auprès de patients dont la vie est menacée par la maladie, l'accompagnement du patient en fin de vie, le manque de temps consacré aux patients, les patients jeunes, les patients souffrants de troubles psychiatriques, la confrontation à la souffrance physique et psychique du patient, l'impossibilité de guérir le patient ou de le soulager, les reproches des patients et de leur famille et l'accompagnement des familles apparaissent (Catalan et al., 1996; Girgis et al., 2009; Ramirez et al., 1995). Cependant, la charge émotionnelle liée à l'accompagnement des patients est moins stressante comparativement à la surcharge de travail, aux problèmes conflictuels et à la difficulté à préserver sa vie privée (Girgis et al., 2009; Ramirez et al., 1995). Effectivement, si l'accompagnement des patients et de leur famille peut s'avérer éprouvant émotionnellement (Catalan et al., 1996; Girgis et al., 2009; Ramirez et al., 1995), il peut être source de satisfaction professionnelle, contribuer à donner un sens au travail des soignants et plus largement, il peut apporter une réflexion sur le sens de la vie et une nouvelle philosophie de vie (Jackson et al., 2008; Kearney, Weininger, Vachon, Harrison, & Mount, 2009; Sinclair, 2011; Wallace & Lemaire, 2007).

## **2. L'annonce d'une mauvaise nouvelle : un exercice complexe pour le médecin**

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie constitue un exercice particulièrement complexe pour le médecin, qui est tenu de transmettre une information au patient au plus près de la vérité médicale, tout en laissant la place à l'espoir (Baile, Lenzi, Parker, Buckman, & Cohen, 2002; Fallowfield & Jenkins, 2004). Or, l'annonce d'une mauvaise nouvelle laisse parfois peu de place à l'espoir. Parmi toutes les annonces de mauvaises nouvelles auxquelles sont confrontés les oncologues, celles qui concernent une récurrence, l'échec d'un traitement, les discussions sur l'euthanasie et les directives anticipées de ne pas réanimer, et l'absence de traitement sont perçues comme les plus difficiles (Baile et al., 2002). Seulement 1.8% des oncologues estiment que l'annonce d'un diagnostic de cancer est la tâche la plus complexe (Baile et al., 2000). En revanche, pour 46.1% des oncologues, la tâche la plus difficile est l'annonce de l'arrêt des traitements curatifs au profit d'une prise en charge palliative (Baile et al., 2000).

La difficulté éprouvée par le médecin au moment de l'annonce résulte du rôle de messenger de mauvaise nouvelle qu'il est contraint d'endosser. La réticence des individus à annoncer une mauvaise nouvelle comparativement à une bonne nouvelle a été mise en évidence dans les années 70 sous le terme d'effet Mum, de l'anglais *Keeping mum about undesirable messages*, qui traduit l'idée de garder le secret sur des mauvaises nouvelles, (Tesser, Rosen, & Batchelor, 1972). Merker, Hanson, et Poston (2010) rapportent trois facteurs qui expliquent l'effet Mum : 1) le coût psychologique de la transmission de la mauvaise nouvelle, 2) les préoccupations du messenger à l'égard du récepteur, dont ses réactions émotionnelles à l'annonce de la mauvaise nouvelle, et 3) les préoccupations liées

aux normes sociales qui régissent la transaction, telles que les obligations personnelles du messenger, la nature de la relation entre le messenger et le récepteur, et le devoir d'aider.

A ces considérations générales s'ajoutent des caractéristiques spécifiques à la situation d'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie, qui confronte le médecin à trois paradoxes.

### *Le paradoxe de la toute-puissance médicale*

L'évolution de la médecine et de la science au cours du XX<sup>ème</sup> siècle a permis des avancées majeures dans le domaine de la santé avec l'augmentation de l'espérance de vie dans nos sociétés occidentales. Le cancer, maladie systématiquement mortelle par le passé, est devenu une maladie à laquelle il est possible de survivre, grâce au diagnostic précoce, à l'amélioration des chimiothérapies et radiothérapies et la découverte des thérapies ciblées. Pourtant, à mesure que la médecine progresse, elle laisse entrevoir ses limites (Châtel, 2013; Meyer, 1998). Celles-ci viennent se heurter à l'image que la médecine s'est forgée, d'une toute-puissance médicale, véhiculant l'illusion du « mythe de la guérison » (Canguilhem, 2002). L'annonce d'une mauvaise nouvelle, de surcroît dans un contexte palliatif, vient ébranler l'image de la toute-puissance médicale. Le serment d'Hippocrate stipule que la fonction première du médecin est de rétablir, préserver et promouvoir la santé. Le médecin, formé à guérir, se retrouve dans une position ambiguë où il détient le savoir scientifique, qui se retourne contre lui par la certitude de l'impossible guérison de son patient (Meyer, 1998). Dans cette culture de l'hyperspécialisation, qui rivalise de prouesses techniques, les médecins supportent difficilement l'arrêt des soins et l'accompagnement simplement humain, indispensable à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie (*Commission de réflexion sur la fin de vie en France*, 2012).

### *La question de la vérité*

Tenus par la loi « Kouchner » du 4 mars 2002, relative au droit à l'information, les médecins ont l'obligation de transmettre aux patients qui le souhaitent, toute information médicale relative à leur santé, y compris les mauvaises nouvelles. Toutefois, le Code de déontologie médicale stipule qu' un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, afin de préserver le patient (Vinant, 2009). En situation d'annonce de mauvaises nouvelles, le médecin se retrouve au cœur d'un conflit éthique entre tout dire selon le principe d'autonomie du patient, et ne rien dire, selon le principe de bienveillance (Fainzang, 2006; Reich et al., 2008; Vinant, 2009). Simpson, repris par Buckman (2001, p. 9), répond à cette question en comparant la vérité à un médicament qui a sa propre pharmacologie : une dose trop faible ne produit pas d'effet et risque même d'ébranler la confiance que le malade a envers le médecin. A l'inverse, une prescription hâtive de doses excessives peut provoquer des symptômes inquiétants. Ainsi, comme le soulignent Reich et al. (2008), la question n'est pas du « tout dire », mais du « bien dire ».

### *Entre devoir d'annoncer et devoir de soulager la souffrance*

Si à un stade précoce du cancer, la majorité des oncologues (87.5%) estiment que le patient doit être informé de son diagnostic, ils ne sont plus que 40.5% à estimer que le patient doit être informé de son diagnostic lorsque il est en stade terminal (Jiang et al., 2006). Parmi les raisons évoquées par les médecins pour justifier de cette rétention d'informations médicales, apparaît le désir de protéger le patient d'une vérité trop douloureuse à entendre et le refus d'infliger au patient une souffrance de plus (Ferraz Gonçalves & Castro, 2001; Mitchell et al., 2011). Effectivement, le Code de déontologie médicale stipule que le médecin a le devoir de soulager la souffrance du patient à tout prix. Le médecin pour qui, selon Morel (2013), la mort est un tabou, est dans l'obligation d'annoncer une nouvelle qui sera

probablement entendue comme une menace de mort. Le médecin se retrouve alors dans la situation paradoxale de déclencher une souffrance chez son patient, alors que son rôle est de soigner et soulager les souffrances de son patient (Reich, Deschamps, Ulaszewski, & Horner-Vallet, 2001).

### **3. Les réactions émotionnelles des médecins**

#### **3.1. La peur de l'annonce**

Dans la mesure où l'annonce de mauvaises nouvelles réunit plusieurs facteurs de stress organisationnels, techniques et émotionnels, elle contribue pour beaucoup au stress éprouvé par les médecins en oncologie. Une étude réalisée par Ramirez et al. (1995) auprès de 396 médecins travaillant en oncologie et en soins palliatifs, a montré que pour 26% des participants, l'annonce de mauvaises nouvelles participait au stress ressenti au travail. Plus récemment, Jones, Fellows et Horne (2011) ont interrogé 80 étudiants en médecine sur leur expérience après un stage auprès de patients atteints de cancer : l'annonce de mauvaises nouvelles est apparue comme la principale source de préoccupations et de stress chez ces étudiants. Pour les onco-pédiatres, l'annonce de mauvaise nouvelle est également considérée comme la tâche la plus difficile dans leur pratique clinique (Stenmarker, Hallberg, Palméus, & Márky, 2010). D'autres chercheurs, en s'appuyant sur des simulations de consultations médicales, ont observé que comparativement à l'annonce d'une bonne nouvelle, l'annonce d'une mauvaise nouvelle en médecine génère plus de stress chez les médecins pendant la consultation médicale (R. Brown et al., 2009; L. Cohen et al., 2003).

Plusieurs recherches ont été menées afin d'identifier l'impact du stress déclenché par l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie chez les médecins principalement au niveau émotionnel et physiologique.

Au niveau émotionnel, l'exposition à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie engendre de l'anxiété parmi les médecins (Shaw, Brown, & Dunn, 2013). Dans une étude réalisée auprès de 161 praticiens hospitaliers, Tattersall et al. (1999) ont montré que plus les médecins percevaient l'annonce diagnostique comme un facteur de stress, plus ils éprouvaient de l'anxiété. L'anxiété ressentie par les médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle est d'intensité moyenne (Ptacek, Fries, Eberhardt, & Ptacek, 1999; Ptacek, Ptacek, & Ellison, 2001). Les médecins rapportent également une sensation de tension psychique et de la nervosité (L. Cohen et al., 2003; Shaw et al., 2013).

Au niveau physiologique, une recherche conduite par Cohen et al. (2003) a permis de mesurer l'activation physiologique liée à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Il était demandé à des étudiants en médecine de participer à un jeu de rôle correspondant soit à l'annonce d'une mauvaise nouvelle à un patient, soit à celle d'une bonne nouvelle, soit à une situation contrôle. La pression sanguine et le rythme cardiaque des étudiants enregistrés pendant le jeu de rôle étaient plus élevés dans la condition de simulation d'annonce de mauvaise nouvelle comparativement aux deux autres conditions. Une étude similaire a mis en évidence un taux de cortisol élevé chez les étudiants en médecine avant la simulation d'annonce d'une mauvaise nouvelle, et un rythme cardiaque et une pression sanguine significatifs d'une réaction au stress après la simulation d'annonce de mauvaise nouvelle (Van Dulmen, Tromp, Grosfeld, Ten Cate, & Bensing, 2007). Plus récemment, Hulsman et al. (2010) ont observé une augmentation du rythme cardiaque et de la réponse cardiovasculaire chez des étudiants en médecine en situation de simulation d'annonce d'une mauvaise nouvelle comparativement

aux situations contrôles. A l'annonce d'une mauvaise nouvelle, quelques médecins rapportent également une sensation de transpiration, des palpitations cardiaques et une accélération du rythme respiratoire (Shaw et al., 2013).

Le stress éprouvé par les médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie est majoré par certains facteurs socio-démographiques et professionnels : les femmes (Jones et al., 2011), les médecins non formés à l'annonce (Perrain et al., 2009), et le manque d'expérience professionnelle (R. Brown et al., 2009) majorent le stress au moment de l'annonce. Enfin, comparativement à un nouveau patient, lorsqu'un patient a déjà été suivi par le médecin, ce dernier rapporte plus de stress après la consultation médicale d'annonce (Ptacek et al., 2001).

Ptacek & Eberhardt (1996) ont conceptualisé le stress vécu par les médecins lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle à leur patient, en considérant son évolution à travers le temps. Dans leur modèle (Figure 7), le stress des médecins commence bien avant la confrontation avec le patient, par l'anticipation de cette rencontre. Lors de la consultation d'annonce, le stress des médecins continue d'augmenter jusqu'à atteindre son maximum. Il se dissipe une fois l'annonce terminée.



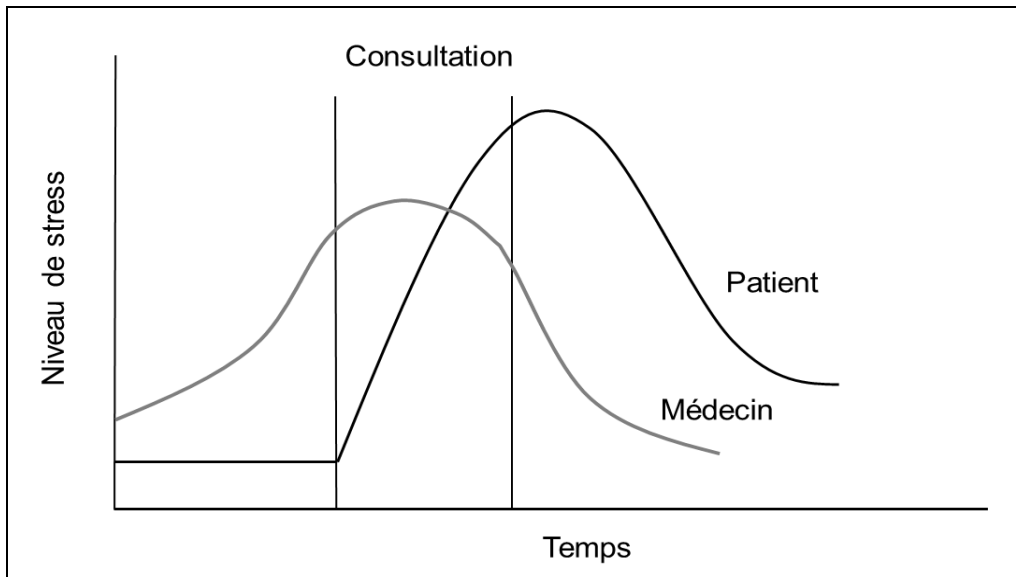


Figure 7. Modèle du stress associé à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, (Ptacek & Eberhardt, 1996).

Plusieurs études sont venues confirmer le modèle de Ptacek et Eberhardt (1996). Celles-ci ont identifié la présence d'anxiété mesurée avant, pendant et après la consultation médicale d'annonce de mauvaise nouvelle à l'aide de questionnaires complétés par des médecins (Ptacek et al., 1999, 2001), et à partir de l'analyse qualitative d'entretiens réalisés auprès de médecins (Shaw et al., 2013). La présence d'un stress anticipatoire avant l'annonce, et la diminution du stress après l'annonce s'observent également au niveau physiologique (van Dulmen, Tromp, Grosfeld, ten Cate, & Bensing, 2007). Enfin, 86% des médecins confrontés à l'annonce d'une mauvaise nouvelle ressentent de l'anxiété après la consultation médicale (Ptacek et al., 1999).

Les causes du stress éprouvé par les médecins face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie sont nombreuses :

### *La peur de faire mal*

Pour beaucoup de médecins, l'annonce d'une mauvaise nouvelle est associée à la crainte de faire souffrir le patient (Perrain et al., 2009). Si les professionnels de santé sont formés à évaluer et soulager la douleur physique de leurs patients, ils ne disposent d'aucun remède pour épargner les patients de la douleur psychique de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, ce qui génère une forte appréhension de l'annonce (Buckman, 2001).

### *La peur d'être tenu pour responsable*

A l'évocation d'une situation d'annonce de mauvaise nouvelle qui ne s'était pas bien déroulée du point de vue des médecins, un tiers d'entre eux craignaient avant la consultation d'être tenu pour responsable par le malade (Ptacek et al., 2001). En réalité, seul 12.5% d'entre eux ont perçu des reproches de la part de leur patient pendant la consultation. Si ce phénomène est peu fréquent et bien connu des professionnels de santé, il est particulièrement redouté, car derrière ces accusations, ce sont les compétences médicales du médecin qui sont mises à mal, avec dans de rares cas, des procédures judiciaires (Buckman, 1984, 2001).

### *La peur de ne pas savoir, d'être maladroit*

L'analyse d'entretiens menés par Dosanjh, Barnes et Bhandan (2001) auprès de 15 internes en chirurgie et en médecine, a révélé que la peur d'être maladroit au moment de l'annonce, de faire des erreurs, et de ne pas être compris, participent aux craintes des jeunes médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Ces appréhensions face à l'annonce sont à mettre en lien avec le peu de formations dédiées à l'annonce de mauvaises nouvelles que reçoivent les médecins au cours de leur cursus universitaire. Parmi les hématologues interrogés dans l'étude de Perrain et al. (2009), 70.6% s'estiment globalement mal formés à la communication. En revanche, les médecins qui n'éprouvent pas de difficulté face à l'annonce

d'une mauvaise nouvelle sont plus nombreux à avoir reçu une formation spécifique comparativement à ceux qui se sentent en difficulté (Perrain et al., 2009). Par ailleurs, les médecins se retrouvent parfois confrontés à l'annonce de mauvaises nouvelles concernant des pathologies dont ils ne sont pas experts, ou dans un domaine qu'ils ne maîtrisent pas (Buckman, 2001). A l'appréhension liée au manque d'expertise s'ajoute l'appréhension des questions des patients auxquelles les médecins ne savent pas répondre et la peur d'avouer son ignorance (Espinosa, Gonzalez Baron, Zamora, Ordonez, & Arranz, 1996).

### *La peur des réactions émotionnelles incontrôlables des patients*

De manière générale, le contact direct avec les malades est corrélé à l'anxiété ressentie par les médecins hospitaliers (Tattersall et al., 1999). En situation d'annonces de mauvaises nouvelles, plus les médecins attribuent un niveau de stress élevé à leur patient pendant la consultation d'annonce, plus ils éprouvent du stress avant et pendant la consultation (Ptacek et al., 1999). Jones et al. (2011) ont identifié les réactions des patients comme étant la principale source de stress des étudiants en médecine à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. De Valck, Bruynooghe, Bensing, Kerssens, et Hulsman (2001) ont présenté à 88 étudiants en médecine une vidéo illustrant une consultation d'annonce d'un diagnostic de cancer du sein entre un chirurgien et sa patiente. Plus les participants estimaient que l'expression émotionnelle de la patiente était élevée, plus ils évaluaient cette consultation médicale comme difficile pour le chirurgien. De plus, plus ils jugeaient cette consultation médicale difficile pour le chirurgien, plus ils ressentaient de l'anxiété. L'anxiété suscitée par l'anticipation et la confrontation aux réactions émotionnelles des patients à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie témoigne de la difficulté éprouvée par les médecins à gérer les émotions de leurs patients (Baile et al., 2002). Effectivement, pour 28,8% des 500 oncologues interrogés dans l'étude de Baile et al. (2000), la gestion des réactions émotionnelles des patients constitue la principale

difficulté au moment de l'annonce d'une mauvaise nouvelle et 64.2% des oncologues de cette étude se sentent mal-à-l'aise voire très mal-à-l'aise avec la gestion des émotions de leurs patients, telles que les pleurs, la colère ou le déni. Ces résultats corroborent ceux de Perrain et al. (2009), indiquant que 28.6% des hématologues en difficulté face aux annonces de mauvaises nouvelles craignent de ne pas savoir comment réagir devant les émotions de leurs patients.

#### *La peur d'exprimer ses émotions*

Comme le rappelle Buckman (1984, 2001), lorsqu'un médecin doit annoncer une mauvaise nouvelle à son patient, il lui est recommandé de garder son sang-froid, de rester calme et de contenir ses émotions. Pour autant, l'annonce d'une mauvaise nouvelle suscite des émotions chez le médecin, qui va se sentir en difficulté devant la gestion de ses propres émotions (Fallowfield & Jenkins, 2004). La difficulté à gérer ses propres émotions négatives apparaît dans l'étude de Baile et al (2002) menée auprès de 167 oncologistes. Dosanjik et al. (2001) ont observé que les étudiants en médecine redoutaient que leur nervosité et leur stress transparaissent lors des consultations d'annonces de mauvaises nouvelles. Quant à Perrain et al. (2009), ils ont constaté que 26.5% des hématologues se sentant en difficulté à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, redoutaient de se laisser envahir par leurs propres émotions au moment de l'annonce.

#### *La peur de s'attacher au patient*

Bien souvent, dans les représentations des soignants, une trop grande proximité avec le patient et un trop grand investissement dans la relation soignant-patient sont générateurs de souffrance pour les soignants (Baider & Wein, 2001; Espinosa et al., 1996; Maguire, 1985). Ces croyances conduisent les soignants à appréhender l'attachement aux patients. Derrière

cette peur, les médecins redoutent d'être envahis par la souffrance du patient et impliqués émotionnellement dans l'accompagnement du patient (Baider & Wein, 2001; Espinosa et al., 1996; Maguire, 1985). Cette peur conduit certains médecins à mettre de la distance vis-à-vis du patient ce qui peut nuire à la relation thérapeutique (Espinosa et al., 1996).

### *La peur de l'échec*

Baider et Wein (2001) évoquent la peur de l'échec des oncologues, qu'ils expliquent par la culture de la performance dans laquelle baignent les soignants. Comme le souligne Buckman (2001), les médecins sont avant tout formés à guérir les malades et la question de l'échec thérapeutique est rarement abordée au cours de leur formation. Il en résulte que l'inefficacité d'un traitement, l'altération de l'état de santé du patient ou son décès des suites du cancer sont interprétés comme une défaillance du système médical, portée par le médecin face au patient (Buckman, 2001).

### *La peur de sa propre maladie et de sa propre mort*

Face à la souffrance d'un patient, il arrive qu'un glissement s'opère de l'empathie vers l'identification, conduisant le médecin à s'identifier à son patient (G.-N. Fischer, 2005). Alors que l'empathie décrit le processus par lequel le soignant comprend l'émotion du patient et lui témoigne de cette compréhension (Neumann et al., 2012), le processus d'identification illustre la perte de différenciation entre soi et l'autre qui conduit à l'expérience d'être l'autre (Stiefel & Guex, 2008; Stiefel, 2008).

L'identification au patient est d'autant plus fréquente que des similitudes existent entre le médecin et son patient par exemple au niveau de l'âge, du nombre d'enfants ou du niveau social (Stiefel & Guex, 2008; Stiefel, 2008). Le soignant va être contaminé par les émotions négatives de son patient et éprouver une détresse proche de celle de son patient (G.-N.

Fischer, 2005). Par ce processus, l'angoisse de mort du patient va renvoyer le médecin à sa propre angoisse de mort, présente chez chacun d'entre nous de manière inconsciente (Voelter, Mirimanoff, Stiefel, Rousselle, & Leyvraz, 2005).

Les peurs des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie évoquées précédemment, reflètent l'expérience clinique des soignants. Cependant, peu d'entre elles ont été étudiées de manière empirique. Afin de comprendre, identifier et classer les causes du stress éprouvé par les médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, Ptacek et McIntosh (2009) ont demandé à 37 médecins quelles étaient les causes du stress à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en médecine. Cette première étude a abouti à l'émergence de six facteurs : *les caractéristiques du médecin*, telles qu'annoncer une nouvelle à un patient auquel le médecin peut s'identifier, l'incompréhension face aux réactions du patient et de ses proches, le manque de temps, la fatigue ou encore l'annonce d'une mauvaise nouvelle pour laquelle le médecin ne se sent pas expert ; *les caractéristiques du patient*, telles que l'annonce faite à un patient jeune, aux parents d'enfants, aux patients qui n'acceptent pas la maladie, sont dans le déni ou présentent une détresse émotionnelle importante, les patients dans l'incompréhension de l'information médicale ou les patients dépourvus de soutien social ; *les caractéristiques de la relation médecin-patient*, telles que l'attachement émotionnel au patient et à sa famille, les nouveaux patients, les patients suivis de longue date ; *les caractéristiques de la maladie*, telles que l'absence de possibilité thérapeutique, la rechute, la proximité de la mort, les complications probables de la maladie ; *les caractéristiques de l'institution*, telles que l'annonce par téléphone; et *les imprévus médicaux*, tels qu'une erreur médicale, une complication suite à un traitement ou une opération, l'annonce de la mort d'un enfant, vécue comme tragique, la mort d'un patient liée à une erreur médicale. Une deuxième étude réalisée auprès de 115 médecins a permis de

vérifier cette classification en retrouvant les six facteurs de stress des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle (Ptacek & McIntosh, 2009).

### **3.2. Les autres émotions des médecins face à l'annonce**

L'annonce d'une mauvaise nouvelle peut être source de souffrance pour les médecins (Perrain et al., 2009) et faire émerger une détresse émotionnelle chez ces derniers (Shaw et al., 2013). Si la détresse émotionnelle des médecins, qui recouvre l'ensemble des réactions émotionnelles négatives qu'ils éprouvent à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, se manifestent souvent par du stress, de l'anxiété et de la peur, d'autres émotions négatives sont susceptibles d'émerger (Shaw et al., 2013).

#### *Le sentiment d'échec, la culpabilité*

Baile et al. (2002) ont mis en évidence la difficulté éprouvée par les oncologues confrontés à l'annonce de l'échec d'un traitement. Effectivement, dans la culture de la médecine curative, beaucoup de médecins considèrent que le décès d'un patient est un échec, que la guérison est la seule issue valable et que les patients reprocheront aux médecins ce qu'ils considèrent comme un échec (Espinosa et al., 1996). Il en résulte un sentiment d'échec personnel et vis-à-vis de la médecine, ainsi qu'une frustration de ne pas être parvenu à répondre aux attentes exprimées par les patients et leurs proches (Lyckholm, 2001; Perrain et al., 2009). La colère, tournée vers les autres ou contre soi, l'auto-accusation et la dévalorisation de soi font partie des émotions ressenties par les médecins (Buckman, 1984; Lyckholm, 2001). Si 80% des médecins de l'étude de Ptacek et al. (1999) ont conscience de ne pas être responsable de l'annonce de la mauvaise nouvelle, cela ne les prémunit pas du sentiment de culpabilité (Buckman, 1984, 2001). A la culpabilité de ne pas guérir les patients

s'ajoute la culpabilité de ne pas parvenir à aider les patients, par manque de temps, d'informations ou de ressources (Mc Lean, Cleland, Worrell, & Vogele, 2011).

### *La tristesse*

Parmi les émotions ressenties à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, les médecins éprouvent de la tristesse et du chagrin (Fallowfield & Jenkins, 2004; Lyckholm, 2001). Lyckholm (2001) explique la tristesse éprouvée par les médecins en oncologie par les pertes auxquelles ils sont confrontés. A l'instar du décès d'un patient (Lyckholm, 2001), l'annonce d'une récurrence, de l'échec d'un traitement, d'un pronostic défavorable ou d'une prise en charge palliative sont autant de pertes symboliques auxquelles les médecins sont confrontés. L'expérience des annonces de mauvaises nouvelles fait naître un sentiment de pertes successives qui vient majorer la difficulté des annonces de mauvaises nouvelles des médecins (Dosanjh et al., 2001). La tristesse du médecin qui découle de la confrontation à ces pertes est d'autant plus intense qu'un lien d'attachement s'est noué entre lui et son patient (Lyckholm, 2001). Le processus d'identification aux patients participe également à la tristesse éprouvée par les médecins au moment de l'annonce (Baider & Wein, 2001).

### *La perte de contrôle et le sentiment d'impuissance*

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie implique pour les médecins le risque de perdre le contrôle vis-à-vis des émotions du patient, de leurs propres émotions, de leur professionnalisme, de leur confiance en soi et de la confiance que le patient leur accorde (Friedrichsen, Strang, & Carlsson, 2000). Girgis et al. (2009) ont montré que pour 18.6% des soignants exerçant en oncologie, la principale cause du burnout était la perception des attentes irréalistes des patients à l'origine d'un sentiment de frustration et d'impuissance. Le contact répété avec la souffrance des patients et l'impossibilité de soulager cette souffrance



contribuent également au sentiment d'impuissance éprouvé par les médecins (Mc Lean et al., 2011)

### *L'inconfort*

Si toutes les annonces de mauvaises nouvelles n'occasionnent pas de détresse émotionnelle chez les médecins, nombre d'entre eux éprouvent un sentiment de malaise et d'inconfort au moment de l'annonce (Baile et al., 2000, 2002; Buckman, 1984, 2001; Lyckholm, 2001; Ptacek & Eberhardt, 1996).

## **5. L'adaptation des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie**

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie est une tâche difficile et particulièrement anxiogène pour les médecins. Au stress qu'elle génère, l'annonce suscite nombre d'émotions négatives chez les médecins, telles que la tristesse, la culpabilité, le sentiment d'échec pour ne citer qu'elles (Fallowfield & Jenkins, 2004).

Tous comme les patients, les médecins vont mettre en place des mécanismes protecteurs afin de s'adapter à cette situation éprouvante que constitue l'annonce. Parmi ces mécanismes, nous présenterons les mécanismes de défense, les stratégies de coping et les stratégies de régulation émotionnelle.

### **5.1. Les mécanismes de défense des médecins**

Dans une approche psychanalytique, Ruzniewski (2004) rapporte que toute situation d'anxiété, d'impuissance, de malaise et d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou

celles d'autrui, engendre en chacun de nous des mécanismes psychiques qui revêtent une fonction adaptative et nous préservent d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse. Ces mécanismes psychiques, qu'elle qualifie *mécanismes de défense*, automatiques et inconscients, ont pour but de réduire la tension émotionnelle et l'angoisse (Ruszniewski, 2004).

Confrontés à l'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie, les médecins vont mettre en place des mécanismes de défense afin de réduire leur tension émotionnelle et leurs propres angoisses suscitées par la rencontre avec la souffrance de leurs patients (Ruszniewski, 2004). Dans son ouvrage, Ruszniewski présente différents mécanismes de défense adoptés par les médecins (Lorne, 2010b; Ruszniewski, 2004) :

#### *Le mensonge*

Le mensonge consiste à donner sciemment de fausses informations sur la nature ou la gravité de la maladie. Par exemple, un médecin dissimulera la découverte de métastases à son patient à un stade avancé de la maladie. Souvent employé avec le prétexte de vouloir protéger le patient, le mensonge est mis en place sans tenir compte du ressenti du patient, de ses ressources psychiques et de ses capacités d'intégration. Le mensonge empêche le patient de cheminer progressivement vers la réalité et risque de majorer l'angoisse lorsque la vérité apparaîtra car le patient n'aura pas eu le temps de s'y préparer.

#### *La fausse réassurance*

Par ce mécanisme, le médecin maintient le patient dans de faux espoirs qui s'effondreront très vite lorsque la réalité médicale s'imposera à lui. Par exemple, un médecin annoncera à son patient que la chimiothérapie est interrompue provisoirement le temps qu'il reprenne des forces, car son état de santé ne permet plus de supporter ce traitement, alors que

tout porte à croire que le patient ne reprendra jamais plus le cours de son traitement du fait de la progression de la maladie. Tout comme le mensonge, la fausse réassurance risque d'empêcher le cheminement du patient, voire de le laisser seul avec ses angoisses.

#### *La rationalisation*

Un médecin usant de la rationalisation va adopter un discours scientifique et biologique, dépourvu d'explications, usant de mots techniques incompréhensibles et inaccessibles pour le patient. Par ce mécanisme, le médecin entrave la communication avec le malade et altère la qualité de la relation avec son patient en renforçant l'asymétrie médecin-patient et en inhibant le patient dans l'interaction. Le patient peut se sentir dépossédé de sa maladie et ne plus rien avoir sur quoi se raccrocher pour diminuer son angoisse, qui ne va faire que croître.

#### *La dérision*

La dérision va consister à minimiser la souffrance du malade. Sous prétexte qu'un patient n'adopte pas les comportements cliniquement associés à ses plaintes, un médecin peut douter de la véracité de la douleur physique exprimée par un patient, et lui verbaliser ses doutes. La non-reconnaissance de la souffrance du malade peut entraîner un sentiment d'isolement chez ce dernier, qui risque de se replier sur lui-même.

#### *La banalisation/ la distanciation*

La banalisation décrit le mécanisme par lequel le soignant ne se focalise que sur la souffrance physique du patient, en occultant complètement sa souffrance psychique. Ce mécanisme traduit l'attitude d'un médecin qui au cours d'une consultation d'annonce va se centrer sur la plainte physique du patient, comme ses douleurs ou sa perte d'appétit et occulter

la détresse émotionnelle du malade. Par ce mécanisme, le soignant ne répond que partiellement à la plainte du patient. Le patient se retrouve seul, alors enfermé dans sa souffrance, qui n'est ni entendue, ni reconnue. Sa plainte incessante va sembler inapaisable aux yeux des soignants.

### *L'esquive*

Ce mécanisme dépeint les tentatives des soignants pour détourner la conversation quand ils se sentent démunis. C'est bien souvent le cas avec les angoisses de mort exprimées à mi-mot par les patients, qui ne trouvent aucun écho chez le soignant. Tout comme la banalisation, l'esquive peut conduire à un sentiment d'isolement du malade et un repli sur lui-même.

### *L'évitement*

L'évitement traduit les comportements de fuite du médecin vis-à-vis du patient. Ce mécanisme peut se manifester par un évitement physique du patient : un médecin va reporter la consultation d'annonce au motif d'un manque de temps. L'évitement s'observe également lors des tours médicaux, lorsque le médecin, accompagné d'autres soignants, ne s'adresse pas directement au patient mais aux autres professionnels présents, sans un regard ni une parole pour le patient, les yeux rivés sur le dossier médical. Le patient est réduit à un objet de soins inanimé.

### *La fuite en avant ou l'acting out*

La fuite en avant apparaît comme l'ultime issue face à des angoisses massives qui ne sont plus contenues avec les mécanismes de défense précédemment évoqués. Elle se manifeste par l'adoption d'un comportement impulsif, qui sort des habitudes de travail voire

qui est hors cadre professionnel. Le soignant va se décharger de sa propre souffrance en déversant toute la vérité au patient, de manière brutale et violente, sans tenir compte de sa demande, de sa capacité d'intégration ou de sa souffrance à ce moment-là. A la question d'un patient : « Vais-je mourir Docteur? », le médecin répondra par l'affirmative sans tenir compte du patient. L'acharnement thérapeutique ou l'euthanasie peuvent en être l'illustration.

Les mécanismes de défense des soignants décrits dans la littérature par Ruzsniewski (2004) ont comme objectif principal d'aider les soignants à reconnaître leurs propres mécanismes défensifs et prendre conscience de l'impact délétère que certains peuvent avoir sur le patient.

Si les mécanismes de défense constituent un réel intérêt pour la pratique clinique des soignants, leurs observations empiriques sont limitées. Effectivement, les mécanismes de défense sont par définition inconscients, de fait ils excluent toute méthodologie quantitative s'appuyant sur une auto-évaluation. A notre connaissance, seule une échelle de mécanismes de défense des soignants a été élaborée mais celle-ci est en cours de validation (Costantini, Lancelot, Tarquinio, & Lanfranchi, 2005).

## **5.2. Les stratégies de coping des médecins**

### **5.2.1. L'apport du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984)**

Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) a été élaboré dans le but d'appréhender la manière dont un individu s'ajuste face à un événement stressant. Dans cette approche, le stress ne découle pas des propriétés inhérentes à la situation mais résulte de

l'évaluation cognitive que fait l'individu de cette situation (Borteyrou, Truchot, & Rascle, 2009). Ces auteurs décrivent deux processus d'évaluation. Le premier processus, l'évaluation primaire, correspond à l'évaluation de ce qui est en jeu dans la situation, en termes de gain ou de perte, de présence ou d'absence d'une menace (Ptacek & Eberhardt, 1996). Le second, l'évaluation secondaire, renvoie à l'évaluation des ressources disponibles de l'individu pour faire face à cette situation (Ptacek & Eberhardt, 1996). Dans ce modèle, le stress résulte d'une transaction entre un individu et une situation perçue comme menaçante et excédant ses ressources, pouvant mettre en danger son bien-être (Borteyrou et al., 2009). Face à une situation évaluée comme stressante par un individu, celui-ci va mettre en place des stratégies d'adaptation : les stratégies de coping (Lazarus & Folkman, 1984). Ces stratégies correspondent aux réponses psychologiques mises en place pour réduire l'impact du facteur de stress et retrouver un équilibre interne (Razavi et al., 2008a).

Dans une approche revisitée du modèle transactionnel, Folkman (2008) complète les stratégies de coping centrées sur le problème et celles centrées sur les émotions par les stratégies de coping centrées sur la recherche de sens. La recherche de sens consiste à trouver un sens positif à la situation et transformer cette expérience négative en une expérience positive (Shaw et al., 2013). Lorsque le coping centré sur le problème ou sur les émotions s'avère inefficace, le coping centré sur la recherche de sens peut permettre l'émergence d'émotions positives, qui vont venir renforcer les ressources et les stratégies de coping initialement mises en place par l'individu (Folkman, 2008), (Figure 8).

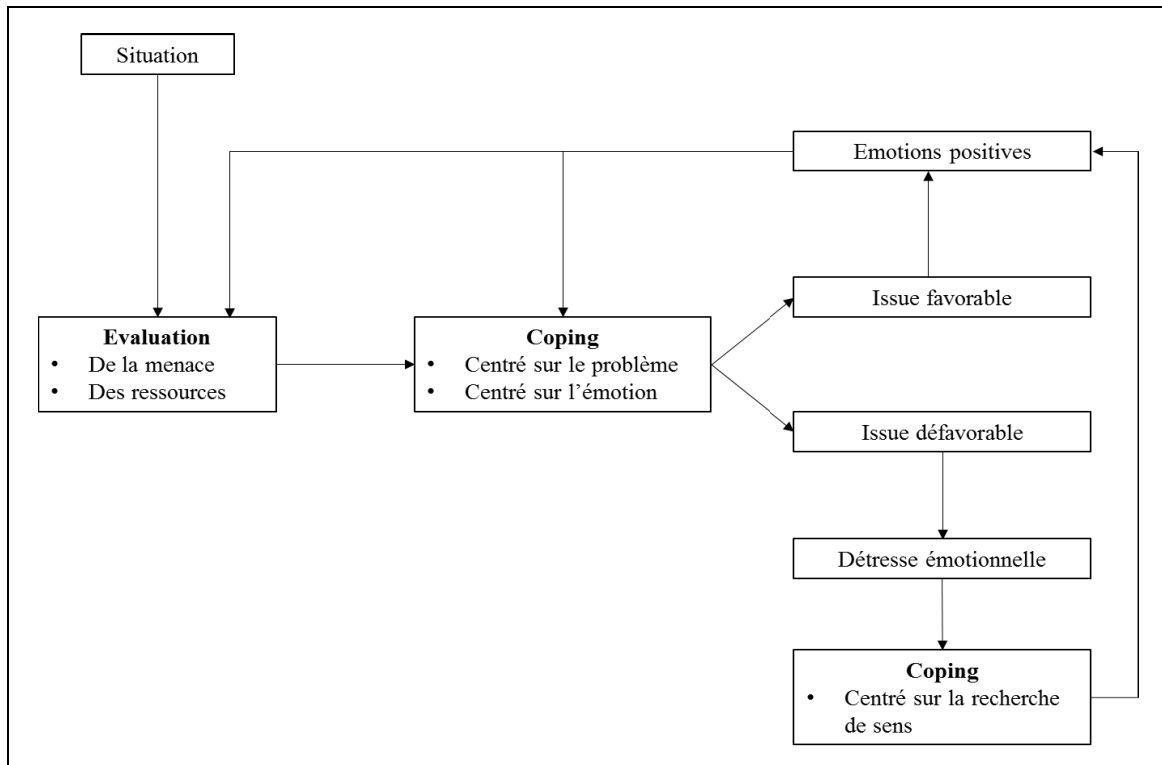


Figure 8. Le modèle transactionnel revisité (Folkman, 2008).

Le modèle transactionnel du stress et du coping (Folkman, 2008; Lazarus & Folkman, 1984) constitue le point d'ancrage théorique de nombreuses études empiriques sur l'ajustement des soignants en oncologie (Borteyrou et al., 2009) et plus spécifiquement sur l'ajustement des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie (Ptacek & Eberhardt, 1996; Shaw, Brown, & Dunn, 2012).

### 5.2.2. Identification de stratégies de coping des médecins

De nombreuses études ont été conduites afin d'identifier les stratégies de coping employées par les soignants face au stress professionnel (Borteyrou et al., 2009). Parmi les études qui se sont centrées sur les médecins, Lemaire et Wallace (2010) ont distingué les stratégies de coping des médecins utilisées au travail de celles employées après le travail. Au travail, les stratégies de coping évoquées par les médecins sont : se concentrer sur la tâche

suivante, élaborer un plan d'action, parler avec ses collègues, garder tout pour soi, faire une pause, avoir recours à l'humour et faire comme si de rien n'était (Lemaire & Wallace, 2010). Après le travail, les stratégies utilisées par les médecins sont : le temps passé en famille, parler avec son conjoint, faire de l'exercice, laisser le travail au travail et avoir des temps de calme (Lemaire & Wallace, 2010).

Parmi les stratégies de coping employées par les médecins, certaines apparaissent plus efficaces que d'autres pour restaurer leur équilibre émotionnel. Après avoir identifié les stratégies de coping des médecins, Lemaire et Wallace (2010) ont fait passer un questionnaire auprès de 1178 médecins. Les résultats de leur étude indiquent que les stratégies de coping déployées après le travail, et celles utilisées au travail, telles que faire une pause, le recours à l'humour, parler avec ses collègues, et élaborer un plan d'actions, sont inversement corrélées à l'épuisement émotionnel des médecins. A contrario, garder tout pour soi, se concentrer sur la tâche suivante, et faire comme si de rien n'était, sont des stratégies positivement corrélées à l'épuisement émotionnel des médecins.

Tattersall et al. (1999) rapportent dans leurs travaux que plus les médecins ont recours aux stratégies centrées sur le problème et à la recherche de soutien social, moins ils présentent de symptômes dépressifs et d'anxiété. A l'inverse, plus les médecins utilisent l'auto-accusation, la fuite/l'évitement et les pensées irréalistes, plus leurs scores d'anxiété et de dépression sont élevés (Tattersall et al., 1999). Les résultats de Tattersall et al. (1999) ont été corroborés par ceux de Wallace et Lemaire (2007) mettant en évidence une corrélation positive entre le bien-être des médecins et le recours au soutien social de leurs collègues.

Dans une autre perspective, Weiner, Swain, Wolf et Gottlieb (2001) se sont intéressés aux stratégies mises en place par les médecins pour préserver leur bien-être. Dans cette étude,



les médecins qui parvenaient à développer une philosophie de vie présentaient un score élevé de bien-être.

Dans le domaine de la cancérologie, Graham, Albery, Ramirez et Richards (2001) ont identifié cinq catégories de coping : parler à ses collègues, sa famille et ses amis, maintenir un équilibre de vie (en ayant des loisirs, en faisant du sport, en évitant une alimentation déséquilibrée et en limitant les heures de travail supplémentaires), gérer le stress (grâce à une réorganisation du travail et l'apprentissage de techniques de relaxation), consommer des drogues ou d'alcool, et fumer. Alors que la consommation de drogues et d'alcool favorise l'apparition de troubles psychiatriques parmi les médecins, le maintien d'un équilibre de vie les préserve de l'apparition de troubles psychiatriques (Graham et al., 2001).

Plus récemment, Borteyrou et al. (2009) ont répertorié les stratégies de coping employées par les professionnels de santé en cancérologie. Dans un premier temps, ils ont mené des entretiens exploratoires auprès de 168 soignants afin de faire émerger un large panel de stratégies de coping, à partir duquel ils ont élaboré une échelle de coping à 25 items. Dans un second temps, ils ont validé cette échelle de coping en s'appuyant sur des questionnaires complétés par 1886 soignants. Une analyse factorielle sur les données recueillies a fait émerger six types de coping : faire une coupure (se reposer, prendre des vacances, faire une coupure entre le travail et le domicile), se détacher de son travail (prendre de la distance vis-à-vis du patient, se désinvestir de son travail, s'isoler ou chercher à changer de service), relativiser (voir le bon côté des choses, relativiser ses problèmes personnels et avoir recours à l'humour), se distraire (avoir des loisirs, faire du sport, jardiner, bricoler, se ressourcer en famille ou entre amis), rencontrer un psychologue et verbaliser ses problèmes (exprimer son mécontentement, parler de ses problèmes à ses collègues ou ses proches).

Notons que les stratégies de coping identifiées dans cette étude chez les soignants exerçant en oncologie sont proches de celles retrouvées par Lemaire et Wallace (2010) chez les médecins exerçant dans diverses spécialités médicales, bien que leur catégorisation soit différente. Ceci fait écho aux résultats d'Isikhan et al. (2004), faisant apparaître un profil identique dans l'emploi des stratégies de coping des soignants exerçant en oncologie : médecins et infirmiers privilégient les stratégies de coping centrées sur la confiance en soi, l'optimisme et la recherche de support social et délaissent l'approche soumise, qui s'accompagne d'un sentiment d'impuissance et de fatalisme.

Alors que les résultats de ces études laissent à penser que les soignants ont recours à un panel des stratégies de coping indépendant de leur fonction ou de leur spécialité médicale, Fielden et Peckar (1999) ont mis en évidence une différence significative entre les jeunes médecins et les seniors dans leur stratégies de coping, les jeunes médecins ayant plus recours à la recherche de soutien social comparativement aux médecins seniors.

En ce qui concerne la communication soignant-soigné, et plus particulièrement l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie, à notre connaissance, peu d'études ont été conduites afin d'explorer les stratégies d'adaptation des médecins devant cette situation spécifique. Sur trois études répertoriées, la première repose sur une méthodologie quantitative, alors que les deux autres s'inscrivent dans une approche qualitative qui s'appuie sur l'analyse d'entretiens menés auprès des médecins.

Jones et al. (2011) ont fait passer un auto-questionnaire auprès de 80 étudiants en médecine ayant effectué un stage en oncologie afin d'identifier les facteurs de stress rencontrés en oncologie et leurs stratégies de coping, mesurées à l'aide de la Brief Cope Inventory. Alors que l'annonce de mauvaises nouvelles, et plus spécifiquement les réactions des patients à cette annonce, est le facteur de stress majeur des étudiants, ces derniers gèrent

leur stress en ayant recours aux stratégies de coping centrées sur le problème et sur les émotions. Ils privilégient les stratégies de coping centrées sur le problème aux stratégies centrées sur les émotions. Parmi les stratégies centrées sur le problème les plus utilisées par les étudiants en médecine, les auteurs citent : apprendre à accepter et s'ajuster à la situation stressante, essayer de penser aux choses positives de la situation et essayer d'améliorer la situation. La recherche de support social et les loisirs sont les stratégies centrées sur les émotions les plus employées par les étudiants en médecine.

Stenmarker et al. (2010) ont interviewé 20 onco-pédiatres sur leurs préoccupations professionnelles et les stratégies déployées pour y faire face. La grounded theory a été utilisée pour analyser les entretiens. L'analyse des entretiens a révélé qu'être le messenger d'une nouvelle impliquant la mise en jeu du pronostic vital de l'enfant était la tâche la plus difficile pour ces médecins. Pour y faire face, les médecins rapportaient cinq catégories de stratégies : 1) rassembler un maximum de connaissances scientifiques et d'informations sur le dossier médical du patient, 2) mobiliser ses ressources personnelles (comme maintenir un équilibre entre la vie professionnelle et personnelle ou partager ses difficultés avec ses collègues), 3) établir une relation proche avec l'enfant et ses parents dans un climat de confiance et de sécurité, 4) éviter l'identification au patient et à ses proches (en établissant une relation empathique tout en maintenant une distance professionnelle avec le patient et ses parents, en prenant conscience des risques de l'identification) et 5) gérer ses questions existentielles (concernant le sens de la vie, de la mort, du travail ou encore l'élaboration d'une philosophie de vie).

Plus récemment, Shaw et al. (2013) ont conduit une étude exploratoire afin de comprendre l'expérience émotionnelle des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle et d'identifier leurs stratégies de coping. Ils ont effectué 28 entretiens individuels auprès de

médecins qu'ils ont ensuite analysés avec une approche phénoménologique. En s'appuyant sur le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (Folkman, 2008; Lazarus & Folkman, 1984), ils ont identifié les stratégies de coping centrées sur le problème, sur les émotions et la recherche de sens, mises en œuvre par les médecins pour gérer leur stress en situation d'annonce de mauvaise nouvelle. Les stratégies de coping centrées sur le problème incluent la préparation de la consultation d'annonce. Cette dernière implique de recueillir des informations préalables sur le dossier médical, de disposer d'un temps suffisant, de ne pas être dérangé, et de réfléchir à la manière d'amorcer la consultation d'annonce. Parmi les stratégies de coping centrées sur les émotions apparaissent les stratégies d'évitement. Celles-ci se manifestent par le fait de choisir des prises en charge de bon pronostic, de se focaliser sur la technicité au détriment du vécu émotionnel du patient, ou d'éviter d'annoncer les mauvaises nouvelles. La mise à distance (par une intellectualisation de l'annonce, ou le maintien d'une distance relationnelle avec le patient), ainsi que le soutien social ont également été identifiés parmi les stratégies de coping centrées sur les émotions des médecins. Enfin, les stratégies de coping centrées sur la recherche de sens apparaissent à travers la réévaluation positive de l'annonce, ou l'élaboration d'attentes réalistes vis-à-vis du rôle du médecin à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Dans cette étude, les médecins qui avaient recours aux stratégies de coping centrées sur la recherche de sens rapportaient moins de stress et plus d'émotions positives face à l'annonce de mauvaises nouvelles. Ils parvenaient à trouver un sens à leur travail et plus généralement à leur vie. Ces résultats ont amené les auteurs à conclure sur le rôle protecteur du recours aux stratégies centrées sur la recherche de sens pour les médecins.

Le modèle transactionnel du stress et du coping de Lazarus et Folkman (Folkman, 2008; Lazarus & Folkman, 1984) a servi de fondements théoriques à de nombreuses recherches empiriques qui ont permis d'identifier les stratégies d'ajustement des médecins.

Cependant, cette approche présente deux limites lorsque l'on considère le vécu des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie.

D'une part, d'après ce modèle, l'annonce de mauvaise nouvelle en cancérologie est considérée comme un facteur de stress pour les médecins. Cependant, si beaucoup de médecins considèrent l'annonce comme un facteur de stress, ce n'est pas le cas de tous. Ramirez et al. (1995) constatent que pour 74% des médecins exerçant en cancérologie, l'annonce de mauvaises nouvelles ne participe pas au stress ressenti au travail. En outre, malgré des signes de stress évidents rapportés par les médecins au moment de l'annonce, peu d'entre eux évaluent l'annonce de mauvaise nouvelle comme stressante (Shaw et al., 2013).

D'autre part, selon l'approche transactionnelle, l'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie est appréhendée sous le spectre du stress et de l'anxiété. Cependant, si les médecins éprouvent principalement du stress et de l'anxiété à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, d'autres émotions négatives, telles que la tristesse ou la colère sont susceptibles d'émerger (Shaw et al., 2013). Par ailleurs, l'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie s'accompagne parfois d'autres émotions à valence positive, comme la satisfaction personnelle (Stenmarker et al., 2010) ou le soulagement (Shaw et al., 2013).

### **5.3. La régulation émotionnelle**

#### 5.3.1. Définition du concept de régulation émotionnelle

La régulation émotionnelle désigne le processus par lequel les individus influencent quelles émotions ils ont, quand ils les ont, comment ils en font l'expérience, et comment ils les expriment (Gross, 1998). La régulation émotionnelle permet de maintenir ou modifier l'intensité, la durée, et la valence d'une émotion (J. C. Larsen & Prizmic, 2004; Parkinson &

Totterdell, 1999; Parkinson, 1996). Il s'agit d'un processus conscient ou inconscient, contrôlé ou automatique (Gross & Thompson, 2007; Parkinson & Totterdell, 1999).

Larsen et Prizmic (2004) insistent sur le rôle adaptatif de la régulation émotionnelle dans notre vie quotidienne. Dans leur modèle, ces auteurs suggèrent que chaque individu a un état affectif désiré. Lorsqu'un individu observe une différence entre son état affectif réel et son état affectif désiré, il met en place des stratégies de régulation émotionnelle afin de réduire ce décalage et tendre vers l'état affectif désiré. Bien souvent, la régulation émotionnelle permet de diminuer les émotions négatives et d'augmenter les émotions positives d'un individu, afin de préserver ou restaurer son bien-être subjectif (J. C. Larsen & Prizmic, 2004). Cependant, comme le souligne Koole (2009) dans une revue de la littérature, cette fonction hédonique de la régulation émotionnelle n'est pas systématique et dépend du contexte social dans lequel se trouve l'individu, qui peut avoir intérêt, dans certaines circonstances, à prolonger ses émotions négatives ou réduire ses émotions positives.

Pour plusieurs auteurs (Gross & John, 2003; Gross & Thompson, 2007; Gross, 1998), la régulation émotionnelle fait partie des stratégies de régulation des affects au même titre que le coping, la régulation de l'humeur et les mécanismes de défenses. D'autres auteurs assimilent la régulation émotionnelle à la régulation des affects pour désigner la gestion des états affectifs en général (J. C. Larsen & Prizmic, 2004; Parkinson & Totterdell, 1999). Ces deux concepts interchangeable recouvrent dans ce cas la régulation des émotions et de l'humeur (J. C. Larsen & Prizmic, 2004; Parkinson & Totterdell, 1999). Alors que l'émotion se caractérise par un état affectif bref, conscient, d'intensité élevée et spécifique à une situation, l'humeur décrit un état affectif plus long, plus diffus, mais d'intensité moins élevée et dont l'émergence est indépendante du contexte environnemental (Gross, 1998; J. C. Larsen & Prizmic, 2004; Parkinson, 1996).

Gross et Thompson (2007) proposent un modèle explicatif de la genèse des émotions, *the modal model of emotion* (Figure 9). D'après ce modèle, lorsqu'un individu juge une situation pertinente, que le stimulus soit externe ou interne, cela va déclencher une succession d'étapes. La première étape concerne l'évaluation cognitive de cette situation, au cours de laquelle l'individu attribue à la situation sa valence ; positive ou négative et sa pertinence ; importante ou anodine. De cette évaluation de la situation naît une réponse émotionnelle. Celle-ci se manifeste au niveau de l'expérience émotionnelle (le ressenti affectif), du comportement et du système physiologique.

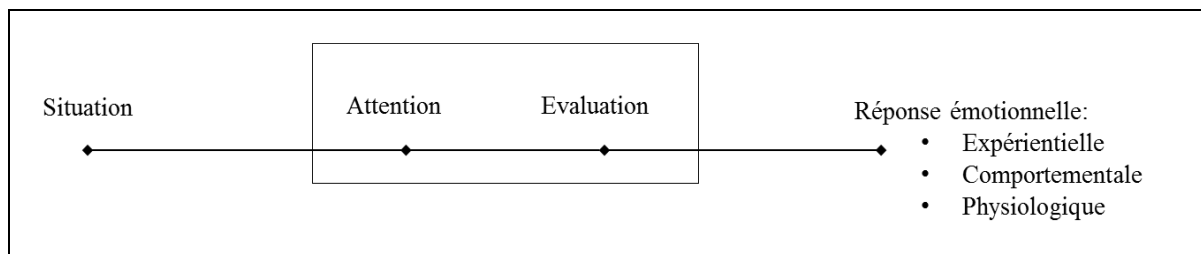


Figure 9. Modèle de l'émotion de Gross et Thompson (2007).

Les stratégies de régulation émotionnelle qui sont mises en place par un individu ont plusieurs cibles : les pensées, le comportement, le ressenti, et l'activation physiologique (Koole, 2009).

Il existe de nombreuses stratégies mises en place par les individus pour réguler leurs émotions et tout autant de classifications de stratégies de régulation émotionnelle (Koole, 2009). Gross (1998) conçoit une classification des stratégies de régulation émotionnelle selon le moment où ces stratégies interviennent dans le processus de génération de l'émotion (Figure 10). Les stratégies focalisées sur l'antécédent désignent celles qui interviennent avant la réponse émotionnelle (Gross & Thompson, 2007; Gross, 1998, 2008). Les stratégies

focalisées sur la réponse émotionnelle apparaissent après le déclenchement de la réponse émotionnelle (Gross & Thompson, 2007; Gross, 1998, 2008).

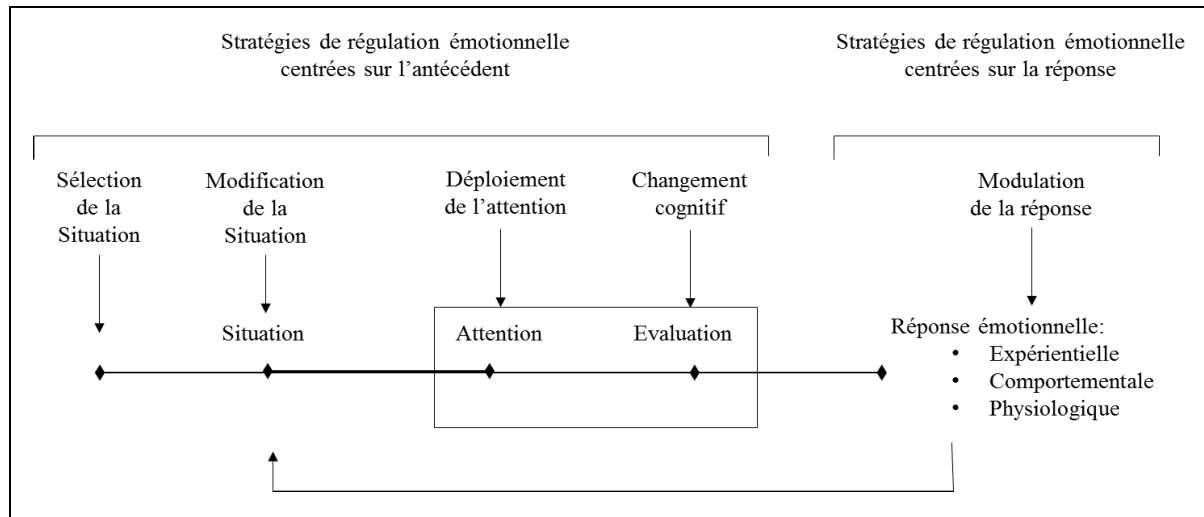


Figure 10. Classification des processus de régulation émotionnelle selon Gross (1998).

Parmi les processus de régulation émotionnelle focalisés sur l'antécédent, Gross distingue quatre catégories : *la sélection de la situation, la modification de la situation, le déploiement attentionnel et les changements cognitifs*. La sélection de la situation consiste à s'orienter vers une situation ou éviter une situation, en fonction de l'impact émotionnel qui lui est associé (Gross & Thompson, 2007; Gross, 1998). La modification de la situation est un processus par lequel l'individu opère des changements sur la situation dans laquelle il s'est engagé, lorsque cela est possible, afin d'en modifier les conséquences émotionnelles (Gross, 2008). Gross (2008) compare ce processus de régulation émotionnelle aux stratégies de coping centrées sur le problème, dans l'approche transactionnelle du stress. Le déploiement attentionnel consiste à modifier l'attention que l'individu porte à la situation, soit en se focalisant dessus, soit en évitant de penser à la situation, soit en dirigeant son attention sur autre chose (Gross, 2008). La rumination et la distraction sont deux exemples de processus de déploiement attentionnel (Gross, 2008). Les changements cognitifs impliquent une



modification de l'évaluation de la situation initialement faite par l'individu (Gross & Thompson, 2007). Ces changements cognitifs concernent aussi bien la perception que l'individu a de la situation elle-même, que la perception qu'il a de ses propres ressources pour gérer cette situation (Gross & Thompson, 2007). A titre d'exemple, la réévaluation cognitive consiste à modifier volontairement et consciemment le sens que la personne donne à une situation génératrice d'émotions pour en minimiser l'impact émotionnel (Gross & John, 2003). Il s'agit de changer sa propre perception de la situation, pour modifier les conséquences émotionnelles de la situation, avant que l'émotion ne voie le jour (Gross & John, 2003).

Quant aux processus de régulation émotionnelle focalisés sur la réponse, ils agissent directement sur la modification de la réponse émotionnelle au niveau expérientiel, comportemental ou physiologique (Gross, 1998, 2008). Par exemple, le recours à la relaxation et les loisirs peuvent permettre de réduire l'émotion négative générée par une situation aversive, tout comme la consommation d'alcool ou de drogue pour entraîner une modification physiologique anxiolytique (Gross & Thompson, 2007). L'expression des émotions peut être utilisée pour son effet cathartique (Gross & Thompson, 2007). A l'inverse, la suppression expressive va impliquer l'inhibition volontaire de l'expression émotionnelle (Gross & John, 2003). Par ce processus, l'individu va cacher l'expression verbale et comportementale de ses émotions à son interlocuteur (Gross & John, 2003).

D'autres auteurs ont tenté de classer les processus de régulation émotionnelle de manière empirique (Koole, 2009). Parkinson et Totterdell (1999) proposent une classification des stratégies de régulation émotionnelle à partir d'une analyse statistique hiérarchique. Ils obtiennent un regroupement selon deux dimensions : 1) les stratégies cognitives qui s'opposent aux stratégies comportementales, et 2) les stratégies d'engagement par opposition

aux stratégies de diversion (Parkinson & Totterdell, 1999). Larsen (2000) retrouve partiellement cette dernière catégorisation et distingue les stratégies de régulation émotionnelle en fonction des caractéristiques suivantes : 1) cognitives ou comportementales, et 2) focalisées sur le changement de la situation ou de l'émotion. Cependant, Koole (2009) souligne les limites méthodologiques de ces catégorisations empiriques.

### 5.3.2. Identification des stratégies de régulation émotionnelle des médecins

Dans le champ des stratégies de régulation émotionnelle, à notre connaissance, aucune étude empirique n'a été menée afin d'identifier les stratégies de régulation émotionnelle des soignants en général, ou des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie.

Deux études ont cependant retenu notre attention. Bien qu'elles ne s'appuient pas sur les modèles théoriques de la régulation émotionnelle, elles ont exploré les stratégies mises en place par les soignants (infirmiers et médecins), pour gérer leurs propres émotions suscitées par le travail en oncologie.

Blomberg et Sahlberg-Blom (2007) ont souhaité comprendre comment les soignants parvenaient à gérer la charge émotionnelle suscitée par l'accompagnement de patients en soins palliatifs. Ils ont effectué une analyse phénoménologique du discours de 77 soignants recueilli au cours d'entretiens collectifs de recherche (focus groupe). Ils ont observé le recours à la distanciation à l'égard des patients, afin de contenir ou atténuer leurs émotions liées à l'accompagnement des patients.

Plus récemment, Mc Lean, Cleland, Worrell et Vogele (2011) ont mené 26 entretiens individuels auprès de médecins et d'infirmiers exerçant en oncologie, qu'ils ont complétés par des discussions de groupe, afin d'explorer l'expérience subjective des soignants dans la

communication avec les patients. Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse interprétative phénoménologique. Les résultats de cette étude mettent en exergue la charge émotionnelle qu'implique l'accompagnement des patients en cancérologie. Les soignants associent cette charge émotionnelle aux contacts continuels avec la souffrance des patients et de leur famille, ainsi qu'à l'impossibilité de mettre un terme à cette souffrance. Les soignants se prémunissent de cette charge émotionnelle par une distance relationnelle à l'égard du patient. Ils évitent la confrontation à la détresse du patient en restant optimistes, en évitant d'explorer les besoins spécifiques des patients, en se focalisant sur la technicité des soins plutôt que sur l'état psychique du patient, ou en évitant de questionner le patient sur son humeur. Les soignants développent également des croyances grâce auxquelles ils légitiment leur conduite d'évitement à l'égard de la détresse des patients : ils minimisent la détresse émotionnelle des patients, ils se déchargent de la prise en charge de leur détresse en attribuant cette responsabilité à un autre collègue, ils considèrent l'accompagnement psychologique des patients comme quelque chose de secondaire, ou se justifient par un manque de temps. Outre les stratégies de distanciation et d'évitement qui visent à éviter de déclencher des réactions émotionnelles chez le patient, les soignants utilisent également des stratégies afin de contenir et d'atténuer leurs propres émotions, comme faire de l'exercice, avoir des loisirs, ou gérer son stress.

Les auteurs de ces études soulignent l'importance d'identifier les stratégies que les soignants mettent en place afin de gérer leurs propres émotions au contact des patients dont la vie est menacée par la maladie. Effectivement, dans la mesure où parmi ces stratégies, certaines concernent directement la relation soignant-soigné, comme la distanciation, ces auteurs s'interrogent sur l'impact délétère que le recours à de telles stratégies peut avoir sur la relation soignant-soigné et le patient.

## **6. L'effet des comportements des médecins sur les patients dans la communication médecin-patient**

La communication médecin-patient est la clé de voute de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie et de manière plus étendue, des entretiens médecin-patient et de la relation médecin-patient. De manière générale, la communication recouvre toutes les interactions verbales et non-verbales entre un émetteur et un récepteur (Delvaux et al., 2008). La communication verbale, également appelée communication digitale, désigne les mots du langage (Lorne, 2010b). Quant à la communication non-verbale ou analogique, elle décrit l'ensemble des comportements non-verbaux tels que l'expression faciale, les sourires, le regard, les hochements de tête, la gestuelle des mains, la position du corps, la distance interpersonnelle et le paralangage (Delvaux et al., 2008; Lorne, 2010b; Roter, Frankel, Hall, & Sluyter, 2006). Le paralangage recouvre le timbre de la voix, le volume, l'intonation ou la vitesse d'élocution (Delvaux et al., 2008; Lorne, 2010b; Roter et al., 2006).

La littérature sur la communication médecin-patient compte plusieurs études ayant exploré l'effet des comportements verbaux et non-verbaux des médecins sur leurs patients (Hall, Harrigan, & Rosenthal, 1995; Schmidt Mast, 2007; Silverman & Kinnersley, 2010). Parmi les variables mesurées dans ces études, apparaissent la satisfaction des patients, les compétences relationnelles des médecins perçues par les patients et l'ajustement psychologique des patients (Schmidt Mast, 2007; Silverman & Kinnersley, 2010).

L'effet des comportements non-verbaux des médecins sur la satisfaction des patients a été démontré depuis longtemps (K. M. Larsen & Smith, 1981). Dans l'étude de Larsen et Smith (1981), des consultations médicales étaient filmées afin de permettre à deux juges de coder les comportements non-verbaux des médecins. La satisfaction des patients était mesurée

à la fin de la consultation par un auto-questionnaire. Cette première étude a montré le lien entre le temps passé par le médecin à regarder le patient et la satisfaction du patient. Comme le rappellent Hall et al. (1995) dans une revue de la littérature, la satisfaction des patients à l'égard de la prise en charge médicale est corrélée à l'adoption de comportements non-verbaux des médecins tels que: établir des contacts visuels avec le patient plutôt que de regarder le dossier médical, éviter les contacts tactiles avec le patient, adopter une posture légèrement penchée en avant, l'ouverture des bras, des mouvements modérés des bras, des jambes et des mains et une juste distance interpersonnelle. Effectivement, Marcinowicz, Konstantynowicz et Godlewski (2010) ont observé que les patients étaient sensibles aux comportements non-verbaux des médecins. L'attention que portent les patients aux comportements non-verbaux de leurs médecins s'explique pour deux raisons (Hall et al., 1995). D'une part, les patients anxieux de par l'incertitude de leur état de santé vont être à l'affût du moindre indice leur permettant de clarifier leur état de santé et d'atténuer leur angoisse. D'autre part, ils vont s'assurer que les comportements non-verbaux des médecins traduisent bien leurs propos afin de repérer d'éventuels non-dits de la part du médecin.

Les comportements non-verbaux émis par les médecins au cours d'une consultation médicale affectent également leurs compétences relationnelles (Bensing, 1991). L'étude conduite par Harrigan, Oxman et Rosenthal (1985) illustre ce phénomène : les médecins qui font face aux patients, ont des contacts visuels modérés avec les patients et adoptent une posture des bras qui indique un état de vigilance sont évalués comme plus empathiques, plus chaleureux et manifestant plus d'intérêt à l'égard du patient comparativement aux autres médecins. Hall et al. (1995) ajoutent que certains comportements non-verbaux des soignants sont essentiels à la qualité de la communication soignant-soigné et à la relation d'aide, car ils qui encouragent le patient à parler. Ces comportements non-verbaux des médecins, outils

indispensables de la communication médecin-patient, sont : les sourires, les hochements de tête, les « Mmm » et l'expression des affects (Hall et al., 1995).

En cancérologie, où la communication médecin-patient occupe une place centrale, des chercheurs se sont intéressés à l'effet des comportements verbaux et non-verbaux des médecins sur les patients. Dans la plupart de ces études, les comportements des médecins étaient étudiés d'une manière globale, sans distinction entre leurs comportements verbaux et non-verbaux.

C. G. Blanchard, Labrecque, Ruckdeschel, et Blanchard (1990) ont interrogé 366 patients à la suite d'une visite médicale quotidienne au cours de leur hospitalisation en oncologie-hématologie. Ils ont mesuré la perception que les patients avaient du comportement de leur médecin lors de la visite médicale ainsi que leur satisfaction vis-à-vis de la consultation. Ils ont également observé les comportements réels des médecins au cours de la visite médicale. Ils ont obtenu un modèle prédictif de la satisfaction des patients. Parmi les variables prédictives de la satisfaction, apparaissent la perception que les patients ont du comportement de leur médecin (répondre à leurs besoins et apporter un soutien émotionnel), et dans une moindre mesure, le comportement réel du médecin pendant la consultation (discuter des traitements). Ces auteurs en ont conclu que la satisfaction des patients à l'égard de la consultation dépendait du comportement réel du médecin et surtout de la perception que les patients avaient du comportement du médecin.

Concernant la consultation d'annonce de mauvaises nouvelles, des chercheurs ont mis en évidence l'effet du comportement des médecins perçus par leurs patients au moment de l'annonce sur la satisfaction des patients concernant la consultation d'annonce (Ptacek & Ptacek, 2001; Schofield et al., 2003). La satisfaction des patients augmente lorsque les patients perçoivent que leur médecin s'assoit à proximité, exprime de l'empathie (Ptacek &

Ptacek, 2001), est prêt à parler des émotions de son patient et adopte une attitude rassurante (Schofield et al., 2003). A l'inverse, la satisfaction des patients diminue lorsqu'ils perçoivent que leur médecin semble pressé et peine à trouver ses mots pendant la consultation d'annonce (Ptacek & Ptacek, 2001).

La satisfaction des patients au moment de la consultation d'annonce est une variable conséquente pour les soignants dans la mesure où elle est positivement corrélée à un bon ajustement psychologique des patients après l'annonce d'une mauvaise nouvelle (Butow et al., 1996; Ptacek & Ptacek, 2001). A l'inverse, moins les patients sont satisfaits de la consultation d'annonce, plus ils présentent un score élevé d'anxiété (Ptacek & Ptacek, 2001).

Outre la satisfaction des patients, le comportement des médecins perçu par leurs patients lors de l'annonce impacte directement l'ajustement psychologique des patients (Schmidt Mast, 2007). Plus un patient perçoit des comportements du médecin qui témoignent de ses compétences relationnelles au moment de l'annonce et meilleur est son ajustement psychologique à la maladie (Roberts et al., 1994). Butow et al. (1996) ont demandé à 148 patients atteints d'un cancer diagnostiqué trois mois plus tôt, de remplir un questionnaire relatif à l'annonce diagnostique de leur cancer. Les résultats de cette étude ont révélé que les patients ayant perçu un manque de soutien émotionnel de la part de leur médecin au moment de l'annonce rapportaient une plus grande détresse émotionnelle. Mager et Andrykowski (2002) ont remarqué que les femmes atteintes d'un cancer du sein rapportaient moins de signes de dépression et de stress posttraumatique deux ans après l'annonce diagnostique, lorsqu'elles avaient perçu au moment de l'annonce des comportements de leur médecin significatifs d'une attitude soutenante, tels que : encourager le patient à exprimer ses émotions ; ne pas paraître détaché émotionnellement ou ne pas paraître ennuyé ou agacé par les questions du patient. Schofield et al. (2003) ont sollicité 131 patients porteurs d'un

mélanome diagnostiqué depuis quatre mois. Les patients dont le médecin apparaissait rassurant au moment de l'annonce diagnostique rapportaient moins d'anxiété 4, 8 et 13 mois après le diagnostic comparativement aux patients qui n'avaient pas perçu d'attitude rassurante de la part de leur médecin. De même, les patients dont le médecin paraissait prêt à parler de leurs émotions au moment de l'annonce, rapportaient moins d'anxiété 4, 8 et 13 mois après le diagnostic comparativement aux patients qui estimaient que leur médecin n'était pas enclin à parler de leurs émotions. En revanche, Schofield et al. (2003) n'ont observé aucun effet de ces comportements perçus par les patients sur leur score de dépression 4, 8 et 13 mois après l'annonce diagnostique. Enfin, chez les patients à un stade avancé de la maladie, la perception d'une attitude incertaine et évitante de la part des médecins au moment de délivrer des informations concernant le pronostic est associée à une perte d'espoir chez les patients (Hagerty et al., 2005).

Ces résultats empiriques font échos aux messages véhiculés dans la littérature (Bouché & Ulrich, 2012; Buckman, 2001; Maguire, 1998) et aux croyances que les deux protagonistes de l'annonce élaborent sur l'annonce de mauvaises nouvelles (Clayton et al., 2007; Clayton, Butow, & Tattersall, 2005; Ptacek & Ellison, 2000; Ptacek et al., 2001) : la manière dont la mauvaise nouvelle est annoncée par le médecin influence l'ajustement psychologique du patient à sa maladie.

En conclusion, au cours d'une consultation d'annonce de mauvaise nouvelle en cancérologie, les comportements verbaux et non-verbaux des médecins qui relèvent de la communication médecin-patient, sont essentiels dans la mesure où ils influencent 1) la perception que les patients se font des compétences relationnelles de leur médecin, 2) la satisfaction des patients et 3) leur ajustement psychologique à la maladie.



## 7. L'émotion dans la communication médecin-patient

Face à une situation génératrice d'émotions, un individu va émettre une réponse émotionnelle qui se manifestera au niveau de son expérience émotionnelle (son ressenti affectif), de son système physiologique et de son comportement (Gross & Thompson, 2007). De ce constat naît l'idée que les comportements verbaux et non-verbaux intrinsèques à la communication entre deux individus vont être le vecteur d'un contenu émotionnel (Roter et al., 2006).

Pour Roter et al. (2006), l'émotion véhiculée dans la communication médecin-patient influence le processus de soins à trois niveaux. Premièrement, les patients comme les médecins éprouvent des émotions qui vont influencer le regard qu'ils portent sur la situation ainsi que leur comportement : un médecin affecté par la situation d'un patient hospitalisé peut être amené à passer plus de temps à ses côtés, rapprocher ses visites ; un patient envahi par l'anxiété peut adopter une conduite d'évitement des soins afin de tenter d'atténuer ses angoisses. Deuxièmement, patients et médecins expriment des émotions : un médecin peut exprimer sa sympathie à l'égard du patient ; un patient peut exprimer sa souffrance afin d'explicitier son état de santé au médecin. Troisièmement, les émotions exprimées par l'un des deux protagonistes vont être interprétées par l'autre : un médecin va s'appuyer sur la détresse exprimée par son patient pour en déduire l'intensité de sa souffrance, préciser son diagnostic et adapter ses décisions thérapeutiques ; un patient va s'appuyer sur les émotions que le médecin exprime pour évaluer sa sympathie, son professionnalisme.

Plusieurs études soutiennent l'idée de Roter et al. (2006), selon laquelle l'émotion véhiculée dans la communication médecin-patient influence le processus de soins. Parmi ces

études, certaines se sont intéressées à l'impact des émotions exprimées à travers les comportements verbaux et non-verbaux des médecins sur les patients.

Après avoir évalué les médecins sur leur capacité à exprimer leurs émotions à travers leurs comportements non-verbaux, DiMatteo, Taranta, Friedman et Prince (1980) ont constaté que plus les médecins parvenaient à exprimer leurs émotions dans leurs comportements non-verbaux, à travers leur expression faciale et l'intonation de leur voix, plus leurs patients leur accordaient un score élevé de compétences relationnelles.

Plus récemment, Griffith, Wilson, Langer et Haist (2003) ont demandé à 58 internes en médecine de participer à un jeu de rôle au cours duquel il leur était demandé d'effectuer trois consultations médicales impliquant : 1) un patient présentant une douleur à la poitrine, 2) un patient en demande d'informations médicales concernant la réduction des risques de transmission du VIH et 3) un patient dépressif, victime d'abus sexuel. Les patients de cette étude avaient l'habitude de participer à des jeux de rôle semblables dans le cadre du programme de formation des étudiants en médecine. A la fin de la consultation médicale, le patient complétait un questionnaire évaluant sept comportements non-verbaux du médecin : *l'expression faciale*, sur une échelle allant de 1 = inexpressive, neutre, à 7 = très expressive, marquée par l'émotion ; *la fréquence des sourires, des hochements de tête et des contacts visuels*, sur une échelle de 1 = rare à 7 = très fréquent ; *l'inclinaison du corps* sur une échelle de 1 = en arrière à 7 = en avant ; *la posture du corps* sur une échelle de 1 = fermée à 7 = ouverte et *l'intonation de la voix* sur une échelle de 1 = inexpressive, monotone, à 7 = expressive, marquée par l'émotion. Ces comportements non-verbaux témoignaient de l'expression émotionnelle des médecins. Un score global de comportement non-verbal correspondant à la moyenne des scores des sept comportements mesurés a été calculé. Les patients complétaient également cinq questions relatives à leur satisfaction à l'égard du

médecin. Les résultats de cette étude ont révélé que plus le score global de comportement non-verbal affectif du médecin était élevé, plus le patient était satisfait à l'égard du médecin.

En analysant les comportements verbaux des médecins au cours d'une consultation médicale, Shields et al. (2005) ont observé que plus les médecins employaient de mots dont la sémantique appartenait au domaine émotionnel, plus les patients étaient satisfaits après la consultation médicale.

Les résultats des études de DiMatteo et al. (1980), Griffith et al. (2003) et Shields et al. (2005) suggèrent que l'expression émotionnelle des médecins véhiculée à travers leurs comportements verbaux et non-verbaux dans la communication médecin-patient, sert la relation médecin-patient en augmentant la satisfaction des patients et les compétences relationnelles que les patients attribuent à leur médecin. A l'inverse, on peut se questionner de l'impact délétère de l'emploi de la suppression expressive par les médecins lors d'une consultation médicale sur le vécu des patients et la relation médecin-patient. Effectivement, dans la population générale, les personnes qui ont recours à la suppression expressive sont perçues comme plus distantes par leur interlocuteur (Gross & John, 2003) qui manifeste une activation physiologique de la réponse au stress (Butler et al., 2003). De plus, à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, lorsqu'un médecin est perçu comme distant et dépourvu de sensibilité par son patient, ce dernier l'interprète comme un manque de compétences relationnelles, du désintérêt et de l'évitement à son égard (Friedrichsen et al., 2000). A l'opposé, lorsqu'un médecin est perçu comme empathique par son patient, ce dernier juge son médecin compétent sur le plan relationnel, rassurant et réconfortant dans le contexte de l'annonce de mauvaise nouvelle (Friedrichsen et al., 2000).

D'autres chercheurs se sont intéressés à la valence, négative ou positive, des émotions transmises à travers les comportements verbaux et non-verbaux des médecins sur les patients.

Hall, Roter et Rand (1981) se sont intéressés à la valence émotionnelle des comportements verbaux et non-verbaux des médecins et des patients au cours d'une consultation médicale, à partir d'enregistrements vidéo codés par des juges. Sans pouvoir établir de lien de cause à effet entre les comportements exprimés par les médecins et ceux des patients, Hall et al. (1981) ont mis en évidence une congruence entre la valence émotionnelle des comportements des médecins et celle des patients. Plus les médecins exprimaient de la sympathie, plus leurs patients exprimaient de la sympathie et semblaient satisfaits de la consultation. Inversement, plus les médecins exprimaient de l'anxiété ou de la colère, plus leurs patients exprimaient de l'anxiété et de la colère, et moins ils semblaient satisfaits de la consultation. Shapiro, Boggs, Melamed, et Graham-Pole (1992) obtiennent des résultats semblables dans le cadre du dépistage du cancer du sein. Les patientes à risque élevé de cancer du sein rapportaient plus d'anxiété et présentaient un rythme cardiaque plus élevé lorsqu'elles regardaient une vidéo d'un médecin anxieux rapportant les résultats d'une mammographie, comparativement à un médecin calme.

## 8. Synthèse du chapitre

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie constitue un exercice des plus complexes pour les médecins. Face à l'annonce, les médecins se heurtent à trois paradoxes ayant trait à l'illusion de la toute-puissance médicale, à la question de la vérité, et au devoir d'annoncer et de soulager la souffrance. Cet exercice est particulièrement anxiogène pour les médecins. Derrière l'anxiété des médecins se cachent la peur de faire mal, d'être tenu pour responsable, de ne pas savoir, la peur des réactions émotionnelles des patients, la peur d'exprimer ses émotions, de s'attacher aux patients, de l'échec, ou encore la peur de sa propre mort. D'autres émotions, comme la tristesse, le sentiment d'échec, l'impuissance et l'inconfort, sont éprouvées par les médecins confrontés à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Face à cette situation éprouvante, les médecins vont mettre en place leurs propres stratégies adaptatives (mécanismes de défense et stratégies de coping). La théorie de la régulation émotionnelle (Gross, 2008) laisse à penser que les médecins vont également avoir recours à des stratégies afin de réguler leurs émotions déclenchées par l'annonce de mauvaises nouvelles. Parmi les stratégies de régulation émotionnelle mises en place par les médecins, certaines vont se manifester dans leurs comportements verbaux et non-verbaux. Or, ces comportements ont un impact sur 1) la perception qu'ont les patients des compétences relationnelles de leur médecin, et 2) l'ajustement psychologique des patients à la maladie. Tandis que l'expression émotionnelle des médecins apparaît bénéfique pour les patients, les résultats de la littérature sur la population générale laissent supposer de l'impact délétère de la suppression expressive dans la relation médecin-patient.

# Problématique

A l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, les médecins sont en proie à de nombreuses émotions, essentiellement négatives, dont la gestion est parfois difficile (Fallowfield & Jenkins, 2004). La théorie de la régulation émotionnelle (Gross, 2008) laisse à penser que les médecins vont avoir recours à des stratégies de régulation émotionnelle afin de moduler leur réponse émotionnelle face à l'annonce de mauvaises nouvelles. Ces stratégies de régulation émotionnelle vont influencer leur réponse émotionnelle au niveau de leurs comportements verbaux et non-verbaux. Or, comme le rappelle Schmid-Mast (2007) dans une revue de la littérature, les comportements des médecins au cours d'une consultation médicale ont un impact sur leurs patients. A l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, les comportements verbaux et non-verbaux des médecins affectent la perception que les patients ont des compétences relationnelles des médecins ainsi que leur ajustement psychologique (Mager & Andrykowski, 2002; Roberts et al., 1994).

Par ailleurs, après avoir identifié les stratégies d'ajustement des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, des chercheurs ont questionné l'impact délétère de certaines stratégies observées sur l'ajustement psychologique des patients (Baider & Wein, 2001; Lowden, 1998; Shaw et al., 2013), mais à notre connaissance, aucune étude empirique

n'a été menée à ce jour pour identifier le lien entre stratégie d'ajustement des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie et ajustement psychologique des patients.

Ces éléments de la littérature nous ont amenés à nous interroger sur l'impact des stratégies d'ajustement des médecins confrontés à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, appréhendées sous l'angle des stratégies de régulation émotionnelle, sur leurs compétences relationnelles et sur l'ajustement psychologique de leurs patients.

Afin de répondre à cette problématique, il nous paraissait indispensable dans un premier temps d'appréhender les stratégies de régulation émotionnelle des médecins ainsi que leur vécu émotionnel à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie. Aussi, les objectifs de ce travail de recherche sont-ils :

1. D'analyser les stratégies de régulation émotionnelle des médecins mises en place afin de gérer leurs émotions suscitées par l'annonce,
2. D'identifier les émotions éprouvées par les médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie,
3. De comprendre les processus psychiques sous-jacents au vécu émotionnel des médecins,
4. D'identifier les liens entre stratégies de régulation émotionnelle des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, compétences relationnelles des médecins et ajustement psychologique de leurs patients.

# Considérations méthodologiques

Ce travail de thèse repose sur l'association de méthodes quantitatives et qualitatives, communément appelée *méthodes mixtes de recherche* (Guével & Pommier, 2012). Si les méthodes mixtes ont longtemps été décriées dans la recherche scientifique, notamment à cause des limites de l'approche qualitative, elles connaissent un regain d'intérêt depuis les années 90 (Guével & Pommier, 2012). Aujourd'hui, la méthode mixte est considérée comme une approche méthodologique à part entière, en cours de développement, qui permet de répondre à de nombreux objectifs (Guével & Pommier, 2012). Greene, Caracelli, et Graham (1989) reconnaissent cinq fonctions aux méthodes mixtes :

- La triangulation, qui vise à obtenir, à partir du croisement des deux méthodes, des résultats convergents afin de renforcer leur validité.
- La complémentarité, qui vise à compléter, enrichir, clarifier, et illustrer les résultats d'une méthode par ceux de l'autre méthode.
- Le développement, qui consiste à s'appuyer sur les résultats d'une première méthode pour développer une seconde méthode (par exemple, la construction



et la validation quantitative d'un questionnaire à partir des résultats d'une analyse qualitative d'entretiens exploratoires).

- L'initiation, qui s'appuie sur les résultats d'une première méthode pour formuler une nouvelle problématique de recherche faisant appel à une seconde méthode.
- L'expansion, qui permet d'étendre le champ de recherche d'une première étude grâce à une seconde étude, s'appuyant sur une autre méthode.

Plus généralement, les méthodes mixtes permettent d'analyser un même phénomène sous différentes perspectives, en offrant une plus grande compréhension du phénomène étudié (Jick, 1979; Johnson, Onwuegbuzie, & Turner, 2007). Guével et Pommier (2012) ajoutent que les méthodes mixtes permettent de combiner les atouts des approches qualitatives et quantitatives, et d'atténuer leurs faiblesses. Effectivement, l'intérêt majeur de la recherche quantitative repose sur la reproductibilité, la limitation de l'interprétation subjective du chercheur, et la généralisation des résultats (Fernandez & Pedinielli, 2007). Quant à la recherche qualitative, elle permet d'accéder à la subjectivité des individus, en étant au plus près de la vérité du sujet, et non de celle du chercheur, grâce à une approche naïve, dépourvue d'hypothèse formulée a priori par le chercheur (Fernandez & Pedinielli, 2007).

Pour ces raisons, dans la mesure où la problématique de ce travail de thèse, ainsi que les concepts associés (le vécu émotionnel et la régulation émotionnelle des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie) ont très peu été explorés dans la recherche scientifique, le recours à une méthode mixte nous est apparu particulièrement adapté afin d'appréhender ces concepts dans leur globalité.

## Partie 2

# CONTRIBUTIONS

# EMPIRIQUES

# Présentation générale

Afin de répondre aux objectifs de recherche présentés précédemment, quatre études s'appuyant sur une méthodologie mixte de recherche ont été menées. Nous avons choisi de présenter les résultats empiriques de ce travail de thèse sous la forme d'articles.

L'Etude 1 a pour objet l'analyse de l'anxiété des médecins et deux de leurs stratégies de régulation émotionnelle (la réévaluation cognitive et la suppression expressive), à partir d'auto-questionnaires complétés par les médecins à trois moments spécifiques de l'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie : juste avant, juste après, et une semaine après l'annonce (Article 1).

L'Etude 2 vise à explorer l'éventail des émotions et des stratégies de régulation émotionnelle des médecins confrontés à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie. Cette étude repose sur une analyse qualitative de contenu thématique d'entretiens individuels et semi-directifs menés auprès de médecins (Article 2).

Dans l'Etude 3, nous souhaitons comprendre le vécu subjectif des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie. Cette étude s'appuie sur le même

matériel que la précédente étude (les entretiens semi-directifs réalisés auprès des médecins). En revanche, l'analyse qualitative conduite dans cette étude repose sur une analyse interprétative phénoménologique du discours des médecins (Article 3).

Enfin, l'Etude 4 a pour objectif l'analyse des liens entre d'une part, l'anxiété, les stratégies de régulation émotionnelle et les compétences relationnelles des médecins au moment de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie, et d'autre part, l'ajustement psychologique de leurs patients quinze jours après l'annonce. Cette étude repose sur des auto-questionnaires complétés par les deux protagonistes de l'annonce -médecin et patient- (Article 4).

## Article 1

Dealing with breaking bad news in oncology: Physicians' anxiety and emotion regulation strategies

**Dealing with breaking bad news in oncology: Physicians' anxiety and emotion  
regulation strategies**

Armelle Desauw <sup>1,2</sup>, Véronique Christophe <sup>1,3</sup>, Stéphane Cattan <sup>4</sup>,  
Jean-Louis Nandrino <sup>1</sup>, & Pascal Antoine <sup>1</sup>

**Affiliation of the authors:**

1. University of Lille North of France, University Lille 3 - URECA EA 1059
2. Cambrai Hospital – Department of Supportive and Palliative Care
3. European Institute of Social Sciences and Humanities, MESHS USR - CNRS 3185
4. Lille University Hospital

## Abstract

### Introduction

Breaking bad news to cancer patients appears to provoke stress in physicians. For the first time, the goal of this study was to analyse physicians' anxiety and emotion regulation strategies. For that, we studied two emotion regulation strategies (cognitive reappraisal and expressive suppression).

### Methods

We examined 105 instances involving physicians' announcements of bad news to cancer patients. For each announcement, physicians filled two questionnaires assessing their anxiety (STAI-Y) and their emotion regulation strategies (ERQ). These questionnaires were completed three times: 1) immediately before the consultation, 2) immediately after the consultation, and 3) one week later.

### Results

Giving bad news in oncology clearly generated high levels of anxiety before the consultation, which significantly decreased over time ( $P = .0001$ ). Higher levels of emotion regulation strategies were correlated with higher levels of anxiety immediately after the consultation ( $r = .47$ ,  $P = .0001$  for the cognitive reappraisal and  $r = .22$ ,  $P = .023$  for the suppressive expression). Most importantly, when facing bad news, physicians reported significantly lower levels of cognitive reappraisal compared to the general population ( $P = .0001$ ) whereas they reported the same amount of expressive suppression.

### Conclusion

As expected, giving bad news to cancer patients provoked anxiety in physicians. Critically, the link between anxiety and emotion regulation strategies suggests that physicians use

expressive suppression and cognitive reappraisal to decrease their anxiety. The prevalence of expressive suppression brings us to question the impact of this strategy on the psychological adjustment of the patients.

**Key words:** cancer, bad-news, physicians, anxiety, emotion regulation



## Introduction

“We don’t want to go! But we have to go as though we were going to the scaffold.”  
“We don’t want to be there but we are here because we have to be here”<sup>1</sup>. These extracted data from physicians’ interviews dealing with breaking bad news in oncology effectively summarize how difficult such work can be for physicians.

Previous research has highlighted that working in oncology, and more specifically giving bad news in oncology, generates anxiety and stress for physicians<sup>2-7</sup>. When a physician has to give bad news to his oncology patient, the physician becomes, against his/her wishes, the bearer of news that will sound life threatening to the patient’s ears. Bad news in oncology is commonly defined as any information that suddenly and negatively modifies the patient’s view of his/her future<sup>2</sup>. The bad news can concern cancer diagnosis, treatment failure, disease progression, and transition from curative care to palliative care, among other issues. Giving bad news is a difficult task for physicians because patients expect them to be truthful while simultaneously being hopeful and supportive, despite the uncertainty of their prognosis<sup>6, 8-10</sup>. Ptacek and Eberhardt<sup>11</sup> conceptualized a theoretical model of the stress associated with bad news for the physician and the patient. In this model, stress experienced by physicians seemed to present before the consultation, only to continue to increase and ultimately reach a peak during the consultation. Finally, the physician’s stress decreased immediately after the medical consultation. The physicians’ stress and anxiety experienced before the consultation arise from<sup>1, 2, 6, 11-13</sup>:

1. Their apprehension toward patients’ intense emotional manifestations, for example, tears, cries, or anger,
2. Their apprehension toward patients’ questions for which there are no medical answers,

3. Their apprehension toward patients' expectations in terms of hope,
4. Their apprehension toward patients who blame them for their suffering and fuel a physician's feelings of guilt,
5. Their own fears of illness and death, aroused by the process of identifying with their patients' fears.

Most generally, individuals who face such intense emotional interactions will resort to emotional regulation strategies "to influence which emotions they have and when they have them" <sup>14</sup> (p. 348). In the context of bad news, physicians' emotion regulation strategies will target negative emotions such as sadness, fears, stress and anxiety to decrease them <sup>15</sup>.

The present study focused on two emotion regulation strategies: cognitive reappraisal and expressive suppression. These two emotion regulation strategies have been the subject of many previous research studies in health <sup>14, 16, 17</sup>, and they appear to be particularly relevant for physicians giving bad news in oncology. Expressive suppression refers to the inhibition of emotional expression, whereas cognitive reappraisal involves the attempt to find meaning in, or reinterpret, a problematic situation so as to decrease its emotional impact <sup>15</sup>. Thus, expressive suppression will be used to describe when a physician tries to hide to his patient his own emotions of fear, anxiety, or sadness aroused during the consultation, whereas cognitive reappraisal will be used to describe a physician's attempts to reinterpret the situation of delivering bad news. For instance, a physician will reinterpret his patients' anger targeted at him into anger against the disease itself.

The aim of the present study was to investigate the anxiety experienced by physicians when breaking bad news in oncology and the use of expressive suppression and cognitive reappraisal 1) immediately before the medical consultation, 2) immediately after the

consultation, and 3) one week later. We also assessed physicians' levels of apprehension about giving bad news and attempted to explore its predictive factors. Out of this context, we hypothesized that 1) physicians would experience anxiety when facing bad news in oncology, 2) physicians' levels of apprehension before the medical consultation would be linked to their expectations regarding their patients' reactions, and 3) physicians' anxiety would be linked to their emotion regulation strategies.

## **Methods**

### *Participants*

We approached physicians in several specialties (e.g., oncology, gastroenterology) who worked in hospital centers in northern France via e-mail to solicit their participation in this study. Physicians who dealt with bad news in oncology in their medical practice were eligible for the study. Fifteen physicians agreed to participate in the study. We met with them to introduce the study. Physicians signed a consent form, received an informational letter and completed a baseline survey. This study obtained required ethical authorization.

### *Measures*

We asked physicians to consider 15 medical consultations involving bad news according to their subjective perception. For each bad news consultation, physicians completed two questionnaires measuring their levels of anxiety and emotion regulation strategies. This set of two questionnaires was completed three times: (a) immediately before the medical consultation with the patient, (b) immediately after the consultation, and (c) one week later. These sets of questionnaires also included the physicians' demographic and professional

characteristics, the patients' demographic characteristics, characteristics regarding the bad news and the physicians' expectations concerning their patients' reactions to the bad news.

*Characteristics of the bad news.* The set of questionnaires completed by the physicians before the medical consultation included one question concerning the type of bad news.

*Physicians' anxiety and apprehension.* Physicians' self-reported levels of state anxiety were measured using a 20-item State Trait Anxiety Inventory (STAI-Ya) self-assessment tool ( $\alpha > .80$ )<sup>18, 19</sup>. Each item was rated on a 4-point Likert scale. Physicians' apprehension about bad news was measured using one item with the question, "My apprehensions toward the bad news I have to tell the patient is." The answers were rated on a 5-point Likert scale (1 = very weak to 5 = very high).

*Physicians' expectations regarding their patients' reactions to the bad news.* The set of questionnaires completed by physicians before the medical consultation included three questions that assessed the physicians' expectations regarding their patients' reactions during the medical consultation. The questions were: "The patient will be surprised by the bad news," "The patient will show a significantly emotional reaction" and "The news will be tragic for the patient." The answers were scored on a 7-point Likert scale (1 = strongly disagree to 7 = strongly agree).

*Emotion regulation strategies.* The Physicians' emotion regulation strategies were measured using the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)<sup>14, 20</sup>, which involved a 10-item self-reported questionnaire that assessed two emotion regulation strategies: cognitive reappraisal and expressive suppression. Each item was rated on a 7-point Likert scale (1 = strongly disagree to 7 = strongly agree). Sample items included, "When I want to feel more positive emotion, I change the way I think about the situation," and "I keep my emotions to myself."

### *Statistical analysis*

Each physician completed a different number of questionnaires corresponding to the bad news (1 to 15 questionnaires per physician). This procedure induced an intra-physician's bias in the data. As this factor was not of interest in our study, the data was pre-processed before the analysis in order to remove it. This was done by centring and reducing the data for each physician. Thus, the means and the variances of the answers were the same for each doctor.

## **Results**

We analyzed data collected from 15 physicians regarding 105 instances of conveying bad news to cancer patients.

*Participants.* The majority of the physicians were male (60%) with ages ranging between 30 and 55 years (mean, 40 years; SD, 6.1). The group of physicians included medical oncologists (26.6%), gastroenterologists (26.6%), otolaryngologists (20%), hematologists (13.3%), lung specialists (6.7%) and gynecologists (6.7%). On average, the physicians had been practicing medicine for 8.85 years (SD, 4.27; range, 3-15 years). The demographic characteristics of the patients are listed in Table 1.

Table 1. *Demographic characteristics of the patients*

	Patients (N = 105)
Gender	
% Male	59
% Female	41
Age, years	
Mean	57.75
SD	16.46
Marital status	
% Single	14
% Married	60
% Divorced	7
% Widowed	15
% Unreported	4
Employment status	
% Student	2
% Employed	29
% Unemployed	9
% Housewife/Househusband	11
% Retired	46
% Unreported	3
Abbreviation: SD, standard deviation.	

*Characteristics of the bad news.* Among the 105 cases of bad news, 21% dealt with new and curable cancer diagnoses, 8% with treatment modalities, 24% involved new and incurable cancer diagnoses, 21% with the recurrence of disease, 10% with the transition from curative care to palliative care, 6% with no further curative treatment available, 6% with other concerns and 4% were not reported.

*Physician anxiety and apprehension.* A high score indicated greater anxiety on a 20- to 80-point scale. By comparison with norms from the adult French general population<sup>19</sup>, the physicians reported high levels of anxiety before medical consultations (mean, 58.52; SD, 4.98), average levels of anxiety immediately following the medical consultation (mean, 48.59;

SD, 8.15) and low levels of anxiety one week later (mean, 44.63; SD, 6.53). A repeated measures test of anxiety using Friedman’s ANOVA revealed a significant time effect ( $\chi^2(105, 5) = 119.8, P = .0001$  Fig. 1), indicating that the anxiety levels decreased significantly over time. Before the medical consultation, physicians reported high levels of apprehension in breaking the bad news to their patients (mean, 3.00; SD, 1.05 on a 1- to 5-point scale). The high levels of anxiety reported before the consultation were significantly correlated with the high levels of physician apprehension in breaking the news to patients ( $r = .50, P = .001$ ).

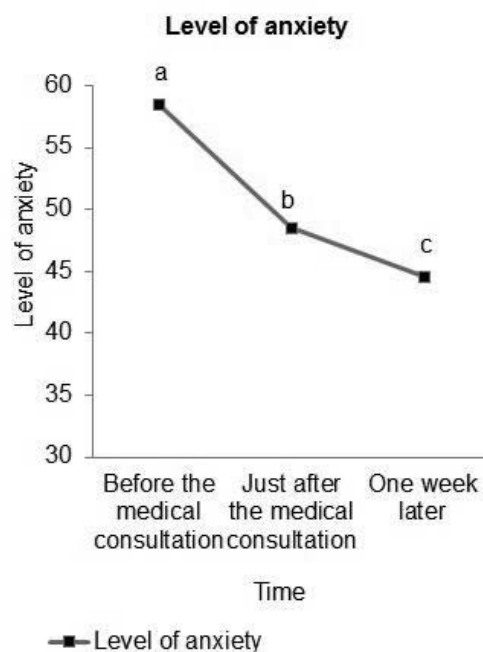


Fig 1. Mean of anxiety over the time.

Note. Different superscripts of “a,” “b,” and “c” indicating significantly different means using simple *post-hoc* comparisons,  $P = .0001$ .

*Physicians’ expectations regarding their patients’ reactions to the bad news.* Before the medical consultation, the physicians expected their patients to be surprised by the bad news (mean, 4.33; SD, 1.62 on a 1- to 7-point scale). They expected their patients to show strong

emotional reactions (mean, 4.50; SD, 1.54 on a 1- to 7-point scale) and also expected the bad news to be tragic for the patients (mean, 5.18; SD, 1.33 on a 1- to 7-point scale).

Physician apprehension was significantly correlated with physician expectations concerning their patients' reactions to the bad news. The more physicians expected their patients to have strong emotional reactions, the more they dreaded breaking the news ( $r = .42, P = .0001$ ). The more physicians expected the news to be tragic for their patients, the more they feared giving the bad news ( $r = .38; P = .0001$ ). No significant link was observed between physician apprehension and physician expectations regarding their patients' levels of surprise when reacting to the bad news.

*Emotion regulation strategies.* A high score measured on a 7-point scale indicated greater levels of emotion regulation strategies. Using Friedman's repeated measures ANOVA to evaluate cognitive reappraisal and expressive suppression did not reveal significant changes over time. The results of norm-sample comparison t-tests indicated that before the medical consultation, the physicians' reported levels of expressive suppression were as high as the levels expressed by the general population, as observed in the study by Gross and John<sup>14</sup>. Similar analyses indicated that physicians reported significantly lower levels of cognitive reappraisal compared to the general population<sup>14</sup> (see Fig. 2). The same finding persisted for both emotion regulation strategies over time (i.e., immediately after the consultation and one week later).



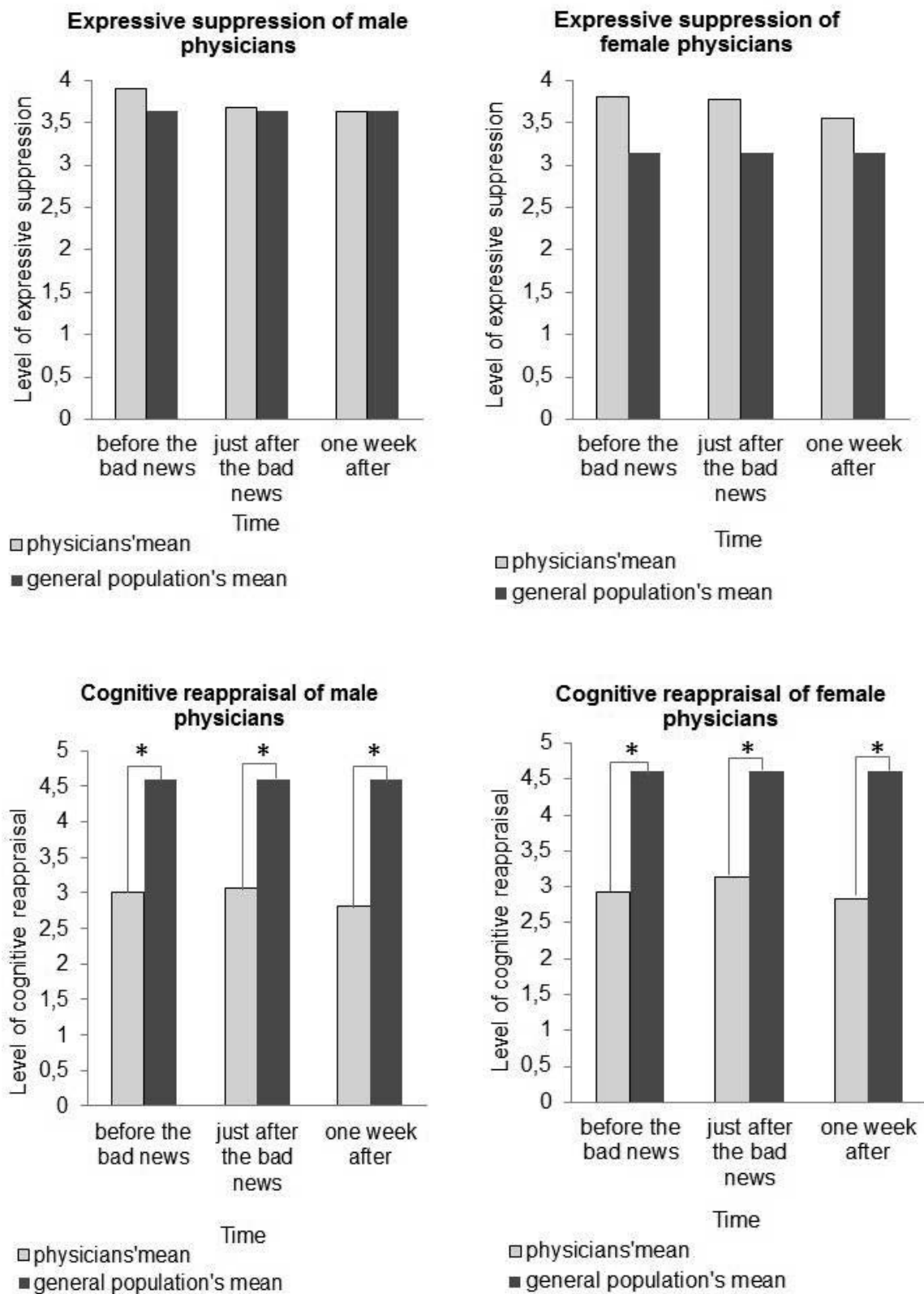


Fig 2. Comparisons between physicians' emotion regulation strategies and the general population's emotion regulation strategies. Note: \*  $P = .0001$

*The relationship between anxiety and emotion regulation strategies.* Higher levels of anxiety were correlated with higher levels of both emotion regulation strategies with measurements immediately after the consultation. The correlations were significant but were low in magnitude ( $r = .47, P = .0001$  for the cognitive reappraisal and  $r = .22, P = .023$  for the suppressive expression).

*Predictor variables regarding physician anxiety and emotion regulation strategies.* The characteristics of the bad news did not have any significant effects on physician anxiety and emotion regulation strategies. Among the list of patient demographics, age was the only significant independent predictor of cognitive reappraisal before the medical consultation ( $r = -0.20, P = .045$ ). The younger the patient, the greater the reported cognitive reappraisal before the medical consultation.

## **Discussion**

This survey assessed physician anxiety and emotion regulation strategies involved with breaking bad news to patients in oncology, measured at three specific time points: 1) immediately before the medical consultation, 2) immediately following the consultation, and 3) one week later. To our knowledge, this was one of the few studies focusing on physician anxiety and emotion regulation strategies. We analyzed data collected from 15 physicians regarding 105 instances of conveying bad news to cancer patients and found several key results.

As expected, giving bad news in oncology clearly generated high levels of anxiety for the physicians before the consultation, which decreased immediately after the consultation. Moreover, the physicians' apprehension levels regarding the bad news were related to high

levels of anxiety before the consultation. Most interestingly, the expectations of the physicians concerning strong emotion reactions from their patients were related to their own apprehension regarding presenting the bad news. This result suggests that physicians dread emotionally strong reactions from their patients as a result of the transaction of bad news. This is consistent with our previous findings <sup>1</sup>, which showed that physicians feared patient reactions such as cries, anger, aggressiveness, and even tears. The apprehension of the physicians regarding the emotional reactions from their patients may display their insufficient capacity to deliver bad news and deal with their patients' emotions. This result should encourage the development of training programs related to the delivery of bad news <sup>21-23</sup>, which would improve physicians' skills to decrease physicians' fears regarding the emotional reactions from patients before the consultation and to decrease physicians' feelings of discomfort and powerlessness during the consultation when patients express intense emotions.

The link between high levels of anxiety and emotion regulation strategies suggests that the physicians used expressive suppression and cognitive reappraisal to decrease their anxiety immediately after the medical consultation. Nevertheless, compared to results from the study by Gross and John <sup>14</sup>, the physicians reported lower levels of cognitive reappraisal compared to the general population, whereas they reported the same amount of expressive suppression. This may be partially because physicians behave according to the social expectations linked to their jobs. Thus, by using expressive suppression, they maintain the images associated with a medical profession seen as powerful. Based on the work by Gross and John <sup>14</sup>, we can question the efficacy of expressive suppression as opposed to cognitive reappraisal. These authors found that individuals who used expressive suppression experienced more negative emotions and lower levels of well-being than those who used cognitive reappraisal. They concluded that in everyday life, cognitive reappraisal was more adaptive than expressive

suppression. Moreover, the prevalence of expressive suppression brings us to question the impact of this strategy on patients' psychological adjustment. Indeed, previous studies have pointed out that individuals who use expressive suppression are perceived as more emotionally distant by their peers compared to those who usually used cognitive reappraisal<sup>14</sup>. While patients claim their need for emotional support<sup>10</sup>, how will the physician's use of expressive suppression be perceived by the patients? The image of "the cold and distant physician" sometimes expressed by patients may be related to the physician's use of expressive suppression. Previous research studies have supported the idea that the non-verbal behaviors of physicians during the medical consultation could impact their patients<sup>24</sup>. For example, Schmid Mast<sup>25</sup> found that affiliative non-verbal behaviors of physicians, such as eye gaze and proximity, were related to higher levels of patient satisfaction. Other studies have also examined the influence of physician behavior on the patient's psychological adjustment to cancer<sup>26</sup>. For example, Mager and Andrykowski<sup>27</sup> found that patients' perceptions of physicians' caring attitudes during medical consultations involving the delivery of bad news were significant predictors of long-term patient distress. The more patients perceived their doctors as warm and caring during bad news consultations involving their cancer, the less frequently they experienced anxiety and depression three months later.

#### *Limitations of the study*

There were some limitations in this study. First, each physician completed several questionnaires. Despite the pre-processing of data designed to remove intra-physician bias, this may have limited generalizability. A larger sample size of physicians may be needed for future studies. Another limitation was that our study examined only two emotion regulation strategies, cognitive reappraisal and expressive suppression, whereas physicians certainly use

more than these two emotion regulation strategies in real life (e.g., distraction or the expression of negative emotions).

#### *Future directions*

Although future studies are needed to resolve these limitations, to our knowledge, this was the first study published to date that assessed physicians' levels of anxiety and emotion regulation strategies involved with delivering bad news in oncology. Future research should investigate the influence of physicians' emotion regulation strategies while providing such bad news (e.g., expressive suppression) on the patients' psychological capacity to adjust to their diseases.

#### *Conclusions*

In conclusion, this study has provided an important step toward understanding the phenomenon involving physicians who give bad news to patients in oncology. By highlighting the prevalence of expressive suppression among physicians, our findings opened new prospects for future research. The next step should be to explore the dyadic physicians and patients dealing with bad news in the field of oncology. A better understanding of the influence of the physicians' emotion regulation strategies on patients' psychological adjustment would help to improve bad news consultations. Having this understanding would also help to improve patients' capacities to psychologically adjust to their diseases.

## References

1. Desauw A, Christophe V, Antoine P, et al : 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(3): 134-139, 2009
2. Buckman R: Breaking bad news- Why is it still so difficult? *BMJ* 288: 1597-1599, 1984
3. Catalan J, Burgess A, Pergami A, et al: The psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: the case of HIV infection and oncology. *J Psychosom Res* 40(4): 425-435, 1996
4. Cohen L, Baile WF, Henninger E, et al: Physiological and psychological effects of delivering medical news using a stimulated physician-patient scenario. *J Behav Med* 26(5): 459-471, 2003
5. Delvaux N, Razavi D, Farvacques C: Cancer care: a stress for health professionals. *Soc Sci Med* 27(2): 159-166, 1988
6. Fallowfield L, Jenkins V: Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 363: 312-319, 2004
7. Ptacek JT, McIntosh EG: Physician challenges in communicating bad news. *J Behav Med* 32(4): 380-387, 2009
8. Fujimori M, Akechi T, Morita T, et al: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology* 16: 573-581, 2007
9. Kim MK, Alvi A: Breaking the bad news of cancer: the patient's perspective. *Laryngoscope* 109: 1064-1067, 1999
10. Parker PA, Baile WF, Moor K, et al: Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol* 19(7): 2049-2056, 2001
11. Ptacek JT, Eberhardt TL: Breaking bad news. *JAMA* 276(6): 496-502 1996
12. Baider L, Wein S: Reality and fugues in physicians facing death: confrontation, coping, and adaptation at the bedside. *Crit Rev Oncol Hematol* 40: 97-103, 2001
13. Espinosa E, Gonzalez Baron M, Zamora P, et al: Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. *Support Care Cancer* 4: 61-63, 1996
14. Gross JJ, John OP: Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 85(2): 348 – 362, 2003

15. Larsen RJ, Prizmic Z: Affect regulation, in Baumeister RF, Vohs KD (eds.): Handbook of self-regulation: research, theory and applications. New-York, NY, Guilford Press, 2004, pp 40-61
16. Gross JJ: Emotion regulation in adulthood: timing is everything. *Curr Dir Psychol Sci* 10: 214-219, 2001
17. Gross JJ, Richards JM, John OP: Emotion regulation in everyday life, in Snyder DK, Simpson JA, Hughes JN (eds.): Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health. Washington, DC, American Psychological Association, 2006, pp 13-35
18. Bruchon-Schweitzer ML, Paulhan I: Manuel pour l'Inventaire d'Anxiété Etat-Trait Forme Y (STAI-Y). Paris : ECPA, 1993
19. Spielberger CD: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y) ("Self-evaluation questionnaire"). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1983b
20. Christophe V, Antoine P, Leroy T, et al: Evaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : La suppression expressive et la réévaluation cognitive. *Eur Rev Appl Psychol* 59 : 59-67, 2009
21. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al: Spikes- A six step protocol for delivering bad news: application to patient with cancer. *Oncologist* 5: 302-311, 2000
22. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, et al: Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *Br J Cancer* 89: 1445-1449, 2003
23. Garg A, Buckman R, Kason Y: Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ* 156: 1159-1564, 1997
24. Ruiz-Moral R, Perez Rodriguez E, Perula de Torres LA, et al: Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of speciality physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns* 64: 242-248, 2006
25. Schmid Mast M: On the importance of non-verbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Educ Couns* 67: 315-318, 2007
26. Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS, et al: Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer* 74:S336-S341, 1994 (suppl.1)
27. Mager WM, Andrykowski MA: Communication in the cancer bad news consultation: patient perceptions and psychological adjustment. *Psychooncology* 11: 35-46, 2002

## Article 2

Quelle perception les praticiens ont-ils de l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie ? Analyse qualitative du vécu et des stratégies de régulation émotionnelle



**Quelle perception les praticiens ont-ils de l'annonce de mauvaises nouvelles en  
oncologie ?**

**Analyse qualitative du vécu et des stratégies de régulation émotionnelle**

Armelle Desauw <sup>1,2</sup>, Véronique Christophe <sup>1,3</sup>, Pascal Antoine<sup>1</sup>, Stéphane Cattan <sup>4</sup>, et  
Jean-Louis Nandrino <sup>1</sup>

**Affiliation des auteurs :**

1. Université Nord de France, Université Lille 3 - URECA EA 1059
2. Centre Hospitalier de Cambrai, Service de Soins de Support, Equipe Mobile de Soins Palliatifs
3. Maison Européenne des Sciences Humaines et Sociales, MESHS USR - CNRS 3185
4. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille, Service des maladies de l'appareil digestif

Desauw, A., Christophe, V., Antoine, P., Cattan, S., & Nandrino, J. (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(3), 134-139.

## **Résumé**

Cette étude vise à explorer le vécu de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie des praticiens hospitaliers. Notre travail repose sur l'analyse qualitative de 31 entretiens semi-directifs effectués auprès de praticiens confrontés à l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie. Les praticiens rapportent des affects majoritairement négatifs qu'ils régulent avec la suppression expressive pendant l'annonce. Ces premiers résultats nous amènent à nous questionner sur le décalage entre les croyances des praticiens concernant les attentes de leurs patients et les attentes réelles des patients.

**Mots clés** : annonce, cancer, émotion, stratégie de régulation, praticien, mauvaise nouvelle

## **Abstract**

The aim of this study is to investigate physicians' emotional experience when breaking bad news in oncology. This study is based on a qualitative analysis using semi-structured interviews amongst 31 physicians confronted to giving bad news in oncology. The physicians report mostly negative affects which they regulate by using expressive suppression during the announcement. These first set of results bring us to question the gap between the physicians' beliefs regarding the expectations of their patients and the actual expectations of the patients themselves.

**Key-words**: cancer disclosure, emotion, emotional regulation, physician, bad new

## **Introduction**

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie est définie par une information qui vient modifier radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir [7]. Si cette nouvelle affecte en premier lieu un patient dont le pronostic vital est mis en jeu, elle ne laisse pas indemne le praticien oncologue. Loin de l'image du médecin froid et insensible à la souffrance de ses patients, ce moment est également un exercice complexe et difficile à vivre pour le médecin qui porte le rôle « d'annonceur de mauvaise nouvelle ». Cette confrontation est anxiogène pour les praticiens [9, 10, 26, 27]. L'anxiété suscitée par l'annonce s'installe souvent avant la confrontation avec le patient, elle s'intensifie lors de l'interaction avec le patient et disparaît progressivement une fois la consultation achevée [22]. Cet affect est renforcé par l'appréhension des réactions imprévisibles et incontrôlables des patients et de leurs proches [2, 7], la peur de ne pouvoir répondre aux attentes des patients, à leurs questions ou encore celle d'être tenu pour responsable de la mauvaise nouvelle [1, 12, 17]. Au moment de l'annonce, les oncologues se sentent quelquefois mal à l'aise, embarrassés face à la souffrance de leur patient et beaucoup s'identifient à leurs patients et éprouvent de la peine et de la tristesse à leur égard [13, 27].

Les médecins sont avant tout formés pour guérir les patients et non pour les faire souffrir ou les voir mourir. Dans une société qui valorise un objectif de performance où la médecine s'inscrit avant tout dans des soins curatifs, l'annonce de l'inefficacité d'un traitement ou d'une orientation vers une prise en charge palliative exclusive peut susciter un sentiment d'échec chez les praticiens oncologues. Certains praticiens vont même parfois jusqu'à exprimer un sentiment d'impuissance, de culpabilité ou d'auto-accusation face aux limites de la médecine et de leurs propres connaissances, [2, 23, 27]. Ne pouvant se soustraire

à cette interaction complexe, les praticiens vont mettre en place des stratégies de régulation des affects visant à modifier l'intensité et la durée de leurs états affectifs afin de restaurer un niveau d'activation émotionnelle tolérable [18].

Peu de données sont disponibles sur la perception que les praticiens ont de leurs affects lorsqu'ils sont confrontés à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie. Cette étude qualitative a pour objectif d'évaluer à la fois la perception que les praticiens ont de leurs affects et les stratégies émotionnelles, cognitives et comportementales de régulation qu'ils utilisent en situation d'annonce de mauvaise nouvelle.

## **Méthode**

### *Participants*

Trente et un praticiens hospitaliers (17 femmes et 14 hommes) de la région lilloise ont accepté de participer à un entretien individuel portant sur leur expérience de l'annonce et leur ressenti lors de l'annonce de mauvaises nouvelles. Ces médecins exerçaient dans différents services hospitaliers, mais tous avaient en commun d'être amenés à annoncer des mauvaises nouvelles à leurs patients, en lien avec des affections cancéreuses. Les caractéristiques démographiques et professionnelles des participants sont présentées dans le Tableau I.

Tableau I. Caractéristiques démographiques et professionnelles des praticiens (N = 31)

	Pourcentage ( <i>Fréquence</i> )
<i>Age</i>	
Moins de 35 ans	25.8 % (8)
De 35 à 50 ans	45.2 % (14)
De 51 à 60 ans	22.6 % (7)
Plus de 60 ans	6.5 % (2)
<i>Sexe</i>	
Masculin	45.2 % (14)
Féminin	54.8 % (17)
<i>Spécialité</i>	
Thoracique	22.6 % (7)
Hématologie	22.6 % (5)
Générale	19.4 % (6)
Gynécologie, Sénologie	12.9 % (4)
Uro-Digestive, Gastrologie	7.4 % (2)
VADS	3.2 % (1)
Soins Palliatifs	3.2 % (1)
Non précisé	9.7 % (3)
<i>Ancienneté</i>	
Moins de 5 ans	16.1 % (5)
De 5 à 10 ans	41.9 % (13)
De 11 à 15 ans	12.9 % (4)
De 16 à 20 ans	9.7 % (3)
De 21 à 25 ans	3.2 % (1)
Plus de 25 ans	16.1 % (5)

### *Procédure*

Les praticiens hospitaliers étaient sollicités pour participer à un entretien individuel, anonyme et enregistré. Ils étaient ensuite invités à signer un consentement de participation et une lettre

d'information. Au cours de l'entretien, les praticiens devaient d'abord se remémorer une annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie, puis dans un second temps, il leur était demandé d'expliquer comment ils avaient vécu cette annonce.

## **Résultats**

### *Analyse des entretiens*

Les entretiens ont été analysés à l'aide d'une analyse de contenu thématique [4], avec le logiciel Sphinx. Cette analyse de contenu thématique comprend trois étapes : 1) la construction d'une grille d'analyse de contenu à partir du corpus théorique et d'une « lecture flottante » des entretiens. Cette grille s'articule autour de deux thèmes : le vécu des praticiens (affects positifs et négatifs) et les stratégies mises en place pour réguler ces affects (centrées sur le problème, recherche de support social, fatalisme, suppression expressive, réévaluation cognitive, distraction, autres stratégies centrées sur les émotions) ; 2) le codage des 583 segments issus des 31 entretiens à partir de la grille d'analyse de contenu selon deux modalités : absence ou présence des thèmes abordés dans les extraits d'entretien ainsi que des nouveaux thèmes pouvant émerger, et 3) l'analyse statistique des segments d'entretiens codés permettant de mettre en relief la fréquence et le pourcentage des thèmes abordés dans les entretiens. Afin de limiter les biais induits par la subjectivité de l'encodage, un double codage a été réalisé et présente un accord inter-juges satisfaisant.

### *Analyse du vécu émotionnel des praticiens hospitaliers*

Sur les 583 segments analysés, 300 (51.5%) font référence aux affects positifs et négatifs des praticiens. L'analyse de contenu thématique met en évidence la prédominance des affects négatifs (258 segments) sur les affects positifs (42 segments) dans le discours des praticiens hospitaliers (Tableau II et III).

*Tableau II.* Description des affects négatifs rapportés dans le discours des praticiens (nombre d'occurrences, %)

Affects négatifs	n	%
Difficulté	126	48.8
Malaise	24	9.3
Anxiété	23	8.9
Tristesse	18	7.0
Identification	15	5.8
Impuissance	12	4.7
Peur	8	3.1
Culpabilité	7	2.7
Echec	5	1.9
Epuisement	5	1.9
Colère	4	1.6
Doute	2	0.8
Injustice	1	0.4
Autres	8	3.1
Total	258	100

Tableau III. Description des affects positifs rapportés dans le discours des praticiens (nombre d'occurrences, %)

Affects positifs	n	%
Se sentir bien	14	33.3
Satisfaction	6	14.3
Soulagement	5	11.9
Etre calme	4	9.5
Enrichissement personnel	3	7.1
Ressentir de l'empathie	2	4.8
Apprécier ce moment	2	4.8
Relâchement	1	2.4
Autres	5	11.9
Total	42	100

Avant la confrontation avec le patient, les praticiens déclarent éprouver de l'anxiété (8.9%) nourrie par l'appréhension de l'annonce : « *On craint, la réaction des patients, qu'ils nous renvoient beaucoup de souffrance. Voilà, on craint, justement, qu'ils aient un mode de défense qui soit un peu agressif* », « *Il y a des patients pour lesquels, moi, j'appréhende, déjà, de dire la mauvaise nouvelle...* », « *Ou alors, on anticipe tellement cette annonce qu'on est obligé de trouver un moyen pour [...],..., et puis, on va comme si on allait à l'échafaud pour annoncer la nouvelle* », « *...Pas envie d'y aller ! Pas envie d'y aller ! C'est la veille de la Passion. Ce n'est pas tellement [...], et puis le matin, pas envie quoi !* ».

Le moment de l'annonce est principalement marqué par la prévalence du sentiment de difficultés éprouvées par les praticiens (48.8%) : 1) d'être témoin de la souffrance du patient, de ses proches : « *Pour nous, moralement, c'est très difficile quelqu'un qui pleure devant*



*vous, on n'est pas inhumain »*, 2) d'annoncer une mauvaise nouvelle, pour laquelle aucun traitement curatif n'existe : *« Vous voyez, ce n'est pas le fait d'annoncer un cancer, c'est le fait d'annoncer un cancer d'emblée métastatique... Là c'est difficile... »*, 3) de ne pouvoir répondre aux attentes du patient, en termes de guérison : *« Ils viennent dans le but d'être traités et d'être soignés. Alors, on a beau leur dire, que ce n'est pas parce qu'on ne fait pas de traitement qu'on ne les soigne pas, c'est, (...).Donc ça, on le vit un peu plus mal. Parce qu'on a l'impression qu'on ne remplit pas notre contrat vis-à-vis de lui, ..., donc on est mis en difficulté »*, et 3) de gérer les réactions de sidération, de tristesse, de colère ou d'agressivité des patients : *« Les gens qui (...), qui nous entendent mais qui sont complètement figés quoi. Donc là, c'est difficile... »*, *« C'est très pénible pour nous, parce qu'on a beau être habitué, savoir que c'est un phénomène qui s'explique, quand on est confronté à l'agressivité des patients ou des familles, c'est vraiment très difficile »*, *« Ce que je trouve le plus difficile, c'est ça, ... la gestion du malade »*.

Les autres affects négatifs éprouvés par les praticiens hospitaliers sont remarquables par leur diversité. Parmi les plus fréquents, nous pouvons citer le sentiment de malaise (9.3%) au moment de l'interaction avec le patient : *« On ne sait plus où se mettre car on n'a pas le mot magique pour dire non, c'est pas grave... »*. *« Moi, personnellement, ça me met toujours mal à l'aise, malgré tout, malgré mon expérience »*, *« Quand vous annoncez à quelqu'un qu'il va mourir de sa maladie, on n'est pas bien, on ne peut pas être bien... »*. Notons également le sentiment d'identification et de tristesse (respectivement 5.8% et 7.0%) qu'ils éprouvent vis-à-vis de leurs patients : *« On s'identifie, forcément, à un moment ou à un autre au patient, enfin surtout quand on a des facteurs d'identification, [...], donc forcément, c'est d'autant plus difficile, parce qu'on s'identifie aux gens »*, *« On se dit forcément : [Ca pourrait être moi], et c'est le fait d'être confronté à sa propre mort... »*, *« Parfois, on rentre chez soi,*

*vraiment, vraiment oui, triste, désolé quoi [...] c'est vrai que parfois, c'est difficile* ». Enfin, le discours des praticiens hospitaliers laisse apparaître d'autres affects négatifs, dans de moindres proportions, tels que le sentiment de doute, d'échec, d'épuisement, de culpabilité, d'injustice et d'impuissance.

Une fois la rencontre passée, certains rapportent un relâchement physique et psychique (2.4%) et un soulagement (11.9%): « *Et puis après, après, après, on se sent mieux, parce qu'on a délivré le message* », « *Après l'annonce du diagnostic, on se sent finalement un petit peu plus léger, en tout cas, le phénomène s'atténue assez rapidement dans le temps* ».

#### *Analyse des stratégies mises en place pour réguler les affects*

Sur les 583 segments analysés, 100 segments (17.1%) font référence aux stratégies comportementales, émotionnelles ou cognitives que les praticiens déclarent mettre en place pour faire face à cette situation singulière de l'annonce de mauvaise nouvelle. L'analyse de contenu thématique met en évidence plusieurs dimensions relatives à 1) la suppression expressive (qui implique l'inhibition volontaire de l'expression émotionnelle, [16]), 2) la réévaluation cognitive (qui consiste à modifier volontairement et consciemment le sens que la personne donne à une situation génératrice d'émotions pour en minimiser l'impact émotionnel [16]), 3) le fait de prendre du recul (qui consiste pour le médecin à installer une certaine distance émotionnelle avec le patient afin d'être le moins possible affecté par la souffrance du patient), 4) la recherche de support social, (qui renvoie aux efforts réalisés afin de solliciter et d'obtenir l'aide d'autrui [6]), et 5) la résolution du problème (qui consiste à augmenter ses propres ressources pour mieux faire face au problème, [6]), (Tableau IV).

Tableau IV. Description des stratégies de régulation des affects rapportées dans le discours des praticiens (nombre d'occurrences, %)

Stratégies de régulation des affects	n	%
Suppression expressive	17	17
Réévaluation cognitive	15	15
Prendre du recul	11	11
Recherche de support social	10	10
Fatalisme	9	9
Résolution de problème	9	9
Expression émotionnelle	4	4
Evitement	1	1
Autres stratégies émotionnelles	10	10
Total	100	100

Pendant la consultation d'annonce, la suppression expressive est le mode de régulation des affects qui apparaît le plus souvent dans le discours des praticiens oncologues (17%). En effet, face au patient et à ses proches, les médecins dissimulent volontairement leurs émotions de peur, d'anxiété, d'incertitude et de tristesse à leurs interlocuteurs : « *Même si on a des émotions, il ne faut surtout pas les montrer ! On ne va pas commencer à pleurer avec les gens...* », « *On ne peut pas craquer avec lui, je pense, peut-être qu'il y en a qui le font, et que peut-être, c'est bien, mais je pense que le patient souhaite que l'on reste comme un pilier sur lequel il peut s'accrocher* ». Les stratégies centrées sur le problème sont également mises en place pendant la situation d'annonce (9%). Il s'agit pour les praticiens hospitaliers « *d'être à fond* » pendant l'interaction avec le patient, « *d'être le plus efficace possible, le plus attentif possible, sans se laisser submerger par le stress* ».

Une fois la consultation d'annonce achevée, les praticiens hospitaliers vont davantage utiliser des stratégies centrées sur les émotions (24%). Parmi ces stratégies, nous pouvons citer la distraction qui consiste à rechercher une autre cible de focalisation attentionnelle [21]: « *Et puis souvent, je remonte dans le service, [...], j'essaie de m'occuper, je fais du courrier, comme ça, je n'y pense plus* » ; l'isolement (qui renvoie dans ce contexte à la recherche de solitude) : « *Après, [...], il me faut du temps, je préfère être tout seul* » ; la rumination (qui est décrite par les praticiens comme une pensée récurrente et intrusive liée au souvenir d'une annonce à forte teneur émotionnelle) : « *Je veux dire que, de tous les patients dont je m'occupe, c'est à elle que je pense le plus souvent en ce moment. Pas tous les jours mais quasiment* » ; l'oubli volontaire de l'annonce (qui implique les efforts cognitifs mis en place volontairement afin d'effacer le souvenir de l'annonce de sa mémoire) : « *Ou alors, on va arriver à bien se vider la tête, et quand on rentre chez soi on va arriver à cliver sa vie professionnelle et sa vie personnelle* ». Les médecins vont également aller à la recherche de support social (10%) en partageant avec des collègues, la psychologue du service ou un proche, la situation vécue : « *On est souvent obligé de sortir un peu, de prendre un petit café et même d'en parler. On va voir un collègue, on dit : [c'est un peu difficile]...* ». Enfin, de manière indéterminée dans le temps, les praticiens évoquent la nécessité de prendre du recul (11%): « *Et après, il faut quand même savoir prendre un certain recul, tu ne peux pas commencer à tisser des liens trop affectifs avec les gens...Donc il faut s'obliger à une certaine forme d'imperméabilité, surtout par rapport aux gens* » ; la réévaluation cognitive (15%): « *J'étais un peu stressée quand même, en me disant que moi, je n'ai rien fait dans l'histoire...* » ; ou le fatalisme qui consiste à penser l'annonce d'une mauvaise nouvelle comme un évènement irrévocable (9%) : « *On n'a pas envie d'être là, mais on est là, il le faut bien. De toute façon, sinon, il n'y aurait personne d'autre qui le ferait. Voilà* ».

## Discussion

L'objectif de cette étude visait à identifier la perception des praticiens quant à leur vécu en situation d'annonce de mauvaises nouvelles ainsi que leurs stratégies mises en place pour réguler leurs affects. Conformément aux travaux antérieurs, l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie représente un moment particulièrement anxiogène pour les praticiens hospitaliers. Cette anxiété semble liée à l'anticipation des réactions incontrôlables des patients et de leurs proches. Pendant l'annonce, les praticiens se sentent en difficulté face à l'annonce et à la gestion des réactions de leurs patients, ce qui induit chez eux un sentiment de malaise. En outre, la confrontation à la souffrance de leurs patients provoque de la tristesse chez les praticiens, qui s'identifient à leurs patients. Après l'annonce, les médecins ressentent un profond soulagement, un relâchement physique et psychique.

Ces premiers résultats témoignent de la complexité de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie. Alors que les affects négatifs du vécu de l'annonce prédominent dans le discours des praticiens, il est intéressant de constater que beaucoup de ces affects négatifs sont liés aux réactions du patient et de ses proches. En pointant du doigt l'appréhension et les difficultés des praticiens hospitaliers face à la gestion des réactions des patients et de leurs proches, cette étude met en avant la nécessité de développer les compétences relationnelles des praticiens, et en particulier la prise en charge des réactions émotionnelles des patients et de leurs proches, à travers des formations adressées aux praticiens. L'amélioration des compétences relationnelles des praticiens participerait à l'atténuation de leur anxiété anticipatoire et de leurs difficultés éprouvées au moment de l'interaction avec le patient. Ceci viendrait contribuer à améliorer le déroulement de la consultation d'annonce et en retour répondre davantage aux besoins émotionnels des patients et de leurs proches. Dans cette perspective, plusieurs formations à la communication ont été

élaborées et proposées aux étudiants en médecine et praticiens hospitaliers [3, 5, 14, 15, 19]. En reposant sur des techniques comportementales, cognitives et émotionnelles, à travers l'acquisition de connaissances, des jeux de rôle, des feedbacks audio, des ateliers de gestion du stress, ces formations visent à développer les compétences des praticiens et en retour améliorer la communication avec leurs patients.

L'analyse du discours des praticiens a également permis de mettre en évidence la perception que les praticiens ont des stratégies de régulation des affects employées pour faire face à cette annonce. Pendant l'annonce, les médecins déclarent utiliser de façon privilégiée la suppression expressive. Ils s'efforceraient de dissimuler leur anxiété, leur impuissance et leur tristesse à leurs patients. Ils useraient également de stratégies centrées sur le problème, en se concentrant sur l'annonce, sur la complexité du dossier médical. Après l'annonce, les praticiens parviendraient à réguler leurs affects grâce aux stratégies centrées sur les émotions, en préférant la distraction. Beaucoup rechercheraient également du support social auprès de leurs collègues. Enfin, d'une manière générale, des médecins prendraient de la distance par rapport aux annonces, certains feraient preuve de fatalisme, tandis que d'autres auraient recours à la réévaluation cognitive, et ce afin de rendre les annonces de mauvaises nouvelles plus acceptables et plus supportables. Notons également que l'emploi privilégié de la suppression expressive au moment de l'annonce se ferait au détriment de l'expression émotionnelle, totalement absente du discours des praticiens. Les praticiens justifient l'emploi de la suppression émotionnelle afin de répondre aux attentes qu'ils attribuent à leurs patients. De leur point de vue, la suppression émotionnelle leur permet de donner une image forte d'eux-mêmes aux patients, l'image d'un médecin sûr de lui, sur lequel le patient peut s'appuyer, comme le dernier pilier sur lequel il peut se reposer. Aux yeux des praticiens, exprimer ses émotions au patient, et en particulier la tristesse, le découragement ou

l'impuissance, témoignerait d'un abandon de tout espoir de guérison pour le patient. Alors que les patients reprochent souvent à leurs médecins cette attitude froide et détachée, contrairement aux idées reçues, cette attitude reflèterait davantage un moyen de réguler leurs affects plutôt qu'une absence d'émotions et de sensibilité affective à l'égard du patient. Ainsi l'emploi de la suppression expressive servirait-elle à réguler leur anxiété, leurs difficultés, leur malaise et leur tristesse au moment de l'interaction avec le patient, dans une tentative de répondre aux attentes des patients.

Toutefois, les croyances des praticiens au sujet des attentes de leurs patients ne semblent pas ajustées aux attentes réelles des patients. Des travaux antérieurs ont ainsi pu mettre en évidence les préférences des patients pour les praticiens usant de l'expression émotionnelle non-verbale. A ce comportement était associé une plus grande satisfaction des patients à l'égard de leur médecin et une meilleure évaluation des praticiens par leurs patients [11]. Ce décalage entre les croyances des praticiens au sujet des attentes de leurs patients et les attentes réelles des patients à l'égard de leur praticien au moment de la consultation d'annonce amène de nouveaux éléments de réflexion concernant la détresse psychologique des patients consécutive à l'annonce. Des études antérieures ont permis de mettre en évidence le lien entre le comportement des médecins au cours de l'annonce diagnostique en cancérologie et l'impact psychologique de l'annonce chez leurs patients [20, 24, 25]. Ainsi, l'expression de l'empathie des médecins est-elle associée à l'atténuation de la détresse émotionnelle des patients, en terme de dépression et de qualité de vie. A l'inverse le stress des praticiens va nuire à l'ajustement des patients. Alors même que dans la littérature, la suppression expressive est associée à des perturbations au niveau des interactions et de la communication sociales [8, 16], l'emploi privilégié de cette stratégie par les médecins au moment de l'annonce nous amène à nous interroger sur son impact chez les patients.

Effectivement, dans la pratique clinique nombre de patients cancéreux bénéficiant d'un accompagnement psychologique expriment leur souffrance face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, qu'ils rattachent non pas au contenu de l'annonce mais au déroulement de l'annonce et au comportement distancié et froid ou insensible de leur médecin.

Les premiers résultats de cette étude exploratoire nous encourageant à mener des recherches ultérieures en vue d'analyser les attentes réelles des patients ainsi que l'impact des stratégies de régulation des affects des praticiens sur le vécu de l'annonce de leurs patients et leur ajustement à la maladie.

## **Références bibliographiques**

1. Bacqué M F (1997) Mourir aujourd'hui, les nouveaux rites funéraires. Odile Jacob, Paris
2. Baider L, Wein S (2001) Reality and fugues in physicians facing death: confrontation, coping, and adaptation at the bedside. *Critical Reviews in Oncology Hematology* 40: 97-103
3. Baile W F, Buckman R, Lenzi R, et al. (2000) Spikes- A six step protocol for delivering bad news: application to patient with cancer. *The Oncologist* 5: 302-311
4. Bardin L (2007) L'analyse de contenu. PUF, Paris
5. Bragard I, Razavi D, Marchal S, et al. (2006) Teaching communication and stress management skills to junior physicians dealing with cancer patients: a Belgian interuniversity curriculum. *Support Care Cancer* 14: 454-461
6. Bruchon-Schweitzer M (2001) Concepts, Stress, Coping. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Rech Soins Infirm* 67: 70-83
7. Buckman R (1984). Breaking bad news- Why is it still so difficult? *BMJ* 288: 1597-1599
8. Butler E A, Egloff B, Wilhelm F H, et al. (2003) The social consequences of expressive suppression. *Emotion* 3 (1): 48-67



9. Cohen L, Baile W F, Henninger E, et al. (2002) Physiological and psychological effects of delivering medical news using a stimulated physician-patient scenario. *J Behav Med* 26 (5): 459-471
10. Dias L, Chabner B A, Lynch T J, Penson R T (2003) Breaking bad news: a patient's perspective. *The Oncologist* 8: 587-596
11. Dimatteo M R, Taranta A, Friedman H S, Prince L M (1980) Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Med Care* 18 (4): 376-387
12. Espinosa E, Gonzalez Baron M, Zamora P, et al. (1996) Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. *Support Care Cancer* 4: 61-63
13. Fallowfield L, Jenkins V (2004) Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet* 363: 312-319
14. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Solis-Trapala I (2003) Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *Br J Cancer* 89: 1445-1449
15. Garg A, Buckman R, Kason Y (1997) Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ* 156: 1159-1564
16. Gross J J, John O P (2003) Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 85 (2): 348 – 362
17. Ladouceur R (2002) L'annonce d'une mauvaise nouvelle en médecine. *Frontières* 14 (2) : 66-69
18. Larsen R J, Prizmic Z (2004) Affect regulation. In: Baumeister R F, Vohs K D (eds), *Handbook of self regulation: research, theory and applications*. Guilford Press, N-Y, pp 40-61
19. Libert Y, Conrard S, Reynaert C, et al. (2001) Améliorer les stratégies de communication des médecins en oncologie : état des lieux et perspectives futures. *Bull du Cancer* 88 (12) : 1167-1176
20. Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, et al. (2007) Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: A structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns* 69: 63-75
21. Parkinson B, Totterdell P (1999) Classifying affect-regulation strategies. *Cogn Emot* 13 (3): 277-303
22. Ptacek J T, Eberhardt T L (1996) Breaking bad news. *JAMA* 276 (6): 496-502

23. Reich M, Deschamps C, Ulaszewski A L, Horner-Vallet D (2001) L'annonce d'un diagnostic de cancer: paradoxes et quiproquos. Rev Med Interne 22 : 560-566
24. 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 (Suppl. 1): 336-341
25. Schofield P E, Butow P N, Thompson J F, et al. (2003) Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. Ann Oncol 14: 48-56
26. Tattersall A J, Bennett P, Pugh S (1999) Stress and coping in hospital doctors. Stress Med 15: 109-113
27. Voelter V, Mirimanoff R O, Stiefel F, et al. (2005) L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie. Rev Med Suisse 1 (20): 1350-1353

## Article 3

Annonce de mauvaises nouvelles en  
cancérologie : Analyse qualitative de  
l'expérience subjective des médecins

**L'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie : Analyse qualitative de l'expérience  
subjective des médecins**

Armelle Desauw<sup>1,2</sup>, Pascal Antoine<sup>1</sup>, Véronique Christophe<sup>1,3</sup> et Stéphane Cattan<sup>4</sup>

**Affiliation des auteurs**

1. URECA EA 1059, Université Lille 3

2. Centre Hospitalier Cambrai

3. Maison Européenne des Sciences de l'Homme et de la Société, MESHS USR CNRS 3185

4. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

## Résumé

### Problématique

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie constitue une tâche complexe pour les praticiens. Alors que des études antérieures ont analysé le vécu émotionnel des praticiens face à l'annonce de mauvaises nouvelles à l'aide de méthodes quantitatives, il nous paraît nécessaire d'approfondir notre compréhension de l'expérience subjective des praticiens par une approche qualitative. L'objectif de cette étude vise donc à analyser : 1) le sens que les praticiens donnent à l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie, et 2) la perception qu'ils ont de leur vécu émotionnel face à l'annonce.

### Méthode

Cette étude repose sur l'analyse d'entretiens non-directifs réalisés auprès de 22 praticiens hospitaliers amenés à annoncer des mauvaises nouvelles en oncologie. Ces entretiens ont été enregistrés puis retranscrits. Ils ont ensuite fait l'objet d'une analyse interprétative phénoménologique (IPA).

### Résultats

L'analyse des entretiens a abouti à l'émergence de trois thèmes principaux : 1) Quand il n'y a plus rien à faire : entre sentiment d'injustice et nouvelle philosophie de vie, 2) Parvenir à trouver de nouveaux projets de soins lorsque guérir n'est plus possible, et 3) La relation médecin-patient : entre distanciation et envahissement émotionnel. 1) Alors que certains praticiens perçoivent l'annonce comme un non-sens, d'autres la considèrent comme une épreuve indissociable de leur travail, à laquelle ils vont parvenir à trouver un sens, tel que la possibilité pour le patient de préparer sa fin de vie. 2) Les praticiens se distinguent dans la perception qu'ils ont de leur rôle au moment de l'annonce. Certains vont se fixer des objectifs

irréalistes, tels que donner un espoir de survie alors que le pronostic vital du patient est engagé, les amenant à éprouver un sentiment d'impuissance et d'échec. A l'inverse, l'élaboration d'objectifs réalistes, tels qu'apporter un soutien au patient, est associé à une satisfaction après l'annonce. 3) Lorsque les praticiens évoquent leur lien avec les patients, ils décrivent l'influence des émotions de leurs patients sur leur propre vécu émotionnel. Alors que certains décrivent une mise à distance, d'autres décrivent la manière dont ils absorbent les émotions de leurs patients, par processus d'identification.

### Conclusion

Cette étude apporte un nouveau regard sur l'expérience subjective des praticiens confrontés à l'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie. Au-delà du caractère négatif intrinsèque à l'annonce, c'est la représentation du praticien de l'annonce, de son rôle et de son lien avec le patient qui détermine son vécu émotionnel de l'annonce. Au regard de l'importance de la relation médecin-patient, ces résultats nous apportent de nouveaux éléments de compréhension à intégrer dans les programmes de formations destinés aux praticiens.

**Mots clés :** Analyse interprétative phénoménologique, annonce de mauvaise nouvelle, cancer, praticien, vécu émotionnel

## Introduction

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie se définit par une information qui vient modifier radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir (Buckman, 1984). Il s'agit d'un exercice particulièrement difficile qui requière de la part du médecin qu'il transmette une information au patient au plus près de la vérité médicale, tout en laissant la place à l'espoir (Baile, Lenzi, Parker, Buckman, & Cohen, 2002; Fallowfield & Jenkins, 2004). Parmi les différentes annonces de mauvaises nouvelles celles qui concernent l'absence de traitements, la récurrence, l'échec thérapeutique, l'euthanasie ou la décision de ne pas réanimer sont les plus difficiles pour les oncologues (Baile et al., 2002).

Alors que 25% à 44% des médecins exerçant en oncologie souffrent de burnout (Allegra, Hall, & Yothers, 2005; Blanchard et al., 2010; Girgis, Hansen, & Goldstein, 2009; Shanafelt & Dyrbye, 2012), que leur niveau de stress au travail est significatif et associé à des problèmes de santé comme des maux de tête ou de la nervosité, (Isikhan, Comez, & Danis, 2004), plusieurs chercheurs ont tenté d'identifier les causes de ce stress. Parmi les facteurs de stress évoqués par les soignants en oncologie, Catalan et al. (1996) ont identifié la confrontation aux patients dont la vie est menacée. Plus spécifiquement, Ramirez et al. (1995) ont montré que pour 36% des médecins exerçant en cancérologie, l'annonce de mauvaises nouvelles participait au stress ressenti. Une autre étude a mis en évidence le lien entre le stress des médecins lié à l'annonce d'une mauvaise nouvelle et leur niveau d'anxiété et de dépression (Tattersall, Bennett, & Pugh, 1999).

D'autres recherches s'appuyant sur des mesures physiologiques du stress ont observées une augmentation significative de la réponse cardiovasculaire et du taux de cortisol dans l'organisme chez des étudiants en médecine au cours d'une simulation d'annonce de

mauvaise nouvelle, comparativement à ceux du groupe contrôle, (Brown et al., 2009; Cohen et al., 2003; Hulsman et al., 2010).

Plusieurs hypothèses ont été formulées afin d'expliquer la difficulté et le stress des médecins confrontés à l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie. Leurs auteurs évoquent la peur des médecins d'être tenu pour responsable, la peur des réactions émotionnelles incontrôlables des patients, la peur d'exprimer ses émotions, celle de ne pas savoir répondre aux questions des patients, ou encore la peur de leur propre mort (Buckman, 1984; Espinosa, Gonzalez Baron, Zamora, Ordonez, & Arranz, 1996). Cependant, peu d'études empiriques ont exploré cette problématique. Citons Ptacek et McIntosh (2009) qui ont identifié les difficultés rencontrées à l'annonce de mauvaises nouvelles qu'ils ont ensuite regroupé en six catégories associées au médecin, au patient, à l'institution, à la maladie, au relationnel et aux imprévus médicaux. Cette dernière catégorie regroupe des items tels que l'annonce d'une fin de vie liée à un retard de diagnostic ou une erreur médicale. Elle était évaluée par les médecins comme étant la plus stressante, comparativement aux autres catégories. Dans une autre étude, des étudiants en médecine observaient une vidéo avec plusieurs annonces de mauvaises nouvelles (De Valck, Bruynooghe, Bensing, Kerssens, & Hulsman, 2001). Plus les patients des séquences vidéo exprimaient d'émotions, plus les étudiants évaluaient l'annonce difficile. La difficulté des annonces perçues par les étudiants était associée à leur niveau d'anxiété.

Si la recherche quantitative a permis d'évaluer le stress des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle et ses facteurs externes, la littérature apporte peu d'éléments de compréhension sur les processus psychiques sous-jacents qui expliquent le ressenti des médecins. Or, comme le souligne Stiefel (2008), « les stressors intrapsychiques aident à la



compréhension du stress lié au travail puisqu'ils constituent le lien entre réalité intrapsychique et monde externe du clinicien ».

Partant d'une approche qualitative s'appuyant sur la grounded theory, une étude a permis d'identifier les barrières rencontrées par les internes en médecine face aux annonces de mauvaises nouvelles : le manque de temps, l'environnement défavorable, et leur manque d'assurance (Supe, 2011). En oncologie, Friedrichsen et Milberg, (2006) ont exploré l'expérience subjective des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle adressée à un patient à un stade palliatif. A partir d'une analyse interprétative phénoménologique des entretiens ils ont identifié la peur des médecins de perdre le contrôle à différents niveaux : émotionnel, relationnel et professionnel.

Du constat de l'insuffisance d'études traitant de cette problématique dans la littérature, une recherche visant à identifier les processus psychiques qui sous-tendent le vécu des médecins confrontés à l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie nous est apparue nécessaire. Plus précisément, cette étude qualitative a pour objectifs d'étudier : 1) l'expérience phénoménologique des médecins face à l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie, 2) la disparité de leur vécu émotionnel et 3) les processus psychiques sous-jacents.

## **Méthode**

### *Participants*

Les participants de l'étude ont été sollicités par email pour participer à un entretien individuel portant sur leur expérience de l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie. Vingt-deux médecins ont accepté de participer. Ces participants constituaient un échantillon homogène : 41% de femmes, 46 % âgés de plus de 40 ans et 54% avaient plus de 10 ans d'ancienneté

(voir Tableau 1). Ces médecins exerçaient dans différents services hospitaliers, mais tous avaient en commun d'être amenés à annoncer des mauvaises nouvelles à leurs patients, en lien avec des affections cancéreuses. Parmi eux, 45% travaillaient dans un service de cancérologie.

Tableau 1. *Tableau de données sociodémographiques des praticiens*

	Pourcentage (Effectifs)
Sexe	
Femme	59,1 (9)
Homme	40,9 (13)
Age	
moins de 35	31,8 (7)
de 35 à 40	22,7 (5)
de 41 à 45	9,1 (2)
de 46 à 50	9,1 (2)
de 51 à 55	13,6 (3)
plus de 55	13,6 (3)
moyenne (écart type)	41,9 (10,4)
Spécialité	
hématologie	22,7(5)
oncologie générale	31,8(7)
oncologie sénologie	9,1 (2)
oncologie urologie et digestive	4,5 (1)
radiothérapie	4,5 (1)
soins palliatifs	4,5 (1)
pneumologie	13,6 (3)
gynécologie	4,5 (1)
gastroentérologie	4,5 (1)
Ancienneté	
moins de 5 ans	22,7 (5)
de 5 à 10	31,8 (7)
de 11 à 15	13,6 (3)
de 16 à 20	13,6 (3)
de 21 à 25	4,5 (1)
plus de 25	13,6 (3)
moyenne (écart type)	12,1 (9,6)

### *Procédure*

Les entretiens se sont déroulés dans les services hospitaliers. Ils ont été menés par la psychologue en charge de l'étude. Chaque participant a signé un consentement de

participation et une lettre d'information. Les entretiens semi-structurés suivaient une grille d'entretien élaborée au préalable, explorant les critères sur lesquels les médecins s'appuyaient pour dire qu'une annonce de mauvaise nouvelle s'était bien déroulée, puis il leur était demandé de se remémorer l'annonce d'une mauvaise nouvelle et d'expliquer comment ils l'avaient vécue. Les entretiens étaient enregistrés puis intégralement retranscrits.

### *Analyse des entretiens*

La durée moyenne des entretiens étaient de 20 minutes, (57% des entretiens duraient entre 15 et 25 minutes). Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse qualitative s'appuyant sur la méthode IPA (Interpretative Phénoménologique Analysis), (Smith & Osborn, 2003). L'analyse phénoménologique a pour but d'étudier non pas les faits réels, mais la perception et l'expérience que les individus en font en mettant en évidence la singularité et la variabilité entre les individus, à travers un travail d'interprétation (Friedrichsen & Milberg, 2006). Afin d'être au plus près de la réalité des praticiens et d'éviter toute interprétation abusive, les analyses ont été réalisées conjointement par deux chercheurs. L'analyse débute par la lecture du premier entretien. Les éléments saillants du discours du praticien sont ainsi annotés dans la marge. Ces éléments sont ensuite ordonnés, classés, et regroupés par thèmes et sous-thèmes en fonction des liens qui les unissent. Ce processus est répété pour chaque entretien. La dernière phase consiste à reprendre chaque analyse d'entretien afin de faire émerger une représentation globale des entretiens.

## **Résultats**

Les entretiens sont remarquables par la facilité avec laquelle les médecins se sont appropriés la consigne initiale, ce qui a permis d'accéder rapidement à un niveau émotionnel. Seul un

médecin a exprimé ses difficultés face à la compréhension de la consigne, cet entretien n'a duré que 6 minutes. L'analyse des 22 entretiens a permis de mettre en évidence trois thèmes principaux : 1) Quand il n'y a plus rien à faire : entre sentiment d'injustice et nouvelle philosophie de vie, 2) Parvenir à trouver de nouveaux projets de soins lorsque guérir n'est plus possible, et 3) La relation médecin-patient : entre distanciation et envahissement émotionnel.

## 1. Quand il n'y a plus rien à faire : entre sentiment d'injustice et nouvelle philosophie de vie

### *1.1. L'annonce, qu'il n'y a plus rien à faire*

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie est une situation dans laquelle les médecins se perçoivent dans une absence de solutions médicales, une absence de guérison et de traitements avec la fin de vie en filagramme :

*Ben, concernant la mauvaise nouvelle, ce n'est pas l'annonce du diagnostic initial où il y a encore un traitement potentiellement curatif, pour moi, [...], ceux sont vraiment des mauvaises nouvelles où l'on ne peut pas donner, aucune roue de secours, aucun espoir de guérison. (M17)*

Par ailleurs, l'annonce de mauvaises nouvelles est associée au déclenchement d'une rupture dans la vie du patient :

*Des personnes qui n'ont rien du tout et qui allaient bien et nous on leur annonce un diagnostic qui peut-être, qui met en jeu le pronostic vital. En fait, c'est un peu « être porteur » d'une nouvelle qui fait tout s'écrouler pour le patient. (M4)*

Dans cet extrait, la cause du bouleversement du patient est attribuée à l'annonce et non au médecin. Ce processus permet de protéger le médecin M4 d'un sentiment de culpabilité,

contrairement au médecin M15 :

*Ce n'est pas de ma faute, je n'y suis pour rien, mais n'empêche que c'est moi, l'oiseau de mauvais augure. [...] Je sais qu'à partir du moment où je vais dire ça au patient, sa vie va changer. [...] On le fait rentrer dans la maladie. Alors même si la maladie est indépendante de nous, c'est quand même à ce moment-là qu'il est rentré.*

Ici, message et messenger de l'annonce se confondent. L'annonce est personnalisée et le médecin devient la cause du bouleversement du patient. Il en résulte un sentiment de culpabilité contre lequel le médecin semble lutter en rationalisant ses pensées.

Enfin, l'annonce d'une mauvaise nouvelle représente une transition pour le médecin lui-même qui assimile à ce moment précis la réalité de la maladie :

*C'est là que la personne réalise, mais c'est là aussi, quelque part, que nous aussi on réalise et qu'on entre dans la maladie avec le patient. C'est là que tout commence. (M11)*

L'annonce, « c'est un moment clé » (M11), qui marque un tournant dans la relation médecin-patient qui se crée ou vient se consolider. Elle traduit la collision entre deux trajectoires de vie jusqu'alors indépendantes, pour donner naissance à une nouvelle entité, qui apparaît sous les dénominateurs du « nous » ou du « on » : « si ça se trouve, on pourra même s'en sortir médicalement », (M19). C'est l'émergence de l'alliance thérapeutique, d'une relation de coopération, comme l'explique le médecin M1 au terme de la consultation d'annonce : « d'être partie bras dessus bras dessous avec le patient ».

## *1.2. On a aussi un sentiment d'injustice*

Au-delà de cette représentation commune de l'annonce, les médecins se différencient dans le sens qu'ils donnent à l'annonce. Quelques médecins dénoncent l'injustice qu'ils perçoivent dans ces situations de mauvaises nouvelles. Derrière cette injustice transparaissent leurs valeurs personnelles concernant le sens de la justice, de la vie et de la mort, « *Les enfants ce n'est pas fait pour mourir, une personne âgée qui a une maladie et qui est en bout de course voilà je dis pas qu'il y a un âge mais 80 ans ou 70 ans bon ça va* » (M2). Ainsi, l'annonce d'une mauvaise nouvelle vient se heurter aux propres valeurs des médecins, ce qui la rend insensée. Elle n'est acceptable ni pour le patient, ni pour le médecin, qui la vit difficilement :

*Mais annoncer à des gens qui sont « en bonne santé » leur dire que leur vie va changer car on a trouvé quelque chose, on n'a pas envie d'être là, on a envie de dire on s'est trompé. (M2)*

La difficulté éprouvée face à l'annonce est telle que ce médecin exprime son refus de l'annonce, son désir de fuite et d'échappement. Cet extrait illustre aussi la culpabilité que ressent le médecin en tant qu'acteur involontaire de cette injustice, que l'on retrouve également chez le médecin M20 :

*Moi maintenant je me dis, si j'avais su, je ne lui aurais pas fait [...] elle a subi ses 4 cures de chimiothérapie, avec perte de cheveux, malade comme une bête [...], pour rien, puisqu'elle est morte [...] je l'ai enquiné, sans lui rendre le moindre bénéfice [...] c'est pas juste.*

Pour ce médecin, à la culpabilité d'avoir fait du tort à la patiente s'ajoute le regret des décisions thérapeutiques prises antérieurement.

### 1.3. *J'en fais une rencontre*

D'autres médecins vont parvenir à trouver un sens acceptable à l'annonce, ce qui va la rendre bien plus supportable et moins couteuse émotionnellement. Le discours des médecins rend compte du processus d'acceptation de l'annonce par lequel ils ont cheminé :

*Je sais que de toute façon c'est quelque chose pour lequel je ne peux pas échapper (...). Autant que j'accepte et que je me dise, il faut que ça se passe au mieux pour la personne qui est en face. [...] J'en fais une rencontre, donc c'est aussi enrichissant pour moi. (M1)*

Dans cet extrait le médecin témoigne d'abord de sa résignation face aux annonces. De ce constat, il est parvenu à modifier le sens qu'il donne aux annonces afin d'en faire une expérience bénéfique pour lui. Ici, le médecin se réapproprie la contrainte extérieure que constitue l'annonce en une expérience personnelle positive et constructive. Plusieurs médecins mettent en avant l'aspect relationnel de l'annonce, insistant sur l'importance de la rencontre avec le patient, de ce moment privilégié d'authenticité, ainsi que de la profondeur des échanges avec le patient, à l'instar du médecin M3 :

*Personnellement, les choses qui me plaisent pas mal dans cette discipline c'est de pouvoir parler de quelque chose de sérieux avec le patient. Ce n'est pas simplement sur un symptôme, c'est sur un enjeu qui est un peu plus important, enfin, vraiment très important pour lui.*

D'autres médecins vont parvenir à se détacher de la charge affective de l'annonce en déplaçant leur attention sur son aspect professionnel. Celle-ci devient un challenge dont l'enjeu principal est le bien-être du patient :

*Ça peut être perçu comme des choses négatives, mais, enfin, moi j'aime bien ça en fait ! [...] Je prends ça comme un moment important de l'information. Je ne fais pas l'annonce, en fait, mais j'aime bien réfléchir sur la façon dont le médecin (...) essaie le mieux possible de s'adapter au patient etc. Quand je sais que je dois faire ça, ça m'intéresse ! (M13)*

Conscient de la difficulté que représente l'annonce de mauvaises nouvelles, ce médecin est parvenu à faire de l'annonce un exercice de communication, ce qui la rend bien moins anxiogène, voire attrayante.

Enfin, quelques médecins décrivent leur développement personnel à travers la confrontation aux situations difficiles d'annonces de mauvaises nouvelles. Ces expériences leur ont permis de développer « une philosophie de vie », redéfinissant leurs priorités de vie :

*Parce que, certainement, je suis confrontée de façon quotidienne à la mort, donc, j'ai l'impression, je pense être beaucoup plus à distance des soucis financiers [...] on apprécie beaucoup plus la vie, globalement [...] on a une philosophie de la vie je pense, qui est différente, [...] on profite de tout. (M22)*

Ce médecin décrit les bénéfices qu'il a conscience d'avoir acquis à travers l'expérience des annonces de mauvaises nouvelles. Ces situations d'annonces ont opéré un profond changement personnel chez lui.

## 2. Parvenir à trouver de nouveaux projets de soins lorsque guérir n'est plus possible

L'expérience subjective des médecins concernant l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie a mis en évidence la perception que les médecins ont de leur rôle professionnel et plus largement, des valeurs professionnelles qui sous-tendent leur pratique.



## 2.1. Médecine, c'est soigner, ce n'est pas écouter

Un premier groupe de médecins se perçoit dans le rôle du médecin guérisseur, dans le « cure », formé pour soigner les patients : « Médecine, c'est soigner, ce n'est pas écouter » (M2). Leur idéal professionnel se retrouve mis à mal par la réalité des annonces de mauvaises nouvelles. Ils se retrouvent contraints d'assumer un rôle incongruent à leurs valeurs professionnelles : faire du mal au patient et ne pas le guérir. A partir de leur représentation de la médecine qui guérit, ces médecins vont se construire des objectifs de soins incompatibles avec la réalité des annonces de mauvaises nouvelles, comme donner un espoir de guérison dans un contexte palliatif ou éviter les réactions émotionnelles de détresse des patients : « Une annonce s'est bien déroulée forcément si la patiente ne s'effondre pas. », (médecin M2). La détresse des patients constituent leur principale difficulté. Formés à guérir, ils se sentent incompetents et démunis face à la détresse des patients :

*Forcément, c'est une partie humaine, mais on n'aime pas trop que les gens soient très expressifs car c'est difficile à vivre pour nous.*

*Donc nous tout autour on ne sait pas trop quoi dire, on n'a pas trop les mots magiques on ne sait pas quoi dire pour la consoler, on ne sait plus où se mettre.*

*On n'a pas fait des études de psychologie, on a fait des études de médecine. (M2)*

Dans cet extrait, le médecin témoigne de sa gêne devant la détresse de la patiente et de son sentiment d'impuissance vis-à-vis de la gestion des émotions de sa patiente qui lui échappe. Il semble perdre le contrôle du déroulement de la consultation médicale.

Etant donné la difficulté des médecins en situation d'annonces de mauvaises nouvelles, celles-ci sont redoutées et l'appréhension transparaît dans leur discours :

*Si j'anticipe, bon, ben, si on est mal à l'aise, c'est parce qu'il y a la détresse du patient. Et alors avant, ben, la veille, on dit mince, ben, cette patiente-là, qu'est-ce que je vais raconter, j'en sais rien. Je ne sais plus, je ne sais pas comment faire. (M9)*

L'envahissement que décrit ce médecin à l'approche de l'annonce débute la veille avec des ruminations anxieuses concernant le déroulement de l'annonce. Il semble submergé par la situation d'annonce. La difficulté éprouvée au moment de l'annonce est d'autant plus forte que les médecins ont le sentiment de ne pouvoir s'y soustraire, il n'y a pas d'issue favorable : « On va comme si on allait à l'échafaud pour annoncer la nouvelle », (M2). Le désir d'échappement est prégnant dans leur discours : « Pas envie d'y aller. Pas envie d'y aller. C'est la veille de la Passion. Pff, on se dit, bon sang, qu'est-ce que je fous là ? » (M9). Enfin, n'ayant pu atteindre leurs aspirations médicales, ils décrivent leur insatisfaction après l'annonce, un sentiment d'échec émerge dans leur récit :

*On se rend compte, que l'on n'a pas notre rôle de soignant, on n'est pas au maximum, mais, on ne peut pas faire autrement ! Après, c'est difficile parce que vous avez toujours ce sentiment un peu d'échec. (M10)*

Pour ce médecin, un décalage apparaît entre son idéal de soignant qui guérit, et la réalité que lui impose l'annonce de mauvaises nouvelles. Il tente d'atténuer son sentiment d'échec en rationalisant la situation grâce à la reconnaissance de ses limites. La suite de l'entretien met en évidence le processus par lequel ce médecin va se protéger de ce sentiment d'échec personnel en le projetant sur l'échec de la médecine : « Echec, non pas de vous-même, si par votre intermédiaire, mais l'échec de la médecine ».

## 2.2. On a gagné sa journée, on en tire une vraie fierté

Si les médecins du premier groupe témoignent de leur difficulté face aux annonces de mauvaises nouvelles, ceux du second groupe relatent un tout autre vécu de l'annonce. Plutôt que de refuser la non guérison de leur patient, ils semblent se résigner à la mauvaises nouvelles et ses conséquences, comme le médecin M8 : « C'est forcément une catastrophe ». D'autres cheminent vers l'acceptation. Ce processus est décrit comme une stratégie nécessaire pour se protéger :

*Je pense que si on veut faire de la cancéro, il faut accepter que l'on ne peut pas toujours guérir les patients, parce que sinon, ce n'est pas vivable. [...] si on veut absolument sauver les patients, on deviendrait dingue. (M15)*

Ce médecin décrit la résignation à l'échec thérapeutique comme un devoir pour se prémunir d'une mort psychique, celle de devenir fou. Ce cheminement implique une reconnaissance des limites de la médecine, ainsi qu'une différenciation entre ce qui dépend de lui de ce qui est indépendant de lui :

*On ne peut pas changer la maladie, parce qu'elle existe et c'est indépendant de nous, mais on peut changer plein de petites choses autour. [...] Et ça, c'est après, le travail que l'on fait par la suite, et qui je dirais, permet de, de supporter l'annonce diagnostic difficile du patient, [...] on s'investit davantage dans l'accompagnement.*

De ce cheminement psychique résulte une focalisation sur le travail d'accompagnement du patient. Le même phénomène s'observe chez les médecins dans l'acceptation de l'annonce de mauvaises nouvelles. L'acceptation concerne l'échec thérapeutique, la détresse du patient et de sa famille, qui est légitimée et accueillie et plus largement les limites du médecin. Ce

processus d'acceptation conduit les médecins à centrer leur travail sur ce qu'ils peuvent contrôler ce qui les prémunit du sentiment d'impuissance. Ainsi, ils vont élaborer des objectifs de soins réalistes et compatibles avec les situations d'annonces de mauvaises nouvelles, comme transmettre une information, aller au rythme du patient, l'amener à cheminer, l'accompagner, le soutenir ou lui permettre de préparer sa fin de vie :

*Moi je ressors de la consultation en me disant que ça s'est bien déroulé si j'ai l'impression [...] que ça allait entre guillemets « à la vitesse du patient. Mais alors pas forcément sur des critères où le patient pleure, je n'en conclus pas au final que l'annonce s'est mal déroulée, j'en conclus qu'il y a une émotion chez le patient qui est normale au final. (M1)*

Leur représentation de leur rôle ne se situe pas dans celui du médecin guérisseur mais celui du médecin contenant et rassurant. Leur comportement au moment de l'annonce est en accord avec leur représentation de leur rôle de soignant et leurs valeurs professionnelles sous-jacentes, ce qui leur permet de se sentir bien au moment de l'annonce, comme l'explique le médecin M7 : « Je l'ai bien vécu ». Ainsi, ils parviennent à une satisfaction personnelle traduisant l'atteinte de leurs objectifs, à l'instar des médecins M1 et M19 :

*En général on est entre guillemets quand même « satisfait » d'avoir pu avancer, [...] pas la satisfaction de leur avoir dit quelque chose qui est terrible mais plutôt la satisfaction de l'accompagner au mieux. (M1)*

*On a pu aller dans l'explication et dans la vérité. [...] Et quand on arrive sur cette même longueur d'onde là, et ben on a gagné sa journée quoi, enfin, on est rentré chez soi, on en tire une vraie fierté d'arriver à ce niveau-là. (M19)*

Pour ces deux médecins, l'annonce de mauvaises nouvelles est acceptée et dépassée ; la difficulté première de l'annonce devient source d'épanouissement professionnel et personnel.

### 3. La relation médecin-patient : entre distanciation et envahissement émotionnel

L'analyse des entretiens a mis en évidence l'importance que prend le patient dans l'expérience subjective du médecin. Plus spécifiquement, la nature du lien qui se crée entre le médecin et son patient gouverne le vécu émotionnel du médecin au moment de l'annonce. Les médecins évoquent le processus d'identification pour expliquer la force de ce lien et son influence sur leur éprouvé. Ils définissent l'identification comme le mécanisme par lequel ils se mettent à la place de leurs patients, ce qui fait naître un ressenti négatif :

*J'avoue que sur le plan émotionnel, c'est toujours, c'est toujours un petit peu difficile, enfin c'est, je pense qu'on ne peut pas y répondre, sans se mettre un petit peu à la place des gens. (M5)*

Les médecins considèrent l'identification au patient comme un mécanisme indissociable de l'annonce de mauvaises nouvelles. Certains vont percevoir l'identification à travers le risque qu'elle représente : celui d'être touché par le vécu du patient, envahi par ses émotions :

*On s'identifie, forcément, un moment ou à un autre au patient, [...] c'est une patiente qui avait à peu près mon âge, donc forcément c'est d'autant plus difficile. [...] C'est plus facile entre guillemets, quand c'est par exemple un monsieur de 75 ans [...]. Parce que, on arrive à prendre plus de distance. [...] Donc là, l'identification, ça nous renvoie à nous même, [...] enfin, pour moi, c'est ça l'identification et on ne peut pas s'empêcher de réfléchir comme ça. (M11)*

Ici, l'identification est considérée comme un danger de l'annonce contre lequel le médecin est impuissant. Il semble subir le ressenti qui naît de l'identification.

Les praticiens vont se distinguer dans leur manière de gérer l'identification aux patients et leurs émotions éprouvées au moment de l'annonce. Les analyses des entretiens mettent en évidence trois profils distincts de praticiens.

### 3.1. *Même si on a des émotions, il ne faut surtout pas les montrer*

Face au danger que représente l'identification aux patients, les médecins du premier groupe vont ériger une barrière émotionnelle au moment de l'annonce. Ils vont lutter contre le processus d'identification en mettant à distance le vécu émotionnel du patient de leur ressenti. Ils justifient leur attitude au niveau personnel, pour se protéger psychologiquement :

*Et après il faut quand même savoir prendre un certain recul, sinon (...), sinon il ne faut pas travailler dans la cancérologie ! Tu ne peux pas non plus commencer à tisser des liens trop affectifs avec des gens, hein ! Donc il faut s'obliger à une certaine forme de (...), d'imperméabilité, alors surtout par rapport aux gens ! Même si on a des émotions, il ne faut surtout pas les montrer ! On ne va pas commencer à pleurer avec les gens, ce n'est pas le but ! D'ailleurs ce serait la catastrophe ! (M8)*

Les nombreux verbes d'obligation de cet extrait illustrent le cadre rigide que le médecin M8 s'impose. Ce cadre interdit de nouer une relation forte avec les patients et exclut l'expression émotionnelle du médecin au prix d'un contrôle émotionnel permanent : « être très vigilante par rapport à ça, pour justement, qu'il y ait bien un cadre, que c'est un malade et ne pas déborder du cadre » (M6).

Ces médecins justifient également le recours à cette stratégie au niveau relationnel, pour répondre aux attentes qu'ils attribuent à leur patient, en renvoyant l'image d'un médecin fort, sans faille, sur lequel le patient peut s'appuyer :

*Je pense que le patient souhaite que l'on reste comme un pilier sur lequel il peut s'accrocher. [...] Le patient n'est pas venu pour que je lui donne ma compassion, il est venu pour que je l'aide à le sortir de cette situation. (M17)*

Et comme le précise ce médecin, une fissure dans ce système serait le signe d'une faiblesse personnelle et professionnelle : «s'il voit que moi, je suis trop influencé par l'émotion, il peut penser qu'à ce moment-là, je perds mon sang froid, mes compétences».

### *3.2. C'est une mauvaise nouvelle pour eux, mais pour nous aussi*

Les seconds décrivent un envahissement émotionnel au moment de l'annonce. Le médecin devient le réceptacle des émotions du patient, avant de les assimiler :

*Quand on annonce une mauvaise nouvelle au patient, quand il y a des larmes qui montent aux yeux, c'est difficile, sur quelques secondes de ne pas avoir les larmes qui montent aux yeux avec, d'avoir des émotions quoi. [...] C'est normal, on a des petites émotions aussi quoi. [...] On n'est pas indifférent à tout ça. (M15)*

Cet extrait illustre le débordement émotionnel que vit le médecin au moment de l'annonce. Ses émotions de tristesse sont légitimées et acceptées. Plus globalement, ces médecins sont dans l'acceptation de l'identification aux patients. Celle-ci est massive au moment de l'annonce d'une mauvaise nouvelle qui devient source de souffrance pour les médecins. Certains perçoivent cette identification comme une faille dans leur système de protection psychique :

*Même avec de la bouteille, même avec ces systèmes de protection, on n'est pas à 100 % à l'abri d'avoir des relations très fortes avec les gens. Et là, c'est vrai que c'est dur, parce que quand on leur annonce une mauvaise nouvelle, c'est une mauvaise nouvelle pour eux, mais pour nous aussi. (M14)*

Ce médecin évoque ici l'effondrement de sa barrière émotionnelle érigée pour se protéger du ressenti du patient. Il en résulte une contamination émotionnelle, la mauvaise nouvelle du patient devient celle du médecin.

Enfin, ces médecins présentent une absence de différenciation entre le vécu du patient et leur vécu :

*C'est à elle que je pense le plus souvent en ce moment. [...] c'est quelque chose, on va dire, qui en ce moment qui me hante. [...] j'ai aussi beaucoup de peine pour elle, parce qu'elle lutte de manière désespérée, [...] et elle ne profite pas de (...), des moments actuels pour (...), pour être proche de ses enfants. (M18)*

Dans cet extrait, le médecin en souffrance de cette relation projette sur la patiente ce qu'il ferait s'il était à sa place, au risque que son vécu émotionnel déborde sur son rôle de médecin.

### *3.3. J'ai trouvé mes limites*

Enfin, les derniers médecins décrivent la force qu'ils puisent du lien qu'ils tissent avec leurs patients, faisant de cette identification un atout qui va les guider dans leur décision thérapeutique, à l'instar du médecin M11 :

*Ça pourrait être moi, ça pourrait être ma femme, [...], ce n'est pas forcément une mauvaise chose non plus. Ça peut-être une mauvaise chose, dans le sens où effectivement, on se laisserait « bouffer », justement dans ce côté-là et on*



*s'investirait trop [...] et en même temps, c'est quelque chose qui est nécessaire et aussi indispensable, parce que, ça nous empêche de prendre trop de distance justement et de se désintéresser des patients [...] on se pose souvent la question, de manière générale pour les patients, c'est : et si c'était quelqu'un de ma famille, qu'est-ce que je ferais pour lui proposer la meilleure prise en charge.*

Ce médecin semble s'être familiarisé avec le processus d'identification, prenant conscience du coût d'un excès et d'un manque d'identification au patient. Par cette réflexion et ce cheminement, il intègre l'identification dans la relation thérapeutique afin d'aboutir à la meilleure prise en charge possible.

Ce cheminement est rendu possible grâce à une connaissance de soi et de ses limites, comme l'explique le médecin M7 : « J'ai trouvé mes limites. Quand je ne me sens pas près, psychologiquement, à annoncer une mauvaise nouvelle, je la décale. Il faut que je sois dans de bonnes dispositions. ». Ces praticiens acceptent leurs émotions qui se synchronisent à celles de leurs patients mais dans une moindre intensité, ce qui leur permet d'être dans l'empathie sans être en souffrance :

*Si vous faites ce métier, sans mettre un rapport de proximité réel vis-à-vis des gens, vous n'y arrivez pas. [...] L'empathie, ça permet d'aller très loin et ça permet de construire la suite jusqu'à la mort, ça, ces gens-là, on va les suivre jusqu'à la mort.*

*Alors que c'était une très mauvaise nouvelle, je l'ai très bien vécue. Enfin, bon, par rapport au drame que c'était, ça se passe vachement bien, vraiment !*

*Il faut savoir gérer ces moments difficiles, [...]. Et vous le gérez d'autant mieux que vous avez cette empathie [...]. on arrive à trouver la juste distance, qui permet de ne pas en souffrir trop. (M19)*

Outre le fait de servir la relation thérapeutique, ce processus va permettre d'aider le médecin à gérer ses situations d'annonces de mauvaises nouvelles.

## **Discussion**

Les objectifs de cette étude visaient à apporter des éléments de compréhension de l'expérience subjective des médecins confrontés à l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie. Deux idées clés émergent de nos résultats. La première concerne le sens donné à l'annonce et au rôle du médecin, la seconde concerne le lien avec le patient.

Annoncer une mauvaise nouvelle en oncologie sous-entend pour les médecins l'absence de guérison et de traitements curatifs. C'est également être responsable d'un bouleversement pour le patient. Au-delà de cette représentation commune de l'annonce, les médecins de notre étude se distinguent dans le sens qu'ils donnent à l'annonce et à leur rôle. Deux profils de médecins émergent de nos résultats. Le premier groupe de médecins perçoit l'annonce comme un non-sens vis-à-vis de leurs valeurs personnelles et professionnelles. Effectivement, au niveau personnel, l'annonce s'oppose à leur sens de la justice, ce qui fait naître un sentiment d'injustice face à la vie (Stenmarker, Palmérus, & Márky, 2009). Quant à leurs valeurs professionnelles, celles-ci reposent sur une représentation du médecin guérisseur et de la médecine curative qui exclut l'échec thérapeutique, l'annonce de mauvaises nouvelles et le décès des patients (Espinosa et al., 1996). Avec l'annonce de mauvaises nouvelles, ces médecins sont contraints d'adopter un comportement allant à l'encontre de leurs valeurs personnelles et professionnelles, qui d'ordinaire les guident dans leur pratique clinique (Saba, 1999). Leur expérience émotionnelle témoigne de la collision entre le sens qu'ils donnent à leur travail et la réalité clinique (Ekedahl & Wengström, 2007). L'appréhension des médecins

et leur sentiment de malaise pendant l'annonce peut s'expliquer par la crainte et le sentiment de perdre le contrôle vis-à-vis des limites de la médecine, des émotions du patient, ou encore de leurs propres émotions (Friedrichsen, Strang, & Carlsson, 2000). Leur sentiment d'échec naît de l'élaboration d'objectifs irréalistes au regard de la réalité médicale. Enfin, ces médecins décrivent un processus d'internalisation par lequel ils s'attribuent la responsabilité de la mauvaise nouvelle, de la souffrance physique et psychique des patients et le cas échéant, de leur décès ce qui génère un profond sentiment de culpabilité ; les éléments sur lesquels les médecins ont le contrôle ne sont pas dissociés de ceux sur lesquels ils n'ont aucun contrôle.

En ce qui concerne le second groupe de médecins, ces derniers parviennent à trouver un sens acceptable à l'annonce. Le sens qu'ils donnent à leur travail repose sur des valeurs professionnelles qui accordent une place importante à l'accompagnement des patients. Cela se traduit par l'élaboration d'objectifs réalistes face à l'annonce, comme délivrer une information, aller au rythme du patient ou le soutenir. Ainsi, au moment de l'annonce, les médecins maintiennent une congruence entre leur comportement et leurs valeurs professionnelles. Ceci leur permet d'éprouver un sentiment de confort, voire de bien-être au moment de la consultation et une satisfaction personnelle après l'annonce, grâce à l'atteinte des objectifs fixés initialement. Quelques médecins parviennent à développer de nouvelles valeurs personnelles, une nouvelle philosophie de vie, à partir du sens qu'ils donnent à leur travail, comme la prise de conscience de la valeur de la vie ou la réorganisation de nouvelles priorités de vie. Enfin, ces médecins parviennent à se détacher de la responsabilité de l'annonce en faisant la part des choses entre ce qui dépend d'eux de ce qui est indépendant d'eux, se protégeant ainsi du sentiment de culpabilité.

Ces premiers résultats font échos aux études qualitatives antérieures centrées sur l'expérience subjective des professionnels de santé travaillant auprès de patients en fin de

vie. Concernant la représentation du rôle du médecin, Jackson et al. (2008) ont identifié deux profils d'oncologues : les premiers avaient une perception exclusivement biomédicale de leur rôle et éprouvaient un sentiment d'échec dans l'accompagnement des patients en fin de vie, contrairement aux seconds qui décrivaient une perception biomédicale et psycho-sociale de leur rôle et éprouvaient une satisfaction dans leur travail d'accompagnement des patients. Ces résultats soulignent l'importance pour les médecins d'élaborer une représentation de leur rôle qui soit réaliste au regard de la réalité médicale, (Lyckholm, 2001; Swetz, Harrington, Matsuyama, Shanafelt, & Lyckholm, 2009). Une autre étude de Sinclair (2011) a montré que les professionnels de santé exerçant auprès de patients en fin de vie développaient une philosophie de vie, telle qu'apprendre à vivre l'instant présent ou donner un sens à leur vie et se sentaient en harmonie avec eux-mêmes, pourvu qu'ils acceptent leurs limites et la mort de leurs patients. Trouver un sens dans son travail en accord avec ses valeurs personnelles et professionnelles, et développer des pensées existentielles sur le sens de la vie, permet de favoriser le bien-être des médecins, leur satisfaction au travail et les prémunit du burnout (Lyckholm, 2001; Quill & Williamson, 1990; Shanafelt & Dyrbye, 2012; Shanafelt et al., 2005, 2012; Swetz et al., 2009; Weiner, Swain, Wolf, & Gottlieb, 2001). Stenmarker, Hallberg, Palméus, et Márky, (2010) ont ainsi identifié les pensées existentielles des oncologues en pédiatrie comme un support pour gérer les situations difficiles d'annonce de mauvaises nouvelles.

Le deuxième élément clé qui émerge de notre étude concerne l'impact du lien établi entre le médecin et son patient sur le vécu émotionnel du médecin. Les médecins se différenciaient dans leur perception et leur gestion de ce lien. Alors que certains revendiquaient une mise à distance à l'égard du patient, pour répondre aux attentes qu'ils attribuaient à leurs patients et se protéger de la charge émotionnelle suscitée par l'annonce,

d'autres décrivaient « une identification au patient ». Cette dernière relation se manifestait par une assimilation des émotions de détresse des patients et des limites floues entre le vécu émotionnel des médecins et celui de leurs patients. Ces médecins témoignaient d'une expérience émotionnelle intense au moment de l'annonce, marquée par un profond sentiment de tristesse. Enfin, un troisième groupe de médecins décrivait une juste distance relationnelle avec leurs patients, se manifestant par une relation forte avec leurs patients, reposant sur l'empathie et les guidant dans leur pratique. Des données comparables ont été retrouvées chez les soignants paramédicaux impliqués dans l'accompagnement de patients atteints de cancer à un stade avancé (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Les auteurs de cette étude ont identifié la distanciation et la proximité comme stratégies mises en place par les soignants pour gérer les situations difficiles, insistant sur la nécessité d'un équilibre entre ces deux stratégies, pour le bien-être du soignant et du patient.

Effectivement, en cancérologie, la relation avec le patient représente une charge émotionnelle pour les soignants dont certains s'en prémunissent grâce à la distanciation (Mc Lean, Cleland, Worrell, & Vogeles, 2011). Les médecins de notre étude utilisaient la distanciation comme une protection contre les émotions de leurs patients absorbées par un trop plein d'empathie, mais contrairement aux idées reçues, l'empathie du soignant à l'égard de son patient ne majore pas la souffrance du soignant et le prémunit du burnout (Harrison & Westwood, 2009). En outre, la relation avec le patient contribue à trouver du sens dans le travail des soignants (McMurray et al., 1997). Par ailleurs, le recours à la distanciation émotionnelle face à un événement stressant est corrélé à une plus grande détresse chez les médecins (Tattersall et al., 1999). Dans notre étude, l'emploi de la distanciation était associé à l'emploi de la suppression expressive, qui consiste à cacher ses émotions à son interlocuteur (Gross & John, 2003). Dans une interaction sociale, les personnes qui privilégient la

suppression expressive éprouvent davantage de stress et d'émotions négatives et sont perçues comme plus distantes par leur interlocuteur (Butler et al., 2003; Gross & John, 2003). Les patients qui perçoivent leurs médecins comme distants au moment de l'annonce de mauvaise nouvelle en cancérologie interprètent cela comme un désintérêt de la part de leur médecin et une absence de singularité dans la prise en charge (Friedrichsen et al., 2000). La distanciation se manifeste également par une focalisation sur la technicité des soins, une sous-estimation des besoins psycho-sociaux des patients et une minimisation voire un déni de la détresse émotionnelle des patients (Maguire, 1985; Mc Lean et al., 2011). Ces éléments nous amènent à douter de l'efficacité du rôle protecteur de la distanciation au moment de l'annonce et nous interrogeons sur l'impact délétère de la distanciation et de la suppression expressive des médecins sur leur vécu émotionnel, celui des patients et la relation médecin-patient. En revanche, l'expression émotionnelle et la proximité des médecins au moment de l'annonce sont associées à une plus grande satisfaction des patients (DiMatteo, Taranta, Friedman, & Prince, 1980; Fujimori & Uchitomi, 2009; Ptacek & Ptacek, 2001; Schmidt Mast, 2007). Pour autant, une proximité trop grande avec le patient conduit les médecins du second groupe à souffrir de cette relation. Un glissement de l'empathie vers l'identification s'opère chez ses derniers. Alors que l'empathie repose sur la compréhension des émotions du patient puis la transmission de cette compréhension (Neumann et al., 2012), l'identification correspond à « une perte de différenciation entre soi et l'autre, conduisant à l'expérience « d'être l'autre » (Stiefel, 2008). Si l'empathie au moment de l'annonce est associée à la satisfaction des patients (Friedrichsen et al., 2000; Ptacek & Ptacek, 2001; Randall & Wearn, 2005) et favorise leur ajustement à la maladie (Mager & Andrykowski, 2002; Roberts, Cox, Reintgen, Baile, & Gibertini, 1994), l'identification peut venir entraver la qualité de la relation médecin patient et majorer la souffrance des soignants (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Stenmarker et al., 2010). Kearney et al. (2009) évoquent le risque de fatigue compassionnelle des

médecins, concept qui décrit la souffrance des soignants au contact de la souffrance des patients, par effet de contamination. Finalement, entre proximité et distanciation, le juste milieu de la relation médecin-patient au moment de l'annonce de mauvaise nouvelle en oncologie semble difficile à atteindre pour les médecins. Si aucun protocole n'existe sur la manière de construire cette juste distance thérapeutique, les résultats de notre étude soulignent l'importance de l'expérience professionnelle, de la connaissance de soi, de la reconnaissance de ses émotions et de ses propres limites.

Il est nécessaire de prendre en considération les limites de notre étude dans l'interprétation de ces résultats et leur portée. La première limite concerne le choix méthodologique du recours à l'IPA qui ne permet pas la généralisation des résultats du fait de la taille restreinte de l'échantillon. La deuxième concerne les participants eux-mêmes ; la volonté des médecins de participer à cette étude suppose un intérêt et une réflexion de leur part autour de leur vécu de l'annonce de mauvaise nouvelle en oncologie, quid des autres médecins ?

En terme d'implication pratique, les résultats de notre étude nous amènent à nous interroger sur la manière de favoriser l'émergence de nouvelles stratégies plus adaptées pour qui l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie est synonyme de difficulté et de souffrance. Shanafelt propose un modèle en cinq étapes afin d'aider les oncologues à trouver un sens à leur travail, renforcer leur satisfaction au travail et prévenir le burnout (Shanafelt, Chung, White, & Lyckholm, 2006; Shanafelt, 2008, 2009). Ce modèle repose sur un questionnement autour des valeurs personnelles et professionnelles des médecins, ainsi que sur leurs objectifs professionnels. D'autres chercheurs, (Ungar, Alperin, Amiel, Beharier, & Reis, 2002), ont mis en place un programme de formations destiné aux médecins sur l'annonce de mauvaises nouvelles. Ce programme comprenait un travail sur la conscience de

soi et de ses propres états émotionnels. Alors que Kearney (2009) souligne l'importance de développer la conscience de soi chez les médecins à travers la reconnaissance de ses états émotionnels, Krasner et al. (2009) ont montré qu'une intervention reposant sur des exercices de pleine conscience et un questionnement sur l'expérience émotionnelle, permettait d'améliorer l'état émotionnel des médecins et de réduire le burnout.

Les formations actuelles sur la communication médecin-patient et l'annonce de mauvaises nouvelles s'articulent autour de trois axes : 1) l'apport de connaissances théoriques et de techniques d'entretiens, 2) l'entraînement grâce aux jeux de rôle et aux études de cas, et 3) l'identification et la gestion des facteurs de stress (Back et al., 2007; Baile et al., 1999; Bragard et al., 2006; Fallowfield, Jenkins, Farewell, & Solis-Trapala, 2003; Fallowfield & Jenkins, 1999; Garg, Buckman, & Kason, 1997; Razavi & Delvaux, 1997). Au regard des résultats de notre étude, il nous apparaît essentiel d'intégrer de nouveaux éléments dans le contenu des formations. Ainsi, un questionnement autour du sens que les médecins donnent à l'annonce, à leur travail, l'exploration de leurs valeurs personnelles et professionnelles et une prise de conscience de leur vécu émotionnel pourrait contribuer à diminuer la difficulté des médecins face à l'annonce, augmenter leur satisfaction personnelle et prévenir le burnout. Un travail en groupe restreint de médecins favoriserait ce questionnement grâce au partage d'expériences (Lyckholm, 2001).

## Conclusion

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie engage le sens que les médecins donnent à l'annonce, à leur travail, ainsi que leurs valeurs personnelles et professionnelles. La relation qu'ils établissent avec leurs patients constitue également un élément clé de leur vécu émotionnel. Ces résultats nous apportent une nouvelle perspective dans la compréhension de leur expérience émotionnelle des médecins confrontés à l'annonce de mauvaises nouvelles en



cancérologie. Il nous paraît essentiel d'intégrer ces données dans les formations sur l'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie.

## Références bibliographiques

- Allegra, C. J., Hall, R., & Yothers, G. (2005). Prevalence of Burnout in the U.S. Oncology Community: Results of a 2003 Survey. *Journal of Oncology Practice*, 1(4), 140-147.
- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Fryer-Edwards, K. A., Alexander, S. C., Barley, G. E., ... Tulsky, J. A. (2007). Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Archives of internal medicine*, 167(5), 453-460.
- Baile, W. F., Kudelka, A. P., Beale, E. A., Globler, G. A., Myers, E. G., Greisinger, A. J., ... Lenzi, R. (1999). Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer*, 86(5), 887-897.
- Baile, W. F., Lenzi, R., Parker, P. A., Buckman, R., & Cohen, L. (2002). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 20(8), 2189-2196.
- Blanchard, P., Truchot, D., Albiges-Sauvin, L., Dewas, S., Pointreau, Y., Rodrigues, M., ... Kantor, G. (2010). Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. *European journal of cancer*, 46(15), 2708-2715.

- Blomberg, K., & Sahlberg-Blom, E. (2007). Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing, 16*(2), 244-254.
- Bragard, I., Razavi, D., Marchal, S., Merckaert, I., Delvaux, N., Libert, Y., ... Etienne, A.-M. (2006). Teaching communication and stress management skills to junior physicians dealing with cancer patients: a Belgian Interuniversity Curriculum. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 14*(5), 454-461.
- Brown, R., Dunn, S., Byrnes, K., Morris, R., Heinrich, P., & Shaw, J. (2009). Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 84*(11), 1595-1602.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal (Clinical research ed.), 288*(6430), 1597-1599.
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., & Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion (Washington, D.C.), 3*(1), 48-67.
- Catalan, J., Burgess, A., Pergami, A., Hulme, N., Gazzard, B., & Phillips, R. (1996). The psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: The case of HIV infection and oncology. *Journal of Psychosomatic Research, 40*(4), 425-435.
- Cohen, L., Baile, W. F., Henninger, E., Agarwal, S. K., Kudelka, A. P., Lenzi, R., ... Marshall, G. D. (2003). Physiological and psychological effects of delivering medical news using a simulated physician-patient scenario. *Journal of behavioral medicine, 26*(5), 459-471.

- De Valck, C., Bruynooghe, R., Bensing, J. M., Kerssens, J. J., & Hulsman, R. L. (2001). Cue-responding in a Simulated Bad News Situation: Exploring a Stress Hypothesis. *Journal of health psychology, 6*(5), 585-596.
- DiMatteo, M. R., Taranta, A., Friedman, H. S., & Prince, L. M. (1980). Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical care, 18*(4), 376-387.
- Ekedahl, M., & Wengström, Y. (2007). Nurses in cancer care—Stress when encountering existential issues. *European Journal of Oncology Nursing, 11*(3), 228-237.
- Espinosa, E., Gonzalez Baron, M., Zamora, P., Ordonez, A., & Arranz, P. (1996). Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. *Supportive care in cancer, 4*(1), 61-63.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer, 35*(11), 1592-1597.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet, 363*(9405), 312-319.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., & Solis-Trapala, I. (2003). Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *British journal of cancer, 89*(8), 1445-1449.
- Friedrichsen, M., & Milberg, A. (2006). Concerns about Losing Control When Breaking Bad News to Terminally Ill Patients with Cancer: Physicians' Perspective. *Journal of Palliative Medicine, 9*(3), 673-682.
- Friedrichsen, M., Strang, P. M., & Carlsson, M. E. (2000). Breaking bad news in the transition from curative to palliative cancer care--patient's view of the doctor giving

- the information. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 8(6), 472-478.
- Fujimori, M., & Uchitomi, Y. (2009). Preferences of Cancer Patients Regarding Communication of Bad News: A Systematic Literature Review. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 39(4), 201-216.
- Garg, A., Buckman, R., & Kason, Y. (1997). Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 156(8), 1159-1164.
- Girgis, A., Hansen, V., & Goldstein, D. (2009). Are Australian oncology health professionals burning out? A view from the trenches. *European Journal of Cancer*, 45(3), 393-399.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348-362.
- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 46(2), 203-219.
- Hulsman, R. L., Pranger, S., Koot, S., Fabriek, M., Karemaker, J. M., & Smets, E. M. A. (2010). How stressful is doctor–patient communication? Physiological and psychological stress of medical students in simulated history taking and bad-news consultations. *International Journal of Psychophysiology*, 77(1), 26-34.
- Isikhan, V., Comez, T., & Danis, M. Z. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 8(3), 234-244.

- Jackson, V. A., Mack, J., Matsuyama, R., Lakoma, M. D., Sullivan, A. M., Arnold, R. M., ... Block, S. D. (2008). A Qualitative Study of Oncologists' Approaches to End-of-Life Care. *Journal of Palliative Medicine*, *11*(6), 893-906.
- Kearney, M., Weininger, N., Vachon, M., Harrison, R., & Mount, B. (2009). Self-care of physicians caring for patients at the end of life: « being connected . . . a key to my survival ». *JAMA*, *301*(11), 1155-1164.
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, *302*(12), 1284-1293.
- Lyckholm, L. (2001). Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. *The Lancet Oncology*, *2*(12), 750-755.
- Mager, W. M., & Andrykowski, M. A. (2002). Communication in the cancer 'bad news' consultation: patient perceptions and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, *11*(1), 35-46.
- Maguire, P. (1985). Barriers to psychological care of the dying. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, *291*(6510), 1711-1713.
- Mc Lean, M., Cleland, J., Worrell, M., & Vogele, C. (2011). « What am I going to say here? » The experiences of doctors and nurses communicating with patients in a cancer unit, *2*(339).
- McMurray, J. E., Williams, E., Schwartz, M. D., Douglas, J., Van Kirk, J., Konrad, T. R., ... Linzer, M. (1997). Physician job satisfaction : Developing a model using qualitative data. *Journal of general internal medicine*, *12*(11), 711-714.

- Neumann, M., Scheffer, C., Tauschel, D., Lutz, G., Wirtz, M., & Edelhäuser, F. (2012). Physician empathy: Definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 29(1).
- Ptacek, J. T., & McIntosh, E. G. (2009). Physician challenges in communicating bad news. *Journal of behavioral medicine*, 32(4), 380-387.
- Ptacek, J. T., & Ptacek, J. J. (2001). Patients' Perceptions of Receiving Bad News About Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19(21), 4160-4164.
- Quill, T. E., & Williamson, P. R. (1990). Healthy approaches to physician stress. *Archives of internal medicine*, 150(9), 1857-1861.
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., Gregory, W. M., Leaning, M. S., ... Timothy, A. R. (1995). Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British journal of cancer*, 71(6), 1263-1269.
- Randall, T. C., & Wearn, A. M. (2005). Receiving bad news: patients with haematological cancer reflect upon their experience. *Palliative Medicine*, 19(8), 594-601.
- Razavi, D., & Delvaux, N. (1997). Communication skills and psychological training in oncology. *European Journal of Cancer*, 33, Supplement 6, S15-S21.
- Roberts, C. S., Cox, C. E., Reintgen, D. S., Baile, W. F., & Gibertini, M. (1994). Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer*, 74(1 Suppl), 336-341.
- Saba, G. W. (1999). What Do Family Physicians Believe and Value in Their Work? *The Journal of the American Board of Family Practice*, 12(3), 206-213.
- Schmidt Mast, M. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient education and counseling*, 67(3), 315-318.

- Shanafelt, T. (2008). A Career in Surgical Oncology: Finding Meaning, Balance, and Personal Satisfaction. *Annals of Surgical Oncology*, 15(2), 400-406.
- Shanafelt, T. (2009). Enhancing meaning in work: A prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *JAMA*, 302(12), 1338-1340.
- Shanafelt, T., Chung, H., White, H., & Lyckholm, L. (2006). Shaping Your Career to Maximize Personal Satisfaction in the Practice of Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 24(24), 4020-4026.
- Shanafelt, T., & Dyrbye, L. (2012). Oncologist Burnout: Causes, Consequences, and Responses. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1235-1241.
- Shanafelt, T., Novotny, P., Johnson, M., Zhao, X., Steensma, D., Lacy, M., ... Sloan, J. (2005). The well-being and personal wellness promotion strategies of medical oncologists in the North Central Cancer Treatment Group. *Oncology*, 68(1), 23-32.
- Shanafelt, T., Oreskovich, M., Dyrbye, L., Satele, D., Hanks, J., Sloan, J., & Spielberger, C. (2012). Avoiding Burnout. *Annals of Surgery*, 255(4), 625-633.
- Sinclair, S. (2011). Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. *Canadian Medical Association Journal*, 183(2), 180-187.
- Smith, J., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J. Smith (Éd.), *Qualitative Psychology : A practical Guide Methods* (p. 51-80). London: Sage.
- Stenmarker, M., Hallberg, U., Palmérus, K., & Márky, I. (2010). Being a messenger of life-threatening conditions: experiences of pediatric oncologists. *Pediatric blood & cancer*, 55(3), 478-484.
- Stenmarker, M., Palmérus, K., & Márky, I. (2009). Stress-resilience capacity of pediatric oncologists: a Swedish nationwide and population-based study of motivation,

- emotional distress, and overall life satisfaction. *Pediatric blood & cancer*, 52(4), 503-509.
- Stiefel, F. (2008). Support of the supporters. *Supportive Care in Cancer*, 16(2), 123-126.
- Supe, A. N. (2011). Interns' perspectives about communicating bad news to patients: a qualitative study. *Education for health (Abingdon, England)*, 24(3), 541.
- Swetz, K., Harrington, S., Matsuyama, R., Shanafelt, T., & Lyckholm, L. (2009). Strategies for avoiding burnout in hospice and palliative medicine: peer advice for physicians on achieving longevity and fulfillment. *Journal of palliative medicine*, 12(9), 773-777.
- Tattersall, A. J., Bennett, P., & Pugh, S. (1999). Stress and coping in hospital doctors. *Stress medicine*, 15(2), 109-113.
- Ungar, L., Alperin, M., Amiel, G. E., Beharier, Z., & Reis, S. (2002). Breaking bad news: structured training for family medicine residents. *Patient Education and Counseling*, 48(1), 63-68.
- Weiner, E. L., Swain, G. R., Wolf, B., & Gottlieb, M. (2001). A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices. *Western Journal of Medicine*, 174(1), 19-23.



## Article 4

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en  
cancérologie : Impact des stratégies de  
régulation émotionnelle des praticiens  
sur les patients

**L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie : Impact des stratégies de  
régulation émotionnelle des praticiens sur les patients**

Armelle Desauw <sup>1,2</sup>, Véronique Christophe <sup>1,3</sup>, Stéphane Cattan <sup>4</sup> et Pascal Antoine<sup>1</sup>

**Affiliation des auteurs**

1 : Université Lille 3 – URECA EA 1059

2 : Centre Hospitalier de Cambrai

3 : Maison Européenne des Sciences de l'Homme et de la Société, MESHS USR CNRS 3185

4 : Service des Maladies de l'Appareil Digestif et Unité d'Oncologie, CHRU de Lille

Manuscrit soumis pour publication

## Résumé

### Problématique

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie marque un bouleversement dans le devenir du patient et contraint le praticien à endosser malgré lui le rôle d'annonceur de la mauvaise nouvelle. Alors que la majorité des études antérieures s'est centrée sur le vécu du patient, l'originalité de ce projet réside dans l'analyse du vécu des deux protagonistes de l'annonce : médecin et patient, au sein d'une même dyade médecin-patient. Les objectifs de cette étude visent à : 1) Analyser le niveau d'anxiété des médecins, leurs compétences relationnelles et leurs stratégies de régulation émotionnelle mises en place à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, 2) Etudier les relations entre leurs stratégies de régulation émotionnelle, et l'ajustement psychologique de leurs patients.

### Méthode

Cette étude repose sur la participation de 30 médecins hospitaliers et 69 de leurs patients. Elle se décompose en deux phases. La première, au moment de l'annonce, les médecins étaient invités à compléter 3 questionnaires mesurant leur niveau d'anxiété (STAI-Y), leurs stratégies de régulation des affects (MARS), et leurs compétences relationnelles (CDIS) : 1) Juste avant l'annonce, 2) Juste après l'annonce, et 3) 24 heures après l'annonce. Dans une seconde phase, 15 jours après l'annonce, les patients ayant consentis à participer à l'étude étaient invités à compléter un questionnaire mesurant leur niveau d'anxiété (STAI-Y), de dépression (CES-D) et de bien-être (FACIT-SP) suite à l'annonce, et évaluant les compétences relationnelles de leur médecin au moment de l'annonce (CDIS).

## Résultats

Avant et juste après l'annonce, les médecins présentent une anxiété modérée, qui diminue de manière significative 24h après l'annonce. Avant et juste après l'annonce, plus les médecins sont anxieux, plus ils ont recours à l'expression émotionnelle et la recherche de soutien social. Contrairement à nos hypothèses, aucun lien n'apparaît entre les stratégies de régulation émotionnelle des médecins et l'ajustement psychologique des patients. En revanche, plus les médecins sont anxieux, moins leur score de compétences relationnelles est élevé et moins les patients leur attribuent un score élevé de compétences relationnelles. De plus, plus les médecins ont recours à la suppression expressive et au désengagement cognitif et comportemental moins leur score de compétences relationnelles est élevé.

## Conclusion

Les résultats de cette étude viennent atténuer la lourde responsabilité souvent allouée aux médecins au moment de l'annonce de mauvaises nouvelles sur l'ajustement psychologique de leurs patients. De plus, ils nous renseignent sur les stratégies de régulation émotionnelle mises en place par les médecins au moment de l'annonce et leur efficacité à atténuer leur anxiété, et faciliter leurs compétences relationnelles. Ces données apportent de nouveaux éléments de réflexion concernant les formations destinées aux médecins.

**Mots Clefs :** Cancer, Annonce, Régulation émotionnelle, médecin-patient, ajustement psychologique

## **Introduction**

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie se définit par une information qui va modifier radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir (Buckman, 1984). Elle constitue un exercice complexe pour le médecin qui doit transmettre une information au plus près de la vérité médicale, tout en laissant la place à l'espoir (Baile, Lenzi, Parker, Buckman, & Cohen, 2002; Fallowfield & Jenkins, 2004). Plusieurs études ont identifié l'annonce de mauvaises nouvelles comme un facteur de stress des médecins en cancérologie (Brown et al., 2009; Cohen et al., 2003; Hulsman et al., 2010; Ramirez et al., 1995; Tattersall, Bennett, & Pugh, 1999). Dans leur modèle, Ptacek et Eberhardt (1996) suggèrent que le stress des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle débute avant la rencontre avec le patient, qu'il atteint un pic pendant la consultation et diminue une fois la consultation terminée. Le stress éprouvé par les médecins au moment de l'annonce dépend des caractéristiques du médecin, du patient, de la relation médecin-patient, de la maladie, de l'institution et des imprévus médicaux (Ptacek & McIntosh, 2009). Parmi les causes du stress généré par l'annonce, Buckman (1984) cite la peur d'être tenu pour responsable, d'être maladroit, la peur des réactions émotionnelles incontrôlables des patients, la peur d'exprimer ses émotions, celle de ne pas savoir répondre aux questions des patients, ou encore la peur de sa propre mort. Pour 28,8% des médecins, la gestion des réactions émotionnelles des patients constitue la principale difficulté au moment de l'annonce (Baile et al., 2000). Plus les patients expriment d'émotions au moment de l'annonce, plus celle-ci est perçue comme difficile par les médecins et plus les médecins ressentent de l'anxiété (De Valck, Bruynooghe, Bensing, Kerssens, & Hulsman, 2001). L'annonce de mauvaises nouvelles est également génératrice de tristesse chez les médecins, par processus d'identification à la propre souffrance de leurs patients (Desauw, Christophe, Antoine, Cattan, & Nandrino, 2009; Stiefel, 2008). Enfin,

l'annonce de l'échec d'un traitement peut être vécu comme un échec personnel pour le médecin, et l'impossibilité de guérir le malade peut amener un sentiment de perte de contrôle et d'impuissance (Baider & Wein, 2001; Desauw et al., 2009; Friedrichsen & Milberg, 2006).

Face à une situation génératrice d'importantes émotions, chaque individu va mettre en œuvre des stratégies de régulation émotionnelle lui permettant d'influencer quelles émotions il a, quand il les a, comment il en fait l'expérience et comment il les exprime (Gross, 1998). De manière générale, la régulation émotionnelle vise à maintenir ou augmenter l'intensité d'une émotion positive et réduire celle d'une émotion négative (Larsen & Prizmic, 2004).

Qu'en est-il des médecins confrontés à une situation génératrice d'émotions telle que l'annonce de mauvaise nouvelle en oncologie? Peu d'études ont été réalisées dans ce domaine; celles-ci se sont centrées sur l'identification des stratégies employées par les médecins exerçant en oncologie pour gérer leur stress au travail, telles que parler à ses collègues, amis et proches, maintenir un équilibre de vie, consommer de l'alcool, des drogues ou fumer (Graham, Albery, Ramirez, & Richards, 2001). Plus récemment, Borteyrou, Truchot et Rasclé, (2009), ont répertorié six catégories de stratégies de gestion du stress des soignants en oncologie : faire une coupure, se désengager de son travail, relativiser, se distraire, rencontrer un psychologue et verbaliser ses problèmes.

Devant à la charge émotionnelle liée à la communication avec les patients, Mc Lean, Cleland, Worrell et Vogele (2011), ont identifié deux classes de stratégies de régulation émotionnelle, à partir de l'analyse qualitative du discours des soignants exerçant en oncologie. Les premières stratégies visent à éviter de déclencher des réactions émotionnelles chez le patient alors que les secondes visent à contenir les propres réactions émotionnelles des soignants. D'autres chercheurs ont mis en évidence le recours à la distanciation à l'égard des patients chez les infirmiers afin de gérer les situations difficiles

liées à l'accompagnement des patients à un stade évolué de leur cancer (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007).

Enfin, une étude réalisée antérieurement nous a permis d'identifier les stratégies de régulation émotionnelles employées par les médecins confrontés à l'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie (Leroy, Christophe, Desauw, & Nandrino, 2007). Les résultats indiquent que les médecins privilégient la suppression expressive, qui consiste à cacher l'expression de ses émotions (Gross, 1998), afin de gérer le stress suscité par l'annonce.

Au cours d'une consultation d'annonce de mauvaise nouvelle, les médecins vont émettre des comportements non-verbaux dont certains vont témoigner de l'emploi d'une stratégie de régulation émotionnelle, comme la suppression expressive ou l'expression émotionnelle. Or, comme le rappelle Schmid-Mast (2007) dans une revue de la littérature, les comportements non-verbaux des médecins au cours d'une consultation médicale ont un impact sur leurs patients. Plus les médecins expriment d'émotions à leurs patients, plus leurs patients leur accordent un score élevé de savoir-être et de compétences relationnelles (DiMatteo, Taranta, Friedman, & Prince, 1980). Plus récemment, Griffith, Wilson, Langer et Haist (2003) ont montré que les compétences non-verbales des médecins, telles que l'expression émotionnelle, la fréquence des sourires ou des contacts visuels expliquaient la satisfaction des patients. Les résultats de ces études laissent à penser que l'expression émotionnelle des médecins sert la relation médecin-patient en augmentant la satisfaction des patients et les compétences relationnelles que les patients attribuent à leur médecin. A l'inverse, on peut se questionner de l'impact délétère de l'emploi de la suppression expressive par les médecins lors d'une consultation médicale sur le vécu des patients et la relation médecin-patient. Effectivement, dans la population générale, les personnes qui ont recours à la suppression expressive sont perçues comme plus distantes par leur interlocuteur (Gross &

John, 2003) qui manifeste une activation physiologique de la réponse au stress (Butler et al., 2003). Par ailleurs, les patients qui perçoivent leur médecin comme distant au moment de l'annonce de mauvaise nouvelle interprètent cela comme un désintérêt de la part de leur médecin et une absence de singularité dans la prise en charge (Friedrichsen, Strang, & Carlsson, 2000).

La perception que les patients ont des compétences relationnelles de leur médecin au moment de l'annonce est un élément important de l'annonce car elle affecte l'ajustement psychologique des patients à la maladie (Roberts, Cox, Reintgen, Baile, & Gibertini, 1994). Plus les patients attribuent un score élevé de compétences relationnelles *supportives* à leur médecin au moment de l'annonce, moins ils expriment d'anxiété et de dépression 28 mois après l'annonce (Mager & Andrykowski, 2002). Par ailleurs, plus un patient perçoit chez son médecin une attitude rassurante au moment de l'annonce diagnostique de son cancer, moins il exprime d'anxiété et de dépression 4 et 13 mois après l'annonce diagnostique (Schofield et al., 2003). À l'inverse, l'anxiété des médecins perçue par leurs patients lors d'une consultation médicale est génératrice d'anxiété pour les patients (Shapiro, Boggs, Melamed, & Graham-Pole, 1992).

Ces éléments de la littérature nous ont amenés à nous interroger sur l'impact des stratégies de régulation émotionnelle des médecins confrontés à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie d'une part, sur leurs compétences relationnelles et d'autre part, sur l'ajustement psychologique de leurs patients. Alors que les études antérieures ont étudié ces variables indépendamment les unes des autres, l'originalité de ce projet réside dans l'analyse conjointe de ces variables au sein d'une même dyade médecin-patient confrontée à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie. Nous faisons l'hypothèse que plus les médecins ont recours aux stratégies de suppression expressive et d'évitement face à l'annonce d'une



mauvaise nouvelle en cancérologie, moins leur score de compétences relationnelles sera élevé et plus l'ajustement psychologique de leurs patients sera faible.

## **Méthode**

### *Participants*

L'ensemble des médecins exerçant en milieu hospitalier et référencés au sein du réseau régional de cancérologie Onco-Nord Pas-de-Calais a été sollicité par mail pour participer à l'étude. Les 30 premiers médecins ayant accepté de participer à l'étude ont été inclus dans l'étude. Les critères d'inclusion étaient les suivants : exercer en milieu hospitalier et être confronté à l'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie dans sa pratique clinique. Chaque participant a signé un consentement de participation et une lettre d'information.

Les 101 patients éligibles pour cette étude étaient ceux dont l'annonce de mauvaise nouvelle en lien avec leur affection cancéreuse avait fait l'objet d'une inclusion préalable par leur médecin. Parmi eux, 87 patients ont été sollicités pour participer à l'étude, 14 patients n'ont pu être sollicités de par l'altération de leur état de santé et 10 patients ont interrompu leur suivi médical dans l'établissement hospitalier. Les patients étaient sollicités quinze jours après l'annonce pour participer à l'étude, par une psychologue, à la suite d'une consultation médicale ou au cours d'une hospitalisation. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être majeur, parler français, ne pas présenter de troubles psychiatriques. Les patients ayant accepté de participer à l'étude étaient invités à signer un consentement de participation et une lettre d'information.

### *Procédure*

Chaque médecin était invité à réaliser six inclusions d'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie. Au moment de l'annonce, les médecins complétaient trois questionnaires : avant l'annonce, juste après l'annonce et 24 heures après l'annonce. Le premier questionnaire mesurait leur niveau d'anxiété (STAI-Y), le second questionnaire mesurait leur niveau d'anxiété (STAI-Y), leur perception de leurs compétences relationnelles au moment de l'annonce (CDIS adaptée) et les caractéristiques de l'annonce (type d'annonce, présence d'un proche). Le dernier questionnaire mesurait leur niveau d'anxiété (STAI-Y) et leurs stratégies de régulation des affects (MARS). En complément de ces questionnaires, les médecins étaient invités à remplir une fiche de données sociodémographiques (âge, sexe, spécialité). Quinze jours après l'annonce, les patients ayant consenti à participer à l'étude étaient invités à compléter un questionnaire mesurant leur niveau d'anxiété (STAI-Y), de dépression (CES-D), de bien-être (FACIT-Sp) et leur perception des compétences relationnelles de leur médecin au moment de l'annonce (CDIS). Des questions relatives à leurs caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, statut marital) complétaient ce questionnaire. Cette étude a obtenu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes.

### *Mesures*

*Anxiété.* L'anxiété état a été mesurée à l'aide de la STAI-Y (State Trait Anxiety Inventory ; Spielberger, 1983). Ce questionnaire comporte 20 items ( $\alpha$  de Cronbach  $> .80$ ). Chaque item est coté sur une échelle de Likert à 4 degrés. Un score global élevé indique un niveau élevé d'anxiété.

*Depression.* Le niveau de dépression a été mesuré à l'aide de la CES-D (Centers for Epidemiological Studies Depression Scale ; Radloff, 1977). Il s'agit d'une échelle à 20 items

( $\alpha$  de Cronbach entre .85 et .90). Chaque item est coté sur une échelle de Likert à 4 degrés. Un score global élevé indique un niveau élevé de dépression.

*Bien-être.* Le niveau de bien-être a été mesuré à l'aide de la FACIT-Sp, (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being, version4, Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez, & Cella, 2002). Cette échelle comporte 29 items, ( $\alpha$  de Cronbach = .87), cotés sur une échelle de Likert à 5 degrés. Elle mesure 5 sous-dimensions que sont le bien-être physique, social/familial, émotionnel, fonctionnel et spirituel. Un score global élevé, comptabilisé à partir de la somme des scores aux sous-dimensions, indique un niveau élevé de bien-être.

*Stratégie de régulation des affects des médecins.* Cette variable a été mesurée à l'aide de la MARS (Measure of Affect Regulation Strategies ; Larsen & Prizmic, 2004). Ce questionnaire explore un large éventail de stratégies de régulation des affects, parmi lesquelles l'expression émotionnelle, la suppression expressive, la résolution de problème, l'évitement, l'acceptation ou encore la résignation. Il comporte 32 items, tels que « J'ai essayé de comprendre mes émotions en y réfléchissant et en les analysant » ou « J'ai élaboré des plans ou pris des résolutions pour éviter ce genre de problèmes à l'avenir », ( $\alpha$  de Cronbach = .93 dans cette étude). Chaque item est coté sur une échelle de Likert à 7 degrés allant de « jamais » à « presque toujours ». Pour chaque item, le participant est invité à cocher la fréquence à laquelle il a recours à cette stratégie. Un score élevé à une stratégie indique l'utilisation fréquente de cette stratégie.

*Compétences relationnelles des médecins au moment de l'annonce.* Cette variable a été étudiée à l'aide du CDIS (Cancer Diagnostic Interview Scale, Roberts et al., 1994). Ce questionnaire explore la perception que les patients ont des comportements verbaux et non-verbaux de leur médecin au moment de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie.

Il comporte 18 items ( $\alpha$  de Cronbach = .92), relatifs aux techniques de soutien, comme l'écoute ou l'empathie et à la transmission d'information et d'espoir, tels que « Mon médecin est resté distant » ou « Mon médecin m'a encouragé à exprimer mes émotions ». Pour chaque item, les patients sont invités à noter leur degré d'accord sur une échelle de Likert à 5 degrés allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Un score élevé indique un niveau de compétences relationnelles des médecins perçues par leurs patients élevés. Cette échelle a également été adaptée pour cette étude afin d'explorer les compétences relationnelles des médecins perçues par les médecins eux-mêmes. A titre d'exemple, l'item « Mon médecin est resté distant » devenait « Je suis resté distant ».

### *Analyses statistiques*

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS. Une cotation standard a été utilisée pour la STAI-Y, la CES-D, la CDIS et la FACIT-Sp. La MARS a fait l'objet d'une analyse factorielle exploratoire afin d'identifier les principales dimensions de la MARS à partir desquelles des scores ont été calculés pour chaque participant. L'indice d'adéquation de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0.852) et le test de sphéricité de Bartlett's ( $p < .00$ ) ont permis l'analyse factorielle. Une analyse en composantes principales avec une rotation Varimax a été réalisée. En s'appuyant sur le critère de Kaiser-Guttman (valeurs propres  $> 1$ ), le test du coude de Cattell, et la pertinence théorique, cinq facteurs ont émergé de l'analyse factorielle. Un item était retenu dans un facteur si la qualité de sa représentation était supérieure à 0.30, si cet item avait la corrélation la plus élevée pour ce facteur et si cette corrélation était supérieure à 0.50. Huit items ont été rejetés de la structure finale. Les cinq facteurs expliquaient 68.57% de la variance totale. La consistance interne a été mesurée à l'aide de l'alpha de Cronbach, qui était de  $\alpha = 0.93$  pour l'échelle totale. Le premier facteur, intitulé *Engagement cognitif et comportemental* (7 items), définit la recherche de sens, la réévaluation

cognitive, la résolution de problème et l'identification de ses émotions (i.e., J'ai essayé de réinterpréter la situation pour y trouver un autre sens, J'ai élaboré des plans ou pris des résolutions pour éviter ce genre de problèmes à l'avenir ;  $\alpha = 0.90$ ). Le deuxième facteur *Distraction et acceptation* (7 items) correspond au fait de penser à des choses plaisantes ou faire des activités agréables afin de détacher son attention des émotions négatives, et accepter la situation problématique (i.e., J'ai pensé à autre chose pour me distraire et me détacher de mes émotions, Je suis sorti(e), j'ai vu du monde pour me changer les idées ;  $\alpha = 0.90$ ). Le troisième facteur, *Désengagement cognitif et comportemental* (5 items), définit les comportements entrepris pour éviter les émotions négatives ou la situation problématique (i.e., J'ai bu de l'alcool pour faire passer ma mauvaise humeur, Je me suis retiré(e), j'ai évité la situation ;  $\alpha = 0.80$ ). Le quatrième facteur *Expression émotionnelle et recherche de soutien social* (3 items), renvoie aux comportements par lesquels les personnes expriment leurs émotions, ou recherche du soutien social (i.e., J'ai évacué ou exprimé mes émotions, J'ai demandé conseil à quelqu'un ;  $\alpha = 0.79$ ). Le dernier facteur, *Suppression expressive et repli sur soi* (2 items), définit le fait de cacher ses émotions à son interlocuteur et de s'isoler, (i.e., J'ai essayé de ne pas montrer mes sentiments et de supprimer toute expression émotionnelle, Je ne me suis pas confié(e), je voulais être seul(e) ;  $\alpha = 0.60$ ).

Lorsque les caractéristiques des données le permettaient, (normalité des distributions et homogénéité des variances), des tests paramétriques ont été réalisés afin d'étudier l'effet des caractéristiques des médecins, des patients et des annonces sur les variables dépendantes des médecins et des patients (t de Student pour groupes indépendants et ANOVA). Dans le cas contraire, des tests non-paramétriques étaient effectués (test U de Mann-Whitney et test du  $X^2$  de Kruskal-Wallis). L'évolution de l'anxiété des médecins en fonction du moment de l'annonce a été analysée avec un test du  $X^2$  de Friedman. La comparaison entre le score de

compétences relationnelles des médecins évalué par les médecins et leurs patients a été effectuée avec le test de Wilcoxon. Enfin, des corrélations de Pearson et Spearman ont été menées afin d'étudier les liens entre les variables.

## Résultats

Cette étude repose sur l'analyse de 69 dyades médecins-patients confrontées à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie. Parmi les 30 médecins inclus dans l'étude, 24 ont réalisé des inclusions d'annonces, deux se sont retirés de l'étude après avoir quitté l'établissement dans lequel ils exerçaient et quatre n'ont pas réalisé d'inclusion par manque de temps. Le nombre d'inclusions d'annonce par médecin s'étend de une à six inclusions ( $M = 2.87$ ,  $SD = 1.8$ ). Le taux de participation des patients est de 89.6%. Les huit patients ayant refusé de participer à l'étude expliquaient qu'ils ne souhaitaient « plus reparler de tout cela ».

### *Caractéristiques des médecins*

Les médecins sont majoritairement des hommes (75%), âgés de 29 à 65 ans ( $M = 42$ ,  $SD = 9.16$ ). Ils sont regroupés en quatre catégories selon leur spécialité : 1) cancérologie (41.67%), 2) chirurgie mammaire et/ou gynécologique (20.83%), 3) chirurgie viscérale (29.17%), et 4) autre spécialité (8.33 %) (Tableau 1).

Tableau 1. *Caractéristiques des médecins, patients et de la consultation d'annonce*

Variables	N (%) ou M (SD)
<i>Caractéristiques des médecins</i>	
Genre	
Homme	18 (75)
Femme	5 (25)
Age	42 (SD = 9.16)
Nombre d'années d'expérience	12.3 (SD = 9.78)
Spécialité	
Cancérologie	10 (41.67)
Chirurgie viscérale	7 (29.17)
Chirurgie gynécologique ou mammaire	5 (20.83)
Autre spécialité	2 (8.33)
<i>Caractéristiques des patients</i>	
Genre	
Homme	28 (40.6)
Femme	41 (59.4)
Age	56.57 (SD = 13.47)
Situation marital	
Marié	57 (82.61)
Divorcé	6 (8.70)
Veuf	3 (4.35)
Célibataire	2 (2.90)
Non réponse	1 (1.45)
Type de cancer	
Sein	27 (39.13)
Appareil digestif	27 (39.13)
Cérébral	6 (8.70)
Prostate	4 (5.8)
ORL	3 (4.35)
Cutané	1 (1.45)
Indéterminé	1 (1.45)

*Caractéristiques de la consultation d'annonce*

Présence d'un proche	
Oui	47 (68.12)
Non	22 (31.88)
Nature de l'annonce	
Diagnostic de cancer curable	24 (34.8)
Récidive	12 (17.4)
Diagnostic de cancer incurable	9 (13.0)
Evolution du cancer	7 (10.1)
Prise en charge palliative	2 (2.9)
Proposition thérapeutique	15 (21.7)

---

#### *Caractéristiques des patients*

Notre échantillon compte 41 patientes (59.4%) et 28 patients (40.6%), âgés de 25 à 75 ans ( $M = 56.57$ ,  $SD = 13.47$ ), pour la grande majorité mariés (82.61%). Parmi eux, 27 sont atteints d'un cancer du sein (39.13%), 27 d'un cancer de l'appareil digestif (39.13%), 6 d'un cancer cérébral (8.7%), 4 d'un cancer de la prostate (5.8%), 3 d'un cancer ORL (4.35%), 1 d'un cancer cutané (1.45%) et un patient présente un cancer indéterminé (1.45%), (Tableau 1).

#### *Caractéristiques de l'annonce*

Au cours de l'annonce, 68.12% des patients sont accompagnés d'un proche. Les annonces ont été regroupées en trois catégories, la première catégorie concerne les situations d'annonces de bon pronostic, (34.8% ; cancer a priori curable), la seconde regroupe celles de mauvais pronostic (43.5% ; cancer a priori incurable, évolution de la maladie, récurrence, orientation en soins palliatifs), et la troisième correspond aux annonces de propositions thérapeutiques (21.7%) (Tableau 1).

#### *Analyse de l'anxiété et des stratégies de régulation des affects des médecins*

L'anxiété des médecins est d'intensité moyenne avant et juste après l'annonce (respectivement  $M = 46.24$ ,  $SD = 8.95$  et  $M = 45.74$ ,  $SD = 9.06$ ). Elle diminue de manière significative (Friedman  $X^2(2) = 24.70$ ,  $p = .000$ ) et devient faible 24 heures après l'annonce ( $M = 42.57$ ,  $SD = 7.19$ ). Avant l'annonce, le niveau d'anxiété des médecins de sexe féminin



( $M = 49.63$ ,  $SD = 9.49$ ) est significativement plus élevé que celui des médecins de sexe masculin, ( $M = 44.31$ ,  $SD = 8.13$ ,  $U = 360.00$ ,  $z = -2.38$ ,  $p = .018$ ). Un effet significatif de la catégorie d'annonce sur l'anxiété des médecins avant et juste après l'annonce est également observé (Tableau 2) : le niveau d'anxiété est plus élevé en situation de mauvais pronostic, par rapport aux annonces de bon pronostic ou de propositions thérapeutiques. Notons qu'aucun effet de l'âge ni de la spécialité médicale des médecins sur leur niveau d'anxiété n'est observé.

Par ailleurs, plus les médecins rapportent d'anxiété avant et juste après l'annonce, plus ils sont dans l'expression émotionnelle/la recherche de soutien social pour gérer leurs émotions suscitées par l'annonce (avant l'annonce,  $r = .27$ ,  $p < .05$  ; juste après l'annonce,  $r = .28$ ,  $p < .05$ ). De plus, le niveau d'anxiété mesuré juste après l'annonce est associé aux stratégies de désengagement cognitif/comportemental ( $r = .25$ ,  $p < .05$ ). Enfin, 24 heures après l'annonce, le niveau d'anxiété des médecins est positivement corrélé aux stratégies de désengagement cognitif /comportemental ( $r = .27$ ,  $p < .05$ ) et inversement corrélé aux stratégies d'engagement cognitif /comportemental ( $r = -.30$ ,  $p < .05$ ).

Tableau 2. *Moyenne du niveau d'anxiété des médecins par catégorie d'annonce*

	Catégorie d'annonce			Kruskal-Wallis $X^2$ (2)
	Annonce de bon pronostic $M$ ( $SD$ )	Annonce de mauvais pronostic $M$ ( $SD$ )	Annonce de propositions thérapeutiques $M$ ( $SD$ )	
Avant l'annonce	41.88 (8.61)	49.16 (9.78)	47.39 (4.11)	12.30**
Après l'annonce	42.33 (8.51)	48.57 (10.32)	45.54 (4.75)	6.30*
24 heures après l'annonce	41.67 (7.02)	43.70 (8.54)	41.73 (3.75)	0.68

Note : \*  $p < .05$

\*\*  $p < .005$

### *Analyse des compétences relationnelles des médecins*

Les scores des compétences relationnelles des médecins évalués par les médecins et leurs patients sont élevés, (pour les médecins  $M = 76.49$ ,  $SD = 7.44$  et pour les patients  $M = 77.25$ ,  $SD = 11.04$ ). En outre, plus les médecins s'accordent un score élevé de compétences relationnelles, moins ils rapportent d'anxiété avant, juste après et 24 heures après l'annonce, (avant l'annonce,  $r = -.30$ ,  $p < .05$  ; juste après l'annonce,  $r = -.44$ ,  $p < .01$  ; 24 heures après l'annonce,  $r = -.35$ ,  $p < .01$ ). Cet effet est également observée chez leurs patients : plus les médecins rapportent d'anxiété juste après l'annonce, moins leurs patients les évaluent compétents au niveau relationnel ( $r = -.30$ ,  $p < .05$ ).

Les analyses révèlent également des corrélations significatives entre les compétences relationnelles des médecins et leurs stratégies de régulation des affects. Le score de compétences relationnelles évalué par les médecins est inversement corrélé au recours aux stratégies de désengagement cognitif/comportemental et à la suppression expressive (Tableau 3). Par ailleurs, plus les médecins ont recours aux stratégies d'engagement cognitif /comportemental et à la distraction/acceptation, plus leurs patients leur attribuent un score élevé de compétences relationnelles ( $r = .37$ ,  $p < .01$  pour les stratégies d'engagement cognitif/comportemental, et  $r = .27$ ,  $p < .05$  pour la distraction /acceptation). En étudiant uniquement les dyades composées de médecins de sexe féminin, seule la corrélation entre les stratégies d'engagement cognitif/comportemental et le score de compétences relationnelles évaluées par les patients persiste ( $r = .47$ ,  $p < .05$ ). En revanche, au sein des dyades formées de médecins de sexe masculin, les patients attribuent un score élevé de compétences relationnelles aux médecins qui ont recours aux stratégies d'engagement cognitif/comportemental ainsi qu'aux stratégies de désengagement cognitif/comportemental et à la suppression expressive (Tableau 3).

Tableau 3. *Corrélations entre les compétences relationnelles des médecins (CDIS) évaluées par les médecins et leurs patients et les stratégies de régulation émotionnelle (MARS) des médecins*

	CDIS médecins	CDIS patients		
		Dyades médecin /patient	Dyades médecin femme / patient	Dyades médecin homme/ patient
<b>MARS</b>				
F1. Engagement cognitif / comportemental	.18	.37**	.48*	.30*
F2. Distraction / Acceptation	.04	.27*	.26	.28
F3. Désengagement cognitif / comportemental	-.33**	.12	-.20	.34*
F4. Expression émotionnelle	-.12	.09	-.17	.21
F5. Humour / Attente	-.16	.09	-.30	.28
F6. Suppression expressive	-.33**	.16	-.31	.44**

Note : \*  $p < .05$

\*\*  $p < .005$

### *Analyse des liens entre médecins et patients*

Aucune corrélation significative n'apparaît entre les stratégies de régulation émotionnelles des médecins, leurs compétences relationnelles (mesurées par les médecins et les patients) et l'ajustement psychologique de leurs patients (anxiété, bien-être, dépression).

## **Discussion et conclusion**

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie est génératrice d'anxiété pour les médecins. Cet exercice est d'autant plus anxiogène qu'il concerne l'annonce d'un mauvais pronostic, comparativement aux annonces de bons pronostics. Ces premiers résultats sont congruents à ceux de la littérature (Brown et al., 2009; Cohen et al., 2003; Hulsman et al., 2010; Ramirez et al., 1995; Tattersall et al., 1999). Ils soulignent la difficulté à laquelle sont confrontés les médecins dépourvus de propositions thérapeutiques. Cette situation les renvoie directement aux limites de la médecine curative à laquelle ils ont été formés et s'oppose à la représentation du médecin guérisseur sur laquelle reposent leurs valeurs professionnelles (Espinosa, Gonzalez Baron, Zamora, Ordonez, & Arranz, 1996). Face aux émotions qu'elle génère, l'annonce d'une mauvaise nouvelle amène les médecins à recourir aux stratégies de régulation émotionnelle. Les résultats de notre étude indiquent qu'avant et juste après l'annonce, les médecins régulent leur anxiété grâce à l'expression émotionnelle et la recherche de soutien. Le recours à ces stratégies peut être compris comme la recherche d'un effet cathartique, visant à se décharger de ses émotions négatives en parlant de ses émotions pour soulager une tension interne (Larsen & Prizmic, 2004). Si plusieurs auteurs émettent un doute quant à l'efficacité de l'expression émotionnelle (Augustine & Hemenover, 2009; Larsen & Prizmic, 2004), nous voyons à cette stratégie un double intérêt pour les médecins dans cette situation spécifique d'annonce d'une mauvaise nouvelle. D'une part, comme le

rappelle Kennedy-Moore et Watson (2001), « mettre en mots une expérience émotionnelle peut aider les gens à reconnaître, comprendre et interpréter leurs propres états internes ». Ainsi, en favorisant l'identification de leur état émotionnel, l'expression émotionnelle peut aider les médecins à distinguer leur expérience émotionnelle de celle de leurs patients, les prémunissant du processus d'identification au patient qui correspond à « une perte de différenciation entre soi et l'autre, conduisant à l'expérience d'être l'autre » (Stiefel, 2008). Effectivement, l'identification peut entraver la qualité de la relation médecin patient et majorer la souffrance des soignants (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Stenmarker, Hallberg, Palmérus, & Márky, 2010). D'autre part, l'expression émotionnelle peut conduire à une réinterprétation de la situation, (Kennedy-Moore & Watson, 2001). Ceci est d'autant plus aisé quand l'expression émotionnelle est associée à la recherche de soutien auprès d'un proche ou d'un collègue, qui par son regard extérieur, peut amener un autre point de vue sur la situation d'annonce, la rendant moins anxiogène ou moins source de tristesse ou de culpabilité pour le médecin. Dès le lendemain de l'annonce, l'anxiété dont témoignent les médecins diminue considérablement. Ce résultat nous conforte dans l'idée que le recours à l'expression émotionnelle et la recherche de soutien avant et juste après l'annonce fonctionne efficacement dans la régulation émotionnelle des médecins. L'anxiété qui persiste 24 heures après l'annonce est inversement corrélée aux stratégies d'engagement cognitif et comportemental et positivement corrélée aux stratégies de désengagement cognitif et comportemental. Ces résultats rappellent ceux de Tattersall, Bennett et Pugh, (1999), qui ont étudié les facteurs de stress et stratégies de coping des médecins exerçant en milieu hospitalier. Ces auteurs ont montré que la résolution de problème, qui est une stratégie d'engagement comportemental, était inversement corrélée au niveau d'anxiété et de dépression des médecins, contrairement aux stratégies d'évitement, (stratégies de désengagement comportemental), qui étaient positivement corrélées à leur niveau d'anxiété et

de dépression. Par ailleurs, ils ont identifié l'évitement comme un facteur explicatif de la détérioration de l'état de santé mental des médecins. Une autre étude britannique réalisée auprès de 882 médecins hospitaliers a permis d'identifier des stratégies protectrices de l'état de santé mental des médecins, parmi lesquelles les loisirs et l'activité sportive, permettant aux médecins de maintenir un équilibre de vie (Graham et al., 2001). Ceci nous amène à nous interroger sur l'impact délétère que peut avoir le recours aux stratégies de désengagement cognitif et comportemental des médecins après l'annonce d'une mauvaise nouvelle sur leur état de santé psychologique, à l'inverse d'autres stratégies qui semblent plus adaptées et bénéfiques pour eux, comme la résolution de problème ou la distraction.

Un second élément clé de notre étude concerne l'analyse des compétences relationnelles des médecins. Plus les médecins exprimaient d'anxiété, moins ils s'évaluaient compétents au niveau relationnel et moins leurs patients les évaluaient compétents au niveau relationnel. De plus, conformément à nos hypothèses, nos résultats ont mis en évidence un lien entre les stratégies de régulation émotionnelle des médecins et leur score de compétences relationnelles : le recours à la suppression expressive et au désengagement cognitif et comportemental était associé à un faible score de compétences relationnelles évalué par les médecins. En revanche, des résultats inattendus sont apparus lors de l'analyse des corrélations entre les stratégies de régulation émotionnelles des médecins et leur score de compétences relationnelles évalué par leurs patients : lorsque le binôme médecin patient était constitué d'un médecin de sexe féminin, plus les médecins étaient dans l'engagement cognitif et comportemental, plus leurs patients leur attribuaient un score élevé de compétences relationnelles. En revanche, lorsque le binôme médecin patient était constitué d'un médecin de sexe masculin, plus les médecins étaient dans le désengagement cognitif et comportemental et la suppression expressive, plus leurs patients leur attribuaient un score

élevé de compétences relationnelles. L'effet du sexe du médecin a déjà été identifié dans l'analyse de la satisfaction des patients en fonction des comportements non-verbaux des médecins (Mast, Hall, Köckner, & Choi, 2008; Schmidt Mast, 2007). Lorsque le médecin est une femme, la satisfaction des patients est associée à l'adoption par le médecin de comportements non-verbaux stéréotypés des femmes, tels que le contact visuel ou la proximité. En revanche, lorsque le médecin est un homme, la satisfaction des patients est liée aux stéréotypes masculins des comportements non-verbaux du médecin, tels que la distance interpersonnelle ou la suppression expressive. Contrairement aux guides de bonnes pratiques qui visent à uniformiser les procédures d'annonces de mauvaises nouvelles indépendamment des caractéristiques de la dyade médecin-patient, nos résultats soulignent l'importance pour les médecins de tenir compte des spécificités du couple médecin-patient, afin que les médecins ajustent leur pratique pour répondre aux attentes de leurs patients au moment de l'annonce.

Le dernier élément important de notre étude porte sur l'impact des stratégies de régulation émotionnelle des médecins et leurs compétences relationnelles au moment de l'annonce sur l'ajustement psychologique de leurs patients 15 jours après l'annonce. Contrairement à nos hypothèses, aucun lien n'est apparu entre les stratégies de régulation émotionnelle des médecins et l'ajustement psychologique de leurs patients. De même, aucun lien n'est apparu entre les scores de compétences relationnelles évalués par les médecins et leurs patients et l'ajustement psychologique de leurs patients. Ces résultats corroborent ceux de Mager et Andrykowski, (2002), qui ne montrent aucune corrélation significative entre le score de compétences relationnelles des médecins également mesuré avec la CDIS auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein et leur niveau d'anxiété et de dépression à la suite d'une annonce de mauvaise nouvelle. Dans le domaine de la communication médecin-patient

en oncologie, d'autres chercheurs ont constaté l'absence de lien entre les compétences *supportives* des médecins lors des consultations médicales de tout type et le niveau d'anxiété de leurs patients (Liénard et al., 2006). Ces résultats viennent atténuer la lourde responsabilité souvent attribuée aux médecins au moment des consultations d'annonces de mauvaises nouvelles en oncologie sur l'ajustement psychologique de leurs patients. Si les compétences relationnelles du médecin au moment de l'annonce sont d'une importance capitale pour la relation thérapeutique et la satisfaction des patients, il importe de garder en mémoire que l'annonce d'une mauvaise nouvelle constitue un événement traumatique en soit pour le patient, à l'origine d'une détresse psychique que ni les protocoles de bonnes pratiques ni les compétences relationnelles des médecins ne peuvent parfois éviter.

Si notre étude apporte de nouveaux éléments de connaissance concernant la dyade médecin-patient face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, il importe de considérer ses limites. La première concerne la taille restreinte de notre échantillon, nous contraignant à écarter des outils statistiques pertinents au regard de nos données et de nos objectifs, telles que l'analyse multi-niveaux ou les régressions multiples. La seconde concerne la nature de notre échantillon. Effectivement, nous devons nous interroger sur la représentativité des médecins ayant accepté de participer à cette étude les impliquant personnellement. Les échanges informels avec les participants au cours des réunions de présentation de l'étude laissent à penser que parmi eux, certains ont accepté de participer par intérêt pour la recherche alors que d'autres ont accepté avec l'espoir d'atténuer leurs propres difficultés face à l'annonce. Il serait pertinent d'explorer les motivations des médecins à participer à notre étude, au cours des réunions d'échanges et de restitution des résultats prévues ultérieurement, grâce à un questionnaire. En outre, rappelons que plus d'un patient sur dix a été exclu de l'étude de par l'altération de son état de santé ce qui a considérablement



réduit la taille de notre échantillon. Une dernière limite concerne le matériel de notre étude, avec l'hypothèse d'un effet plafond de la CDIS, se manifestant par un score élevé de la CDIS évaluée par les médecins et leurs patients, pouvant expliquer l'absence de lien entre les compétences relationnelles des médecins et l'ajustement psychologique de leurs patients.

En conclusion, cette étude nous a permis d'analyser l'anxiété des médecins confrontés à l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie et les moyens de la diminuer, en favorisant l'émergence de stratégies de régulations émotionnelles adaptées et en augmentant leur niveau de compétences relationnelles. La réduction de l'anxiété des médecins permet d'augmenter la perception que les patients se font des compétences relationnelles de leur médecin. En revanche l'absence de lien constatée entre les stratégies de régulation émotionnelle et les compétences relationnelles des médecins d'une part, et l'ajustement psychologique des patients d'autre part, vient diminuer la responsabilité fréquemment attribuée aux médecins sur la détresse de leurs patients faisant suite à l'annonce.

Nous voyons plusieurs implications pratiques aux résultats de notre étude concernant la formation destinée aux médecins sur l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie. Il nous paraît nécessaire d'intégrer ces nouveaux éléments de connaissance dans les formations : relativiser l'impact du comportement des médecins au moment de l'annonce sur la détresse des patients peut permettre d'aider les médecins à distinguer ce qui dépend d'eux de ce qui ne dépend pas d'eux et d'atténuer leur appréhension face à l'annonce, la peur de mal faire et de faire mal. Axer les formations sur l'acquisition de compétences relationnelles, par exemple, à travers les jeux de rôle, nous semble également essentiel afin de diminuer leur appréhension de l'annonce. Enfin, insérer au cours des formations un questionnement des médecins sur leur expérience émotionnelle face à l'annonce et leurs stratégies de régulation émotionnelle, en

discutant des bénéfices et des coûts de chacune des stratégies employées peut permettre aux médecins d'évoluer vers l'emploi de stratégies plus adaptées.

## Références bibliographiques

- Augustine, A. A., & Hemenover, S. H. (2009). On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Cognition & Emotion, 23*(6), 1181-1220.
- Baider, L., & Wein, S. (2001). Reality and fugues in physicians facing death: confrontation, coping, and adaptation at the bedside. *Critical Reviews in Oncology/Hematology, 40*(2), 97-103.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist, 5*(4), 302-311.
- Baile, W. F., Lenzi, R., Parker, P. A., Buckman, R., & Cohen, L. (2002). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology, 20*(8), 2189-2196.
- Blomberg, K., & Sahlberg-Blom, E. (2007). Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing, 16*(2), 244-254.
- Borteyrou, X., Truchot, D., & Rasclé, N. (2009). Le stress chez le personnel travaillant en oncologie: une tentative de classification des stratégies de coping. *La revue de psychologie du travail et des organisations, Spécial santé au travail, 15*(4), 380-398.
- Brown, R., Dunn, S., Byrnes, K., Morris, R., Heinrich, P., & Shaw, J. (2009). Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations.

- Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(11), 1595-1602.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 288(6430), 1597-1599.
- Cohen, L., Baile, W. F., Henninger, E., Agarwal, S. K., Kudelka, A. P., Lenzi, R., ... Marshall, G. D. (2003). Physiological and psychological effects of delivering medical news using a simulated physician-patient scenario. *Journal of behavioral medicine*, 26(5), 459-471.
- De Valck, C., Bruynooghe, R., Bensing, J. M., Kerssens, J. J., & Hulsman, R. L. (2001). Cue-responding in a Simulated Bad News Situation: Exploring a Stress Hypothesis. *Journal of health psychology*, 6(5), 585-596.
- Desauw, A., Christophe, V., Antoine, P., Cattan, S., & Nandrino, J. (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(3), 134-139.
- DiMatteo, M. R., Taranta, A., Friedman, H. S., & Prince, L. M. (1980). Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical care*, 18(4), 376-387.
- Espinosa, E., Gonzalez Baron, M., Zamora, P., Ordonez, A., & Arranz, P. (1996). Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. *Supportive care in cancer*, 4(1), 61-63.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363(9405), 312-319.

- Friedrichsen, M., & Milberg, A. (2006). Concerns about Losing Control When Breaking Bad News to Terminally Ill Patients with Cancer: Physicians' Perspective. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 673-682.
- Friedrichsen, M., Strang, P. M., & Carlsson, M. E. (2000). Breaking bad news in the transition from curative to palliative cancer care--patient's view of the doctor giving the information. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 8(6), 472-478.
- Graham, J., Albery, I. P., Ramirez, A. J., & Richards, M. A. (2001). How hospital consultants cope with stress at work: implications for their mental health. *Stress and Health*, 17(2), 85-89.
- Griffith, C. H., 3rd, Wilson, J. F., Langer, S., & Haist, S. A. (2003). House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *Journal of general internal medicine*, 18(3), 170-174.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Hulsman, R. L., Pranger, S., Koot, S., Fabriek, M., Karemaker, J. M., & Smets, E. M. A. (2010). How stressful is doctor-patient communication? Physiological and psychological stress of medical students in simulated history taking and bad-news consultations. *International Journal of Psychophysiology*, 77(1), 26-34.
- Kennedy-Moore, E., & Watson, J. C. (2001). *Expressing Emotion: Myths, Realities, and Therapeutic Strategies* (1<sup>re</sup> éd.). New-York: The Guilford Press.
- Larsen, J. C., & Prizmic, Z. (2004). Affect regulation. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Éd.), *Handbook of self-regulation: research, theory and applications* (p. 40-61). New-York: Guilford Press.

- Leroy, T., Christophe, V., Desauw, A., & Nandrino, J. (2007, juillet). *Emotion regulation in physicians announcing bad news to patients*. Paper présenté à The Xth European Congress of Psychology, Prague, Czech Republic.
- Liénard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., ... Razavi, D. (2006). Factors that influence cancer patients' anxiety following a medical consultation: impact of a communication skills training programme for physicians. *Annals of Oncology*, *17*(9), 1450-1458.
- Mager, W. M., & Andrykowski, M. A. (2002). Communication in the cancer 'bad news' consultation: patient perceptions and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, *11*(1), 35-46.
- Mast, M. S., Hall, J. A., Köckner, C., & Choi, E. (2008). Physician gender affects how physician nonverbal behavior is related to patient satisfaction. *Medical care*, *46*(12), 1212-1218.
- Mc Lean, M., Cleland, J., Worrell, M., & Vogele, C. (2011). « What am I going to say here? » The experiences of doctors and nurses communicating with patients in a cancer unit, *2*(339).
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, *24*(1), 49-58.
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking Bad News A Review of the Literature. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *276*(6), 496-502.
- Ptacek, J. T., & McIntosh, E. G. (2009). Physician challenges in communicating bad news. *Journal of behavioral medicine*, *32*(4), 380-387.

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., Gregory, W. M., Leaning, M. S., ... Timothy, A. R. (1995). Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British journal of cancer, 71*(6), 1263-1269.
- Roberts, C. S., Cox, C. E., Reintgen, D. S., Baile, W. F., & Gibertini, M. (1994). Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer, 74*(1 Suppl), 336-341.
- Schmidt Mast, M. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient education and counseling, 67*(3), 315-318.
- Schofield, P. E., Butow, P. N., Thompson, J. F., Tattersall, M. H. N., Beeney, L. J., & Dunn, S. M. (2003). Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology, 14*(1), 48-56.
- Shapiro, D. E., Boggs, S. R., Melamed, B. G., & Graham-Pole, J. (1992). The effect of varied physician affect on recall, anxiety, and perceptions in women at risk for breast cancer: an analogue study. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 11*(1), 61-66.
- Spielberger, C. D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y)
- Stenmarker, M., Hallberg, U., Palmérus, K., & Márky, I. (2010). Being a messenger of life-threatening conditions: experiences of pediatric oncologists. *Pediatric blood & cancer, 55*(3), 478-484.
- Stiefel, F. (2008). Support of the supporters. *Supportive Care in Cancer, 16*(2), 123-126.
- Tattersall, A. J., Bennett, P., & Pugh, S. (1999). Stress and coping in hospital doctors. *Stress medicine, 15*(2), 109-113.

# Partie 3

DISCUSSION

CONCLUSION

# Discussion générale

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie se définit par une information qui vient modifier radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son devenir (Buckman, 1984). Quelle que soit la réalité médicale, l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie résonne bien souvent chez le patient qui la reçoit comme une mise en jeu de son pronostic vital, à l'origine d'une détresse émotionnelle (Cf. Chapitre 1).

Du point de vue du médecin, l'annonce d'une mauvaise nouvelle constitue un exercice des plus complexes dans sa pratique clinique, qui le contraint à endosser le rôle de messenger. L'anxiété suscitée par l'annonce a été observée chez les médecins avant même la rencontre avec le patient. La théorie de la régulation émotionnelle (Gross, 2008) laisse à penser que les médecins vont avoir recours à des stratégies afin de réguler leurs émotions déclenchées par l'annonce de mauvaises nouvelles (Cf. Chapitre 2).



Parmi les stratégies de régulation émotionnelle mises en place par les médecins au moment de l'annonce, certaines vont se manifester dans leurs comportements verbaux et non-verbaux. Or, ces comportements, au cours d'une consultation médicale ont un impact sur 1) la perception qu'ont les patients des compétences relationnelles de leur médecin, et 2) l'ajustement psychologique des patients à la maladie. Tandis que l'expression émotionnelle des médecins apparaît bénéfique pour les patients, les résultats de la littérature sur la population générale laisse supposer de l'impact délétère de la suppression expressive dans la relation médecin-patient (Cf. Chapitre 2).

Ces éléments de la littérature nous ont amenés à nous interroger sur l'impact des stratégies de régulation émotionnelle des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie, sur l'ajustement psychologique de leurs patients. Pour répondre à cette problématique, quatre études ont été conduites dans ce travail de thèse.

La première étude nous a permis d'analyser l'anxiété des médecins et deux de leurs stratégies de régulation émotionnelle (la réévaluation cognitive et la suppression expressive). Cette étude s'est appuyée sur l'analyse quantitative de questionnaires complétés par les médecins à trois moments spécifiques de l'annonce : juste avant, juste après, et une semaine après (Cf. Article 1).

Une seconde étude exploratoire de type qualitatif a ensuite été conduite. Elle repose sur une analyse de contenu thématique d'entretiens menés auprès de médecins. Les résultats sont venus confirmer et compléter ceux de la première étude, en élargissant l'éventail des émotions (négatives et positives) et des stratégies de régulation émotionnelle des médecins confrontés à l'annonce d'une mauvaise nouvelle (Cf. Article 2).

L'analyse interprétative phénoménologique du discours des médecins réalisée dans la troisième étude a fait émerger deux éléments clés de compréhension de l'expérience subjective des médecins face à l'annonce de mauvaises nouvelles. Le premier concerne le sens que les médecins donnent à l'annonce et à leur rôle, et le second concerne le lien qu'ils établissent avec leurs patients (Cf. Article 3).

Enfin, la dernière étude s'est focalisée sur l'analyse des liens entre d'une part, l'anxiété, les stratégies de régulation émotionnelle et les compétences relationnelles des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, et d'autre part, l'ajustement psychologique de leurs patients quinze jours après l'annonce. Cette étude s'est appuyée sur des questionnaires complétés par les deux protagonistes de l'annonce (Cf. Article 4).

La synthèse des résultats de ces quatre études nous amènera à discuter, dans une première partie, du lien entre stratégies de régulation émotionnelle des médecins au moment de l'annonce et ajustement psychologique de leurs patients. Dans une seconde partie, nous rappellerons les limites de ces études à partir desquelles nous proposerons de nouvelles perspectives de recherche. Enfin, dans une troisième partie, nous nous appuyerons sur les résultats de ces quatre études afin d'apporter de nouveaux éléments destinés à enrichir les formations proposées aux médecins sur l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie.

## **1. Impact des stratégies de régulation émotionnelle des médecins sur l'ajustement psychologique des patients**

Parmi les messages véhiculés dans la littérature sur l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie, l'accent est mis sur la manière dont l'annonce est délivrée par le médecin et son impact sur le patient (Fallowfield & Jenkins, 2004; Maguire, 1998; Ptacek & Eberhardt,

1996). Dans une revue de la littérature, Thorne, Bultz, et Baile (2005) soulignent l'impact délétère d'une annonce délivrée de manière inappropriée, sur l'ajustement psychologique des patients à leur maladie. A l'inverse, Schmid Mast (2007) rappelle les comportements des médecins, comme l'expression des émotions, qui favorisent l'ajustement psychologique de leurs patients. D'autres chercheurs, après avoir identifié les stratégies d'ajustement des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, ont questionné l'effet du recours à la distanciation sur le vécu de leurs patients (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Mc Lean et al., 2011; Shaw et al., 2013). Les résultats de nos trois premières études nous ont conduits à formuler un questionnaire similaire. Effectivement, après avoir identifié l'emploi privilégié de la suppression expressive, parmi les stratégies de régulation émotionnelle employées par les médecins au moment de l'annonce (Etudes 1 et 2), nous avons constaté que le recours à cette stratégie était associé à la distanciation à l'égard du patient (Etude 3). Or, les patients qui perçoivent leur médecin comme distant au moment de l'annonce, interprètent cela comme un désintérêt de la part de leur médecin et une absence de singularité dans la prise en charge (Friedrichsen et al., 2000). A l'inverse, lorsqu'un patient perçoit une attitude *supportive* chez son médecin au moment de l'annonce (qui se manifeste entre autre par une proximité émotionnelle à l'égard du patient), il rapporte moins de dépression et de syndrome de stress post-traumatique 28 mois après l'annonce (Mager & Andrykowski, 2002). Cependant, contrairement à nos hypothèses, aucun lien n'est apparu entre 1) les stratégies de régulation émotionnelle des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie et l'ajustement psychologique des patients 15 jours après, et 2) les compétences relationnelles des médecins évaluées par eux-mêmes et leurs patients et l'ajustement psychologique de leurs patients (Etude 4). Ces derniers résultats sont congruents à ceux rapportés par Mager et Andrykowski (2002), qui n'observent aucune corrélation significative entre le score de compétences relationnelles des médecins évalué par leurs patientes (également mesuré avec la

CDIS) et leur niveau d'anxiété et de dépression à la suite d'une annonce de mauvaise nouvelle. Dans le domaine de la communication médecin-patient en cancérologie, d'autres chercheurs ont constaté l'absence de lien entre les compétences *supportives* des médecins lors des consultations médicales et le niveau d'anxiété de leurs patients (Liénard et al., 2006). Afin d'expliquer leurs résultats, Liénard et al. (2006) émettent l'hypothèse que pour obtenir un effet bénéfique des compétences *supportives* des médecins sur l'anxiété des patients, ces compétences doivent être exhaustives. Par exemple, si un médecin n'explore que partiellement les sujets de préoccupation de son patient lors de la consultation, ce dernier risque de ne pas se sentir pleinement entendu et compris, ce qui ne permettra pas d'atténuer son anxiété. Quirk et al. (2008) nous apportent un second élément de réponse sur l'absence de lien entre compétences relationnelles des médecins et ajustement des patients dans nos résultats. Ces auteurs ont noté des divergences parmi les patients concernant l'évaluation des comportements *supportifs* des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Alors que certains patients considèrent comme aidant le fait que le médecin exprime de l'empathie, d'autres patients préfèrent que le médecin se restreigne à la transmission d'informations médicales. Quirk et al. (2008) concluent en soulignant que le plus important n'est pas l'adoption par les médecins d'une liste de comportements *supportifs* standardisés, mais l'attention portée à la perception singulière que chaque patient aura des comportements du médecin.

Les résultats de notre quatrième étude viennent atténuer la lourde responsabilité souvent attribuée aux médecins au moment des consultations d'annonces de mauvaises nouvelles en cancérologie sur l'ajustement psychologique de leurs patients. Si les compétences relationnelles du médecin au moment de l'annonce sont d'une importance capitale pour la relation thérapeutique et la satisfaction des patients, il importe de garder en

mémoire que l'annonce d'une mauvaise nouvelle constitue un évènement intrinsèquement traumatogène pour le patient qui la reçoit (Brennan, 2001). De par cette caractéristique, l'annonce peut déclencher une détresse psychique chez le patient, que ni les protocoles de bonnes pratiques, ni les compétences relationnelles des médecins, ne peuvent parfois éviter. De plus, d'autres facteurs indépendants du médecin, comme le niveau d'anxiété des patients avant la consultation d'annonce ou le manque de soutien social, prédisent l'ajustement psychologique des patients à l'annonce de leur maladie cancéreuse (Liénard et al., 2006; Nosarti, Roberts, Crayford, McKenzie, & David, 2002). En revanche, comme le souligne Brennan (2001), au moment de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie, le médecin, de par son rôle social et sa fonction, peut aider le patient à traverser cette crise. Effectivement, l'annonce d'une mauvaise nouvelle plonge le patient dans un avenir incertain où tout ou partie échappe à son contrôle. Au cours de cette phase d'extrême vulnérabilité psychique, les patients vont s'appuyer sur leur médecin, ce dernier incarnant une figure sécurisante capable de restaurer un peu de contrôle sur cette situation. Ce cadre sécurisant instauré dans la relation médecin-patient, propice à l'intégration de l'annonce par le patient, favorisera son ajustement à la maladie (Brennan, 2001).

## **2. Limites et perspectives futures**

L'objectif principal de ce travail de thèse visait à étudier les liens entre les stratégies de régulation émotionnelle des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie, leurs compétences relationnelles et l'ajustement psychologique de leurs patients. Contrairement à nos hypothèses, aucun lien n'est apparu entre ces variables (Etude 4). Une des limites de nos résultats concerne nos participants, médecins et patients. Alors que l'ensemble des médecins référencés au sein du réseau régional de cancérologie a été sollicité

pour notre quatrième étude, une trentaine seulement s'est manifestée pour y participer. La question se pose alors des motivations de ces médecins à accepter de participer à cette recherche. L'anxiété des médecins, mesurée dans la première étude, était plus élevée que l'anxiété des médecins évaluée dans la quatrième étude, étude plus engageante pour ses participants, dans la mesure où elle impliquait également leurs patients. Ceci nous laisse suggérer que les médecins de notre quatrième étude étaient moins anxieux car plus à l'aise avec les annonces de mauvaises nouvelles que ne l'étaient ceux de notre première étude. Si les médecins de l'Étude 4 sont ceux qui éprouvent le moins de difficultés à l'annonce des mauvaises nouvelles, il est probable qu'ils soient les plus armés face à l'annonce, tant en termes de compétences relationnelles que de stratégies de régulation émotionnelle efficaces. Alors que la participation à ces études repose uniquement sur la base du volontariat des médecins, une sollicitation exhaustive (lors de congrès par exemple), et une simplification de la procédure (en réduisant le nombre d'inclusions d'annonces à une ou deux annonces) permettraient certainement d'étendre notre échantillon et d'obtenir un panel de médecins plus représentatif. Il serait également intéressant de questionner les médecins sur les raisons qui les ont amenés à participer à ces études, de manière anonyme, afin de mieux comprendre leurs motivations. Concernant les patients, plusieurs études ont observé qu'une majorité des patients étaient satisfaits à l'égard de leur consultation d'annonce (e.g. V. A. Brown et al., 2011; Montbel, Borgne, Bara, Spire, & Bugat, 2006). Ceci semble également être le cas ici, dans la mesure où ils accordaient un score élevé de compétences relationnelles à leur médecin. Dans ces conditions, il est légitime d'envisager un possible effet plafond sur la variable des compétences relationnelles des médecins (évaluées par les médecins et leurs patients), limitant l'apparition de corrélations entre les variables étudiées.

Enfin, dans ce travail de recherche, les variables étudiées n'ont été explorées qu'à travers le discours des médecins, et des questionnaires complétés par les médecins et leurs patients. Avoir recours à des outils de mesures reposant sur une hétéro-évaluation réalisées par des chercheurs, à partir d'enregistrements vidéo des consultations d'annonce, par exemple, pour mesurer les compétences en communication des médecins (Liénard et al., 2006; Shields et al., 2005) offrirait une autre perspective d'analyse tout en complétant les résultats de nos études.

### **3. Formation professionnelle des médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie**

Aujourd'hui, il est admis par tous que la communication médecin-patient en oncologie constitue un élément essentiel de la relation thérapeutique et de la qualité de la prise en charge des patients (Baile & Aaron, 2005; Libert et al., 2006; Pham, Bauer, & Balan, 2013). Ceci est particulièrement vrai à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, où la charge émotionnelle est accrue, tant chez le patient que chez le médecin (Tanriverdi, 2013).

La littérature scientifique abonde d'articles illustrant des programmes de formations à la communication soignant-soigné, et plus spécifiquement à l'annonce de mauvaises nouvelles (Libert et al., 2001). Ces formations à la communication sont indispensables pour les médecins et leurs patients. Avant tout, elles permettent aux soignants d'acquérir de nouvelles compétences en communication (Back et al., 2007; J. B. Brown, Boles, Mullooly, & Levinson, 1999; Delvaux et al., 2004; Razavi et al., 2002, 2003; Roter et al., 1995), d'augmenter leur sentiment de compétence (Hench, Danielson, Strang, Browall, & Melin-

Johansson, 2013), et de favoriser leur satisfaction au travail (Bragard et al., 2006). De surcroît, ces formations à la communication prémunissent les médecins du stress professionnel (Armstrong & Holland, 2004; R. Brown et al., 2009). Plus un médecin se sent compétent dans la communication médecin-patient, plus il s'attend à une issue favorable au terme d'une consultation, et moins il présente de signes de burnout (Travado, Grassi, Gil, Ventura, & Martins, 2005). Dans notre quatrième étude, plus les médecins s'attribuaient un score élevé de compétences relationnelles face à l'annonce, moins ils rapportaient d'anxiété. A l'inverse, lorsqu'un soignant ne se sent pas ou peu compétent dans la communication avec le patient, et éprouve le besoin de se former, il rapporte plus de stress et de symptômes de burnout (Girgis et al., 2009; Ramirez et al., 1995).

Par ailleurs, la formation des médecins à la communication est associée à une plus grande satisfaction des patients (Bernhard et al., 2012; Uitterhoeve, Bensing, Grol, Demulder, & Van Achterberg, 2010). En revanche, concernant l'effet de la formation des médecins à l'annonce de mauvaises nouvelles sur la détresse psychique des patients, les résultats de la littérature sont moins tranchés (Paul, Clinton-McHarg, Sanson-Fisher, Douglas, & Webb, 2009). Si Rutter, Iconomou, et Quine (1996) notent un niveau d'anxiété et de dépression plus faible chez les patients dont les médecins ont reçu une formation à la communication, comparativement aux patients dont les médecins n'ont reçu aucune formation, d'autres auteurs n'observent aucun effet de la formation des médecins à la communication sur la détresse psychologique des patients (Bernhard et al., 2012; Liénard et al., 2006; Roter et al., 1995; Uitterhoeve et al., 2010).

Les formations à la communication et à l'annonce de mauvaises nouvelles s'articulent autour de trois axes majeurs : 1) l'apport de connaissances théoriques et de techniques d'entretiens, 2) l'entraînement grâce aux jeux de rôle et aux études de cas, et 3)



l'identification et la gestion des facteurs de stress (Back et al., 2007, 2007; Baile et al., 1999; Bragard et al., 2006; Fallowfield, Jenkins, Farewell, & Solis-Trapala, 2003; Fallowfield & Jenkins, 1999; Garg, Buckman, & Kason, 1997; Razavi & Delvaux, 1997; Strachan, 2000). Récemment, Bachmann et al. (2013), à partir d'un consensus entre experts, ont recensé 61 compétences à intégrer dans les formations en communication destinées aux étudiants dans le domaine de la santé. Ces compétences concernent la communication avec le patient, une réflexion sur soi et sur la nature de la relation avec le patient, et la communication avec l'équipe soignante. Parmi ces 61 compétences apparaissent : adapter son langage à celui du patient, maîtriser l'écoute active, encourager le patient à exprimer ses émotions, prendre conscience de la communication non-verbale, identifier les attentes des patients, apporter de l'information, ou prendre conscience de ses propres états émotionnels.

Les résultats de nos études amènent de nouveaux éléments afin de compléter et enrichir le contenu des formations destinées aux médecins à l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie. Ces éléments concernent : les stratégies de régulation émotionnelle des médecins, la gestion des réactions émotionnelles des patients, le sens donné à l'annonce et au rôle de médecin, et la relation médecin-patient.

### **3.1. L'acquisition de stratégies de régulation émotionnelle efficaces**

Le premier élément qui nous paraît pertinent d'intégrer dans les formations à l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie destinées aux médecins, concerne l'acquisition de stratégies de régulation émotionnelle efficaces. Efficace non pas vis-à-vis de l'ajustement du patient (car aucun lien entre les stratégies de régulation émotionnelle des médecins et l'ajustement psychologique des patients n'est apparu dans nos résultats), mais de l'ajustement du médecin. Effectivement, nous avons observé que l'annonce d'une mauvaise

nouvelle en cancérologie était génératrice d'émotions, essentiellement négatives, comme l'anxiété, la tristesse ou encore la culpabilité (Cf. Etudes 1 et 2). De plus, face à cette charge émotionnelle déclenchée par l'annonce, les médecins avaient recours à la suppression expressive (Cf. Etudes 1 et 2). Les médecins de nos études justifiaient leur recours à la suppression émotionnelle pour répondre aux attentes qu'ils attribuaient à leurs patients, et maintenir l'image d'un médecin fort (par l'inhibition de leur expression émotionnelle), sur lequel les patients peuvent s'appuyer (Cf. Etudes 2 et 3). Dans ce cas, la mise en place de cette stratégie de régulation émotionnelle vient répondre aux croyances des médecins concernant l'utilité de l'inhibition de l'expression émotionnelle dans cette situation spécifique d'annonce (Koole, 2009). Effectivement, ces croyances semblent vraies lorsque le médecin est un homme. Dans ce cas, plus les médecins de sexe masculin sont dans la suppression expressive, plus leurs patients leur attribuent un score élevé de compétences relationnelles (Cf. Etude 4). En revanche, cette corrélation disparaît lorsque le médecin est de sexe féminin (Cf. Etude 4). Nos résultats font écho à ceux de Mast et al. (2008). Ces auteurs observent que la satisfaction des patients augmente lorsque les médecins adoptent les comportements non-verbaux associés aux stéréotypes de leur sexe : le contact visuel et la proximité pour les médecins de sexe féminin, la distance interpersonnelle et la suppression expressive pour les médecins de sexe masculin. Cependant, Gross et John (2003) rapportent que dans la population générale, les individus qui privilégient la suppression expressive au détriment de la réévaluation cognitive ressentent plus d'émotions négatives et rapportent un niveau de bien-être plus faible. Ces données nous amènent à douter de l'efficacité de la suppression expressive employée par les médecins pour atténuer leur stress, et retrouver leur équilibre émotionnel après l'annonce. Qu'en est-il des autres stratégies de régulation émotionnelle employées par les médecins ? Les résultats de notre quatrième étude nous amènent quelques éléments de réponse. Avant et juste après l'annonce, les médecins régulent leur anxiété avec

l'expression émotionnelle et la recherche de soutien. Le lendemain de l'annonce, la diminution significative du niveau d'anxiété des médecins nous laisse supposer que ces deux stratégies de régulation émotionnelle - l'expression émotionnelle et la recherche de soutien - favorisent le retour à un équilibre émotionnel. En revanche, l'anxiété qui perdure le lendemain de l'annonce est inversement corrélée aux stratégies d'engagement cognitif et comportemental (recherche de sens, réévaluation cognitive, résolution du problème et identification de ses émotions), et positivement corrélée aux stratégies de désengagement cognitif et comportemental (éviter cognitivement et éviter le problème). Or, plus les médecins ont recours à la résolution de problème, moins ils ressentent d'anxiété et de dépression (Tattersall et al., 1999). Pratiquer une activité sportive et avoir des loisirs contribuent également à maintenir l'état de santé mental des médecins (Graham et al., 2001). A l'inverse, plus les médecins ont recours aux stratégies d'évitement, plus ils ressentent d'anxiété et de dépression (Tattersall et al., 1999). Delvaux, Razavi et Farvacques (1988) proposent plusieurs stratégies afin d'aider les médecins à gérer leur stress : prendre conscience de son stress, clarifier les objectifs et le rôle de chacun des soignants, favoriser le soutien entre collègues et rassembler les conditions favorables au travail.

Dans la mesure où certaines stratégies de régulation émotionnelle semblent bénéfiques et d'autres délétères au bien-être psychique des médecins, il nous paraît intéressant d'intégrer cette thématique dans leurs formations. En effet, une formation sur l'acquisition de stratégies de coping efficaces permet de réduire les symptômes de burnout chez les professionnels de santé à court terme et à long terme pourvu que des sessions de rappel aient lieu (Rowe, 2006). Dans l'étude de Rowe (2006), la formation proposée aux professionnels de santé se déroulait sur six semaines, à raison d'une session hebdomadaire de 90 minutes. Le formateur apprenait aux participants à utiliser des stratégies de coping centrées sur le problème, lorsque la

situation le permettait, ou sur les émotions. A partir de situations cliniques, les participants étaient ensuite invités à s'entraîner en groupes restreints, à utiliser ces stratégies. Puis une discussion de groupe permettait de restituer et partager les solutions trouvées aux autres membres du groupe. Entre chaque session, les participants étaient invités à rapporter des situations cliniques problématiques afin de discuter ensemble des solutions disponibles. L'objectif était de faire prendre conscience aux professionnels de santé de l'intérêt de certaines stratégies de coping et du coût d'autres stratégies, comme la rumination, la colère ou le repli sur soi.

Concernant les formations à l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie destinées aux médecins, intégrer un questionnaire collectif sur les stratégies de régulation émotionnelle que les médecins emploient face à l'annonce, et discuter des coûts et bénéfices de chacune de ces stratégies, peut aider les médecins à s'orienter vers des stratégies plus efficaces et moins coûteuses pour leur propre bien-être.

### **3.2. Former les médecins à gérer les réactions émotionnelles de leurs patients**

Les résultats de ce travail de recherche nous ont permis de mettre en évidence l'appréhension et les difficultés éprouvées par les médecins vis-à-vis de la gestion des réactions émotionnelles des patients. Avant l'annonce d'une mauvaise nouvelle, plus les médecins s'attendent à ce que l'annonce déclenche une forte réaction émotionnelle chez le patient et soit tragique pour ce dernier, plus ils appréhendent l'annonce (Etude 1). Ces résultats ont été confirmés dans la deuxième étude, qui a mis en exergue le désarroi des médecins et leur sentiment d'impuissance vis-à-vis de la détresse émotionnelle de leurs patients. Les médecins ne se sentent pas formés à la gestion des réactions émotionnelles des

patients (Etude 2). C'est peut-être la raison pour laquelle l'anxiété des médecins augmente lorsque l'annonce concerne un cancer de mauvais pronostic, contrairement à celle d'un bon pronostic (Etude 4). La possibilité d'offrir un espoir de guérison au patient peut être entendue comme une stratégie employée par les médecins pour diminuer la détresse émotionnelle de leur patient. Effectivement, il est recommandé de maintenir un espoir chez le patient (Back et al., 2008). Cependant, l'espoir ne se cantonne pas exclusivement à un espoir de guérison (Gordon, 2003). Dans ce cas, d'autres espoirs de projets de vie à court terme, comme revoir un parent éloigné, organiser un dernier Noël en famille, peuvent être évoqués et élaborés avec le patient. Face à la souffrance d'un patient qui se sait condamné par la maladie, identifier et discuter des raisons de ses angoisses (mourir seul, laisser seul ses enfants, mourir étouffé, ne pas être soulagé des douleurs physiques causées par la maladie...) peut considérablement participer à atténuer sa souffrance.

Les risques de laisser les médecins démunis face à la détresse de leurs patients sont entre autre, la distanciation à l'égard du patient et l'adoption de conduites d'évitement, par exemple, en attribuant la gestion des réactions émotionnelles des patients à d'autres professionnels de l'équipe, comme le psychologue (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Mc Lean et al., 2011; Shaw et al., 2013). Pourtant, gérer les réactions émotionnelles des patients s'apprend (Libert et al., 2001). Fukui, Ogawa, Ohtsuka, Ohtsuka et Fukui (2008) ont démontré qu'un soutien apporté aux patients après l'annonce diagnostique d'un cancer, par des infirmiers formés à la gestion de la détresse émotionnelle, permettait de réduire le niveau d'anxiété et de dépression des patients comparativement au soutien apporté par des infirmiers n'ayant reçu aucune formation.

Apprendre à gérer les réactions émotionnelles des patients passe par l'acquisition de stratégies de soutien. Celles-ci ont pour objectifs de permettre au patient d'exprimer ses

difficultés, de ventiler ses émotions, et d'être reconnu dans sa souffrance en tant que personne afin de restaurer son estime de lui-même (Delvaux et al., 2008). Les stratégies de soutien reposent sur trois éléments majeurs (Delvaux et al., 2008) :

- La reconnaissance : elle permet de faciliter l'expression du patient grâce à la réitération (qui implique de reprendre ce qui a été dit), et à la reformulation (qui consiste à reprendre ce qui a été dit, et les sentiments sous-jacents).
- L'empathie : il s'agit pour le soignant de reconnaître l'émotion du patient, la nommer et la légitimer.
- La réassurance : elle vise à diminuer l'anxiété du patient grâce au recadrage (qui offre au patient un autre point de vue sur la situation), à l'information (qui peut aider le patient à combler partiellement l'incertitude de son devenir), et la mobilisation des ressources disponibles (par exemple, proposer au patient de recourir aux soins de support).

Lorne (2010a) cite également la force de la synchronisation, qu'il définit par le processus naturel par lequel deux individus s'ajustent au niveau non-verbal pour être « sur la même longueur d'onde » et s'influencent mutuellement au niveau émotionnel. Alors que l'anxiété d'un patient augmente avec l'anxiété exprimée par un médecin (Shapiro et al., 1992), grâce à la synchronisation, un médecin peut apaiser un patient anxieux par l'adoption d'une attitude calme et rassurante (Lorne, 2010a).

Enfin, l'écoute active est un autre outil de communication puissant, au service de la relation d'aide (Lorne, 2010a). Effectivement, l'écoute active facilite l'expression d'autrui. Elle implique d'être attentif à ce que dit le patient, de lui témoigner de l'intérêt, de manifester une attitude de compréhension, d'accepter l'autre de manière inconditionnelle, d'accepter le

vécu du patient tel qu'il est exprimé, avec une neutralité bienveillante et sans jugement (Lewin, Skea, Entwistle, Zwarenstein, & Dick, 2001; Rogers, 2005).

Finalement, ces stratégies de soutien, peu connues des soignants et des médecins, peuvent facilement être intégrées dans les formations destinées aux professionnels de santé, par l'apport de connaissances théoriques puis la mise en pratique dans des jeux de rôle. L'apprentissage de ces quelques outils de base de la relation d'aide, peuvent permettre aux médecins de se sentir plus à l'aise vis-à-vis de la gestion de la détresse émotionnelle des patients à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, ce qui en contrepartie, peut contribuer à diminuer leur appréhension de l'annonce.

### **3.3. Le sens que les médecins donnent à l'annonce et à leur rôle**

A l'origine de la souffrance éprouvée par quelques médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, les résultats de notre troisième étude ont laissé entrevoir l'existence d'un non-sens à l'égard de l'annonce. Ils se retrouvent contraints d'adopter un comportement (annoncer une mauvaise nouvelle) qui s'oppose à leurs valeurs personnelles - le sens de la justice -, et professionnelles - le rôle du médecin guérisseur -. Or, trouver un sens dans son travail congruent avec ses valeurs personnelles et professionnelles favorise le bien-être des médecins, leur satisfaction au travail et les prémunit du burnout ((Lyckholm, 2001; Quill & Williamson, 1990; Shanafelt & Dyrbye, 2012; Shanafelt et al., 2005, 2012; Swetz, Harrington, Matsuyama, Shanafelt, & Lyckholm, 2009; Weiner et al., 2001).

Ces données rappellent les propos de White (2009), spécialiste des thérapies narratives, qui explique la souffrance de ses clients par le fait qu'ils vivent des histoires éloignées de celles qu'ils préféreraient vivre, histoires de vie dans laquelle leurs actions

s'opposent à leurs intentions et leurs valeurs. Reposant sur cette lecture de la souffrance d'un individu, la thérapie narrative propose un questionnement thérapeutique en plusieurs étapes (Doutrelugne, Cottencin, & Betbèze, 2013) :

- Un travail de déconstruction des discours sociaux qui bloquent la personne dans son histoire de vie saturée par le problème,
- Une recherche d'exceptions correspondant à des moments de vie dans lesquels la personne s'est sentie en cohérence avec ses propres valeurs,
- Un tissage autour de ces exceptions afin de recréer du lien entre les actions, les intentions et les valeurs de la personne.

L'objectif de ce travail thérapeutique est de permettre à la personne de *se réassocier*, de retrouver une cohérence interne, en cheminant d'une histoire de vie saturée par le problème, vers une histoire de vie alternative, où elle se sent libre et en accord avec ses valeurs et ses intentions (Doutrelugne et al., 2013).

Il est difficile d'envisager une application directe de la thérapie narrative dans les formations des médecins à l'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie. Cependant, cette approche nous inspire quelques idées de questionnements possibles à renvoyer aux médecins au cours de ces formations.

Il nous paraît pertinent d'identifier les valeurs personnelles et professionnelles des médecins. Leurs valeurs peuvent être explorées grâce à un brainstorming autour des questions suivantes : « Quel sens donnez-vous à l'annonce d'une mauvaise nouvelle ? », « Comment percevez-vous votre rôle en tant que médecin ? ». À partir de cette réflexion collective, un travail de déconstruction des discours sociaux véhiculant l'image de la toute-puissance médicale, du médecin guérisseur et d'un monde juste, peut être envisagé. Ce travail de



déconstruction peut être initié à partir de questions comme : « Où avez-vous appris que le médecin devait guérir ses patients? », « Selon vous, d'où vient cette croyance que le monde est juste, que vous devez guérir les patients... ? », « De quelle manière ces représentations ont-elle évoluée dans notre société ? ».

L'intérêt du travail en groupe restreint (une dizaine de participants) réside dans la possibilité pour les médecins en souffrance face à l'annonce de mauvaises nouvelles, d'entendre et de s'approprier d'autres alternatives exprimées par leurs collègues, concernant le sens donné à l'annonce et au rôle du médecin, qui leur soient beaucoup moins douloureuses.

Enfin, alors que la souffrance des soignants émerge de l'écart formé entre leur idéal de soin et leur pratique clinique (Bendrihen & Rouby, 2007), il nous semble essentiel de repérer les objectifs de soins des médecins à l'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie, quand l'espoir de guérison est vain. Là encore, un questionnaire en groupe sur les objectifs fixés dans la prise en charge des patients peut permettre d'identifier ceux qui sont irréalistes, de les dénoncer, puis d'ouvrir l'éventail des objectifs de soins, en s'appuyant notamment sur les objectifs des soins palliatifs (soulager la douleur du patient, accompagner le patient, l'aider à préparer sa fin de vie...). Nous pouvons supposer qu'il serait plus aisé pour un médecin d'aider son patient en fin de vie à élaborer des objectifs de vie réalistes à court terme et empreint d'espoir adapté, comparativement à un médecin qui se perdrait lui-même dans des objectifs de soins irréalistes.

### 3.4. La relation médecin-patient

En cancérologie, les livres pédagogiques sur la relation médecin-malade et les annonces de mauvaises nouvelles, opposent souvent le médecin *cure*, qui signifie guérir et traiter en anglais, au médecin *care*, qui renvoie à l'idée de prendre soin (Bouché & Ulrich, 2012; Lorne, 2010b; Vinant, 2010). Pour Bouché et Ulrich (2012), le profil *cure* décrit des médecins centrés sur la technique et les faits scientifiques, rigoureux, ponctuels, organisés, d'un calme apparent, qui sont francs et vont droit au but lors des consultations d'annonce. Leurs patients peuvent les percevoir froids, distants et insensibles à leur souffrance. Quant au profil *care*, il décrit des médecins humanistes, sensibles, sympathiques, chaleureux, à l'écoute, conciliants, et envahis par les émotions de leurs patients. Cette image caricaturale qui dissocie les médecins «aux âmes froides et insensibles» des «Bons Samaritains, empêtrés dans la souffrance de leurs patients» (Lorne, 2010b, p. 41), n'ait pourtant pas aussi éloignée de la réalité qu'il n'y paraît. De fait, la troisième étude menée dans ce travail de recherche a mis en exergue trois profils de médecins, se distinguant dans leur perception du lien établi avec leurs patients. Les premiers, assimilables au profil *cure*, revendiquent une mise à distance à l'égard du patient au moment de l'annonce, et le recours à la suppression expressive. Les seconds, comparables au profil *care*, décrivent un glissement de l'empathie vers l'identification aux patients : ces médecins semblent se noyer dans les émotions de leurs patients et leurs propres émotions. Le troisième groupe de médecins semble avoir trouvé une juste distance relationnelle avec leurs patients, s'appuyant sur une relation forte avec les patients, empreinte d'empathie et les guidant dans leur pratique clinique. Des résultats comparables ont déjà été observés dans la littérature, dans l'analyse qualitative du discours des médecins (Jackson et al., 2008) et des patients (Friedrichsen et al., 2000).

Etant donné l'impact supposé délétère pour les patients du recours à la distanciation par les médecins *cures*, et de la souffrance des médecins *cares* causée par un surinvestissement émotionnel dans la relation avec les patients, se pose la question de la recherche de la bonne distance thérapeutique (Article 3), d'un juste équilibre entre les deux profils, *cure* et *care* (Bouché & Ulrich, 2012), et d'une distance utile à l'autre et confortable pour soi (Vinant, 2010).

Pour Vinant (2010), l'accès à cette juste distance thérapeutique passe par une écoute de soi, de ses émotions et des émotions de l'autre. Ainsi, amener les médecins à se questionner sur leurs états émotionnels au moment de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie pourrait faciliter l'accès à la juste distance relationnelle. Dans cette perspective, Ungar, Alperin, Amiel, Beharier, et Reis (2002) proposent une formation destinée aux médecins, sur l'annonce de mauvaises nouvelles. Cette formation s'étale sur 14 sessions de 90 minutes. Chaque session, co-animée par un médecin et un travailleur social, concilie apports théoriques, mise en pratique sous forme de jeux de rôle, et questionnement sur ses propres états émotionnels. Chaque session aborde un thème spécifique : la difficulté à annoncer une mauvaise nouvelle, qu'est-ce qu'une mauvaise nouvelle, l'importance d'annoncer une mauvaise nouvelle, les techniques de communication, la préparation du patient à l'annonce, la reconnaissance des besoins du patient, les différentes étapes de l'annonce, les émotions du patient, accompagner un patient dépressif, gérer la colère du patient, gérer l'anxiété du patient, les questions difficiles du patient, le médecin et la famille du patient, les émotions du médecin.

Si cette formation paraît coûteuse en temps, elle présente l'intérêt d'intriquer la reconnaissance de l'état émotionnel du médecin, comme un aspect essentiel de l'annonce de mauvaises nouvelles.

Dans une autre approche, Kearney (2009) souligne l'importance de développer la conscience de soi chez les médecins à travers la reconnaissance de ses états émotionnels. Krasner et al. (2009) ont montré qu'une intervention reposant sur des exercices de pleine conscience et un questionnement sur l'expérience émotionnelle, permettait d'améliorer l'état émotionnel des médecins et de réduire le burnout.

# Conclusion générale

L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie représente un moment clé dans le parcours de soin des patients. Souvent entendue comme une menace de mort chez les patients, elle peut être vécue comme un trauma et déclencher une détresse émotionnelle. Si cette nouvelle est difficile à entendre pour les patients, elle est tout aussi difficile à dire pour les médecins. Alors que nombre d'études s'est penchée sur le vécu des patients, nous nous sommes intéressés au vécu émotionnel des médecins et à leurs stratégies de régulation émotionnelle. A partir de la théorie de la régulation émotionnelle et de la littérature sur la relation médecin-patient, trois éléments ont retenu notre attention : 1) les stratégies de régulation émotionnelle mises en place par un individu sont susceptibles d'apparaître dans ses comportements verbaux et non-verbaux, 2) les comportements verbaux et non-verbaux des médecins impactent leurs compétences relationnelles, et 3) les compétences relationnelles des médecins affectent l'ajustement psychologique de leurs patients. Ces trois constats nous ont amenés à nous interroger sur l'impact des stratégies de régulation émotionnelle des médecins

confrontés à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie et de leurs compétences relationnelles, sur l'ajustement psychologique de leurs patients à la maladie. Afin de répondre à cette problématique, d'appréhender le vécu émotionnel des médecins, les processus psychiques sous-jacents et d'identifier leurs stratégies de régulation émotionnelle, quatre études ont été menées. Celles-ci se sont appuyées sur une méthode mixte de recherche.

Contrairement à nos hypothèses, aucun lien n'est apparu entre : 1) les stratégies de régulation émotionnelle des médecins et l'ajustement psychologique des patients 15 jours après l'annonce, et 2) les compétences relationnelles des médecins et l'ajustement psychologique de leurs patients. Les résultats de ce travail de recherche permettent d'atténuer la lourde responsabilité allouée aux médecins au moment de l'annonce, sur l'ajustement psychologique de leurs patients. De plus, ils mettent en exergue la diversité des émotions que les annonces font naître chez les médecins (comme l'anxiété, la tristesse, le sentiment d'échec, le malaise pour les émotions négatives ; le soulagement, la satisfaction, pour les émotions positives), et les stratégies de régulation émotionnelle utilisées (comme la suppression expressive, la réévaluation cognitive, la prise de recul, la recherche de soutien social, le fatalisme ou la résolution de problème). Enfin, ce travail de thèse nous a apporté deux nouveaux éléments de compréhension du vécu émotionnel des médecins. Le premier concerne le sens que les médecins donnent à l'annonce et à leur rôle en tant que médecin, au regard de leurs valeurs personnelles et professionnelles. Le second élément concerne le lien que les médecins établissent avec leurs patients, entre distance et proximité.

Les retombées de ce travail de thèse concernent la formation à l'annonce de mauvaises nouvelles destinées aux médecins. Aider les médecins à acquérir des stratégies de régulation émotionnelle adaptées, renforcer leurs compétences en matière de gestion des émotions du patient, et associées un questionnement sur leur propre état émotionnel face à l'annonce, sur

le sens qu'ils donnent à l'annonce, à leur rôle et le lien avec leurs patients, sont des éléments à intégrer dans les formations proposées actuellement. Enrichir les formations à l'annonce de mauvaises nouvelles destinées aux médecins par ces éléments, aiderait les médecins en difficulté à diminuer la souffrance suscitée par l'annonce, et d'une manière plus générale, permettrait de préserver leur bien-être au travail.

# Références bibliographiques

- Alby, N. (1995). L'information en cancérologie. In N. Pelicier (Éd.), *Psychologie, cancer et société* (p. 143). Paris: Esprit du temps.
- Allegra, C. J., Hall, R., & Yothers, G. (2005). Prevalence of Burnout in the U.S. Oncology Community: Results of a 2003 Survey. *Journal of Oncology Practice, 1*(4), 140-147.
- Armstrong, J., & Holland, J. (2004). Surviving the stresses of clinical oncology by improving communication, *18*(3), 363-375.
- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Elorza, R. D., Haak, R., ... Rosenbaum, M. (2013). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling, 93*(1), 18-26.
- Back, A. L., Anderson, W. G., Bunch, L., Marr, L. A., Wallace, J. A., Yang, H. B., & Arnold, R. M. (2008). Communication about cancer near the end of life. *Cancer, 113*(7 Suppl), 1897-1910.
- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Fryer-Edwards, K. A., Alexander, S. C., Barley, G. E., ... Tulsky, J. A. (2007). Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Archives of internal medicine, 167*(5), 453-460.
- Baider, L., & Wein, S. (2001). Reality and fugues in physicians facing death: confrontation, coping, and adaptation at the bedside. *Critical Reviews in Oncology/Hematology, 40*(2), 97-103.



- Baile, W. F., & Aaron, J. (2005). Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Current opinion in oncology*, *17*(4), 331-335.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, *5*(4), 302-311.
- Baile, W. F., Kudelka, A. P., Beale, E. A., Glober, G. A., Myers, E. G., Greisinger, A. J., ... Lenzi, R. (1999). Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer*, *86*(5), 887-897.
- Baile, W. F., Lenzi, R., Parker, P. A., Buckman, R., & Cohen, L. (2002). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, *20*(8), 2189-2196.
- Baillet, F., & Pelicier, N. (1998). L'annonce diagnostique : Impact psychologique et bonnes pratiques. *L'Encéphale du praticien*, (2), 35-41.
- Bendrihen, N., & Rouby, P. (2007). Adaptation, coping, stratégies d'ajustement et mécanismes de défense. In S. Dolbeault, S. Dauchy, A. Bredart, & S. Consoli (Éd.), *La psycho-oncologie* (p. 39-50). Paris: John Libbey Eurotext.
- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social science & medicine* (1982), *32*(11), 1301-1310.
- Bernhard, J., Butow, P., Aldridge, J., Juraskova, I., Ribi, K., & Brown, R. (2012). Communication about standard treatment options and clinical trials: can we teach doctors new skills to improve patient outcomes? *Psycho-oncology*, *21*(12), 1265-1274.

- Blanchard, C. G., Labrecque, M. S., Ruckdeschel, J. C., & Blanchard, E. B. (1990). Physician behaviors, patient perceptions, and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalized adult cancer patients. *Cancer*, *65*(1), 186-192.
- Blanchard, P., Truchot, D., Albiges-Sauvin, L., Dewas, S., Pointreau, Y., Rodrigues, M., ... Kantor, G. (2010). Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. *European journal of cancer*, *46*(15), 2708-2715.
- Blomberg, K., & Sahlberg-Blom, E. (2007). Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing*, *16*(2), 244-254.
- Bor, R., Miller, R., Goldman, E., & Scher, I. (1993). The meaning of bad news in HIV disease: Counselling about dreaded issues revisited. *Counselling Psychology Quarterly*, *6*(1), 69-80.
- Borteyrou, X., Truchot, D., & Rascle, N. (2009). Le stress chez le personnel travaillant en oncologie: une tentative de classification des strategies de coping. *La revue de psychologie du travail et des organisations, Spécial santé au travail*, *15*(4), 380-398.
- Bouché, O., & Ulrich, B. (2012). *Les annonces en cancérologie Le médecin face au malade Témoignages et repères méthodologiques*. Paris: Springer Paris : Imprint: Springer.
- Bragard, I., Razavi, D., Marchal, S., Merckaert, I., Delvaux, N., Libert, Y., ... Etienne, A.-M. (2006). Teaching communication and stress management skills to junior physicians dealing with cancer patients: a Belgian Interuniversity Curriculum. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *14*(5), 454-461.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - coping or personal transition? *Psycho-oncology*, *10*(1), 1-18.

- Brown, J. B., Boles, M., Mullooly, J. P., & Levinson, W. (1999). Effect of Clinician Communication Skills Training on Patient Satisfaction. A Randomized, Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*, *131*(11), 822-829.
- Brown, R., Dunn, S., Byrnes, K., Morris, R., Heinrich, P., & Shaw, J. (2009). Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, *84*(11), 1595-1602.
- Brown, V. A., Parker, P. A., Furber, L., & Thomas, A. L. (2011). Patient preferences for the delivery of bad news - the experience of a UK Cancer Centre. *European journal of cancer care*, *20*(1), 56-61.
- Bruchon-Schweitzer, M.-L. (2001). Concepts, Stress, Coping. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en Soins Infirmiers*, *67*, 70-83.
- Bruchon-Schweitzer, M.-L. (2002). *Psychologie de la santé: Modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.
- Bruera, E., Palmer, J. L., Pace, E., Zhang, K., Willey, J., Strasser, F., & Bennett, M. I. (2007). A randomized, controlled trial of physician postures when breaking bad news to cancer patients. *Palliative Medicine*, *21*(6), 501-505.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, *288*(6430), 1597-1599.
- Buckman, R. (2001). *S'asseoir pour parler : L'Art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. (Lary Cohen, Trad.). Issy les Moulineaux : Elsevier Masson.
- Buckman, R., & Kason, Y. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Butow, P. N., Kazemi, J. N., Beeney, L. J., Griffin, A. M., Dunn, S. M., & Tattersall, M. H. (1996). When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. *Cancer*, 77(12), 2630-2637.
- Butow, P. N., Maclean, M., Dunn, S. M., Tattersall, M. H. N., & Boyer, M. J. (1997). The dynamics of change: Cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Annals of Oncology*, 8(9), 857-863.
- Canguilhem, G. (2002). *Ecrits sur la médecine*. Paris: Seuil.
- Catalan, J., Burgess, A., Pergami, A., Hulme, N., Gazzard, B., & Phillips, R. (1996). The psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: The case of HIV infection and oncology. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(4), 425-435.
- Châtel, T. (2013, juin). *D'où venons-nous, où allons-nous?* Présenté à Congrès de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Lille.
- Chen, P. Y., & Chang, H.-C. (2012). The coping process of patients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 10-16.
- Clayton, J. M., Butow, P. N., & Tattersall, M. H. N. (2005). The needs of terminally ill cancer patients versus those of caregivers for information regarding prognosis and end-of-life issues. *Cancer*, 103(9), 1957-1964.
- Clayton, J. M., Hancock, K., Walder, S., Butow, P. N., Carrick, S., Currow, D., ... Tattersall, M. H. N. (2007). A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. *Journal of pain and symptom management*, 34(1), 81-93.
- Clément-Hryniewicz, N., & Paillaud, E. (2008). Quand le mot cancer fait trauma Réflexions autour de l'annonce diagnostique de cancer. *Psycho-Oncologie*, 2(1), 44-48.

- Cohen, F., & Lazarus, R. (1979). Coping with the stress of illness. In G. Stone, F. Cohen, & Adler (Éd.), *Health psychology : a Handbook*. Washington: Jossey-Bass.
- Cohen, L., Baile, W. F., Henninger, E., Agarwal, S. K., Kudelka, A. P., Lenzi, R., ... Marshall, G. D. (2003). Physiological and psychological effects of delivering medical news using a simulated physician-patient scenario. *Journal of behavioral medicine*, 26(5), 459-471.
- Commission de réflexion sur la fin de vie en France*. (2012).
- Costantini, M.-L., Lancelot, A., Tarquinio, C., & Lanfranchi, J.-B. (2005). *L'échelle des mécanismes de défense des soignants (EMDS): un outil adapté à l'analyse de la pratique soignante*. Communication orale présenté à IIIe Congrès international de psychologie de la Santé de langue française, Aix en Provence.
- Cripe, L. D., Rawl, S. M., Schmidt, K. K., Tong, Y., Monahan, P. O., & Rand, K. L. (2012). Discussions of life expectancy moderate relationships between prognosis and anxiety or depression in men with advanced cancer. *Journal of palliative medicine*, 15(1), 99-105.
- De Valck, C., Bruynooghe, R., Bensing, J. M., Kerssens, J. J., & Hulsman, R. L. (2001). Cue-responding in a Simulated Bad News Situation: Exploring a Stress Hypothesis. *Journal of health psychology*, 6(5), 585-596.
- Delvaux, N., Razavi, D., Brédart, A., Libert, Y., Merckaert, I., & Liénard, A. (2008). Communication soignant-soigné: généralités. In D. Razavi & N. Delvaux (Éd.), *Précis de psycho-oncologie de l'adulte* (p. 189-224). Issy les Moulineaux: Elsevier Masson.
- Delvaux, N., Razavi, D., & Farvacques, C. (1988). Cancer care—A stress for health professionals. *Social Science & Medicine*, 27(2), 159-166.

- Delvaux, N., Razavi, D., Marchal, S., Brédart, A., Farvacques, C., & Slachmuylder, J.-L. (2004). Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. *British journal of cancer*, 90(1), 106-114.
- Derogatis, L., & Morrow, G. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 249(6), 751-757.
- Deschamps, D. (1997). *Psychanalyse et cancer: au fil des mots-- un autre regard*. Paris: L'Harmattan.
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38.
- Dillies, A.-F., Gironde, M., Bézy, O., & Dauplat, J. (2006). Les enjeux de l'information médicale en cancérologie: information ou communication? *Oncologie*, 8(12), HS132-HS134.
- DiMatteo, M. R., Taranta, A., Friedman, H. S., & Prince, L. M. (1980). Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical care*, 18(4), 376-387.
- Dosanjh, S., Barnes, J., & Bhandari, M. (2001). Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Medical education*, 35(3), 197-205.
- Doutrelugne, Y., Cottencin, O., & Betbèze, J. (2013). *Thérapies brèves principes et outils pratiques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Ensemble Parlons Autrement du Cancer [EPAC]. (2002). *Face aux cancers : au-delà des mots. Observatoire de la communication et du langage*. Paris: Laboratoire Adventis.

- Espinosa, E., Gonzalez Baron, M., Zamora, P., Ordonez, A., & Arranz, P. (1996). Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. *Supportive care in cancer*, 4(1), 61-63.
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades: information et mensonge*. Paris: Presses universitaires de France.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1592-1597.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363(9405), 312-319.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., & Solis-Trapala, I. (2003). Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *British journal of cancer*, 89(8), 1445-1449.
- Fernandez, L., & Pedinielli, J.-L. (2007). La recherche en psychologie clinique: recherche clinique ou recherche en clinique. In *La formation professionnelles et les fonctions des psychologues cliniciens* (p. 202-212). Paris: L'Harmatta.
- Ferraz Gonçalves, J., & Castro, S. (2001). Diagnosis disclosure in a Portuguese oncological centre. *Palliative medicine*, 15(1), 35-41.
- Fielden, S. L., & Peckar, C. J. (1999). Work stress and hospital doctors: a comparative study. *Stress Medicine*, 15(3), 137-141.
- Fischer, G. N., & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- Fischer, G.-N. (2005). *Traité de psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, stress, and coping*, 21(1), 3-14.

- Freud, S. (1915). Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort. In S. Freud (Éd.), S. Jankélévitch (Trad.), *Essais de psychanalyse*. (p. 235-267). Paris: Payot.
- Friedrichsen, M., Strang, P. M., & Carlsson, M. E. (2000). Breaking bad news in the transition from curative to palliative cancer care--patient's view of the doctor giving the information. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 8(6), 472-478.
- Fujimori, M., & Uchitomi, Y. (2009). Preferences of Cancer Patients Regarding Communication of Bad News: A Systematic Literature Review. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 39(4), 201-216.
- Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M., & Fukui, N. (2008). A randomized study assessing the efficacy of communication skill training on patients' psychologic distress and coping: nurses' communication with patients just after being diagnosed with cancer. *Cancer*, 113(6), 1462-1470.
- Garderet, L., Ollivier, M.-P., Najman, A., & Gorin, N.-C. (2006). L'annonce d'une mauvaise nouvelle. Revue de la littérature. *Oncologie*, 8(12), HS126-HS131.
- Garg, A., Buckman, R., & Kason, Y. (1997). Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 156(8), 1159-1164.
- Girgis, A., Hansen, V., & Goldstein, D. (2009). Are Australian oncology health professionals burning out? A view from the trenches. *European Journal of Cancer*, 45(3), 393-399.
- Girgis, A., Sanson-Fisher, R. W., & Schofield, M. J. (1999). Is there consensus between breast cancer patients and providers on guidelines for breaking bad news? *Behavioral medicine (Washington, D.C.)*, 25(2), 69-77.



- Gordon, G. H. (2003). Care not cure: dialogues at the transition. *Patient Education and Counseling*, 50(1), 95-98.
- Graham, J., Albery, I. P., Ramirez, A. J., & Richards, M. A. (2001). How hospital consultants cope with stress at work: implications for their mental health. *Stress and Health*, 17(2), 85-89. doi:10.1002/smi.884
- Greene, J. C., Caracelli, V. J., & Graham, W. F. (1989). Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3), 255.
- Griffith, C. H., 3rd, Wilson, J. F., Langer, S., & Haist, S. A. (2003). House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *Journal of general internal medicine*, 18(3), 170-174.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. (2008). Emotion Regulation. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Éd.), *Handbook of Emotions* (3<sup>e</sup> éd., p. 497-512). New-York: Guilford Press.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348-362.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Éd.), *Handbook of Emotion Regulation* (p. 3-27). New-York: Guilford Press.
- Grunfeld, E., Whelan, T. J., Zitzelsberger, L., Willan, A. R., Montesanto, B., & Evans, W. K. (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 163(2), 166-169.

- Guével, M.-R., & Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique, Vol. 24(1)*, 23-38.
- Gurevich, M., Devins, G. M., & Rodin, G. M. (2002). Stress Response Syndromes and Cancer: Conceptual and Assessment Issues. *Psychosomatics, 43(4)*, 259-281.
- Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. A., Lobb, E. A., Pendlebury, S., Leighl, N., ... Tattersall, M. H. N. (2004). Cancer Patient Preferences for Communication of Prognosis in the Metastatic Setting. *Journal of Clinical Oncology, 22(9)*, 1721-1730.
- Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. M., Lobb, E. A., Pendlebury, S. C., Leighl, N., ... Tattersall, M. H. N. (2005). Communicating With Realism and Hope: Incurable Cancer Patients' Views on the Disclosure of Prognosis. *Journal of Clinical Oncology, 23(6)*, 1278-1288.
- Hall, J. A., Harrigan, J. A., & Rosenthal, R. (1995). Nonverbal behavior in clinician—patient interaction. *Applied and Preventive Psychology, 4(1)*, 21-37.
- Hall, J. A., Roter, D. L., & Rand, C. S. (1981). Communication of Affect between Patient and Physician. *Journal of Health and Social Behavior, 22(1)*, 18.
- Harding, R., Simms, V., Calanzani, N., Higginson, I. J., Hall, S., Gysels, M., ... on behalf of PRISMA. (2013). If you had less than a year to live, would you want to know? A seven-country European population survey of public preferences for disclosure of poor prognosis. *Psycho-oncology*.
- Harrigan, J. A., Oxman, T. E., & Rosenthal, R. (1985). Rapport expressed through non-verbal behaviour., *9(2)*, 95-110.
- Haute Autorité de Santé. (2008). Annoncer une mauvaise nouvelle.
- Haute Autorité de Santé. (2012). Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé.

- Henoch, I., Danielson, E., Strang, S., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2013). Training Intervention for Health Care Staff in the Provision of Existential Support to Patients With Cancer: A Randomized, Controlled Study. *Journal of pain and symptom management*.
- Hirsch, E. (2006). Entre vérité et secret: le sens profond de la relation de soin. *Oncologie*, 8(12), HS89-HS90.
- Hulsman, R. L., Pranger, S., Koot, S., Fabriek, M., Karemaker, J. M., & Smets, E. M. A. (2010). How stressful is doctor–patient communication? Physiological and psychological stress of medical students in simulated history taking and bad-news consultations. *International Journal of Psychophysiology*, 77(1), 26–34.
- Institut National du Cancer. (2006). Le dispositif d’annonce du cancer, (Mesure 40 du plan cancer).
- Institut National du Cancer. (2012). La situation du cancer en France en 2012.
- Isikhan, V., Comez, T., & Danis, M. Z. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 8(3), 234–244.
- Jackson, V. A., Mack, J., Matsuyama, R., Lakoma, M. D., Sullivan, A. M., Arnold, R. M., ... Block, S. D. (2008). A Qualitative Study of Oncologists’ Approaches to End-of-Life Care. *Journal of Palliative Medicine*, 11(6), 893–906.
- Jenkins, V., Fallowfield, L., & Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *British Journal of Cancer*, 84(1), 48–51.
- Jiang, Y., Li, J., Liu, C., Huang, M., Zhou, L., Li, M., ... Wei, Y. (2006). Different attitudes of oncology clinicians toward truth telling of different stages of cancer. *Supportive*

- care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 14(11), 1119-1125.
- Jick, T. D. (1979). Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 602.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133.
- Jones, F. M. E., Fellows, J. L., & Horne, D. J. de L. (2011). Coping with cancer: a brief report on stress and coping strategies in medical students dealing with cancer patients. *Psycho-oncology*, 20(2), 219-223.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22(4), 499-524.
- Kearney, M., Weininger, N., Vachon, M., Harrison, R., & Mount, B. (2009). Self-care of physicians caring for patients at the end of life: « being connected . . . a key to my survival ». *JAMA*, 301(11), 1155-1164.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*, 23(1), 4-41.
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 302(12), 1284-1293.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New-York: Touchstone.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Les derniers instants de la vie*. Genève: Labor et Fides.

- Kutner, J. S., Steiner, J. F., Corbett, K. K., Jahnigen, D. W., & Barton, P. L. (1999). Information needs in terminal illness. *Social Science & Medicine*, 48(10), 1341-1352.
- La Ménardière, H. (2010). Le contexte de la maladie grave: Quelles répercussions chez la personne malade? In F. Goldwasser (Éd.), *La relation médecin-malade en cancérologie* (p. 11-13). Paris: JBH santé.
- Larsen, J. C., & Prizmic, Z. (2004). Affect regulation. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Éd.), *Handbook of self-regulation: research, theory and applications* (p. 40-61). New-York: Guilford Press.
- Larsen, K. M., & Smith, C. K. (1981). Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. *The Journal of family practice*, 12(3), 481-488.
- Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11(3), 129-141.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Lemaire, J. B., & Wallace, J. E. (2010). Not all coping strategies are created equal: a mixed methods study exploring physicians' self reported coping strategies. *BMC Health Services Research*, 10(1), 208.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Éd.), *Contributions to medical psychology* (Vol. 2, p. 7-33). New-York: Pergamon Press.
- Lewin, S. A., Skea, Z. C., Entwistle, V., Zwarenstein, M., & Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (4), CD003267.

- Libert, Y., Conradt, S., Reynaert, C., Janne, P., Tordeurs, D., Delvaux, N., ... Razavi, D. (2001). Améliorer les stratégies de communication des médecins en oncologie : état des lieux et perspectives futures. *Bulletin du Cancer*, 88(12), 1167-76.
- Libert, Y., Merckaert, I., Reynaert, C., & Razavi, D. (2006). Les enjeux, objectifs et particularités de la communication médecin-malade en oncologie : état des lieux et perspectives futures. *Bulletin du cancer*, 93(4), 357-362.
- Liénard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., ... Razavi, D. (2006). Factors that influence cancer patients' anxiety following a medical consultation: impact of a communication skills training programme for physicians. *Annals of Oncology*, 17(9), 1450-1458.
- Liénard, A., Merckaert, I., & Razavi, D. (2008). Stress et burnout des soignants. In D. Razavi & N. Delvaux (Éd.), *Précis de psycho-oncologie de l'adulte* (p. 279-294). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Ligue Contre le Cancer. (1999). *Les malades prennent la parole : le livre blanc des Iers Etats Généraux des malades du cancer*. Paris: Ramsay. Consulté à l'adresse [http://pmb.santenpdc.org/opac\\_css/index.php?lvl=notice\\_display&id=6891](http://pmb.santenpdc.org/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=6891)
- Llorca, G. (2006). L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale. *Médecine*, 2(7), 330-333.
- Lorne, B. (2010a). Communiquer avec le patient et son entourage. In F. Goldweisseur (Éd.), *La relation médecin-malade en cancérologie* (p. 69-78). Paris: J.B.H. Santé.
- Lorne, B. (2010b). Le soignant face à ses émotions: adaptation psychologique et épuisement professionnel. In F. Goldweisseur (Éd.), *La relation médecin-malade en cancérologie* (p. 41-49). Paris: J.B.H. Santé.

- Lowden, B. (1998). The health consequences of disclosing bad news. *European Journal of Oncology Nursing*, 2(4), 225-230.
- Lyckholm, L. (2001). Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. *The Lancet Oncology*, 2(12), 750-755.
- Mager, W. M., & Andrykowski, M. A. (2002). Communication in the cancer 'bad news' consultation: patient perceptions and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(1), 35-46.
- Maguire, P. (1985). Barriers to psychological care of the dying. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 291(6510), 1711-1713.
- Maguire, P. (1998). Breaking bad news. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 24(3), 188-191.
- Marcinowicz, L., Konstantynowicz, J., & Godlewski, C. (2010). Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. *The British Journal of General Practice*, 60(571), 83-87.
- Mast, M. S., Hall, J. A., Köckner, C., & Choi, E. (2008). Physician gender affects how physician nonverbal behavior is related to patient satisfaction. *Medical care*, 46(12), 1212-1218.
- Mauri, E., Vegni, E., Lozza, E., Parker, P. A., & Moja, E. A. (2009). An exploratory study on the Italian patients' preferences regarding how they would like to be told about their cancer. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 17(12), 1523-1530.
- Mc Lean, M., Cleland, J., Worrell, M., & Vogeleson, C. (2011). « What am I going to say here? » The experiences of doctors and nurses communicating with patients in a cancer unit, 2(339).

- Meredith, C., Symonds, P., Webster, L., Lamont, D., Pyper, E., Gillis, C. R., & Fallowfield, L. (1996). Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ*, *313*(7059), 724-726. 4
- Merker, B. M., Hanson, W. E., & Poston, J. M. (2010). National Survey of Psychologists' Training and Practice in Breaking Bad News: A Mixed Methods Study of the MUM Effect. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *17*(3), 211-219.
- Meyer, P. (1998). *Leçons sur la vie, la mort et la maladie*. Hachette Littérature.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology*, *12*(2), 160-174.
- Montbel, M. de, Borgne, V. L., Bara, C., Spire, A., & Bugat, R. (2006). Le dispositif d'annonce: le point de vue de l'Institut National du Cancer (INCa). *Oncologie*, *8*(12), HS91-HS93.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1984). The Crisis of Physical Illness. In R. H. Moos (Éd.), *Coping with Physical Illness* (p. 3-25). Springer US.
- Morel, V. (2013, avril). *Fin de vie : en débattre*. Présenté à Soirée espace éthique-SFAP, Paris.
- National Comprehensive Cancer Network [NCCN]. (2011). Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management.
- Nosarti, C., Roberts, J. V., Crayford, T., McKenzie, K., & David, A. S. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(6), 1123-1130.
- Observatoire National de la Fin de Vie. (2013). Répartitions des lieux de décès en France.



- Ogden, J. (2008). *Psychologie de la santé*. De Boeck.
- Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine (1982)*, *40*(7), 903-918.
- Parker, P. A., Baile, W. F., Moor, C. de, Lenzi, R., Kudelka, A. P., & Cohen, L. (2001). Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication. *Journal of Clinical Oncology*, *19*(7), 2049-2056.
- Parker, S. M., Clayton, J. M., Hancock, K., Walder, S., Butow, P. N., Carrick, S., ... Tattersall, M. H. N. (2007). A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. *Journal of pain and symptom management*, *34*(1), 81-93.
- Parkinson, B. (1996). *Changing moods: the psychology of mood and mood regulation*. London; New York: Addison Wesley Longman.
- Parkinson, B., & Totterdell, P. (1999). Classifying Affect-regulation Strategies. *Cognition & Emotion*, *13*(3), 277-303.
- Paul, C. L., Clinton-McHarg, T., Sanson-Fisher, R. W., Douglas, H., & Webb, G. (2009). Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. *European journal of cancer (Oxford, England: 1990)*, *45*(17), 2960-2966.
- Perrain, A., Kousignian, I., Dauchy, S., Duponchel, P., Cahn, J.-Y., & Colombat, P. (2009). Les difficultés d'annoncer la maladie grave pour les hématologistes français. *Hématologie*, *15*(2), 161-167.

- Pham, A. K., Bauer, M. T., & Balan, S. (2013). Closing the Patient–Oncologist Communication Gap: A Review of Historic and Current Efforts. *Journal of Cancer Education*, 1-8.
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 276(6), 496-502.
- Ptacek, J. T., & Ellison, N. M. (2000). Health care providers' perspectives on breaking bad news to patients. *Critical care nursing quarterly*, 23(2), 51-59.
- Ptacek, J. T., Fries, E. A., Eberhardt, T. L., & Ptacek, J. J. (1999). Breaking bad news to patients: physicians' perceptions of the process. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 7(3), 113-120.
- Ptacek, J. T., & McIntosh, E. G. (2009). Physician challenges in communicating bad news. *Journal of behavioral medicine*, 32(4), 380-387.
- Ptacek, J. T., & Ptacek, J. J. (2001). Patients' Perceptions of Receiving Bad News About Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19(21), 4160-4164.
- Ptacek, J. T., Ptacek, J. J., & Ellison, N. M. (2001). « I'm sorry to tell you ... » physicians' reports of breaking bad news. *Journal of behavioral medicine*, 24(2), 205-217.
- Pucheu, S. (2007). Les représentations des patients. In S Dolbeault, S. Dauchy, A. Brédart, & S. Consoli (Éd.), *La psycho-oncologie* (p. 51-57). Paris: John Libbey Eurotext.
- Quill, T. E., & Williamson, P. R. (1990). Healthy approaches to physician stress. *Archives of internal medicine*, 150(9), 1857-1861.
- Quirk, M., Mazor, K., Haley, H.-L., Philbin, M., Fischer, M., Sullivan, K., & Hatem, D. (2008). How patients perceive a doctor's caring attitude. *Patient education and counseling*, 72(3), 359-366.

- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., Gregory, W. M., Leaning, M. S., ... Timothy, A. R. (1995). Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British journal of cancer*, 71(6), 1263-1269.
- Randall, T. C., & Wearn, A. M. (2005). Receiving bad news: patients with haematological cancer reflect upon their experience. *Palliative Medicine*, 19(8), 594-601.
- Razavi, D., & Delvaux, N. (1997). Communication skills and psychological training in oncology. *European Journal of Cancer*, 33, Supplement 6, S15-S21.
- Razavi, D., & Delvaux, N. (2008). Adaptation, résilience et troubles psychiatriques. In D. Razavi & N. Delvaux (Éd.), *Précis de psycho-oncologie de l'adulte* (p. 123-142). Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Razavi, D., Delvaux, N., & Farvacques, C. (2008a). Adaptation psychologique : Concepts et problématiques. In D. Razavi & N. Delvaux (Éd.), *Précis de psycho-oncologie de l'adulte* (p. 87-121). Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Razavi, D., Delvaux, N., & Farvacques, C. (2008b). Adaptation psychologique: généralités. In D. Razavi & N. Delvaux (Éd.), *Précis de psycho-oncologie de l'adulte* (p. 65-86). Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Razavi, D., Delvaux, N., Marchal, S., Durieux, J.-F., Farvacques, C., Dubus, L., & Hogenraad, R. (2002). Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomised study. *British journal of cancer*, 87(1), 1-7.
- Razavi, D., Merckaert, I., Marchal, S., Libert, Y., Conradt, S., Boniver, J., ... Delvaux, N. (2003). How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops.

- Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 21(16), 3141-3149.
- Reich, M., Ait-Kaci, F., & Sedda, A.-L. (2007). La détresse psychologique sous toutes ses formes. In S. Dolbeault, S. Dauchy, A. Brédart, & S. M. Consoli (Éd.), *La psychoncologie* (p. 58-76). Paris: John Libbey Eurotext.
- Reich, M., Deschamps, C., Ulaszewski, A. ., & Horner-Vallet, D. (2001). L'annonce d'un diagnostic de cancer : paradoxes et quiproquos. *La Revue de Médecine Interne*, 22(6), 560-566.
- Reich, M., Vennin, P., & Belkacémi, Y. (2008). L'annonce du diagnostic de cancer : l'acte qui doit sceller le pacte de confiance médecin-malade. *Bulletin du Cancer*, 95(9), 841-847.
- Reynolds, M. (1978). No news is bad news: patients' views about communication in hospital. *British Medical Journal*, 1(6128), 1673-1676.
- Roberts, C. S., Cox, C. E., Reintgen, D. S., Baile, W. F., & Gibertini, M. (1994). Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer*, 74(1 Suppl), 336-341.
- Rogers, C. (2005). *Le développement de la personne* (Nouvelle présentation.). Dunod.
- Roter, D. L., Frankel, R. M., Hall, J. A., & Sluyter, D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. *Journal of general internal medicine*, 21 Suppl 1, S28-34.
- Roter, D. L., Hall, J. A., Kern, D. E., Barker, L. R., Cole, K. A., & Roca, R. P. (1995). Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Archives of internal medicine*, 155(17), 1877-1884.

- Rowe, M. M. (2006). Four-year Longitudinal Study of Behavioral Changes in Coping With Stress. *American Journal of Health Behavior*, 30(6), 602-612.
- Russell, B. J., & Ward, A. M. (2011). Deciding what information is necessary: do patients with advanced cancer want to know all the details? *Cancer management and research*, 3, 191-199.
- Ruszniewski, M. (2004). *Face à la maladie grave: patients, familles, soignants*. Paris: Dunod.
- Ruszniewski, M. (2009). Fin de vie et société : approche psychanalytique. In Emmanuel Hirsch (Éd.), *Face aux fins de vie et à la mort* (p. 38-40). Paris: Vuibert.
- Rutter, D. R., Iconomou, G., & Quine, L. (1996). Doctor-patient communication and outcome in cancer patients: An intervention. *Psychology & Health*, 12(1), 57-71.
- Salander, P. (2002). Bad news from the patient's perspective: an analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients. *Social science & medicine* (1982), 55(5), 721-732.
- Schaepe, K. S. (2011). Bad news and first impressions: patient and family caregiver accounts of learning the cancer diagnosis. *Social science & medicine* (1982), 73(6), 912-921.
- Schattner, A. (2002). What do patients really want to know? *QJM*, 95(3), 135-136.
- Schmidt Mast, M. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient education and counseling*, 67(3), 315-318.
- Schofield, P. E., Beeney, L. J., Thompson, J. F., Butow, P. N., Tattersall, M. H. N., & Dunn, S. M. (2001). Hearing the bad news of a cancer diagnosis: The Australian melanoma patient's perspective. *Annals of Oncology*, 12(3), 365-371.

- Schofield, P. E., Butow, P. N., Thompson, J. F., Tattersall, M. H. N., Beeney, L. J., & Dunn, S. M. (2003). Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology, 14*(1), 48-56.
- Shanafelt, T. (2008). A Career in Surgical Oncology: Finding Meaning, Balance, and Personal Satisfaction. *Annals of Surgical Oncology, 15*(2), 400-406.
- Shanafelt, T. (2009). Enhancing meaning in work: A prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *JAMA, 302*(12), 1338-1340.
- Shanafelt, T., Chung, H., White, H., & Lyckholm, L. (2006). Shaping Your Career to Maximize Personal Satisfaction in the Practice of Oncology. *Journal of Clinical Oncology, 24*(24), 4020-4026.
- Shanafelt, T., & Dyrbye, L. (2012). Oncologist Burnout: Causes, Consequences, and Responses. *Journal of Clinical Oncology, 30*(11), 1235-1241.
- Shanafelt, T., Novotny, P., Johnson, M., Zhao, X., Steensma, D., Lacy, M., ... Sloan, J. (2005). The well-being and personal wellness promotion strategies of medical oncologists in the North Central Cancer Treatment Group. *Oncology, 68*(1), 23-32.
- Shanafelt, T., Oreskovich, M., Dyrbye, L., Satele, D., Hanks, J., Sloan, J., & Spielberger, C. (2012). Avoiding Burnout. *Annals of Surgery, 255*(4), 625-633.
- Shapiro, D. E., Boggs, S. R., Melamed, B. G., & Graham-Pole, J. (1992). The effect of varied physician affect on recall, anxiety, and perceptions in women at risk for breast cancer: an analogue study. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 11*(1), 61-66.
- Shaw, J. M., Brown, R. F., & Dunn, S. M. (2012). A qualitative study of stress and coping responses in doctors breaking bad news. *Patient education and counseling.*

- Shaw, J. M., Brown, R. F., & Dunn, S. M. (2013). A qualitative study of stress and coping responses in doctors breaking bad news. *Patient Education and Counseling*, *91*(2), 243-248.
- Shields, C. G., Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Duberstein, P., McDaniel, S. H., & Meldrum, S. (2005). Emotion language in primary care encounters: reliability and validity of an emotion word count coding system. *Patient education and counseling*, *57*(2), 232-238.
- Shontz, F. C. (1982). Adaptation to Chronic Illness and Disability. In T. Millon, C. J. Green, & R. B. M. Jr (Éd.), *Handbook of Clinical Health Psychology* (p. 153-172). Springer US. Consulté à l'adresse [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4613-3412-5\\_8](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4613-3412-5_8)
- Silverman, J., & Kinnersley, P. (2010). Doctors' non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. *The British Journal of General Practice*, *60*(571), 76-78.
- Sinclair, S. (2011). Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. *Canadian Medical Association Journal*, *183*(2), 180-187.
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A., & Selby, P. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, *20*(14), 3137-3148.
- Steinberg, T., Roseman, M., Kasymjanova, G., Dobson, S., Lajeunesse, L., Dajczman, E., ... Small, D. (2009). Prevalence of emotional distress in newly diagnosed lung cancer

- patients. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 17(12), 1493-1497.
- Stenmarker, M., Hallberg, U., Palmérus, K., & Márky, I. (2010). Being a messenger of life-threatening conditions: experiences of pediatric oncologists. *Pediatric blood & cancer*, 55(3), 478-484.
- Stiefel, F. (2008). Support of the supporters. *Supportive Care in Cancer*, 16(2), 123-126.
- Stiefel, F., & Guex, F. (2008). Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même. *Psychiatrie de liaison, Volume 144*(6), 424-427.
- Strachan, H. (2000). Handling bad news: an innovative training approach. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 4(2), 118-21.
- Swetz, K., Harrington, S., Matsuyama, R., Shanafelt, T., & Lyckholm, L. (2009). Strategies for avoiding burnout in hospice and palliative medicine: peer advice for physicians on achieving longevity and fulfillment. *Journal of palliative medicine*, 12(9), 773-777.
- Tanriverdi, O. (2013). A medical oncologist's perspective on communication skills and burnout syndrome with psycho-oncological approach (to die with each patient one more time: the fate of the oncologists). *Medical oncology (Northwood, London, England)*, 30(2), 530.
- Tattersall, A. J., Bennett, P., & Pugh, S. (1999). Stress and coping in hospital doctors. *Stress medicine*, 15(2), 109-113.
- Tesser, A., Rosen, S., & Batchelor, T. R. (1972). On the reluctance to communicate bad news (the mum effect): A role play extension. *Journal of Personality*, 40(1), 88-103.



- Thorne, S. E., Bultz, B. D., & Baile, W. F. (2005). Is there a cost to poor communication in cancer care?: a critical review of the literature. *Psycho-oncology*, *14*(10), 875-884; discussion 885-886.
- Travado, L., Grassi, L., Gil, F., Ventura, C., & Martins, C. (2005). Physician-patient communication among Southern European cancer physicians: the influence of psychosocial orientation and burnout. *Psycho-oncology*, *14*(8), 661-670.
- Uitterhoeve, R. J., Bensing, J. M., Grol, R. P., Demulder, P. H. M., & Van Achterberg, T. (2010). The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. *European journal of cancer care*, *19*(4), 442-457.
- Ungar, L., Alperin, M., Amiel, G. E., Beharier, Z., & Reis, S. (2002). Breaking bad news: structured training for family medicine residents. *Patient Education and Counseling*, *48*(1), 63-68.
- Van Dulmen, S., Tromp, F., Grosfeld, F., Ten Cate, O., & Bensing, J. (2007). The impact of assessing simulated bad news consultations on medical students' stress response and communication performance. *Psychoneuroendocrinology*, *32*(8-10), 943-950.
- Van't Spijker, A., Trijsburg, R. W., & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic medicine*, *59*(3), 280-293.
- VandeKieft, G. K. (2001). Breaking bad news. *American family physician*, *64*(12), 1975-1978.
- Vinant, P. (2009). L'annonce pronostique en fin de vie. In Emmanuel Hirsch (Éd.), *Face aux fins de vie et à la mort* (p. 148-155). Paris: Vuibert.

- Vinant, P. (2010). Qu'est-ce qu'accompagner? In F. Goldweisseur (Éd.), *La relation médecin-malade en cancérologie* (p. 54-60). Paris: J.B.H. Santé.
- Voelter, V., Mirimanoff, R. O., Stiefel, F., Rousselle, I., & Leyvraz, S. (2005). L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie. *Revue Médicale Suisse*, *1*(20), 1350-1355.
- Wallace, J. E., & Lemaire, J. (2007). On physician well being-you'll get by with a little help from your friends. *Social science & medicine* (1982), *64*(12), 2565-2577.
- Weiner, E. L., Swain, G. R., Wolf, B., & Gottlieb, M. (2001). A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices. *Western Journal of Medicine*, *174*(1), 19-23.
- Whippen, D. A., & Canellos, G. P. (1991). Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, *9*(10), 1916-1920.
- White, M. (2009). *Cartes des pratiques narratives*. Bruxelles: Satas.
- Whitney, S. N., McCullough, L. B., Frugé, E., McGuire, A. L., & Volk, R. J. (2008). Beyond breaking bad news: the roles of hope and hopefulness. *Cancer*, *113*(2), 442-445.
- Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology*, *10*(1), 19-28.

# Annexes

Annexe 1 : Curriculum Vitae du candidat

Annexe 2 : Quatre entretiens parmi les 22 analysés dans l'Etude 3

# Annexe 1

## Curriculum Vitae du candidat

### Psychologue Clinicienne de la Santé

#### Formation universitaire - professionnelle

2009-2013 Thèse en Psychologie, Université de Lille 3 - Soutenance prévue en décembre 2013

- Intitulé : Le vécu des praticiens à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie : Impact sur l'ajustement psychologique de leurs patients

2012-2013 Formation en Thérapie brève, Espace du possible, Tournai, Belgique

Modules 1, 2 et 3 - Fin de la formation prévue en novembre 2013

2007-2008 Master 2 Professionnel, Psychologie Clinique de la Santé, Université de Metz

Mention Très Bien

- Intitulé du mémoire : La relaxation : un outil à insérer dans l'accompagnement psychologique des patients hospitalisés en onco-hématologie ?
- Obtention d'une bourse au mérite, sur critères universitaires

2006-2007 Master 2 Recherche, Psychologie de la Santé, Université de Lille 3

Mention Très Bien

- Intitulé du mémoire : Annonce diagnostique et Régulation émotionnelle des praticiens oncologues

2002-2006 DEUG, Licence, Maîtrise, Université de Lille 3, Mention Bien

#### Expériences professionnelles

2013 Psychologue Clinicienne, Psychiatrie de liaison, CHRU de Nancy

- Population adulte suivie pour cancer, cirrhose, insuffisance rénale, amputation sur plaie artéritique/diabétique, prise en charge palliative. Interventions transversales dans les services

de médecines (pneumologie, hépato-gastro-entérologie, hémodialyse, médecine polyvalente, plaies et cicatrisation, chirurgie à orientation viscérale, chirurgie ortho-traumatologique).

2008-2013 Psychologue clinicienne, Service de Soins de Support, CH de Cambrai

- Population adulte suivie pour cancer, cirrhose, insuffisance rénale, amputation sur plaie artéritique/diabétique, prise en charge palliative. Interventions transversales dans les services de médecines (pneumologie, hépato-gastro-entérologie, hémodialyse, médecine polyvalente, plaies et cicatrisation, chirurgie à orientation viscérale, chirurgie ortho-traumatologique).

2010-2013 Ingénieur d'étude, laboratoire URECA EA 1059, Université de Lille 3

- Intitulé : Protocole REGULA - L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie : Impact des stratégies de régulation émotionnelle des praticiens sur les patients

2005-2006 Chargée d'étude, Association National de Prévention en Alcoologie et Addictologie 59, Lille

- Evaluation de l'outil de prévention alcool par les pairs « Kottabos » auprès des étudiants

#### Formations et Enseignements dispensés

2011-2013 Formations dispensées lors de journées d'études, soirées de formation

- Intitulé : L'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie : le vécu des praticiens
- Public : Chirurgiens, médecins généralistes

2009-2013 Enseignements dispensés, IFSI de Cambrai

- Intitulé : Psycho-oncologie, Accompagnement de fin de vie, Vécu des soignants
- Public : Etudiants infirmiers

2010-2012 Enseignements dispensés, UFR de Psychologie, Université de Lille 3

- Intitulés : Psycho-oncologie, Initiation à la Relaxation, Statistiques
- Public : Etudiants en psychologie, niveau Licence, Master 1, Master 2

2009-2012 : Formations dispensées, Centre Hospitalier de Cambrai

- Intitulés : Le vécu des patients en cancérologie, Le deuil et la fin de vie, Méthodologie de la recherche qualitative
- Public : IDE, Aide-soignante, et Cadre de santé

2009 Formation dispensée à l'ANPAA 59

- Intitulé : Changer de comportements pour être en bonne santé

- Public : Professionnels de santé

## Activités de recherche

### Communications orales

Desauw, A., Antoine, P., Cattan, S., Christophe, V., (2012, 17-19 décembre). Analyse qualitative du vécu émotionnel des praticiens face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie. Communication orale présentée lors des 7ème Congrès francophone de Psychologie de la Santé, Lille.

Desauw, A., Christophe, V., Cattan, S., Antoine, P., & Nandrino, J-L. (2010, 6-7 juin). Quelle perception les praticiens hospitaliers ont-ils de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie ? Analyse qualitative de leurs critères de qualité de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Communication orale présentée lors des 3ème Edition des journées doctorales de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé, Metz.

Desauw, A., Christophe, V., Antoine, P., Cattan, S., & Nandrino, J-L. (2010, 25-29 mai). What is the physicians' perception on giving bad news in oncology? Qualitative analysis of the quality criteria regarding the disclosure of bad news. Paper presented at the 12ème Congrès International en Oncologie Psychosociale, Québec.

Desauw, A., Christophe, V., Cattan, S., Antoine, P., & Nandrino, J-L. (2009, Juin). Appréhension de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie et stratégies de régulation émotionnelle des praticiens. Communication orale présentée au V Congrès de Psychologie de la Santé de langue française, Rennes, France.

Desauw, A., Christophe, V., Cattan, S., Antoine, P., & Nandrino, J-L. (2009, Mai). Appréhension de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie et stratégies de régulation émotionnelle des praticiens. Communication orale présentée à la journée d'étude des Mesures subjectives en santé et recherche en psycho-oncologie, Institut Curie, Paris, France.

Desauw, A., Christophe, V., Cattan, S., & Nandrino, J-L. (2007, Novembre). Analyse qualitative d'entretiens semi-directifs auprès de praticiens oncologues sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Communication orale présentée lors de la 2ème Rencontre des Utilisateurs Sphinx, Paris, France.

### Communications affichées

Desauw, A., Salsmann, A., Christophe, V., & Antoine, P. (2012, 10-11 mai). Analyse qualitative du vécu et des stratégies d'ajustement des patients lors de l'annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie. Communication affichée présentée lors des 5èmes Journées scientifiques du Cancéropôle Nord-Ouest, Deauville.

Desauw, A., Christophe, V., Cattan, S., Antoine, P., & Nandrino, J-L. (2010, 6-7 mai). L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie : appréhension et stratégies de régulation émotionnelle des praticiens. Communication affichée présentée lors des 3ème Journées scientifiques du Cancéropôle Nord-Ouest, Deauville.

Desauw, A., Christophe, V., Cattan, S., Delelis, G., Humez, C., & Nandrino, J-L. (2007, Juin). Annonce diagnostique et régulation émotionnelle: Etude préliminaire auprès de praticiens oncologues. Poster présenté au IV Congrès de Psychologie de la santé de langue française, Toulouse, France.

## Publications

Desauw, A., Cattan, S., Christophe, V., Antoine, P., (2013). L'annonce d'une mauvaise nouvelle; une épreuve pour le soignant et le patient. In Manuel de Soins Palliatifs, 4ème édition, en préparation.

Desauw, A., Christophe, V., Cattan, S., Antoine, P., & Nandrino, J-L. (2010). What is the Physicians' perception on giving bad news in oncology? Qualitative analysis of the quality criteria regarding the disclosure of bad news. *Psycho-Oncology*, 19 (Suppl.2), p. S73-S74.

Desauw, A., Christophe, V., Cattan, S., Antoine, P., & Nandrino, J-L. (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(3), 134-139.

## Annexe 2

Quatre entretiens parmi les 22 analysés  
dans l'Etude 3



Entretien : M02

Age : 38

Sexe : Homme

Fonction : Médecin des hôpitaux

Ancienneté : 13 ans

Service : Gynécologie obstétrique

Q : Je vais vous demander de m'expliquer sur quels éléments vous vous basez pour dire d'une annonce qu'elle s'est bien déroulée ?

R : Une annonce s'est bien déroulée forcément si la patiente ne s'effondre pas. Effectivement elle accepte l'information sans un effet théâtral qui pour la patiente n'est pas forcément théâtral mais qui pour nous peut être perçu comme ça. Forcément, c'est une partie humaine, mais on n'aime pas trop que les gens soient très expressifs car c'est difficile à vivre pour nous. Donc quelqu'un qui pleure on comprend très bien mais quelqu'un qui est très expressif, tombe en sanglots en hurlant, ça m'est déjà arrivé c'est impressionnant puis on ne sait plus où se mettre car on a pas le mot magique pour dire non c'est pas grave, c'est grave forcément donc on est obligé d'être témoin de cette souffrance, on a pas de mots vraiment réconfortants même si on a des solutions, mais la patiente ne l'entend plus comme ça. C'est donc ce que l'on redoute le plus. Donc si on n'a pas un phénomène aussi caricatural pour nous on va dire que ça s'est bien passé. Pour la patiente on n'est pas à sa place donc forcément on imagine que ça ne se passe pas très bien et le fait qu'elle arrive à bien comprendre l'information même avec une émotion et que finalement elle écoute la suite de ce que l'on va lui proposer c'est une consultation qui est dite satisfaisante dans le sens où l'information est passée plus ou moins facilement mais elle est passée et le projet thérapeutique est instauré. Alors pour quelqu'un qui est très démonstratif et très sensible on n'arrivera pas à aboutir à notre message et parfois nous sommes obligés d'interrompre la consultation parce que l'émotion est telle que l'on ne peut pas aller jusqu'au bout. Donc la consultation se passera mal non pas sur le plan pratique mais sur le plan moral.

Q : Quand vous faites face à des patients qui ont des comportements très théâtraux alors à ce moment-là quand vous devez interrompre la rencontre, vous la reportez à un autre moment ?

R : Parfois on peut laisser passer une petite demi-heure, une heure et entre temps on évite de la faire sortir dans le couloir pour lui dire d'aller se calmer dans le couloir donc en général c'est moi qui sort ou je la laisse avec sa famille ou avec une soignante pour rester à côté pour dire qu'il y a une présence. En tout cas pour mon message je ne peux trouver les mots ou je ne sais pas trop quoi dire, donc forcément on va laisser retomber l'intensité pour revenir à la charge soit une demi-heure ou une heure après. Ou alors si la patiente s'est un petit peu calmée, on va la laisser dans un petit endroit avec un petit verre d'eau ou apporter un petit réconfort matériel le temps que dans sa tête la douleur puisse passer tout de suite. Un peu comme si, enfin ce n'est pas du tout la même image, annoncer à une famille qui vient de perdre son fils les gens ne sont pas tous sereins, il y en a qui sont très expressifs et après pour

tout le reste, le message ne passe pas, on a beau dire que la personne n'a pas souffert les gens s'en foutent un peu. Donc pareil quand vous annoncez une maladie très grave il y a des gens qui ont de la redoute donc forcément le drame commence, pour d'autres c'est pris avec une approche plus détachée, on arrive à faire passer le message. Le but étant non pas de chronométrer notre message mais forcément on est tenu par le temps et on ne peut passer trois heures par patiente bien que se serait très bien mais en pratique ce n'est pas possible. Puis si la patiente n'arrive pas à concevoir qu'il y a autre chose dans ce cas on ne sait pas si elle a bien compris qu'on va s'en occuper, qu'il y a encore une chance de guérison alors là, on est limité dans notre démarche, on est bloqué, soit on la revoit le lendemain ou une semaine plus tard si elle n'arrive pas à se calmer.

Q : Donc en fait on dit qu'elles sont difficiles surtout quand ....?

R : Enfin pour nous, quand ça ne se passe pas bien, c'est que l'on n'arrive pas à globalement passer un message même si après la souffrance continue, notre mission si vous voulez, a été validée, parce que bien heureusement la vie continue pour les autres patients et puis que pour nous moralement c'est très difficile quelqu'un qui pleure devant vous, on n'est pas inhumain. On compatit même si on ne peut pas pleurer tout le temps avec le patient sinon on arrête tout de suite ce métier mais il y a des moments où on ne peut pas dire à quelqu'un bon maintenant c'est tout, ce n'est pas possible mais cette écoute n'aboutit pas forcément à faire avancer le message. Donc il faut séparer la consultation et la patiente le simple temps de se défouler et parfois il y en a qui sorte à l'extérieur dans les cours s'aèrent un petit peu et reviennent après c'est rare quand c'est très expressif et là on est vraiment embêté.

Q : Maintenant je vais vous demander de vous remémorer l'annonce d'une mauvaise nouvelle que vous avez dû effectuer et je vais vous demander de vous rappeler comment vous l'avez vécue ?

R : Une récente ou pas ?

Q : Une qui vous vient à l'esprit qui vous a particulièrement marquée.

R : Les plus marquantes sont forcément les plus terribles. C'est surtout les femmes jeunes, je me rappellerai toujours, c'était un pronostic d'une maladie pas forcément très grave, c'est une patiente qui devait avoir une trentaine d'années à qui l'on a découvert un petit signe tout à fait anodin donc tout le monde a banalisé en disant c'est pas grand-chose car les symptômes sont assez banales. Donc il y a eu un discours ambivalent de notre part car patiente jeune on imagine des maladies beaucoup moins graves de plus le symptôme était faible donc on a encore moins imaginé que ça pouvait être grave donc quand l'annonce du diagnostic est tombée, l'annonce de cette maladie qui porte un nom terrible à savoir c'était un type de cancer qui s'appelle un sarcome. Le pronostic est terrible, les sanctions pour cette femme de trente ans étant de lui enlever l'utérus, c'est-à-dire que pour une femme qui n'a pas d'enfant tout à coup lui annoncer non seulement qu'elle avait un cancer potentiellement très grave et en plus qu'on devait lui enlever le seul moyen d'être mère. Je peux vous dire que ça a été très très difficile, elle s'est effondrée et puis elle a fait un malaise. Forcément une chaise ce n'est pas

très adapté pour recevoir cette nouvelle, d'abord cette patiente arrive toute souriante parce qu'elle pense que c'est pas grand-chose, nous on ne peut pas être souriant mais on ne va pas non plus pleurer, donc on accueille correctement les gens, on dit asseyez-vous voilà j'ai les résultats de vos analyses ils ne sont pas très bons donc là la patiente commence à réaliser, tout à coup il y a une tension qui est palpable, en plus on est tout seul il n'y a pas d'infirmiers ni d'aides-soignants, on est vraiment face à face, en plus comme elle a pas prévu de venir avec quelqu'un de sa famille pour essayer d'appréhender une mauvaise nouvelle, ce que font certaines personnes quand on annonce déjà un peu le terrain, on dit « bon, ce n'est pas tout à fait terrible », quand on essaie on essaie d'annoncer graduellement, le choc est moins brutal mais quand tout à coup quelque chose de tout à fait anodin devient tout à coup catastrophique et puis forcément il y a certaines choses qui touchent chez les femmes, ce n'est pas la même chose que quand on annonce on vous coupe un doigt, c'est pas pareil. Touché à quelque chose qui est fort qui touche notre vie n'est pas bien vécu. Donc si vous avez déjà des enfants ça peut atténuer la douleur, mais elle n'en avait pas. Donc c'était un choix, c'était soit elle nous écoute ce qui est déjà difficile parce qu'elle ne sait plus où elle en est, elle ne comprenait pas que nous on était gêné dans le sens où ce n'était pas une erreur de diagnostic, c'était, on va dire, on a minimisé par habitude, on va pas forcément dire à chaque patient de vingt ans c'est un cancer tu es foutu mais on a peut-être un peu trop minimisé le problème, on n'a pas dit c'est impossible, on a dit c'est peu probable, c'est pas grand-chose ce que votre médecin traitant vous dit souvent quand vous avez mal à la gorge. Donc effectivement, la différence d'information était terrible et la patiente était vraiment en pleurs, des pleurs, des pleurs, des pleurs donc nous tout autour on ne sait pas trop quoi dire, on n'a pas trop les mots magiques on ne sait pas quoi dire pour la consoler, on ne sait plus où se mettre car forcément on est en face de la patiente et on ne peut pas partir en lui disant ,écoutez, je ne me sens pas très bien moi non plus il faut que je sorte. On a les mouchoirs mais c'est bidon, après il faut le temps ; c'est-à-dire le temps que la patiente accepte l'information, qu'elle se rende compte que la vie ne s'arrête pas à la minute, c'est pas comme si en gros on lui dit votre exécution est dans deux minutes non non. Là elle respire à nouveau, le seuil émotionnel diminue et il s'est passé déjà dix minutes, quand enfin elle à parler, à écouter car elle reprend conscience un petit peu de sa douleur, on lui explique qu'on va faire quelque chose et qu'on va lui faire un traitement mais très lourd, très très lourd.

Q : Et face au comportement de cette jeune femme, vous comment vous vous êtes senti ?

R : Ah mais j'avais envie de disparaître, on a envie de mettre quelqu'un d'autre à votre place. On n'est pas formaté pour annoncer. Enfin avec l'habitude dans le centre anti-cancéreux, car j'ai d'abord travaillé en centre anti-cancéreux, on a un abord du patient, on sait trouver les mots justes pour les patients qui se savent déjà malades. C'est très différent de quelqu'un qui vient et qui tombe des nues quand vous lui annoncez et puis voilà nous pour être sûr qu'il n'y a pas d'erreur on va vérifier une fois, deux fois en disant vous êtes sûrs au laboratoire qu'il n'y a pas d'erreur, ce sont des annonces lourdes ce n'est pas annoncer à une personne âgée qui a déjà des métastases partout est-ce que vous êtes sûrs que ce n'est pas des métastases. On sait déjà plus ou moins la maladie et qu'il y a déjà eu des symptômes avant et puis les patients

même s'ils ne le disent pas toujours ils savent qu'ils sont à une période d'âge ou le moindre petit bobo n'est pas insignifiant. Jeune c'est un drame. Encore je n'ai pas à faire comme mes collègues qui sont en pédiatrie c'est pire, pire, pire, car quand j'étais à Villejuif tous les soirs il y avait toujours un interne de pédiatrie qui était de garde comme moi, moi j'étais en chirurgie et eux étaient en pédiatrie, j'ai jamais vu autant de gens pleurer, ah c'était tous les soirs, le Noël c'était un jour un peu particulier car c'était pas du tout une fête là-bas et ils annoncent les suicides, les décès. Plus c'est jeune, plus c'est traumatisant car l'on n'est pas préparé. Les enfants ce n'est pas fait pour mourir, une personne âgée qui a une maladie et qui est en bout de course voilà je dis pas qu'il y a un âge mais 80 ans ou 70 ans bon ça va. Il y a de la souffrance parce que forcément il y a des maladies qui arrivent après des années de souffrance tout le monde est « soulagé » que les souffrances s'arrêtent. Qu'elles que soient les croyances. Moi je suis persuadé, paradis ou pas qu'après un certain temps quand on voit le patient souffrir on est content de trouver une solution pour lui et si la fin de la vie est une solution et ben pourquoi pas. Mais annoncer à des gens qui sont « en bonne santé » leur dire que leur vie va changer car on a trouvé quelque chose, on n'a pas envie d'être là, on a envie de dire on s'est trompé, on peut pas, on a les documents et puis si on ne fait pas notre travail ça peut retomber sur nous parce qu'il fallait le dire et puis les gens maintenant sont de plus en plus exigeants, ils veulent savoir et ils ont raison, mais ils ne sont pas prêts.

Q : Est-ce qu'une fois l'annonce terminée, vous vous sentez à nouveau mieux ?

R : Si. Mais pour les émotions les plus importantes non, on les évacue pas tout de suite Pour les annonces difficiles mais préparées, c'est-à-dire les patients qui sont déjà très programmés là les choses font qu'ils acceptent plus ou moins l'annonce, avec entre guillemets, philosophie, j'avoue que j'ai plus facilement un retour à la normale, rapidement, car l'information est moins brutale pour eux et je prépare mes mots, je ne dit pas toujours le mot cancer, je leur dit parfois que c'est des cellules mauvaises, après chacun est libre d'interpréter à sa façon, parfois on n'est pas obligé de mettre des mots méchants et puis il y a des mots qui sont parfois synonymes de « ce n'est pas la peine de se battre », alors que d'autres « ça vaut encore le coup ». Mais les patients jeunes on ne peut pas non plus leur inventer des mots magiques, ils ne sont pas bêtes, ils savent très bien. Donc plus la patiente est jeune, plus la maladie est grave ou l'émotion est intense, moins on lui dira, donc ça peut durer (...), une fois que la patiente est partie en général ça continue, ce sentiment de malaise, on est souvent obligé de sortir un peu, de prendre un petit café et même d'en parler. On va voir un collègue, on dit : « c'est un peu difficile » ou alors on anticipe tellement cette annonce qu'on est obligé deux ou trois jours avant de trouver un moyen pour (...), puisqu'on voit les résultats tomber, on les a quelques jours à l'avance, alors il y a différents types de médecins qui appellent tout de suite au téléphone, moi je ne suis pas de ce genre, je préfère jamais donner d'informations par téléphone parce qu'on ne sait pas comment la personne réagit et puis est-ce qu'elle a bien tout compris etc... Donc on est obligé de voir la patiente , tant mieux, mais c'est difficile et on sait déjà deux ou trois jours à l'avance que ça va être très difficile, on en parle souvent à notre secrétaire, on dit : « voilà Madame Intel... » parce qu'elle participe à notre vie, elle voit quand on fait nos courriers, elle voit les patientes. Donc elle les voit et elle dit : « pas de

chance » et on est obligé de trouver un peu un exutoire , un confesseur à nos soucis et puis on va comme si on allait à l' échafaud pour annoncer la nouvelle.

Q : Pour l'annonce, pour cette jeune femme, vous avez reçu les résultats quelques jours avant l'annonce ?

R : Oui quelques jours avant. C'est pas la maladie en soit, je savais qu'on pouvait la traiter, la preuve, elle est vivante, elle est en bonne santé parce qu'on a fait l'opération qu'il fallait. Mais on sait très bien que l'annonce est difficile et le traitement n'est pas facile à accepter. Quelqu'un qui a 50 ans perd son utérus, même si c'est difficile, elle l'acceptera. A 30 ans, pas d'enfants, c'est très difficile. Donc forcément, il y avait plus que l'impact de la maladie, c'est l'impact psychologique lié à la féminité, ce qui a aggravé encore plus le tableau, on en voit bien les conséquences, d'ailleurs, elle a adopté un enfant depuis. Puisqu'elle ne pouvait pas avoir d'enfant, elle a dû adopter donc ça va très bien mais, je pense qu'elle a dû faire beaucoup de deuil chez elle et nous on est un peu les premières personnes qui lui annonçons ce deuil-là. Ce n'est pas simple. On n'a pas envie d'être là. Mais on est là, il faut bien. De toute façon sinon il n'y aura personne d'autre qui le fera. Voilà !

Q : J'ai terminé les questions, est ce que vous voulez ajouter autres choses ?

R : En tout cas, moi j'ai trouvé que l'idée de nous demander notre avis, j'ai trouvé ça très bien, c'est pour ça que quand vous me l'avez proposé, à travers Mme B., moi j'ai trouvé ça très pertinent, en tout cas c'est une autre approche, parce que souvent on entend les médias du côté des patients parce que eux-mêmes se sentent plus patients que médecins, donc je comprends très bien, moi-même, je me sens plus médecin que patient, même si un jour je sais que je passerai à la casserole aussi (rire), et qu'un jour ou l'autre j'aurai une maladie comme tout le monde. Le fait d'être médecin ne me protégera pas plus, et en plus me permettra de comprendre d'autant plus le soin et le traitement, me stressera encore plus. Il privilégie beaucoup l'annonce, l'écoute du patient. C'est vrai effectivement, l'annonce, l'écoute etc.. Ils nous demandent de plus en plus de temps à consacrer au patient, ce qui est très bien mais le problème c'est qu'on n'a pas toujours les moyens humains pour trouver ce temps-là. Il voudrait que l'on passe quasiment une demi-journée, enfin j'exagère, mais quasiment une demi-journée pour préparer et annoncer etc. Techniquement ce n'est pas possible. C'est utopique. Donc on écoute on essaie de faire des réunions, des livrets d'information. Je pense que ça c'est déjà instauré petit à petit ou l'annonce du médecin est moins horrible, moins, « ne vous inquiétez pas je m'occupe de tout ». Maintenant, c'est vraiment un projet concret. Mais on ne peut pas faire exactement comme le texte de loi le dit, passer trop de temps avec le psychologue, c'est au cas par cas. Il y a des gens qui ont besoin, tout de suite, d'autres qui vont à la fin de leur traitement, dire « ha bah non, je n'en n'ai pas besoin je me sens fort ». Il n'y a pas de règles, on ne peut pas instaurer quelque chose à quelqu'un, donc forcément, notre approche, nous, elle est de plus en plus importante puisqu'on doit être, nous les premiers, dedans, il faut annoncer, il faut préparer, il faut expliquer. C'est encore plus de charges émotionnelles qu'on a, ou on est de plus en plus mal à l'aise parce que les entretiens qui duraient 15 minutes, maintenant on est passé au-delà des 15 minutes, ça va durer, une demi-

heure, une heure et c'est une heure de notre temps où on n'est pas formé, on n'a aucune formation. On n'a pas fait des études de psychologie, on a fait des études de médecine. Médecine, c'est soigner, ce n'est pas écouter, même s'il y a des branches de la médecine qui écoutent très bien après c'est une question de métier ou de sensibilité personnelle. Il y a des gens qui sont très « psychologues ». On dit bien de quelqu'un qu'il est bien à l'écoute des gens, d'autres qu'il est un peu froid, etc..., c'est tous les caractères des gens qui se retrouvent. Je suis persuadé que vous vous êtes certainement plus à l'écoute des gens que d'autres personnes. Mais nous ne sommes pas formés pour ça, c'est-à-dire on ne sait pas quels sont les bons mots, on ne sait pas quelles sont les fautes à ne pas commettre. Voilà, on peut rencontrer une personne, un jour vous allez dire une chose, vous allez faire quelques fautes, un impair. Pour annoncer une maladie, on ne sait pas comment faire. Il n'y a pas : « attention, je vais vous annoncer une saloperie », ça, les gens le sentent dans votre mal être, ils voient qu'il n'y a pas de sourire en disant « c'est rien, c'est qu'un petit cancer », donc là ils le sentent, donc ce malaise se transmet, un peu comme quelqu'un qui vient vous annoncer une mauvaise nouvelle, vous le voyez venir de loin. Un coup de fil qui vous annonce une mauvaise nouvelle, vous sentez bien dans le ton de la voix que ce n'est pas quelque chose qui va. Soit parce qu'on a la gorge nouée, soit parce qu'on a les yeux rouges, voilà vous le sentez tout de suite dans les émotions humaines. Quelqu'un qui arrive tout joyeux, jamais, il va vous annoncer : « oh, c'est une catastrophe, il va mourir demain » ou alors c'est quelqu'un qui bizarrement n'a aucun sentiment. L'émotion, on l'a forcément, parce que les patients nous voient venir. Certains même explosent en sanglot avant même qu'on leur dise le mot cancer parce que voilà, le mot est en train de tourner dans notre bouche, il n'est même pas encore sorti qu'ils ont compris. Donc c'est difficile, c'est vrai qu'on essaie de ne pas mettre beaucoup de patient pour annoncer une mauvaise nouvelle, c'est-à-dire on ne fait pas des journées complètes. Donc on en met une ou deux par matinée, une ou deux par après midi et puis voilà ça suit son cours. Parfois quand j'opère une patiente, je lui dis que pendant l'opération on va en savoir un peu plus. Souvent je dis que l'opération s'est bien passée, on a fait ce qu'il fallait et c'est tout. Le lendemain, je reviens en disant : « vous savez, on a trouvé quelque chose qui était très près du sein ». Et puis voilà, parfois il faut 3 ou 4 jours pour annoncer le mot cancer. Sur 3 – 4 jours, l'émotion ça passe, mais c'est quand même pas facile. Donc j'avoue que le fait de me poser la question, comment est-ce qu'on le vit ? je ne sais pas si ça aboutira à quelque chose un jour mais en tout cas ça nous écoute et ça mettra peut-être en balance, le fait que c'est bien d'informer les gens mais à côté y a de l'humain aussi donc si c'est dur pour eux, c'est dur pour nous.

Q : Face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, vous avez un peu le sentiment d'être désarmé ?

R : Complètement. Parce qu'on n'a pas d'autres moyens de vie, on est forcément sensibilisé. C'est vrai qu'avec le temps, j'avoue, il y a certains types de cancers, parce que je sais qu'ils ont de bons pronostics, mais ils vont moins nous sensibiliser parce que je sais qu'elle va s'en sortir. Elle a 90 % de chance de guérir. Donc je ne peux pas pleurer pour quelqu'un qui en gros à une maladie certes très dure, psychologiquement, qui va être catastrophique pour elle, mais qui va guérir comme une infection urinaire. J'exagère mais en général quand quelqu'un

a une simple infection en général, il ne pleure pas. Par contre, j'ai des patients qui placent un très grand espoir devant nos choix, alors que je suis persuadé qu'elles sont déjà condamnées dans 2 ans. Et puis les voir, et ne pas mentir et ne pas leur dire : « Madame, ça ne sert à rien, je ne vous verrai pas dans 6 mois », c'est comme si en gros vous voyez quelqu'un qui part pour un long voyage et vous ne le reverrez plus jamais. Et la personne ne le sait pas. En tout cas, avec les données que vous avez, parce que vous avez des données qui sont assez fiables, la statistique fait que l'on sait que le taux de survie est à 5 ans, de telle maladie est de 0 %. Donc vous savez comment ça va se terminer. Et les gens eux ne le savent pas et on ne peut pas leur dire, on n'est pas là pour dire : « il vous reste 6 mois de vie » c'est pas mon rôle. Peut-être, mais en tout cas je ne peux pas le dire, je ne serais pas le dire. S'il demande : « j'en ai pour combien de temps ? » C'est clair que je ne peux pas non plus leur mentir, je vais leur donner des fourchettes, je ne vais pas leur dire : « dans 6 mois c'est fini ». Parce que il y a des gens parfois qui échappent à ces règles là et on n'est pas là parce que les gens ne peuvent pas se formater : « on m'a dit 6 mois, et 6 mois et un jour c'est pas possible ». Donc on dit : « ça dépend ce que vous envisagez de faire, si c'est pour un voyage, oui, si c'est pour faire une maison, non ». Faut que ce soit des projets qui soient adaptés à leur maladie. Et ça on peut les orienter, mais souvent on est un peu démuni parce que les gens reviennent en disant : « à la prochaine », puis à la prochaine, ils seront peut-être mort le mois prochain. Mais, c'est vrai, que vous nous posez la question, c'est déjà, je trouve intéressant de mettre en balance la vision qui était : c'est vrai, que pour le patient, où on est parti d'une époque qui était assez sinistrée à une époque je dirais maintenant pas mal, peut-être pas l'idéal mais il faudrait avoir le retour des patients pour savoir s'ils ont suffisamment d'information, d'après ce qu'on entend dans les médias ça semble être correct. Mais en face, peut-être expliquer pourquoi le reste n'est pas correct, c'est peut-être savoir comment ceux qui l'annoncent le vivent aussi. Parce que si on fuit cette situation, moi j'ai des collègues qui n'arrivent pas à annoncer la nouvelle. Ils n'y arrivent pas. Ou alors dans ces situations, ils sont obligés de prendre des médicaments pour se calmer, des « bêtabloquants » pour ralentir leur fréquence cardiaque. Même des anxiolytiques pour dire (...). Parce que c'est vrai que j'ai beaucoup de collègues féminines, certaines ici, qui annoncent des mauvaises nouvelles pour des grossesses, pour des enfants qui présentent des malformations, des choses comme ça, comme conséquence d'arrêter la grossesse, elles sont obligées de prendre des médicaments parce que c'est difficile. Et puis en tant que femme, d'annoncer à une autre femme que votre enfant n'est pas viable et qu'il faut arrêter la grossesse, c'est pas évident, c'est dur. J'avoue.

Q : Quand vous devez annoncer des informations aux patients, vous adaptez votre discours, vous essayez de vous mettre en face, et de rester dans la perspective du patient ?

R : Oui. Je pense qu'un patient n'est pas prêt à entendre que le taux de guérison est de 0 ou de 100 ou de 10 ou de 20 %. Ça ne veut rien dire déjà. 10 % ça veut dire que sur 100 patients ça veut dire qu'il y a en a 10 qui vont très bien guérir. Ça ne veut pas dire qu'il y a 10% de chance que sa maladie soit à 10 %. Ça veut dire qu'il y en a 10 qui vont guérir. Je ne peux pas dire au patient que c'est lui qui va guérir ou pas guérir. Je ne peux pas le dire. Donc forcément je vais adapter mon dialogue ou mon discours, trouver les mots qui permettent de comprendre un petit peu comment ça va progresser et il va trouver le message qu'il veut bien entendre. Après c'est sûr, s'il pose la question « est-ce que ça vaut le coup qu'il fasse ça comme traitement ou ça », on va toujours mettre en balance le bénéfice du traitement avec le pronostic de la maladie. Donc on s'adapte.

Q : Ce n'est pas trop difficile d'être un peu en porte-à-faux finalement entre d'un côté les informations qu'on a de nos patients et les informations qu'a le patient de sa propre maladie, ses croyances ?

R : Si, si, c'est difficile parce qu'on lui apporte, car on ne peut pas lui enlever tout l'espoir qu'il a dans la tête de guérison ou de succès etc... Mais je ne vais pas lui dire : « non vous avez tort ». Il a peut-être raison. Souvent, parfois, il y a des médicaments qui apparaissent sur le marché et qui changent un peu la donne. C'est de moins en moins fréquent, parce que les médicaments ne sortent plus aussi vite qu'à une époque où il y a eu un très grand marché à conquérir. Maintenant, il y en a toujours, mais les médicaments sont très réglementés, très encadrés, ce qui fait que la molécule, elle va mettre 10 ou 15 ans avant de sortir. On entend déjà un peu les ébauches autour de tel truc, ce qui fait que même si les gens sont persuadés qu'il y a un traitement miracle qui attend quelque part. Ils attendent une molécule ou un traitement américain, parce qu'ils ont toujours ces fantasmes-là, qu'en Amérique on allait les soigner. Ce sont des fantasmes. C'est vrai qu'ils y'en a qui disent qu'avec tel ou tel chirurgien on va faire ça aussi mieux que là-bas, peut-être. Mais si on ne le fait pas, c'est pas parce qu'on n'est pas bon ou pas méchant, c'est parce qu'on pense que ça n'a pas d'intérêts. C'est-à-dire que l'on va dépenser une énergie telle et que finalement ça ne donnera pas grand-chose. Et d'ailleurs on a du dans beaucoup de styles de cancers, changer notre fusil d'épaule ou avant on était avec le bistouri facile et on s'est rendu compte que ça ne servait à rien. Il valait mieux connaître l'étendue de la maladie et proposer un traitement moins lourd et qui donne de meilleurs résultats à long terme que de faire subir au patient des grosses opérations avec des séquelles très lourdes en leur faisant croire que c'était plus facile. Et donc les gens qui sont au pied de leur lit disent : « c'est pas si grave ». Mais si on opère pas c'est que c'est justement plus grave. Donc on ne leur dit pas toujours parce qu'ils peuvent ne pas comprendre. On va pas leur dire : « je ne vous opère pas donc vous êtes foutu », on va leur dire : « c'est une autre porte ». Et on sait très bien que s'il n'y a pas de chirurgie c'est que ce n'est pas opérable. C'est un peu comme le principe, vous avez une maison qui brûle, si on peut éteindre la cuisine, c'est que la maison était « sauvable », si par contre le pompier dit : « c'est pas la peine, on va éteindre que les maisons autour », c'est que la maison est foutue. C'est ça qui est difficile, c'est que on ne peut pas trop lui dire au patient, on le sait, on croit s'adapter, s'il a besoin de précisions petit à petit, on va commencer à préparer. On communique beaucoup avec la famille aussi, parce que souvent ce sont des personnes âgées qui n'ont pas toute la connaissance et qui n'ont plus leur capacité mentale à 100 % et puis la famille est là et souvent ils sont là pour moduler un petit peu les messages, donc ils passent parfois pour pas les catastropher, certains préfèrent au contraire que l'on ne dise rien. Je trouve ça, ça nous met au niveau de la confiance... par contre je ne pense pas que cacher la vérité apporte grand-chose, d'autant plus que la personne âgée peut-être a besoin d'avoir ce message pour dire : « ah bon, maintenant je sais ce que j'ai, je sais comment gérer ma vie. » et gérer sa fin. On sait tous qu'on a une échappatoire. Si on connaît notre fin, au moins on peut s'adapter, on peut préparer le terrain et puis voilà. Ce n'est pas un drame de préparer sa succession. Et il y



en a certains qui ont besoin de mettre en ordre chez eux, voilà. Donc si on dit à quelqu'un ne me quitte surtout pas, la personne va se dire : « mais qu'est ce qu'il m'arrive » et puis ne elle va pas se préparer et après c'est trop tard. Il n'y a pas de vérité, je pense. Les patients parfois ne nous croient pas toujours, ils veulent avoir un deuxième avis, je leur laisse le plaisir. J'avoue que c'est plus difficile quand les gens sont plus jeunes, les pathologies ont vraiment un bon pronostic, tout de suite où les pronostics immédiats sur un an ou deux ans.

Q : Par rapport à votre expérience professionnelle, est-ce que vous avez senti une évolution dans votre attitude ou vos comportements face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle ?

R : Je pense que, en tout cas dans la théorie, je n'ai pas trop changé, par ce que j'ai toujours été avec la vision de ne pas cacher la vérité par ce que j'ai vécu dans une famille où on avait peut-être un peu trop caché la vérité à certaines personnes de mon entourage. Et puis je n'ai pas trouvé que c'était vraiment utile, enfin la personne l'a mal vécu. Je me suis dit de toute façon, ça ne sert à rien de cacher la vérité. Après forcément dans notre métier, on est confronté, petit à petit à voir des choses, on voit par tous les stages par où l'on passe, on a un accompagnement pendant 5 ans, donc pendant 5 ans on va voir un peu ce qu'il se passe dans tous les services à droite à gauche en France, enfin dans la région où on est nommé interne, et puis on en prend un petit peu de ci, un peu de ça et on en ressort un peu intact. Et puis une fois vraiment qu'on pratique, je pense qu'on est formaté. On peut moduler un peu mais je pense qu'on a des visions qui s'ouvrent, ou gros soucis ou grande erreur, mais pour l'instant, depuis que j'ai commencé à faire gynécologie, je n'ai pas changé, en tout cas j'espère ne pas avoir changé. C'est ma bonne conduite, maintenant si toutes les patientes revenaient en disant : « vous êtes un peu dur », effectivement je les écouterai. J'ai pas de médecins qui me disent « vous avez été un peu brutal », j'essaie de trouver les bons mots, mais on ne peut pas toujours trouver les bons mots pour tout le monde. Il y a des gens, vous allez à un enterrement vous dites : « condoléances » et puis parfois vous allez dire que c'était quelqu'un de bien et l'autre va dire : « non, c'était un gros con ». On n'a pas forcément les bons mots parce qu'on ne connaît pas tout le contexte.

Entretien : M08

Age : 55

Sexe : Homme

Fonction : Médecin cancérologue

Ancienneté : 15 ans

Service : Cancérologie, sénologie

Q : Alors pour commencer, je vais vous demander de me dire sur quels éléments vous vous basez pour dire qu'une annonce c'est bien déroulée ?

R : Rétrospectivement ?

Q : Oui.

R : Qu'est-ce que je vais pouvoir répondre à cette question !

Q : Vous pouvez prendre votre temps pour y réfléchir !

R : Pourquoi je me demanderais si les choses se sont bien passées ou pas quoi ! Ca sous-entend que j'ai le sentiment que ça ne se passe pas si mal, c'est ça ! Ca sous-entend dans la question qu'il y ait déjà l'annonce.

Q : Toutes les annonces ne se passent pas de la même manière !

R : Jamais !

Q : Est-ce qu'il y en a qui se passe mieux que d'autres et si oui sur quels critères vous vous basez pour dire que certaines se sont mieux passées que d'autres ?

R : Au quotidien je n'y pense pas, c'est vrai qu'au quotidien je ne suis pas en train de me demander quand est-ce que ça se passe bien quand est-ce que ça se passe mal ! Je ne me demande pas ça, donc ce n'est pas une question qu'on se pose au quotidien ! Je me demande (...) Quels critères (...). Les gens tu les vois en consultation, tu les vois un moment, un quart d'heure, une demi-heure, trois quarts d'heure, ça se passe et au revoir, au revoir Madame ! Donc franchement, je ne vois pas, à ce moment-là. Ce matin j'ai vu une dame. Et bon, peu importe son histoire, on discute tout ça, bon, on discute tout ça, bon, en fait je ne sais plus ce que j'ai dit mais après elle me dit bon : « la semaine dernière vous m'avez parlé de me faire opérer de mon sein » et franchement je me dis « bah merde », « alors ce n'est pas du tout à l'ordre du jour ! », « ben si il y a quatre mois » et je me suis dit « ben mince ! », et franchement, bon, je n'ai pas compris ! Je n'ai pas compris, je lui ai dit : « Vous êtes sûre que je vous ai dit ça ? ». Oui bon, et pourquoi je lui aurais dit ça ? Je ne sais pas ! Puis on a parlé un petit peu. Bon, moi, je n'avais aucune raison objective de lui dire ça, mais elle a compris manifestement (...), elle est ressortie en ayant compris que j'avais dit qu'on retirerait son sein ! Moi, je n'avais pas l'intention une seconde de lui dire ça à ce moment-là, ni même dans (...). Donc là, à ce moment-là je me suis rendu compte que finalement il y avait eu un

moment d'incompréhension entre nous deux, qu'elle ne m'a pas signalé, que je n'ai pas vu ! Sur le coup elle ne m'a rien dit ! Et là, je ne me l'explique pas ! Donc là, je me suis dit « il y a quelque chose qui ne fallait pas (...) » je ne sais pas comment je me suis expliqué, il y a quelque chose que j'ai dû mal expliquer ! Où elle a dû mal comprendre, je ne sais pas ce qui s'est passé ! Donc là ce matin je me suis dit : « merde, qu'est-ce qui s'est passé ! ». Je ne sais pas ! J'ai dû dire quelque chose qui ne fallait pas, ou pas dans le bon sens !

Q : Oui, il y a eu une incompréhension à un moment donné !

R : Oui, une incompréhension totale entre elle et moi, mais que je n'ai pas observée, que je n'ai pas vue ! Et elle, c'est maintenant qu'elle me dit cela, quatre mois après !

Q : Et donc vous vous en êtes aperçu seulement quatre mois après !

R : Oui, et sur le coup elle ne m'a rien dit du tout ! Et tout ça c'est pour dire la fragilité de (...). Je ne suis pas sûr que ce soit vraiment en disant bon au revoir Madame, on verra on ne verra pas que (...). Mais je ne suis pas sûr que j'ai besoin de (...), de mesurer si les choses se sont bien ou mal passées. C'est très très très difficile !

Q : Et est-ce qu'il y a d'autres anecdotes qui vous viennent à l'esprit, où il y a eu d'autres choses, pas forcément de l'incompréhension, mais d'autres choses qui se sont passées, qui vous ont amenées à vous poser des questions sur l'annonce, enfin sur l'entretien que vous avez eu avec ce patient?

R : Oui, oui, mais on oublie, c'est rare ! Mais après on oublie ce qui s'est passé hier ou avant-hier ! Tiens, il n'y a pas si longtemps j'ai vu une dame et je l'ai vue juste après ses résultats, ce qu'on ne fait pas souvent puisque c'est le chirurgien qui explique, on prend rendez-vous pour voir le médecin oncologue, donc normalement ça se passe progressivement. Mais là, par la force des choses, je l'ai vue juste après le chirurgien, et c'est vrai que bon, j'y suis allé doucement, parce que c'est vrai que bon, « Vous voulez qu'on se parle aujourd'hui, que je vous explique aujourd'hui ce que c'est comme traitement ect ect ...et qu'on fasse la chimiothérapie ». Donc là, vient le résultat de l'opération du cancer du sein, et bon, on commence à parler de chimiothérapie, mais souvent c'est décalé ! Souvent il y a un moment où on explique les résultats, il se passe un temps, on explique les traitements, il se passe encore un temps, on explique comment ça va se dérouler. Et là, par la force des choses, on a fait les choses un petit peu en même temps, pas vraiment en même temps, bon, et là je me suis dit, « Est-ce qu'on en fait pas trop d'un coup ? », « Est-ce qu'on n'est pas en train de lui assener des choses qui sont trop trop trop (...), trop importantes en terme d'information ? », le résultat, le traitement, les conséquences du traitement, le lieu du traitement, bon, tout ça, et je me suis dit « Est-ce que ce n'est pas beaucoup trop ? » je sais pas, bon, sur le fond, je me suis demandé, « Est-ce qu'on n'en fait pas beaucoup trop ? ». D'un côté, elle, demandait des anxiolytiques, parce que bon, il était toujours temps d'en demander. C'était le volume ; on est toujours confronté à ça ! Souvent je me dit : « Est-ce que je ne suis pas entrain d'en dire trop ? », il y a une attente évidemment d'explications par rapport à ce que l'on fait, et c'est normal, il faut qu'on explique aux gens ce qui va se passer, d'un autre côté, si on explique

tout, c'est épouvantable, il faut qu'on fasse le tri ! Il faut qu'on dise que tel élément va se passer, c'est pareil pour les médicaments, si tu dis tous les effets secondaires, tu ne l'utiliseras jamais, c'est pareil ! Donc ce n'est pas une question d'annonce mais une question de volume d'annonce.

Q : Donc en fait vous avez l'impression que ce qu'elle attendait des explications qu'elle voulait avoir, c'était peut-être trop en quantité ?

R : Je me suis demandé si à un moment je n'étais pas en train d'en dire trop, trop sur le moment ! S'il n'y avait pas indication à freiner ! Et donc encore une fois, ce n'est pas par rapport à l'annonce, qu'elle avait déjà, mais par rapport au volume !

Q : Oui.

R : Par rapport au volume. Une fois aussi, il y a plus longtemps, c'était en onco-génétique, j'avais expliqué ce qu'on explique, enfin j'avais l'impression d'expliquer ce qu'on explique généralement et sur le coup cette dame semblait avoir compris, et c'est vrai qu'elle m'a fait une lettre, en disant que ce que je lui avais dit était terrifiant , ça l'avait terrifiée, ça l'avait sidérée, ça l'avait complètement cassée, ect, ect...Et je ne m'en étais pas rendu compte, donc ce qui m'avait contrarié ce n'ait pas tant qu'elle m'ait écrit ça, ce qui m'a contrarié, c'est que je ne l'avais pas vu ! Parce qu'elle était restée complètement de marbre, donc je ne m'en étais pas rendu compte. Clairement, elle m'a dit qu'il fallait que (...). Bon, on est toujours confronté au problème de donner une information qui soit suffisante, de juger de son importance, de sa façon de faire, quand les gens ne réagissent pas ou du moins quand on n'arrive pas à comprendre qu'ils ne réagissent pas bien ! Bon, et là, ce qui m'a contrarié, ce n'ait pas tant qu'elle m'écrive, ce n'est pas tant qu'elle m'écrive ce qu'elle m'a écrit, c'est que je me rende compte que je ne l'ai pas vu ! Je ne m'en suis pas rendu compte. Si elle ne m'avait pas écrit, je ne me serais pas soucié de ça ! Donc on est mal placé. Je suis persuadé que ce qu'a perçu le patient et la perception du médecin, ce n'est pas la même chose ! Si après une consultation tu interrogues le médecin et le patient, bon, tu seras, tu auras une perception différente. Donc là je sais qu'on va être très mauvais. Si tu me demandes comment ça s'est passé pour le patient, je sais parfaitement que je serais très mauvais. Je peux dire ma perception à moi, ça, je peux bon, je peux dire bon ben là, ça s'est bien passé, en général ça se passe bien. Mais si tu me demandes d'évoquer par rapport à ce que j'ai pu percevoir, je serais très mauvais, ça, c'est sûr !

Q : Donc en fait, finalement, si je traduits bien ce que vous dites, ce sur quoi ça bloque souvent, c'est qu'il y a une mauvaise perception de ce que ressent le patient à un moment donné de l'annonce ?

R : Oui, oui, bien sûr !

Q : Qui ne correspond pas forcément à ce que vous ressentez.

R : Oui, oui, d'autant qu'on a beaucoup de choses à dire, donc on essaie de les dire, on essaie d'avoir une information « relativement complète ». Il y a aussi une question de temps, donc on essaie de ne pas trop traîner pour quand même s'occuper de toutes les patientes qui sont là ! Donc on est limité par le temps aussi, ce qui fait qu'on ne prend pas toujours le temps aussi ; le temps de la réflexion, le temps de l'attente, ce qui fait qu'on ne s'assure peut-être pas toujours suffisamment que les gens suivent bien ce qu'on dit. On ne fait pas répéter ! « Bon ben maintenant voilà, dîtes moi ce que vous avez compris ! » Bon, bon, on ne serait pas déçu du voyage, quand même ! Mais idéalement, je sais bien qu'idéalement, c'est ce que je devrais faire ! Idéalement, je devrais dire un certain nombre de choses, arrêter, demander : « Qu'est-ce que vous avez compris, redîtes moi ce que vous avez compris ? », m'arrêter, reprendre, mais bon on ne s'en sortirait jamais ! On le fait au début, quand on prend contact avec quelqu'un, je lui demande toujours ce qu'il a compris dans le dossier : « Qu'est-ce que vous savez ? Qu'est-ce qu'on vous a expliqué ? », puis après bon. Au début je le fait ! « Qu'est-ce que vous savez ? Qu'est-ce qu'on vous a dit ? Qu'est-ce que vous savez ? » Puis après (...), bon (...). Mais je sais que je suis mal placé pour juger comment s'est passée la consultation. Alors je suis sûr que quelques fois j'ai l'impression que ça s'est bien passé alors qu'en fait ça s'est très mal passé et puis des fois j'ai l'impression que ça s'est très mal passé alors qu'en fait ben, ça a été. Alors qu'est-ce que c'est qu'une bonne annonce ? C'est de la métaphysique !

Q : Oui, parce que par moment, vous vous avez beau avoir l'impression que ça s'est bien passé, alors qu'en fait dans la réalité ça s'est mal passé pour le patient ?

R : On n'est pas dans l'objectif ! La bonne annonce, la mauvaise annonce, ce n'est pas objectif ! Ce n'est pas parce qu'une dame va pleurer à ce moment-là que ça s'est mal passé, surtout qu'elles pleurent souvent. C'est tout, c'est tout. Ça peut très mal se passer avec des gens qui restent de marbre, et on ne s'en rend pas compte ! Bon, je ne sais pas comment on peut cerner une bonne annonce ! Bon, après il faut voir sur le temps, parce qu'aujourd'hui c'est comme ça, demain c'est comme ça, bon. Parce que la dame qui m'avait écrit, en me disant « Jamais je ne vous aurais dit ce que vous m'avez dit ! », c'était quelques temps après, donc en fait elle avait quand même compris ce que je lui avait dit, même si ça a été violent pour elle, mais sur le fond, elle avait compris, et malgré le fait qu'elle m'a dit qu'elle ne le ferait pas, elle a fait ensuite ce que font la plus part des femmes dans cette situation-là.

Q : Donc elle avait compris l'information, même si ça avait été difficile !

R : Oui, même si sur le coup ça avait été violent pour elle, mais sur le fond, elle a agi en fonction, comme la plus part des femmes dans cette situation ! Donc après tout, bon, est-ce que l'annonce avait été si mauvaise que ça ? Je n'en suis pas si sûr ! Tout dépend de quel point de vue on se place. Est-ce qu'on mesure la satisfaction des gens ? Est-ce qu'on mesure la compréhension ? Est-ce qu'on mesure les conséquences, les choix qui sont faits après ? donc tout est ouvert ! Est-ce que tu vas juger une annonce par rapport aux choix par rapport au traitement ? Bon, ça, c'est facile ! Bon, est-ce que c'est la satisfaction, est-ce que c'est le

but que les gens soient contents ? Ca je n'en suis pas si sûr ! Bon, c'est bien si les gens sont satisfaits, mais ce n'est pas l'objectif !

Q : Pour vous, l'objectif, ce serait qu'ils suivent les traitements ?

R : Non, non ! Le but c'est d'informer ! C'est qu'ils aient compris ce que j'ai essayé de dire !

Q : Même si ça a été difficile pour eux !

R : Oui ! Oui ! Alors le but ce n'est pas de les pousser à faire ce que j'ai envie de faire, ce n'est pas de les pousser ni de les orienter, ou bien, ce que j'ai envie qu'ils fassent ! Mon objectif, c'est de (...), d'essayer de les informer, qu'ils aient compris ce que j'ai voulu leur dire à un moment donné ! Donc, là aussi, éventuellement, c'est subjectif, puisque ce qu'on lui dit, c'est un discours à un moment donné, c'est le discours à un moment donné ! Et je leur dit souvent ; « Mon but, c'est de vous expliquer, de vous informer, pour que vous soyez en situation de pouvoir faire face à la situation à laquelle vous êtes confronté ». Si, au bout du compte, la dame, elle sort en ayant compris ce que j'ai voulu lui dire, et en ayant passé une information pour qu'elle puisse agir en fonction de ce qu'elle pense elle, le reste bon (...) ! Le but, c'est ça ! Et pas en tous cas, qu'elle ait pleuré ou pas pleuré ! Mon but, c'est de vous informer, pour que vous soyez en mesure de faire un choix, par rapport à ces informations. Déjà ça, c'est pas si facile ! Donc s'il fallait en toute fin dire ce que c'est qu'une bonne annonce, ce serait ça.

Q : Donc c'est surtout au niveau de l'information.

R : Non, l'information, ce n'est pas un objectif en soi, ce n'est pas ça le problème ! le but n'est pas d'informer pour informer ! Le but est d'informer suffisamment pour que la personne puisse faire son choix.

Q : Oui, pour donner à la personne la capacité de faire des choix, le choix qui lui semble le plus adapté.

R : Oui, l'information ce n'est pas (...), ce n'est pas un but, ce n'est pas la course machin (...). Bon, le but serait que (...). Bon, les gens qu'on voit sont face à une situation, bon, que ce soit un cancer, ils font face à une situation ! Bon, il y aura des choix ! Alors évidemment, ce n'est pas le médecin qui les fait ! Mais la tendance, c'est quand même d'essayer de faire participer, au moins quand on peut, et en ça, l'information n'a que pour objectif de permettre aux gens de (...) d'avoir des infos pour pouvoir faire un choix qui leur convient.

Q : Maintenant, je vais vous demander de vous remémorer l'annonce d'une mauvaise nouvelle que vous avez due effectuer, et de me dire comment vous l'avez vécue ?

R : Une annonce que j'ai effectuée ! pff (...), je ne me souviens de rien, je n'ai vraiment pas de mémoire !

Q : Et une annonce récente peut-être ? Ou même une pas forcément récente, mais une qui vous a marqué ?

R : Ben nous, les situations où on annonce, dans mon métier, les situations d'annonce d'une mauvaise nouvelle qui tombe quand les cancers sont installés, c'est souvent quand on fait des bilans, que les gens viennent rechercher leur bilan, et que leur état c'est aggravé. Dans ces cas là, il arrive quelques fois (...). Alors c'est à dire que quand les gens arrivent avec leur bilan, ils savent déjà ! Ils sont au courant des faits, donc on passe rapidement sur « Qu'est-ce qu'on fait ? ». Mais il arrive quelques fois effectivement qu'on soit en situation d'expliquer « Bon ben là, j'ai reçu votre résultat et il n'est pas bon ! ». Bon, ça, ça arrive assez régulièrement !

Q : Et comment vous vous sentez justement, quand vous devez annoncer à un patient (...).

R : Je ne le sens pas, ça se passe(...).

Q : Est-ce que vous vous sentez neutre ?

R : Le plus possible oui, ah oui, ah oui, ah oui, ah oui ! Bon, quand les gens sont en attente d'un résultat, ils savent très bien au ton qu'on va employer si c'est une mauvaise nouvelle ou pas ! Quand les gens arrivent en consultation, la plus part du temps, ils arrivent avec leurs examens. Quand les gens entrent dans la pièce, tu sais déjà si ça va ou si ça ne va pas ! Hein, c'est pas compliqué, quand ils entrent dans la pièce, tu sais déjà si ça va ou si ça ne va pas ! De la même façon, selon le ton que je vais prendre pour dire « Madame, j'ai votre résultat, », ils vont comprendre tout de suite dans quel sens ça va aller. Donc moi, je ne vais pas me prendre la tête à savoir « Mon Dieu c'est quoi ça, ça s'est bien ou mal passé ».

Q : Mais par exemple, est-ce que vous vous sentez de la même manière, d'annoncer une bonne ou une mauvaise nouvelle ?

R : Ce serait hypocrite de dire ça, hein, ce serait hypocrite de dire ça !

Q : Alors quelle est la différence, justement ?

R : Ben, on préfère annoncer une bonne nouvelle qu'une mauvaise nouvelle ! Alors bon, c'est (...), c'est (...), médicalement c'est plus simple aussi. Bon, médicalement, quand les choses vont bien, c'est plus simple quand même ! Bon, on sait automatiquement, quand ça va bien, on est content, on va passer moins de temps à expliquer les choses, que si on se dit « Au là là qu'est ce qu'on va faire ? », on va devoir changer de traitement, on va se gratter la tête, on va réfléchir, bon, ça va être beaucoup plus compliqué ! On ne peut pas dire que les choses sont simples ! Elles sont compliquées ! Et puis après, ça dépend des gens, il y a des gens avec qui on (...). Le cancérologue, il accompagne ! Bon, il y a gens qu'on ne voit plus, ça arrive ! Donc ça, bon, pff (...). A la limite je dirais, quand on voit des gens pour un deuxième avis, ça arrive les gens qui sont soignés ailleurs et qui viennent pour un deuxième avis, bon, là, on est relativement au calme, parce qu'on n'a pas (...), on n'a pas (...), on n'a pas la sympathie qu'il peut y avoir quand on connaît les gens depuis dix ans ! Ha, mais ça se généralise aux

gens qu'on connaît depuis toujours ! On aura effectivement beaucoup plus de mal à donner, à dire quelque chose d'horrible que nous, quand on voit quelqu'un qu'on n'a jamais vu en consultation !

Q : Donc vous ressentez quand même une difficulté accrue quand vous avez tissé un lien (...) ?

R : Bon, il y a des gens, c'est sûr (...). Difficulté, ce n'est pas une difficulté ! C'est au niveau du subjectif !

Q : Et alors c'est quoi en fait ?

R : Alors qu'est-ce qui se passe, ça, j'en sais rien ! C'est de la biochimie !

Q : Alors comment vous tradiriez cela? Cette différence entre un patient que vous ne connaissez pas ou peu et un patient que vous avez déjà vu plusieurs fois et à qui vous devez annoncer une mauvaise nouvelle ?

R : Qu'est-ce que tu veux que je te dise ? C'est sûr qu'il y a la mauvaise nouvelle et puis il y a le fait que ça n'aille pas bien ! Bon, c'est sûr que ce n'est pas que la mauvaise nouvelle, c'est que ça n'aille pas bien ! Quand tu suis des gens depuis longtemps, qui ne vont pas bien, bon, évidemment t'es (...). Ce n'est pas une question d'être à l'aise ou pas à l'aise, c'est une question de (...). C'est comme tu disais, bon, après, c'est l'affection qui se crée tout doucement au fur et à mesure du temps. Bon, bah, ce n'est pas le fait d'annoncer, c'est le fait de se rendre compte que (...), bon. Et après il faut quand même savoir prendre un certain recul, sinon (...), sinon il ne faut pas travailler dans la cancérologie ! Tu ne peux pas non plus, tu ne peux pas commencer à tisser des liens trop affectifs avec des gens, hein, tu le sais très bien, dans beaucoup de situations, surtout que ça peut devenir grave un jour ! Donc il faut s'obliger à une certaine forme de (...), d'imperméabilité, alors surtout par rapport aux gens ! Même si on a des émotions, il ne faut surtout pas les montrer ! On ne va pas commencer à pleurer avec les gens, ce n'est pas le but ! D'ailleurs ce serait la catastrophe ! Même si il y a une forme d'émotion, alors je pense qu'il ne faut pas qu'on la montre.

Q : Et est-ce que vous avez déjà eu l'impression de devoir vous obliger à restreindre vos émotions ?

R : Je pense, bon après, c'est subjectif aussi ! Non, je ne pense pas avoir de difficultés, bon, après je ne sais pas, il faut demander aux patients et tout, je n'en sais rien du tout, bon, après c'est (...). Mais les patientes, hein, évidemment, sont à l'écoute du moindre mot, de la moindre phrase, de la moindre (...) mimique ! (...) Je n'essaie pas volontairement d'être neutre, hein, c'est une attitude globale. Bon, je pense qu'en cancérologie, si tu ne prends pas un certain recul par rapport aux choses, et par rapport aux gens que tu prends en charge, bon, il faut changer de métier ! Donc, c'est (...). Je ne pense pas faire des efforts, je ne pense pas, je n'en ai pas l'impression ! Bon, là, comme ça, après tout, les gens qu'on voit ils interprètent tout, tout ce que tu dis, tout ce que tu peux faire (...). Mais ce n'est pas un effort. Je ne fais



pas un effort pour me dire « Attends, là faut pas que tu bouges comme ça, comme ça ! ». C'est pas (...), c'est pas (...), il ne faut pas que je pense en me disant « Bon là, je vais faire un effort de ne pas me lancer dans l'échange ». Donc (...).Voilà, c'est comme ça, bon. Il y a des gens , comme on sait effectivement que ça va aller mal un jour, bon, on est plus « touché » que d'autres, ça, c'est clair ! Mais on sait aussi qu'en on prend des gens de cet ordre-là , enfin, après il y a toutes les situations , hein, là on parle bien de situations où on va annoncer des catastrophes ! Et on sait bien que de toute façon, ça va être une catastrophe ! De toute façon, qu'est-ce que tu veux ! C'était la question ? Je ne sais plus la question !

Q : Oui, si, comment vous le vivez en fait !

R : Comment je vis quoi en fait ?

Q : L'annonce d'une mauvaise nouvelle.

R : Ha, c'est difficile ! Mais encore une fois, je ne me prends pas la tête avant puisque je ne le sais pas avant !

Q : Oui, en fait, il n'y a pas d'anticipation de l'annonce !

R : Non ! On voit arriver des gens, qui quand ils viennent, je vois tout de suite à leur aspect extérieur si ça va ou si ça ne va pas ! C'est pas compliqué ! Quand je prends acte du dossier, hein, je le découvre en même temps ! En général, ils ont compris, donc c'est tout, ils ont compris ! Rien que ma façon (...), je n'ai pas besoin de dire les choses, ils ont compris ! hein, c'est pas (...). Parce que la dame qui est en face qui sait que je suis en train de lire les résultats que je n'ai pas encore vu, bon, elle va le voir tout de suite !

Q : Oui, à votre attitude ?

R : Qu'à la mimique, si c'est bon ou si c'est pas bon ! Bon, c'est pas (...), c'est pas une épreuve, je ne vais pas me creuser la tête, l'épreuve n'est pas pour moi ! Si c'était une épreuve, je crois que je ferais autre chose, c'est clair. Si à chaque fois, pour chaque mauvaise nouvelle , bon, c'est notre pain quotidien ! Si c'était une épreuve quand je devais annoncer une chose terrible, bon, ben c'est tout ! Je crois que là, franchement, j'irais faire autre chose !

Q : D'accord.

R : Moi, moi je pense aussi que sur le fond, la plus part des situations, hein, ce qu'on annonce, bon, est un peu supputé par les gens ! Si quelqu'un évolue, elle sait qu'elle évolue, donc on ne fait que confirmer ce qui est déjà un peu présumé ! On ne balance pas les trucs en disant comme ça, bon ! Ça, c'est une chose qui est un petit peu attendue quand même !

Q : Oui, cela se fait un petit peu au fur et à mesure !

R : Oui, les gens savent bien. Donc, quand on vient chercher nos résultats et qu'on ne va pas bien, on le sent bien ça !

Q : J'en ai terminé pour l'entretien, je ne sais pas si vous avez d'autres choses qu'on n'a pas abordées mais qui vous semblent pertinentes ?

R : Donc, c'est par rapport à quoi ? Tu, tu veux savoir quoi ? C'est quoi ta question ?

Q : C'est de manière globale, comment vivent les médecins à l'annonce d'une mauvaise nouvelle ; c'est ça en fait !

R : Comment les médecins vivent l'annonce ?

Q : Parce qu'en fait, beaucoup d'études existantes se sont intéressées du point de vue du patient, mais très peu se sont interrogées sur ce que vivait le médecin dans ces moments-là.

R : Oui, bon ! Oui, donc bon ! Je suppose que ceux sont effectivement des situations très, très variables, d'une spécialité à une autre ! Si tu parles de cancérologie, les naissances prénatales, les soins palliatifs, les infarctus, c'est pas les mêmes situations ! Ce n'est pas les mêmes situations ! Moi, je pense que ceux qui sentent le plus de malaise, ce sont les radiologues ! Alors eux, du moins leur situation est difficile, mais eux, c'est facile ! Alors les gens arrivent, avec leurs résultats, ils s'attendent à ce qu'on leur donne leurs résultats, nous, on les connaît, donc, on n'est (...), on n'est pas inconnu, donc on sait ce qu'ils savent ! On les voit régulièrement, on sait ce qu'ils savent, déjà on sait ce qu'ils savent, on sait ce qu'ils ne savent pas, mais (...) les radiologues, sont des gens qui font des images, et des gens qui vont les voir (...). Donc on fait l'examen, donc généralement, quand il y a une mauvaise nouvelle (...). Bon tu imagines que tu fais un dépistage, une mammographie, un dépistage, bon, tu fais la mammographie pour dire « C'est normal, Madame ! » ; bon, si là (...). Bon, en plus, un radiologue, il ne connaît pas les gens généralement ! Bon, en plus, il va donner une information extrêmement compliquée, parce que d'un côté, il doit donner l'information la plus complète possible, sachant que lui, il va mettre à l'aise pour la donner, parce qu'il n'a pas tout, tout en sa possession, donc il va être partagé entre le désir, d'un côté, de tout dire, ce qui créerait une catastrophe, parce qu'il ne connaît pas les gens, donc il vaut mieux ne rien dire et renvoyer vers le médecin généraliste. Evidemment les gens ne seraient pas contents non plus parce qu'on ne leur aurait rien dit. Mais effectivement, les radiologues à mon avis, sont en situation difficile. D'autant qu'il y aura souvent un laps de temps entre le radiologue et la consultation chez le médecin. Oui, je pense que ce serait vraiment des gens à interroger, parce que leur métier, ne me paraît vraiment pas facile, l'information (...). Alors après, je dis ça, mais ça dépend des situations. C'est moins brutal aussi par exemple en onco-génétique, les gens, ils vont rentrer dans la salle de consultations, et puis, « Bon, ben, on va vous donner vos résultats ». Ce résultat qui est binaire. Ça veut dire que ou ils ont un risque, ou ils n'en ont pas. Donc, quand ils entrent dans la pièce, ils ont un risque de mettons, 40% , pour leur vie entière, admettons, ils vont ressortir, ils auront un risque de 10 ou 90, donc là, c'est violent, c'est un peu violent ! C'est un peu violent, mais c'est quelque chose qui est attendu ! Les gens savent bien qu'ils ne seront pas pareils en entrant qu'en ressortant ! Mais c'est vrai que ce que

j'ai appris par rapport à ces situations, c'est que ce n'est pas la peine de tourner autour du pot ! Il faut tout de suite donner les résultats. C'est pas la peine de refaire toute l'histoire. On donne le résultat, c'est bien ou c'est pas bien. Bon, et après, on discute. Mais c'est au cas par cas. Je pense que pour chaque patient, c'est un cas particulier. Et sur le fond je pense que la mauvaise nouvelle, c'est quelque chose qui est très (...), très compliquée à cerner ! Je ne pense pas qu'on puisse anticiper, c'est ce que je disais l'autre jour, je ne pense pas qu'on puisse anticiper, car ce qu'on peut considérer comme une bonne nouvelle peut être une mauvaise nouvelle. Même quelques fois quand on dit « Ben, ce n'était pas un cancer », pour elle, ça peut être une catastrophe, mon Dieu ! Bon, pour nous ça va paraître incompréhensible mais il y a des gens à qui on va dire : « Ben Madame, ce que vous aviez là, ce n'était pas un cancer ! », ben ça va être catastrophique ! Il préféreront quasiment qu'on leur dise ben, : « Vous avez un cancer ». Donc, il y a un décalage total. Ce que je veux dire plutôt c'est qu'il n'y a pas forcément de corrélations entre ce qu'on pense et ce que lui pense. On ne sait pas a priori ce que pensent les gens. Je ne sais pas ce que tu penses, je ne sais pas, tu ne sais pas ce que je pense, bon sur le fond, on parle comme ça, toi, tu en seras un peu plus, moi, je n'en saurai pas beaucoup plus, hein, c'est comme ça, mais, mais c'est tout. Tu, tu ne sais pas a priori ce que pensent les gens, comment (...), comment (...), tu ne sais pas leur vie. On arrive comme ça, actuellement, à un moment donné, dans la vie des gens, bon, on ne les connaît pas, on ne les connaît pas ! Et c'est heureux, parce que si on en savait trop, on ne serait plus dans, on ne serait plus dans le (...), on partirait trop dans (...), dans le sentiment, et alors là, c'est là qu'on serait très malheureux. Si on confondait le sentiment, hein, et la médecine, je ne dis pas qu'il n'en faut pas, mais il faut faire attention, parce que sinon, c'est un risque de (...). C'est pour ça, bon, quand les gens sont dans la famille médicale, tout ça, prenez un médecin qui ne soit pas votre mari, que ce ne soit pas votre père, sinon, ce serait la catastrophe ! Enfin, on voit souvent des filles avec comme médecin traitant leur père, arrêtez ça ! Arrêtez ça ! Bon, sinon, ce que je disais, c'est qu'effectivement, on n'imagine pas, c'est difficile d'imaginer, on ne peut pas se mettre à la place des autres, et à chaque fois, à chaque consultation, bon, tu (...), tu essaies de faire en sorte que, comme je disais, je pense que l'objectif c'est de réussir à donner assez d'informations pour que les gens puissent faire face à la situation à laquelle ils sont confrontés ! Le problème, c'est que bien souvent en cancérologie, l'information, tu ne vas pas la donner complètement, parce que, parce que, parce que ! C'est ça le problème, quelques fois ça va, quelques fois tu doutes !

Entretien : M19

Age : 47

Sexe : Homme

Fonction : Professeur des universités

Ancienneté : 20 ans

Service : Cancérologie thoracique

Q : Alors, pour commencer, je vais vous demander, de me dire sur quels éléments vous vous basez, pour dire qu'une annonce s'est bien déroulée ?

R : Il y a au moins, 2, 3 éléments :

Premier point, je connais un minimum le patient, on ne peut pas faire une annonce à quelqu'un que l'on ne connaît pas un minimum. Et connaître un minimum, ça va jusqu'à la vie privée des gens. Ce n'est pas seulement la maladie, il faut avoir un rapport humain assez proche et dire je connais un peu, cette personne. Ça veut dire, jamais, jamais, d'annonces lors de la première consultation, ce serait une erreur grave.

Deuxièmement, « Est-ce que je pense que le patient a compris ce que je lui ai expliqué ? ». Il faut au moins, que je pense qu'il ait compris. En sachant modestement que, je peux penser qu'il ait compris, alors qu'il n'ait pas compris. Soit pas compris ce que je lui ai expliqué, soit compris carrément autre chose, qu'il y a un malentendu.

Troisième élément du succès, c'est-à-dire de la bonne annonce, c'est si les deux premiers éléments étaient accomplis, donc, on connaît le patient et parce qu'il a compris, c'est, il a, au moins dans l'immédiat, métabolisé pas trop mal, il ne s'est pas effondré en clair. Et il y a une des façons de (...), il y a plusieurs façons de tester en fait, qu'il ne s'est pas effondré, enfin ce n'est pas simplement l'effondrement en pleurs, ce n'est pas ça, il ne faut pas que le patient soit paralysé à ce moment-là. C'est à dire qu'il va pouvoir poser des questions sur l'avenir proche, à moyen et à long terme. S'il le fait, c'est en général, bon signe. Et puis, on met une précaution à la fin, toujours, toujours, toujours, c'est : « Je viens de vous expliquer quelque chose d'important, de sérieux, vous ne pouvez pas me poser toutes les questions maintenant, parce que vous n'êtes peut-être pas en état, forcément, même si vous pensez l'être. Donc, écrivez, les questions que vous voulez me poser la prochaine fois ».

Et quand je sens que la situation est potentiellement critique, potentiellement, je laisse mon numéro de téléphone direct aux gens, de manière à ce que de chez eux, 3 jours après, voire le soir même, ils puissent m'appeler en disant : « Donc, qu'est-ce que vous avez voulu me dire là ? » ou bien « Je n'ai pas bien pigé ça » ou bien, ce qui est intolérable, en terme d'angoisse, c'est l'expérience qui le prouve, c'est quelqu'un à qui vous faites un annonce, qui doit être terminée, vous lui serrez la main, et puis le prochain revu est dans une semaine, quinze jours, trois semaines, et dans l'intervalle, il a (...), il ne vous a plus comme interlocuteur, il y a éventuellement, sa famille, son médecin de famille, et vous en tout cas vous ne l'êtes plus. Et ben, il peut passer les pires jours de sa vie, donc le succès, c'est tout ça.

Q : Et, sur quels éléments vous vous appuyez, pour voir si le patient a bien compris ce que vous lui avez dit ?

R : Alors, il y a différentes techniques : La première, c'est de tenter la reformulation. De tenter de faire dire aux gens, je lui dis carrément : « Bon, à ce stade-là, qu'est-ce que vous avez compris de votre problème de santé ? Pas forcément, de ce que je vous ai dit, mais (...) ». Parce qu'ils peuvent comprendre, une partie de ce qu'on leur dit, mais à partir de ce que eux, ils ont vécu, compris, etc. « Qu'est-ce que vous avez compris ? ». Donc ça, c'est une des façons les plus simples. Une autre façon, sans même poser la question, c'est si le patient, sans même lui demander va poser des questions, qui témoignent qu'en effet il a compris ou qu'il n'a pas compris. Il faut laisser venir, et s'il n'y a rien qui vient, on fait reformuler ou on propose de faire reformuler. C'est rarissime, les cas où les gens se ferment à ce moment-là, ils nous disent : « Bon, on va voir quoi dans 15 jours », ça m'ait arrivé une fois ou deux, en 20 ans. Mais bon, c'est une possibilité qu'il faut respecter. Voilà.

Q : Alors, maintenant, je vais vous demander de vous remémorer l'annonce d'une mauvaise nouvelle que vous avez due effectuer.

R : C'est tous les jours (rire) !

Q : Une qui vous a marquée.

R : C'est tellement, le quotidien ! Là celle qui m'a le plus marquée, quand même pour les derniers temps, c'est (...), qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ?

Q : Alors, comment vous l'avez vécue ?

R : Euh, très bien. Très, très bien. Alors que c'était une très mauvaise nouvelle, je l'ai très bien vécue. Pour une raison simple, c'est que (...) c'est quelqu'un qui (...), que je connais, c'est une dame que j'ai vu, il y a 5 ans, pour autre chose, tout à fait autre chose. Et qui, à l'époque, avait les pires problèmes avec le corps médical, en général, parce que ça fait partie des patients qui, revendiquent leurs droits de patients et qui ne se soumettent absolument pas, à un rapport d'autorité vis-à-vis du corps médical. Donc, c'est, « Votre autorité médicale, vous la mettez dans votre poche, moi je suis », c'est une enseignante, « D'accord, je fume et je bois, mais c'est mon problème, ne commencez pas à me dire que je suis une folle dingue, comme m'ont dit tous les autres médecins ». Et bon, c'est le genre de patient, qu'on pourrait appeler coriace, mais avec laquelle, j'ai toujours eu comme un (...), presque une connivence, parce qu'elle a un côté provoc, que j'aime bien. Et, elle revient me voir, 5 ans plus tard, parce qu'en vacances, petite douleur, radio, ce qui ne manquait pas d'arriver est arrivé, grosse fumeuse, on lui découvre un cancer. Et ben là, c'est le début de l'effondrement, elle a encore une fille qui est ado et, je veux dire, c'est la catastrophe quoi, c'est la catastrophe absolue, c'est : « Ben, vous m'aviez bien dit que je fumais un petit peu beaucoup, mais voilà, ma fin est proche, alors, comment on va faire ? ». Et ben, ça c'est très bien passé. Alors, c'est typiquement aussi (...), alors là numéro de téléphone direct, pour que le soir même, elle en a usé, pas abusé, elle en a usé, besoin d'informations très pragmatiques. C'est quelqu'un qui a les pieds sur terre et jusqu'à lui fournir, l'adresse, les coordonnées, d'un prothésiste capillaire, parce que, comme c'est quelqu'un qui est très soigneux de sa personne, il est hors de question que son image corporelle soit altérée par une chimiothérapie et qu'elle perde ses cheveux,

mais je suis allé jusqu'à expliquer et à trouver l'adresse et lui donner l'adresse, et elle y est allée. Finalement, elle n'a pas donné suite, avec ces personnes-là, mais elle a trouvé autre chose. Enfin, bon, par rapport au drame que c'était, ça se passe vachement bien. Vraiment. Et si ça tombe, on pourra même s'en sortir médicalement, forcément, un pronostic aussi épouvantable, qu'on pouvait prévoir au départ, je reste un peu dans le (...). Ça je ne le dis pas comme ça quoi.

Q : Et qu'est-ce qui fait que, ça s'est très bien passé ? Est-ce que ça relève de son attitude ou ?

R : Ça relève de son attitude, ça relève de beaucoup de choses. Ça relève de (...), surtout, jusqu'où on a pu aller dans l'explication et dans la vérité. Ça allait très, très, très, très loin. Et c'est quelqu'un qui, à la fois, c'est le genre de personne, quoi, qui à la fois parle de la mort avec ironie et presque en se marrant, en sachant que c'est son angoisse absolue pourtant. Bon, et ben quand vous arrivez, à plaisanter, et à plaisanter, pas autrement que par-dessus la jambe, en sachant que le rire et l'ironie, c'est la seule chose qui nous reste, face à l'horreur. Et en ayant conscience et en ayant conscience que le patient en a conscience quand on arrive sur cette même longueur d'onde là, et ben on a gagné sa journée quoi, enfin, on est rentré chez soi, on en tire une vraie fierté d'arriver à ce niveau-là. Bon. Vous allez me dire : « Oui, c'est vachement bien, ça vous a marqué, parce que ça sait bien passé » et ça m'a marqué, parce que c'est typiquement, le genre de personnes chez qui ça peut très mal se passer !

Q : Vous en avez déjà fait l'expérience ?

R : Oui, plus quelqu'un va intellectualiser l'affaire, plus c'est difficile. Quand les questions se limitent à : « C'est quand ma chimio ? », « C'est quand mon scann ? », « Est-ce que je vais me faire opérer ? », bon, c'est facile à répondre. Je vais dire, oui, bon, bon, mais quand c'est, donc, la fille qui a 17 ans là, comment je vais faire là en rentrant ? Je lui en parle ou je ne lui en parle pas. Comment on peut, non, mais attendez, ça va loin, l'information du patient. Après c'est, « Parce que en fonction de ce que vous me dites là, je peux mourir dans combien de temps ? », « Qu'est-ce que je vais être capable de faire dans les mois qui viennent ? », c'est (...), on va très, très loin, dans l'organisation de la fin potentielle. Quand vous en arrivez à ce stade-là, de l'information du patient, c'est lourd, enfin, c'est lourd potentiellement, pour le patient, pour le médecin, mais c'est bien, donc, on y arrive, on y arrive. Et donc, c'est typiquement, le genre de patients qui me fait, enfin, qui me faisait un peu peur, parce que je peux vous assurer, qu'il faut avoir une sacrée bouteille et une sacrée proximité, par rapport aux gens, pour en arriver là. Ce n'est pas possible autrement.

Q : Pour que ça se passe (...) bien.

R : Pour que ça se passe bien, avec des gens qui vont si loin. Et ça, ça fait partie de, je veux dire, si vous faites ce métier, sans être, sans mettre un rapport de proximité, réel vis-à-vis des gens, vous n'y arrivez pas. Comment voulez-vous dire, à une femme de 50 ans, même pas 50 ans, que potentiellement, dans moins d'un an, elle ne sera plus là, sans que ce soit la catastrophe, il faut sacrément (...), c'est de l'empathie, il faut de l'empathie, je suis désolé, vous ne pouvez pas le faire, s'il vous n'avez pas une empathie terrible et c'est d'autant plus difficile d'avoir une empathie, avec des gens qui, pour qui le corps médical est suspect, use et abuse de son pouvoir, quand elle rentre dans le bureau, elle le dit. Et ben, ça ne fait rien, vous

prenez au-dessus de ça. Mais, on va très loin dans le détail. C'est le conseil sur la nouvelle coiffure, dans la même consultation. Comment vous vous coupez les cheveux ? Vous vous rendez compte un peu, on va beaucoup plus loin que : « La chimiothérapie, ça marche comment ? » Alors, c'est des conseils qui durent à n'en plus finir, la salle d'attente est pleine, les autres, ils râlent et la dame, elle est toujours dans le bureau et quand les gens ils râlent je dis : « Ben, le jour où vous aurez un vrai problème, sérieux, qui concernera votre vie, vos tripes, vous ne râlerez pas, parce que le professeur M. il passe une heure avec vous ». Ils sont vulnérables, ça les calme. Bon, voilà.

Q : Donc, en fait, ça s'est très bien passé, parce que vous étiez, finalement, assez satisfait de l'entretien.

R : Oui, surtout ! Oui alors, il faut prendre du recul, parce que, on peut penser que ça s'est très bien passé sur le coup et puis se planter complètement. Mais là, je vous dis, ça, ça s'est passé il y a 6 semaines et donc je l'ai revue deux fois depuis. Je veux dire, elle a fait une nouvelle coupe de cheveux complètement (...), pas question de mettre une moumoute, elle s'est coupée les cheveux courts, tout ça, nin nin nin, et puis, et puis, ça se passe bien. Donc, je confirme, à posteriori que ça s'est bien passé. Quelquefois, j'ai des situations où, je pense que ça s'est bien passé et puis, quand je revois les gens, ou quand quelquefois, quand la famille m'appelle, je me rend compte que le patient n'a absolument pas percuté, mais ça on le sait que c'est un risque, c'est normal, c'est une protection, le déni ce n'est pas l'une des meilleures protections qui soit et ben, c'est tout, il faut recommencer, il faut (...), il faut le savoir ça. D'autres questions ?

Q : Oui, en fait, vous parliez de proximité tout à l'heure, mais ce n'est pas justement, plus difficile à vivre pour vous, d'être proche d'un patient et de leur annoncer une nouvelle qui peut mettre en jeu leur vie?

R : Ah si, ah ben, si, si mais, oui. Il faut trouver le juste milieu, mais c'est, il y en a qui ne savent pas le faire du tout. Il y en a qui ne sont pas foutus d'avoir une vérité par rapport au patient en ayant en même temps une empathie. Donc, ils claquent la vérité, froidement, alors là, bonjour pour recoller les morceaux après pour le patient. Et là, j'ai des collègues, je le sais, ils sont absolument incapables de le faire, bon, ils ont d'autres qualités par ailleurs. Donc, non, je ne suis pas d'accord avec vous, quand vous dites : « Est-ce que ce n'est pas plus difficile, si vous avez de l'empathie, d'annoncer la mauvaise nouvelle ? » Non, non, parce qu'il faut savoir, il faut être absolument humble sur la médecine de manière générale. C'est un gros merdier la vie, les gens ils souffrent, ils meurent ect, bon, il ne faut pas se leurrer, ce n'est pas que fleurs bleues, petits oiseaux et soleil, donc il faut savoir gérer ces moments difficiles, c'est un métier, de gérer ça. Et vous le gérez d'autant mieux que vous avez cette empathie, évidemment, le vrai chieur qui arrive, qui vous emmerde et qu'en plus vous lui collez une mauvaise nouvelle, vous allez dire : « Bon, là, ça va être plus facile. » Non, ce n'est pas vrai, ce n'est pas vrai. Face à la mauvaise nouvelle, en fait, tout le monde est au même point zéro, il est sympathique, il est chiant ou il n'est pas chiant, c'est (...), tout le monde est pareil. Dans quel but ? C'est tout ! Donc, ça ne joue pas sur la facilité. Voilà, l'empathie ça permet d'aller très loin et ça permet de construire, la suite, jusqu'à la mort, ça, ces gens là, on va les suivre jusqu'à la mort. En plus, on fait une spécialité, d'une part, la

cancéro-pneumo et d'autre part, la façon dont c'est organisé ici à Lille, qui fait que, contrairement à d'autres situations, où il y a d'autres cancers, on suit les patients à partir du jour où on leur annonce, un peu avant d'ailleurs, jusqu'à leur mort. Il y a des tas de situations où, par exemple, un chirurgien qui annonce : « Ben c'est un cancer, je vais vous envoyer voir un chimiothérapeute ». Et puis finalement, sa chimio, ça ne marche pas et ben, il est envoyé en soins palliatifs. Ce qui fait que le chirurgien, qui a annoncé ça au départ, il n'est même pas au courant que le patient, il est mort 9 mois plus tard. Moi, je sais que cette dame, comme tous les autres patients d'ailleurs, je serais là le jour de sa mort. Soit, si elle meurt dans le service, soit si elle meurt chez elle ou en soins palliatifs, et on est là et la veille et l'avant-veille on est au courant !

Q : Donc, en fait, finalement, l'empathie, ce n'est pas un obstacle, parce que voilà, vous avez réussi avec une réflexion, à prendre (...), à prendre un peu de recul sur ça (...) ?

R : Oh, ce n'est pas de la réflexion. Ah oui, alors, il y a (...), quand je vois, les jeunes, les jeunes médecins ici, les jeunes collaborateurs, ils en chient un max, parce que l'empathie ils l'ont, mais alors là ils en souffrent. C'est la maturité, qui permet d'avoir l'empathie et de ne pas trop en souffrir. Ça et j'en ai moi-même beaucoup, beaucoup souffert quand j'étais plus jeune, parce que l'empathie je l'ai eue assez jeune, mais, quand je vois les petits jeunes, il y a des fois, on les ramasse et c'est des garçons et des filles qui ont 26-27 ans, qui sont internes dans le service, il y a des jours où on les ramasse à la petite cuillère, le soir en partant. Ils sont dans des états de fragilité, on les revoit le lendemain matin, ils sont verts, parce qu'ils n'ont pas dormi de la nuit. Et si on ne fait pas gaffe, il y en a qui font des vraies dépressions. C'est parce que, ils ont bien conscience que leur métier, n'est pas le métier des infirmiers, donc il est vrai que l'empathie, peut être, un frein ou un obstacle même une difficulté supplémentaire. Mais bon, il faut le savoir. Et ça, avec la maturité, on arrive à trouver la juste distance, qui permet de ne pas en souffrir trop, même s'il y a des cas où ce n'est pas loin de la catastrophe quoi. Voilà.

Q : Donc, j'en ai terminé pour les questions que j'avais à vous poser. Je ne sais pas si vous avez d'autres choses qui vous viennent à l'esprit sur ce thème et que vous souhaiteriez ajouter ?

R : C'est, mon gros souci, c'est comment enseigner ça ?. Je suis professeur des universités, donc, j'ai une mission d'enseignement, que j'ai à cœur. J'enseigne, des tas de trucs, en pneumologie, en cancéro, c'est vrai que c'est des trucs pratiques, mais ça, je n'arrive pas à théoriser ça. Comment voulez-vous que je fasse un cours écrit là-dessus ? Même un cours oral, c'est vachement dur de théoriser ça, c'est vachement dur. Certainement des gens dont, c'est le métier, il y a des cours sur l'annonce du diagnostic, il y a même des gens, qui sont venus nous faire des conseils, des intellectuels et on se rend compte qu'ils sont totalement à côté de la plaque. C'est hallucinant, on nous a envoyé un type d'une boîte de cabinet-conseil, qui avait la petite trentaine, qui est venu nous faire une réunion de conseils, qui réunissait les professeurs responsables de la cancéro, aux chevilles. Ça a tourné au vinaigre, parce qu'au bout de 20 minutes, on s'est levé, on a dit : « Ecoutez jeune homme, on a vu à nous tous réunis, à peu près 100 000 fois plus de patients qui ont un cancer, que vous-même et vous nous expliquez comment il faut faire, on n'a rien contre vous mais stop, on arrête là, ça



devient ridicule » ! Mais bon, il faudrait pourtant théoriser et moi, ce que je fais, c'est, je me fais toujours, si possible, accompagner par un plus jeune, pour qu'il en prenne de la graine. Et dans le service, on peut aussi déléguer ses fonctions là, ses fonctions d'annonce, je ne vais pas dire que c'est moi qui vais tout faire, parce que le gars il n'apprend rien. Et donc, on fait ça de la manière suivante, une fois que l'interne est là depuis quelques semaines et qu'ils nous a accompagné plusieurs fois, là on lui dit : « Est-ce que tu veux, maintenant, toi-même, le faire ? » en disant : « Surtout, je suis dans les parages ». Imaginez qu'au bout de 20 minutes, pouf, patatrac, la famille ou le patient s'effondre, que faire ? Et ben, on appelle le vieux. Donc, ils appellent et ils ne se gênent pas, ils disent : « On va continuer avec le professeur M ». Et puis le vieux il arrive, et puis il oriente les choses, et puis, au bout d'un certain nombre de semaines, ils y arrivent tout seul.

Q : Donc, vous ressentez que c'est, finalement, l'expérience qui est le meilleur (...), le meilleur apprentissage.

R : L'expérience oui, puis l'expérience des autres, c'est une espèce de compagnonnage actif.

Q : Mais pour vous, il n'est pas possible de (...), de donner des cours la dessus ?

R : Il n'y a pas de cours, je ne peux pas dire : « Tiens, tu vas lire mon cours sur l'annonce du diagnostic et tu te démerdes avec ça » ça ce serait stupide. Donc, il faut le vivre, il faut en souffrir, celui qui dit : « Ben non, d'emblée, je vais en service avec le professeur M, j'ai vu comment on faisait et maintenant ça marche », ça c'est faux, ce n'est pas comme ça. C'est (...), on en chie, on se remet en cause tout le temps, on se dit (...), « Est-ce que j'ai bien fait ? ». Et avec les années, ça va mieux. Mais même avec les années et que ça va mieux, on se goure encore. Donc, l'enseignement se fait par compagnonnage, c'est un terme que j'aime bien c'est dans la règle générale en médecine et on fonctionne toujours par l'identification progressive. Il y en a qui vont dire : « Je vais faire comme j'ai appris ou j'ai vu monsieur M faire » ou l'inverse, ils vont dire : « Ah ben non, ça je n'aime pas sa façon de faire, je n'aime pas ça ne marche pas » enfin, bon, au moins ils ont un modèle, sur lequel ils s'identifient ou ils le rejettent, au moins il y a une référence. Mais c'est vraiment, une préoccupation qui me tient à cœur, avec le patient qui me tient à cœur, c'est comment enseigner ça ? Pour moi-même, ça va c'est réglé, enfin, ça l'ait, il y a toujours des problèmes, mais ça ne va pas trop mal. Mais il y en a, le pire ce serait que des jeunes qui sont passés par mes mains en tant que formateur, je crains que, 5 ans après, que ceux soient des sales cons qui font ça n'importe comment. Ça, ça me remettrait vachement en question. Voilà.

Entretien : M22

Age : 45

Sexe : Femme

Fonction : Médecin en soins palliatifs

Ancienneté : 8 ans

Service : Unité de soins palliatifs en cancérologie

Q : Alors, pour commencer, je vais vous demander, de me dire, sur quels éléments vous vous basez, pour dire qu'une annonce s'est bien déroulée ?

R : C'est une bonne question. (rire). Alors, moi, je travaille en soins palliatifs, ça, vous le savez, donc, je demande toujours, au patient, où il en est, dans sa maladie. Ce qu'il sait de sa maladie, parce que, nous on accueille des patients qui ne savent pas forcément, qui viennent en soins palliatifs, donc, moi, je n'utilise pas de mots difficiles, cancer, métastases, je parle plus de tumeur de, et je laisse le patient poser les questions. Je ne vais pas annoncer, les choses difficiles, si les patients ne me posent pas de questions. Alors, les critères, de savoir si l'entretien s'est bien passé. Je demande toujours, si le patient a d'autres questions à me poser, s'il veut des compléments d'informations, c'est vrai que je me base beaucoup sur l'attitude du patient, sur son visage, ses expressions, si je vois qu'il a reçu un choc, si (...), c'est vrai que je propose, moi, je les vois tous les jours, donc, le lendemain, je repasse et, si je vois que le patient hésite, qu'il a (...), que j'ai l'impression qu'il n'a pas bien compris ce que je lui ai expliqué, le lendemain, je lui repropose, « Est-ce que vous voulez reparler de ce qu'on a dit hier ? » « Est-ce que vous avez des compléments d'informations à me demander ? » Plus peut être, sur l'attitude physique, du patient, sur ses expressions.

Q : Quelles sont les expressions, qui vous montrent, que ça se passe bien ?

R : Que ça se passe bien ? Si, si, si le patient continue à communiquer, dans les expressions du visage. Parce que la communication (...). Ben, si le patient, ne marque pas de temps d'arrêt, qu'il repose des questions, qu'il a reformulé ce que je lui ai expliqué, ben, c'est qu'il a compris, maintenant, c'est (...), à partir du moment où on annonce une mauvaise nouvelle, forcément, le patient ne va pas rire, il ne va pas sourire, il ne va pas dire : « Ben, tout va bien ».

Q : Donc, en fait, c'est plus dans la compréhension du patient, s'il pose des questions, s'il réagit un petit peu sur ce que vous lui dites. Il y a d'autres éléments sur lesquels vous vous basez, enfin, qui vous signifie que ça se passe bien ?

R : C'est une question que je ne me suis jamais posée. Sur quels critères ? Non, je pense que c'est ces critères !

Q : Alors, maintenant, je vais vous demander de vous remémorer, l'annonce spécifique, d'une mauvaise nouvelle, que vous avez due effectuer. Et je vais vous demander de me dire, comment vous l'avez vécue.

R : J'annonce des mauvaises nouvelles, tous les jours.

Q : Une annonce qui vous vient à l'esprit et qui vous a particulièrement marquée.

R : Une qui me vient à l'esprit et qui m'a particulièrement marquée. (...) Ben, j'essaie de me remémorer, les patients qu'on a dans le service. (...) Oui, oui.

Q : Et alors, comment vous l'avez vécue cette annonce-là ?

R : Ben moi, je sais que je suis porteuse de mauvaises nouvelles et le but, pour moi, c'est de le faire au mieux, que le patient l'accepte au mieux et d'être présente pour répondre aux questions qu'il peut se poser sur l'évolution de sa maladie. Donc, moi, comment je le ressens, ben c'est toujours (...), de toute façon (...), c'est toujours, c'est mon métier, d'annoncer des mauvaises nouvelles, parce que je n'ai que des patients qui vont mourir, dont on sait qu'ils ne vont pas guérir, donc, on (...), moi, je ne le prends pas mal, parce que j'ai choisi de faire ce métier là et que je sais que, je dois annoncer ces choses-là et si j'ai choisi de faire ce métier-là, c'est parce que j'espère l'annoncer mieux que d'autres et que je me dis, ben c'est mon travail. C'est comme ça que je conçois les choses. Je me dis, j'aime autant que ce soit moi qui annonce des mauvaises nouvelles avec mes mots, que (...), que le patient puisse bien comprendre, bien être entouré, à ce moment-là, pouvoir poser toutes les questions, qu'il n'y ait pas de tabous, qu'il y ait une notion de vérité entre nous, puisque je ne mens jamais au patient et c'est pour ça que je veux le faire, que j'ai choisi ce métier-là, parce que j'espère le faire mieux que d'autres qui (...), qui peut-être évitent les questions difficiles et qui évitent d'annoncer les mauvaises nouvelles. Alors, le plus difficile pour moi, c'est d'annoncer des mauvaises nouvelles et que le patient (...), pourtant ça fait partie des mécanismes de défense pour le patient, mais que le patient l'ait entendu, mais fasse comme si on ne lui avait rien dit et qu'il ait toujours des projets comme ça.

Q : C'est un peu dans le déni ?

R : Oui et c'est normal, ça fait partie des mécanismes psychologiques, pour affronter la difficulté du fait qu'on va mourir, on a des projets qui sont tout à fait surréalistes et ça, quelques fois, moi, en tant que médecin, je ne sais plus trop où le patient en est vraiment.

Q : Et comment vous le vivez ça justement ?

R : Ben, c'est peut-être ce qu'il y a de plus difficile. Parce que, là, on a, en ce moment, une dame dans le service, qui (...), qui a acquis, j'ai bien (...), bien au clair, je lui ai bien dit ce qu'il en était, elle m'a posé des questions, elle sait qu'elle a

une tumeur maligne, qu'elle a des métastases, que, bon elle est bien au clair et là elle lit en ce moment des revues, elle veut acheter un plein pied, déménager dans le sud, avec sa famille, ses enfants, enfin, et je me dis : « Bon, comment je vais lui dire que », il faut que, je ne peux pas laisser faire les choses, parce que c'est complètement (...) et pour l'instant j'en suis là, parce que elle est encore hospitalisée et je me dis que je ne peux pas la laisser acheter un truc, je ne suis pas, au fond de moi-même, pas persuadée, je pense qu'elle regarde et qu'elle dit qu'elle a envie d'acheter pour supporter l'idée qu'elle va mourir. Mais bon, si ça se concrétise plus, il va falloir que je lui dise que ce n'est pas raisonnable, d'acheter quelque chose maintenant. Bon, c'est plus la difficulté, de ne pas toujours savoir, ce qu'il se passe dans la tête du patient, en fait, quoi. On ne peut pas, il y a comme une zone d'ombre, qu'on ne connaîtra jamais et ça, il faut respecter aussi, mais en tout cas, j'essaie de faire au mieux pour que le patient puisse s'adapter. Ça répond à votre question ? (rire).

Q : Donc, en fait, c'est plus, parfois, l'incertitude que vous avez vis-à-vis de ce que vit le patient, en fait.

R : De ce qu'il pense vraiment, oui, réellement.

Q : Parce que vous avez peur, que ce qui transparaît ne correspond pas forcément à ce qu'il a en tête ?

R : Tout à fait.

Q : Est-ce qu'il y a d'autres éléments qui vous viennent à l'esprit ?

R : Dans ma difficulté à moi, d'annoncer ?

Q : Oui, la manière dont vous vivez, en fait, les annonces. Quelles pensées vous viennent à l'esprit pendant ces moment-là, qu'est ce qui ... ?

R : Ben, j'essaie d'être le plus clair possible avec les mots les plus simples possible, pour le patient et comme c'est de toute façon, très difficile en cancérologie de donner un pronostic et une durée précise, je le dis ça au patient, je dis qu'il peut arriver quelque chose, n'importe quand, mais que l'on ne sait pas et que l'on ne pourra pas guérir, bon, j'ai des expressions, j'ai des tournures de phrases et je leur dis toujours : « On sait que l'on ne peut pas vous guérir, mais on peut vivre avec la maladie, un temps donné, qu'on ne sait pas, et si je savais, je vous dirais ce qu'il va se passer, mais je ne sais pas ». C'est le discours que j'ai avec les patients, je pense que ce qui nous aide, enfin, moi, en tout cas, moi (...), le fait de, je me suis promis de ne jamais mentir à un patient, je crois que ça, ça met une confiance entre le patient et le médecin, qui fait que, ben forcément, je le vis bien parce que je ne mens pas. Ce sont des choses difficile à dire, mais ça fait partie, comme je vous le disais, ça fait partie du métier.

Q : Donc, en fait, vous semblez quand même bien le vivre, le fait de ...

R : Ça ne me pose pas de problèmes, mais en même temps, c'est un métier que j'ai choisi. J'ai choisi d'annoncer des mauvaises nouvelles, quand on travaille en soins palliatifs, c'est un choix. C'est un choix, de voir des patients dont on sait qu'ils ne vont jamais guérir. Je pense que c'est très différent, d'un médecin qui annonce une mauvaise nouvelle à un patient qui est sain et qui, à qui on annonce qu'il a, par exemple, une maladie incurable, un cancer ou une autre maladie. Moi, je sais que les patients que je vais accueillir, de toute façon, ils vont aller mal. Alors, c'est l'annonce d'une mauvaise nouvelle, dans le sens où ils ne savent pas toujours qu'ils vont en mourir et que l'on ne va pas les guérir.

Q : Et alors, dans ces cas-là, est-ce que c'est plus difficile pour vous ?

R : Ben non, parce que, moi, je le sais, si le patient ne le sait pas, moi, je le savais. Donc, c'est mon rôle.

Q : Oui, de lui annoncer.

R : Non, je pense que peut-être, le plus difficile, il y a une catégorie, ce n'est pas l'annonce, en soi, qui est difficile, c'est à qui, on fait une annonce. Je trouve que des jeunes femmes, qui ont des enfants, j'ai plus de mal, parce que forcément, on se transpose beaucoup et c'est plus difficile pour moi, d'annoncer à une femme qui a des enfants de mon âge, de l'âge des miens, ben forcément, on a tendance à se dire (...), mais ce n'est pas tellement au moment de l'annonce, c'est plutôt après, enfin.

Q : Donc pendant l'annonce, en général ; ça se passe quand même bien.

R : Oui, c'est après, où c'est le plus difficile.

Q : Vous y repensez ?

R : En groupe ou quand on a notre réunion d'équipe tous les jours, on se dit : « Bon, c'est dur, il y a des jeunes enfants ». C'est vrai que l'on est plus sensible à des gens qui ont la même situation que nous, forcément.

Q : Et quand vous dites que vous avez plus de mal à annoncer ...

R : Alors, je n'ai pas plus de mal à annoncer, c'est plus (...), l'annonce est la même mais, c'est plus difficile, le cas est plus difficile.

Q : Et quand vous dites que c'est plus difficile, est-ce que vous seriez me dire en quoi c'est plus difficile, enfin, comment vous le vivez exactement ?

R : Ben, ce qui est difficile, c'est que l'on transpose beaucoup et que l'on est confronté à notre propre mort, en fait, c'est ça qui est difficile. C'est que l'on se dit, ben, par exemple, si c'est un homme de 80 ans, on ne pense pas, mais si c'est une

femme qui a son âge, qui a des enfants du même âge que les siens, on se dit, forcément : « Ça pourrait être moi » et c'est le fait d'être confronté à notre propre mort. C'est plus la difficulté dans ce travail-là, je crois, que c'est ça, la plus grosse difficulté, c'est ça, c'est d'être confrontée, je pense que l'on pense plus (...), enfin je ne sais pas dans les études qui sont faites, mais, je pense souvent au fait, que l'on peut mourir et en plus, que (...), par exemple, des copines qui ne sont pas du tout dans le milieu médical et quand je leur dis : « Il peut nous arriver quelque chose », elles disent ; « Tu as des drôles d'idées, pourquoi tu penses à ça ? ». Je crois que c'est ça, le plus difficile, ce n'est pas dans l'annonce, c'est dans (...), le fait qu'on (...), forcément, on est plus sensible, enfin on est plus inquiète, plus (...), être confronté à sa propre mort.

Q : Et vous y pensez beaucoup

R : Je ne pense pas aux cas particuliers des patients...

Q : De manière globale !

R : Oui, parce que je suis quelqu'un de tout de même très angoissée, pour la maladie, pour les enfants, pour moi, pour les gens de notre famille, pour les gens qu'on aime. J'y pense plus que (...), que quelqu'un qui ne fait pas ce métier-là, je pense. Maintenant, statistiquement, en discutant, comme ça avec des copines ou avec des gens de la famille, on se rend compte, qu'on est beaucoup plus lucide, sur ce qui peut arriver, conscient que ce n'est pas toujours simple la vie.

Q : En fait, c'est une certaine peur, vis-à-vis, de la maladie ou c'est plus le fait de voir tous ces patients ?

R : Non, c'est la peur de mourir, je pense, de ce dire bon, que ce soit (...), mais pas de la maladie, que ce soit d'un accident de voiture, que ce soit d'un (...), c'est la peur de mourir de façon globale.

Q : C'est centré, ni sur un patient, ni sur la maladie !

R : Non, pas du tout, non, pas du tout. Il y a une angoisse générale, que le vie est belle, et que, il faut la préserver quoi. Donc, c'est aussi dans une conduite de vie, je ne roule pas vite en voiture, je ne bois pas, enfin, je mets toute la sécurité autour de moi et autour de mes proches. Moi, j'ai relié ça au métier que je fais, maintenant, il y a certainement un terrain, déjà, avant, des gens plus ou moins angoissés. Mes sœurs ne font pas ce métier-là du tout et on a toute un terrain tout de même, un petit peu anxieux.

Q : Et quels liens vous voyez entre le fait, justement, de (...), d'avoir une vie assez protégée, enfin d'essayer d'augmenter les facteurs de protection dans votre vie et le fait d'exercer ce métier-là ?

R : Moi, je suis persuadée, qu'on a plus conscience de la valeur de la vie et qu'on est beaucoup plus heureux globalement, que la majorité des gens, parce qu'on apprécie plus les petites choses de la vie, qui sont, je dis toujours, enfouir son nez dans les cheveux de ses enfants, j'apprécie tous les moments d'une vie. Parce que, certainement, je suis confrontée de façon quotidienne à la mort, donc, j'ai l'impression, je pense être beaucoup plus à distance des soucis financiers, enfin, on en a, comme tout le monde, mais tout ce qui est les petits tracasseries de la vie, on a beaucoup de reprise, de recul, donc on apprécie beaucoup plus la vie, globalement, quoi, les moments (...), les balades à vélo, les vacances, les moments de détente, je pense qu'en dehors de (...), on n'a pas de soucis, enfin, je ne sais pas, on relativise tout. Pas des soucis, je ne me dispute jamais avec personne, je me dis que ça ne sert à rien, enfin on a une philosophie de la vie je pense, qui est différente. Alors, vous avez le côté, sans doute qui est négatif, qui est peut-être d'essayer toujours de se protéger et de faire attention un peu à tout et de l'autre côté, on profite de tout. Enfin, je le vois comme ça.

Q : Est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous viennent à l'esprit ?

R : Sur ce métier-là ?

Q : Oui, sur ce thème-là, de l'annonce.

R : (...), Non, moi, j'ai choisi de faire ça parce que je (...), au départ, j'étais dans un service de médecine où on fuyait l'annonce, justement et quand les malades allaient mal, ben on n'allait pas les voir, c'était plus simple, comme ça, et je crois que j'ai atterri dans une unité de soins palliatifs à cause de ça, pour combler le vide, qu'on laissait ! Je me retrouvais, toute seule, à 20-22 ans à annoncer, comme ça, des mauvaises nouvelles, ou en tout cas, à gérer un patient qui n'allait pas bien, à l'époque, je ne sais plus trop comment je faisais pour dire les choses mais, et j'ai été là, en très mauvaise posture, parce que comme personne ne voulait y aller et que j'étais le plus jeune médecin interne, ben c'est moi qui y allait et ce qui fait que c'est vraiment un choix, d'aller aider le patient, dans la difficulté, à un moment difficile de sa maladie. Parce que j'avais envie que ce soit bien fait, donc, forcément, l'annonce, moi, l'annonce, ne me pose pas, enfin, je le vis bien, ça ne me pose pas de problème, parce que je suis là pour aider le patient. Mais, ça ne veut pas dire que, ben après, surtout, oui ce serait surtout avec les patients à qui (...), ou avec des familles avec qui on sympathise plus et avec des (...), c'est vrai qu'on ne vit pas toujours (...), nous (...), on ne voit que des patients, donc, qui vont mourir, mais, on ne vit pas toujours le même attachement au patient. Il y a des gens avec qui on sympathise beaucoup plus et où l'accompagnement est plus difficile et d'autres, mais c'est pas là, c'est de l'accompagnement et d'autres où l'on sympathise moins et on est obligé d'ailleurs, il y en a, ça fait 8 ans que je travaille là, dans l'unité et il y a des patients que je n'ai pas oubliés et que j'oublierais jamais, parce que l'histoire

m'a plus marquée. Ce serait intéressant d'ailleurs, de savoir ce que vous diront les autres médecins, parce que.