

Conduite d'entretiens et annonce de pronostics graves au CHT de Nouvelle Calédonie : intérêt d'une approche multi culturelle dans la formation des soignants

Stéphanie Bouaziz Quéméner

▶ **To cite this version:**

Stéphanie Bouaziz Quéméner. Conduite d'entretiens et annonce de pronostics graves au CHT de Nouvelle Calédonie : intérêt d'une approche multi culturelle dans la formation des soignants. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01307378

HAL Id: dumas-01307378

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01307378

Submitted on 20 Jun 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

BOUAZIZ QUEMENER Stéphanie

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme universitaire de pédagogie appliquée aux sciences de la santé :

Conduite d'entretiens et annonce de pronostics graves au CHT de Nouvelle Calédonie : intérêt d'une approche multi culturelle dans la formation des soignants.

Nouméa, Mai 2015

Table des matières

Introduction 1
Première partie : une enquête sur les difficultés vécues 4
I. Introduction 4
II. Méthode 4
III. Résultats 7
1) Les conditions de mise en œuvre des entretiens avec les patients, leurs familles, leur entourage 8
2) La démarche autodidacte 12
3) Les difficultés 12
IV. Discussion 13
Deuxième partie : le projet d'enseignement 15
I. Introduction 15
II. Méthode 15
III. Résultats : le projet de formation 16
1) Première partie : la table ronde 16
2) Deuxième partie : l'exposé sur les techniques de communication 16
3) Troisième partie : les jeux de rôle 17
IV. Discussion 20
V. Perspectives 22
Conclusion 23

Introduction

Dans le cadre du diplôme universitaire de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, il nous est demandé de rédiger un mémoire. Persuadée depuis plusieurs années de la nécessité de prendre en considération l'humain dans toute sa dimension pour dispenser des soins de qualité, nous avons choisi de réfléchir pour ce travail à un projet de formation à l'attention des soignants, ayant pour objectif de les aider à associer la culture aux soins.

Cadre de santé dans le service de réanimation polyvalente du CHT de Nouvelle Calédonie depuis quelques mois il nous est apparu nécessaire suite à plusieurs faits marquants, de mener un travail sur la conduite d'entretiens auprès des familles des patients que nous accueillons.

Afin de mener ce projet, qui consiste à former le personnel soignant de réanimation à la conduite d'entretiens d'annonces difficiles auprès de la population Calédonienne en y associant des connaissances élémentaires sur les cultures autochtones, nous avons d'abord choisi de mener une enquête auprès de personnes ayant déjà ce type d'activité au CHT. Nous avons ensuite effectué un entretien auprès d'un ethnopsychologue ainsi que des recherches bibliographiques afin d'approfondir nos connaissances sur les cultures mélanésienne et wallisienne, pour finir en mobilisant nos savoirs et expériences dans le domaine de la pédagogie pour élaborer notre projet de formation.

Plusieurs situations nous ont interpellée, dont deux particulièrement que nous allons exposer afin de mieux cerner la problématique.

Nous avons pris en charge durant plusieurs semaines une jeune mélanésienne de 14 ans suite à un violent accident de la voie publique. Dès son entrée en réanimation, le pronostic vital était engagé en raison de lésions cérébrales gravissimes. Dès le début de la prise en charge, les parents ont été reçus par les équipes médicale et paramédicale du service afin de leur exposer la gravité de l'état de la jeune fille et le risque majeur de décès. Lorsque tous les doutes sur les possibilités de récupération de la patiente ont été levés, s'est rapidement posée la question de la limitation thérapeutique, soit au bout de cinq jours environ. L'annonce de la décision de ne pas s'obstiner déraisonnablement dans des soins de réanimation a été faite en soirée par un médecin et une infirmière du service. Les parents ont été évidemment très choqués par le discours entendu, à tel point qu'ils n'ont pu quitter le service de la nuit de crainte que les

médecins « débranchent » la patiente, ce qui n'avait bien entendu été évoqué à aucun moment. Les jours suivants ont été très éprouvants pour la famille bien sûr, mais également par les équipes : très régulièrement (tous les 2 jours environ), médecins et infirmiers recevaient la famille et répétaient le même discours : les risques de complications majeures auxquelles était exposée la jeune fille ne feraient pas l'objet d'une réanimation en raison de la gravité des lésions et de la nullité de ses chances de récupération. Tout au long de l'hospitalisation en réanimation, la famille est restée très présente, très demandeuse d'explications et assez suspicieuse quant à la réalité du diagnostic, craignant à tout moment que l'on « provoque » le décès de leur fille.

De façon parfaitement licite dans des circonstances comme celles-ci, notre éthique et notre déontologie de soignants ont été mises à rude épreuve face à une famille qui se rattachait plus que tout aux moindres signes de vie de leur enfant, mettant régulièrement en doute la compétence des équipes et les diagnostics établis.

Sur la même période, nous prenions en charge un jeune homme de 27 ans, originaire d'une tribu de la côte est de la Nouvelle Calédonie. Ce patient avait été admis en Décembre 2014 pour une défaillance multi viscérale sur un diagnostic confirmé de leptospirose. Au cours de l'hospitalisation, des complications majeures sont survenues menant à un arrêt cardio circulatoire. Dans les suites, le patient est resté très fortement handicapé : toute possibilité de vie relationnelle étant désormais écartée. A aucun moment la famille ne s'est manifestée et s'est rendue auprès du patient. Devant la gravité de son état, une limitation thérapeutique a été posée et les médecins en charge du patient ont entrepris de contacter la famille afin de leur exposer la situation. Quelques jours plus tard, une tante accompagnée de sa fille et de sa nièce, la sœur du patient, ont été reçues par un médecin du service. La limitation thérapeutique leur a été expliquée, le risque de décès a été verbalisé. A la demande des médecins, la tante, la sœur et la cousine ont alerté la mère du patient, qui s'est rendue sur Nouméa quelques jours plus tard. Le même discours a été prononcé. Au décours de ces deux entretiens, très peu de questions ont été posées par la famille et depuis (cela fait un mois au moment où nous écrivons ces lignes), personne ne s'est rendu auprès du patient malgré le pronostic de vie limité qui a été prononcé par l'équipe.

Ces deux situations nous ont profondément interrogée à la fois par leur similitude et surtout par leur différence. Dans les deux cas, nous sommes face à des personnes jeunes dont le pronostic vital est sérieusement engagé, mais avec des réactions des familles diamétralement opposées.

Pour autant, nous nous interrogeons à chaque fois sur le sens des informations qui ont été délivrées et nous nous demandons si nous nous sommes adressés aux bons interlocuteurs.

Ceci nous mène à réfléchir sur le contenu des informations que nous délivrons certes, mais aussi sur ce qui accompagne nos explications : les conditions de l'entretien, la méthodologie à adopter, les prérequis importants pour établir un lien de confiance. Au terme de ces constats, il nous semble pertinent dans l'intérêt des patients et de leur entourage, de tendre vers une uniformisation des pratiques dans l'accueil et la conduite des entretiens. Nous proposons à cet effet de concevoir un programme de formation à l'attention du personnel médical et soignant visant à se préparer au mieux à la conduite d'entretien dans le service de réanimation polyvalente du CHT.

Première partie : une enquête sur les difficultés vécues

I. Introduction

Au CHT de Nouméa la population soignée est pluri ethnique. Nous accueillons une majorité de patients d'origine mélanésienne, beaucoup de walisiens et futuniens, des patients d'origine asiatique et bien entendu des occidentaux. A ce jour la majorité du corps médical et une grande partie des paramédicaux sont de culture occidentale, ce qui peut générer des malentendus voire des incompréhensions lors de certaines prises en charge. Depuis quelques années, avec la mise en place de l'équipe mobile de soins palliatifs, du don d'organes, des consultations d'annonces, des efforts sont faits au CHT pour optimiser la communication, particulièrement dans des contextes graves : plusieurs psychologues, dont un ethnopsychologue d'origine mélanésienne, exercent dans les services et une formation sur les consultations d'annonce a été dispensée à des personnels du CHT il y a deux ans. Loin de se substituer à ce type d'enseignement, notre projet vise à faciliter la communication entre soignants et familles en réanimation, ce qui passe selon nous par un apport de connaissances sur les cultures océaniennes et sur des techniques de communication de base. Pour avoir ciblé la majorité de nos recherches sur la civilisation kanak, l'essentiel des données sont en lien avec cette culture, nous disposons uniquement de quelques données sur les cultures wallisienne et futunienne, mais notre projet pourra ultérieurement être enrichi par des apports sur d'autres cultures.

II. Méthode

Afin de mieux cerner la problématique des annonces, il nous a semblé opportun de rencontrer des professionnels du CHT ayant travaillé sur le sujet. Il nous paraissait important de vérifier auprès de ces personnes les difficultés auxquelles elles sont confrontées dans leur pratique quotidienne.

Pour ce faire, nous avons eu recours à des entretiens semi-directifs : nous avons choisi cette méthode car elle offre l'avantage de laisser une certaine liberté d'expression à nos interlocuteurs tout en orientant notre recherche.

Nous avons choisi de recueillir les expériences des personnes ou groupes de personnes suivantes :

- Equipe mobile de soins palliatifs du CHT de Nouvelle Calédonie (un médecin, deux psychologues, deux IDE) : leur présence quotidienne auprès de patients et de familles de patients en fin de vie nous semblait être un témoignage important à travers le recueil de leur expérience.
- La cadre de santé du service de gastro entérologie du CHT, service dans lequel est réalisé un gros travail sur l'annonce de diagnostiques graves. Ce témoignage s'avère être doublement intéressant pour notre travail puisque cette personne bénéficie d'une longue expérience professionnelle à Futuna et a ainsi pu nous faire part de sa connaissance des cultures wallisienne et futunienne, très présentes sur le territoire calédonien.
- L'infirmière coordinatrice des prélèvements d'organes sur le CHT : son expérience de contact et d'approche des familles dans un contexte à la fois dramatique mais urgent dans pour aborder la question du prélèvement d'organes nous semblait essentiel dans notre cadre de travail.
- Un ethno psychologue mélanésien : il nous paraissait incontournable de recueillir son point de vue et son expertise sur la pensée océanienne pour construire notre projet de formation.

Nous avons donc rencontré 3 personnes de manière individuelle, le médecin de l'EMASP ayant souhaité que nous nous rencontrions avec l'ensemble de son équipe, au motif qu'il nous serait certainement profitable de bénéficier de l'expérience de tous, ce qui nous apparaissait tout à fait pertinent. En revanche nous avons pu expérimenter, pour avoir mené d'autres entretiens notamment lors de travaux précédents, qu'il est difficile de centrer le groupe sur les questions et de limiter les dispersions dans les conversations.

Chaque entretien s'est déroulé sur une période d'une heure environ, le support utilisé (grille d'entretien) était le même pour les trois premiers interrogés, dans le dernier cas il s'agissait d'un entretien libre.

Nous avions conçu une grille d'entretien composée des 10 questions suivantes :

- Dans quels contextes êtes-vous amenés à vous entretenir avec les familles des patients ?
- De quelle manière avez-vous été formé pour effectuer ces entretiens ?

- Existe-t-il selon vous des attitudes ou expressions incontournables ou au contraire à éviter ?
- Délivrez-vous le message de la même façon selon les ethnies ?
- Comment adaptez-vous vos messages à vos interlocuteurs mélanésiens et wallisiens ?
- Quelles sont vos principales difficultés en matière d'annonces de pronostics graves ?
- De quoi auriez-vous besoin pour améliorer vos pratiques ?
- Pensez-vous que la pratique de simulations et/ou jeux de rôle puisse être une aide ?

A travers ces questions, voici les informations que nous souhaitions obtenir :

- Dans quels contextes êtes-vous amenés à vous entretenir avec les familles des patients ? l'objectif de cette question était d'essayer de mettre en évidence un caractère commun aux pratiques des uns et des autres.
- De quelle manière avez-vous été formé pour effectuer ces entretiens ? nous cherchions au travers de cette question à déterminer de quelle manière sont réalisés la plupart des entretiens, existe-t-il une méthodologie enseignée ou est-ce de l'auto didactique principalement ?
- Existe-t-il selon vous des attitudes ou expressions incontournables ou au contraire à éviter ? Nous cherchions par cette question à mettre en évidence l'application ou non de principes de communication ainsi que la part intuitive, liée à l'expérience, ou enseignée de ceux-ci.
- Délivrez-vous le message de la même façon selon les ethnies ? cette question cherchait à mettre en évidence la présence ou non de codes de communication issus des prérequis (ou des représentations mentales) de nos interlocuteurs.
- Comment adaptez-vous vos messages à vos interlocuteurs mélanésiens et wallisiens ? cette question est finalement redondante avec la précédente et ne présentait pas plus d'intérêt.
- Quelles sont vos principales difficultés en matière d'annonces de pronostics graves ? cette question avait pour objectif de commencer à cibler un projet de formation.
- De quoi auriez-vous besoin pour améliorer vos pratiques ? il s'agît ici du même type de question que précédemment.
- Pensez-vous que la pratique de simulations et/ou jeux de rôle puisse être une aide ? nous cherchions à tester le vécu ou les à priori de ce type de formation dans le domaine qui nous concerne ?

Nous avons demandé et obtenu l'autorisation pour chaque entretien de réaliser un enregistrement, ce qui nous a permis de pouvoir garder et réécouter un maximum d'informations.

III. Résultats

Nous avons regroupé par thèmes les résultats des entretiens que nous avons menés : plusieurs thèmes se dégagent en lien avec :

→Les conditions de mise en œuvre des entretiens avec les patients, leurs familles, leur entourage :

Dans cette partie nous détaillerons des conditions d'accueil « générales » telles que :

- Lieu
- Durée

  Nous aborderons ensuite des données plus spécifiques à la culture mélanésienne en lien avec le respect de certaines valeurs particulièrement fortes dans cette civilisation :
- L'accueil
- Le partage
- Le respect

  Nous terminerons cette partie avec un point sur la nécessaire connaissance des interlocuteurs privilégiés, par opposition à la personne référente telle que la décrit la loi Kouchner[1].

→Les difficultés rencontrées par nos interlocuteurs

- La langue
- La confiance

→La manière dont se sont formés nos interlocuteurs : une démarche essentiellement autodidacte

[1] Loi du 04 Mars 2002 relative aux droits des malades

1) Les conditions de mise en œuvre des entretiens avec les patients, leurs familles, leur entourage

Toutes les personnes interrogées sont unanimes sur ce thème, un entretien doit se dérouler dans des conditions favorables à l'écoute, à l'échange et au respect.

- ***Le lieu***

Il doit y avoir un lieu dédié, calme, propre permettant de recevoir les familles pour s'entretenir avec elles. Ce lieu doit être propice à l'écoute et doit permettre à chacun de se poser. Nous avons la chance de disposer d'une salle de réunion au sein du service de réanimation polyvalente. L'avantage de cette salle est qu'elle est régulièrement disponible, grande, pouvant accueillir plusieurs personnes et dispose de plusieurs places assises. L'inconvénient, et c'est ce que tous nos entretenus ont exprimé, est que cette salle est froide, manque d'humanité et souvent en désordre car elle sert également de « vestiaire » aux internes du service. Nous avons là un élément de changement assez simple et facile à mettre en œuvre : le réaménagement de cette salle et l'élaboration de règles d'utilisation ; ces deux leviers peuvent être rapidement mis en œuvre dans la mesure où nous saurons les justifier et proposer d'autres alternatives à ses utilisations « annexes ».

- ***La durée***

De manière consensuelle, chacun s'accorde à dire que le temps est incompressible dans ce type de situations : de la disponibilité de l'équipe soignante dépend la suite des évènements. Une famille qui se sent pressée, que l'on reçoit dans la précipitation aura des difficultés à établir un lien de confiance, quelle que soit son ethnie ou sa culture. Nous sommes bien consciente que la spécificité de notre service fait que nous sommes régulièrement amenés à travailler dans l'urgence et que malgré toute la connotation grave de certaines situations, celles-ci cohabitent assez souvent avec d'autres contextes dramatiques et qui nécessitent aussi la présence des équipes. Notre projet de formation doit à mon sens tenir compte de cette particularité et se confirme aussi à travers ceci : la grande disponibilité dont doivent pouvoir faire preuve les équipes à tout moment justifie que l'approche des familles et les conduites d'entretiens aient déjà été abordés, à défaut d'être acquis (ce qu'ils ne seront jamais ne serait-ce que par la part d'humanité et d'affectivité que cela induit) afin de libérer une partie des esprits du stress que cela engendre.

- ***Le respect de certaines valeurs***

Chaque personne interrogée fait état de ce qui représente à son sens les principes incontournables de l'entretien avec les familles. Nous pouvons les regrouper, ainsi que l'a très bien résumé le psychologue interrogé sous formes de valeurs prégnantes dans la culture mélanésienne mais applicables à tous : l'accueil, le partage, le respect.

❖ L'accueil

Un accueil chaleureux et décent : l'accueil est primordial et se doit d'être soigné dans la culture mélanésienne ; négliger l'accueil est aller à l'encontre de valeurs fortes dans cette culture et peut donc être délétère pour la poursuite des échanges. Jean Pipite, doctorant en sciences politiques à l'université de Nouvelle Calédonie, cite : *« La cellule familiale élargie des Kanaks, contrairement à la famille mononucléaire occidentale, constitue le lieu privilégié de l'accueil qui implique tous ses membres. L'accueil est un devoir à la charge d'un membre de la famille envers un autre, compte tenu des liens familiaux qui les unissent »*[2]. Nous sommes donc confortée dans la nécessité de travailler sur cet accueil, notamment au niveau du lieu mais aussi du « protocole » d'accueil. Ainsi qu'on nous l'a exprimé en précisant l'importance de l'accueil chez les mélanésiens : *« si on ne sait pas accueillir on peut se retrouver à régler des situations qu'on aurait pu régler en amont si on avait su accueillir* ». Cette même personne, que nous avons interrogée nous cite l'hôpital comme étant : *« la maison des blancs »*, et nous ajoute que : *« quand nous venons ici, nous venons chez vous, chez les blancs »*. L'hôpital est un carrefour ethnologique et s'il y a bien un lieu (et ce n'est à notre avis pas typique de la Nouvelle Calédonie) où les ethnies se rencontrent c'est dans l'univers soignant. Ce qui rend d'autant plus important la qualité de l'accueil et la nécessaire connaissance de l'autre, de ses représentations pour mieux l'accueillir.

❖ Le partage

Par partage, il faut entendre partage des informations donc transparence et clarté dans le message qui est délivré. Il nous a entre autres été relaté que dans l'imaginaire kanak, la médecine « blanche »[3] est là pour guérir et ne souffre pas d'échecs. Or, admettre que l'on ne sait pas ou que l'on ne sait plus quoi faire confère une authenticité aux échanges et permet aux

[2] Jean Pipite, « Droit d'accueil et droit de l'endroit en pays kanak », *Le Journal de la Société des Océanistes*, 117 | 2003, 203-212.
[3] Par médecine « blanche », il faut comprendre la médecine occidentale, par distinction de la médecine traditionnelle mélanésienne.

familles de se projeter dans ce qui va se passer au lieu de continuer à nourrir des espoirs, quitte à briser les liens de confiance lorsqu'ils prendront conscience de « l'échec » thérapeutique. Ainsi que le cite notre interlocuteur ethnologue en évoquant l'incapacité de la médecine occidentale à répondre à tous les problèmes de santé : « *le monde médical s'est approprié un certain nombre de pouvoirs, le discours c'est en fait on guérit tout, les gens arrivent ici en pensant qu'ils vont guérir, il y a ce décalage-là : c'est que malgré toute la technologie qu'ils ont à disposition c'est un aveu d'échec…* » Et s'agissant de la nécessité de partager ce genre de constats avec les familles *: « les gens ici sont à même de comprendre et d'entendre un certain nombre de choses ».* Autrement dit, si le partage est nécessaire, il passe aussi par l'aveu d'humilité : une étape probablement encore à franchir dans cette relation où la colonisation laisse encore des cicatrices et ou l'impression de domination par les occidentaux plane toujours à certains moments.

- Le respect

Cette notion est très vague, universelle et subjective. Le dictionnaire le Littré donne la définition suivante du terme respect : *« Déférence que l'on a pour quelqu'un ou pour quelque chose, au sens actif, c'est-à-dire exprimant le respect ressenti par. »*[4] Le respect, au sens où il nous l'a été évoqué par l'un de nos interviewés, sous entendrait le respect de la civilisation kanak à travers la coutume et les règles de vie qui en découlent.

- La connaissance des interlocuteurs

Nous avons pu mettre en évidence que dans les sociétés traditionnelles océaniennes, existent des schémas familiaux qui ont une grande importance dans le devenir et la prise en charge des patients. A travers ces schémas se définissent des responsables des patients, qui doivent être des interlocuteurs privilégiés. Aussi, si par ignorance nous méprisons cet aspect de la culture, nous pouvons nous entretenir avec des personnes dont le statut ne leur permet pas de s'exprimer sur l'état de santé, le devenir ou les décisions qui concernent les patients. Ce qui peut nous expliquer parfois le mutisme de certaines personnes face à des annonces graves. La place dans la société traditionnelle détermine parfois un nombre d'interlocuteurs important. Ainsi, plusieurs personnes qui selon nos critères et notre schéma familial occidental n'ont rien à voir avec les patients concernés, peuvent pourtant être incontournables lorsqu'il s'agît d'évoquer la situation de ces patients.

[4] Dictionnaire littre.reverso.net en ligne consulté le 22/05/2015

- Dans la société kanak :

les ainés de fratrie ont une place particulièrement importante dans la famille et ont un pouvoir décisionnel. Les oncles utérins (oncles maternels) ont à leur charge *« droit de vie ou de mort »* sur la personne. La notion de famille peut être très élargie et une même personne pourra parler de plusieurs « papas », sans qu'il y ait forcément d'hérédité en matière de génétique, mais plutôt en termes de spiritualité. La position de la personne dans la société peut impliquer qu'il y ait plusieurs responsables, parfois n'étant pas du tout de « la famille » au sens occidental du terme : c'est notamment le cas des chefs de clans et de leurs ascendants, descendants, conjoints. Il n'y a pas de protocole précisément établi quant aux personnes dites référentes (au sens où nous l'entendons : il s'agît de la personne référente telle qu'elle est prévue par la loi Kouchner), cependant il y a un vif intérêt à s'enquérir dès le début de l'hospitalisation des personnes responsables et à identifier un interlocuteur. Ceci ayant, selon l'ethno psychologue interrogé, le double avantage de clarifier les échanges et de rétablir la notion de responsabilisation des uns envers les autres dans la société mélanésienne, valeur qui, toujours selon notre interlocuteur, tend à se perdre.

- Dans la société de Wallisienne et Futunienne

Les ainés de fratrie (hommes ou femmes) ont également une grande importance, ce sont eux qui sont responsables. Il peut arriver dans cette culture que l'on attende l'arrivée d'un ainé pour prendre certaines décisions concernant une personne. A la même image que les membres de chefferies de clan, à Wallis et Futuna qui sont des royaumes, les membres issus de la famille royale ont une place importante dans la société : leur hospitalisation peut rassembler beaucoup de monde, et là aussi il est fondamentalement nécessaire d'identifier le ou les interlocuteurs. Comme dans la société kanak, il n'y a pas de règles établies, parfois une personne pourra être désignée au motif qu'elle a des connaissances particulières ou travaille dans le monde hospitalier.

Comme nous pouvons le constater, nous ne pouvons-nous fier à des schémas pérennes et pré établis : il nous semble important de faire prendre conscience aux équipes que les interlocuteurs et personnes responsables des patients ne sont pas forcément celles à qui nous pensons, imprégnés par nos représentations occidentales. D'autant que, communément aux deux cultures, il y a des éléments que nous ne pouvons pas percevoir tels que certaines règles

inhérentes au mode de fonctionnement dans les sociétés traditionnelles : la hiérarchie dans la société traditionnelle peut être tout à fait différente de la hiérarchie au sens où nous l'entendons de notre point de vue occidental. La hiérarchie de la culture traditionnelle primant, nous pouvons parfois commettre des impairs en nous adressant à quelqu'un que nous pensons être légitime ou bien placé pour recevoir l'information, et qui par sa position sociale ne s'autorisera jamais à s'adresser au patient ou à la famille du patient concerné. Là encore, il n'y a pas de règles pré établies, il y a juste le besoin de s'intéresser à minima à l'entourage et de repérer les responsabilités.

2) La démarche autodidacte

Une partie des personnes interrogées n'a pas reçu de formation à la conduite d'entretien ou à la démarche d'annonce en général : ces personnes se sont formées par elles-mêmes et adaptent leur discours avec l'expérience. Une des personnes, issue de l'équipe de l'EMASP, a bénéficié d'une formation de courte durée (2 jours) sur l'annonce, cette formation étant intervenue longtemps après le début de son activité, elle ne semble pas vraiment l'avoir conduite à changer ses pratiques. La personne en charge de la coordination de prélèvements a quant à elle suivi une formation spécifique en métropole et a beaucoup échangé avec des autochtones sur les représentations liées au prélèvement d'organes et sur les réactions attendues. Il s'agît en effet d'une activité récente et totalement nouvelle sur le territoire Calédonien qui ne concerne actuellement que le prélèvement sur place des reins, la transplantation des patients calédoniens se faisant en Australie. Cette personne évoque le fait d'avoir dû adapter progressivement sa façon de faire, notamment s'agissant du nombre d'interlocuteurs et de la manière d'orienter le discours afin de le recentrer sur le défunt, particulièrement concernant sa volonté.

3) Les difficultés

Plusieurs difficultés ont été évoquées lors des entretiens aux patients et aux familles des patients.

- ***La langue***

La langue apparait comme une difficulté car les anciens ne comprennent pas toujours le français et ne se font pas toujours comprendre. Outre les langues wallisienne et futunienne, de nombreux dialectes sont répertoriés en Nouvelle Calédonie. La plupart sont parlés en tribus et la langue majoritaire à Nouméa est le français, mais nous pouvons avoir affaire à des personnes âgées vivant sur Nouméa s'exprimant essentiellement dans leur langue maternelle. Parmi les

suggestions qui nous ont été faites, le recours à des interprètes a été cité. Là encore, la question de la place dans la civilisation (kanak ou wallisienne) se pose, justifiant la nécessité de donner un statut professionnel à ces interprètes afin qu'ils puissent prendre et adresser la parole à tout le monde, outrepassant en quelque sorte la hiérarchie sociale.

- ***La confiance***

La difficulté d'établir un lien de confiance tient semble-t-il aux liens qui se créent ou pas : la quatrième personne interrogée pour ce travail (l'ethno psychologue) a bien insisté sur le triptyque de valeurs que sont l'accueil, le partage et le respect dans la civilisation kanak. En dépit de quoi, les liens et donc la confiance peine à s'établir. Nous sommes en mesure de nous questionner sur l'intérêt majeur qu'il doit être donné à respecter ces valeurs au cours de tout entretien, et plus généralement toute prise en charge.

IV. Discussion

Les résultats de notre enquête sont forcément à relativiser étant donné le faible échantillon que cela représente : trois personnes et une équipe de cinq personnes interrogée de manière collective (selon le souhait du médecin de l'équipe). Cependant ces personnes sont assez représentatives, puisqu'elles ont soit un vécu et une expérience en lien avec la communication aux patients et aux familles dans des situations d'annonces difficiles, soit une connaissance des civilisations majoritairement représentées en Nouvelle Calédonie, voire un cumul de compétences pour l'une d'entre elles.

Contrairement à la première idée qui nous est apparue avant de commencer ce travail, nous pensons qu'il n'y a pas de méthodologie à proprement parler qui puisse prétendre intégrer les spécificités culturelles. Les règles à respecter en matière d'entretien et d'annonce sont universelles. A ce niveau, il nous semble malgré tout que la méthodologie commune à tout entretien doit être portée à la connaissance de tous. Par ailleurs, il nous semble assez évident aujourd'hui que les incompréhensions ne sont pas d'ordre cognitives, mais résultent de maladresses liées à la méconnaissance des cultures :

- Lorsqu'on s'adresse au mauvais interlocuteur : l'absence de réponse qui peut ressembler à de l'indifférence résulte dans certains cas d'une pudeur et d'une discrétion, juste parce que la personne interrogée estime que ce n'est pas à elle de répondre ou de se prononcer.

- L’impression de fatalisme face à la mort : dans la civilisation kanak, on parle de cycle de la vie et de la mort, la mort n’est pas une disparition mais le passage dans un autre monde…alors qu’il s’agît d’une meilleure acceptation liée aux croyances,
- Le refus de soins est parfois motivé par la nécessité de passer par un processus de réparation : une personne ayant commis une faute pourra juger qu’elle doit d’abord réparer sa faute avant de se soigner…

Au terme de cette recherche, et compte tenu des résultats que nous avons obtenu, nous pensons qu’il serait pertinent de proposer un travail de formation sous trois angles :

- Enseignement d’une méthodologie : afin de respecter des principes de communication certainement basiques mais souvent oubliés, particulièrement lorsqu’on est dans l’urgence et dans l’émotion (annonces difficiles, pronostics graves)
- Mises en situation : permettant de se tester hors contexte
- Apports de prérequis sur les cultures océaniennes, primordiaux afin de faciliter la communication et de rétablir des liens (table ronde ? cours…)

Deuxième partie : le projet d'enseignement

I. Introduction

Suite à plusieurs situations ayant eu lieu dans le service ou nous exerçons, nous nous sommes interrogée sur la qualité et la pertinence des messages qui sont délivrés aux familles des patients. Ainsi que nous avons pu l'observer au terme de l'enquête menée, il semblerait que si la méthode de conduite d'entretiens est probablement à réexposer pour certains et à enseigner pour d'autres, elle doit demeurer malgré tout identique quelle que soit l'ethnie à laquelle elle s'adresse. En revanche, les échanges que nous avons pu avoir au cours de ce travail mettent en évidence la nécessité de posséder un certain nombre de prérequis en lien avec les cultures que nous côtoyons au quotidien. Par ailleurs, la spécificité de notre environnement de travail et la dimension humaine de notre activité induisent inévitablement un engagement de soi dans l'annonce de pronostics graves. Nous pensons que si l'aspect émotionnel ne peut être écarté, il sera peut-être plus facile à maîtriser si la pratique d'entretiens n'est pas totalement étrangère : d'où notre proposition de créer des jeux de rôle mettant en scène des conduites d'entretiens sur des thèmes précis.

II. Méthode

Nous présenterons cet enseignement selon la méthode d'organisation d'enseignements présentée par le professeur A.Quinton lors du DU de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, c'est-à-dire en exposant successivement les finalités, les objectifs opérationnels, les modalités pédagogiques et de contrôle de connaissances.

Ainsi que nous l'avons exprimé précédemment, il nous semble opportun de construire notre enseignement selon trois axes :

- ***Apport de connaissances sur la culture kanak :***

Nous envisageons cette partie sous forme d'une table ronde car cela présente pour avantage d'établir la communication, de favoriser les échanges à l'instar d'une écoute passive. En revanche, pour que cette méthode soit efficace, le nombre de participants ne doit pas être trop important.

- ***Apport de notions de base sur la communication et la conduite d'entretiens :***

Nous envisageons cette partie plutôt sous forme d'exposé délivré par un formateur.

- ***Elaboration de jeux de rôle***

Ayant déterminé la structure générale de notre enseignement, nous pouvons maintenant élaborer notre projet de formation.

III. Résultats : le projet de formation

1) Première partie : la table ronde

L'objectif est de permettre l'échange de connaissances. Il nous semble plus pertinent de le concevoir de cette manière versus un exposé magistral. Malgré l'existence de supports en tous genres (écrits, enregistrements, films) sur la culture mélanésienne, nous croyons assez peu en la démarche individuelle : nous pensons en effet que si nous ne provoquons pas la discussion en préambule de la formation, il y a peu de chances que toutes les personnes à former aient fait la démarche d'enrichir leurs connaissances dans ce domaine. Or selon nous, l'acquisition de notions simples sur le mode de fonctionnement et les représentations dans la civilisation traditionnelle kanak constitue un prérequis à l'échange et à la communication, particulièrement dans des contextes d'entretiens difficiles, entre le monde soignant et patients mélanésiens. Nous pouvons prévoir, en accord avec nos animateurs, de concevoir un support reprenant les grandes lignes qu'il est prévu d'aborder au cours de l'intervention : ceci aurait comme avantage de faire murir la réflexion en amont et probablement d'enrichir le débat.

2) Deuxième partie : l'exposé sur les techniques de communication

Il s'agît ici de distribuer des notions élémentaires à toute conduite d'entretien. Nous pensons que cette partie ne doit pas occuper la majorité du temps de l'enseignement mais elle doit servir à donner des *« prescriptions et proscriptions »*[5] de termes et d'attitudes dans le cadre d'entretiens d'annonces difficiles. Ces apports n'auront pas la prétention de se substituer à une formation en communication mais constitueront des bases élémentaires : nous pensons que dans un contexte tel que nous concevons cet enseignement, il est important de délivrer un nombre restreint de messages, mais ceux-ci doivent être forts. En effet, la finalité est de pouvoir avoir

[5] *Comment améliorer la compréhension de l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux ;*Valérie Saint-Dizier de Almeida, université de Lorraine, www.activités-revue électronique, article consulté le 24/05/2015

un schéma structuré et logique lors d'entretiens. Or nous savons que dans des services tels que la réanimation, l'urgence de certaines situations fait que le personnel soignant n'aura pas forcément le temps de préparer son discours, aussi il ne nous parait pas pertinent de délivrer un trop grand nombres d'éléments : le respect de certaines techniques essentielles étant le but recherché, nous ne prétendons pas à l'expertise.

3) Troisième partie : les jeux de rôle

Nous envisageons de consacrer les 2/3 du temps de formation à cette partie. En effet, nous pensons que la réalisation de jeux de rôles présente plusieurs avantages parmi lesquels :

- L'interactivité car cela requiert la participation de l'auditoire, toujours sur la base du volontariat

- Le développement de qualités d'empathie : prendre la place de l'autre permet de se projeter et peut ainsi à notre avis amener à modifier les comportements. Tel serait le cas par exemple d'un médecin qui joue le rôle d'un conjoint à qui on doit donner des informations graves, ou d'un infirmier qui jouerait le rôle du médecin à qui il revient de devoir dire des mots, des phrases difficiles et de se faire comprendre par l'interlocuteur…

Nous pensons qu'il est raisonnable pour une session de 3 heures d'envisager 3 scénarios : une annonce de limitation et d'arrêt thérapeutique, une annonce de mort encéphalique et une situation évoluant vers un pronostic mortel à court terme. Trois types d'annonces régulièrement pratiquées dans les services de réanimation en général.

Afin d'avoir une vision globale de notre projet, nous le présenterons sous forme d'un tableau.

<table>
<tr><td colspan="3">Projet d’enseignement : préparation à la conduite d’entretiens d’annonces graves dans le service de réanimation du CHT</td></tr>
<tr><td colspan="3">- Finalité : permettre aux soignants de mener des entretiens avec les familles de patients hospitalisés en réanimation en favorisant un climat d’écoute, de partage et de respect mutuel, ceci dans des conditions d’accueil les plus favorables possibles quelle que soit la situation.
- Objectifs opérationnels :
➔ Savoir utiliser des notions de base de communication et de techniques d’entretien
➔ Mobiliser ses connaissances sur le mode de fonctionnement des civilisations océaniennes et plus particulièrement kanak lors de la pratique professionnelle
➔ Participer à des jeux de rôle et en tirer une expérience</td></tr>
<tr><td>PUBLIC VISE

10 personnes maximum à chaque fois</td><td colspan="2">- Médecins du service
- Personnel paramédical du service</td></tr>
<tr><td>HORAIRES

Sur deux demi-journées ou une journée entière</td><td colspan="2">Première demi-journée

- Table ronde : 2h (8h/10h)
- Techniques de communication : 1h30

Deuxième demi-journée

- Jeux de rôle : 3h</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ENSEIGNANTS

(accord à confirmer)</td><td>Table ronde</td><td>Mr Trohmae

Dr Albert Dunnet</td></tr>
<tr><td>Techniques de communication: sous forme d’exposé</td><td>Exposé par formateur extérieur</td></tr>
<tr><td>Jeux de rôles</td><td>S.Bouaziz</td></tr>
<tr><td>LIEU</td><td colspan="2">Centre de documentation du CHT</td></tr>
</table>

COUT DE LA FORMATION	Pour une session : Financement du personnel extérieur au CHT sur la base des tarifs de formation en vigueur en Nouvelle Calédonie : 10000 frs/heure Soit : 3h30*10000 : 35000 frs Prévisionnel : 10 personnes/session Personnel à former : 12 médecins, 60 IDE, 30 AS (environ 100 personnes) soit 10 groupes. Cout total : 35000*10000 : 350000 frs si tout le monde est formé
EVALUATION DE LA FORMATION	- Par la distribution et l'analyse de questionnaires de satisfaction à l'issue de la formation - Par l'analyse de questionnaires de satisfaction aux familles - Formative : par notre participation aux entretiens.
PLANNIFICATION	La programmation de deux demi-journées ou d'une journée de formation suppose la mobilisation de nombreux acteurs du service ; nous pouvons raisonnablement envisager de former 3 à 4 groupes par an, la formation s'étalant sur 3 ans. Ceci permettra de réactualiser les contenus si besoin.

IV. Discussion

Notre méthode présente des avantages et des inconvénients à tous les points de vue : nous proposons d'en analyser les principaux éléments constitutifs et de proposer une alternative. Nous exposerons cette partie sous forme d'un tableau de synthèse.

	Avantages	Inconvénients	Alternatives
Table ronde	Permet la discussion et l'échange Méthode riche basée sur l'interactivité	Demande un investissement de part et d'autre : - intérêt des participants - partage des formateurs	Exposé magistral Distribution de documentation et travail personnel Table ronde associant des représentants des cultures wallisienne et futunienne
Exposé sur les techniques de communication	Permet un listing rapide : ce qui est à privilégier/ ce qui est à éviter	Doit être bien animé au risque d'être ennuyeux.	Documentation Jeux de rôle, simulation
Jeux de rôles	Favorise la réflexion Permet une mise en situation	Sur la base du volontariat : peut-être un échec si pas de volontaires, donc nécessite un minimum de cohésion de groupe. Suppose de limiter les groupes à une dizaine de personnes	
Répartition des enseignements en journées/demi-journées	Permet de regrouper les enseignements	Mobilise les enseignants sur plusieurs journées : cout plus important et fonction des disponibilités des formateurs. Planification sur 3 ans	Formation sur les techniques de communication et table ronde en plus grands groupes (25 par exemple), sur 4 matinées et programmation des jeux de rôle au fil du temps puisque animés par la cadre du service

V. Perspectives

Ce projet de formation provient d'un constat de notre part : notre arrivée récente dans le service nous permet d'avoir un œil nouveau et de cerner assez rapidement les améliorations à apporter en terme d'entretiens et de communication, très rapidement nous avons senti qu'il était indispensable de prendre en considération les spécificités des civilisations océaniennes, à commencer par la culture autochtone, la culture kanak. Nous avons fait part de ce projet dans le contexte de ce mémoire au chef de service d'anesthésie réanimation du CHT. Celui-ci nous a encouragée dans la démarche, argumentant qu'il souhaitait depuis longtemps la mise en place de jeux de rôles à cet effet. Nous projetons donc de finaliser ce projet en le présentant à notre chef de service, aux personnes qui nous ont accordé du temps pour répondre à nos questions et à nos collègues cadres du service de réanimation afin de recueillir les critiques de chacun.

Suite à cette étape, nous retravaillerons si besoin le projet avant de le présenter à notre encadrement supérieur, puis à la Direction des Soins. Si nous recueillons un avis favorable, nous le présenterons alors à la cellule formation de l'établissement, non pas pour accord car ce projet peut figurer dans le plan de formation interne au service pour lequel nous avons carte blanche, mais pour obtenir des attestations.

Conclusion

A l'issue une courte expérience en qualité de cadre de santé dans le service de réanimation du CHT de Nouvelle Calédonie, notre vision nouvelle du secteur nous a permis de mettre en évidence certains axes d'amélioration. L'opportunité de pouvoir suivre ce DU de pédagogie nous a incitée à travailler sur l'un de ces axes en élaborant un projet de formation. En premier lieu, c'est une impression de décalage ou d'incompréhension avec certaines familles de patients qui nous a menée à réfléchir sur nos pratiques. Si dans un premier temps, nous avons songé à concevoir une pédagogie spécifique adaptée à la culture, très rapidement nous nous sommes aperçue que la solution ne se trouvait probablement pas là. Ce sont les entretiens que nous avons mené qui nous ont permis d'aboutir à ce constat : notre action pédagogique devait s'adresser aux soignants et non aux patients, en travaillant essentiellement sur des techniques de communication et sur l'acquisition de connaissances sur les cultures océaniennes. Voilà comment nous avons été amenée suite à notre enquête, à concevoir un projet d'enseignement incluant une partie significative d'apports et d'échanges sur la culture mélanésienne en guise de prérequis à la technique même de l'entretien. Nous avons en effet compris que nous passions, dans notre pratique quotidienne, à côté de beaucoup de codes ou de messages, essentiellement par méconnaissance des civilisations que nous prenions en charge. Il nous est alors apparu inévitable, dans le contexte d'un projet d'enseignement sur des entretiens et annonces graves en réanimation d'intégrer des notions culturelles. L'essentiel de nos recherches s'est concentré sur la culture mélanésienne : nous ne sommes pas sans ignorer que d'autres cultures cohabitent en Nouvelle Calédonie, c'est pourquoi nous imaginons aisément reproduire ou compléter cet enseignement avec d'autres apports sur les cultures wallisienne et futunienne particulièrement. Pour autant, nous restons lucide : toute formation, quelle qu'elle soit ne se substituera pas à l'intérêt que nous portons à l'autre. L'apport de données culturelles est un plus dans ce type de projet mais ne remplacera pas la démarche individuelle que chacun devrait être à même de produire…

BIBLIOGRAPHIE

- Quinton André, *organisation d'un enseignement*, MAI 2008

- Pipite Jean*, droit de l'accueil et droit d'endroit en pays Kanak,* journal de la société des océanistes, année 2003

- Salaün Marie, *De la mentalité primitive au choc des cultures. L'échec scolaire kanak et son étiologie : état des lieux (communs).* Publié en 2005 dans V. Fillol & J. Vernaudon (éds), Stéréotypes et représentations en Océanie.

- Saint-Dizier de Almeida Valérie, *Comment améliorer la compréhension de l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux.* Université de Lorraine, Laboratoire InterPsy. Activités revue électronique : numéro 2, volume 10.

- *La place de la médecine kanak en Nouvelle Calédonie* - Médecin de brousse en Kanaky jpcaillon.canalblog.com