

LE TEMPS EST VENU POUR UN CHANGEMENT de paradigme des soins de santé¹

BALFOUR MOUNT

Professeur émérite de médecine palliative

Université Mc Gill, Montréal, Québec

balfour.mount@sympatico.ca

L'expérience acquise depuis l'émergence du mouvement moderne des hospices à la Maison St. Christopher à Londres, il y a quarante-cinq ans, équipe les soignants en soins palliatifs pour ouvrir le chemin à un nouveau paradigme des soins de santé, soit un paradigme qui implique un remaniement radical des diagnostics et des traitements, de la façon dont nous percevons ceux que nous soignons et leurs problématiques, ainsi que de la façon dont nous nous percevons nous-mêmes. Les gains acquis dans le domaine des soins palliatifs peuvent ainsi s'étendre à tous ceux qui reçoivent des soins de santé. Les bénéfices sont aussi accrus pour ceux qui fournissent les soins.

L'historien de la science et philosophe Thomas Kuhn a suggéré qu'au lieu d'avancer selon un mode linéaire, le progrès scientifique est marqué par des bonds intermittents de compréhension au cours desquels la vision conceptuelle acceptée du monde est remplacée par une nouvelle que les scientifiques auraient considérée antérieurement comme erronée. Par exemple, la Terre fut d'abord considérée comme plate, puis reconnue comme ronde. De la même manière, il était admis que le Soleil tournait autour de la Terre. Alors Copernic offrit une nouvelle pers-

pective, exactement à l'opposé. Kuhn appelait de tels changements de notre vision de la réalité un « changement de paradigme ». La façon traditionnelle de voir a été remplacée par une idée rendue possible par une pensée « en-dehors de la boîte ». La nouvelle façon de voir ne nie pas nécessairement l'ancienne. Par exemple, la mécanique newtonienne offre encore un bon modèle de compréhension des vitesses au-dessous de la vitesse de la lumière, même après qu'il a cédé au nouveau paradigme représenté par la théorie d'Einstein sur la relativité et la physique quantique. La nouvelle perception permet une évaluation plus complète et adéquate de la réalité que nous considérons, ainsi que de notre réponse à celle-ci².

Et qu'en est-il au regard des soins de santé? Je crois qu'un changement de paradigme est requis si nous voulons respecter notre mandat envers nos patients et reconnaître nos propres besoins. Quels sont les paradigmes des soins de santé qui ont façonné notre pensée sur la médecine occidentale au cours du récent millénaire?

D'Hippocrate (460-377 av. J.-C.) jusqu'au début du XIX^e siècle, le paradigme dominant de la médecine occidentale était l'« humorisme », un système qui semblait offrir un cadre utile pour

comprendre le corps humain et ses maladies. Les quatre *humeurs* de la médecine d'Hippocrate étaient la bile noire (*mélankholia*), la bile jaune (*cholera*), la phlegme (*phlegma*) et le sang (*sanguis*). À chacune des humeurs sont attribuées des associations et des propriétés : la santé demandait que les quatre humeurs soient « en équilibre³ ». Alors que son influence faiblit lors des premières décennies du XIX^e siècle, l'humorisme a été reconnu comme folklorique et la qualité des soins médicaux qu'il offrait au mieux douteuse et souvent dangereuse. À cette époque, le « Doctorat » était enseigné au cours d'un bref préceptorat peu structuré (il durait en moyenne un an ou moins).

Un nombre croissant d'observations, faites durant la seconde moitié du XIX^e siècle, a conduit à un changement de paradigme de l'humorisme vers une nouvelle norme, celle du modèle médical basé sur la science et orienté vers la maladie. Par exemple, en France, les observations du microbiologiste et chimiste Louis Pasteur donnèrent naissance à la théorie des maladies par les germes, à la mise au point des vaccins contre la rage et l'anthrax, et à l'apparition de la pasteurisation⁴. Ainsi, en 1864, le chirurgien anglais Joseph Lister a justement pris connaissance de l'importance du travail de Pasteur concernant les infections des plaies chirurgicales et a commencé à utiliser l'acide carbolique (phénol) pour ses effets antimicrobiens. Cela a eu pour effet que l'on a reconnu la valeur des antiseptiques et que l'on a ainsi pu réduire considérablement les risques liés aux opérations. Avant Lister, un hôpital de deux ou trois cents lits pouvait enregistrer un nombre de quatre cents opérations par année, dont vingt-cinq pour cent constituaient des amputations. Après Lister, le même hôpital pouvait effectuer de quatre à cinq mille opérations par année comprenant moins de un pour cent d'amputations⁵ ! Un pas de géant vers une compréhension de la maladie basée sur la science avait été franchi.

Plusieurs autres scientifiques ont contribué à donner vie à ce nouveau paradigme⁶. Florence Nightingale (1820-1910) fonda l'École pour infirmières Nightingale à l'Hôpital Saint Thomas, à

Londres. Elle fut une pionnière dans l'utilisation des statistiques, collectant des données sur le taux de mortalité des soldats de l'armée britannique comparant le taux de mortalité des soldats de l'armée britannique à la maison et au combat. Elle a inventé les premiers histogrammes circulaires (*pie*) pour clarifier et démontrer ses découvertes. Elle a fait la preuve que de meilleures conditions d'hygiène engendrent une diminution du nombre de décès. Elle a noté que les taux de morts subites pouvaient tromper les données et que l'analyse des données sur la mortalité devrait tenir compte de l'âge. Elle a introduit un système de registre des maladies et des décès dans les hôpitaux militaires. Elle a démontré que plusieurs décès en milieux hospitaliers auraient pu être évités. Elle a illustré l'importance de maintenir à jour les statistiques des hôpitaux comme moyen de réformer les installations sanitaires hospitalières. Enfin, elle a démontré le lien entre la santé et les normes d'habitations de la population⁷. Puis il y eut Marie Curie (1867-1935), la première personne à gagner deux Prix Nobel (celui de physique en 1903 et celui de chimie en 1911). Elle a contribué à la théorie de la radioactivité. Elle a mis au point une technique afin d'isoler les isotopes radioactifs ; découvert deux nouveaux éléments – le polonium et le radium. Elle fut aussi la première à utiliser les isotopes radioactifs à titre de traitement contre le cancer et a fondé l'Institut de recherche de Paris et de Varsovie⁸. La science médicale a connu une expansion rapide sur tous les fronts. Que l'on songe à l'apparition de laboratoires médicaux et de radiologie et à la fondation de l'Institut Rockefeller pour la recherche médicale en 1901 (où 20 scientifiques furent honorés de Prix Nobel, en commençant par Alexis Carrel en 1912)⁹. On assiste également rapidement à l'utilisation croissante des nouveaux standards de recherche clinique, par exemple la méthode du double-aveugle contrôlée au hasard et utilisée pour valider les traitements par la méthode scientifique.

L'approbation des milieux d'enseignement pour ce paradigme émergent orienté sur les maladies avec son approche inductive pour une pensée logique, a

conduit à revoir en détail la formation médicale en Amérique du Nord. Grâce à une étude financée par la Fondation Carnegie pour l'avancement de l'enseignement, un enseignant qui n'était pas médecin, Abraham Flexner, s'y est appliqué¹⁰. Les résultats, connus comme le rapport Flexner, ont déclenché de larges réformes en ce qui a trait aux critères, à l'organisation et aux programmes de formation en médecine, basés sur l'adoption d'un modèle scientifique jumelé à une expérience pratique clinique obligatoire. Il s'ensuivit que plusieurs programmes de préceptorats déjà existants prirent fin et que les écoles restantes furent réformées pour se conformer aux recommandations du rapport Flexner. Dans les années qui suivirent, les données statistiquement significatives, générées par de rigoureuses études quantitatives, devinrent le portail exclusif de l'accessibilité à la recherche médicale, à la pratique et à l'enseignement. Les bénéfiques qui en résultèrent parlent d'eux-mêmes!

Cependant, certains exprimèrent une certaine inquiétude. Selon eux, quelque chose dans ce processus avait été perdu. L'objectivation, la dépersonnalisation et la quantification avaient peut-être entraîné un élément de réductionnisme. En effet, Einstein avait apparemment émis une mise en garde: «Ce n'est pas tout ce qui peut être compté qui compte et ce n'est pas tout ce qui compte qui peut être compté¹¹.» Il était évident que quelque chose manquait. Le paradigme de l'approche scientifique échouait souvent à refléter l'expérience vécue. Pourquoi?

J'ai demandé un jour à un éminent théoricien de la qualité de vie (QDV) pourquoi il avait retiré la «spiritualité» de la liste des déterminants de la QDV dressée par les répondants de son étude, il a répondu: «Ça ne corrélait pas statistiquement avec les autres variables et, de plus, ils ne donnent pas de subventions de recherche pour étudier la spiritualité¹².» C'était compréhensible. Le paradigme accepté aujourd'hui conduit l'agenda de recherche et, après tout, la «spiritualité» semblait une source improbable d'avant-garde à la perspicacité de la science. Plus tard, lorsque les preuves appuyant la signification du

domaine spirituel se mirent à augmenter, un module concernant la spiritualité fut ajouté aux facteurs de l'instrument de la QDV (*FACT QOL*). Cela a permis en retour de clarifier la signification du domaine existentiel-spirituel comme un déterminant de la QDV¹³.

Le manque de précision dans la définition de certains éléments de l'expérience subjective, jugée pertinente par certains observateurs, cause problème. Les concepts tels que *esprit, spirituel, âme, existentiel, amour, souffrance, dignité, guérison*, etc. sont, au mieux, demeurés vagues jusqu'à maintenant. Souvent, de tels termes signifient simplement ce que celui qui les utilise veut qu'ils signifient, ni plus ni moins. En plus, les concepts en question peuvent sembler davantage fantaisistes que des faits tangibles. Les eaux franchies pour passer des considérations matérielles aux considérations sociales, psychologiques ou spirituelles deviennent de plus en plus troubles. Puis, à mesure que les scientifiques creusent de plus en plus profondément dans la nature du cosmos, les distinctions que nous avons établies pour caractériser des domaines expérientiels semblent artificielles et peut-être reliées entre elles.

Ainsi, le paléontologue, biologiste et philosophe français Teilhard de Chardin (1881-1955), qui a passé sa vie à essayer d'intégrer l'expérience religieuse aux sciences naturelles, alla jusqu'à affirmer: «Nous ne sommes pas des êtres humains ayant des expériences spirituelles, mais plutôt des êtres spirituels ayant une expérience humaine¹⁴.» Plus récemment, le psychiatre et neuroscientifique d'Harvard, Gregory Fricchione, suggère que la dialectique «défi séparation-solution attachement» offre une clé pour comprendre que la sélection naturelle a favorisé les encartages neurologiques primitifs d'attachement, pour contrer les épreuves de séparation auxquelles nous sommes constamment confrontés¹⁵.

Comment pouvons-nous accorder une plus-value à de telles choses? Les sciences sociales ont utilisé des techniques de recherche qualitative dans le but d'étudier de telles questions, mais ces stratégies ont généralement été jugées peu fiables par les puristes de la science quantitative.

Pendant ce temps, l'expérience quotidienne a suggéré que la transcendance, le sens, l'espoir et les « connexions de guérison » peuvent influencer de manière significative la QDV en soulevant la personne au-delà du désespoir et en réduisant la souffrance, parfois même en l'éliminant. Inversement, l'incertitude, la peur et l'expérience d'une perte de contrôle peuvent amplifier la souffrance même en l'absence d'une détresse physique. Si, comme il est suggéré par l'ancien schéma métaphorique, nous sommes « corps, esprit et âme » (peu importe comment cela est compris), ces éléments sont inséparables et interdépendants et ce mélange d'influences modifie de façon consistante notre expérience de la santé et de la maladie. Néanmoins, de telles questions sont largement ignorées dans le diagnostic et la thérapie incarnés dans le paradigme actuel basé sur la science.

Les variables en périphérie de la vision scientifique acceptée de la maladie semblent avoir une incidence directe sur la souffrance ressentie par l'humain, son sentiment de bien-être et même sa durée de vie. Ces variables sont d'ailleurs présentes sur une base quotidienne. Par exemple :

- Au cœur de l'enfer inimaginable d'un camp de concentration nazi, Viktor Frankl fait l'expérience de la transcendance. Il décrit le moment : « Dans un dernier moment de violente protestation contre le désespoir de l'imminence de la mort, j'ai senti mon esprit percer cet enveloppant brouillard. Je l'ai senti transcender ce monde dépourvu de sens et d'espoir, et j'ai entendu venant de nulle part un "oui" victorieux en réponse à mon questionnement quant à l'existence d'un but ultime¹⁶. » Pourquoi et comment est-ce arrivé? Notre paradigme de soins de santé, préoccupé comme il le prétend par la QDV, ne devrait-il pas se pencher sur la question?
- Au milieu d'un torrent d'émotions se déversant de sa plume, le poète Ted Rosenthal, 31 ans et en fin de vie, commente : « Je suis changé; je serai changé pour toujours. Je serai toujours plus heureux de ce que j'ai traversé, uniquement

parce que cela m'a rendu apte à avoir le courage de m'ouvrir à tout ce qui arrive et je n'ai plus peur de la mort. Du moins je n'ai plus peur de la mort comme j'aurais pu en avoir peur si je n'avais pas été malade¹⁷. » Plus heureux? En tant que poète, Rosenthal choisit le mot avec soin. Si la QDV est importante dans les soins de santé (et ce, non seulement dans les soins de fin de vie), notre curiosité scientifique doit certainement élargir sa vision pour inclure le pourquoi et le comment mis en prose par Rosenthal.

- Un patient en fin de vie a confié à la Docteure Cicely Saunders lors de son admission à la Maison St Christopher : « Je n'aurais jamais pu imaginer qu'il serait rassurant de mourir ici. » Rassurant de mourir? Quels facteurs contribuent à formuler cet apparent oxymore?
- Dans une étude rassemblant 50 patients, Kagawa-Singer et ses collègues ont trouvé que bien-être subjectif n'était pas en corrélation avec l'état physique¹⁸. Étonnamment, le tiers des répondants de leur étude disaient se sentir « plutôt bien » et deux tiers se considéraient « très bien », ce qui inclut 12 participants décédés au cours de l'étude. L'objectif principal de celle-ci chez les participants était de « maintenir une intégrité globale de la personne ». Est-ce qu'un paradigme médical qui vise le meilleur intérêt de nos patients ne devrait pas s'intéresser à ce qui détermine « cette intégrité globale de la personne » à la fois dans la maladie avancée et dans la santé? Ne devrait-il pas demander comment l'atteinte de ce but est favorisée?
- Cohen et autres ont documenté les contributions significatives à la QDV faites par le domaine spirituel/existential (*Ex'//Sp*) en utilisant l'instrument de mesure de la qualité de vie de McGill (*MQOL*). Après des patients atteints de cancer, *Ex'//Sp* était un contributeur significatif de la QDV dès l'annonce du diagnostic jusqu'au moment de la mort; il est apparu aussi important que tous les autres domaines déjà mesurés par les sous-échelles du

MQOL¹⁹. Avec les patients atteints du VIH, l'*Ex//Sp* devenait significatif seulement au moment où le taux de CD4 dans le sang était inférieur à 100 (i.e. avec Sida), mais il devenait alors le facteur contribuant le plus significativement à la QDV²⁰. Étant donné l'importance démontrée du domaine spirituel/existential pour déterminer la qualité de vie chez ces patients très malades, pouvons-nous alors justifier les limites du paradigme orienté sur les données scientifiques qui ignore de telles variables ?

- Une femme atteinte d'un cancer du sein observe: «Je peux ressentir une douleur significative, mais pas d'angoisse, pas de souffrance. Inversement, je peux ne pas avoir de symptômes et souffrir terriblement.» De façon similaire, Eric Cassel a observé ce qui suit: «Notre intégrité en tant que personnes, notre cohérence et notre intégrité ne viennent pas seulement de l'intégrité du corps, mais plutôt de la complétude du tissu des relations avec soi-même et avec les autres.» Il note aussi à regret que «la profession de la médecine semble ignorer l'esprit humain²¹». Si c'est le cas, avec l'évidence dont nous disposons, notre paradigme ne devrait-il pas changer ?
- Dans une étude qualitative menée auprès de patients en fin de vie de notre centre, des thèmes communs concernant les variables extrêmes de la QDV (à savoir angoisse à l'extrême «blessé» versus sérénité, et sentiment de paix à l'extrême «guéri») ont été identifiés. Les thèmes communs identifiés au pôle «angoisse» comprenaient un sentiment d'isolement, une absence de sens, une préoccupation par rapport au passé et au futur, un sentiment de victimisation et un grand besoin de contrôle. En contraste, les thèmes communs au pôle «paix» étaient: un sentiment de connexion à quelque chose de plus grand et de plus durable que le soi, la découverte d'un sens, la présence au présent, une capacité de compassion envers le souffrant, ainsi qu'une capacité à s'ouvrir à un potentiel actuel plus grand qu'un besoin de contrôle²². De tels thèmes ne sont toutefois pas considérés comme significatifs dans le présent paradigme médical qui se préoccupe davantage de la biologie de la maladie.
- La qualité de présence du soignant a été identifiée comme une variable thérapeutique critique – une variable ignorée par le paradigme médical actuel. Dame Cicely nous rappelle que: «La façon dont le soin est donné peut rejoindre les lieux les plus cachés et fournir un espace pour un développement inattendu²³.» Elle fait ainsi écho au commentaire de Michael Balint: «Le médecin lui-même est de loin la médication la plus fréquemment utilisée dans notre pratique en général, ...c'est... la façon dont la «médication» est donnée – en fait, toute l'atmosphère dans laquelle la médication est donnée et prise qui importe le plus²⁴.» Si la qualité de présence personnelle doit être la «médication la plus fréquemment utilisée», n'est-il pas curieux que le paradigme basé sur la science ne considère pas comme essentiel cet élément dans la formation offerte aux étudiants en médecine ?
- Quatre défis existentiels puissants nous hantent au cours de notre vie: la mort (l'anéantissement existentiel), l'isolement (le ravin infranchissable entre soi et les autres), la liberté (la troublante absence d'une structure externe), et le sens (dans un monde de sens incertain)²⁵. Ces menaces s'intensifient dans la maladie, mais elles s'étendent au-delà des limites clairement tracées par le paradigme médical courant et ainsi elles sont généralement ignorées dans les diagnostics et les délibérations thérapeutiques.
- Philips et King ont trouvé que le sens perçu peut mener à un retardement de la mort. Ils ont documenté une diminution du taux de décès dans la semaine précédant la fête de la Pâque juive, un congé chaleureusement anticipé par l'échantillon de personnes examinées et une augmentation compensatoire dans les taux de décès suivant la célébration, particulièrement de personnes avec des noms clairement juifs

($p = 0,045$), mais non significatif chez les personnes noires, orientales ou les petits enfants juifs formant le groupe contrôle. La baisse était particulièrement marquée les années où la fête coïncidait avec une longue fin de semaine, donnant ainsi la possibilité aux êtres aimés de se rassembler à partir de grandes distances²⁶. Ainsi, malgré cette suggestion que le sens « perçu » peut retarder la mort, cela est ignoré dans les considérations diagnostiques et les interventions thérapeutiques du paradigme orienté sur la maladie.

- L'incidence du sens sur la réponse immunitaire et sur un retardement associé du décès est rapportée par Bower et autres. Dans leur étude, des hommes décomptés séropositifs atteints du VIH avaient plus de chances de trouver du sens s'ils s'engageaient dans un processus cognitif soutenu de leur perte. Quand ils faisaient l'expérience d'une plus grande signification, les sujets avaient un déclin moins rapide sur le plan de leurs cellules CD4T et un taux plus bas de mortalité relié au SIDA, soit de plus de 4 à 9 ans (tous $p < 0,05$)²⁷. L'association apparente entre le sens, la réponse immunitaire et la longévité qui ressort de l'étude de Philips et King (présentée ci-dessus) devrait nous revenir à l'esprit lorsque nous nous asseyons au pied du lit d'un individu souffrant en nous demandant comment mieux l'accompagner, mais cela est ignoré par le paradigme que nous épousons.
- La neuroscience suggère que nous sommes programmés afin de trouver des solutions d'attachement comme réponse essentielle devant les défis de la séparation rencontrés dans la maladie. Ainsi, chacun de nous, par droit de naissance neurobiologique, a accès à des réponses intrinsèques qui favorisent la santé et la QDV, des réponses qui sont, par essence, spirituelles en ce qu'elles nous connectent à un niveau expérientiel²⁸. Une telle prémisse neurobiologique ne demande-t-elle pas un champ de recherche encore plus global que l'accent orienté sur la

maladie qui a dominé jusqu'ici la recherche basée sur la science?

Les soins palliatifs offrent un modèle du soin global de la personne qui inclut la considération des facteurs psychosociaux et spirituels en plus du domaine physique²⁹. Dans une étude randomisée destinée à mesurer l'efficacité des soins palliatifs, Temel et ses collaborateurs ont comparé les soins traditionnels prodigués en oncologie joints à ceux prodigués en soins palliatifs (STO + SP), aux soins traditionnels prodigués en oncologie seulement (STO). Cent cinquante et un patients ayant un cancer du poumon non à petites cellules métastatiques ont été randomisés au moment du diagnostic dans un des deux groupes de traitement et suivis pendant trois ans ou jusqu'au moment du décès. Les évaluations sur la QDV (*FACT-L*) et l'humeur (l'échelle MGH d'anxiété et dépression) ont été effectuées au début de l'étude et après 12 semaines. Les patients du groupe de soins palliatifs (STO + SP) ont démontré une meilleure QDV ($p, 0,03$), moins de dépression ($p, 0,01$), une meilleure mobilité, moins de douleur, et une durée de vie plus longue ($p, 0,02$). La plus longue durée de vie notée dans le groupe de soins palliatifs est d'un intérêt particulier puisque les participants de ce groupe avaient demandé, et reçu, des soins de fin de vie moins agressifs ($p, 0,05$)³⁰. Dans une autre étude, Cohen a démontré que le soin palliatif a comme résultat une amélioration significative de la QDV globale et de l'ensemble des scores sous-échelle de la QDV (*MQOL*) dès la première semaine suivant l'admission dans une unité de soins palliatifs³¹. L'efficacité des soins globaux de la personne et sa capacité contre-intuitive à soutenir et à augmenter la QDV, même quand ils sont introduits seulement quelques jours avant le décès, devrait être gardée à l'esprit lorsque nous considérons le besoin d'un nouveau paradigme médical.

Avec l'adoption du paradigme des soins globaux de la personne, l'agenda de la recherche va s'élargir. Parmi les nombreux phénomènes qui peuvent sembler significatifs à examiner se trouvent les points

relevés dans la liste pointée plus haut. Il y en aura plusieurs autres ; de telles variables comme le fonctionnement du cerveau droit dissocié expérimenté par la neuroanatomiste Jill Bolte Taylor à la suite d'un AVC. Elle suggère que « nous pouvons choisir à volonté de plonger dans la conscience de notre hémisphère droit, pour être un avec tout ce qui est³² » et l'importance possible de neurones miroirs ainsi que leur pertinence clinique pour l'empathie tant dans la santé et que dans la maladie³³. En adoptant un paradigme qui considère de façon routinière l'interaction de la pleine étendue des variables suggérées par l'ancienne classification « corps, esprit et âme », nous enrichirons les soins prodigués aux patients et à leur famille, améliorerons la QDV, comprendrons plus clairement les besoins de la personne globale dont nous faisons l'expérience en tant que pourvoyeurs de soins de santé et améliorerons notre compréhension du potentiel humain aussi bien que de la maladie

Un changement de paradigme est nécessaire. La décision, tant professionnelle que personnelle, dépend de chacun de nous. Le choix nous appartient.

NOTES

1. Une version précédente de ce texte a paru comme avant-propos dans *Whole Person Care: A New Paradigm for the 21st Century*, T. A. Hutchinson (éd.) New York: Springer (2011). Nous remercions Mmes Gabrielle Fortin, t.s. et Johanne de Montigny, M.A. Ps., et M. Gilles Nadeau, D.Th.P. qui ont assuré la traduction libre du texte de l'anglais au français.
2. T.S. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions*, Second Edition, Enlarged. The University of Chicago Press, Chicago, 1970 (1962); [En ligne] [<http://en.wikipedia.org/wiki/Paradigm>]. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nBLE2ZFY6qMJ:www.blupete.com/Literature/Biographies/Science/Copernicus.htm+copernicus&cd=2&chl=en&ct=clnk&gl=ca>].

3. [En ligne] [<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=7120>; <http://en.wikipedia.org/wiki/Humorism>].
4. [En ligne] [www.zephyrus.co.uk/louispasteur.html].
5. [En ligne] [<http://www.universitystory.gla.ac.uk/biography/?id=WH2173&ctype=P>].
6. H. Clapesattle, *The Doctors Mayo*. Minneapolis, The University of Minnesota Press, 1941, p. 268.
7. [En ligne] [<http://www.morris.umn.edu/~sungurea/introstat/history/w98/Nightengale.html>].
8. [En ligne] [http://nobelprize.org/nobel_prizes/physics/laureates/1903/marie-curie-bio.html].
9. [En ligne] [<http://himetop.wikidot.com/the-rockefeller-institute-for-medical-research>].
10. A. Flexner, *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
11. [En ligne] [<http://quoteinvestigator.com/2010/05/26/everything-counts-einstein/>].
12. D. F. Cella, D. S. Tulsky, G. Gry et autres, «The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: development and validation of the general measure». *J Clin Oncol* 1993; 11, p. 570-579.
13. A. H. Peterman, G. Fitchett, M. Brady, L. Hernandez et D. Cella «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* 2002; 24(1), p. 49-58.
14. P. Teilhard de Chardin, 1965, *The Phenomenon of Man*. New York, Harper Torchbooks.
15. G.L. Fricchione, *Compassion and Healing in Medicine and Society: On the Nature and use of Attachment Solutions to Separation Challenges*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2011, p. 402-403.
16. V.E. Frankl, *Man's Search for Meaning*. New York, Simon & Schuster, 1984 (1959), p. 51-52.
17. T. Rosenthal, *How Could I Not Be Among You?* New York, Avon Books, 1971, p. 69.
18. Kagawa-Singer et autres, *Soc. Sci. Med.* 1993; 37, p. 295-304.

19. S. R. Cohen et B. M. Mount, «Living with cancer: «good» days and «bad»days, what produces them? Can the McGill Quality of Life Questionnaire distinguish between them?» *Cancer*, 2000; 89: p. 1954-1965.
S. R. Cohen, B. M. Mount, E. Bruera, M. Provost, J. Rowe et K. Tong, «Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: a multi-center Canadian study demonstrating the importance of the existential domain». *Palliat Med.* 1997; 11, p. 3-20.
20. S. R. Cohen, S. A. Hassan, B. J. Lapointe et B. M. Mount, «Quality of life in HIV disease as measured by the McGill Quality of Life Questionnaire». *AIDS*. 1996; 10, p. 1421-1427.
21. E. J. Cassell, *The nature of Suffering and the Goals of Medicine*. New York, Oxford University Press, 1991, p. 40, 43.
22. B.M. Mount, P.H. Boston, S.R. Cohen, *Healing Connections: on moving from suffering to a sense of well-being*. *J Pain Symptom Manage.* 2007; 33: 372-388.
23. M. Kearney, *Mortally Wounded*. New York: Scribner 1996, 14.
24. M. Balint, *The Doctor, His Patient and the Illness*. London: Churchill Livingstone (1957) 2000, 1.
25. I. D. Yalom, *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books, 1980.
26. D. P. Philips, E. W. King, «Death Takes a Holiday: Mortality Surrounding Major Social Occasions». *The Lancet* 1988; 332, p. 728-732.
27. J. E. Bower, M.E. Kemeny, S. E. Taylor et J. L. Fahey, «Cognitive Processing, Discovery of Meaning, CD4 Decline, and AIDS-Related Mortality Among Bereaved HIV-Seropositive Men». *Jnl Consulting & Clin Psych* 1998; 66, p. 979-986.
28. G.L. Fricchione, 2011, *Compassion and Healing (ibid.)*
29. D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny et K. Calman, *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Third Edition. New York, Oxford University Press, 2004.
30. J.S. Temel, J.A. Greer, A. Muzikansky, E. R. Gallagher, S. Admane, V. A. Jackson, C. M. Dahlin, C.D. Blinderman, J. Jacobsen, W. F. Pirl, J. A. Billings et T. J. Lynch, «Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer». *N Engl J Med* 2010; 363, p. 733-742.
31. S. R. Cohen, p. Boston, B. M. Mount, p. Porterfield, «Changes in quality of life following admission to palliative care units». *Pall Med* 2001; 15(5), p. 363-371.
32. J. B. Taylor, *My Stroke of Insight: A Brain Scientist's Personal Journey*. New York, Viking, 2008.
33. S. D. Preston, F. B. M. de Waal, «Empathy: Its ultimate and proximate bases». *Behavioral and Brain Sciences* (2002) 25, p. 1-72; F. B. M. de Waal, «Putting the Altruism Back Into Altruism: The Evolution of Empathy». *Annual Review of Psychology* (2008) 59, p. 279-300; Jeremy Rifkin, *The Empathic Civilization: The Race to Global Consciousness in a World in Crisis*. New York, Tarcher/Penguin, 2010.