

# Annoncer une mauvaise nouvelle



**Bruno Fortin**

Psychologue à l'Unité de médecine familiale Charles-Lemoyne

La chronique « La recherche le dit » traite d'un cas clinique. Puis, des données probantes tirées de la base de données EBSCO accessible via le site Internet de l'Ordre sont rapportées en lien avec la problématique soulevée par le cas clinique. Finalement, l'apport des données probantes pour nourrir la compréhension clinique est discuté.

## Le cas clinique

La patiente est découragée. Son médecin vient de lui dire qu'elle a un trouble de la personnalité limite, qu'il n'y a pas vraiment de ressources spécialisées accessibles pour les pauvres comme elle et qu'elle doit se faire à l'idée qu'elle sera toujours malheureuse. Elle va de la rage au désespoir et demande à son psychothérapeute pourquoi il ne lui a pas dit qu'elle était *borderline* et qu'il n'avait pas les compétences pour l'aider.

## La recherche le dit

Les gens réagissent aux mauvaises nouvelles de différentes façons. Selon Sweeny et Shepperd (2009), cette réaction dépend de trois aspects : jusqu'à quel point la situation annoncée peut être contrôlée, la probabilité qu'elle ait des conséquences négatives et la sévérité de ces conséquences. Les gens seront plus actifs pour régler les problèmes s'ils considèrent qu'ils peuvent maîtriser la situation. Au contraire, ils deviennent plus passifs lorsque la situation leur semble incontrôlable.

Sweeny, Shepperd et Han (2011) soulignent que d'importants problèmes de communication peuvent être engendrés par la différente manière dont les deux interlocuteurs perçoivent la divulgation de la mauvaise nouvelle et les buts de cette divulgation. L'intervenant peut souhaiter fournir de l'information pour faciliter un plan réaliste et une décision éclairée du patient. Ce dernier peut toutefois percevoir la situation autrement, comme si le professionnel s'efforçait à le faire obéir à ses suggestions ou à se débarrasser de lui. L'intervenant a intérêt à rendre explicite non seulement le contenu de la mauvaise nouvelle, mais aussi son intention, en partageant celle-ci avec le patient. Sweeny, Shepperd et Han (2011) soulèvent aussi un problème éthique : la tentation, chez le professionnel, de se montrer trop positif et optimiste et d'ainsi cacher au patient la réalité de la situation. On peut tout dire, mais pas nécessairement tout de suite et tout d'un coup.

Tuffrey-Wijne (2012) rappelle qu'il faut tenir compte de l'état du patient, du soutien disponible et de sa capacité de compréhension. Il suggère de procéder par étapes, en s'assurant que le patient dispose de l'information nécessaire à la compréhension de ce qui lui est annoncé, et de fragmenter l'information en petites unités qui tiennent compte des capacités intellectuelles et émotionnelles du patient.

Baile et coll. (2000) suggèrent d'utiliser une stratégie en six étapes : 1) préparer l'entrevue en se pratiquant mentalement, en choisissant un endroit privé où il n'y aura aucune interrup-

tion et en impliquant les personnes significatives au besoin ; 2) demander au patient ce qu'il sait de la situation, ses attentes et ses espoirs ; 3) vérifier ce que le patient veut savoir et comment il souhaite être informé ; 4) annoncer qu'il s'agit d'une mauvaise nouvelle si c'est le cas, et décrire les faits, 5) fournir une réponse empathique aux émotions du patient ; et 6) présenter – et aider le patient à construire – un plan de match au sujet de la suite des choses.

Les personnes qui vivent avec un trouble de la personnalité limite sont souvent stigmatisées (President and Fellows of Harvard College, 2007). Leurs accès de rage, de pensées suicidaires, d'automutilation et d'initiatives inappropriées pour créer de l'intimité, souvent suivis par un rejet soudain, amènent parfois les intervenants à dépasser leurs limites, puis à s'exprimer de façon impulsive.

Il y a différentes façons de décrire une situation. Après avoir regardé les différents critères qui mènent au diagnostic de trouble de la personnalité limite selon le DSM-5, la patiente dont il était question au début de cet article s'y est en partie reconnue. Au cours de rencontres subséquentes, encouragée à s'intéresser aux défis posés aux gens qui vivent avec ce diagnostic et aux schémas qu'ils ont acquis au cours de leur histoire, elle a reconnu qu'elle avait surdéveloppé certaines capacités pour survivre et qu'elle souhaitait rééquilibrer sa vie en développant d'autres capacités complémentaires. Elle avait appris certaines stratégies de survie et elle pouvait maintenant se donner du temps pour en apprendre d'autres plus satisfaisantes (Linehan et Wilks, 2015). Certaines de ces améliorations étaient déjà amorcées dans sa psychothérapie actuelle. Reconnaissant qu'il n'était peut-être pas le grand spécialiste inaccessible dont rêvait le médecin de sa patiente, le psychothérapeute a tout de même souligné qu'il avait déjà aidé la patiente, qu'il avait aidé plusieurs personnes aux prises avec ce genre de problème et qu'il était prêt à l'aider à faire encore un bout de chemin. Elle pouvait compter sur le fait qu'il ne l'abandonnerait pas. ■

## Bibliographie

- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. et Kudrka, A. P. (2000). SPIKES: A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.
- Linehan, M. M. et Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97-110.
- President and Fellows of Harvard College (2007). The stigma of borderline personality. *Harvard Mental Health Letter*, 23(7), 6.
- Sweeny, K. et Shepperd, J. (2009). Responding to negative health events: A test of the Bad News Response Model. *Psychology and Health*, 24(8), 895-907.
- Sweeny, K., Shepperd, J. A. et Han, P. K. J. (2011). The goals of communicating bad news in health care: do physicians and patients agree? *Health Expectations*, 16(3), 230-238.
- Tuffrey-Wijne, I. (2012). A new model for breaking bad news to people with intellectual disabilities. *Palliative Medicine*, 27(1), 6-12. therapy: a pilot randomized study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 107-117.
- Van Deer Schaaf, M. E., Schmits, I. C., Roerink, M., Geurts, D. E. M., Toni, I., Roelofs, K., De Lange, F. P., Nater, U. M., Van der Meer, J. W. M., et Knoop, H. (2015). Investigating neural mechanisms of change of cognitive behavioural therapy for chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. *BioMedCentral Psychiatry*, 15, 144.