

Académie Orléans – Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2018

N°

**Thèse pour le
Doctorat en médecine**

Diplôme d'État

Par

ERNAULT Leslie
Née le 29 décembre 1990 à Longjumeau (91)

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 Septembre 2018

Titre:

Aborder les sujets graves avec les patients (fin de vie, soins palliatifs, annonce de maladies graves): difficultés, ressentis et ressources des internes en Médecine Générale.

Jury:

Président du jury: Monsieur le Professeur Hubert LARDY

Membres du jury: Monsieur le Professeur Emmanuel GYAN
Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Monsieur le Professeur Jean ROBERT
Monsieur le Docteur Godefroy HIRSCH

Sujet: Aborder les sujets graves avec les patients (fin de vie, soins palliatifs, annonce de maladies graves): difficultés, ressentis, et ressources des internes en Médecine Générale.

Introduction: Annoncer un diagnostic difficile ou un pronostic péjoratif relève de la responsabilité du médecin. Ces situations font partie des aspects les plus délicats et éprouvants de la profession médicale. 77% des internes ne se sentent pas à l'aise avec ces situations difficiles. Dans ce travail de thèse nous avons voulu explorer le ressenti et les difficultés des internes de médecine générale face à ces situations difficiles mais aussi les ressources qu'ils mettent en œuvre pour les gérer au mieux.

Méthode: Nous avons réalisé une étude qualitative, en interrogeant des internes de médecine générale au cours de 5 focus groupes durant le semestre d'été 2017.

Résultats: Globalement ces prises en charge sont source d'angoisses et d'émotions importantes pour les internes. Ils ne rechignent pourtant pas à s'y confronter et assument avec professionnalisme cette responsabilité. Ils s'estiment insuffisamment formés pour gérer ces situations et doivent faire face à des difficultés techniques et en communication. Tous s'accordent à dire que le 1er et le 2er cycle des études médicales ne les prépare pas à affronter ces situations. Ils apprécient par contre les groupes de paroles et les mises en situation pour partager leurs expériences et apprendre des techniques de communication.

Conclusion: D'après le Consensus mondial de 2010 sur la responsabilité sociale des facultés de médecine, les patients recherchent des médecins plus humains et communicants. Les internes interrogés sont conscients de cette attente et sont disposés à y répondre. Ils sont demandeurs de connaissances théoriques et pratiques pour affronter ces situations avec plus de sérénité.

Mots clefs: soins palliatifs – annonce de maladies graves – fin de vie – Internes – Ressentis – difficultés – Communications

Subject: Talking about serious issues with patients (end of life, palliative care, announcement of serious illnesses): difficulties, feelings and resources among residents in general practice.

Introduction: Announcing a difficult diagnosis or a pessimistic prognosis is the responsibility of the physician. These situations are among the most delicate and challenging aspects of the medical profession. 77% of interns do not feel comfortable with these difficult situations. In this thesis, we wanted to explore the feelings and the difficulties of the interns facing these difficult situations but also the resources they use to manage them at best.

Method: We conducted a qualitative study, interviewing general practitioners in 5 focus groups during the summer semester 2017.

Result: Overall, these medical care are source of anxiety and important emotions for interns. They do not hesitate to confront it and assume this responsibility with professionalism. They consider themselves insufficiently trained to handle these situations and face both technical and communication issues. Everyone agrees that the first and second cycle of medical studies does not prepare them to face these situations. On the other hand, they appreciate the support groups and the roles plays to share their experiences and to learn communication techniques.

Conclusion: According to the 2010 Global Consensus on the Social Responsibility of Medical Schools, patients are looking for more humane and communicative doctors. Interns interviewed are aware of this expectation and are willing to respond. They are seeking theoretical and practical knowledge to face these situations with greater serenity.

Key words: palliative care – announcing – residents – feelings – difficulties – communication.

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

28/09/2017

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*

Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr. André GOUAZE - 1972-1994

Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Daniel ALISON

Pr. Catherine BARTHELEMY

Pr. Philippe BOUGNOUX

Pr. Pierre COSNAY

Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN

Pr. Noël HUTEN

Pr. Olivier LE FLOCH

Pr. Yvon LEBRANCHU

Pr. Elisabeth LECA

Pr. Gérard LORETTE

Pr. Roland QUENTIN

Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET - J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis Cardiologie
ARBEILLE Philippe Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique Cardiologie
BALLON Nicolas Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora Pharmacologie clinique
BERNARD Anne Cardiologie
BERNARD Louis Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique Physiologie
BRILHAULT Jean Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck Urologie
BUCHLER Matthias Néphrologie
CALAIS Gilles Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain Pédiatrie
COLOMBAT Philippe Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe Neurologie
COTTIER Jean-Philippe..... Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand Neurologie
DEQUIN Pierre-François..... Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe Anatomie
DIOT Patrice Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal..... Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam..... Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan Réanimation
FAUCHIER Laurent Cardiologie

FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
ouiSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David Physiologie
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERHOUET Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Héléne Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DESOUBEUX Guillaume Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON Antoine Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie
IVANES Fabrice Physiologie
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille Médecine légale
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire

TERNANT DavidPharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences
BOREL Stéphanie Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse Médecine Générale
LEMOINE Maël Philosophie
MONJAUZE Cécile Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.*

Remerciements:

Aux membres du Jury

A Monsieur le Professeur Hubert LARDY

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Acceptez l'expression de notre respect et de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Emmanuel GYAN

Je suis très honorée de votre présence dans ce jury de thèse. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS

Je suis très honorée de votre présence dans ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean ROBERT

Je suis très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse. Je vous prie de trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Godefroy HIRSCH

Je vous remercie de m'avoir guidée vers ce sujet de thèse. Votre écoute, votre vision de l'humain dans sa globalité et votre intérêt pour le sujet faisaient de vous le directeur idéal. Je vous remercie donc d'avoir accepté de diriger ce travail. Nos conversations, vos conseils et votre savoir ont été précieux à la fois dans le cadre de ce travail et dans ma pratique quotidienne de médecin généraliste. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect, de ma reconnaissance et de mon admiration.

A tous ceux qui m'ont apporté leur aide et leur soutien au cours de ce travail: (Par ordre chronologique)

Un grand merci aux Dr Mathilde MONSEU (CHRO), Dr Fabienne KOCHER et Dr Armelle COURBOIN pour avoir accepté d'être les premiers cobayes pour mon guide d'entretien. Merci surtout pour vos merveilleux conseils, votre soutien et vos encouragements.

A tous les internes qui ont participé à mes focus groupes, merci du fond du cœur. Sans vous, ce travail n'aurait pas été possible. J'ai beaucoup apprécié faire ces focus groupes avec vous. Votre participation, votre bonne humeur et vos témoignages ont fait de ce travail un vrai plaisir à accomplir. Merci aussi à ceux qui auraient souhaité venir mais qui pour de nombreuses raisons n'ont pas pu participer : merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Un grand merci à Doudou, l'honneur de sa position de premier relecteur n'a d'égal que les heures qu'il a passées à corriger ma thèse. Promis je n'en ferai pas d'autres !

Aux courageux relecteurs de mes focus groupes : Florence K, Blandine, Estève et Florence D... La tâche était rude mais vous vous êtes battues vaillamment (et dans les temps !).

Merci à Kevin, mon cher BOF, pour ton aide linguistique !

A Parvine (Dr Parvine BARDON) , qui a eu la dure mission de faire les dernières corrections. Je te remercie de m'avoir si spontanément proposé de relire ma thèse; d'autant plus en connaissant mon goût pour l'orthographe et ton emploi du temps déjà chargé ! Merci pour ta lecture consciencieuse, et surtout merci pour toutes ces choses que tu m'as apprises avec patience et pédagogie. Nos discussions me manquent déjà !

A tous ceux qui m'ont toujours soutenu:

La présentation de ce travail marque l'aboutissement de 10 longues années d'études supérieures. J'en profiterais donc pour remercier tous ceux qui m'ont permis d'arriver jusque ici.

A ma famille, et surtout vous, Papa et Maman, mes soeurs chéries Estève et Eline, ma petite mémère et Kevin. Pour vous cela fait 27 ans que vous me maintenez droite dans mes baskets, merci d'avoir toujours su transformer mes chutes en rebonds. Votre présence à mes côtés est une chance inestimable que je compte bien continuer d'exploiter sans remords ! A notre Pépère.

A Doudou... Rien ne pourrait décrire tout ce que tu m'as apporté et qui fait que je suis celle que je suis aujourd'hui.

A Anne, (Dr Anne LAZAREVITCH), qui a su en douceur me faire remettre le pied à l'étrier dans cette folle aventure qu'est la médecine ! Quand je pense à tout le plaisir que j'ai à exercer aujourd'hui et que je n'aurais peut être jamais connu si je ne t'avais pas rencontrée ! Je t'en suis infiniment reconnaissante, forever and always !

A tous mes amis pour leur présence toujours enthousiaste et attentive ! Je ne citerai pas de noms de peur d'en oublier mais sachez que vous serez toujours dans mes pensées !

A tous les « modèles de rôle » que j'ai croisé au cours de mes études et qui ont influencé ma façon d'exercer aujourd'hui.

Et enfin à Pachtoun, pour la puissance de son action anxiolytique et anti-dépressive ! (même *Prescrire* ne pourrais pas le nier !)

Sommaire

RESUME / ASTRACT	2
SERMENT D'HYPPOCRATE	8
REMERCIEMENT.....	9
SOMMAIRE	11
INTRODUCTION.....	14
METHODOLOGIE	15
I.Naissance du projet de thèse.....	15
II.La recherche bibliographique.....	15
III.Choix du type de recherche et de la méthode de recherche.....	16
IV.Choix de l'échantillon.....	17
V.Analyse.....	18
RESULTATS	19
I.Caractéristiques des participants:.....	19
1.Âge des participants:.....	19
2.Sexe des participants.....	19
3.Semestre d'internat des participants.....	21
4.Semestres effectués:.....	21
5.Orientation personnelle envisagée.....	22
6.Autres:.....	22
II.L'annonce.....	22
1. Lieux des annonces rapportés lors des focus groupe.....	22
2.Qui a fait l'annonce.....	23
a)L'interne ou le senior ?.....	23
b)Le généraliste ou le spécialiste ?.....	24
3.Qu'est ce qu'on annonce ?.....	24
a)La problématique d'informer sans preuve histologique:.....	25
b)Les mots choisis.....	25
c)Les informations données:.....	26
d)Annoncer un délai:.....	27
4.A qui est faite l'annonce ?.....	27
a)Le patient ou la famille ?	27
b)Comment faire pour savoir ce que veut le patient ?.....	29
5.Comment annoncer ?.....	30
a)Une prise en charge centrée patient à l'unanimité !.....	31
b)Amorcer l'annonce:.....	31
6.Les conditions de l'annonce:.....	32
a)L'annonce aux urgences:.....	32
b)La problématique du téléphone.	34
7.Mais finalement, ils savent.....	35

III.Difficultés:.....	36
1.Des difficultés techniques.....	36
a)La gestion du temps:.....	36
b)Le manque de connaissances :.....	37
c)Manque de transmission des informations.	38
2.La gestion des émotions.....	38
a)Les siennes,.....	38
b)Celles du patient ou de sa famille,.....	39
3.Identification et gestion des mécanismes de défense :.....	40
4.Espoir d'une évolution favorable, le refus de la mort:.....	41
5.Faire passer la gravité du message:.....	44
6.Une difficulté à trouver sa place auprès du patient et de sa famille.....	45
IV.Ressentis:.....	45
V.Ressources:.....	49
1.L'enseignement facultaire.....	49
a)Le premier cycle des études médicales:.....	49
b)L'internat:.....	50
2.Les ressources humaines:.....	51
a)Nos seniors:.....	51
b)Les équipes mobiles de soins palliatifs et la décision pluridisciplinaire.....	52
c)L'équipe paramédicale:.....	53
3.L'expérience: c'est en forgeant qu'on devient forgeron.....	54
4.L'échange autour des situations problématiques:.....	55
5.Le besoin de décompresser:.....	57
VI.Améliorer la pratique:.....	58
DISCUSSION.....	61
I.Validité de l'étude.	61
II.Ressentis des internes lors de ces prises en charge.....	62
III.Les difficultés exprimées par les internes:.....	62
1.Des difficultés liées au manque de connaissances.....	62
2.Un manque de transmission des informations.....	63
3.Une prise en charge chronophage.....	63
4.La gestion des émotions.....	63
5.La confrontation à la mort.....	64
6.Le sentiment d'échec face à la mort.....	65
IV.Les ressources des internes:.....	66
1.L'enseignement facultaire théorique:.....	66
a)Le premier et le deuxième cycle des études médicales:.....	66
b)Le troisième cycle des études médicales.....	68
2.Les ressources humaines.....	69
a)Les seniors.....	69
b)L'équipe paramédicale.....	71
c)L'équipe mobile de soins palliatifs.....	72
d)La décision collégiale.....	73
3.Lâcher prise, décompresser.....	74
a)L'échange autour des situations problématiques.....	74
b)Le besoin de décompresser – de se préserver de l'épuisement professionnel.....	75
c) Apprendre à gérer ses émotions:.....	75
d)L'utilisation de l'humour en médecine.....	75

CONCLUSION	77
BIBLIOGRAPHIE.....	78
ANNEXES.....	81
I. Guide d'entretien des Focus Groupe.	81
II. Tableau des caractéristiques des participants:.....	83

Introduction

D'après le Consensus mondial de 2010 (1) sur la responsabilité sociale des facultés de médecine, les patients recherchent des médecins plus humains et communicants. Dans les situations graves, la fin de vie, les soins palliatifs ou les annonces de maladies graves, c'est la compétence du «savoir être» qui prime sur le «savoir faire». Hors les études médicales sont prioritairement axées sur le «savoir faire» : en effet, il faut en 5 ans de 2ème cycle apprendre aux futurs médecins tout ce dont ils ont besoin pour être de bons praticiens.

Au cours du 2ème cycle des études médicales, les cours sur l'éthique, les soins palliatifs et l'annonce de la maladie grave (regroupés dans le «module 6») devenus obligatoires depuis 1997 sont réalisés entre 2 et 35h d'enseignement théorique suivant les facultés (2). Lors du 3ème cycle, l'immersion à l'hôpital dans les services de médecine polyvalente, de gériatrie ou même d'urgence nous plonge dans la réalité de ces situations difficiles sur tous les plans: technique comme psychique.

Comment réagir face à une demande d'euthanasie ? Comment expliquer à une personne âgée que nous ne pouvons plus rien pour soigner son cœur mais que nous pouvons uniquement la soulager dans l'attente de sa mort ? Comment expliquer à un jeune homme aux urgences qu'il doit rester hospitalisé car sa grosseur testiculaire est suspecte ?

Quelques notions de ce fameux module 6 reviennent, les conseils ou soutiens de nos co-internes et parfois de nos seniors, notre empathie et notre volonté de bien faire permettent de passer le cap... Mais parfois pas sans accrocs pour nos patients ou pour nous-mêmes. Suivant les études entre 56% (3) et 100% (4) des internes ne se sentent pas à l'aise avec ces situations difficiles, par manque d'expérience, de formation, ou du fait de notre vécu personnel ou du sentiment d'échec que la réalité de cette médecine qui n'est pas toute puissante nous fait ressentir. La confrontation avec les soins palliatifs, la fin de vie et la mort se fait surtout lors de l'internat. L'interne se retrouve immergé et responsable dans un service hospitalier et ne doit plus seulement affronter ces situations à travers sa copie. Il est donc important de s'intéresser à la préparation des internes à l'accompagnement des patients et de leur entourage, de manière à préserver aussi leur santé mentale.

En médecine générale, nous bénéficions de 3 années de compagnonnage depuis 2005 seulement, date de la réforme de l'internat pour tous. Celles-ci sont rythmées par des cours semi-théoriques à la faculté lors de GEF (Groupe d'enseignement facultaire), dont certains permettent d'aborder ces sujets, et des mises en situations lors de nos stages. Le malaise persiste malgré une meilleure formation théorique et pratique qu'autrefois.

Dans ce travail de thèse nous avons voulu explorer le ressenti et les difficultés des internes de médecine générale face à ces situations difficiles mais aussi les ressources qu'ils mettent en œuvre pour les gérer au mieux.

Méthodologie

I. Naissance du projet de thèse.

Lorsque j'ai rencontré mon futur directeur de thèse pour la première fois, mon projet de thèse était bien différent. Initialement je souhaitais travailler sur les directives anticipées et évaluer l'impact d'une information écrite (poster, flyer ou aucune) sur l'abord des directives anticipées par les patients chez leur médecin généraliste. Je souhaitais réaliser ce type de recherche car bien que sachant les directives anticipées importantes et essentielles à une prise en charge optimale des patients (notamment en fin de vie, j'étais alors en stage en service de gériatrie) j'étais bien souvent incapable d'aborder le sujet. En discutant avec mon entourage proche, j'ai aussi remarqué que peu de personnes connaissaient l'existence de ce moyen pour informer une équipe médicale de ses souhaits lors de sa fin de vie. Ainsi, je pensais que le peu de rédaction de directives anticipées était en grande partie dû à leur méconnaissance par les patients, et qu'une première information visuelle permettrait de leur faire aborder le sujet avec leur médecin. Je ne me sentais pas à l'aise pour initier la conversation, mais expliquer et recueillir les directives anticipées me paraissait réalisable. La rencontre avec le Dr Hirsch m'a fait comprendre que si je voulais vraiment tirer profit de ma thèse, il fallait non pas éviter le problème mais plutôt le comprendre, pour mieux l'aborder. Mon problème était d'aborder les sujets graves, la fin de vie, la mort... Jeune interne pleine d'espoir je n'acceptais pas la fin de vie comme normale. D'ailleurs j'avais à l'origine fait médecine pour éviter la souffrance et combattre la mort; celle-ci étant synonyme de souffrance pour le patient et son entourage.

Ma question de recherche et mon type d'étude se modifiaient. Désormais j'allais interroger des internes, comme moi, confrontés aux mêmes situations que moi afin de connaître leurs difficultés, leurs ressentis mais surtout leurs ressources pour affronter ce genre de situations. D'une étude quantitative de recueil de cas de patients abordant les directives anticipées, je m'orientais finalement vers une étude qualitative en focus groupe d'internes ...

II. La recherche bibliographique.

Après avoir défini ma question de recherche avec mon directeur de thèse, j'ai commencé par effectuer une recherche bibliographique sur le sujet.

Dans un premier temps, j'ai effectué une recherche par mot-clef sur les banques de données suivantes :

- le SUDOC
- EM premium
- Science direct
- Google scholar
- CISMEF

Les mots-clefs que j'ai utilisés étaient : « interne, ressenti, difficulté, ressource, fin de vie, annonce diagnostique, soignant » mais aussi « attitude face à la mort, symbolisme de la mort, étude

médicale et apprentissage de la mort».

Dans un deuxième temps, j'ai utilisé les bibliographies des articles et thèses étudiés afin de trouver d'autres textes en rapport avec mon sujet.

D'autres lectures personnelles, faites en dehors du cadre de ma thèse mais dont les réflexions pouvaient alimenter ou imaginer mon argumentation, sont ensuite venues s'ajouter à mes références.

J'ai aussi interrogé les bases de données de revues médicales françaises telles que Prescrire ou Exercer.

Cette recherche n'a pas été faite de façon exhaustive, le sujet étant vaste. Peu de textes ou d'études avaient vraiment abordé mon sujet de façon précise mais beaucoup s'en approchaient. J'ai essayé de poursuivre cette enquête bibliographique jusqu'à ne plus retrouver dans les textes de nouvelles idées. Certaines recherches m'ont orientée vers des réflexions que je n'avais pas initialement envisagées.

III. Choix du type de recherche et de la méthode de recherche.

L'étude qualitative permet « d'étudier les représentations, les comportements (et leurs déterminants) des fournisseurs et des consommateurs de soins. » (5) Ma question concernant des éléments subjectifs tels que les difficultés, les ressentis, le vécu et le relationnel de soin; la recherche qualitative était la plus appropriée. (6) La recherche qualitative consiste le plus souvent à recueillir des données (souvent verbales) permettant une démarche interprétative. Par son approche compréhensive elle permet de faire le lien entre « la vraie vie » du clinicien, et la « science dure ». Cette méthode fait rentrer « l'humain » dans la science: elle permet de prendre en compte les émotions, les sentiments, les comportements ou l'expérience personnelle. Elle est d'autant plus adaptée à la médecine générale où la question du relationnel est un élément majeur dans la prise en charge des patients. Elle est encore plus adaptée à mon étude car c'est justement nos émotions, nos sentiments et notre expérience personnelle qui peuvent être à la fois une difficulté ou une ressource lors de l'abord des sujets graves.

Le choix des sujets était rapide. Le problème me concernait, je souhaitais aborder la question avec mes semblables qui, comme moi, n'avais que peu d'expérience pratique et avaient officiellement reçu la même formation théorique que moi. L'apparition des soins palliatifs, l'essor de l'éthique, mais surtout l'évolution des mentalités en médecine avec le transfert du pouvoir décisionnel au patient a instauré un clivage entre l'ancienne génération à tendance paternaliste et la nouvelle formée au partage de la décision. Nous avons donc décidé de nous intéresser aux internes. Plus précisément à ceux de médecine générale, qui potentiellement avaient déjà vécu au cours de leur internat ce genre de situation, et qui auront, au cours de leur carrière, à l'affronter de nouveau. Nous n'avons pas souhaité mixer les échantillons (médecins thésés installés / internes) afin d'éviter toute forme de hiérarchie même indirecte entre les participants.

La population étant réduite, nous avons réalisé un échantillonnage théorique sur la base du volontariat. Leur sélection avait pour objectif d'explorer la plus grande diversité possible de témoignages afin de panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet (7). Nous avons organisé des séances de groupes de parole dans différents centres hospitaliers autour du thème « annonce d'une maladie grave, fin de vie et soins palliatifs ». Il s'agissait d'informer mes collègues du thème sans trop en annoncer afin de laisser toute la place à la

spontanéité des participants lors des focus groupes.

Le recueil de données aurait pu être réalisé à la fois en entretien individuel et en focus groupe. Nous avons envisagé que le focus groupe puisse intimider certains et les empêcher de s'exprimer sur leurs sentiments profonds ou leur vécu personnel. Cependant, la formation actuelle en médecine générale est essentiellement basée sur des groupes de parole, que ce soit lors des GEF ou des groupes de pratique. Les internes ont donc l'habitude de relater dans leur RSCA leurs émotions et leurs difficultés. Nous avons donc estimé que le groupe ne devrait pas trop perturber les discussions. De plus, la dynamique de groupe nous paraît intéressante sur plusieurs points:

- Le partage des expériences permet de faire ressortir des idées, des sentiments ou des difficultés que chaque sujet n'aurait pas forcément abordés individuellement.
- La dynamique de groupe permet d'initier ces sujets difficiles, d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs (aspects socioculturels, normes de groupe) et son vécu. La discussion permet de préciser et de clarifier les pensées.(8)
- L'expression sans tabou de certains peut lever les inhibitions des autres. (8)
- Le collectif peut donner plus de poids aux critiques que dans des entretiens individuels.(8)
- Le vécu des personnes est narré d'un point de vue individuel mais aussi dans leur interrelations avec d'autres. (9)
- Le focus groupe mobilise à la fois la réflexivité personnelle et l'intelligence collective permettant d'explorer de nombreuses nuances de la réalité dans un temps court. (9)
- Le focus groupe permet d'arriver assez directement à des perspectives pratiques dans la relation au patient, même si il ne s'agit pas ici d'un objectif premier.(9)

Le guide d'entretien initial (cf annexe: guide d'entretien) a été réalisé après les recherches bibliographiques afin de reprendre l'ensemble des questions qui nous paraissaient importantes à soulever. Celui-ci a été testé une première fois auprès d'une médecin gériatre du CHRO; certaines formulations ont été revues. Puis une seconde fois auprès d'une médecin pédiatre Maître de Stage Universitaire à Orléans. Aucune modification du guide d'entretien n'a été réalisée par la suite.

IV. Choix de l'échantillon

Nous avons décidé de réaliser des focus groupe comprenant entre 4 et 8 participants. Pour cela nous avons contacté par téléphone les internes de niveau 1 et de SASPAS du département du Loiret. Ceux n'ayant pas répondu au 2ème appel à quelques jours d'intervalle ont ensuite reçu un message descriptif de l'étude et les dates de focus groupe envisagées. Deux jours avant, un message était de nouveau envoyé aux internes ayant répondu positivement afin de leur donner l'ensemble des informations concernant l'heure et le lieu de rendez-vous. Le même procédé a été réalisé pour le 2ème focus groupe réalisé à Tours. Deux focus groupe ont été réalisés à la suite d'un séminaire universitaire en deux parties à Bourges. J'ai présenté mon projet de thèse la première semaine et nous avons pu constituer 2 groupes de 6 volontaires pour la semaine suivante. Le dernier focus groupe s'est déroulé au Centre Hospitalier Régional d'Orléans, le recrutement a été fait parmi les internes de médecine générale présents aux urgences, en pédiatrie et en gériatrie.

Les entretiens se sont déroulés les 30/05/2017, le 10/10/2017, le 22/06/2017 et le 16/10/2017. Suite à la réalisation et à la retranscription du 1er focus groupe, le guide d'entretien a été retravaillé et de nouveau testé auprès d'une médecin pédiatre Maître de Stage Universitaire du Loiret.

Les entretiens ont tous débuté par une présentation de l'étude et des investigateurs (l'animateur et l'observateur). Nous avons explicités les « règles du jeu »: l'anonymat, la participation équivalente de chaque participant afin de recueillir un éventail d'idées diverses et non pas un consensus; le respect et l'écoute de chaque opinion.

Ensuite nous avons ouvert la conversation avec le récit des participants sur une situation du thème lui ayant déjà posé problème. Il s'agissait de notre question «brise glace»: « Pouvez vous nous raconter une situation ou vous avez dû aborder un sujet grave avec un patient et ce que vous en avez ressenti ? ». Commencer par un récit rappelle le principe des GEF et des groupes de pratique qui sont désormais l'essentiel de la formation en médecine générale. Cela permet de planter le décor et de susciter l'imagination des participants. Dans son article sur le focus groupe, la revue *Exercer* explique: « Le fait de raconter des éléments de son expérience devant un groupe attentif et réactif agit à la fois sur la personne qui produit le récit et sur les écoutants ». L'art de raconter est la base de toute culture humaine. D'autres méthodes existent pour animer un focus groupe, mais la démarche narrative est réputée comme particulièrement productive et source de satisfaction pour les participants. (9)

Nous avons ensuite déroulé la séance en fonction de la grille d'entretiens pré-établie.

A la fin du recueil, nous avons remis un questionnaire aux participants afin de recueillir les caractéristiques des participants jugées importantes pour l'étude en question. (7)

V. Analyse

Tous les entretiens ont ensuite été retranscrits mot à mot et les informations non verbales ajoutées grâce aux notes de l'observateur. Les commentaires de l'animateur sont identifiés par la lettre « L ». Les verbatims ont été rendus anonymes en attribuant à chaque participant une lettre dans l'ordre alphabétique. L'ensemble des données sur les participants ont été retranscrites sous la forme d'un tableau EXCEL. (cf annexe: Tableau renseignement focus groupe).

Vient ensuite la phase d'analyse. A partir des VERBATIMS, les paroles des participants sont découpées, classées, comparées et confrontées. Il s'agit de la méthode de « la table longue ». Elle porte à la fois sur le verbal et le non verbal. Ces idées sont ensuite recoupées en sous-groupes, eux-mêmes étiquetés en fonction du thème qui les résume. L'analyse doit se faire à priori en gardant toujours en vue l'objectif de l'étude. (8)

Les VERBATIMS ont ensuite été analysés une seconde fois pour réaliser une triangulation des données.

Résultats

I. Caractéristiques des participants:

Pour commencer, nous allons présenter les caractéristiques des participants des focus groupes.

Au total, 27 internes ont été interrogés lors de 5 focus groupes.

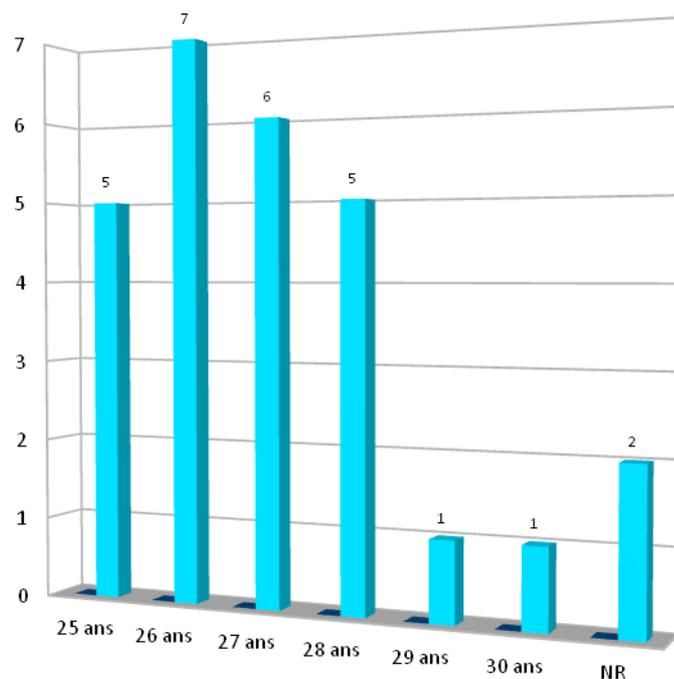
Les caractéristiques des internes ont été regroupées dans le tableau en annexe.

A noter: pour 2 participants nous n'avons pas pu recueillir les informations demandées.

1. *Âge des participants:*

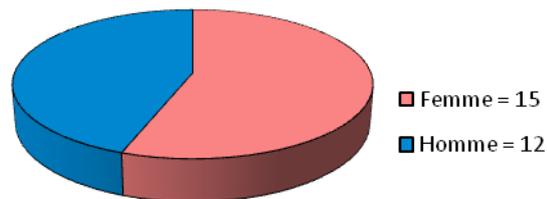
L'âge des internes interrogés était compris entre 25 et 30 ans. L'âge moyen était de 27,72 ans avec une médiane à 26 ans.

Age	Nb d'internes
25 ans	5
26 ans	7
27 ans	6
28 ans	5
29 ans	1
30 ans	1
NR	2



2. *Sexe des participants*

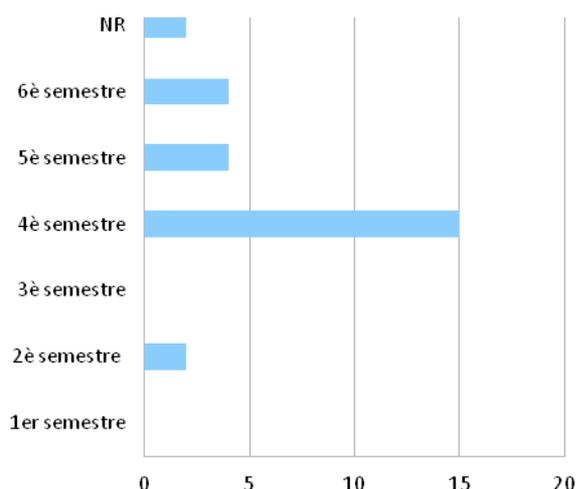
Il y a eu 12 internes hommes et 15 internes femmes.



3. Semestre d'internat des participants

Les internes interrogés étaient entre leur 2ème et 6ème semestre d'internat. Il y a eu une majorité de 4ème semestre.

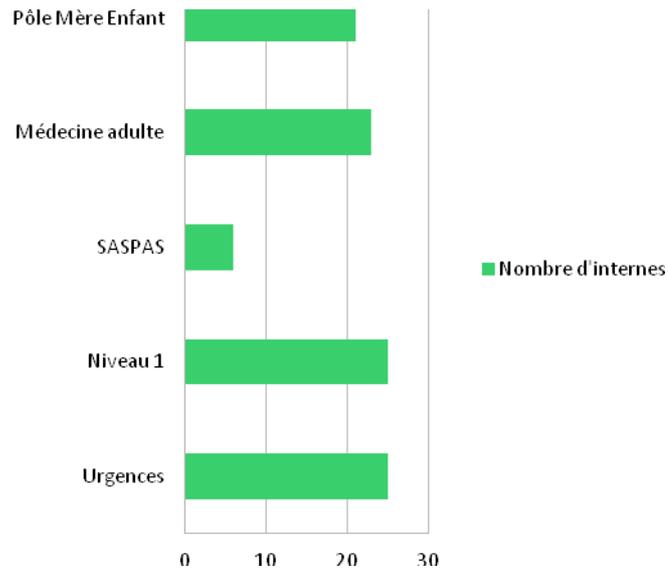
Semestre	Nb d'internes
1er semestre	0
2è semestre	2
3è semestre	0
4è semestre	15
5è semestre	4
6è semestre	4
NR	2



4. Semestres effectués:

Parmi les internes interrogés

- Tous avaient réalisé leur stage aux urgences (100%)
- Tous avaient réalisé leur stage en niveau 1 (100%)
- 6 avaient fait un SASPAS (24%)
- 23 avaient fait leur stage de médecine adulte (92%) : dont 14 avaient fait au moins 1 stage en gériatrie (56%) et 3 un stage en soins palliatifs (12%)
- 21 avaient effectué leur stage obligatoire dans le pôle mère enfant (84%): 4 en gynécologie (16%) et 17 en pédiatrie (68%) (à noter, qu'un interne a pu faire les 2).



5. Orientation personnelle envisagée

Parmi les internes interrogés:

- 22 internes souhaitent faire de la médecine générale libérale
- 1 interne souhaite travailler en tant que gériatre dans une structure hospitalière
- 2 internes souhaitent être médecins urgentistes.
- 1 interne n'a pas encore fait de choix.
- Pour 1 interne, il n'y a pas de donnée connue.

6. Autres:

Nous avons demandé aux internes:

- Si ils avaient un intérêt particulier pour les soins palliatifs
- La fréquence de confrontation à des situations difficiles sur le plan professionnel
- La fréquence de confrontation à des situations difficiles sur le plan personnel.

Les résultats se trouvent dans le tableau récapitulatif des caractéristiques des participants des focus groupes, en annexe.

II. L'annonce.

1. Lieux des annonces rapportés lors des focus groupe.

La question d'ouverture du focus groupe était : « Pouvez-vous nous raconter brièvement une situation où vous avez dû aborder un sujet grave avec un patient ? ». Son but était de rappeler le

fonctionnement des groupes de pratique ou des GEF, dans lesquels chaque participant rapporte une situation qu'il a vécu et qui a fait naître une interrogation sur sa pratique.

Les situations relatées ont eu lieu :

- aux urgences pour B, D, H, I
- en service hospitalier: médecine pour A, C, E, F, K (mais lors d'une garde d'étage), Q, V, W et plus spécifiquement en gériatrie pour I, J, M, N, O, S, T, W
- en médecine générale pour R et U
- en réanimation pour &
- en soins palliatifs pour G

2. Qui a fait l'annonce.

a) L'interne ou le senior ?

Ce sont les internes qui ont fait l'annonce dans les situations rapportées lors des focus groupe. La plupart du temps ils l'ont faite seuls.

Bien qu'angoissante, ils assument cette responsabilité comme étant inhérente à leur rôle d'interne et dans la continuité de la prise en charge de leur patient.

A: *« Maintenant dès que j'ai un patient, je fais comme toi, je reste sur ce patient, je peux en discuter avec des chefs mais je préfère ne pas me défilier derrière un chef, je reste avec cette personne et je trouve que c'est ça qui est important. »*

B: *« C'était moi qui avait suivi la prise en charge donc c'était assez logique que ce soit moi qui aille voir les gens donc ça m'a pas semblé[...] je trouve la solution, c'était pas tellement qu'il(le senior) vienne le faire à ma place quoi. »*

D: *« J'étais avec mon chef qui l'avait pas vu du tout donc je me suis dit : c'est à moi de le faire, je vais pas me défilier... »*

Dans la situation rapportée par V, elle est accompagnée d'un senior, ce qui a finalement une répercussion négative pour son patient.

V: *«Le pneumologue arrive et me dit : t'inquiètes, je viens avec toi et tout.. Donc là il y va, il parle et il lui débite des informations à vitesse grand V chez un patient qui parle pas très bien français: donc « oui on va lui faire tel examen, tel examen et tel examen... » je suis même pas sûre qu'il ai prononcé le mot «cancer» dans son annonce diagnostique et tout. »*

Les seniors sont souvent au second plan; en renfort pour conseiller avant ou après l'annonce.

B: *« oui on en a rediscuté après, elle a estimé que j'avais bien fait passer le message donc c'était bien. »*

H: *« Non bah j'avais un chef qui me supervisait mais bon, je lui ai montré la prise de sang et il m'a dit : bon bah appelle l'hémato quoi .. ça paraissait logique. Il m'a pas trop aidé à annoncer.. il m'a laissé faire »*

D'autres fois...

A: *« oui... Enfin je sais pas vous, vos expériences personnelles, mais il y a certains urgentistes qui sont bien contents de dire « tiens, toi tu le fais, toi t'es l'interne tu l'as jamais fait, aller démerdes-toi! » [...] non pas démerdes-toi mais « tiens vas-y c'est une bonne occasion d'apprendre » »*

b) Le généraliste ou le spécialiste ?

Dans l'un des focus groupe, la problématique de qui doit annoncer entre le spécialiste ou le généraliste a été soulevée. A l'origine du débat, la situation de R, recevant une patiente dont la dermatologue lui a annoncé un diagnostic de mélanome et l'a renvoyée vers son médecin généraliste pour la suite de la prise en charge.

R: « *je pense que si j'avais été le médecin traitant, j'aurais rappelé la dermato en lui disant qu'effectivement quand elle fait des annonces c'est bien de le faire en consultation, et qu'on fait pas le service après-vente des spécialistes... Que c'est à elle de prescrire le bilan d'extension, d'autant plus que ça relève d'une prise en charge spécialisée..* »

W: « *dans les bouquins,... dans les bouquins c'est jamais le généraliste qui annonce. [...] pour moi c'est 80% c'est le généraliste qui pose le premier [...] c'est le généraliste qui pose la première fois le diagnostic et qui dit il y a possiblement quelque chose de malin [...] je dis pas que c'est pas plus mal, je dis que ce qui nous est demandé et ce qui est selon le plan cancer, enfin pour l'instant on parle que du cancer jusqu'à maintenant,... Par rapport à ce qui est proposé par le plan cancer et ce qui se passe réellement ...*»

Pour les participants, le généraliste plus que le spécialiste peut apporter le côté humain et empathique dont peut avoir besoin le patient.

U: « *oui c'est vrai, mais je dis c'est pas plus mal que des fois ce soit le médecin généraliste qui le connaît bien et qui va rassurer plus que le spécialiste entre deux* »

W: « *c'est bien dans la relation patient* »

A: (en parlant d'une annonce au cabinet) « *je pense... Je pense parce que déjà il y a un climat de confiance.... [...] Pour ma part je préférerais que ce soit mon médecin traitant qui m'annonce une maladie grave que quelqu'un aux urgences que je connais pas !* »

Pour autant, le généraliste ne peut pas répondre de manière optimale aux questions du patient sur sa maladie.

S: « *parce que quand on t'a annoncé un diagnostic de cancer, est-ce que tu as besoin de quelqu'un de pas neutre mais en tout cas d'expert ou quelqu'un d'amical mais qui y connaît rien ?* »

W: « *bah ça dépend chaque patient* »

S: « *le médecin généraliste tu as cette relation de confiance, parfois c'est plus facile de leur dire mais j'ai l'impression qu'ils attendent pas de toi de la compassion, de l'amour, et les 20 ans de suivi. Ce qu'ils veulent c'est que tu leur dises s'ils vont mourir, s'ils vont pas mourir, le pronostic et les traitements ... Et ça avec tout l'amour du monde tu peux pas leur apporter en tant que médecin généraliste...* »

La conclusion fût que:

U: « *il pourrait y avoir, euh enfin limite, tu vois dans un monde idéal des bisounours, il faudrait une annonce entre, avec une petite réunion d'une demi heure - une heure avec le médecin généraliste et le médecin spécialiste !* »

3. Qu'est ce qu'on annonce ?

a) La problématique d'informer sans preuve histologique:

Plusieurs internes ont émis des réserves à annoncer une pathologie à l'évidence néoplasique ou de mauvais pronostic avant d'avoir une preuve histologique.

B: « on sais pas exactement ce que ça va donner en terme de biopsie mais on est obligé d'annoncer quelque chose de mauvais pronostic »

B: « on va devoir annoncer à la famille que ça peut mal tourner quoi »

D: « vu la localisation c'est sûrement pas bon mais on peut rien dire tant qu'on a pas fait une biopsie donc voilà on va vous hospitaliser. Il m'a demandé est-ce que ça peut être un cancer ? Je lui ai dit bah oui. »

Q: « et moi je voulais pas évoquer le mot cancer avant de ...avant d'avoir l'anapath, en disant qu'il y avait des choses multiples au scanner... »

Certains internes choisissent de rester vagues dans leur annonce:

H: « oui je lui ai demandé est ce qu'il fallait que j'oriente vers ... déjà je lui ai demandé si il fallait que je dise le diagnostic: il m'a dit non surtout pas. Bah effectivement j'avais surtout pas à le dire. Bon après il m'a dit en gros de rester vague. »

G: « En fait la, t'as les mots à ne pas dire , comme un jeu ou... »

H: « c'est exactement ça ! Fallait pas dire leucémie mais il y avait tout le reste autour »

D'autres essayent de savoir ce que le patient sait, de le préparer:

K: « oui ça se voit mais faut quand même essayer chaque fois de creuser parce que tu peux te dire « bon il m'a rien demandé du coup j'ai rien dit » bah non quoi. Faut lui laisser des portes ouvertes aussi... Faut lui dire « est-ce que du coup vous avez un peu compris ce qu'il vous arrive? »

E pose même la question de diagnostic qu'il ne faudrait parfois pas annoncer:

E: « c'est un peu le problème des démences aussi , des annonces d'Alzheimer ou des démences comme ça... J'en parlais avec ma prat tout à l'heure parce qu'il y a pas de traitement et on colle une étiquette à quelqu'un. Une étiquette qui fait vraiment peur à tout le monde: aux familles, aux patients ... Et je pense que ... y'a des diagnostics qui sont pas forcément à poser quoi. »

E: « oui parce que ça arrive souvent des saignements génitaux chez des mamies , tu vois, tu les explores même pas ... Des fois chez des gens grabataires tu poses pas de diagnostic ça arrive souvent, qu'on soit dans le palliatif sans ... »

G: « mais là c'est parce qu'on cherche pas à avoir le diagnostic. C'est pas quand tu as le diagnostic entre les mains et que tu décides de pas l'annoncer. »

b) Les mots choisis

Dans certains récits, nous avons pu observer que les internes en disaient beaucoup (parfois trop ?) ou parlaient en chiffres, en vocabulaire technique.

B: « j'ai dit que et ça je pense que c'est le trop...Que ça pouvait saigner par-dessus , que il pouvait y avoir euh des convulsions .. Et qu'il pouvait y avoir pleins de façons que ça se complique et de ce fait là que on pouvait pas savoir comment ça allait évoluer et que ça pouvait vraiment être compliqué [...] Parce que je pense que c'était un peu le détail technique que finalement après coup, après avoir fait un RSCA la dessus, c'était peut-être un peu trop pour la famille. »

A: « Enfin pour ce qui est du décès je trouvais que c'était assez horrible quoi, la première fois je l'ai vu avec une de mes chefs j'avais participé à l'annonce. Elle avait un peu mis de la pommade

dans le dos des patients et c'était un peu interminable. Et ils attendaient d'entendre le mot « votre mari est décédé »; Et à côté de ça, j'ai vu un autre chef qui faisait une annonce beaucoup plus « brutale » mais avec empathie. C'était bien mieux passé. »

*K: « Du coup je les ai appelés *sourir* et puis voilà je leur ai sorti un peu de flûte en leur disant qu'il avait pas souffert que on l'avait bien accompagné enfin que voilà.. Alors que c'était pas le cas... Mais en même temps c'était clairement les questions de la famille ... »*

L: « là, on a l'impression, tu m'arrêtes si j'ai tort, tu as fait beaucoup de technique finalement ? Tu as parlé de chiffres ... » - H: « oui pas mal, oui, je pense que je suis assez resté ... mais volontairement hein c'est pour essayer de oui peut être un peu pour camoufler un peu ce que je disais, lui dire la vérité mais pas trop non plus ... [...] parce que c'était dur à annoncer ... un monsieur pas trop vieux qui arrive brutalement comme ça ... j'hésitais, c'était la première fois que j'avais à faire ça et je savais pas trop comment faire.. Pour me protéger un peu j'en sais rien »

Avec l'expérience, d'autres ont appris à être plus directs.

A: « Donc des annonces de décès j'en ai fait quelques-unes et au final je me suis rendu compte que fallait ...sans être brutal il fallait ... aller pour ce qui est du décès il fallait pas y aller forcément par 4 chemins. Parce qu'il y a rien de pire pour la famille que de tourner « oui il s'est enfoncé, on a essayé de faire des trucs et voilà ... » bah non voilà malheureusement il est mort. »

c) Les informations données:

Concernant les informations données, les internes s'adaptent au patient. Quand cela est possible, ils sont pour une transparence maximale envers les patients.

D: « je pense dans la mesure où le patient il est capable de comprendre ce qui lui arrive, il faut qu'il soit le plus au clair possible sur ce qui se passe. Je suis pour le partage du plus d'informations »

A: « Je lui avais même montré les imageries : ça, ça peut être un cancer. La dame avait bien compris et ... »

Parfois, ils préfèrent faire preuve de retenue:

B: « moi ça m'est arrivé plein de fois de pas donner les diagnostics ou les suspicions de diagnostics complets»

U: « non mais voilà, tu n'es pas obligé de tout dire , mais tout ce que tu dis en tout cas, ça doit être clair et vrai. Voilà »

T: « je pense que les patients attendent que tu leur donnes une bonne info mais euh , mais pas forcément, il faut pas leur dire, pas si toute l'info, enfin ce que tu sais faut leur dire, mais une info qui est adaptée à ce qu'ils peuvent comprendre »

Voire ne rien dire quand les patients ne semblent pas prêts à entendre:

C: « ça se voyait qu'elle voulait pas savoir. Donc après euh, je me suis dit, à quoi ça sert de balancer quelque chose si elle a pas envie de l'entendre non plus »

Ou quand cela leur est trop dur:

S: « J'ai jamais pu lui dire, j'ai jamais pu annoncer à la famille, être honnête sur les circonstances de la mort... Leur dire qu'on lui avait donné par erreur à manger... »

d) Annoncer un délai:

L'une des questions récurrentes et insolubles qui posent problème aux internes, mais aussi au personnel médical dans son ensemble, est celle du délai.

G: « *Et les familles étaient très demandeuses. La grande question c'est quand est ce qu'il va mourir* »

Les internes sont bien conscients de l'impossibilité de prédire le temps qu'il reste à vivre pour un patient.

E: « *Hum, là ce matin en médecine générale, ma tutrice me parlait d'une dame à qui on avait dit aux urgences qu'il lui restait plus que 6 jours de vie. [...] Mais là ça fait 2 mois qu'elle est là.* »

J: « *non mais quel que soit le délai je trouve que c'est super difficile d'annoncer un délai et euh que tu aies été plus optimiste, ou trop pessimiste, on te le reprochera toujours* » Approbation générale

Pour autant, ils comprennent le besoin de la famille ou du patient à avoir un ordre d'idée.

I: « *Alors que dans un pronostic vital, après je pense de toute façon c'est subjectif, mais les gens ça peut aussi les rassurer de savoir qu'ils ont un délai de quelques mois, voire de quelques années [...] on sait pas mais des fois tu peux t'en douter un petit peu et il y a des gens qui ont besoin de se préparer administrativement pour leurs obsèques, pour régler leurs problèmes avant de partir, et partir en paix si je puis dire.* »

I: « *oui rester vague. Mais quand tu sais pertinemment que la personne en face de toi a un cancer en phase terminale, et que au pire c'est une semaine, au mieux elle a encore quelques mois, je pense c'est important quand même de donner une échelle [...] qu'elle prenne conscience que ça peut aller vite, enfin plus ou moins vite*»

E: « *une échelle de gravité peut être alors, pas une échelle de temps* »

4. A qui est faite l'annonce ?

Dans plusieurs focus groupes, la question du destinataire de l'information (la famille ou le patient) a été soulevée.

a) Le patient ou la famille ?

Parfois, l'information ne peut être transmise au patient:

B: « *surtout avec la famille, le monsieur était réactif, mais pas de retour de sa part* »

Mais dans d'autres cas, les informations ont été données à la famille plutôt qu'au patient. A ce sujet, les avis divergent.

E: « *en gériatrie on est souvent amenés à annoncer un diagnostic. D'ailleurs c'est souvent aux familles et pas forcément aux patients.* »

P:« *chez les personnes âgées, de pas le dire aux personnes mais de le dire à la famille, ça arrive souvent* »

P: « *J'essaye de savoir ce qu'ils savent, ce qu'ils savent pas. Elle me dit qu'ils ont pas eu les résultats... Son fils il me fait des signes de la tête qu'effectivement ils ont pas eu les résultats;*

mais que je vois bien que lui est bien au courant ... »

Finalement dans certaines situations, les internes ont l'impression de plus devoir prendre en compte la volonté de la famille plutôt que celle du patient:

O: *« C'est juste que là pour le coup on écoutait la famille plutôt que d'écouter le patient ... »*

P: *« Je suis dans un service de gériatrie alors souvent, pas tout le temps, on communique toujours avec le patient. Mais c'est vrai, je m'en rends compte on a tendance à d'avantage, pas satisfaire les familles mais en tout cas, à répondre plus à la demande de la famille (Q: hum) souvent, que du patient lui-même qui peut parfois, ne pas, ne pas exprimer sa volonté...»*

P: *« voilà et si ils sont capables de te dire ou pas mais fin ce que je veux dire ou pas, c'est par rapport à l'entourage, des fois on est gênés par rapport à l'entourage, et que au final l'entourage, pour cette décision en France, on l'entend beaucoup, mais que enfin c'est plus d'abord le patient et le médecin »*

Beaucoup sont réticents à donner des informations à la famille si le protagoniste lui-même n'est pas au courant.

C: *« à la limite c'était plutôt sa fille qui avait envie de savoir mais 'fin pour moi c'était pas à elle de savoir si la patiente elle-même ... »*

Q: *« ça me gênait déjà d'évoquer le diagnostic à lui et pas à elle »*

F: *« On doit toujours annoncer au patient la maladie et pas à la famille. Je parle des personnes majeures. On doit annoncer aux patients la maladie et pas aux familles sauf si le patient montre qu'il veut pas savoir. Donc c'est extrêmement compliqué et dans le cas du patient âgé la famille est omniprésente et parfois veut savoir avant la personne malade pour ne pas l'inquiéter. Mais là, il y a une erreur de fonctionnement. La personne qui est malade doit être au centre du soin. »*

Plusieurs internes évoquent le côté législatif du problème:

F: *« Légalement on se doit d'informer la personne qui est malade quoi, et pas les autres. Sauf si clairement elle dit « moi je veux pas savoir ce que j'ai, vous en parlez à la personne de confiance, à telle personne de ma famille » mais voilà légalement c'est la personne qui est malade. Et ça c'est une erreur que beaucoup de médecins font (approbation générale) et que souvent on entend dans ce genre d'annonce de maladie grave « ah oui, j'ai annoncé à la famille » là déjà on part d'un mauvais postulat. »*

Q: *« mais j'avoue que au début ça me gênait vraiment d'évoquer le diagnostic à la personne accompagnante, et pas le dire à la personne concernée quoi... Rien que au niveau législatif. »*

K: *« surtout au niveau législatif ! »*

Q: *« et du coup j'ai fait une recherche récemment pour le RSCA et c'est vrai que finalement quand le pronostic est vraiment engagé et que .. Ça c'est dans le code de déontologie médicale et en fait c'est écrit que on peut le dire à la famille sans le dire au patient si on pense que ce sera plus néfaste que autre chose de le dire. »*

K: *« on a cette impression, enfin moi j'ai cette impression que les limites sont pas les mêmes selon les patients, alors que il y a tout de même un cadre légal qui lui est bien unique »*

Il s'agit d'une rupture du secret médical. Pour certains internes, il faudrait demander clairement au patient si on peut donner des informations à la famille.

K: *« oui voilà mais tu pars du concret quoi, mais là par exemple, le mari on lui a dit ce qu'elle avait la dame, est-ce qu'on a évoqué l'idée avec cette dame de rompre le secret médical et de dire à son mari ... »*

Ces situations peuvent entraîner une rupture dans la relation médecin – malade et une angoisse supplémentaire pour le patient.

K: « moi ça me gêne beaucoup aussi de ... de faire comme ça et puis faut pas se mentir les patients ils sont pas idiots [...] quand ils voient que leur entourage est aux petits soins, aux petits oignons avec une mine déconfite c'est comme si on avait fait l'annonce finalement... et du coup je trouve qu'il y a quelque chose qui se casse dans le lien que tu peux avoir avec le médecin euh puisque le patient il va se dire, « bah mince, on l'a dit à mon entourage et moi on veut même pas me le dire, ça se trouve c'est tellement grave qu'on a pas voulu me le dire... » Il peut, enfin on sait pas ce qui peut se passer dans la tête des patients... »

N: « c'est vrai que les conseils un peu protecteurs de la famille, des fois ça peut être plus néfaste qu'autre chose. Parce que du coup il y a beaucoup de non-dits, donc de l'anxiété »

Les familles donnent souvent le prétexte de vouloir préserver le patient en le tenant dans l'ignorance du diagnostic ou du pronostic.

F: « la famille m'a reproché d'avoir annoncé la gravité de la maladie. C'est à dire qu'ils étaient dans le souci de préserver leur mère donc ils voulaient pas que l'information médicale passe par la patiente. Ils voulaient pas qu'on l'informe. »

Q: « Ça, c'est dans le code de déontologie médicale, et en fait c'est écrit que on peut le dire à la famille sans le dire au patient si on pense que ce sera plus néfaste que autre chose de le dire ».

P: « Mais c'est vrai que souvent quand il y a une maladie grave, la famille des fois ils le disent directement: « faut pas qu'il soit au courant »... C'est une demande de la famille quoi... alors après »

Pour éviter un phénomène de glissement:

P: « Je pense que des fois on est moins ... oui comme ça peut être néfastes pour le patient, ça peut justement le faire sombrer plus vite, surtout chez les personnes âgées qui des fois, qui sont un peu plus sujettes aux dépressions, facilement à se laisser glisser, à se laisser partir... Au final, qu'il sache ou qu'il sache pas il mourra dans le même laps de temps, et dans le pire en sachant il se battra pas plus... quoi je pense »

J: « Et on avait annoncé à la famille, et la patiente, voilà, était arrivée très souriante. Elle avait la pêche, elle avait déjà eu pas mal de cancers, elle s'en était toujours sortie. Et une fois qu'on a eu l'AP, on a fait l'annonce dans les règles à la patiente. Et à partir de l'annonce diagnostique, elle a fait un syndrome de glissement et donc elle a perdu tout élan vital, toute capacité à se battre... Et à postériori je me suis demandé si au final on aurait pas pu allonger un peu sa durée de vie en restant vagues comme on avait fait au début ... Au début on lui avait dit qu'il y avait des taches sur le foie et des petites boules... »

b) Comment faire pour savoir ce que veut le patient ?

Les patients ne sont pas toujours clairs dans leur désir de savoir. Certains ne demandent aucune information:

C: « on voyait que vraiment elle voulait pas, elle voulait pas vraiment l'entendre... c'était pas, elle posait pas de questions, elle voulait pas savoir... »

Q: « la dame elle a jamais, en fait elle a jamais posé la question, donc en fait elle a jamais su ... Je pense qu'elle s'est douté en fait, mais elle a jamais ... »

Les internes ne sont pas très à l'aise pour gérer ces situations, où les patients ne semblent pas vouloir entendre leur diagnostic ou pouvoir le supporter (notamment d'après les dires des

familles);

P: « si tu prends le temps avec chaque patient et que ... Justement tu vois le patient qui est capable de recevoir ou pas l'annonce... [...] C'est dans le ressenti de toute façon, c'est dans le non-dit»

K: « parce que c'est vrai je trouve ça très subjectif finalement »

N: « oui je pense faut au moins leur demander. »

Plusieurs internes tâtent le terrain en reprenant les examens faits, en essayant de savoir ce que pense ou sait le patient, voire carrément, en lui demandant ce qu'il veut savoir ou ce qu'il a compris:

N: « moi je préfère euh, si on doit,... tu vois, si déjà voir avec le patient malade un peu, essayer de voir enfin ... « voilà on a fait tous ces examens et tout, vous croyez que c'est quoi ? Quand on aura trouvé, qu'est-ce que vous voulez savoir ? Qu'est-ce qu'on a le droit de dire à votre famille ? »

P: « si t'as fait des prélèvements déjà... tu peux lui dire: vous savez qu'on a fait des prélèvements, est-ce que vous êtes inquiet ... ? »

O: « comment on demande aux gens est-ce qu'ils veulent savoir ? » - Q: « oui, c'est délicat ... » -

K: « oui mais au moins déjà ça permet d'amorcer le dialogue sur euh, moi je veux pas savoir ce que j'ai, et est-ce que euh, vous voulez qu'on en parle avec vos proches ... »

K: «Faut quand même essayer chaque fois de creuser, parce que tu peux te dire « bon il m'a rien demandé du coup j'ai rien dit » bah non quoi. Faut lui laisser des portes ouvertes aussi... Faut lui dire « est-ce que du coup vous avez un peu compris ce qu'il vous arrive? » »

La question des directives anticipées s'est posée dans l'un des focus groupe. Les internes discutaient de cas de démence débutante, dont parfois la seule évocation dans le dossier suffisait à étiqueter le patient comme non réanimatoire.

F: « il y a certains mots dans les dossiers qui sont rédhibitoires »

Mais la question des mesures de réanimation est rarement posée aux patients, et encore moins écrite dans les dossiers:

G : « oui mais on se pose jamais la question, que même avec des troubles cognitifs légers, la personne avait décidé de pas être réanimée. Ça dans les dossiers ça apparaît pas »

E: « à Blois, en gériatrie c'était devenu obligatoire.- Rire : si tu voulais entrer en gériatrie ... ! -»

Finalement, les directives anticipées sont peu connues des patients...

G: « Dans 90% des cas ils savaient pas ce que c'était, et le reste du temps ils les avaient pas faites »

Mais aussi des soignants:

J: « il y a pas un document ? Enfin moi j'ai jamais fait, il y a pas une trame ..? »

F : « les directives anticipées c'est forcément dans le cadre des fins de vie ? »

5. Comment annoncer ?

a) Une prise en charge centrée patient à l'unanimité !

Dans tous les focus groupes, les internes ont évoqué que tout dépendait du patient et que leur prise en charge était toujours adaptée au patient et à la famille.

A: « Après ça dépend aussi des familles, ça dépend ... »

B: « Non ça dépend du patient »

Q: « et puis ce qu'ils veulent aussi, il y a des patients qui vont poser tous les jours la question: « est-ce qu'on a le résultat, est ce qu'on a les résultats? » et d'autres qui vont jamais poser la question et on essaye de creuser... »

N: « après c'est au cas par cas comme toujours (accord général) »

W: « Je pense que c'est plus une question de personne que tu as en face de toi »

R: « Tu sais pas comment il va réagir, il faut s'adapter [...] chaque situation est différente »

@: « Chaque situation est unique, on sait jamais vraiment comment vont rebondir les gens. Donc tu ne peux pas avoir de discours stéréotypé ou de façon de parler parce que il faut toujours s'adapter aux gens »

Cette prise en charge est aussi centrée soignant:

K: « Et comme tu dis on peut toujours s'appuyer sur le senior, mais on a pas le même vécu, on a pas la même perception des choses, on a pas la même façon, pas la même empathie, sur plein de choses ça peut différer »

T: « Au final, même 2 personnes qui ont lu le même bouquin feront de 2 manières différentes au final. Tu as ta personnalité (R: oui), tu as ta manière d'être qui ressort... Après tu as les bases mais même avec ces bases-là [...] tu fais de l'empathie comme tu es dans la vie et on est tous empathiques de manières différentes »

b) Amorcer l'annonce:

Les internes interrogés ont parfois l'astuce d'amorcer leur annonce:

→ Soit en partant des examens qui ont été faits:

Q: « je dis qu'il y a une image sur le scanner, et suivant ce qu'ils me demandent je pousse plus loin ou pas »

P: « si t'as fait des prélèvements déjà... tu peux lui dire : vous savez qu'on a fait des prélèvements; est-ce que vous êtes inquiet ... ? »

→ Soit en questionnant le patient sur ce qu'il pense:

N: « moi je préfère euh, si on doit... tu vois si déjà voir avec le patient malade un peu essayer de voir enfin ... « voilà on a fait tous ces examens et tout, vous croyez que c'est quoi, quand on aura trouvé ? »

W: « je lui ai demandé, ce qu'est-ce que vous avez compris, qu'est-ce que vous avez compris de ce qu'a dit la spécialiste?... Et elle : « j'ai quelque chose mais faut que je sois opérée et je veux pas être opérée ». Est-ce que vous avez compris que vous auriez de la radiothérapie ? « Oui et qu'est-ce que c'est la radiothérapie ? » c'est des rayons mais c'est quoi exactement des rayons ? Bah c'est ça, est-ce que vous savez pourquoi ? Parce que j'ai quelque chose dans le rectum et je lui ai dit « vous avez compris que vous avez un cancer ? » « Non je ne le savais pas. »

@: « Déjà tu aurais pu demander : où est-ce que vous en êtes ? Qu'est-ce qu'on vous a dit jusqu'à présent. ? »

→ Soit en lui demandant ce qu'il veut savoir:

N: « [...] qu'est-ce que vous voulez savoir ? »

J: « on peut aussi demander aux gens eux ce qu'ils veulent savoir [...] ou qu'est-ce que vous voudriez savoir ? Est-ce que vous voulez que j'explique plus la pathologie, ou que je reste... »

M: « est-ce que vous voulez savoir ce qu'il vous arrive ? »

Quand cela est possible, certains internes préparent leur patient au diagnostic dans l'attente des résultats:

J: « Je pense qu'on a toujours le temps d'annoncer, même les examens complémentaires font que par exemple, notamment pour les cancers il y a toujours l'attente des résultats anapaths. Ça nous laisse au moins 10-15 jours. Enfin ça laisse au patient, et au médecin le temps d'annoncer progressivement les choses et [...] t'as le temps de lui dire : voilà ça peut être un cancer comme ça peut ne pas être un cancer... »

Cette préparation est utile pour le cheminement du patient vers son diagnostic:

E: « mais ils veulent pas tous savoir une réponse directement, je pense ils fonctionnent aussi par paliers et du coup... »

Mais aussi pour la préparation de l'interne à l'annonce:

A: « oui mais toi en tant qu'interne, tu sais déjà. Déjà en RCP ça a été discuté. C'est un protocole à visée curative ou palliative, donc en fait toi tu te retrouves moins dans la situation de ...Merde y'a un truc faut je l'annonce. Là il y a déjà eu un cheminement, même si les gens l'acceptent pas ou pas tous. »

6. Les conditions de l'annonce:

Les internes sont sensibles aux conditions dans lesquelles les annonces sont faites.

B: « déjà ça s'est fait dans un box aux urgences. Debout déjà pour l'épouse, qu'on aurait peut-être dû faire asseoir .. »

D: « Il était tout seul et j'ai réussi à le faire re-renter dans un box malgré l'affluence pour lui annoncer qu'il y avait quelque chose »

a) L'annonce aux urgences:

La question de l'annonce aux urgences a été plusieurs fois soulevée.

A: « Plus dans les urgences. [...] c'est brutal, les locaux sont pas adaptés... C'est fait à l'arrache faut dire ce qui est c'est mal fait. On a un inconnu qui dit à un inconnu bah le monsieur ou la dame ... »

I: « aux urgences non... Je trouve que c'est pas l'endroit c'est pas le moment c'est pas du tout adapté. »

Jamais les urgences n'ont été considérées comme un lieu adapté pour annoncer. Certains se refusent à faire des annonces aux urgences.

I: « euh j'ai pas dit, en fait il savait qu'il avait des taches sur le foie. Moi j'ai pas fait d'annonce aux urgences, je me refusais de faire ça »

E: « Donc je pense qu'ils ont déjà cette suspicion, donc y'a pas d'annonce. On a pas nous à faire

l'annonce diagnostique dans un cadre d'urgence, parce que les gens ils sont au courant, et puis ils ont leur propre angoisse... même si on met pas de nom je pense qu'on parle de la même chose qu'eux. Et du coup faire une annonce dans les formes autre part que dans un box d'urgence je pense que c'est important aussi. »

C: « Je crois qu'il valait mieux d'abord faire toutes les explorations et tout, et lui dire au moment où c'était opportun de lui dire. Ça servait à rien de faire une annonce sauvage aux urgences alors qu'elle avait pas envie de savoir... »

E: « il y a toujours moyen de dire « on peut pas savoir pour l'instant » »

D'autres internes trouvent compliqué de ne pas donner un minimum d'information aux patients même si ils ne sont pas dans des conditions idéales.

A: « c'est qu'on est un peu lâche de leur annoncer »

B: « oui mais après on peut pas... Moi pour avoir fait mon dernier semestre aux urgences y'a des situations où on peut pas laisser les patients dans l'attente d'une réponse non plus »

D: « enfin non, on a pas le choix, si on le fait aux urgences c'est bien que on a pas le choix »

B: « je pense beaucoup aux annonces aux urgences par exemple, on annonce une image sur une radio par exemple [...] on sait pas exactement ce que ça va donner en terme de biopsie mais on est obligé d'annoncer quelque chose de mauvais pronostic. »

Ces annonces ou pré-annonces aux urgences entrent dans le cadre de l'information claire et loyale du patient... Pour justifier une hospitalisation, ou des examens complémentaires...

G : « Et c'est compliqué de pas justifier des examens ... »

H: « Parce que en soit j'avais pas tous les résultats. J'essayais de rester un peu dans le vague. D'un côté t'es obligé d'annoncer ce qu'il faut. C'était un peu dur ça »

Et parfois, les patients sont eux-mêmes très demandeurs d'informations; obligeant les médecins à annoncer des résultats parfois non validés.

G: « après des fois, ils sont demandeurs, quand on dit « j'ai quelque chose d'anormal » euh , au scanner. Et donc quand je suis revenue dans le box je pense ça se voyait sur ma tête qu'il y avait un truc bizarre, et tout de suite elle m'a demandé cash « c'est une tumeur ? ». Et je savais pas quoi répondre. Certes, c'est pas le lieu de l'annonce, mais quand c'est les gens qui stimulent pour avoir une réponse, je trouve c'est dur de s'exprimer... »

C: « de toute façon ils demandent t'es obligé de leur dire quelque chose »

D: « Il m'a demandé est-ce que ça peut être un cancer ? Je lui ai dit bah oui. »

A: « au final ce Mr il m'a dit « vous pensez à un cancer ? » j'ai dit « bah voilà... » le diagnostic était déjà posé... »

C: « J'ai un exemple d'une patiente qui avait une perturbation du bilan hépatique, on a fait l'écho, et là à l'écho il lui a trouvé un foie multi-métastatique à 39 ans. Et elle l'a tellement oppressé qu'il lui a balancé à l'écho qu'elle avait un foie multi-métastatique. Mais en même temps il était en face d'elle, il pouvait pas, il était obligé de dire quelque chose. Quand les gens ils te demandent tu peux pas juste dire.. Voilà quoi »

Les internes sont conscients qu'une annonce progressive et / ou par étapes est parfois nécessaire pour les patients.

J: « Et deuxièmement par rapport à l'annonce aux urgences, je suis d'accord avec toi sur le fait que pour l'annonce d'une maladie grave, il faut l'annoncer de manière progressive. Je pense qu'il faut un peu clairsemer les informations et pas annoncer tout de but-en-blanc. »

Une astuce couramment utilisée est d'utiliser le manque d'informations ou d'arguments suffisants

pour un diagnostic valide, et la nécessité de poursuivre les investigations.

E: « il y a toujours moyen de dire « on peut pas savoir pour l'instant » »

G: « je dis on peut pas savoir ce que c'est, effectivement y a quelque chose, on a besoin de faire d'autres examens » - I: « oui je pense on fait tous pareil »

b) La problématique du téléphone.

Le problème du téléphone a été évoqué dans plusieurs focus groupes.

U: « oui pour les modalités, mais après qu'est-ce que tu dis au téléphone si elle est décédée ? »

T: « aux urgences quand on t'appelle 15 000 fois par jour pour avoir des nouvelles de Mr bidule Mr machin et Mr chouette »

Les internes sont mal à l'aise lorsqu'ils doivent faire une annonce au téléphone.

V: « là, je me dis : mon dieu je suis horrible, je fais une annonce diagnostique à sa famille au téléphone alors que demain on devait se voir ! »

Ce qui n'est pas le cas de tous les médecins:

R: « la dermato l'avait appelé en lui disant: écoutez, vous avez un mélanome, il va falloir faire un bilan d'extension. Et pour ça il va falloir voir votre médecin traitant... Au téléphone texto. »

Pour des raisons médico-légales de préservation du secret médical:

&: « Moi je suis un peu moyen chaud, parce que quand il faut appeler à l'hôpital, je sais pas sur qui je tombe. Et je veux savoir si c'est bien la mère et tout ça et machin et tout. [...] au téléphone tu ne sais pas qui tu as, ça, ça m'a vraiment posé problème »

V: « oui mais même dans tous les trucs tu sais jamais, « je suis le mari de Mme machin » et si le mari de Mme machin ils sont divorcés et elle veut pas lui donner d'informations... »

Mais aussi car la communication perd de sa richesse:

@: « En plus au téléphone, tu n'as pas toute la communication non verbale, tu vois pas si les gens ils ont compris [...] si ils s'effondrent, ou même tu sens bien qu'il y a un blanc mais tu vois pas ce qu'il se passe... C'est super difficile... »

Ils sont souvent mis au pied du mur:

U: « tu t'en veux parce que on t'a toujours expliqué qu'il fallait pas faire ça mais que des fois t'es baisé t'es bloqué »

W: « je sais qu'au téléphone moi, on m'a toujours dit tu donnes aucune information »

Mais préfèrent différer l'information plutôt que la donner par téléphone:

B: [au téléphone] « y'a un AVC voilà, faut que vous veniez voir, on va en parler après. »

W « moi j'ai tendance à dire « écoutez, vous venez demain je vous explique mais au téléphone je ne peux pas. Ou vous venez tout de suite

W se refuse de donner des informations au téléphone. Désormais, il le justifie en évoquant le côté médico-légal:

W: « Au téléphone je sais pas qui vous êtes. Vous me dites que vous êtes... [...] moi maintenant je dis je suis désolé je peux pas donner d'information au téléphone, on a eu des problèmes, on peut avoir des problèmes avec les assurances, j'en ai pas eu personnellement mais voilà c'est une ligne de conduite »

Cette technique a soulevé des débats. Pour certains, elle pouvait rassurer la famille (si le médecin ne dit rien au téléphone, c'est pour des raisons médico-légales, et non-pas parce que la nouvelle est mauvaise)

S: *« c'est une façon de botter en touche [...] le fait de trouver cette alternative ça te donne une excuse... ça donne une occasion de fixer un RDV, d'apaiser les familles, qu'elles dorment tranquillement avant la tempête... »*

R: *« je suis tenu au secret médical du coup même si il y a rien, je ne peux pas vous le dire »*

Pour d'autres, il s'agit plus d'une façon de se couvrir, voire de se rassurer soi-même.

T: *« je pense que tu rassures pas la famille, mais tu te rassures toi, en te disant c'est bien je suis content je leur ai rien dit je leur dirai demain. Mais la famille que tu leur dises rien ou que tu leur dises : je peux rien vous dire parce que je ne sais pas qui vous êtes, ou je peux pas vous dire parce que ça me fait chier, ou je peux pas vous dire parce que machin dans tous les cas tu leur dis pas »*

W: *« peut-être qu'on se couvre un peu aussi, tu as raison, on se couvre »*

7. Mais finalement, ils savent...

Une idée émise dans chaque focus groupe, est que finalement les patients savent ce qu'ils ont.

G: *« mais ils le savent [...] oui la façon dont on répond et la façon dont on se comporte ils voient très bien »*

I: *« oui ils sont pas bêtes »*

H: *« je lui ai pas dit qu'il avait une leucémie mais il a compris hein... »*

K: *« moi ça me gêne beaucoup aussi de ... de faire comme ça et puis faut pas se mentir les patients ils sont pas idiots »*

@: *« en fait ils savent pleins de trucs.. »*

Nous ne faisons finalement que confirmer ce qu'ils ressentent au fond d'eux.

A: *« parce que l'annonce d'un passage en soins pal... Les gens le savent, ils savent qu'ils sont en chimio, ils savent que ça marche pas, ils se rendent compte qu'ils se dégradent. L'annonce de décès après une maladie longue, les gens le savent »*

A: *« non mais en fait le pire c'est « on sait pas, on verra on va faire le truc » déjà ils savent ils savent que si on leur dit pas que si on tourne autour du pot c'est qu'on sait très bien que »*

W: *« moi j'ai annoncé à une dame qu'elle avait un cancer alors que le mot n'avait jamais été prononcé, même si elle avait fait le cheminement dans sa tête. »*

Même si nous essayons de nous cacher derrière de vagues synonymes

E: *« En fait les gens ils savent quand on parle de taches ou de .. [...] même si on met pas de nom je pense qu'on parle de la même chose qu'eux »*

J: *« Moi je lui ai juste dit qu'il allait en hémato... déjà quand on va en hémato en chambre stérile.. Tout le monde comprend.. »*

Notre attitude ou notre silence nous dément:

H: *« oui quand tu dis rien »*

G: *« oui la façon dont on répond et la façon dont on se comporte ils voient très bien »*

H: *« Et donc quand je suis revenue dans le box je pense ça se voyait sur ma tête qu'il y avait un*

truc bizarre »

G: « elle a dû voir le changement, enfin j'étais... Quelqu'un qui arrive pas à manipuler son 5ème doigt, à aucun moment je me suis dit : c'est une tumeur cérébrale... »

J: « Lui il a compris tout de suite ce qu'il avait, alors qu'en soit, moi j'essayais de lui en dire le moins possible »

Parfois, les patients savent mais préfèrent ne pas l'entendre:

E: « mais il veulent pas tous avoir une réponse directement, je pense ils fonctionnent aussi par paliers et du coup... »

C: « même inconsciemment elle le savait mais on a fait chacune un peu comme si ... Pas comme si de rien n'était mais ... Enfin j'ai l'impression que je savais, qu'elle savait, mais que du coup il y avait pas de ... C'était pas le moment quoi ... Donc euh ça s'est fait comme ça et puis voilà »

Q: « la dame elle a jamais, en fait elle a jamais posé la question donc en fait elle a jamais su ... Je pense qu'elle s'est douté en fait mais elle a jamais ... »

III. Difficultés:

1. Des difficultés techniques.

a) La gestion du temps:

La question du temps a été posée aux internes interrogés (dans les premiers focus groupes) car c'est l'une des limites que nous avons souvent retrouvée dans la bibliographie. Les répondants sont sensibles au fait que ces situations demandent beaucoup de temps.

A: « Là pour le coup, j'avais vraiment passé beaucoup de temps avec elle. En plus c'était bien, c'était une journée où on avait un peu de temps aux urgences ».

H: « De toute façon à chaque fois que je disais un truc, j'avais l'impression de m'enfoncer un peu plus... Alors j'étais vraiment pressé de passer la main ... Franchement j'étais pas du tout content de comment je lui ai annoncé à ce monsieur. Parce que voilà c'était dans l'urgence. On nous dit de prendre le temps mais voilà je n'avais pas le temps donc voilà j'ai dit des trucs... »

I: « on sait quand on commence mais pas quand on va finir enfin moi c'est comme ça après.. »

S: « tous les jours je passais une heure à leur expliquer que le syndrome confusionnel de son mari je ne savais pas ce que c'était mais tous les jours je leur expliquais ce qu'on avait, ce qu'on cherchait et où on allait. »

Cependant, dans les situations de gardes aux urgences, le temps est difficile à prendre. Cela a semblé poser soucis aux répondants.

K: « c'est que en plus j'étais appelé [...] dans les étages, j'ai été dans d'autres services... Des autres services je me souviens que j'appelais régulièrement l'infirmier pour savoir comment il allait au niveau de la glycémie, au niveau de la douleur. »

Nous avons aussi cherché à savoir ce qui était chronophage pour les internes dans ces prises en charge.

→ Parce que l'empathie prend du temps.

D: « parce que ça mérite que l'on prenne un peu le temps, que l'on se pose et qu'on lui dise pas entre l'entrebâillement de la porte « en fait vous avez un cancer ». Donc oui j'espère que j'ai pris suffisamment le temps et qu'il a pas senti que j'étais pressé ou que je ne m'intéressais pas à sa

réaction... »

G: « Et les familles étaient très très demandeuses »

E: « parce qu'il y a un temps d'écoute qui est beaucoup plus dense (H et I : oui) [...] de respect de silence. »

→ Pour laisser le temps au patient de formuler ses questions.

H: « si il pose des questions tu as envie d'être là pour y répondre. Il y a plein de moments où tu annonces un truc grave et ensuite ils disent rien, tu restes là debout; tu attends au cas où ils aient une question »

→ Pour le vécu du patient:

I : « oui c'est pour le vécu du patient ... Si on lui balance voilà vous avez un cancer merci au revoir... Il va très mal le vivre. Alors que si on prend notre temps, il va pas forcément mieux le vivre mais il aura l'impression d'être écouté et d'avoir quelqu'un sur qui compter peut être »

G : « je pense qu'on prend notre temps parce qu'on sait qu'eux ils en ont plus ... donc c'est plus grave enfin, c'est on se dit eux ils ont plus beaucoup de temps devant eux, au moins moi je peux leur consacrer ce qu'il leur reste, du coup je peux prendre le temps pour ce qu'il reste. »

b) Le manque de connaissances :

Des internes ont mis en avant le manque de connaissances techniques lors de leur prise en charge de patients en fin de vie.

G: « qu'est-ce que je devais faire , qu'est-ce que j'avais à disposition comme médicament.. Bon on n'avait pas beaucoup de médicaments; deux en fait: la morphine et l'hypnovel... (rire général) et puis de quelle façon je devais les utiliser, comment je devais expliquer à la famille euh ... La chose la plus difficile c'était pas la morphine, c'était pas l'hypnovel, c'était la réhydratation. Je trouve que ça... Expliquer aux gens qu'ils boivent plus et qu'on arrête la perfusion c'était... c'était très compliqué... même si la famille savait qu'il allait mourir ils ne comprenaient pas pourquoi on arrêtait la perfusion. Et même pour moi au début, comme c'était compliqué pour moi de le faire , j'avais du mal à leur expliquer que c'était normal, et qu'on avait besoin de faire ça... c'était ... Mais comme on est peu formé là-dessus les premières semaines ont été compliquées. »

F: « bon , moi je suis assez d'accord je pense qu'on manque un petit peu de formation dans notre cursus sur les SP. Après c'est un peu plus ou moins rattrapé, selon ce que l'interne choisit comme stage. Mais c'est vrai que répondre à la fin de vie, enfin aux questions de la famille sur la fin de vie, c'est difficile. Et quand on a pas forcément les moyens c'est encore plus compliqué.. ».

K: «... ne serait-ce que savoir s'il fallait que j'appelle la famille tout de suite, s'il fallait que j'attende demain matin.. Ce qu'il fallait que je mette dans le certificat de décès ... fin tout ça je savais pas du tout comment gérer »

Mais aussi le manque de connaissances au niveau communication dans ces situations difficiles :

T: « Enfin, tu sors de l'internat, t'es jeune interne, tu arrives à Pétaouchnok, appelé pour dire que voilà [...] ce qui m'avait posé soucis c'est qu'en fait moi à l'époque, c'est que tu sais pas comment faire donc tu as l'impression d'improviser en fait ! »

c) Manque de transmission des informations.

Plusieurs internes ont été mis en difficulté face à un souci technique assez fréquent: le manque de transmission des informations entre soignants, ou avec la famille.

R: « *c'est vrai que des fois, il y a un défaut de communication ville-hôpital. Et t'es pas vraiment au courant de ce qu'il se passe, la RCP tu la reçois que un mois après..* »

T: « *ils ont la consultation d'annonce et ils viennent te voir 2 jours après parce qu'ils ont rien compris, toi tu sais rien donc bon ... Le truc parfait quoi !* »

K: « *je m'étais dit je sais pas ce qui a été dit à la famille, ce qu'il reste à leur dire, est-ce que le patient il a compris des choses non plus ...*»

U: « *mais ce qui est chiant, c'est que souvent on ne sait pas ce qui a été dit avant, et que bien souvent il n'y a pas de communication entre ...*»

Ils ont appris avec l'expérience, l'intérêt de retranscrire au maximum dans le dossier médical.

K: « *alors bonjour quand ils ne sont pas là au quotidien (en parlant des seniors)... que tu as les familles qui voient un chef un jour qui dit un tel truc, et le lendemain c'est quelqu'un d'autre... enfin ça fait un peu écho à mon histoire aussi. Finalement euh tous ces éléments qui paraissent de l'ordre de la discussion, du subjectif, du ressenti, finalement ils ont aussi leur place dans le dossier médical pour la continuité entre les différents professionnels quoi...* »

2. La gestion des émotions

a) Les siennes,

Plusieurs internes interrogés ont exprimé une difficulté à gérer l'affectif lors de ces prises en charge difficiles.

B: « *Moi, personnellement, je pense que ce qui me dérange le plus dans ces annonces-là, c'est le côté émotionnel en fait.* »

I: « *Oui, je suis entièrement d'accord avec le côté affectif du problème. Moi c'est plutôt ça qui m'a posé problème, justement en gériatrie. [...] Mais par contre le côté affectif, c'était pas simple, en tout début d'internat en plus, encore moins facile* »

&: « *il faut admettre que c'est dur franchement, annoncer à un jeune homme qu'il va mourir, annoncer que la mère d'une famille elle va mourir c'est dur enfin. On est des ??? mais on est des êtres humains !* »

Plusieurs disent avoir déjà pleuré lors de ces prises en charge.

A: « *le plus dur, c'était de pas fondre, de pas s'écrouler devant le patient quoi... déjà lui il était écroulé alors* »

C: « *là des fois, c'est toi qui a les larmes aux yeux, parce que là vraiment c'est chaud...* »

D: « *ah non c'était horrible... Je me souviens j'avais failli me mettre à pleurer* »

I: « *si une fois j'ai pleuré vraiment avec la femme d'un petit patient que j'avais perdu en gériatrie et à qui je m'étais beaucoup attaché* »

Certains critiquent ces émotions, qui sont pour eux inadaptées dans le cadre de leur fonction.

E: « *parce que je me suis toujours dit que ce n'était pas très respectueux de pleurer [...] non je pense qu'ils en ont pas besoin de notre émotion et ça les aide pas donc ...* »

S: « *mais tu as le droit d'être triste, de dire oh ça me fait chier que quelqu'un soit mort mais t'as*

pas non plus le droit d'en pleurer tu vois. »

H : *« ils n'attendent pas ça les patients »*

S : *« mais ta sensibilité elle n'est pas toujours... C'est pas toujours quelque chose de positif dans le professionnel »*

D'autres estiment que ces émotions sont liées à leur humanité propre. Ils acceptent d'être touchés par certaines situations.

& : *« on est des êtres humains ! »*

T : *« mais tu n'es pas un être humain dénué d'émotions. On a tous des émotions, et il faut justement apprendre à exercer ta profession avec ces émotions. Tu ne peux pas faire semblant comme si ça n'existait pas... »*

G : *« Tu peux leur dire: « écoutez voilà pour une raison particulière votre situation elle me touche »*

Une interne a ressenti un émoi affectif suite à la confrontation répétée avec des situations de fin de vie, lors de son stage de soins palliatifs.

G : *« quand j'étais en palliatif là, c'était tellement à la chaîne en fait, le côté j'avais 3 décès... Je m'en rendais plus compte ... ça m'a même fait peur à un moment ça me touchait même plus... Mais je pense que j'étais quand même bizarre, parce que j'ai ressenti après ... une fois que j'étais plus dans le stage que je me sentais beaucoup mieux, j'étais plus détendue, F l'a ressenti aussi »*

b) Celles du patient ou de sa famille,

Les internes interrogés ont aussi été mis en difficulté face aux émotions des patients ou des familles:

B : *« je suis plus mal à l'aise par rapport à quelqu'un qui montre franchement ses émotions et qui est pas; et qui est dans la détresse de façon franche et concrète quoi. »*

E : *« Alors là il y avait la gestion des émotions des familles; je trouve que c'est pire »*

T : *« enfin tu arrives dans un service, il fait nuit, tu as 3 personnes qui arrivent en pleurs avec euh une gamine de 14 ans qui perd sa mère. Donc c'est forcément compliqué à gérer donc moi c'était surtout ça qui m'avait fait... »*

E : *« je trouve que finalement ce qui est difficile ce n'est pas trop de voir la personne qui va décéder. Mais plutôt le retour des familles; l'émotion des familles [...] Alors là, de voir le désespoir complet de cette femme ... ce n'est pas la mort du monsieur, parce que je lui avais jamais parlé. Il était quasiment directement dans un coma. »*

Ils ne savent pas toujours quelle attitude adopter face à ces émotions:

S : *« c'est toujours compliqué d'accompagner les familles. Quand tu les vois en pleurs, tu as envie de trouver une solution pour qu'ils arrêtent de pleurer.[...] Et quand il pleurent tu sais plus si tu dois parler, si tu dois respecter le silence, combien de temps tu dois respecter le silence... - T: exactement »*

B : *« Moi ma crainte face aux pleurs et tout c'est pas tellement de me mettre à pleurer à côté d'eux, enfin c'est pas ça qui me pose problème directement , c'était plus que je savais pas trop quoi faire , je savais pas trop quoi leur dire... et je me sentais bête de rien avoir à dire. »*

Q : *« C'était en fait le mari qui me gênait; il était toujours présent, il venait me voir toujours en pleurs et je n'arrivais pas à l'apaiser alors c'était très compliqué.. ».*

Sur cette problématique, l'expérience est citée comme une aide. Avec l'expérience, les internes font preuve d'empathie plus que de sympathie.

B: *« après moi la solution que j'ai trouvée, un peu par rapport à ces débâcles d'émotions du patient face à cette annonce; c'est euh, c'est la compassion de dire « oui je comprends que vous soyez triste, oui je comprends, vous avez le droit de pleurer ... » Parce que au début moi, je savais pas quoi dire, quand les patients pleuraient j'étais la bah oui je sais pas quoi dire. Et en fait j'ai appris avec l'expérience de dire « oui, oui je comprends »*

G: *« avant j'essayais de faire des trucs, je voulais parler, Après finalement je les laissais dans la chambre, le temps qu'ils avaient besoin (acquiescement général) en leur disant que s'ils avaient besoin je les attends dans telle pièce, je suis à côté voilà mais je les laissais en fait. »*

3. Identification et gestion des mécanismes de défense :

Les internes sont conscients des mécanismes de défense des patients..

B: *« Il était dans le déni complet de ce que je lui racontais... »*

D: *« Puis voilà, il est resté assez impassible »*

C: *« Ça se voyait qu'elle avait peur de ce qu'on allait lui annoncer quoi, elle avait repoussé le moment de venir, et c'est sa fille qui l'avait limitée emmenée de force [...] On voyait qu'elle ne voulait pas savoir en fait, »*

Des mécanismes d'identification transparaissent dans certains récits.

K: *« alors que moi je me disais ce patient, euh si c'était quelqu'un de ma famille, j'aurais pas aimé qu'il passe sa nuit comme ça, dans une chambre tout seul.. Je trouvais oui, qu'on avait pas eu des soins adaptés, pour une fin de vie aussi imminente »*

S: *« [...] Et c'était une petite mamie hyper attachante, hyper compréhensive »*

V: *« Et puis c'est vrai que peut être dans la relation médecin-malade j'étais trop attaché à ce patient ... »*

Ils sont conscients de cette difficulté et de l'importance de l'identifier pour pouvoir prendre en charge leur patient avec subjectivité, et pour se protéger.

F: *« c'est difficile parfois de pas s'identifier aux situations.. »*

E: *« oui l'émotion elle est là aussi quand tu te projettes vraiment dans le patient, quand tu te projettes sur des grand parents, sur des enfants... Mais finalement quand tu arrives à prendre de la distance, à voir juste une personne en blouse avec des perfusions, on arrive à prendre la bonne distance »*

B: *« Enfin la conclusion de tout ça, c'est qu'il fallait apprendre et fin comprendre et reconnaître ses propres mécanismes de défense pour euh, pas forcément les inhiber mais les adapter de façon optimale pour le patient »*

U: *« donc là, la difficulté c'était un petit peu plus au niveau de l'implication dans ... Tu t'impliques plus que dans une situation normale. Et du coup tu as du mal à prendre un peu de distance »*

R: *« faut pas trop t'attacher au patient pour te protéger »*

Parfois, l'utilisation de chiffres, ou de termes techniques est utilisée pour mettre une certaine distance avec le patient, souvent pour se protéger. C'est ce que nous avons mis en avant après le récit de H:

L: *« là, on a l'impression, tu m'arrêtes si j'ai tort, tu as fait beaucoup de technique finalement ?*

Tu as parlé de chiffres ... »

H: *« oui pas mal, oui, je pense que je suis assez resté ... mais volontairement hein c'est pour essayer de oui peut être un peu pour camoufler un peu ce que je disais, lui dire la vérité mais pas trop non plus [...] parce que c'était dur à annoncer ... un monsieur pas trop vieux qui arrive brutalement comme ça ... j'hésitais ... C'était la première fois que j'avais à faire ça et je savais pas trop comment faire.. Pour me protéger un peu j'en sais rien »*

4. Espoir d'une évolution favorable, le refus de la mort:

Dans certains récits d'internes, une certaine difficulté à accepter la fin de vie ou la mort transparaît. Ils expriment dans certaines situations l'espoir que l'état clinique de leur patient s'améliore.

B: *« Et c'était difficile pour moi parce que personnellement j'avais l'espoir qu'il s'en sorte le monsieur et je me rendais pas compte en fait, que ça allait être si grave, et que ça allait si mal tourner en fait »*

E: *« oui mais j'ai eu envie aussi de rassurer à tout prix, j'avais envie d'y croire, j'y croyais mais bon parce que j'avais envie d'y croire. »*

E: *« Parce que moi, le pronostic je n'en parle pas à chaque fois hein. Je trouve que vivre avec de l'espoir c'est quand même mieux que ... »*

L'incertitude face au diagnostic peut être source d'espoir:

G: *« après je me suis dit ça se trouve c'est un abcès on ne peut pas savoir ... »*

Cet espoir peut pousser à refuser de lâcher prise, voire à un certain acharnement thérapeutique de la part des soignants.

M:(racontant l'histoire de la prise en charge d'une dame de 90 ans, l'un de ses chefs faisant une prise en charge agressive) *« oui mais voilà, les 15 L au masque, tout ça, est-ce que c'est pas un peu trop agressif... est-ce que là voilà... Et la dame finalement est décédée 2 jours après... c'est vrai que ça m'avait, vraiment là, j'étais au milieu je comprenais le fait de se dire: il y a quand même un phénomène infectieux, et si on arrive à le juguler peut être que la dame elle reprendra le dessus ... »*

Y: *« Les infirmières elles n'ont pas compris que c'était une dame qu'on ne pouvait pas sauver. Et tu sais c'est souvent les infirmières qui sont en gériatrie et qui pensent qu'elles sont en réanimation. C'est difficile pour nous en tant qu'internes parce qu'elles ne comprennent pas la démarche et parfois elles sont comme les familles, elles disent « vous le laissez dépérir, vous le laissez mourir... »*

Plusieurs internes ont identifié ce phénomène: ils appellent cette résilience, le deuil des soins curatifs:

K: *« oui ils (les équipes de soins palliatifs) ont vraiment un regard différent et c'est vrai que le défaut c'est souvent qu'on les appelle effectivement trop tard quand nous-mêmes on a fait le deuil des soins actifs (N: hum) »*

Ils ont cette impression de clivage dans l'esprit des soignants, des patients ou des familles, entre les soins curatifs et les soins palliatifs:

N : *« c'est souvent que tu as l'impression qu'il n'y a pas une continuité entre les deux quoi. Soit tu es actif soit tu es ... soit tu passes de l'un à l'autre quoi [...] soit tu y arrives soit tu y arrives*

pas quoi mais ..; c'est comme ça que c'est , je pense que nos chefs enfin, ils se disent beaucoup comme ça c'est pour ça que les soins palliatifs ils interviennent ... »

Y: « quand tu parles de SP aux familles, ils ont l'impression d'entendre dire euh, on va le laisser mourir en gros (Z hum) [...] et ils refusent que leur proche soit hospitalisé pour qu'on fasse rien. « Mais à quoi ça sert d'être là, il aurait pu être chez nous. » Tu dis oui évidemment, il aurait pu être chez vous, mais il ne serait pas mort dans le même confort... »

Y: « tu sais même le personnel médical, les infirmières elles n'aiment pas trop »

Alors que finalement les soins palliatifs sont plus un accompagnement, s'inscrivant en parallèle des soins curatifs.

Z: « je pense qu'il faut leur dire, aux familles justement, que les soins palliatifs, ce n'est pas tu le laisses mourir. Ce n'est pas ça les SP. Un soin palliatif c'est pas forcément parce que la personne elle va mourir. C'est tu l'accompagnes. Ce qui est important c'est de leur dire que tu l'accompagnes, tu ne vas pas le guérir d'une maladie qui est incurable, mais tu vas l'accompagner pour pas qu'il souffre »

Les internes ont parfois des difficultés à fixer des limites dans leur prise en charge:

P: « Donc finalement ils comprennent ... C'est plus ça qui... Je m'attendais pas à ... En fait comme moi j'avais eu du mal à me stopper aussi, de me dire que la famille pouvait aussi entendre ça enfin ... voilà »

P: « c'était, c'était dur de se dire qu' on ne peut rien faire pour elle quoi... d'être lucide sur le fait que c'était fini quoi... »

&: « Mais sur le coup j'aurais été seule, j'aurais été le seul médecin, je l'aurai massé, j'aurai fait tout ce que j'aurai pu... »

... D'accepter de se stopper et de « laisser une occasion aux gens de mourir »

K: « on a tellement de moyens techniques, que maintenant ça devient difficile de laisser une occasion aux gens de mourir... finalement on leur met des piles à 85 ans euh on envoie en dialyse enfin ... »

Z: « c'est devenu à peu près normal de se dire si on peut le maintenir en vie parce que tout le monde le veut, on le maintient en vie. [...] Avant la médecine était moins avancée, ou dans d'autres pays où la médecine est moins avancée, où on a pas les moyens... Les gens qui vont pas bien, on met pas tout en œuvre pour absolument les maintenir en vie »

&: « C'est plus facile de réanimer quelqu'un, de le ramener en vie que de le laisser partir... »

X: « Et les vieilles infirmières qui ont appris ça, c'est parce qu'elles ont fait le deuil du sauveur... Comme nous futurs médecins de mettre ça de coté.. »

Ce « deuil du sauveur », certains l'ont acquis lors de leur internat; d'autres semblent l'avoir accepté bien avant.

&: « moi je l'ai acquis c'est sûr. Parce que ma première intervention SAMU c'est un patient hémiplegique qui était en arrêt et on l'a pas massé et j'ai pas compris. Et je me suis dit mais on est là et on fait rien et je ne comprends pas et voilà... [...] Après être passé en réa, je le ferais plus. Il y a pleins de choses que je ferais plus pareil... Pour moi, vraiment ça a été ... Mais c'était pas un échec non plus, mais je pense que j'ai jamais vu la mort comme un échec mais ça par contre le syndrome du sauveur moi je l'ai perdu... Parce que on sauve des gens et pour moi la qualité de vie est trop importante... Sauver des gens qui parlent plus et qui sont des légumes, ça c'est pas possible et ça arrive.. »

Z: « non moi j'allais dire, moi j'ai toujours eu au final... »

Les soins palliatifs ou la mort, est parfois vécue comme un échec.

M: « *mais pour le médecin qui voulait absolument sauver cette dame, si on peut dire, de les appeler c'était déjà une défaite ...* »

@:« *ils ont du mal à dire que quand ils ont des chimiothérapies à leur proposer c'est des chimiothérapies à visée palliative et ça va pas les guérir. On voit énormément de CR où il y a marqué chimio palliative et les patients ils ont jamais entendu parler de SP ils ont l'impression qu'ils vont guérir. Et après de là à dire, j'arrête... On voit encore beaucoup de chimiothérapies compassionnelles ... Je pense pour beaucoup de médecins, surtout les oncologues, il y a un constat d'échec à se dire: on a tout essayé mais on peut encore continuer parce que sinon c'est un échec.* »

Mais ce vécu de la mort et de l'échec est aussi très dépendant de son histoire personnelle.

X: « *il y a une façon personnelle de vivre son existence par rapport à la mort et par rapport à l'erreur.* »

Pour d'autres, il s'agit surtout d'accepter nos limites:

Y: « *non moi je pense que c'est admettre sa limite. Que l'homme ne peut pas tout faire pour l'homme. C'est pas possible tu ne peux pas sauver quelqu'un qui est pas à la portée de tes... Tu ne peux pas faire ce qui n'est pas à la portée de tes connaissances.* »

Z: « *Si après tu te dis on a fait ce qu'on a pu, c'est la vie, ce n'est pas un échec. Tu sais, la vie elle court, toi, tu fais ce que tu peux pour redresser la barre, après si tu n'as pas de solution, tu n'en as pas... Est-ce que ne pas avoir de solution c'est un échec ?* »

Certains ont appris à l'accepter...

Y: « *si tu veux quand j'étais jeune, j'ai toujours eu des animaux : des hamsters, des trucs comme ça. Et ils sont tous morts [...] c'est un truc que j'ai appris si tu veux, à gérer tout seul.*

Y: « *Donc quand tu vois, j'avais quel âge, 6 ans, que tu arrives à comprendre que ton chien il a bouffé du poison et qu'il va mourir quoiqu'il arrive, que le vétérinaire, il te dit j'y peux rien, je peux vraiment rien faire... tu vois c'est à partir de là que j'ai commencé à réfléchir à tout ça sans savoir que j'allais faire médecine...* »

...voir à l'accueillir avec soulagement,

&: « *Parce que pour moi, je dirais même plus en réa avec ce que j'ai vu là, ce qui a changé ma vision de la médecine, il y a un moment où la mort c'est pas un échec au contraire c'est une réussite.* »

D'autres l'ont toujours considérée comme naturelle et inévitable; et voient dans cette appréhension de la mort, un véritable phénomène de société.

Z: « *L'appréhension qu'on a de la mort c'est très culturel au final.* »

Y: « *tu es obligé, c'est tout le monde qui est obligé de mourir donc c'est pas un échec.* »

X: « *bon ce serait une digression, mais c'est lié à un phénomène de société, qui est un besoin de performance et d'efficacité. Maintenant on a peur de l'échec* ».

Cet espoir est aussi exprimé par le patient ou les familles.

B: « *après la famille est toujours dans une demande d'espoir face à ça : est-ce qu'il va récupérer docteur ?* »

B: « *quand on était dans une démarche curative et que là l'oncologue doit dire « là y'a plus rien à faire, on va passer en palliatif » il y a une perte d'espoir* »

D: « *ou consulter ailleurs parce que pour eux le palliatif c'était pas ... c'était pas encore leur*

étape »

Y: « tu as un patient qui , qui est sur le point de mourir, qui est sur le point de mourir et pourtant des familles qui sont dans le milieu médical qui disent : qu'est-ce que vous faites pour le sauver... »

Avec le recul, l'une des choses apprises par une interne est justement l'importance dans certaines situations de faire passer ce message de gravité, pour éviter à la famille ou au patient de faux espoirs:

B: « c'est que j'ai l'impression, qu'il faut vraiment faire comprendre aux gens, que ça peut être grave. Pour qu'ils ne se fassent pas de fausses idées ou quoi que ce soit. J'ai l'impression que c'est le premier message qu'il faut faire passer c'est que là y'a quelque chose, attention ça peut être grave. »

La situation s'inverse parfois, notamment en réanimation:

&: « En fait, les gens ils sont ambivalents; quand c'est leurs proches ça doit pas être facile à gérer... A toi ils te disent pourquoi vous faites rien, nous en réa ils nous disent: mais en fait là il ne va jamais se réveiller, il ne va jamais marcher, il ne sera plus jamais comme avant... dans ces cas-là, il vaut mieux qu'on le laisse partir... »

5. Faire passer la gravité du message:

Certains internes trouvent difficile de faire passer la gravité du message.

B: « moi ce dont j'ai du mal en fait, je crois personnellement,[...] c'est que j'ai l'impression qu'il faut vraiment faire comprendre aux gens que ça peut être grave. [...] elle (sa senior) m'a dit qu'il fallait vraiment que je pose les choses sur la table et que je leur fasse comprendre que voilà c'était pas anodin et qu'il pouvait ne pas s'en sortir. »

D: « Je sais pas du coup, je me suis demandé si , s'il s'était rendu assez compte , parce que j'ai essayé, vu qu'il était tout seul, de pas lui en mettre trop sur les épaules, pour ne pas qu'il ait trop peur et au final j'ai suivi son dossier et il est mort 9 jours après... Je me suis demandé si je n'aurais pas dû lui ... Lui parler un peu plus sérieusement ou pas ... Rétrospectivement... et voilà.. »

Deux hypothèses sont possibles :

→ soit parce qu'ils ont peur de faire du mal au patient,

A: « voilà , j'étais le méchant qui annonçait que son mari allait partir. »

→ soit parce qu'ils veulent garder espoir que la situation s'améliore.

E: « je trouve que ce qui est dur aussi c'est qu'on a souvent envie d'être rassurant et pour , et de minimiser enfin pas minimiser les choses mais de rassurer les gens à tout prix [...] j'avais voulu être trop rassurante pour essayer de...De calmer tout le monde et en fait il était mort sans que personne n'ait pu lui dire au revoir...[...] mais j'ai envie aussi de rassurer à tout prix, j'avais envie d'y croire, j'y croyais mais bon parce que j'avais envie d'y croire. »

A contrario, dans la situation racontée par U, celui-ci était choqué par l'attitude rassurante de sa maître de stage face à la découverte d'un scanner montrant un cancer biliaire et une carcinose péritonéale. Au final après la prise en charge chirurgicale, le cancer était limité et entièrement résécable. La bonne position entre rassurer mais pas trop est parfois difficile à trouver.

U: « mais je ne la trouve pas du tout alarmiste si tu veux et du coup... Enfin pas alarmiste c'est

pas ça que je veux dire, mais je la trouve quasiment à dire que bon y'a rien en fait quoi... [...] je me dis que la patiente elle a pas compris la gravité de la situation, et que ça me choquait un peu qu'on ait dit aussi peu en fait même si on allait pas lui dire qu'il y avait forcément un cancer et tout [...] Moi j'avais carcinose péritonéale dedans, voilà c'était un cancer métastaté, elle allait mourir quoi, dans pas longtemps ! Et que nous on lui dise, alors voilà faut qu'on fasse un petit bilan, enfin on lui dit pas quand même [...] oui elle avait vraiment tout minimisé et moi ça m'avait... Choqué.. Et après à contrario, je m'étais retrouvé comme un con avec le coup de fil de l'autre qui dit... »

Pour faire passer le message, certains sont devenus plus directs :

&: « je pense que là-dessus tu peux vachement t'appuyer. En leur disant qu' on fait rien parce que qu'est-ce que ça sera après ?»

Y: « En plus, expliquer à la famille euh, que même si elle se réveille, si le cerveau il est touché que ça va être un état végétatif, un légume quoi... Faut, en fait faut pas hésiter à dire le mot aux gens, que ça va être un légume.. »

6. Une difficulté à trouver sa place auprès du patient et de sa famille.

Certains internes interrogés ont évoqué cette difficulté à savoir où se placer dans cette relation médecin – patient particulière qui se tisse lors de la fin de vie.

K: « c'est vrai que c'est toujours un peu abstrait les limites quand on est en plein dans une prise en charge et puis aussi ... aussi intime je dirais que dans la fin de vie ou dans les maladies graves c'est pas toujours évident de savoir quel rôle on doit jouer, quel rôle on peut jouer, quelles sont les limites »

G: « j'étais oui, j'étais souvent un peu perdu dans ce qui était mon rôle à moi, qu'est-ce que je devais faire »

S: « Et quand ils pleurent tu ne sais plus si tu dois parler, si tu dois respecter le silence, combien de temps tu dois respecter le silence [...] et puis est-ce que tu dois t'en aller, est-ce que tu dois rester, et en fait tu as l'air d'une cruche devant les familles »

T: « tu ne sais pas si tu dois parler, si tu dois garder une distance »

S: « tu as envie d'être familier et envie de dire les mots que tu dirais à ta grand mère [...] bah non c'est pas ma place »

G a été mise en face de cette difficulté quand elle a rencontré une famille en dehors du service.

G : « je réponds indirectement à ta question, je trouve que ce qui m'aidait à l'hôpital, c'est d'avoir ma blouse, ma posture... Et j'ai recroisé une famille à qui je venais d'annoncer un décès au parking en allant chercher ma voiture et ça m'a paniquée, enfin j'étais plus du tout dans la même posture et ... enfin je savais plus quoi leur dire, c'était trop bizarre. Alors que dans le service pour leur expliquer les choses autour d'une table [...] oui une différence de rôle et de statut alors que là on était juste deux personnes: la famille et moi qui allions chercher leurs voitures et j'avais plus le même rôle quoi, enfin j'avais cette impression-là, ils m'ont posé des questions et j'étais pas du tout ... »

IV. Ressentis:

Les internes sont souvent touchés par ces situations. Les références à la difficulté de la gestion de

ces situations sont nombreuses.

B: « *Et c'était difficile pour moi* »

D: « *ah non c'était horrible...* »

G: [*En parlant de son stage en soins palliatifs*] « *oui c'était difficile ... c'était une période de stage vraiment difficile.* »

H: « *parce que c'était dur à annoncer ...* »

M: « *Et ça c'est terrible quoi, moi je l'ai vécu comme quelque chose de terrible,* »

S: « *ça a été une des situations de fin de vie les plus compliquées à gérer pour moi...* »

T: « *c'est forcément compliqué à gérer* »

V: « *Et du coup comme ça m'avait pas mal touché* »

&: « *et puis il faut admettre que c'est dur franchement* »

Elles laissent un souvenir marquant. Certaines situations évoquées par de vieux internes remontent au début de l'internat:

K: « *moi j'avais eu une histoire, premier stage en gériatrie, c'était mon premier semestre* »

D: « *oui, c'était ma première annonce de maladie grave seule alors je pense que je l'oublierais pas celui-là.* »

T: « *moi j'ai eu un cas, au tout début de mon internat, [...] je m'en souviens parce que c'était le premier cas; chez une dame qui était quand même assez jeune, une cinquantaine d'années et ça m'avait beaucoup touché parce qu'en plus cette dame est morte le soir d'une de mes gardes [...] donc en plus c'est moi qui avait annoncé le décès à la famille [...] Et ça ça m'avait beaucoup marqué j'avais eu beaucoup beaucoup de mal à l'époque* »

Ce sont aussi des dossiers de patients que les internes ont suivi ensuite pour avoir des nouvelles:

B: « *ceux-là en général ils nous ont un peu affectés et c'est ceux qu'on va regarder par la suite...* »

D: « *au final j'ai suivi son dossier et il est mort 9 jours après...* »

U: « *ça arrive assez souvent, [...] on a quand même envie de les revoir* »

Les ressentis face à ces situations sont variés; aussi divers que les situations rencontrées peuvent l'être:

→ De l'angoisse:

D: « *parce que j'avais peur de pas y arriver* »

H: « *moi c'était la panique* »

M: [*à propos de la prise en charge d'une patiente par deux chefs, de deux manières différentes*] « *c'est angoissant même pour nous* »

S: « *mais c'est que ça met dans des états.. ça te met un stress.. Moi j'ai plusieurs fois eu à annoncer et dit des bourdes un peu ... A dire « allez bon courage » et ... c'était inadapté dans la situation et tu te dis putain pourquoi j'ai dit ça* »

→ De l'inconfort

B: « *forcément on est pas toujours à l'aise avec ça...* »

D: « *je me suis sentie mal au moment de quitter la pièce je me suis dit à quoi il va penser tout seul dans son box ?* »

A: « *mais je m'étais quand même senti un peu mal à l'aise ...* »

M: « *Et ça c'est terrible quoi, moi je l'ai vécu comme quelque chose de terrible* »

→ De la colère face à l'injustice de la situation:

J: « *Annoncer un cancer à un patient jeune, c'est complètement contre-nature, il y a le sentiment d'injustice et là je trouve qu'on est vachement désemparés, il y a pas de mot pour expliquer que un tel a un cancer à 45 ans.* »

T: *« c'était une dame qui était jeune et moi ça m'avait fait chier qu'elle soit décédée »*

→ De l'insatisfaction:

H: *« Franchement j'étais pas du tout content de comment je lui ai annoncé à ce monsieur. Parce que voilà c'était dans l'urgence. On nous dit de prendre le temps mais voilà j'avais pas le temps donc voilà j'ai dit des trucs... J'ai trouvé que c'était pas bien fait »*

K: *« il est mort dans la nuit oui, donc ça je l'avais pas trop bien vécu. »*

→ Parfois de la culpabilité:

G: *« je m'en suis voulu d'avoir été rassurante au début de ma consultation. [...] Et j'avais cette culpabilité énorme et quand j'ai vu le scanner oui j'ai pas aimé le truc quoi. »*

E: *« Et du coup je m'en suis vachement voulu en me disant que j'avais rassuré les parents, j'avais voulu être trop rassurante pour essayer de... De calmer tout le monde et en fait il était mort sans que personne n'ait pu lui dire au revoir... »*

→ Parfois, du soulagement à éviter des situations délicates ou à passer la main

D: *« moi perso les fins de vie aux urgences heureusement j'en ai pas vu. »*

H: [en parlant d'onco-pédiatrie] *« heureusement c'était les spécialistes qui faisaient ça »*

J: *« Moi j'étais bien content de passer la main au spécialiste parce que franchement j'avais pas envie de le gérer trop longtemps »*

K: *« Je me suis dit la première fois que je l'ai vu « vivement demain que la relève arrive et qu'il soit pris en charge correctement » et finalement c'est jamais arrivé »*

→ L'incompréhension:

U: [en parlant d'une situation en médecine générale où une patiente ramène un CR de scanner avec écrit « probable cancer de la vésicule biliaire et nodules de carcinose péritonéale »] *« mais je la trouve pas du tout alarmiste si tu veux et du coup [...] je dis que la patiente elle a pas compris la gravité de la situation, et que ça me choquait un peu qu'on ai dit aussi peu en fait, même si on allait pas lui dire qu'il y avait forcément un cancer et tout »*

→ L'embarras:

W: *« je me suis trouvé con à la fin en disant j'ai été con je lui ai dit, et puis finalement je me dis j'ai pas l'air si con que ça »*

R: *« Ma chef un peu surprise aussi, du coup moi je suis devenue un peu pâle... [...] Donc là j'étais un peu désemparée et ma chef aussi.. ».*

→ De la satisfaction:

D: *« oui, oui oui sur le coup j'étais plutôt fière de moi parce que j'avais peur de pas y arriver et de et de enfin pas savoir quoi lui dire et de bafouiller et d'avoir l'air vraiment d'une débutante et je crois que sur le coup quoi, j'avais l'air de tenir le coup quoi. »*

A: *« oui j'avais été assez satisfait »*

→ Insensibilité, émoussement affectif:

G: *« quand j'étais en palliatif là, c'était tellement à la chaîne en fait, le côté j'avais 3 décès... Je m'en rendais plus compte ... ça m'a même fait peur à un moment ça me touchait même plus.... [...] Mais c'est des fois on se surprend à se dire, mais je ressens rien »*

Certains internes ont exprimé leur malaise face à l'annonce d'une maladie grave comme dû à la peur de faire du mal au patient en étant le messenger; le porteur de la mauvaise nouvelle, celle qui va entraîner une rupture dans le schéma de vie du patient.

A: *« C'est vraiment quelqu'un qui arrive avec un symptôme plus ou moins banal et qui repart avec plus ou moins un diagnostic de maladie grave plus ou moins établi. Du jour au lendemain, la modification complète de son schéma ... De son schéma de vie, de son schéma corporel... »*

A: *« T'es pas le méchant qui annonce un mauvais diagnostic... enfin moins »*

B: *« moi j'ai pas l'impression d'avoir le rôle de méchante mais euh »*

Par son expérience en soins palliatifs, une interne a analysé la situation et endosse ce rôle de « rapporteur » de la situation:

@: « moi je pense que ce qui est dur dans les consultations d'annonce, c'est que tu as l'impression que tu vas faire mal aux gens. Tu vas leur annoncer un truc qu'ils veulent pas entendre et que en gros tu vas être responsable de leur douleur. Et à partir du moment où tu te dis que la maladie elle évoluera quoi qu'il arrive, c'est que à présent tu fais juste une description... Que tu n'es pas responsable du malheur que tu leur expliques... Enfin je trouve que c'est ça qui est dur quand on en a jamais fait, et tout et qu'après ou c'est ... C'est pas plus compliqué que dire autre chose dans le vocabulaire utilisé ou quoi que ce soit, il faut pas se rendre responsable ou quoi. Et tu peux pas prévoir à l'avance, et il faut accepter, il faut rester humain quoi.. ».

Les réactions émotionnelles des patients peuvent les mettre mal à l'aise.

B: « et celui-là, j'étais un peu perplexe quoi, en même temps j'aurais rien pu faire de plus et puis émotionnellement ça m'a moins dérangé que quelqu'un qui fond en larmes « oh mon dieu qu'est-ce que je vais devenir, est-ce que je vais mourir demain ? » là je suis plus mal à l'aise par rapport à quelqu'un qui montre franchement ses émotions et qui est pas et qui est dans la détresse de façon franche et concrète quoi. »

Les réactions de défense des patients peuvent déstabiliser les internes. Cependant, ils sont parfois plus à l'aise dans ces situations que lorsque le patient laisse ses émotions s'exprimer.

A: « J'avais trouvé ça plus facile que ... qu'annoncer oui à quelqu'un qui est vraiment sidéré. Ça peut être dur, oui c'était avant mon internat 2-3 fois des gens vraiment sidérés et moi je me sentais pas très bien ».

Le rôle de l'interne lors de l'annonce est aussi source de ressentis différents. Finalement, être spectateur et pas acteur, rend plus difficile pour l'interne de gérer ses émotions:

D: « j'ai arrêté de regarder les patients, j'essayais de me concentrer sur mes pieds de me dire « pleure pas ! » »

C: « je pense là aussi c'est le fait de regarder où tu as le temps du coup de t'identifier aux parents [...] alors que quand tu es dans le truc je pense, tu penses, t'es pas du tout dans le même... »

D: « oui c'est le regard extérieur qui est ... »

C: « Regarder une annonce c'est plus difficile je pense que quand tu y es, t'es dans ton truc, tu cherches ce que tu as à dire , 'fin je pense c'est pas pareil... »

Cette position d'interne, notamment en hospitalier, est évoquée par une interne comme parfois aidante notamment en lui donnant une certaine position à avoir ou un rôle à tenir:

G : « je trouve que ce qui m'aidait à l'hôpital, c'est d'avoir ma blouse, ma posture... Et j'ai recroisé une famille à qui je venais d'annoncer un décès au parking en allant chercher ma voiture et ça m'a paniquée, enfin j'étais plus du tout dans la même posture et ... enfin je savais plus quoi leur dire, c'était trop bizarre. Alors que dans le service pour leur expliquer les choses autour d'une table ... »

V. Ressources:

1. L'enseignement facultaire

a) Le premier cycle des études médicales:

Globalement, les participants n'ont pas le sentiment que le premier cycle des études médicales les avait préparés à faire face à ce type de situations:

A: « *C'est pas ...En conf ou quoique ce soit qu'on apprend à gérer.. »* »

E: « *en tout cas on les a pas ces ressources avant de commencer l'internat je pense »* »

H: « *c'est vrai qu'on a la théorie de la consultation d'annonce c'est tout... déjà on l'oublie. »* »

H: « *oui puis ça te concerne pas vraiment quand tu apprends l'ECN, tu apprends des mots, tu t'en fous, c'est pas pareil en vrai. »* »

O: « *c'est pas sur les bouquins qu'on apprend... »* »

K: « *tu peux pas apprendre l'expérience sur le papier... »* »

X: « *sans être mauvaise langue, il n'y a rien qui peux te préparer à ça »* »

Certains avaient déjà vu des annonces lors des stages hospitaliers:

C: « *j'avais fait pas mal de stages d'onco donc euh... Onco ped aussi les annonces c'est pas mal aussi. »* »

B: « *oui j'ai dû en voir en gériatrie j'avais fait un semestre en gériatrie... »* »

Certains avaient fait pendant le deuxième cycle, des jeux de rôle sur l'annonce d'une maladie grave respectivement à la faculté de Tours, Nantes et d'Angers.

C: « *oui nous aussi on a fait des jeux de rôles comme ça mais c'était pas aussi développé c'était sur une journée mais c'était pas mal aussi. »* »

D: « *on avait un debriefing avec les acteurs après en fait, qui nous disaient « moi toi je t'ai senti un peu comme ça, toi aussi c'était comme ça, toi t'as fait ça c'était bien, toi t'aurais dû plutôt faire ça parce que là je me suis senti un peu comme ça » donc c'était vraiment pas mal. »* »

D: « *c'est bien, parce qu' on est vraiment tout seuls, on a pas le senior, on a personne sur qui s'appuyer tu as le patient en face et toi t'es externe et tu te dis que tu sais rien et que tu fais rien et que tu as toujours quelqu'un à côté de toi pour t'aider et là, tu es tout seul comme un con donc c'était vachement bien , bien flippant mais.. [...] c'est pour de faux. Donc au final il pleure pas , au final il a pas de cancer, au final il te dit « non t'inquiètes pas tu t'en ai bien sortie » rire* »

J: « *ça m'a pas mal aidé pour mes premières annonces de maladie grave d'avoir déjà été mis en situation. Il y a eu un debriefing après ça a permis de , de voir un peu , justement par exemple de demander au patient ce qu'il voulait savoir et jusqu'où il voulait savoir, c'était un réflexe intéressant que cette formation là m'a apporté».* »

Pour autant, certains « mots-clés » sont restés:

W:« *dans une salle calme avec une petite plante verte... »* »

G: « *pièce calme et éclairée »* »

S: « *jamais entre deux »* »

R: « *faut une ambiance calme »* »

D: « *je dirais que le seul truc qui m'a servi c'est que je me souviens d'avoir vu écrit « pas d'annonce dans les couloirs » donc je me suis dis je vais pas lui dire dans le couloir. Je pense c'est la seule chose qui m'est vraiment revenue : on va le mettre dans un box. »* »

b) L'internat:

Du coup, la plupart ont appris à gérer ces situations lors de l'internat:

B: « *après dans la communication, le relationnel avec le patient ... Disons que c'est tout ce qu'on apprend pendant l'internat quoi, après. »*

Quasiment tous les participants ont écrits des RSCA à propos du cas qu'ils ont raconté:

F: « *je vais faire plaisir au DUMG, mais c'est vrai que la rédaction des RSCA quand on a des difficultés ça peut permettre de trouver des réponses. »*

T: « *on est des grands écrivains avec le DUMG de Tours »*

B: « *les groupes de pratique je trouve c'est très intéressant pour ces sujets là oui »*

I: « *on a fait des groupes de pratique »*

K: « *moi j'en ai fait un RSCA... »*

Pour certains, c'est surtout le partage des situations avec d'autres internes qui fait la richesse des groupes de pratique. A la fois pour profiter de l'expérience des autres, mais aussi pour se rendre compte que ces situations sont problématiques pour beaucoup, et qu'ils ne sont pas les seuls à être en difficulté.

A: « *Je trouve la recherche je peux la faire, mais le fait d'en discuter avec quelqu'un; pas forcément avec l'intervenant; limite on s'en fout un peu, c'est plutôt entre internes. Partage d'expérience, finalement je trouve les situations où on a été en difficulté finalement nos co-internes auraient probablement eu les mêmes difficultés. »*

G: « *et de se rendre compte dans le groupe de pratique que les autres ont aussi pu rencontrer la même chose que nous »*

K: « *oui c'est clair, de vider son sac, d'entendre des gens qui traversent la même chose, se dire qu'on a fait comme on a pu et que les autres auraient pas fait forcément mieux ... »*

N: « *Au final tu en as discuté avec les autres et finalement il n'y a pas qu'une solution et la prochaine fois faudra peut être faire ceci ou cela mais bon... »*

U: « *bon et en parler à d'autres internes, qui vont justement dire la même chose, et donc pour toi ça fait du bien »* - T: « *tu dis que t'es pas tout seul à ressentir... »*

Le questionnement est parfois superficiel, dicté par les attentes pédagogiques:

B: « *oui, c'était les questions qu'il faut poser dans les RSCA... pour meubler le portfolio en fait... »*

A: « *bon après je trouve les groupes de pratique c'est assez redondant les thèmes [...]après on a une fiche de route tu coches »*

Mais aussi, écrire des RSCA permet de se lancer dans une démarche réflexive et de trouver des solutions concrètes à des problématiques rencontrées.

F: « *c'est la recherche derrière. On est dans un stage, on a une difficulté, une situation qui nous pose question, on y réfléchit, on essaye de trouver des ressources, si on trouve des ressources tant mieux, on l'écrit et on en discute lors de la séance. »*

K: « *c'est un temps d'analyse quoi et euh c'est vrai que, comme on voit défiler plein plein plein de patients, finalement si on ne prend pas ce temps-là pour analyser et réfléchir sur ce qu'on aurait pu mieux faire, ou faire différemment, derrière ça te sert pas pour la suite... [...] Après effectivement moi le RSCA sur cette situation je l'ai pas terminé en me disant c'est bon je suis super à l'aise nickel quoi... Non mais par contre d'avoir pris le temps de le poser, de l'écrire, de réfléchir un petit peu dessus d'en discuter avec les autres c'est ça qui te fait avancer quoi... »*

N: « tu as un peu le truc thèse antithèse et puis synthèse... Ça te permet, tu pèses tous les plus tous les moins et puis au final leur boucle pédagogique leur synthèse, ça permet peut-être, sur ces trucs là, d'avancer... »

2. Les ressources humaines:

a) Nos seniors:

Les seniors sont l'une des ressources humaines citées par les internes:

B: « mais j'étais bien coaché par ma chef avant d'y aller ,après , y'avait pas de soucis par rapport à ça. »

A: « oui... Enfin je sais pas vous vos expériences personnelles, mais il y a certains urgentistes qui sont bien contents de dire « tiens, toi tu le fais, toi t'es l'interne tu l'as jamais fait, allez démerde-toi! »

G: [en parlant de sa chef] « elle était super »

Pour certains internes, les seniors sont sollicités plutôt sur des questions techniques , que sur des questions affectives ou émotionnelles:

A: « c'est plus technique avec les chefs, plus que du ressenti »

D: « moi j'en ai jamais reparlé avec mes chefs et ils m'ont jamais demandé ça a été l'annonce ? Rien à faire »

G: « elle était super [...] elle m'a donné pleins de ressources bibliographiques pour répondre et un super article « mourir de faim; mourir de soif »

E: « moi j'en ai déjà reparlé avec des seniors le lendemain, on a rediscuté de la prise en charge... [...] j'avais pas réussi à anticiper le truc et puis du coup je voulais savoir s'il y avait pas une erreur de prise en charge. Et plusieurs fois aussi je trouve que c'est bien de debriefer un petit peu autour du décès avec des chefs qui ont plus d'expérience pour savoir... »

I: « C'est pas tellement le côté technique parce que pour le coup les informations étaient souvent expliquées par les chefs même s'ils étaient plutôt absents lorsqu'on les donnait à la famille. »

S: « Un chef il m'aurait apporté le théorique que tout le monde t'apporte. Il faut te blinder, il faut que t'arrives à te détacher»

&: « Et en fait quand je me suis engueulé avec elle au téléphone, mes chefs ils m'ont dit de toute façon médico-légalement tu as informé la mère , voilà c'est bien. »

B: « si ça dépend des chefs moi encore une fois j'ai eu de très bons chefs à Gien, donc celle dont je vous parlais qui m'avait dit bon il faut que tu lui dises qu'il va mourir. Ça peut paraître cru quand je le raconte comme ça mais ça m'a beaucoup apporté, j'y serais pas allé avec la même mentalité voir mon patient je pense ou la famille. »

On sollicite aussi des seniors extérieurs qui ne sont pas intervenus dans la situation pour bénéficier de leur expérience.

N: « les prats de med G , ceux qu'on a en stage de niveau 1 ou de SASPAS... certains qu'on voit comme référents.[...] pour bénéficier de leur expérience [...] certains maîtres de stage avec qui le courant était vraiment bien passé et que tu revois à droite à gauche. [...] voilà c'est juste un avis, un avis quoi d'une personne, mais des fois de bénéficier de l'expérience de nos anciens, tu vois je trouve qu'ils gèrent les problèmes un peu différemment ».

Parfois, les seniors sont considérés comme des « contre-ressources » quand il existe une différence de point de vue sur la prise en charge du patient:

M: « j'étais entre 2 chefs en fait, il y en avait un qui voulait tout faire pour la sauver « oui, on va changer les antibiotiques, on voit que ça marche pas que ça évolue pas, on lui met 15 L d'O2 au masque ... » et un autre chef qui était là « Houlà ! on est pas en train de faire de l'acharnement aussi »... »

K: « alors bonjour quand ils sont pas là au quotidien, que tu as les familles qui voient un chef un jour qui dit un tel truc et le lendemain c'est quelqu'un d'autre... »

N: « ma chef elle est passée derrière, elle a tout changé [...] ta chef elle a un DU de soins pal... et moi j'ai pas vu les choses comme ça... »

K: « et comme tu dis, on peut toujours s'appuyer sur le senior, mais on a pas le même vécu, on a pas la même perception des choses, on a pas la même façon, pas la même empathie, sur plein de choses ça peut différer donc on a ce côté tu dépends de quelqu'un, et tu es content d'un côté de pouvoir te cacher derrière lui et de te dire « non c'est pas moi je suis pas responsable je suis que interne », mais en même temps, ça n'empêche que tu as tes propres convictions, ton propre ressenti et du coup des fois oui, tu es pas tout à fait d'accord, tu aurais espéré un peu différemment, tu aurais espéré être un peu avec un autre senior, un autre chef et que ce soit différent ... »

b) Les équipes mobiles de soins palliatifs et la décision pluridisciplinaire.

Plusieurs groupes ont cité dans leur récit l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs. Celle-ci est intervenue dans différentes circonstances:

- Parfois, en cas de conflit de prise en charge entre médecins pour un patient

M: « on a demandé l'avis à l'équipe mobile de soins pals qui a dit « écoutez là, faut peut être arrêter quoi faut l'accompagner quoi, » on peut en effet on limite un peu sans dire on la laisse mourir quoi »

- Parfois lors de décisions difficiles à prendre:

X: « Au final, il a fallu qu'on prenne une décision collégiale avec l'équipe de soins palliatifs pour mettre en place juste une hydratation IV et la fin de l'alimentation orale et la fin de l'hydratation orale. »

M: « est-ce qu'on s'acharne pas ? mais ça a pas vraiment été pris en compte, c'est vraiment quand l'équipe mobile est passée que voilà »

- Pour expliquer une situation à la famille:

X: « Alors qu'est-ce qui était ressorti du discours, c'est que déjà on était plusieurs;.. Il y avait déjà le médecin de SP, qui était accompagné de son interne, j'étais moi-même présent accompagné du chef de service à ce moment-là, il y avait également une infirmière, la cadre de santé, donc on était au final 5 et la famille ils étaient 3, il y avait les 2 filles et le mari. »

Lors du 3ème focus groupe, les participants ont fait remarquer que souvent l'équipe mobile de soins palliatifs était appelée trop tardivement au cours des prises en charge problématiques.

Q: « il y avait l'équipe mobile de soins palliatifs qui était présente même si on a fait appel assez tardivement puisqu'on attendait désespérément l'AP [...] donc finalement l'équipe mobile de SP est intervenue même pas 3 jours avant la mort de la dame »

M: « après voilà, j'ai trouvé que peut être on a pas appelé assez rapidement à l'aide, voilà en se disant oui là il nous faut un avis extérieur »

K: « ils ont vraiment un regard différent et c'est vrai que le défaut c'est souvent qu'on les appelle effectivement trop tard quand nous-mêmes on a fait le deuil des soins actifs (N: hum) et que on se dit : bah là c'est bon mettez le paquet les gars et ils ont aussi un avis de consultant et ils le répètent souvent quand ils interviennent et c'est vrai que leur regard permet de trancher »

P: « la décision a été faite aussi suite à une concertation avec l'équipe mobile, quand c'est comme ça on se réunit, ça dure quelque temps et on en discute vraiment »

La prise en charge pluridisciplinaire est décrite comme une aide à la prise de décision. Elle permet aussi de faire accepter plus facilement les décisions médicales aux familles.

N: « il faut sûrement se réunir pour adopter une ligne de conduite au nom du service et de l'équipe entière et pas d'une personne [...] que tout le monde ait le même discours »

K: « même au niveau des familles qui peuvent être confrontées à différents soignants, différents statuts de personnel »

X: « Au final, il a fallu qu'on prenne une décision collégiale avec l'équipe de soins palliatifs »

X: « Alors qu'est-ce qui était ressorti du discours, c'est que déjà on était plusieurs [...] Est-ce que ça a joué ? Est-ce que pour aborder les questions de gravité il vaut mieux être plusieurs ? Le discours est de ce fait plus fort ? C'est peut être une solution »

@: « C'est sûr qu'en général, quand on leur explique que c'est une question difficile, qu'on a demandé des avis, et que finalement quand tout le monde a statué pour dire une chose, ça passe beaucoup mieux que quand c'est un médecin isolé qui dit que « bon là c'est dépassé » C'est important pour les gens qu'ils comprennent que c'est pas une décision prise à la va-vite sur un coin de table, mais que c'est une concertation. »

P: « Mais ils (l'équipe mobile de soins palliatifs) expliquaient bien à la famille c'est une décision médicale... Par exemple d'arrêter une dialyse, c'est une décision médicale. »

c) L'équipe paramédicale:

L'équipe infirmière est aussi souvent citée dans les focus groupes; elle participe à la prise de décision:

M: « les infirmières elles étaient outrées, elles en pouvaient plus, c'était terrible à chaque fois elles disaient « on ose même plus entrer dans la chambre tellement c'est angoissant », de voir cette dame au fond de son lit en train d'agoniser ... donc on avait des staffs deux fois par semaine et clairement on avait parlé d'elle tout le long du staff, les IDE elles étaient là : est-ce qu'on s'acharne pas? »

K: « moi je trouve que l'équipe on les écoute pas assez, parce que souvent ils ont quand même un regard assez juste par rapport à nous, et puis ils sont beaucoup plus au chevet des gens et tout ... »

P: « ils ont un train d'avance , ils les voient régulièrement; que nous on les voit que à la visite, et puis la famille leur dit des choses que nous on a pas ... »

N: « Je pense que c'est vraiment des personnes ressources dans ces cas-là. »

N: « ces personnes-là , d'emblée elles m'ont sollicité, moi j'étais de garde dans le WE... elles m'ont dit «N, là on fait vraiment n'importe quoi... » »

Elles sont aussi sollicitées pour partager le ressenti ou les émotions dans la prise en charge des patients:

E: « peut être juste d'échanger, de pas juste passer à un autre patient directement après. [...] pas juste les changements d'équipes qui tournent et qui finalement passent rapidement ... je trouve ça important d'en parler avec les gens qui ont côtoyé les mêmes personnes »

S: « j'ai eu besoin d'en parler [...]aux infirmières je sais pas pourquoi... elles m'ont accompagnée parce qu'on s'est accompagnées toutes les deux dans cette histoire... [...] je trouve que c'est les infirmières comme elles sont au premier plan dans les soins et ben elles ont , elles ont l'humanité que je recherchais à ce moment-là. »

Y a lui évoqué des difficultés avec les équipes paramédicales. Ces difficultés sont plutôt liées à un défaut d'acceptation de la conduite à tenir dans certaines prises en charge.

Y: «Les infirmières elles ont pas compris que c'était une dame qu'on pouvait pas sauver. Et tu sais c'est souvent les infirmières qui sont en gériatrie et qui pensent qu'elles sont en réanimation. [...] je trouve ça dommage que dans une équipe médicale, tout le monde ne soit pas dans le même point de vue, dans le même rapport professionnel».

3. L'expérience: c'est en forgeant qu'on devient forgeron.

La majorité des internes a souligné que c'est surtout la confrontation à ces situations qui leur a permis de progresser.

K: « il y a des choses aussi c'est du domaine de l'expérience, c'est du vécu et tu peux pas apprendre l'expérience sur le papier... »

T: «l'expérience que tu as après par la suite, ça te permet pas d'oublier mais de t'améliorer, de relativiser mais aussi de t'améliorer dans ta pratique future...parce qu'au final il y a aussi l'expérience qui entre en compte et on progresse au fur et à mesure que tu es confronté à ce genre d'annonce, à ce genre de cas... L'expérience compte beaucoup [...] mais ça tu t'en rends compte après, quand tu es au début, jeune interne c'est plus compliqué [...] tu as beau lire 15 000 bouquins si tu n'en fais pas...»

V: « et tu apprends de tes erreurs... »

X: « La gestion de l'échec est aiguisée par l'expérience qu'on acquiert au fil des années [...] Mais la gestion de l'échec est facilitée par l'expérience »

Bien que ces situations soient angoissantes, ils n'hésitent pas à s'y confronter.

D: « J'étais avec mon chef qui l'avait pas vu du tout, donc je me suis dit c'est à moi de le faire je vais pas me défilier... »

A: « Maintenant dès que j'ai un patient je fais comme toi, je reste sur ce patient , je peux en discuter avec des chefs mais je préfère ne pas me défilier derrière un chef , je reste avec cette personne et je trouve que c'est ça qui est important. »

B: « et puis c'est comme ça qu'on apprend aussi, c'est quand on est face au patient parce que... Bon après il y a l'observation du chef c'est intéressant quand même mais bon faut ... Faut passer à l'acte à un moment... »

N: « oui c'est quelque chose que tu apprends un peu par la force des choses je pense, enfin c'est en les expérimentant et en les faisant que ... »

Ils ont déjà tiré un enseignement de leur expérience qu'ils mettent en pratique:

- Gérer son temps différemment:

D: « moi je pense que ça m'a fait un peu réfléchir, parce que la deuxième annonce que j'ai faite quelques mois plus tard j'ai pris beaucoup plus de temps pour la patiente en fait ... »

- Préparer son annonce en anticipant les questions éventuelles:

A: « je pense c'est avec l'expérience qu'on arrive, surtout à annoncer quelque chose de grave,. Je pense ce qui est important après c'est d'arriver à un peu anticiper ce que la personne en face

de nous va nous poser comme questions; arriver à gérer les émotions de la personne et puis les nôtres quoi.. moi, la première annonce je me rappelle ça avait été un peu difficile, les deux, les fois après ça avait été ... Pas plus simple mais [...]J'avais un peu une longueur d'avance, histoire de pas me retrouver un peu sidéré devant une question euh... à laquelle j'aurais pas pu répondre »

- Gérer ses émotions:

I: « En fait je gère mieux mes émotions, mais voilà c'est parce que j'ai appris à les repérer, à les identifier et à les garder pour moi en fait, parce que ça sert à rien pour le patient en tout cas. »

- Préparer le patient à son diagnostic avant d'avoir une certitude histologique:

Q: « je dis que c'est possiblement un cancer ou très probablement selon l'imagerie ... mais euh ... oui beaucoup plus facilement... après voilà, avec le patient, je dis qu'il y a une image sur le scanner et suivant ce qu'il me demande je pousse plus loin ou pas »

- Prendre compte plus systématiquement de l'avis de l'équipe paramédicale:

N: « moi, pour moi c'est par exemple, l'équipe soignante. Tenir compte de leur avis parce qu'ils ont une autre vision et ils connaissent parfois le patient depuis plus longtemps et ils voient le patient au quotidien. Et puis prendre la décision à plusieurs si il y a une décision à prendre... »

- De voir le patient dans sa globalité et non plus que dans une problématique bio-médicale:

K: « moi je dirais plus aussi se centrer sur le patient parce que pour le coup j'étais tellement perdue dans ma problématique médicale, que finalement avec le recul, moi je regrette de pas plus avoir discuté avec lui, d'avoir échangé avec lui sur la situation et du coup le fait que j'ai été mal à l'aise j'ai pas osé les questions parce que j'avais peur de ne pas savoir répondre moi-même... Du coup maintenant j'ai beaucoup plus tendance à aller au devant et demander aux gens ce qu'ils veulent, ou qu'est ce qu'ils attendent, ou à quoi ils pensent ? Plutôt que de jouer aux devinettes « peut-être qu'il pense ça ou peut être un peu ça ... » d'être plus claire je dirais et plus directe dans les échanges avec le patient. »

4. L'échange autour des situations problématiques:

La plupart des participants expriment le besoin d'échanger autour des situations qui leur ont posé problème.

D: « oui c'est ce qu'on raconte le lendemain [...] des gens dont on a un peu envie de parler quoi. »

Cet échange s'effectue soit avec d'autres internes :

B: « les échanges entre nous, c'est toujours intéressant d'échanger, le debriefing de toutes les annonces qu'on a pu avoir ... Je sais pas j'ai l'impression que c'est comme ça qu'on acquiert une certaine compétence par la suite »

A: « Le partage d'expérience finalement je trouve les situations où on a été en difficulté finalement nos co-internes auraient probablement eu les mêmes difficultés. Souvent moi je me retrouve dans des situations qui sont décrites. »

I: « c'est plutôt juste après en fait; juste après un décès ou une annonce de maladie grave, on va en reparler je pense, à des co-internes... »

U: « bon et en parler à d'autres internes qui vont justement dire la même chose et donc pour toi ça fait du bien » - T: tu dis que t'es pas tout seul à ressentir...»

&: « forcément t'en discutes avec tes collègues »

Soit avec des personnes extérieures au travail: les conjoints surtout, qu'ils soient dans le médical

ou non; des amis...

A: « moi je parle, j'ai ma conjointe qui est sage femme »

B: « oui oui moi j'ai mon copain qui est ingénieur donc rien à voir »

I: « si les conjoints ça marche pas mal là-dessus même s'ils sont pas en médecine »

M: « il y a des soirs où je rentre à la maison, mon copain il voit que je suis un peu ... donc voilà, je lui raconte vite fait l'histoire et ça y est, je lui en ai parlé, il est au courant il se dit ah oui merde. »

K: « c'est dans ces moments-là je trouve que j'ai besoin justement d'avoir des échanges avec des personnes qui sont pas médecins pour me rappeler que la vie c'est pas que ça non plus »

S: « j'ai eu besoin d'en parler à mon copain... Parce que j'étais en pleurs »

X: « Moi je le fais, j'en parle à ma copine qui est infirmière du coup elle peut comprendre un peu plus que si elle était pas infirmière je veux dire »

Certains ne discutent pas du travail hors du contexte professionnel.

N: « moi je ramène jamais mes problèmes à la maison »

Y: « moi j'en parle pas »

L'objectif de ces échanges est multiple.

→L'acquisition de nouvelles compétences en s'aidant des expériences des autres:

D: « c'est des choses qui nous travaillent donc ça fait du bien d'en parler avec des gens qui comprennent ce que c'est, qui l'ont vécu eux-mêmes et qui ont des expériences soit différentes euh sur lesquelles on pourrait s'appuyer pour essayer de progresser, soit semblables et du coup on se soutient un peu en se disant on va y arriver, on va s'améliorer »

B: « les échanges entre nous, c'est toujours intéressant d'échanger, le debriefing de toutes les annonces qu'on a pu avoir ... Je sais pas j'ai l'impression que c'est comme ça qu'on acquiert une certaine compétence par la suite »

E: « Et plusieurs fois aussi je trouve que c'est bien de débriefer un petit peu autour du décès avec des chefs qui ont plus d'expérience pour savoir... »

A: « clairement ça s'apprend ... Moi je trouve c'est sur le tas ou en discutant avec des médecins. C'est pas ...En conf ou quoique ce soit qu'on apprend à gérer... C'est en discutant avec nos co-internes, avec nos potes... Enfin ... »

→Se rassurer car finalement beaucoup d'autres rencontrent les mêmes difficultés.

U: « bon et en parler à d'autres internes qui vont justement dire la même chose et donc pour toi ça fait du bien » - T: « tu dis que t'es pas tout seul à ressentir... »

C: « oui comme ça t'es pas tout seul dans ce que tu as fait. »

→Rechercher un soutien:

Y: « je pense c'est important d'en parler. Surtout si tu te sens pas à l'aise. Moi je trouve c'est bien d'en parler. Parce que quand tu parles en même temps au final quand tu es pas à l'aise ce que tu recherches c'est du soutien. » - &: « oui c'est ça. »

& : « non non c'est vrai, et ça fait du bien de pouvoir dire « purée tu sais pas ce qu'il m'est arrivé, c'était chaud... » rien que de te faire soutenir en disant « oui mais t'inquiètes pas tu as fait ça, ou ça c'était bien » juste d'entendre que tu es pas... »

→Passer à autre chose:

X: « je pense des fois c'est juste que tu as besoin d'utiliser des mots. Quand tu exposes une situation en en parlant, déjà tu l'éloignes de toi quelque part parce que tu la verbalises. »

B: « J'en parle pour raconter ma journée parce que c'était le truc important de ma journée par exemple. Oui c'est des choses qui affectent... »

C: « Histoire un peu de débriefer la journée et de pouvoir passer à autre chose »

L: « envie de clore un peu l'histoire » ? - E: « oui , oui, et de la partager.. pas juste les

changements d'équipes qui tournent et qui finalement passent rapidement ... je trouve ça important d'en parler avec les gens qui ont côtoyé les mêmes personnes »

M: *« Enfin je veux dire c'est juste décharger un peu et après c'est reparti quoi »*

→ Un besoin d'empathie:

M: *« Donc il comprend pas vraiment ce que je lui raconte mais il m'écoute... »*

K: *« effectivement même de se sentir écouté par des personnes qui le vivent ou qui le comprennent pas forcément ça fait toujours du bien quoi »*

T: *« des fois le fait d'en parler à quelqu'un qui n'est pas du tout dans le médical va t'apporter l'écoute que ne va pas forcément t'apporter quelqu'un qui est dans le médical. Qui va...avoir tendance à peut être renchérir, à apporter des choses, alors que quelqu'un qui n'est pas dans le médical va peut être t'écouter, te comprendre »*

Y: *« tu as besoin d'en parler pour à ton tour toi avoir besoin d'être réconforté entre guillemets »*

→ Pour aider à relativiser:

C: *« L'autre il peut te dire non mais c'est pas grave enfin voilà quoi... Un peu dédramatiser des situations qui sur le coup t'ont parues être ... Et en fait au final quand tu en reparles et que tu y re-réfléchis c'est peut-être pas si important que ça. »*

K: *« Tu te dis je vois des choses parfois dramatiques au boulot et tu arrives chez toi et tu retrouves tes petits problèmes « oh j'ai pas fait mon RSCA » et c'est dans ces moments-là je trouve que j'ai besoin justement d'avoir des échanges avec des personnes qui sont pas médecins pour me rappeler que la vie c'est pas que ça non plus »*

A noter, que les collègues sont plus sollicités pour le partage d'expérience, l'acquisition de nouveaux savoirs; alors que les personnes extérieures au monde professionnel sont plutôt sollicitées pour leur empathie.

S: *« hum c'est plus sincère (en parlant des discussions privées) moins mécanique, moins dans le scolaire »*

Un intervenant exprime même une certaine réticence à montrer ses sentiments dans le cadre professionnel, ce qu'un autre a l'air de sous-entendre aussi:

V: *« oui et puis tu es différent quand tu en parles à tes collègues de travail, où il faut pas que tu montres que... quand c'est ton copain, tu peux lui dire sans te dire il va me juger »*

X: *« je pense qu'il faut savoir être suffisamment humble pour partager ce fardeau des fois. »*

5. Le besoin de décompresser:

La question: « est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous aident à faire face à ce genre de situation ? » a été posée dans certains focus groupes.

Les réponses ont été diverses. En plus de partager avec d'autres ces situations, beaucoup ont eu besoin de se détendre:

T: *« j'ai fait un bowling le soir [...] ça fait du bien, j'ai gagné ! [...] oui il faut faire autre chose »*

W: *« j'ai fumé un coup [...] au final, oui se détendre, oublier ton boulot »*

U: *« oui boire des coups! »*

K: *« je pense qu'effectivement se retrouver avec des amis, de penser à autre chose, d'être dans un autre contexte. »*

K: *« ça fait du bien d'avoir d'autres choses; d'autres centres d'intérêts, d'autres loisirs, des activités en dehors du boulot qui participent à notre équilibre en temps qu'être humain quoi et*

... Qui font que tu peux peut-être être potentiellement un meilleur soignant.. ».

Plusieurs internes ont évoqué la méditation comme ressource pour gérer ces situations:

W: « faire un peu de méditation; j'ai fait que une séance, enfin j'ai fait deux sortes de méditation dans la séance, et la deuxième j'ai dormi... Donc oui, j'avais plutôt bien médité !! »

U: « moi j'en fait. »

V: « moi j'en fait un peu »

A noter, certaines réponses ont été données sur un ton humoristique

K: « mime le signe de boire, rire des autres »

S: « l'alcool ! »

T: « ça c'est pour oublier »

W: « les ansiolytiques ! »

T: « j'ai pris 2 xanax je peux te dire ça fait du bien ! »

S: « les amphets, la coc'... »

U: « ça, aller faire du sport, boire des coups... faire des recherches »

Bien que jamais évoqué directement, l'humour est souvent utilisé par les internes lors de l'évocation de ces situations. Malgré la gravité du thème, les focus groupes se sont plutôt déroulés dans une atmosphère détendue avec de nombreuses situations tournées en dérision, de l'humour noir etc ... :

→ En parlant de paroles réconfortantes qu'on peut avoir envie de dire à la famille lors du décès :

S:« elle a vécu machin lala » - U:« là 50 ans... » - W:« elle a encore de belles choses à vivre »

→ En parlant de « bourdes » faites dans ces situations, sous l'effet du stress :

W: « oui toi peut-être tu passes pour un con mais peut-être qu'eux ils ont trouvé ça super comme mot » - S: « bon courage avec l'enterrement » - W: « bon courage pour les formalités administratives ! »

→ En parlant de l'écoute de son copain qui n'est pas dans le médical :

S: « hum c'est plus sincère, (T: oui) moins mécanique, moins dans le scolaire » - W: « Il est chirurgien ? »

→ Après avoir fait remarquer que W faisait beaucoup d'humour :

T: « l'humour est une façade de toute façon, t'utilises l'humour... » - W: (faisant semblant de pleurer): « noon , je suis démasqué !!!! »

→ Après avoir demandé sur quelles ressources les internes s'appuyaient dans ces situations:

- W: « au féminin.com » - L: « quelles ressources vous ont aidés ? » - W: « doctissimo... Remarque ça pourrait... »

VI. Améliorer la pratique:

Pour beaucoup d'internes, l'expérience est l'élément le plus important dans ces situations difficiles.

K: « il y a des choses aussi, c'est du domaine de l'expérience, c'est du vécu et tu peux pas apprendre l'expérience sur le papier...il y a des choses malheureusement c'est comme ça on a beau avoir quelques armes pour essayer en pratique de gérer les choses au mieux, je vois difficilement, effectivement je pense c'est critiquable, je vois difficilement comment on pourrait améliorer encore les choses... A part rallonger les études, avec une durée d'observation, de

passer par tous les services... »

T: « de toute façon tout ce qui est communication... après l'entretien.. Après tu peux élargir, mais tout ce qui est entretien motivationnel ou autre, tu as beau lire 15 000 bouquins si tu n'en fais pas... »

Y: « parce que c'est vrai que dans les études que l'on fait c'est une formation... Je veux dire apprendre à le faire si tu veux il y a personne qui t'apprend à le faire. T'apprends tout seul en fait. »

X: « sans être mauvaise langue, il n' y a rien qui peut te préparer à ça [...] c'est une expérience de vie, [...] c'est valable pour tout , parce qu'on parle de l'humain. A partir du moment où tu penses qu'il y a des cours, qu'il y a des algorithmes, il y a des protocoles pour gérer l'humain tu considères en réalité que l'humain peut être géré par une machine, donc que le médecin peut être une machine ! Donc c'est impossible ça ! »

W évoque même comme une sorte de passage obligatoire:

W: « on est obligé de passer par là »

Les internes ayant été confrontés à ce genre de situations difficiles comme observateurs lors de leur externat trouvent cette expérience enrichissante. Bien que la position d'observateur ne soit pas toujours facile elle permet une première approche de ces situations avant d'y être confronté.

H: « moi j'avais fait une consult d'onco où on avait annoncé à une femme assez jeune un cancer du sein quand j'étais externe. Et c'est la première fois que je voyais quelqu'un pleurer devant moi . Et c'est bien que ça arrive avant l'internat parce que sinon être tout seul [...] là il y avait un chef qui répondait aux questions, moi j'étais derrière , mais je vous jure ça m'a fait trop bizarre de voir quelqu'un pleurer devant moi donc je pense que c'est pas mal de l'avoir déjà vu avant de devoir répondre aux questions... après c'est pas facile d'aller en consultation »

C: « Regarder une annonce c'est plus difficile je pense que quand tu y es t'es dans ton truc, tu cherches ce que tu as à dire , 'fin je pense c'est pas pareil.. ».

Ce que les internes recherchent, c'est surtout un apprentissage des techniques de communication.

K: « moi je dis toujours qu'au niveau communication je me sens un petit peu en reste... J'aurais bien aimé qu'il y ai plus de choses faites pour nous aider à communiquer... Nous, notre communication, mais aussi lire entre les lignes des patients... Parce que le côté sentir ce qu'il veut ou pas, moi personnellement je ne me sens pas aguerri là-dessus ... de déchiffrer le comportement des patients moi je me sens pas capable de dire ... [...] oui peut être plus de formations sur la communication c'est pareil ... c'est tellement abstrait je vois pas ce qui... J'ai du mal à voir ce qui pourrait être fait concrètement »

N: « oui c'est un peu pareil, je dirais c'est peut être encore avec les GEF et tout ça où on t'apprend un petit peu des petits trucs, tiens il y a tel livre que vous pouvez lire, des trucs comme ça ... C'est des petites astuces qui tout doucement arrivent à t'aider un peu... »

Ils sont conscients pour autant de la difficulté de réaliser des cours théoriques sur un sujet aussi abstrait que la communication. Pour eux, la pratique est primordiale.

K: « et j'ai fait l'entretien motivationnel hein mais ... ! mais voilà c'est encore une fois le contraste entre la théorie et la mise en application quand tu es tout seul dans ton cabinet »

R: « les techniques de communication, d'empathie, et tout si tu mets pas en pratique ça reste ... »

Certains internes interrogés avaient bénéficié au cours de leur cursus, d'une formation pratique en communication sous la forme de simulations d'annonces, filmées et suivies d'un débriefing.

D: « *hum, on avait des journées somatiques entre guillemets avec des vrais symptômes et une journée annonce.* » (Faculté de Nantes)

C: « *oui nous aussi on a fait des jeux de rôles comme ça, mais c'était pas aussi développé* » (Faculté de Tours)

J: « *pendant l'externat j'ai fait un jeu de rôle sur l'annonce d'une maladie grave dans le cadre d'un enseignement optionnel de la fac [...] on a l'impression que c'est la fac que c'est pour s'amuser mais en fait on se prend vachement rapidement au jeu et on en ressort quand même ... on garde quand même ..; quand c'est bien fait, bien encadré*» (Faculté d'Angers)

W: « *oui sur Angers il y en a beaucoup, à Angers ils ont tout un étage de l'hôpital où ils ont des caméras et tout* »

Dans les focus groupes où ces simulations ont été mentionnées, les autres internes ont paru intéressés par ce genre de formation.

B: « *non mais en effet j'avais vu en faisant des recherches que c'était un modèle qui fonctionnait pas mal et en effet ça à l'air intéressant* »

G: « *les simulations c'est une bonne idée je pense* »

W: « *une simulation, moi je vois que ça... Il y a que ça..* »

Certaines formations existantes sont appréciées des internes et méritent d'être développées pour profiter au plus grand nombre.

G: « *et puis pouvoir les débriefer via les RSCA ou par les consults, les groupes BALINT aussi, parler des situations compliquées. Il y a quand même des choses qui existent mais je pense qu'on peut aller plus loin pour ce type de situations* »

W: « *faut faire des groupes balint alors !* »

Discussion

I. Validité de l'étude.

Concernant l'échantillon étudié, nous avons recruté les internes sur la base du volontariat. Cette méthode de sélection entraîne un biais de recrutement non négligeable, d'autant plus sur ce sujet délicat qu'est l'abord de la fin de vie ou de la maladie grave. Nous pouvons supposer que les internes ayant répondu présents, sont ceux sensibilisés à ce sujet soit par des choix de carrière personnelle ou soit car ayant eux-mêmes des difficultés à aborder ces sujets. Ils souhaitent grâce aux focus groupes partager leur expérience. Cela est d'autant plus vrai pour les recrutements des focus groupes d'Orléans et de Tours. Comme nous l'avons vu dans la méthodologie, nous avons contacté l'ensemble des internes travaillant en libéral dans le 45 et le 37, et ceux travaillant à l'hôpital d'Orléans la Source ; pour les convier aux focus groupes (15 pour le 45, 21 pour le 37, et 20 pour le CHRO). Sur cette population, 4 sont venus pour le 45, 3 pour le 37 et 5 pour le CHRO (à noter que les 3 autres personnes venues dans le focus groupe du 37 ont été conviées par le bouche-à-oreille). Pour les focus groupes ayant eu lieu à Bourges au cours du GEF, 12 personnes sur les 30 participants au GEF ont participé. Pour ce focus groupe, plusieurs éléments ont facilité la mobilisation des internes : certains internes intéressés ont entraîné la participation de leurs amis qui eux ne seraient pas forcément venus initialement, le focus groupe a eu lieu juste après la formation et enfin nous avons prévenu les internes au cours du 1er GEF pour des sessions ayant lieu 15 jours après. A noter, que pour chaque focus groupe, la problématique de la date et de la proximité géographique s'est posée.

Concernant le recueil des données, l'ensemble des entretiens n'a pu être réalisé en présence d'un observateur pour des questions d'organisation. Il y a donc eu pour 4 entretiens sur 6, une possible perte d'information lors de la retranscription des données.

Concernant la méthodologie, comme nous l'évoquerons plus tard, certaines questions du guide d'entretien étaient maladroites. Nous avons donc dû au cours des focus groupes les expliciter. La méthode du focus groupe peut aussi entraîner un biais dans les informations recueillies par effet de soumission au groupe. L'avis de certains participants a pu influencer la parole d'autres internes. Après la réalisation des focus groupes, je pense que ce biais est négligeable : les internes ont désormais l'habitude, grâce à l'enseignement facultaire, de faire connaître librement leur opinion ; les focus groupes se sont déroulés dans une ambiance détendue et la parole était répartie de façon à ce que chacun puisse exprimer son avis, enfin, les « règles du jeu » du focus groupe étaient explicitées dès le début: toutes les opinions seront prises en compte et aucune ne sera jugée.

L'analyse par théorisation ancrée demande la simultanéité de la collecte et de l'analyse. Il aurait donc fallu après chaque entretien le retranscrire et l'analyser avant de faire le suivant. Pour des raisons pratiques nous n'avons pas pu appliquer cette méthode. Les résultats peuvent être faussés par les perceptions propres à l'investigateur.

II. Ressentis des internes lors de ces prises en charge.

Nos focus groupes débutaient par le récit des internes de situations vécues d'annonces ou de prises en charge difficiles. Tous les internes avaient des récits qui les ont touchés à partager.

Ces situations sont très souvent difficiles à gérer pour les internes, comme le montrent les nombreuses références à la complexité de ces situations. Leur ressenti était aussi variable que ces situations sont diverses. Tous prennent très au sérieux leur rôle de médecin et endossent la responsabilité d'annoncer à leurs patients. Ils n'hésitent pas à se confronter à l'annonce même si ces situations sont source d'angoisse. Cette nouvelle responsabilité est vécue avec une certaine appréhension de ne pas être à la hauteur.

La plupart des internes ne se sentaient pas préparés à affronter ce genre de situation. Certains se sont retrouvés démunis, notamment au début de l'internat. Amenés à gérer seuls et pour la première fois ces situations dans des contextes d'urgence ou lors d'une garde, ils tâtonnent, mobilisant un maximum leurs ressources internes. Ce tâtonnement et ce manque de connaissances et d'assurance dans ces prises en charge les laissent parfois insatisfaits.

Leur position d'interne est vécue de manière ambivalente. Ils assument leurs responsabilités en tant que professionnels en devenir mais sont aussi parfois soulagés de pouvoir passer la main.

Les internes sont bien conscients de l'importance de ces moments pour le patient et souhaitent que ces situations se passent le mieux possible. Ils éprouvent un certain malaise dans ces situations, qu'ils attribuent à la peur de faire du mal au patient en lui annonçant une nouvelle qu'il n'a pas envie d'entendre. Une des internes ayant une expérience en soins palliatifs, a analysé ce malaise et désormais endosse plus facilement ce rôle de « rapporteur » de la situation plutôt que de « messenger » de la mauvaise nouvelle.

Cette sensation de malaise se retrouve dans la bibliographie. 77% des internes interrogés dans le travail de Boespflug et al (10) disent vivre difficilement les situations de fin de vie. Dans l'étude de Dany et al (3) c'est 56,5% des internes qui n'ont pas été à l'aise dans les 3 dernières situations de soins palliatifs auxquelles ils ont été confrontés et 83,1% qui sont mal à l'aise lorsque la question de la mort est posée. Dans la thèse de J VIVIER (11), un tiers des médecins ne s'estiment pas compétents face à l'annonce d'une maladie grave. Dans le travail de J GROUILLE (4) c'est la totalité des internes et étudiants en médecine qui ont ressenti une souffrance ou un mal-être lors d'une prise en charge palliative.

III. Les difficultés exprimées par les internes:

Les difficultés ressenties par les internes sont multiples.

1. Des difficultés liées au manque de connaissances

Les internes ont déjà exprimé des difficultés d'ordre technique, liées à leur manque de connaissances dans les soins palliatifs et dans l'annonce. Quasi ignorants en début d'internat, ils se sentent dépassés par ces soins qui sont peu abordés lors du 2ème cycle des études médicales.

Cette absence de connaissances accentue leur malaise face à ces situations. Cette difficulté technique se retrouve dans la littérature : les répondants se sentent parfois incompetents (12–15) et limités dans leurs moyens lors des prises en charge de patients en fin de vie (13,15), notamment pour soulager les symptomes ultimes (10). Les connaissances finalement apprises par l'experience, à force de confrontations à ces prises en charge, leur apportent une certaine assurance et les rendent ensuite plus à l'aise face à ces situations.

2. Un manque de transmission des informations.

Ils ont aussi été mis en difficulté par le manque de transmission des informations, ce qui est dommageable dans ces prises en charge. Les informations échangées entre les différents acteurs de soins et le patient ou sa famille ne sont pas forcément retranscrites, et notamment concernant les volontés du patient dans le cadre de fin de vie par exemple. De par leur experience certains ont pris l'habitude de retranscrire dans le dossier tous les éléments se rapportant au patient, qui peuvent être de l'ordre de la discussion, du subjectif, du ressenti pour assurer une certaine continuité entre les différents professionnels. Ces difficultés sont aussi mises en avant dans la littérature, d'autant plus dans le cadre de la médecine générale (12–15).

3. Une prise en charge chronophage.

Les internes sont conscients que ces prises en charge sont très chronophages. Elles nécessitent de leur part une disponibilité temporelle qu'ils n'hésitent pas à prendre. D'après le Larousse, la disponibilité est le fait d'être libre de toute préoccupation pour pouvoir s'engager dans une activité. Cette disponibilité est un élément primordial pour eux et même lorsque le temps leur manque, ils essaient d'être disponibles, pour la famille ou le patient : pour leur vécu, pour pouvoir les écouter et faire preuve d'empathie. La question des annonces aux urgences a de ce fait beaucoup fait débat. Pour tous, le service des urgences n'est pas un lieu pour annoncer ; certains refusent de faire des annonces aux urgences et d'autres se sentent obligés de donner un minimum d'informations au patient même si les conditions idéales ne sont pas réunies. Plusieurs récits évoquent des situations vécues aux urgences et à chaque fois, les internes se sont rendus disponibles quand la situation le demandait. L'empathie demande une disponibilité en termes de temps mais aussi au niveau émotionnel.

4. La gestion des émotions

La gestion des émotions est un problème qui a été plusieurs fois évoqué au cours des focus groupes. Les émotions engendrées par ces prises en charge peuvent être source d'angoisse, voire de souffrance des soignants. De nombreux internes interrogés ont été démunis face aux émotions que peuvent engendrer ces prises en charge. Leurs émotions, mais aussi celles des patients ou de leur famille.

- Certains internes étaient mal à l'aise à l'idée de laisser transparaître leurs propres émotions et parfois inquiets de « craquer » dans des situations difficiles. Ceux-là sont critiques envers leurs propres émotions : non-professionnalisme, manque de respect, réaction inadaptée...
- D'autres jugent leurs émotions comme indissociables de leur pratique médicale car liées à leur humanité propre. Accepter sa condition humaine revient aussi à soigner avec son histoire, et

notamment ses deuils personnels, pouvant faire écho lors de prises en charge de patients en fin de vie (11,13). Ils intègrent donc leurs émotions et tentent avec l'expérience de les gérer au mieux pour leur propre bien-être et celui des patients. Notre travail rejoint ici la bibliographie quant à la difficulté de trouver sa place auprès du patient : à une distance nécessaire pour notre équilibre psychique et suffisante pour la qualité de la relation médecin-malade (11,12,16) . Cette disponibilité émotionnelle implique donc un relatif équilibre psychique de la part du soignant. - Enfin certains préfèrent aussi refuser d'accompagner des fins de vie afin de maintenir leur équilibre psychique (13).

Dans tous les cas, la rencontre et la confrontation avec la souffrance de l'autre est une véritable épreuve. Deux choix s'offrent aux soignants : soit l'éprouver et apprendre à la gérer par l'introspection ; soit la rejeter dans une sorte de déni par des attitudes de banalisation pouvant être source de souffrances pour le soignant et pour le patient.

De nombreux travaux sur les prises en charge palliatives ou de fins de vie soulignent aussi l'embarras des praticiens à gérer leurs émotions (10,14-19) . La culture occidentale et les études médicales, nous apprennent peu à écouter ce qu'il se passe à l'intérieur de nous-mêmes, et encore moins à le prendre en considération dans notre vie quotidienne. Les émotions qui nous assaillent dans les situations difficiles, sont le plus souvent refoulées, faute de savoir comment les aborder sans souffrir. Pour Sophie DURAND-VIEL, psychologue au CHRU de Besançon, notre éducation a fait de nous des « handicapés émotionnels ». Elle considère les émotions comme un des obstacles à la communication. Ses recherches l'ont amenée à envisager les émotions non pas comme des réactions problématiques qu'il faudrait gérer mais comme « des signaux d'alarme indispensables [...] pour s'ajuster à nous-mêmes et aux autres d'une manière extrêmement fine » (20). Mais pour pouvoir vivre en harmonie avec ses émotions, il faut apprendre à les décrypter, et pour cela Sophie DURAND-VIEL nous propose de laisser parler notre « intelligence émotionnelle ». Il s'agit d'une capacité à faire « clarté à l'intérieur de soi, au niveau de ses mouvements affectifs, en prenant la pleine responsabilité de ce qu'il se passe en soi » et en identifiant nos émotions et en quoi celles-ci nous renseignent. Nous vivons dans une culture où nous n'avons peu ou pas appris à nous écouter. Nos émotions sont trop souvent refoulées et peuvent venir nous envahir à des moments inopportuns. Regarder à l'intérieur de soi permet de faire le point sur ses ressentis, ses besoins, ses représentations et ses valeurs afin d'identifier clairement ce que l'on défend. Cela permet d'être plus clair dans nos arguments dans les situations complexes ou de conflit. Prendre en compte les émotions, c'est aussi comprendre celles des autres et améliorer son intelligence relationnelle. Cela permet de mieux identifier les besoins de l'autre, et à travers ses réactions, de prendre en compte sa réalité. C'est la base de la communication non violente développée par Marshall ROSENBERG (21).

5. La confrontation à la mort.

Ces situations sont aussi l'occasion pour les internes de se confronter à la mort. L'une des angoisses retrouvées dans la littérature est la peur de la mort elle-même (11-13,15) : celle du patient mais aussi celle du médecin. Quand la mort de son patient reflète au médecin l'angoisse de sa propre mort (14,18) . Lors de l'un des focus groupes nous avons pu développer cette question. Pour les participants, l'angoisse de la mort est « très culturelle ». P. ARIES, dans son « Essais sur l'histoire de la mort en occident » (22) parle de révolution de la mort, devenue honteuse à partir du début du 20ème siècle. Les mourants ont été exclus progressivement de la société par l'hospitalisation systématique des malades en fin de vie du fait d'une surmédicalisation de la mort. Plusieurs interventions dans le rapport SICARD se rapportent à cette esquisse de ce temps de la

mort (2): (*Le Havre*: « *La mort est méconnue : avant ça faisait partie de la vie, avant la mort était à la maison, avant c'était des veillées, des familles qui étaient autour et s'entraidaient et la présence des enfants. Aujourd'hui, vue avec l'allongement de l'espérance de vie, même des adultes de 50 ans n'ont pas connu la mort et le deuil.* ») Ce phénomène a contribué à préserver les individus de la confrontation avec une épreuve qui bien que douloureuse est nécessaire à l'élaboration de la représentation de la mort comme processus naturel inscrit dans la continuité de la vie (18). Certains internes sont conscients de ce phénomène de non-acceptation de la mort. Ils le ressentent au quotidien dans leur pratique et dans les demandes des familles, voire de certains soignants, de toujours aller plus loin dans les soins et les thérapeutiques. Certains internes ont accepté la mort comme inévitable et y ont d'ailleurs été très tôt confrontés dans leur enfance. Nous n'avons malheureusement pas pu aborder ce thème précis dans tous les groupes, mais l'analyse de la littérature met en avant des idées divergentes sur ce thème. Les étudiants en médecine, comme la société en général, acceptent parfois difficilement la mort. Une étude sur la confrontation des étudiants en médecine et la mort (23) retrouve que pour 75 % des étudiants cette confrontation est naturelle, elle est attendue pour 74% et violente pour 44%. 66% s'estiment non préparés et 78% mal à l'aise face à la mort. Les ¾ des répondants avaient anticipé cette confrontation avec la mort avant leurs études, mais 1/3 d'entre eux trouvent la situation plus difficile que ce qu'ils avaient imaginé. Face à la fin de vie, 49% ressentent un sentiment d'impuissance, 39 % considèrent qu'il s'agit d'une mission pour les soignants, 10% ressentent un sentiment d'échec. Ce sentiment d'échec, P. ARIES (22) l'attribue aux progrès de la médecine de l'après-guerre et à la modification du lieu du trépas: l'hôpital devient l'endroit où l'on lutte contre la mort, et paradoxalement c'est aussi le lieu où l'on meurt car les médecins ne réussissent pas à tout guérir.

6. Le sentiment d'échec face à la mort

Ce ressenti de la mort comme un échec, nous avons pu l'observer aussi au cours de nos focus groupes. A plusieurs reprises, nous avons pu débattre de la limitation des thérapeutiques et des soins chez des patients en fin de vie. Dans certains récits, une difficulté à accepter la fin de vie ou la mort transparaît (« *En fait comme moi j'avais eu du mal à me stopper aussi* »). Ils expriment dans certaines situations l'espoir que l'état clinique de leur patient s'améliore. Cet espoir est parfois en décalage avec la réalité de la situation (« *c'était difficile pour moi parce que personnellement j'avais l'espoir qu'il s'en sorte le monsieur et je me rendais pas compte en fait, que ça allait être si grave, et que ça allait si mal tourner en fait* »). Cet aveuglement les pousse parfois à être dans une démarche que l'on pourrait qualifier d'acharnement thérapeutique. Ils sont conscients de cet espoir parfois vain et de la difficulté à faire parfois « *le deuil des soins actifs* ». Comme dans la littérature, ils sont conscients de ce clivage dans l'esprit des soignants, des patients ou des familles, entre les soins curatifs et les soins palliatifs: « *Il y a une opposition entre les soignants curatifs et soignants palliatifs, avec la volonté des soignants curatifs de toujours donner espoir que la personne va s'en sortir, et du côté des soignants palliatifs, une autre démarche.* » (*Débat à Strasbourg – Rapport SICARD (2)*). Ce clivage est dû à la fois à ce refus de la mort, à la culture médicale curative (« *on a tellement de moyens techniques, que maintenant ça devient difficile de laisser une occasion aux gens de mourir.* ») et au mythe du sauveur qui embaume nos années de médecine (« *Les étudiants en médecine sont pour le moment formés à garder la vie, mais pas à accepter la finitude.* » (*Débat à Besançon- Rapport SICARD (2)*). Cette idée de la « *perte du sauveur* », certains l'ont acquise lors de leur internat; d'autres semblent l'avoir acceptée bien avant, souvent lors de confrontations avec la mort. Ils sont aussi confrontés à cette non-

acceptation de la mort de la part d'autres soignants: personnels paramédicaux, séniors... Du fait de leur position d'interne, ils sont aux premières loges concernant les soins des patients mais doivent parfois subir les décisions de leurs seniors. Ainsi dans plusieurs récits, la position des seniors sur une prise en charge divergeait de celle des internes. Parfois, cette prise en charge était ressentie comme relevant de l'acharnement thérapeutique, et les internes ne pouvaient que l'accomplir, impuissants. Souvent, c'est l'intervention d'un tiers (comme les équipes mobiles de soins palliatifs) qui permettait une réévaluation plus sereine de la situation. Cette équipe, nous le verrons plus bas, était souvent appelée trop tard au cours des prises en charge. Une interne a fait l'hypothèse que certains médecins voient en l'intervention des soins palliatifs un échec de leur prise en charge (« *mais pour le médecin qui voulait absolument sauver cette dame, si on peut dire, de les appeler c'était déjà une défaite ...* »). Pour d'autres internes, la fin de vie et la mort ne sont jamais considérées comme un échec (« *Et donc ce mot échec pour les SP me choque vachement* »). Pour eux, à l'inverse, la mort est parfois accueillie avec soulagement. Plusieurs internes avaient une formation orientée vers la médecine d'urgence. En travaillant en réanimation ils ont été confrontés à des « sauvetages » de patients qui doivent ensuite réapprendre à vivre avec de lourdes séquelles. Pour autant, dans notre société actuelle et avec les moyens thérapeutiques que nous avons, la décision de laisser nos patients quitter la vie plutôt que de les réanimer coûte que coûte est parfois difficile à prendre et demande une certaine expérience de la vie (« *C'est plus facile de réanimer quelqu'un, de le ramener en vie que de le laisser partir [...] parce qu'on a les moyens, mais moi je le ferais plus* »). Les internes sont conscients de ce phénomène de société et n'hésitent pas à faire preuve de franchise auprès des familles demandeuses de soins parfois jugés disproportionnés (« *Vous vous imaginez venir le voir en réanimation intubé - ventilé tous les jours ? Il ne parle pas ... voilà c'est ça, il est accroché à des machines... Est-ce que vous vous imaginez ça, avoir des tuyaux, voire des trucs... ça va être plus délétère pour vous que de le voir là en paix...* »). En réanimation certains internes ont aussi eu l'expérience inverse avec des familles regrettant des soins jugés ensuite trop invasifs (« *Ils te disent mais en fait là c'est trop, mais en fait il aurait mieux valu qu'il parte tranquille* »)

IV. Les ressources des internes:

1. L'enseignement facultaire théorique:

a) Le premier et le deuxième cycle des études médicales:

L'ensemble des participants à notre étude s'accordent à dire que l'enseignement théorique appris sur les bancs de la fac (1er et 2ème cycles des études médicale) n'est pas très aidant dans ces situations.

L'enseignement des soins palliatifs, de l'accompagnement et de la douleur est obligatoire au cours du 2eme cycle des études médicales depuis 1997. En 2000, le module 6 « Douleur, soins palliatifs, accompagnement » est créé et ses objectifs sont précisés en 2007 (24). Malgré cela, l'apprentissage des soins palliatifs reste très succinct et hétérogène en fonction des facultés. D'après le rapport SICARD, le nombre d'heures qui leur sont consacrées varie entre 2 et 35h d'enseignement au cours du 2ème cycle des études médicales (2). Ce manque d'engouement pour les soins palliatifs s'explique en partie par l'enseignement de la médecine, encore aujourd'hui enseignée selon une « culture curative » prédominante. On peut remarquer que les spécialités

médicales les plus prestigieuses sont celles où l'on meurt le moins (24). Les médecines étiquetées comme « palliatives » ont peu ou pas de reconnaissance universitaire, une formation lors des études très faible et une évaluation et une formation continue des médecins quasi absente (2). Cet aspect de la médecine tend à évoluer par la sensibilité plus importante des nouvelles générations aux soins palliatifs, à l'évolution de la société qui souhaite une médecine plus humaine et un souhait exprimé les patients de se réapproprier leur fin de vie. En effet, ces dernières décennies, l'apparition des soins palliatifs, et la modification de la relation médecin-malade tendent à redonner le pouvoir au malade et à sa famille, notamment en fin de vie (Lois Léonetti et Claeys-Léonetti). Le désir des patients de mourir chez eux, redonne sa place au généraliste, comme assistant du mourant, qu'il occupait à la fin du XIX^{ème} siècle. Pour P. ARIES, une nouvelle page de l'attitude des hommes devant la mort s'ouvre: va t'on revenir comme au XIX^{ème} avec un retour des rituels et des deuils permettant une meilleure acceptation de la mort dans la société, ou poursuivre sur une médicalisation de la mort selon les désirs de chacun à travers les directives anticipées ? (22).

Les internes ont mis en avant le manque de connaissances théoriques qu'ils avaient dans ces situations. Ils étaient demandeurs de connaissances: en pharmacologie (*«j'étais souvent un peu perdu [...] qu'est-ce que j'avais à disposition comme médicaments... Bon on n'avait pas beaucoup de médicaments; deux en fait: la morphine et l'hypnovel »*), mais aussi en physiologie, notamment pour répondre aux questions des familles sur les ressentis des patients lors de l'arrêt de l'alimentation ou de l'hydratation. Cette absence de connaissances, pourtant basiques, renforce encore le malaise des internes dans ces situations déjà difficiles. Finalement, ils étaient en demande de compétences (Que fait-on ? Pourquoi ? Et comment ?) pour pouvoir faire preuve de professionnalisme dans ces prises en charge.

Ils se sont aussi retrouvés démunis en termes de communication. Face à la détresse, ou pour aborder des sujets aussi graves, les internes regrettent de ne pas avoir plus de capacités en communication (*« c'est que tu sais pas comment faire donc tu as l'impression d'improviser en fait ! »*). Ils ironisent sur les quelques mots-clefs qu'ils ont appris au cours de leur internat *« Jamais dans le couloir »*, *« on aurait dû s'asseoir »* qui sont en fait des bases de communication. Ceux-ci sont parfois revenus en flash chez certains internes dans des moments d'urgences, et leur ont fait modifier leur façon de faire: *« je me souviens d'avoir vu écrit : « pas d'annonce dans les couloirs », donc je me suis dit, je ne vais pas lui dire dans le couloir. Je pense c'est la seule chose qui m'est vraiment revenue : on va le mettre dans un box»*. L'ennui, c'est que ces notions sont noyées au cœur d'un enseignement théorique orienté pour les ECN; elles ne sont donc pas suffisamment repérées par les étudiants comme des notions de base de communication.

Certains internes avaient bénéficié au cours du 2^{ème} cycle des études médicales d'une formation plus pratique par des simulations sur l'annonce de la maladie grave. La simulation dans l'apprentissage des professionnels de santé connaît un grand essor depuis une dizaine d'années, sous l'influence Nord-Américaine (25). Portées par une réflexion éthique *« jamais la première fois sur le patient »*, ces simulations sont beaucoup utilisées pour l'apprentissage des actes techniques. L'acquisition des techniques de communication peut aussi se faire par des simulations avec des patients standardisés. Dans le cadre de l'apprentissage de la relation médecin – malade, le jeu de rôle est une technique de simulation de plus en plus utilisée. Le jeu de rôle consiste en une mise en scène de situations problématiques impliquant des personnages ayant un rôle donné (26). L'objectif premier est l'autoscopie, c'est à dire la découverte de son propre comportement et l'entraînement actif à de nouveaux comportements. L'apprenant doit faire face à des situations complexes, qu'il a ou qu'il peut rencontrer dans sa

pratique, et peut faire des erreurs « sans conséquences » pour le patient. Il apprend à développer ses capacités d'interaction et à prendre du recul par rapport à ses propres réactions, attitudes, comportements et émotions. La vidéoscopie est un outil précieux car il permet à chacun une auto-évaluation, mais aussi l'observation de sa communication non verbale souvent peu conscientisée. La plupart des acteurs interrogés dans la thèse de CC DELACOUR (27) ont apprécié de pouvoir étudier leur attitude et leur gestuelle au moyen de la vidéo. Le langage du corps n'est pas une donnée réellement maîtrisable de la communication, mais y être sensibilisé est important. Comme tout exercice il présente ses limites. Dans notre travail deux limites ont été évoquées: la première liée à la motivation des étudiants: (*« on pourrait être mieux formés avec des trucs de jeux de rôle mais rien que quand on nous propose des jeux de rôle là on tire la tête »*). En effet, les jeux de rôle demandent une implication importante et essentielle de la part des étudiants pour qu'ils soient utiles à leur apprentissage. Il s'agit d'un exercice qui ne peut pas convenir à tous les étudiants. A travers le rôle qu'il joue, l'apprenant se dévoile et s'expose à la critique. La perspective d'être jugé sur sa pratique et sur son attitude peut induire une crainte chez les étudiants (27). Celle-ci est soutenue par l'habitude qu'ont les apprenants d'une forme de pédagogie basée sur la sanction et la réprimande plutôt que sur les encouragements et les remarques positives. Les études médicales sont faites de façon à inculquer une extrême compétitivité entre les étudiants, les poussant à se considérer comme rivaux même quand il n'y a pas d'enjeu sélectif. La deuxième limite évoquée est liée à l'organisation du jeu de rôle, qui elle, nécessite un investissement majeur de la part des intervenants (*« on a l'impression que c'est la fac, que c'est pour s'amuser, mais en fait on se prend vachement rapidement au jeu et on en ressort quand même ... on garde quand même ..; quand c'est bien fait bien encadré »*). Dans la thèse de CC DELACOUR (27), les internes pouvaient être méfiants après des expériences de séances de jeux de rôle mal organisées : scènes peu préparées, débriefings trop courts ou non constructifs. C'est aussi ce qu'a observé Gilles GIRARD, et qui a motivé la rédaction de son article *« Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage »* (28).

L'impact du jeu de rôle sur les compétences des internes est réel. Dans notre thèse, les internes ayant pu participer à ce type d'enseignement en avaient apprécié les modalités et le recommandaient dans l'apprentissage de la relation médecin-patient. Ces quelques notions de communication et une première approche de situations complexes leur avaient été utiles par la suite. Dans la thèse de CC DELACOUR; tous les participants ont repensé au jeu de rôle, dans les jours qui ont suivi et nombre d'entre eux ont modifié au moins un élément lors d'au moins une consultation.

b) Le troisième cycle des études médicales.

Pour la majorité des internes, l'apprentissage de la gestion de ces situations difficiles se fait pendant l'internat. Deux aspects sont aidants au cours de l'internat.

Tout d'abord au niveau pratique: les stages hospitaliers ou en libéral mettent régulièrement les internes en situation difficile. Ces derniers sont souvent en première ligne dans les soins et dans l'annonce; les nombreuses situations rapportées lors des focus groupes en témoignent. Les internes n'hésitent pas à se confronter à ces situations même si elles sont source d'angoisse. Ils l'expliquent déjà par leur conscience professionnelle: ils souhaitent traiter les dossiers de leurs patients en totalité, pour le meilleur et pour le pire (*« Maintenant dès que j'ai un patient, je fais comme toi, je reste sur ce patient, je peux en discuter avec des chefs mais je préfère ne pas me défiler derrière un chef, je reste avec cette personne et je trouve que c'est ça qui est important. »*). Ils assument cette responsabilité comme inhérente à leur rôle d'interne et refusent de se défiler

dans ces situations délicates. Ces confrontations à répétition sont un moyen d'apprentissage par l'expérience (« *il y a des choses aussi c'est du domaine de l'expérience, c'est du vécu et tu ne peux pas apprendre l'expérience sur le papier...* »). Pour les internes, cette confrontation est inévitable et nécessaire à leur apprentissage. Certains la considèrent même comme le seul moyen d'apprendre à gérer ces situations.

Ensuite, l'enseignement théorique par la faculté participe à cet apprentissage. La plupart des internes interrogés avaient écrit un récit ou une trace d'apprentissage sur les situations qu'ils ont rapportées lors des focus groupes. Cette méthode d'enseignement par le partage de récits est très plébiscitée par les internes. Dans les situations qui nous intéressent, plusieurs objectifs sont visés à travers ces récits :

- le partage d'expériences avec les autres internes est très apprécié des internes. Il permet déjà un apprentissage de techniques de communication ou de soins en profitant de l'expérience d'autres soignants.

- C'est l'occasion pour eux de prendre conscience que la difficulté qu'ils ont à gérer ces situations est ressentie par d'autres et que tous ont fait face aux mêmes doutes, aux mêmes questionnements (« *tu dis que t'es pas tout seul à ressentir...* »).

- La recherche d'empathie de la part des collègues est aussi évoquée dans certains récits : (« *oui c'est clair, de vider son sac, d'entendre des gens qui traversent la même chose, se dire qu'on a fait comme on a pu et que les autres auraient pas fait forcément mieux ...* »)

- Écrire des RSCA permet de se lancer dans une démarche réflexive et de trouver des solutions concrètes à des problématiques rencontrées, même si parfois, les questionnements sont superficiels, dictés par les attentes pédagogiques.

Les GEF et les groupes de pratiques permettent aux internes de s'initier à cette pédagogie par le récit et l'échange d'expériences. Celle-ci peut ensuite s'inscrire dans leur formation continue à travers les groupes de pairs ou les groupes BALINT.

2. Les ressources humaines.

a) Les seniors.

Les seniors occupent une place particulière dans les récits des internes. Tantôt perçus comme aidants, tantôt comme contre-productifs, les internes ont appris à poser un regard critique sur leurs aînés.

Pour les internes, les seniors ont surtout un rôle de coach. Ils apprécient leur présence en soutien mais comme nous l'avons vu, ils tiennent à occuper les premières lignes dans la prise en charge de leurs patients. Dans les récits, ils sont donc sollicités pour un avis, voire une simple approbation sur la prise en charge en cours. Les internes attendent d'eux une expertise qui est autant basée sur leurs connaissances théoriques que sur leurs expériences personnelles. Cette expertise fait partie de l'enseignement clinique dont peuvent bénéficier les internes de la part de leurs aînés. Dans notre travail, l'expérience a été citée de nombreuses fois comme une ressource indispensable, voire unique pour certains, dans l'apprentissage de la communication. Cette expérience peut être la nôtre, mais aussi celle d'autrui: co-internes, superviseurs... Certains internes ont ainsi gardé contact avec des seniors qu'ils ont croisés au cours de leur internat et qui constituent pour eux un modèle en termes d'exercice de la médecine (« *certains maîtres de stage avec qui le courant était vraiment bien passé et que tu revois à droite à gauche. [...] voilà c'est juste un avis, un avis quoi d'une personne, mais des fois de bénéficier de l'expérience de nos anciens, tu*

vois je trouve qu'ils gèrent les problèmes un peu différemment»). Ce rôle de modèle, ou « modèle de rôle » est une entité pédagogique à part entière. Il est défini par le collège des médecins du Québec comme une « personne qui, par son attitude et son comportement, exerce une influence sur l'apprenant, notamment dans le développement de ses compétences, dans l'expression de son professionnalisme et dans sa manière de concevoir l'exercice de la médecine dans les différentes spécialités au Québec»(29). Selon la théorie de l'apprentissage social, l'observation de ces modèles joue un rôle déterminant dans l'acquisition des connaissances, habiletés et attitudes professionnelles. Nous avons tous en mémoire un médecin modèle de rôle qui nous a un jour inspiré pour son savoir ou son humanité. Pour autant, la plupart du temps, cet exercice du modèle de rôle se réalise de manière inconsciente ou implicite de la part du clinicien enseignant (30). En agissant ainsi, les cliniciens enseignants peuvent difficilement expliquer aux étudiants les processus cognitifs et les stratégies d'actions qu'ils emploient dans leur pratique quotidienne. Ils privent ainsi leurs étudiants de savoirs ou d'expériences qu'ils détiennent (parfois de façon inconsciente), et qu'on ne trouve pas dans les apprentissages théoriques. Pour autant, les internes ont bien repéré ce potentiel rôle de modèle de leurs seniors. Ils savent reconnaître parmi eux des modèles de rôles positifs; défini d'après CÔTE et al comme « une personne représentant une source d'inspiration et d'émulation en raison de sa manière d'être et de faire au plan professionnel » (31) mais aussi des contre-modèles (ceux à qui on ne veut pas ressembler). CHAMBERLAND définit un bon modèle rôle comme quelqu'un qui exerce sur l'apprentissage des étudiants une influence à la fois significative et conforme aux compétences finales visées(30). Pour les étudiants, trois points ressortent des enquêtes réalisées pour cibler les caractéristiques d'un bon modèle de rôle:

- l'expertise clinique: capacité à développer un raisonnement clinique performant dans des situations habituelles mais aussi difficiles; des habiletés techniques et des compétences pour communiquer et interagir avec les patients et leur famille.
- l'habileté d'enseignant: la pédagogie centrée sur l'apprenant est plébiscitée; en l'impliquant activement et de façon non menaçante dans son apprentissage. Il s'agit aussi de savoir communiquer de façon efficace avec l'étudiant, lui donner un feedback spécifique et en profondeur, et savoir expliquer les sujets difficiles. La relation médecin-patient a aussi une place particulière dans leur enseignement.
- les qualités personnelles: sont appréciées l'intégrité, la compassion, le souci des autres, l'enthousiasme par rapport à la profession médicale et à l'enseignement, l'engagement vers l'excellence et le développement.

Il n'existe donc pas un modèle de rôle mais de multiples modèles possibles. Cette diversité est primordiale à respecter. Il est important que les étudiants soient en contact avec différents modèles de rôle pour développer progressivement leur propre « personnalité » de praticien. L'exercice de la médecine est très varié, et la manière de la pratiquer encore plus. Nous l'avons vu dans notre étude à travers le seul exemple de l'empathie (« *Après tu as les bases, mais même avec ces bases-là [...] tu fais de l'empathie comme tu es dans la vie et on est tous empathiques de manières différentes* »).

Toutes les problématiques qui se posent aux internes ne sont pas abordées avec les seniors. Les internes reconnaissent plus souvent aborder les difficultés d'ordre technique que celles touchant à la relation ou aux émotions avec leurs seniors (« *c'est plus technique avec les chefs, plus que du ressenti* »). Finalement, ce rôle de coach se limite aux connaissances que peuvent leur apporter les seniors, ils n'ont pas un rôle de soutien dans certaines prises en charge difficiles (« *Un chef il m'aurait apporté le théorique que tout le monde t'apporte. Il faut te blinder, il faut que tu arrives à te détacher* »). Plusieurs explications peuvent être évoquées. La première est liée à la nature même de ces difficultés, qui touchent à la relation et aux émotions. Ces aspects sont

sources de souffrances pour les internes et sont donc difficiles à aborder. Ensuite, ces difficultés sont parfois ressenties par les internes comme une faiblesse de leur part. Celle-ci n'est pas forcément appréciée sur le plan professionnel (« *mais ta sensibilité elle n'est pas toujours... C'est pas toujours quelque chose de positif dans le professionnel* »). Elle peut être l'objet d'un jugement de la part des collègues (« *tu es différent quand tu en parles à tes collègues de travail, où il ne faut pas que tu la montres, alors que quand c'est ton copain, tu peux lui dire sans te dire il va me juger* »). Enfin ce jugement est d'autant plus redouté s'il provient d'un supérieur hiérarchique.

Entre étudiants et professionnels en devenir, les internes se retrouvent parfois pris entre deux feux : la volonté du senior et leur propre avis concernant les prises en charge (« *ma chef elle est passée derrière, elle a tout changé [...] ta chef elle a un DU de soins pal... et moi je n'ai pas vu les choses comme ça...* »). Ils doivent parfois même faire face à des divergences d'opinion entre deux seniors (« *alors bonjour quand ils ne sont pas là au quotidien, que tu as les familles qui voient un chef un jour qui dit un tel truc et le lendemain c'est quelqu'un d'autre...* »). Ces situations sont vécues avec angoisse et impuissance par les internes. Ils sont parfois en proie à un conflit intérieur entre la sécurité d'avoir un senior qui prend les décisions et qui en est responsable dans l'absolu et leurs propres convictions qui sont parfois en opposition avec la prise en charge décidée (« *donc on a ce côté tu dépends de quelqu'un, et tu es content d'un côté de pouvoir te cacher derrière lui et de te dire « non c'est pas moi je suis pas responsable je ne suis qu'interne », mais en même temps, ça n'empêche que tu as tes propres convictions, ton propre ressenti et du coup des fois oui tu es pas tout à fait d'accord, tu aurais espéré un peu différemment, tu aurais espéré être un peu avec un autre senior, un autre chef et que ce soit différent ...* »).

Les internes interrogés dans les focus groupes ont su apporter un regard critique sur leurs seniors. Ils savent reconnaître parmi leurs aînés ceux qui peuvent leur apprendre des choses, ceux sur qui ils peuvent compter en cas de besoin, ceux qu'ils préfèrent éviter dans certaines prises en charge, ceux qui seraient ravis de les laisser se débrouiller (« *tiens, toi tu le fais, toi t'es l'interne tu l'as jamais fait, allez démerdes-toi!* ») et les contre-modèles. Pour autant, leur discours reste très respectueux et ils n'ont pas abordé certaines annonces bâclées dont ils ont pu être témoins au cours de leur pratique comme on en entend beaucoup dans les couloirs de l'internat. Cela peut s'expliquer par le format du focus groupe qui ne se prête pas autant aux confidences que des groupes de pairs ou des entretiens individuels.

b) L'équipe paramédicale.

Les membres de l'équipe paramédicale sont l'une des ressources humaines citées par les internes lors des focus groupes. Lorsque nous parlons d'équipe paramédicale, nous incluons dans ce terme l'ensemble des personnes qui gravitent autour des patients lors de leur séjour à l'hôpital. Il s'agit donc des infirmières, des aides-soignantes, des agents de service hospitalier, des psychologues, des secrétaires médicales...

Globalement, les internes trouvent une aide précieuse auprès des équipes paramédicales. Ils sont sensibilisés à l'importance d'écouter et de prendre en compte leurs ressentis lors des prises en charge difficiles. En effet, elles sont les plus proches et les plus présentes auprès du patient et de sa famille et sont donc souvent témoins de souffrances, de confidences ou de demandes de la part du patient (« *ils ont un train d'avance, ils les voient régulièrement; alors que nous on ne les voit qu'à la visite, et puis la famille leur dit des choses que nous on a pas ...* »). Leur avis est apprécié et notamment lors des concertations pluridisciplinaires auxquelles plusieurs internes ont

pu assister. Elles ont parfois un regard critique sévère et juste, permettant parfois aux médecins de revoir leurs objectifs de prise en charge, notamment lors de situations où l'on frôle l'obstination déraisonnable (« *les infirmières elles étaient outrées, elles en pouvaient plus, c'était terrible à chaque fois elles disaient « on ose même plus entrer dans la chambre tellement c'est angoissant », de voir cette dame au fond de son lit en train d'agoniser ... donc on avait des staffs deux fois par semaine et clairement on avait parlé d'elle tout le long du staff, les IDE elles étaient là : est-ce qu'on s'acharne pas? »* »).

Parfois, la collaboration avec l'équipe est plus ardue. Comme dans toute équipe, il peut il y avoir des tensions et d'autant plus dans ces situations difficiles. La plupart du temps, à l'origine de ces tensions se trouve un défaut de communication ou alors une souffrance qui n'a pas su s'exprimer. Un interne a relaté une situation où les infirmières n'ont pas compris une limitation des soins (« *Les infirmières elles ont pas compris que c'était une dame qu'on ne pouvait pas sauver. Et tu sais c'est souvent les infirmières qui sont en gériatrie et qui pensent qu'elles sont en réanimation. [...] je trouve ça dommage que dans une équipe médicale, tout le monde ne soit pas dans le même point de vue, dans le même rapport professionnel* »). Nous avons vu plus haut, la difficulté qu'ont certains médecins à accepter le décès de leur patient, notamment car ils considèrent la mort comme un échec. Les membres des équipes paramédicales, comme tous les soignants, peuvent parfois être mis en souffrance face à une fin de vie pour des raisons diverses, personnelles ou professionnelles. Parfois cette souffrance s'exprime par une divergence d'opinions sur les prises en charge. L'important est encore ici de savoir repérer cette souffrance et de communiquer autour lors des staffs ou dans des entretiens individuels pour harmoniser la prise en charge autour du patient, et ainsi afficher une équipe soudée par un projet de soins commun au lit du malade.

Enfin, l'équipe paramédicale est aussi sollicitée comme soutien auprès des internes lors des situations difficiles. Si le senior prend le rôle du coach, les paramédicaux sont souvent l'épaule sur laquelle nous cherchons du réconfort et une oreille bienveillante quand les émotions nous submergent (« *j'ai eu besoin d'en parler [...]aux infirmières je sais pas pourquoi... elles m'ont accompagnée parce qu'on s'est accompagnées toutes les deux dans cette histoire... [...] je trouve que c'est les infirmières, comme elles sont au premier plan dans les soins et ben elles ont, elles ont l'humanité que je recherchais à ce moment là.* »). Elles sont sensibilisées à la souffrance des autres de part leur rôle de soignantes en première ligne. Certaines ont développé une disponibilité et une empathie qui nous invite à nous confier à elles lorsque le besoin de verbaliser notre souffrance se fait sentir.

c) L'équipe mobile de soins palliatifs.

Les équipes mobiles de soins palliatifs ont souvent été citées comme intervenants dans les récits des internes. Elles sont considérées comme un aiguillon réflexif dans les prises en charge difficiles. Leur rôle est multiple: simple consultant, accompagnant lors d'annonces difficiles ou conciliateur lors d'avis divergents sur des prises en charge.

Une réflexion intéressante a été faite lors d'un focus groupe sur le moment où cette équipe est appelée dans les services. Plusieurs internes s'accordent à dire que l'équipe mobile de soins palliatifs est souvent appelée tard au cours des prises en charge et parfois elle intervient même à peine quelques jours avant le décès du patient (« *il y avait l'équipe mobile de soins palliatifs qui était présente même si on a fait appel assez tardivement puisqu'on attendait désespérément l'AP* »).

[...] donc finalement l'équipe mobile de SP est intervenue même pas 3 jours avant la mort de la dame ». Une explication plausible donnée par une interne, est que finalement cette équipe est souvent appelée en dernier recours, « quand nous-mêmes on a fait le deuil des soins actifs ». Cette explication rejoint la réflexion que nous avons développée plus haut, sur la difficulté pour certains soignants d'accepter la mort et la fin de vie. Pour certains soignants, faire appel à cette équipe de soins palliatifs est comme une reconnaissance de l'échec de leur prise en charge curative. Encore une fois, on observe cette dichotomie entre palliatif et curatif plutôt qu'un soin unique adapté et évolutif autour du patient.

Certains internes ont pu travailler en collaboration proche ou au sein même d'une équipe de soins palliatifs. Leurs réflexions autour de ces questions difficiles montre une certaine sérénité à faire face à l'annonce, à la mort et à la souffrance. (« moi je pense que ce qui est dur dans les consultations d'annonce c'est que tu as l'impression que tu vas faire mal aux gens. Tu vas leur annoncer un truc qu'ils ne veulent pas entendre et que en gros tu vas être responsable de leur douleur. Et à partir du moment où tu te dis que la maladie elle évoluera quoiqu'il arrive c'est qu' à présent tu fais juste une description... Que tu n'es pas responsable du malheur que tu leur expliques... Enfin je trouve que c'est ça qui est dur quand on en a jamais fait et tout et qu'après ou c'est ... C'est pas plus compliqué que dire autre chose dans le vocable utilisé ou quoique ce soit, il faut pas se rendre responsable ou quoi. »). C'est aussi ce que résume cet extrait d'un roman d'Eric Emmanuel SCHMITT (Oscar et la dame rose) « Ce n'est pas de votre faute si vous êtes obligés d'annoncer des mauvaises nouvelles aux gens, des maladies aux noms latins et des guérisons impossibles. Faut vous détendre. Faut vous décontracter. Vous n'êtes pas Dieu le Père. Ce n'est pas vous qui commandez à la nature. Vous êtes juste le réparateur. Faut lever le pied [...] relâcher la pression et pas vous donner trop d'importance, sinon vous n'allez pas pouvoir continuer ce métier longtemps. ». Les deux internes ayant fait un stage en soins palliatifs ne souhaitent pas ensuite faire carrière dans ce domaine. Dans la littérature, les étudiants en DESC de soins palliatifs expliquaient que la difficulté à être confronté de façon répétée à ces situations les faisaient s'interroger sur leurs capacités à pouvoir exercer en soins palliatifs sur l'ensemble de leur carrière (32). Ces confrontations répétées ont entraîné chez une interne, une sorte d'émoussement affectif et un état d'esprit particulier dans lequel elle se trouvait au cours de son stage, dont elle n'a pris conscience que quand elle a changé de service. (« quand j'étais en palliatif là, c'était tellement à la chaîne en fait, le côté j'avais trois décès... Je m'en rendais plus compte ... ça m'a même fait peur à un moment ça ne me touchait même plus... Mais je pense que j'étais quand même bizarre parce que j'ai ressenti après ... une fois que je n'étais plus dans le stage que je me sentais beaucoup mieux, j'étais plus détendue »).

d) La décision collégiale.

Les démarches collectives de réflexion sont des ressources importantes pour les internes. Toutes sont intéressantes avec leurs singularités, chacune avec leurs avantages et leurs inconvénients. Les notions de collégialité et de décision pluridisciplinaire tiennent à cœur aux internes. Ils sont bien conscients que dans ces situations, il n'est plus question de prendre une décision seul, de son côté. Ils apprécient les staffs et autres réunions de concertations pour discuter et recueillir l'ensemble des avis et des ressentis afin de prendre une décision qui paraisse la plus acceptable pour l'ensemble de l'équipe (« il faut sûrement se réunir pour adopter une ligne de conduite au nom du service et de l'équipe entière et pas d'une personne [...] que tout le monde ait le même discours »). Cette notion, importante à leurs yeux, a souvent été évoquée dans les focus groupes et est en parfait accord avec les recommandations actuelles en terme de prise en

charge palliative. Nous pouvons faire l'hypothèse que les internes semblent plus sensibilisés que leurs aînés, du fait de leur formation facultaire qui aborde davantage les soins palliatifs depuis quelques années.

3. Lâcher prise, décompresser.

Annoncer un diagnostic difficile ou un pronostic péjoratif relève de la responsabilité du médecin. Ces situations font partie des aspects les plus délicats et éprouvants de la profession médicale. De nombreuses références au ressenti intense des internes que ces situations ont provoqué ainsi que les données de la littérature le montrent bien. Ces situations, souvent difficiles sur un plan émotionnel, nécessitent un certain équilibre intérieur pour être gérées sans que cela ne retentisse trop sur notre santé psychique. Lors de notre recherche bibliographique sur les ressentis des soignants lors de prises en charge palliatives ou d'annonces de maladies graves, certains médecins interrogés évoquaient des techniques ou habitudes qu'ils avaient pour gérer l'angoisse et les émotions qui faisaient suite à ces prises en charges. Certains avaient besoin de faire du sport, d'autres avaient besoin d'une coupure avant de reprendre leur vie quotidienne (en écoutant de la musique en voiture par exemple), et malheureusement certains utilisaient des substances à visée anxiolytique (médicaments, alcool, drogues...) (14,17). Dans notre travail, nous nous sommes intéressés au ressenti mais aussi à la gestion de ce ressenti par les internes. Nous avons voulu savoir si eux-mêmes avaient des stratégies pour gérer leurs émotions pendant et après ces prises en charge. La question était maladroite et a souvent dû être reformulée lors des focus groupes : « *Juste après cette situation, avez-vous eu des besoins particuliers ?* » mais nous avons obtenu des réponses variées dont beaucoup ont été données avec une pointe d'humour (cf partie résultats – ressources – le besoin de décompresser).

a) L'échange autour des situations problématiques.

Il s'agit là de la première et plus importante ressource pour gérer son ressenti que les internes ont abordée. Celle-ci est aussi très développée dans la littérature, où elle est présentée comme une ressource majeure pour lutter contre l'épuisement professionnel (13,15,17,24,33). Deux types d'échanges ont été mis en avant : celui avec ses collègues, que ce soit au cours de leur stage ou lors de réunions facultaires; et l'échange avec des personnes extérieures au cercle professionnel: les amis, les conjoints ou la famille. L'objectif de ces échanges est multiple (cf partie résultats - ressources). Mais pour tous, il s'agit d'abord de se libérer d'un ressenti intense ou éprouvant en le verbalisant (« *Quand tu exposes une situation en en parlant, déjà tu t'éloignes de toi quelque part parce que tu la verbalises* »). Certains internes émettent une réserve sur les destinataires de cet échange. Comme nous l'avons vu plus haut, certains hésitent à se confier au niveau professionnel sur leurs états d'âmes, considérant que les émotions ne sont pas forcément bien vues sur le plan professionnel. Les conjoints, amis, ou la famille sont alors plutôt sollicités. Une autre raison de solliciter des personnes en dehors du cercle professionnel, est le regard extérieur et critique que peuvent apporter ces derniers quand nous-mêmes n'arrivons pas à nous détacher de l'atmosphère médicale pour prendre du recul (« *c'est dans ces moments-là je trouve que j'ai besoin justement d'avoir des échanges avec des personnes qui ne sont pas médecins pour me rappeler que la vie c'est pas que ça non plus* »).

b) Le besoin de décompresser – de se préserver de l'épuisement professionnel.

Les loisirs sont une source de bien-être simple et efficace pour lutter contre la morosité que ces situations peuvent nous faire ressentir. Les internes ont aussi cité avec une pointe d'humour l'usage de stupéfiants, d'alcool ou d'anxiolytiques. Nous avons vu dans la littérature que la confrontation à ces situations pouvait participer à l'apparition de syndromes dépressifs, anxieux ou de burn-out (11,13,14,17,33) ; notamment chez des médecins isolés; et du coup entraîner des comportements addictifs.

c) Apprendre à gérer ses émotions:

L'apprentissage de la reconnaissance, de la compréhension et de la gestion de ses émotions est une aide précieuse dans ces situations difficiles. De nombreuses méthodes d'apprentissage existent. Lors d'un focus groupe, les internes ont mentionné la pratique de la méditation de pleine conscience.

La pleine conscience est une méthode parmi d'autres pouvant aider à apprendre la gestion des émotions. Sa pratique peut apporter au pratiquant une certaine sérénité en lui apprenant à faire une pause pour prendre conscience de ses émotions avec bienveillance et détachement, qu'elles soient agréables ou non. Les émotions sont donc acceptées plutôt que refoulées. La méditation développe la conscience méta-cognitive: c'est à dire la capacité à se décentrer de ses pensées et de ses émotions pour réaliser qu'il s'agit d'événements mentaux transitoires, plutôt que de s'y identifier ou de croire qu'il s'agit d'un reflet exact de la réalité. Elle permet ainsi une certaine régulation émotionnelle et une adaptabilité; évitant ainsi les réponses automatiques que certaines émotions provoquent en nous. Elle développe aussi une meilleure écoute de l'autre (en étant pleinement conscient, et non en train de penser à ce que nous allons répondre) et renforce les capacités d'empathie. Les effets bénéfiques de la méditation sont de plus en plus étudiés et utilisés en thérapeutique (34).

d) L'utilisation de l'humour en médecine.

Comme nous l'avons mentionné dans la partie résultats, les focus groupes se sont toujours déroulés dans une atmosphère bon enfant malgré la gravité des sujets abordés. Lorsque nous avons débuté notre recherche bibliographique sur ce projet de thèse, nous ne nous doutions pas qu'elle nous conduirait vers le thème de l'humour en médecine. Pourtant dans plusieurs articles, l'humour est cité comme un mécanisme de défense ou de soutien aux soignants pour faire face à la souffrance à laquelle ils sont quotidiennement confrontés (35–38) .

Il existe différents types d'humour ayant chacun une fonction propre (36). Dans son travail, Dorothee DUSQUENOY met en évidence que les personnes formées en soins palliatifs utilisent d'avantage l'humour auto-valorisant. La fonction de ce type d'humour se rapproche de ce que tend à promouvoir la démarche palliative: fédérer le groupe, faciliter les échanges, créer une forme de culture de manière à éviter le syndrome d'épuisement professionnel. L'humour sert donc souvent d'exutoire aux traumatismes vécus par les soignants en général (18). Il permet de se protéger de la souffrance de la réalité en transformant une situation douloureuse en occasion de rire ou au moins de sourire.

P BIEDERMANN s'est aussi intéressé au type d'humour utilisé dans les soins avec les patients et entre soignants. Dans son travail, l'humour utilisé entre les soignants était le plus souvent de l'humour noir. Il l'identifie comme le témoin d'une souffrance intense et d'une parole qui n'est pas

libre au sein d'un service (37).

L'humour est parfois utilisé comme exutoire face aux émotions que la souffrance de l'autre peut faire naître en nous. Il peut aussi être une défense utilisée par des soignants en souffrance. Il s'agit alors d'être attentif au type d'humour utilisé pour pouvoir discerner l'intention cachée derrière un éclat de rire.

Conclusion

Annoncer un diagnostic difficile ou un pronostic péjoratif est l'un des aspects les plus éprouvants de la profession de médecin. C'est pendant l'internat que les futurs médecins commencent à être confrontés à ces situations difficiles. Que ce soit dans notre étude ou dans la littérature, la majorité des internes ne se sentent pas bien préparés à ces situations difficiles et sont souvent démunis face aux réactions des patients.

Pour eux, l'internat est un moment propice pour améliorer leur pratique dans ces situations. L'expérience acquise par la multiplication des confrontations difficiles représente pour eux l'enseignement majeur de l'internat. Les groupes de parole (GEF, groupes de pratique ou Groupe BALINT) sont très appréciés car ils leur permettent d'échanger leurs expériences mais aussi de recevoir de l'empathie de la part de leurs collègues. Enfin, les seniors sont une source de savoir et d'expérience qui n'attendent qu'à être partagés avec les étudiants.

Plusieurs pistes méritent néanmoins réflexion pour améliorer la préparation des apprenants à ces situations difficiles, afin qu'elles soient vécues avec plus de sérénité. Les internes ont reconnu que les jeux de rôle étaient un exercice prometteur pour s'initier à l'annonce avec plus de sécurité (pour eux et pour leurs patients). Bien que ce mode d'apprentissage ne puisse pas convenir à tous les étudiants ni à tous les enseignants, il mériterait d'être proposé dans toutes les facultés et à tous les étudiants, dès l'externat et pendant l'internat. L'expérience est une ressource majeure d'après les internes : l'acquérir aussi lors de simulations encadrées est possible. Les seniors sont les principaux interlocuteurs des internes pendant leurs dernières années d'étude. Malheureusement, beaucoup d'entre eux ne délivrent leur savoir et leur expérience que de manière informelle et inconsciente. Le principe du modèle de rôle en pédagogie médicale mérite d'être développé d'avantage dans les facultés françaises au regard de ce qui est déjà fait au Québec. Enfin, au vu des récentes études sur la souffrance psychologique des internes et sur le nombre de suicides annuels des internes et malheureusement ensuite des médecins, continuer à développer les groupes de parole nous paraît être un bon moyen de lutte contre le syndrome d'épuisement professionnel. Ces groupes doivent continuer à être un endroit bienveillant où les professionnels de santé peuvent venir échanger sur les situations difficiles qu'ils vivent quotidiennement et rechercher l'aide de leurs confrères. Ces moments d'échanges sont aussi un moyen de dépister un mal-être qui s'installe, afin d'éviter qu'il s'amplifie, et prévenir un risque suicidaire.

Cette thèse est née d'une réflexion sur l'une de mes plus importantes angoisses en médecine: celle de la mort de mes patients. Elle m'a permis de démystifier cette angoisse, de l'étudier dans la littérature et auprès de mes co-internes, de comprendre qu'elle était inévitable et qu'essayer de la cacher ne la ferait pas disparaître. Elle m'a ouvert plusieurs pistes de réflexion pour l'avenir dans ma profession de médecin généraliste; une ouverture vers l'enseignement notamment, et pourquoi pas pour développer les jeux de rôle et les simulations en médecine générale.

Bibliographie

1. DENIS-DELIPIERRE N, MALLET D, GALLE-GAUCIN C, HIRSCH G. Apprentissage de la compétence relationnelle des internes en soins palliatifs : expérience pédagogique. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 2016 Jun;15(3):115–26.
2. SICARD D. Rapport de la commission de réflexion sur la fin de vie en France à François HOLLANDE président de la république. 2012 décembre p. 198.
3. DANY L, ROUSSET M-C, SALAS S, DUFFAUD F, FAVRE R. Les internes et les soins palliatifs : attitudes, représentations et pratiques. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 2009 Oct;8(5):238–50.
4. GROUILLE J. Évaluation de la démarche palliative dans un service de médecin interne [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Tours: François Rabelais; 2015.
5. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, FRAPPE P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine-sur-Seine; Paris: GM Santé ; CNGE; 2011.
6. AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ A-M, IMBERT P, LETRILLIART L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19:142.
7. Dr PIA TOUBOUL. Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. CNGE Nice;
8. MOREAU A, al. S'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat Médecine Générale*. 2004 Mar 15;18(645):382–5.
9. MARTY L, VORILHON P, VAILLANT-ROUSSEL H, BERNARD P, RAINEAU C, CAMBON B. Recherche qualitative en médecine générale: expérimenter le focus group. *Exercer*. 2011;22(98):129.
10. BOESPFLUG O. Le médecin face au malade en fin de vie : enquête auprès du corps médical sur la formation aux soins palliatifs et l'accompagnement des malades en fin de vie. *Med pal* 2005 Masson. 2005 Sep;p 165-171.
11. VIVIER J. L'annonce d'une maladie grave Enquête auprès de médecins généralistes de la région Nancéenne [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Nancy: Université de Lorraine; 2013.
12. LEMERCIER X. Vécu et ressenti des médecins généralistes dans leur prise en charge de patients en fin de vie - Analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la Vienne. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Poitiers: Université de Poitiers; 2010.
13. TEXIER G, RHONDALI W, MOREL V, FILBET M. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 2013 Apr;12(2):55–62.

14. LE SAMEDY T. Évolution des compétences et du vécu émotionnel des médecins généralistes au fil d'accompagnements de patients et de leur entourage dans la mort [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Tours: Université François Rabelais; 2013.
15. FANARDJIS M. ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE A DOMICILE: RESSENTI DES FUTURS MEDECINS GENERALISTES SUR LA FORMATION ACTUELLE ET REFLEXION POUR CELLE A VENIR [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Angers: Université Angers; 2013.
16. CHATRY-LE GOFF S. Vécu et ressenti du médecin généraliste dans l'annonce du diagnostic de cancer: étude auprès d'un échantillon de médecins généralistes de la région Nantaise par la méthode de l'entretien collectif (FOCUS GROUP) [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Nantes: Université de Nantes; 2007.
17. SERRESSE L. Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 2011 Dec;10(6):286–91.
18. DESAUW A. Stratégies de régulation émotionnelle des praticiens lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en psychologie]. Lille: Université Lille Nord de France; 2014.
19. FERRATON-ROLLIN M, MAGNE N, GONTHIER R, MERROUCHE Y, BOIS C. The announcement of the diagnosis of cancer: point of view of the general practitioner. Bull Cancer (Paris). 2013 Oct;(10):955–962.
20. DURAND-VIEL. Comprendre ses émotions et celles des autres : un atout pour les professionnels auprès des personnes en grande vulnérabilité. Centre national de ressources (<http://www.soin-palliatif.org/>) 2016.
21. ROSENBERG MB. Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs) - Initiation à la Communication Non Violente. 3^{ème} édition augmentée. La découverte; 2016. 318 p.
22. ARIES P. Essais sur la mort en occident. 1975.
23. MOREAU S, TRARIEUX-SIGNOL S, PENOT A, BORDESSOULE D. La fin de vie, les soins palliatifs et la mort vus par une promotion d'étudiants en médecine : Entre citoyens et soignants en devenir. 19^{ème} congrès de la SFAP; 2013 juin; Lille.
24. SCHEPENS F. Participer pour rendre le travail possible. Les « staffs » en unités de soins palliatifs. Sociol Trav. 2015 Jan;57(1):39–60.
25. GRANRY J-C. La simulation en santé : quels enjeux ? Rev Mal Respir. 2015 Dec;32(10):966–8.
26. QUINTON A. *Jeux de rôles*. DU de pédagogie; 2008. Université de Bordeaux.
27. DELACOUR Chloé Cécile. Le jeu de rôles dans le cadre de la formation à la relation médecin-patient : quel vécu pour les internes de Médecine Générale ? Étude qualitative réalisée auprès d'internes de la Faculté de Médecine de Strasbourg [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Strasbourg; 2013.
28. GIRARD G, CLAVET D, BOULE R. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. Pédagogie Médicale. 2005 Aug;6(3):178–85.

29. Collège des médecins du Québec. Rôles et responsabilités de l'apprenant et du superviseur. 2016.
30. CHAMBERLAND M, HIVON R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale*. 2005;(6):98–111.
31. CÔTE L, PERRY G, CLOUTIER P-H. Développer son modèle de rôle en formation pratique : la contribution d'une communauté de pratique de cliniciens enseignants. *Pédagogie Médicale*. 2013 Nov;14(4):241–53.
32. MULOT-BAUSIERE M, GALLE-GAUDIN C, MONTAZ L, BURUCOA B, MALLET D, DENIS-DELPYERRE N. Formation des internes en médecine de la douleur et médecine palliative : bilan et suggestions des étudiants. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 2016 Jun;15(3):143–50.
33. Rédaction Prescrire. Annoncer une mauvaise nouvelle: quelques principes à adapter selon les circonstances et la personne. *Prescrire*. 2015 Mars;tome 35(N 377):p 199-203.
34. NGÔ T-L. Revue des effets de la méditation de pleine conscience sur la santé mentale et physique et sur ses mécanismes d'action. *Santé Mentale Au Québec*. 2013;38(2):19.
35. BONNET M, LAURENT A, ANSEL D, QUENOT J-P, CAPELLIER G. La relation de soin en gériatrie ou en réanimation : clinique d'une mort annoncée. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2016 Apr;174(3):165–70.
36. DUQUESNOY D, GILLET N, LEGER I, VIGIER C, DUBOURG P, GALLE-GAUDIN C, et al. Utilisation de l'humour par les soignants : un lien avec la confrontation à la mort ? *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique* [Internet]. 2016 Jun [cited 2016 Nov 26]; Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1636652216300381>
37. BIEDERMANN P. l'humour dans l'exercice médical [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Nancy: Université de Lorraine; 2000.
38. MADELAINE-FAVIER S. Les contrepéties médicales, comment ouvrir la valve à l'humour [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Nancy: Université de Lorraine; 2003.

Annexe

I. Guide d'entretien des Focus Groupe.

Bonjour,

Merci à vous d'être venu ce soir pour participer à ce focus groupe dans le cadre de ma thèse. Je m'appelle Leslie ERNAULT je suis interne en médecine générale et voici Léo RIBIER qui est interne en radio et qui est ici en tant qu'observateur du focus group. Vous vous connaissiez probablement mais nous non, nous allons faire un tour de table pour vous présenter brièvement ?

Pour ceux qui ne connaissent pas, le focus group est utilisé en recherche quantitative, c'est en fait un groupe de parole autour d'un thème. Je vais vous poser des questions sur mon sujet afin d'ouvrir le débat. En analyse quantitative, la parole de chacun à le même poids, il ne s'agit pas de retenir que l'avis majoritaire, du coup n'ayez pas peur de vous exprimer. L'ensemble de la discussion est enregistré et ensuite retranscrit par écrit de façon anonyme, tout ce qui est dit reste donc entre nous. Pour que je puisse retrouver facilement qui parle sur l'enregistrement, voulez-vous essayer de dire votre prénom au début de chaque intervention ?

Nous allons discuter entre une heure et une heure et demi et ensuite j'ai prévu de quoi se restaurer. Le sujet de ma thèse est «aborder les sujets graves, la fin de vie, la maladie grave avec les patients: difficultés, ressentis et ressources chez des internes de médecine générale.» J'ai choisi ce sujet, car j'ai personnellement beaucoup de difficulté à aborder les sujets graves avec les patients tel que la fin de vie, le passage en soins palliatifs ou l'annonce de cancer. Et en médecine générale il s'agit quand même de situations fréquentes...

- **Question brise glace:** « *Vous même vous avez déjà dû être confronté à ce genre de situation, pouvez-vous nous la raconter brièvement ?* » // « *Pouvez-vous nous raconter brièvement une situation où vous avez dû aborder un sujet grave avec un patient ?* ».

=> Tour de table et fournir des pistes si besoin par exemple donner des pistes: annonce des SP, annonce de cancer, annonce de VIH...

=> Détails si non donnés spontanément:

- difficultés ? : *Qu'est-ce qui était difficile ? Comment ça a été difficile ? Avec qui ça a été difficile ?* avec le patient ? Sa famille ? L'équipe médicale ? Face à vos propres émotions ?
 - *Vous étiez seul ?* Situation gérée seul ou avec un senior ? Un collègue interne ? Un membre de l'équipe médicale ?
 - *Comment avez-vous géré le temps accordé à ce patient face à vos autres obligations professionnelles ? Pourquoi ?* Gestion du temps différente : plus de temps consacré: pourquoi ? Famille ou patient demandeuse ou « engagement » personnel ?
 - *Comment avez-vous géré la transmission des informations ?* Non information: pourquoi ? Comment ? Ressenti ?
- **Quels ont été vos sentiments: émotions / réflexions lors de cette prise en charge, à chaud et à distance ? Comment avez-vous fait face ? // Comment vous êtes-vous senti lors de cette prise en charge ? // Qu'avez-vous pensé de la situation ?**

=> Travail accomplis ? Satisfaction ? Tristesse ? Doute ? Colère ? ...

Qu'avez vous fait après cette situation pour reprendre vos activités quotidiennes ? Juste après cette situation, avez vous eu des besoins particuliers ? Plus tard, vous y avez repensez ? Vous en avez discuté ? Au travail ? Et en dehors du travail ?

=> discussion entre collègue – famille - amis

=> nécessité d'un SAS – loisir – activité physique ?

=> travail réflexif – débriefing ?

=> utilisation de l'humour ?

- ***Sur quelle ressources vous êtes vous appuyé pour gérer ces situations ? Au moment de la situation, quelle connaissance vous ont aidées ?***

=> Formation 1er cycle – 2ème cycles – 3ème cycle

=> Avez vous cherché des réponses à vos questions ? Recherche personnelle – DU – Formation

=> Dans cette situation difficile vous en avez pas parlé à quelqu'un... Est ce que vous en avez parlé à quelqu'un ? Et en dehors du travail ? Ressources « humaines »: séniors ? Collègues ? Famille ? Amis ?

- ***Qu'avez vous appris de ces situations ? Cette situation a t'elle une influence votre pratique médicale actuelle ?***

=> Est ce que vous avez fait différemment après ?

=> Qu'est ce vous avez changé ?

=> Est ce que vous faites différemment maintenant ?

- ***Comment pensez vous que l'histoire personnelle de chacun puisse influencer son attitude lors de ses prises en charge ? SAUF SI apparaît AVANT***

- ***Comment pensez vous qu'il serait possible d'améliorer votre formation / votre préparation à communiquer lors de situations difficile avec le patient ?***

=> Qu'est ce qui aurait été aidant dans votre préparation à communiquer ?

II. Tableau des caractéristiques des participants:

	Sexe	Age	Semestre d'internat	Stages effectués	Intérêt personnel pour les Soins palliatifs	Orientation professionnelle future envisagée	Fréquence des confrontations à des situations compliquée (professionnel / privé)
A	homme	26 ans	4ème	FFI oncologie Urgence Gériatrie Niveau 1 SASPAS	non	libéral MG, DU envisagée (non précisé)	Fréquente / non renseigné
B	femme	27 ans	4ème	Gériatrie Pédiatrie Urgence Niveau 1	Non, pas spécifiquement	libéral MG	assez fréquent / non renseigné
C	femme	25 ans	2ème	Urgence Niveau 1	oui, intérêt pour l'oncologie	libéral MG	peu rencontré pour le moment / non renseigné
D	femme	25 ans	2ème	Urgence Niveau 1	oui, pour les soins palliatif, paraît indispensable pour suivre ses patients jusqu'au bout dans de bonnes conditions	libéral MG	assez souvent au urgences / 2 fois dans le cadre personnel
E	femme	26 ans	4ème	urgences Gériatrie Pédiatrie Niveau 1	Intérêt pour la gériatrie dans le cadre de la médecine générale libérale	libéral MG	Fréquente / 5
F	homme	28 ans	5ème	urgence cardiologie médecine interne et infectieuse niveau 1 SASPAS	Aucun	libéral MG	3-5 par semestre / 1 fois en 28 ans
G	femme	26 ans	4ème	urgence gériatrie niveau 1 Gynécologie	oui, a fait 3 mois de soins palliatif et souhaite faire de l'HAD dans son stage libre	libéral MG	Fréquent / interpellé par sa famille dans des situations grave ou pour rédiger des directives anticipées
H	homme	26 ans	4ème	Médecine polyvalente Urgence Pédiatrie Niveau 1	pas plus que ça	libéral MG	Hebdomadaire / peu
I	femme	26 ans	4ème	urgence Niveau 1	Interêt pour la gériatrie du fait du vieillissement de la population et de l'exercice en médecine générale qui se modifie	libéral MG	très fréquent / fréquent
J	homme	27 ans	6ème	Pédiatrie médecine polyvalente urgence niveau 1 médecine interne SASPAS	Pas de DU ni de DESC	libéral MG	Fréquent / fréquent
K	femme	27 ans	6ème	Gériatrie Urgences Niveau 1 Urgences Pédiatrique Médecine communautaire SASPAS	Interêt pour la gériatrie en envisage une formation en soins palliatif	libéral MG	peu fréquent / aucun
M	femme	27 ans	6ème	Urgence Medecine Niveau 1 Urgence pediatrique Gériatrie SASPAS	non répondu	libéral MG	Fréquent / peu

N	homme	28 ans	6ème	Médecine interne Urgence gynécologique Niveau 1 Gériatrie Urgence SASPAS	Moyen	libéral MG	Souvent en gériatrie et en médecine interne / absence
O	femme	27 ans	4ème	Gériatrie Niveau 1 Urgence Pédiatrie	FMC onco gériatrie Entretien motivationnel	Ne sait pas	Très fréquent / 3 fois
P	femme	29 ans	5ème	Médecine polyvalente Gynécologie Niveau 1 Urgence Gériatrie	Pas de formation particulière mais intérêt pour la gériatrie	libéral MG	Fréquent / 1 fois
Q	femme	25 ans	4ème	Pédiatrie Urgence Niveau 1 Pneumologie	Beaucoup de soins palliatifs et fin de vie dans le service de pneumologie	libéral MG	Très fréquente / Fréquente
R	homme	27 ans	4ème	Gériatrie Urgence Pédiatrie Niveau 1	Intérêt pour les soins palliatif, réfléchit à une formation complémentaire (DU ?)	libéral MG	Fréquente / non
S	femme	28 ans	4ème	MIG Urgences niveau 1 Pédiatrie	DESC de gériatrie	Hospitalier – Gériatre	fréquent (1/semaine) / absence
T	homme	25 ans	4ème	médecine polyvalente urgence niveau 1 Pédiatrie	Pas de formation mais intérêt au vu des situations rencontrés	libéral MG	2-3 depuis le début de l'interne / absence
U	homme	26 ans	4ème	médecine Urgence Niveau 1 PMI	Non	libéral MG	1/ mois – oui
V	femme	25 ans	4ème	Gériatrie soins palliatif Urgences Niveau 1 Pédiatrie	oui	libéral MG	Fréquente / oui
W	homme	28 ans	4ème	maladie infectieuse Urgence Pédiatrie Niveau 1	Non	libéral MG	2/ semestre – oui
X	homme	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Y	homme	28 ans	4ème	Urgence MIG Niveau 1 Pédiatrie	non, formation avec équipe mobile SP au MIG.	libéral MG	assez fréquent 3-4 / oui déjà confronté
Z	homme	NC	NC	NC	NC	urgentiste	NC
&	femme	30 ans	5ème	Chirurgie ortho Psychiatrie Chirurgie ortho Urgence Maladie infectieuse Pédiatrie Niveau 1 Réanimation	Pas de formation particulière, mais intérêt personnel car la non douleur est au cœur de ses priorités dans la prise en charge des patients	urgentiste	très fréquent / non renseigné
@	femme	26 ans	5ème	Unité soins palliatif Pédiatrie niveau 1 Urgence Gynécologie	Motivation de formation uniquement dans le cadre de la médecine générale standard	libérale MG	Fréquent / non renseigné