



HAL
open science

Annonce de diagnostic complexe : vécu des médecins et apport d'une formation à la communication par simulation

Marion Breillad, Sarah Chapel

► **To cite this version:**

Marion Breillad, Sarah Chapel. Annonce de diagnostic complexe : vécu des médecins et apport d'une formation à la communication par simulation. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01671926

HAL Id: dumas-01671926

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01671926v1>

Submitted on 22 Dec 2017

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année : 2017

**ANNONCE DE DIAGNOSTIC COMPLEXE :
VECU DES MEDECINS ET APPORT D'UNE FORMATION
A LA COMMUNICATION PAR SIMULATION**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Marion BREILLAD

[Données à caractère personnel]

Sarah CHAPEL

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 21 / 12 / 2017

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Pr Françoise CARPENTIER

Membres :

Pr Thierry BOUGEROL

Dr Yoann GABOREAU

Dr Guillemette LAVAL

Dr Jérôme LOUIS (directeur de Thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2017-2018

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie

PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie

PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
 PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
 MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Remerciements communs

Aux membres du jury,

Madame le Professeur CARPENTIER Françoise,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Veuillez trouver, chère Professeur, l'expression de nos sincères remerciements et de notre plus grand respect.

Monsieur le Professeur BOUGEROL Thierry,

Vous nous faites l'honneur de siéger dans ce jury. Merci du temps que vous avez consacré à notre travail. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profonde estime.

Monsieur le Docteur GABOREAU Yoann,

Tu nous as fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury. Nous te remercions pour ton aide précieuse tout au long de nos recherches et de l'intérêt que tu as porté à notre travail dès le début.

Madame le Docteur LAVAL Guillemette,

Vous nous faites l'honneur d'être membre du jury. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et à ce sujet de manière générale.

Monsieur le Docteur LOUIS Jérôme,

Merci d'avoir accepté de diriger notre travail et de nous avoir guidées dans ce projet. Nous te remercions de l'attention que tu as portée à notre sujet, de ton aide et de ton soutien.

Remerciements de Marion

A Sarah, ma chère co-thésarde ! Merci de m'avoir proposé ce sujet alors qu'on se connaissait à peine et de m'avoir fait confiance. C'était un réel plaisir de travailler avec toi ! Et merci également à Michel pour la mise en page (avec notamment notre magnifique table des matières !) ! J'espère qu'on pourra se revoir dans d'autres circonstances maintenant aussi !

A ma famille, et plus particulièrement mes parents et mes trois frérots qui m'ont soutenue pendant toutes mes années d'étude de médecine. Vous êtes ma force.. Je suis tellement heureuse de partager cette étape de ma vie avec vous.

A Steph, pour ton amour, ta présence, ton soutien dans cette aventure quelque peu périlleuse mais si merveilleuse qu'est la médecine et que nous partageons ensemble depuis son tout début.. Merci d'être la personne qui me porte et.. me supporte !

A Nelly, Sam et Rémy pour votre soutien et vos multiples attentions durant toutes ces années..

A mes amis,

A ma fidèle coloc stéphanoise et amie Leslilounette pour tout nos moments de folie dans notre petit appartement au-dessus de chez Rosette. Le binôme infernal.. Merci, sans toi je ne serais jamais arrivée jusque-là.. Ca se serait arrêté à la P1..

A Auré pour cette longue amitié qui nous unit depuis le cath... ok j'en dis pas plus ! Merci pour ton soutien.

Aux « Grognasses du 42 » ! Merci à vous 4 ! Une belle amitié est née de ces années médecines.. J'espère seulement qu'on pourra se voir un peu plus souvent que ces dernières années ! Je vous souhaite plein d'épanouissement dans vos vies et votre métier !

A mes colocs d'accueil d'Annecy qui m'ont accueilli dans une passe pas facile. Merci Lisa, Aldric, Luc et Pierre, j'ai passé 3 mois fort sympathiques à vos côtés.

A ma chère coloc et amie Grenobloise Véro ! Merci pour tous ces bons temps partagés ensemble. Je t'attends pour le ski de fond ! On va devenir des pros !!!

A tant d'autres personnes encore qui partagent ma vie de plus ou moins loin et auxquelles je tiens tellement.. Peter, Victor, Adri, la team de pédiat, la team de l'Ardéchoise (je vous attends l'année prochaine!) et... les Weets biensûr !!!

Enfin, à Fabienne partie bien trop vite.. Ta force reste un modèle.

Remerciements Sarah

A Marion, ma super co thésarde : Merci d'avoir accepté de faire ce travail avec moi, c'était un vrai plaisir, avec quelques coups de stress mais toujours dans la bonne humeur ! J'espère qu'on va se revoir souvent sans parler « quali » et « biblio » !

A ma famille : A ma mère, Christine, qui a toujours su trouver les mots pour me soutenir et me faire reprendre confiance en moi, un soutien inestimable, merci pour tout. A mes frères, Louis et Vincent, pour vos encouragements, pleins d'humour et d'amour . Merci de m'avoir supporté tout au long de mes études, j'ai réussi grâce à vous. A mon grand père, Gaby, qui m'a donné le gout des livres et toute sa confiance pour réussir. Au reste de la famille qui m'a soutenue de près ou de loin.

A mes Lefs, Alix, Emilie, Agathe et Dom, une amitié comme ça, c'est une pépite ! Merci pour tout votre soutien, je suis heureuse de partager avec vous cette petite étape dans la vie d'une tortak.

A une super famille, les Vialard, surtout mon Alexane, toujours présente et pour longtemps j'espère, et Philou, le premier qui m'a fait aimer la médecine. A Pauline et Clem, toujours présentes de près ou de loin.

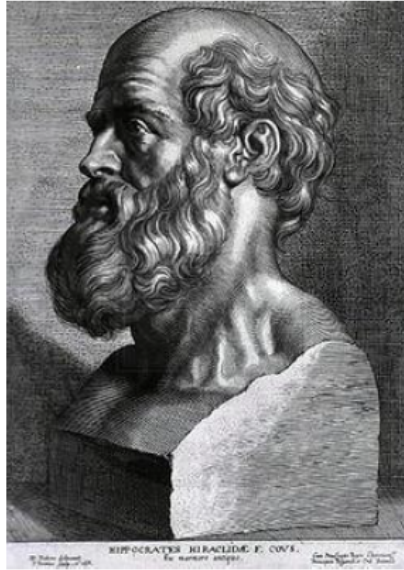
Aux copines de P1 : Sophie, Nelly, Lisa, Emilie et Mathilde, malgré nos chemins différents, on ne s'est pas quitté depuis l'amphi Hermann. Un vrai bonheur de se retrouver à chaque fois !

Aux copains de l'externat : Carole, Anais, Carla, Fleur , Max , Ali, Jeanjean, Paul qui me font regretter Lyon et nos soirées.

Aux copains de l'internat, d' Annecy à Grenoble, une belle équipe depuis le premier semestre: Lara, Virginie S , Virginie B, Jean Benj (et Léonie), Pierre, Mélissa, Aldric et les autres rencontrés par la suite ! Merci aux urgentistes d'Annecy pour m'avoir fait aimer cette spécialité : Tom, Rom, Arnaud, Ludivine, Cathy et tous les autres.

Mention spéciale **aux Argonautes**, le meilleur pour la fin, parce que j'ai découvert beaucoup avec vous (« Benjam? »), et qu'on a pas fini de partager du temps ensemble : Enora et Luc, et Lili et Bruno jamais bien loin, merci les copains !

A toi Michel, pour ton amour et ton soutien sans faille tout au long de ce travail. Merci d'avoir lu et relu, de m'avoir empêché de jeter cet ordinateur, et de m'avoir encouragé à chaque étape de cette thèse. Merci pour tout... à nous le Canada!



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	6
LISTE D'ABREVIATIONS.....	12
RESUME	13
INTRODUCTION.....	15
MATERIEL ET METHODE	19
1) Caractéristiques de l'étude et échantillonnage	19
2) Recueil des données.....	19
3) Analyse des données.....	22
RESULTATS.....	23
1) Analyse de l'échantillon.....	23
2) Analyse des entretiens	24
A. Le vécu des médecins lors d'une annonce de diagnostic complexe.....	24
1) Les difficultés rencontrées	24
(a) Particularités des situations d'urgence	24
(b) En fonction du destinataire	25
(c) En fonction du type d'annonce	27
(d) En fonction de la réaction du patient et de l'entourage	28
(e) En fonction de leur ressenti personnel.....	29
(i) Lors de l'annonce	29
(ii) A distance de l'annonce.....	30
2) Eléments aidant le praticien.....	31
(a) Le contexte de l'annonce.....	31
(b) L'expérience professionnelle	32
B. La formation par simulation à l'annonce de diagnostic complexe	33
1) Motivations et Appréhensions.....	33
2) La séquence simulée	35
3) Le débriefing.....	36
(a) Le rétro visionnage.....	36
(b) Le débriefing avec les comédiens.....	36
(c) Le débriefing avec les collègues	36
(d) Apport de la psychologue	36
C. La formation dans la pratique.....	37
1) Apport de la formation.....	37
(a) Immédiat.....	37
(b) A distance	37

(i) La relation médecin-patient.....	37
(ii) Apports personnels.....	39
2) Limites de la formation.....	41
DISCUSSION	42
1) Les limites de l'étude	42
2) Résultats dans la littérature	43
3) Perspectives	45
CONCLUSION.....	48
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES.....	52
Annexe n°1.....	52
Annexe n°2.....	53
Annexe n°3.....	55
Annexe n° 4.....	57
Annexe n°5.....	58
Annexe n°6.....	60

LISTE D'ABRÉVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CESU : Centre d'Enseignement en Soins d'Urgences

CHANGE : Centre Hospitalier Annecy-Genevois

CUMP : Cellule d'Unité Médico Psychologique

DDAC : Donneur Décédé après Arrêt Cardiaque

DSA : défibrillateur Semi-Automatique

FMC : Formation Médicale Continue

HAD : Hospitalisation A Domicile

LATA : Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives

MCS : Médecins Correspondants du SAMU

MOA : Médecin Organisateur d'Accueil

OPJ : Officier de Police Judiciaire

PAI : Plan d'Accueil Individualisé

PGHM : Peloton de Gendarmerie de Haute Montagne

SAUV : Salle Accueil des Urgences Vitales

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UPUM : Unité Post Urgences Médicales

RÉSUMÉ

L'annonce de diagnostic complexe est un enjeu pour le patient et le médecin. Elle va modifier de manière radicale le devenir du patient et correspond à un moment éprouvant pour le médecin. Cependant, la formation à la communication dans ce domaine est peu développée malgré la demande des médecins.

L'objectif principal de cette étude était de décrire le vécu des médecins face à l'annonce de diagnostic complexe et d'analyser l'apport d'une formation par simulation dans cette situation. Les objectifs secondaires étaient de repérer les difficultés et les éléments aidants rencontrés. Une étude qualitative a été menée auprès de médecins ayant participé à la formation « Annonce de diagnostic complexe » réalisée au Centre Hospitalier Annecy-Genevois entre novembre 2015 et mai 2017. L'analyse comportait des questionnaires distribués avant et immédiatement après la formation et quinze entretiens semi-directifs. L'ensemble des médecins était satisfait de la formation, notamment de la méthode par simulation avec des « Patients-Standardisés ». Les principales difficultés relevées dépendaient du propre ressenti du médecin, du contexte d'urgence, de certains types d'annonce, de la réaction du patient ou de son entourage. L'expérience professionnelle, la présence d'une tierce personne et l'adhésion du patient constituaient des éléments aidants dans l'annonce. De plus, les médecins ont apprécié ce temps d'échange et de partage d'expérience souvent absent de leur pratique quotidienne. Enfin, la formation à l'annonce de diagnostic complexe constituait majoritairement un apport dans leur pratique professionnelle. Ils souhaitaient qu'elle soit développée au cours de leur cursus.

Mots clés : Communication, relation médecin-patient, formation par simulation.

Summary

Complex diagnosis announcement is a challenge for both patients and doctors. The patient's future is going to radically change. This situation is stressful for doctors too. Communication training in this domain is not well developed despite doctor's wishes.

The study's aim was to describe doctor's experiences about serious diagnosis announcement and the provision of simulation training. Then, the difficulties and also the helpful elements during an announcement were studying.

A qualitative study was carried out among general practitioners and emergency doctors participating in the "Complex diagnosis announcement" training conducted at the hospital of Annecy-Genevois from November 2015 to May 2017. The analysis was based on a form given before and immediately after the training and fifteen semi-structured interviews conducted from May 2017 to July 2017.

Doctors were satisfied with the training, especially with the simulation method of using "standardized patients". The main problems of a complex diagnosis announcement depended on the doctor's own feelings, the emergency context, types of announcements, the reaction of the patient or relatives. Professional experience, the presence of a third person and the patient's agreement provided helpful elements during the announcement. Moreover, doctors appreciated the time to exchange and share experiences.. Unfortunately, this time often is absent from their practice.

Finally, most of the doctors feel like communication training is a contribution towards their professional practice especially to announce complex diagnosis. They want it to be developed in the university curriculum and in continuing medical education.

Key words : Communication, Patient doctor relationship, Simulation training.

INTRODUCTION

En médecine, l'annonce d'une mauvaise nouvelle se définit par un moment clé où l'information délivrée va modifier radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir (1). Cette situation est particulièrement éprouvante pour lui. L'annonce du diagnostic va bouleverser sa vie. La perspective de traitements lourds et de la mort peuvent alors faire surface.

De son côté, le médecin, habitué à soutenir et apporter des solutions aux problèmes rencontrés, prend alors le rôle d'« annonciateur de mauvaise nouvelle ». Cet acte, souvent mal vécu, est décrit par la plupart des médecins comme un moment de solitude et d'angoisse (2).

- **L'annonce de mauvaise nouvelle : Pourquoi est-ce important ?**

De nos jours, les patients exigent de connaître la vérité de la part du corps médical. Ils souhaitent être informés sur leur maladie, ses complications, les traitements et leurs effets indésirables. Ils veulent également participer à la prise de décision les concernant. Depuis les années cinquante, l'information délivrée au patient est encadrée par plusieurs textes de loi. En effet, la loi du 4 mars 2002 stipule que « hormis les cas d'urgences, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques des investigations et des soins qu'il lui propose de façon à y donner un consentement ou un refus éclairé ».

L'annonce d'un diagnostic grave est une situation fréquente et source de stress pour le médecin, notamment dans le domaine de l'oncologie mais également en médecine générale et médecine d'urgence. Souvent associée à un sentiment d'impuissance ou de culpabilité, elle le renvoie à sa propre peur de mourir, à la crainte d'être désapprouvé ou de faire mal. Un sentiment d'anxiété apparaît avant et pendant l'annonce (3), accentué par l'appréhension des

réactions imprévisibles et incontrôlables du patient et de leurs proches (4), par la peur de ne pas pouvoir répondre à leurs attentes ou celle d'être tenu pour responsable de la mauvaise nouvelle. Par ailleurs, il a été montré qu'une annonce correctement réalisée avait une incidence positive sur l'engagement du patient dans le processus thérapeutique (5) et sur la qualité de la relation médecin-patient qui allait en découler. Elle constitue donc un des piliers de la relation de confiance et de l'alliance thérapeutique entre le patient et le médecin.

- **La formation à la communication : une nécessité**

De plus en plus d'études confirment que l'aptitude du médecin à communiquer constitue une compétence clinique fondamentale dans sa pratique professionnelle. Cette habileté peut s'acquérir et est enseignée au cours de formation à la communication (6).

La formation à l'annonce d'une maladie grave a été initiée par Michael Balint dans les années cinquante avec la notion d'*Approche centrée sur le patient* (7). Depuis, beaucoup de travaux ont été réalisés sur ce sujet, notamment au Canada (pays pionnier dans la formation à la communication dans le domaine de la santé). Deux modèles conceptuels permettant d'encadrer l'apprentissage de la communication ont été développés :

- Un premier modèle inspiré du travail du Dr Moira Stewart centré sur le patient
- Un deuxième modèle *Guide d'observation Calgary Cambridge* inspiré des travaux du Dr Suzanne Kurtz développant une base de la consultation en cinq étapes (8).

En France, ces formations à la communication sont de plus en plus proposées au cours du cursus universitaire mais restent facultatives. Cependant, le défaut de formation à l'annonce de diagnostic complexe subsiste malgré la demande des étudiants et des médecins sur ce sujet. Ainsi, lors d'une réunion de l'Ordre National des Médecins en 2011, il a été souligné que les jeunes médecins étaient d'excellents ingénieurs médicaux mais avaient perdu leur humanité.

Deux options ont été alors proposées (9):

- Systématiser le compagnonnage
- Rendre obligatoire la formation à l'entretien médecin-patient.

• **La formation à l'annonce de mauvaise nouvelle**

L'objectif principal de ces formations est double : « Pour les malades, il s'agit de ne pas ajouter de la souffrance à la souffrance. Pour les soignants, il s'agit d'apprendre à mieux vivre un moment éprouvant et usant dans la durée. » (10). Les méthodes d'enseignement en communication sont de deux types : soit une formation traditionnelle via des enseignements magistraux, soit une formation interactive avec des jeux de rôle ou simulation.

La formation par simulation est un outil pédagogique actif et innovant, basé sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive. Elle est utile aussi bien dans la formation médicale initiale que continue afin de comprendre et éviter les erreurs humaines. Un rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2012 souligne cet objectif en une formule : « *Plus jamais la première fois sur un patient.* ». Il répond ainsi aux exigences de qualité et de sécurité de la société actuelle (11). La formation à la communication se développe avec la méthode par simulation humaine utilisant des Patients Simulés/Standardisés (PS). Les Patients Standardisés sont des comédiens formés à jouer l'histoire d'un patient de façon réaliste et dont le scénario est standardisé et reproductible. Cette méthode peut être employée pour enseigner ou évaluer différentes compétences des praticiens dans un contexte clinique simulé (réalisation d'une anamnèse, d'un examen physique ou d'autres connaissances). Elle permet via les PS de créer une dimension émotionnelle au cours de la séquence de simulation. Ils partagent et expriment le ressenti potentiel d'un patient en jouant son rôle et influencent ainsi la pratique du professionnel (11). La méthode par simulation a montré un bénéfice dans le domaine de l'annonce de mauvaise nouvelle et notamment celle d'une pathologie néoplasique

(12).

Dans la pratique de la médecine générale en ville et d'urgence, les annonces de diagnostic grave sont diverses et variées. Les difficultés rencontrées sont donc différentes selon le cas. Le savoir-faire et savoir-être du médecin requis au cours de ces situations ne sont pas enseignés au cours des études universitaires. Même si l'expérience professionnelle permet d'acquérir certaines compétences, la formation par simulation à l'annonce de diagnostic difficile constitue une méthode d'apprentissage complémentaire. Cependant, ce type de formation à la communication est peu développé pour les médecins généralistes et les urgentistes. Elles existent principalement dans certaines spécialités (oncologie, hématologie). Selon leur type d'activité, les médecins sont confrontés à différentes problématiques lors d'une annonce de diagnostic grave (temps limité de consultation, manque d'information sur la pathologie, absence de thérapeutique...). Ainsi, la rareté voire l'absence de formation sur ce thème interpelle. Cet enseignement semble nécessaire auprès de tous les médecins pour leur bien-être et celui de leurs patients. En effet, « il n'y a pas de bonne façon d'annoncer une mauvaise nouvelle mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres. » (13). Devant le retard de l'enseignement médical dans ce domaine en France, la formation à l'annonce de diagnostic complexe délivrée au Centre Hospitalier Annecy Genevois était novatrice. Elle ciblait principalement les médecins généralistes et urgentistes.

Cette étude qualitative avait pour objectif principal de décrire le vécu des médecins face à l'annonce de diagnostic difficile et d'analyser l'apport d'une formation à la communication par simulation. Les objectifs secondaires étaient de repérer les difficultés et les éléments aidants rencontrés par les médecins lors de ces annonces.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1) Caractéristiques de la population et échantillonnage

Une étude qualitative a été menée sur la période de janvier 2017 à juillet 2017 auprès de médecins ayant participé à la formation « Annonce de diagnostic complexe » proposée par le Centre d'Enseignement en Soins d'Urgence (CESU) du Centre Hospitalier Annecy-Genevois. Quatre séances de formation se sont déroulées sur la période novembre 2015 à mai 2017. Une fiche explicative sur le déroulement d'une journée-type se trouve en *Annexe 5*.

L'inclusion des sujets s'est effectuée sur la base du volontariat par mailing de janvier 2017 à juillet 2017. Un mail de relance a été envoyé en mars 2017 devant le faible taux de réponses. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu afin d'obtenir une diversité maximale au sein de notre échantillon (sexe, âge, années d'expérience, type de pratique).

Au vu de la question de recherche, la méthode qualitative paraissait être pertinente et la plus adaptée. Elle permettait d'accéder à la subjectivité des individus, en étant au plus près de la vérité du sujet. Pour cela, le chercheur adoptait une approche naïve et dépourvue d'hypothèses formulées (*Fernandez & Pedinielli, 2007*). De plus, l'utilisation de la liste de contrôle COREQ pour les recherches qualitatives a permis la vérification des bonnes pratiques pour la réalisation de ce travail (29 items validés sur 32) (14).

2) Recueil des données

Deux types de données ont été recueilli dans le protocole de l'étude :

Une première partie des données a été obtenu via deux questionnaires distribués aux médecins le jour-même de la formation :

- un questionnaire pré-formation (*Annexes 2*) ciblant les motivations, les appréhensions et les attentes des médecins vis-à-vis de la formation.
- un questionnaire post-formation (*Annexes 3*) permettant d'analyser le ressenti immédiat des participants à la fin de la formation.

Ces questionnaires étaient distribués après avoir donné une information orale claire et loyale sur l'objectif de l'étude, l'anonymisation des données et le principe du volontariat. Ils ont permis d'évaluer les niveaux 1 et 2 du modèle de Kirkpatrick (15). Le premier niveau appelé « réaction », s'intéresse à la satisfaction des participants. Le deuxième niveau mesure les connaissances et les compétences acquises via la formation. Cette première analyse a orienté le développement du premier guide d'entretien.

La deuxième partie des données a été réalisée à distance grâce à des entretiens semi-directifs individualisés menés par une des deux enquêtrices auprès des médecins. Ils étaient conduits en face-à-face afin de favoriser un lien de confiance et de confiance. Les entretiens étaient réalisés sur le lieu de travail, au domicile ou dans un lieu public (ex : café). Ils étaient enregistrés à l'aide d'un smartphone. Le consentement oral de chaque participant était recueilli après une information claire sur le déroulement de l'entretien, l'objectif de l'étude et leur propre droit. Il s'agissait d'un recueil de données anonymes. De plus, chaque participant pouvait interrompre l'entretien à tout moment et exiger la suppression de certaines informations. A noter, aucune demande de ce type n'a été formulée par les participants.

Un guide d'entretien a été rédigé initialement, puis modifié au cours de l'étude afin de réajuster les questions en fonction des premiers résultats obtenus (*Annexe 4*).

Les principales thématiques abordées avec le médecin au cours de l'entretien étaient :

- 1/ Le récit d'une annonce de diagnostic difficile vécue et les difficultés rencontrées
- 2/ Ses motivations et ses réticences à s'inscrire à la formation

- 3/ L'apport et les limites de la formation dans sa pratique quotidienne
- 4/ La notion de débriefing suite à une annonce de diagnostic complexe
- 5/ La place de la formation à la communication dans leur cursus

Les enregistrements vocaux étaient ensuite aussitôt retranscrits de manière précise de type verbatim (au mot à mot). Les signes para et non-verbaux notés durant l'entretien par l'enquêteur étaient également précisés.

Ce travail était conforme aux recommandations de la déclaration d'Helsinki. Une déclaration simplifiée à la commission nationale d'information et des libertés (CNIL) été réalisée le 19 janvier 2017 auprès du correspondant CNIL de l'université Grenoble Alpes. De plus, une fiche d'information a été envoyée par mail aux médecins ayant participé à la formation (*Annexe I*).

Cette deuxième phase a permis d'évaluer le troisième niveau du modèle de Kirkpatrick en étudiant les changements d'ordre comportementaux des participants dans leur pratique professionnelle suite à la formation.

3) Analyse des données

Les questionnaires pré et post-formation ont été analysés via une méthode quantitative avec l'utilisation du logiciel EXCEL afin de calculer des proportions.

Les entretiens semi-directifs ont été analysés via une méthode qualitative grâce à une approche phénoménologique. Une analyse thématique continue a été effectuée. Le but était de transposer, à partir du corpus d'entretiens, un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé qui s'intégrait dans notre problématique.

Les verbatims des entretiens ont été analysés et codés manuellement par les deux enquêteurs de façon indépendante. La triangulation des données a ensuite été réalisée en confrontant les deux analyses afin de décider d'une version consensuelle définitive.

La saturation des données était atteinte lorsque les données recueillies n'apportaient plus de nouveaux éléments à l'étude. Trois entretiens supplémentaires ont confirmé l'absence de nouvelles idées émergentes (16).

RÉSULTATS

1) Analyse de l'échantillon

Concernant la première partie des données, 16 questionnaires pré-formation sur 22 questionnaires transmis et 13 questionnaires post-formation immédiat sur 22 ont pu être traités. L'analyse de ces données a permis d'orienter le développement initial du guide d'entretien et est donc peu développée dans cette étude.

Concernant la deuxième partie du recueil, la population initiale cible comprenait la totalité des médecins ayant participé à la formation soit 22 médecins. La population finale de notre étude était de 15 médecins. 2 médecins ont été considérés comme refusant de participer à l'étude devant l'absence de réponse aux mails de recrutement. 5 médecins ayant répondu positivement n'ont pas été sollicités pour un entretien étant donné que la saturation des données avait été atteinte.

L'échantillon comprenait 11 femmes et 4 hommes. 11 médecins étaient urgentistes et 4 médecins exerçaient en tant que généralistes en maison médicale avec une part d'activité MCS. Sur le plan professionnel, la proportion des candidats en fonction du nombre d'années d'expérience est illustrée dans l'organigramme ci-dessous (*Figure1*).

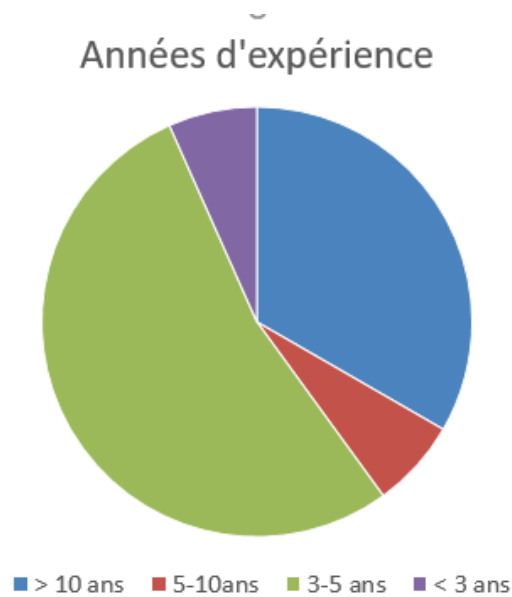


Figure 1

Les entretiens ont duré entre 12 minutes et 37 minutes avec une médiane de 23 minutes.

2) Analyse des entretiens

A. Le vécu des médecins lors d'une annonce de diagnostic complexe

1) Les difficultés rencontrées

(a) Particularités des situations d'urgence

Quel que soit leur mode de pratique, les médecins éprouvaient majoritairement des difficultés lors des annonces non programmées. Ils étaient confrontés à :

- Un lieu inapproprié

L'environnement était souvent inadapté (*M4 : « je l'ai fait en transit (silence). Ce qui est pas bien. », M1 : « Des fois, au pire, c'est dans le couloir. C'est vrai que c'est pas très bien, mais bon. »*).

- Un temps dédié limité

Le manque de temps et le défaut de disponibilité du corps médical altéraient la qualité de l'annonce (M11 : « *c'est compliqué parce que c'est une situation aigue, qu'on n'a pas les réponses, qu'on n'est pas du tout au bon endroit pour annoncer les choses correctement, qu'on n'a pas le temps non plus.* »)

- Une information limitée

Par manque d'information ou en absence de proposition thérapeutique immédiate, de nombreux médecins se sentaient désemparés et frustrés devant leur incapacité à répondre aux interrogations du patient (M9 : « *on n'a pas forcément l'information, j'ai pas les réponses à ses questions* », « *Aux urgences, moi, je propose quoi ? De les mettre dans un lit et qu'ils attendent de voir un pneumologue ?* »). Ainsi, la majorité des médecins estimaient que l'annonce en situation d'urgence était plus difficile que celle d'un diagnostic attendu et préparé en consultation (M12 : « *Enfin, c'est plus difficile les événements brutaux.* ») où ils se sentaient davantage prêts à répondre aux attentes du patient (M9 : « *c'est pas des choses qui traînent, qui traînent où ils sont un peu préparés* »).

- Une prise en charge ponctuelle

Le médecin n°15 était frustré de prendre en charge un patient uniquement à un instant t sans suivi par la suite. Il avait le sentiment d'un travail inachevé : « *j'ai un peu l'impression de... je vais pas dire « partir comme une voleuse », mais... le médecin du SMUR était là. Il a pris le relais* », « *et moi je repars en consultation, je repars à mon cabinet* » .

(b) *En fonction du destinataire*

- Annonce à un enfant

Intimidés, de nombreux médecins perdaient leurs repères et ne trouvaient pas les mots appropriés (M2 : « *tu sais pas trop quoi dire, comment dire...* »). Ils doutaient de leur aptitude à émettre un message clair et adapté au destinataire (M6 : « *j'arrivais pas à comprendre ce qu'elle allait comprendre, quels mots utiliser avec une gamine de 6 ans* »).

Parfois, l'annonce à l'enfant était même omise comme l'a raconté le médecin n°10. Il avait réalisé l'annonce du diagnostic grave concernant l'enfant seulement aux parents de celui-ci : « *je n'ai même pas pensé à lui expliquer plus que ça, mais bon... Parce que pour moi, il avait 13-14 ans et que je me suis dit qu'il avait peut-être pas besoin de... si il ne posait pas de question.* ».

- La barrière de la langue

Les médecins étaient déroutés lorsque la communication verbale avec le patient est limitée. Face à une maman malentendante, le médecin n°10 trouvait que la relation médecin-patient était biaisée par la difficulté à communiquer : « *elle laissait pas transparaître ses émotions de la même façon que quelqu'un d'autre parce que je pense qu'elle avait du mal à tout comprendre* ». Le médecin n°13 partageait également son désarroi : « *il a fallu que je répète trois, quatre fois avec des méthodes de plus en plus dégradées* ». Enfin, le médecin n°12 expliquait ses difficultés à réaliser une annonce dans une langue étrangère (« *C'était en anglais en plus* »).

- Lien avec le patient

Dans l'entretien n°7, le médecin était confronté à deux difficultés au cours d'une annonce à une collègue. Premièrement, de par sa profession de médecin, la patiente connaissait le

pronostic de la pathologie (« *elle a compris tout de suite que les carottes étaient cuites parce que... Elle savait ce qu'il en était quoi.* »). Deuxièmement, de par le lien d'amitié qui les liait, le médecin était déstabilisé pour réaliser l'annonce du diagnostic: « *J'ai balancé ça au téléphone, j'ai dit : « Ben écoute, j'y vais pas par quatre chemins ».* » et était empli de regrets (« *je culpabilisais* », « *J'étais très mauvaise dans l'annonce de diagnostic à ma collègue de travail.* »).

(c) En fonction du type d'annonce

- Annonce d'un décès

Pour les médecins, cette annonce était une des plus difficiles. L'émoi qu'elle suscitait chez l'entourage impactait directement le médecin (M2 : « *tu te prenais la charge émotionnelle des parents* »). De plus, le médecin n°3 trouvait l'annonce d'autant plus difficile à réaliser que la cause du décès lui était inconnue (« *c'était difficile de pouvoir dire : « Ben, je ne sais pas ce qui s'est passé et il est mort* ». »). Enfin, le médecin n°7 exprimait ses difficultés à trouver les mots justes et adaptés (« *Des fois, t'as tendance à tourner un peu autour du pot.* »).

- Annonce dans l'incertitude

Plusieurs des médecins exprimaient leurs difficultés de préparer le patient à un diagnostic sans avoir la preuve du diagnostic établie (M13 : « *J'arrive pas à dire que c'est probablement un cancer et qu'il faut s'y préparer* »).

- Annonce d'une limitation des thérapeutiques

L'annonce d'un arrêt des soins curatifs constituait une difficulté chez de nombreux médecins, autant vis-à-vis de la famille que du patient (M13 : « *c'est très difficile de l'amener sur la réflexion du soin palliatif parce qu'on sent qu'il ne rentre pas dans cette démarche-là.* »). Certains appréhendaient la réaction des familles car ils associaient l'annonce de soins palliatifs avec celle du décès proche du patient (M4 : « *Des fois, tu te dis que je veux pas que ça soit trop dur en leur disant donc je veux pas leur dire : « Votre maman risque de mourir. ». Bon, c'est quand même ça quand tu mets une limitation thérapeutique quoi.* »).

- Annonce d'une procédure de DDAC (Donneur Décédé par Arrêt Cardiaque)

Cette situation particulière a été régulièrement citée par les médecins pratiquant du SMUR. Tous appréhendaient d'y être confrontés (M1 : « *quelque chose qui me fait un peu peur comme demander à une famille un... don d'organe* »). D'autres, l'ayant déjà vécue, exprimaient leurs difficultés (M7 : « *c'est l'une des choses les plus difficiles qu'on fait en SMUR* »). Ils se sentaient tiraillés entre leur volonté de dire leur intention de DDAC à la famille et la peur de la réaction de l'entourage. Ils trouvaient cette annonce précoce et peu adaptée dans ces circonstances (M11 : « *j'trouve ça hyper compliqué d'aborder le don dans ce cas-là. De dire : « Bon, lui il a aucune chance mais on l'embarque car ses organes peuvent servir à quelqu'un d'autre ! ». Comment est-ce qu'on dit ça en urgence ? C'est pas possible.* »). Ils ressentaient un sentiment de trahison envers la famille (M11 : « *Quelque part, je lui mentais. Et c'était compliqué de trouver les mots.* », M5 : « *Et je m'étais senti mal à l'aise après en me disant : « Mais j'ai pas menti mais je n'ai pas dit.* » »).

(d) En fonction de la réaction du patient et de l'entourage

- L'agressivité

L'agressivité réactionnelle (physique/sonore/verbale) du patient ou de son entourage était souvent ressentie comme une agression personnelle par le médecin (M11 : « *je tremblais et je*

me suis isolé un instant et j'ai pleuré »). Les médecins n°11 et n°3 décrivaient des cas particulièrement violents (*M11 : « J'ai cru que la famille allait me frapper parce qu'ils ne comprenaient pas »*, *M3 : « il s'est mis à être très agressif... A hurler... A limite me repousser... »*). Cependant, l'empathie du médecin n°3 l'aidait à accepter cette situation : *« C'est ça le pire, c'est que je comprends cette réaction violente qu'ils ont car j'aurais probablement la même »*.

- Le déni, la sidération

Ce type de réaction déstabilisait les médecins (*M4 : « ils étaient complètement hermétiques... Ils comprenaient pas du tout ! »*). Ils doutaient alors de leur pratique et remettaient en cause leur capacité à communiquer (*M15 : « Comme si ils avaient pas percuté, ou comme si je sais pas... comme si l'information était pas encore passée quoi. »*).

(e) En fonction de leur ressenti personnel

(i) Lors de l'annonce

Le propre ressenti des médecins constituait un problème difficilement maîtrisable.

- Identification personnelle à la situation

Plus les médecins s'identifiaient au cas, et plus ils éprouvaient des difficultés à contenir leurs émotions (*M2 : « on est du même âge que la patiente et on a des gamins du même âge que la fille à qui on annonçait la mort de la mère. Donc, c'était... complexe. »*, *M5 : « Les situations qui m'ont le plus marqué, c'est les situations dans lesquelles je projetais des choses. »*).

- Débordement émotionnel

Quelquefois, ils n'arrivaient pas à maîtriser leurs émotions (M2 : « *Elle est partie en larme aussi. Tu vois ? On est sorti plusieurs fois.* », « *vu la charge émotionnelle, j'ai eu du mal à reparler* »). Cependant, le médecin n°2 ne pensait pas que la démonstration de ses émotions affectait la relation médecin-patient. Au contraire, c'était une preuve de soutien et d'empathie. (« *Le fait qu'on soit, nous aussi... heu... affectés émotionnellement par la situation heu... la famille, les gens à qui on parlait, nous en portaient pas rigueur, au contraire. (...)* »).

- L'absence d'émotion

A l'inverse, le médecin n°6 était perturbé de ne ressentir aucune émotion lors de situations d'annonce douloureuse : « *je me sens un peu... fautive de pas être triste* », « *je me dis : est-ce que je perds mon empathie ? Est-ce que je fais ça de manière automatique ?* ».

- Le déni

Dans le déni, deux médecins ont décrit des situations où ils n'acceptaient pas le diagnostic (M11 : « *j'étais en boucle sur : « Il peut pas mourir, il peut pas mourir* », M13 : « *quand on n'a pas envie de voir les choses, c'est encore plus dur de l'annoncer.* »).

(ii) A distance de l'annonce

Les médecins ont relaté facilement et avec précisions différents cas d'annonce de diagnostic difficile ayant eu lieu plusieurs années auparavant. Ils sont restés graver dans leurs mémoires (M3 : « *C'était il y a quand même il y a 8-9 ans et c'est vrai que ça me revient en tête.* », M11 : « *Et ces interventions-là, j peux en parler comme si c'était arrivé hier.* »). Ils se souvenaient davantage des émotions ressenties dans la situation que de certains détails pouvant sembler primordiaux (sexe, âge du patient..), (M3 : « *j'sais plus si c'était un jeune ou*

pas jeune.. non, ça devait être une dame ou un monsieur.. Enfin, tu vois je me rappelle même plus du sexe. », M12 : « c'est des situations difficiles, on en souffre. »).

Certaines annonces étaient vécues comme un traumatisme émotionnel (M15 : *« j'en ai fait des cauchemars pendant plusieurs semaines »*). D'autres laissaient place à un sentiment de culpabilité (M11 : *« j'aurais jamais dû dire ça. »*, M7 : *« j'ai quand même culpabilisé en me disant que j'avais été très probablement très mauvais (...) »*).

Ce vécu douloureux était d'autant plus dur qu'il n'était pas partagé : par manque de possibilités (M14 : *« Mais t'as personne à qui en parler. »*, M15 : *« si j'avais pu en parler après avec mon confrère, je pense que ça aurait pu désamorcer les choses... ou pas se transformer en cauchemar »*) ou par difficultés à s'exprimer (M11 : *« il y a toujours cette culpabilité de dire : « J'ai besoin d'en parler ». »*).

2) *Eléments aidant le praticien*

(a) *Le contexte de l'annonce*

- Une démarche médicale optimale

La prise de décision dans la connaissance médicale était un élément aidant le médecin (M13 : *« quand j'ai une certitude diagnostique et thérapeutique derrière, j'vais plus facilement aller vers l'explication »*). Par ailleurs, une prise en charge médicale optimale permettait au médecin n°6 d'accepter une annonce difficile (*« je me dis qu'on a tout fait. J'ai pas l'impression d'avoir merdé sur un truc. »*).

- L'adhésion du patient et de son entourage

Elle constituait un paramètre essentiel pour le médecin lors des annonces de limitation des soins thérapeutiques (M3 : « *ce qui va m'aider c'est si j'ai une idée de ce que le patient voulait* »).

- La décision collective

Davantage lorsque le médecin était peu expérimenté, l'approbation d'un tiers constituait un soutien pour l'annonce diagnostique (M13 : « *j'demande à un collègue (...) Ça permet quand même, même si je suis sûre de moi, d'avoir un deuxième avis et d'avoir une confirmation qui me permet de bien faire comprendre au patient* », M6 : « *Donc ce qui était cool c'est qu'on était deux pour décider d'arrêter la réa* »).

- La présence de l'équipe paramédicale

Plusieurs médecins du SMUR pensaient que la présence de l'infirmière lors de l'annonce de diagnostic constituait un soutien (M6 : « *Elle m'a soutenu parce qu'elle était là, de par sa présence* », M8 : « *ça rassure* »).

(b) L'expérience professionnelle

Elle constituait un atout majeur pour faire face aux situations délicates (M3 : « *ce qui te rend à l'aise, c'est l'expérience* », M8 : « *C'est avec l'expérience que j'ai pu mettre ça en place.* »).

B. La formation par simulation à l'annonce de diagnostic complexe

1) *Motivations et Appréhensions*

D'après les questionnaires préformation :

MOTIVATIONS	Nombre de participants
Apprendre à utiliser les bons mots	16
Apprendre à gérer ses émotions et celles du patient	11
Connaître et se préparer aux réactions possibles des patients	7
S'entraîner	5

Figure 2: Motivations des 16 participants

Sur les 16 questionnaires pré-formation, 10 médecins n'avaient jamais assisté à une formation à la communication. Aucun des médecins connaissaient la méthode par simulation avec des Patients Standardisés.

D'après les entretiens semi-directifs :

- Un sujet important

Les médecins considéraient que la communication était la base de l'alliance thérapeutique et de la relation médecin-patient (M5 : « *Parce que la façon dont on dit les choses aux gens, ça change tout.* », M3 : « *les situations complexes des urgences se complexifient parce que en fait, on a mal communiqué depuis le départ* »). Elle était omniprésente dans leur profession (M11 : « *c'est un métier particulièrement humain.* », M7 : « *Alors surtout dans notre métier, où en SMUR tu fais ça toute la journée d'annoncer des décès...* »).

Cependant, la majorité des médecins exprimaient un manque de formation sur ce thème au cours de leur cursus (M2 : « *ce qui m'a intéressé dans cette formation, c'est qu'on n'a pas de formation.* », M11 : « *on était lâché du jour au lendemain sans jamais nous dire comment réagir* »).

- Appréhension de certaines situations difficiles

D'autres espéraient trouver une réponse à leurs difficultés (M11 : « *plus ça va, plus je me dis mais qu'est-ce que je dois faire, qu'est-ce que je dois dire.* ») ou face à des situations appréhendées comme l'annonce d'un décès (M15 : « *la mort, ça reste toujours un sujet difficile à aborder quoi* »), d'un DDAC...

- Un moment d'échange

Pour le médecin n°8, la formation a constitué un temps d'échange et de réflexion sur sa pratique médicale : « *avoir un temps où tu as un peu de recul sur ce que tu fais et sur des situations* ».

- La réassurance

Certains cherchaient à être rassurer sur leur pratique (M4 : « *pour voir si justement la façon dont je faisais c'était cohérent ou pas, si c'était la bonne manière de faire.* », M5 : « *dans la vraie vie, on sait jamais si on fait bien ou pas. Et ça, c'est important pour se remettre en question* »).

- Simulation et rétrovisionnage

Le jeu de rôle avec rétrovisionnage était pour la plupart des candidats une méthode inconnue et appréhendée (M3 : « *La seule réticence que j'avais c'était « Mon dieu, j'veis me voir filmé et j'veis me voir à la vidéo* », M12 : « *ça me faisait peur la méthode d'enseignement en jeu de rôle* »).

- Peur du jugement

Ils appréhendaient le regard et les critiques de leurs collègues sur leur pratique (M11 : « *j'avais peur du jugement de mes collègues* »).

2) La séquence simulée

Tous les médecins ont été favorables à l'utilisation d'une méthode par simulation (M8 : « *fabuleux* », M14 : « *Je trouve ça excellent !* »).

- Réalisme de la séquence simulée

La majorité des médecins ont trouvé la séquence de simulation réaliste et proche de leur pratique quotidienne (M12 « *j'ai été bluffé parce qu'en rentrant dans la salle, en quelques secondes, j'ai déconnecté le fait que j'étais dans un jeu de rôle et j'étais dans une situation.* », M5 « *même si c'est une simulation, je ressentais vachement les choses.*). En effet, les comédiens n'appartenaient pas au milieu médical et avaient donc un statut proche du patient rencontré dans la réalité (M2 : « *les comédiens qui jouent le rôle de patient, dans la vie privée, ils sont des patients.* », M4 : « *Ca faisait beaucoup plus réel que quand c'est l'un de nous qui joue un rôle* »). Seul le médecin n°7 trouvait que certaines réactions des comédiens étaient un peu extrêmes par rapport à la réalité : « *les gens, ils sont quand même rarement hystériques comme elle l'est à la formation.* ».

Par ailleurs, la salle de simulation était adaptée et n'influçait pas les médecins (M3 : « *l'environnement, il passe à l'as* »).

- Une temporalité non respectée

Certains trouvaient que le décalage entre la temporalité de la simulation et des situations réelles constituait un biais (M7 : « *il y a pas le côté speed de la vie réelle*», M10 « *tu peux pas faire la temporalité correctement.* »).

- Un partage des pratiques

Le visionnage de la séquence simulée par les médecins-observateurs leur faisait découvrir différents savoir-faire (M9 : « ça permet de voir comment les gens s'expriment (...) on a tous notre façon de faire »).

3) Le débriefing

(a) Le rétro visionnage

La possibilité de se voir jouer permettait aux médecins de se juger eux-mêmes (M5 : « c'est ça qui nous permet de nous remettre en question. Ça fait pas du bien à l'égo mais ça fait du bien à notre pratique », M14 : « je trouve ça gênant, désagréable mais instructif et je trouve ça trop bien. »).

(b) Le débriefing avec les comédiens

Tous les médecins étaient intéressés de connaître le ressenti des comédiens après la séquence simulée. C'est une vision qu'ils n'avaient jamais eue dans leur pratique (M11 : « ils peuvent nous dire ce qu'ils ressentent eux en tant que entre guillemet « personne lambda » », M13 : « Ça apporte un ressenti de gens qui sont pas des médecins, qui ont pas de biais de réflexion de médecin »).

(c) Le débriefing avec les collègues

Certains médecins ont apprécié de connaître leurs avis sur leur pratique (M7 : « j'trouvais ça intéressant qu'il y ait un regard extérieur, un retour sur ce que tu fais. »). Ils ont trouvé l'ambiance sereine et ouverte à l'échange (M12 : « participation vraiment dans la décontraction sans crainte »), excepté le médecin n°6 qui s'est senti critiqué (« ça m'avait un peu saoulé leurs réflexions à eux »).

(d) Apport de la psychologue

Elle a permis de partager une approche différente des situations cliniques et de la psychologie du patient (M9 : « une vision un peu différente, moins cartésienne peut-être, un peu plus... freudienne », M12 : « un regard beaucoup plus heu.. affiné sur les choses »).

C. La formation dans la pratique

1) Apport de la formation

(a) Immédiat

Sur les 13 médecins ayant répondu au questionnaire post-formation : 10 se sentaient plus à l'aise pour annoncer un diagnostic complexe, 2 n'avaient pas d'opinion et un médecin pensait que cela dépendait de la situation. 9 médecins se disaient « très satisfaits » de la formation et 4 étaient « satisfaits ». Ils désiraient tous renouveler l'expérience.

Par ailleurs, les médecins ont relevé quelques changements à réaliser dans leur pratique professionnelle : utiliser des méthodes de communication comme le choix de mots clairs, la reformulation et favoriser la présence d'une tierce personne. Le lieu n'a pas été noté comme un point primordial de la consultation d'annonce. De plus, utiliser la posture en miroir, dire que ce que l'on sait, ne pas tenter de déculpabiliser étaient des points importants retenus de la formation.

Cependant, à la grande déception de certains médecins, plusieurs types d'annonce n'ont pas été traitées : annonce à un enfant, consignes de LATA en situation de détresse respiratoire aiguë, annonce d'un décès à une famille revendicatrice, annonce d'un suicide, annonce par téléphone.

(b) A distance

(i) La relation médecin-patient

- La communication verbale

Pour les participants, cette formation constituait avant tout une éducation à la communication (M1 : « *J'ai pas annoncé un diagnostic particulier (...) Mais, cette formation-là m'a quand même apporté des outils* »).

Les principales idées retenues étaient :

- Ne pas faire de métaphores, de périphrases (M8 : « *d'être hyper clair* », M2 : « *Sans faire des métaphores qui font que ça acte pas.* ») avec notamment l'importance de dire le mot « mort » (M2 : « *Faut pas essayer de faire des images « décédé, parti, c'est fini.* » tout ça. Car ça n'acte pas la mort et les gens ont besoin qu'on acte la mort même si c'est dur. »),
- Faire reformuler (M8 : « *m'assurer que les gens ont bien compris* »),
- Ne pas mentir (M7 : « *d'être cash avec les gens* »),
- Accepter de savoir dire « je ne sais pas » (M5 : « *on a le droit de dire qu'on ne sait pas* »).

- La communication non-verbale

De nombreux médecins ont découvert lors de la formation l'importance du langage non-verbal dans la relation médecin-patient (M11 : « *je sous-estimais le langage non verbal* »).

Les points essentiels retenus étaient :

- Etre dans l'écoute (M11 : « *Plus attentionné à leurs questions, plus attentionné à leur silence aussi.* »)
- Etre en position d'égalité (M1 : « *prendre le tabouret, s'asseoir pour être au même niveau que lui* »)
- Respecter les silences (M2 : « *c'est de savoir heu... garder des blancs.* »)

- Etre empathique (M5 : « *L'attitude empathique, c'est un grand mot, mais c'est important* »)

(ii) Apports personnels

Dans l'ensemble, les médecins étaient satisfaits de cette formation (M13 : « *j'ai adoré la formation.* »). Les points positifs relevés étaient :

- La réassurance

Elle les a rassurés dans leur pratique (M9 : « *Ca m'a conforté, réconforté dans certaines choses* »). Certains ont été soulagés de ne pas être seul en difficultés (M14 : « *(...) il y avait beaucoup de défauts. Mais qu'il y avait pas que moi, tout le monde avait des défauts.* »).

- Un temps d'échange et de partage

La formation était pour les médecins, un moment de partage sur leur pratique professionnelle (M9 : « *C'est toujours une ouverture d'esprit quoiqu'il arrive, un moment de réflexion et d'échange* »). Certains médecins ont découvert différentes façons de faire en visionnant les collègues en simulation (M9 : « *ça permet de voir comment les gens s'expriment* ») ou en écoutant les différents points de vue (M7 : « *j'trouve le vrai plus de ce truc, c'est qu'il y a des gens qui te regardent faire.* »).

Par ailleurs, la présence de personnes appartenant à différents métiers du corps médical enrichissait les échanges entre les professionnels (M14 : « *je pensais pas que ça pouvait être un soulagement pour les deux en fait, d'être ensemble.* »).

- Tolérance et compréhension envers le patient

Prise de conscience du fossé entre la réalité du patient et celle du médecin (M11 : « *on est dans la même situation à l'instant « t » mais on n'est pas du tout dans les mêmes*

préoccupations »). Ils étaient alors davantage tolérants face aux patients (M4 : « *tu comprends mieux les réactions* »).

- Une référence

Dans leurs pratiques quotidiennes, la formation devenait une référence (M4 : « *quand je vais avec un interne pour ce genre d'annonce aussi, et ben du coup, ça m'aide. Tu vois ? Je lui dis que j'ai suivi une formation et qu'ils ont vraiment insisté sur ça et ça* »).

- Un entraînement

Confrontés lors de la formation à des situations inconnues ou appréhendées (M1 : « *ce qui est bien que ça nous expose à des situations pour laquelle on n'a pas encore été.* »), les médecins se sentaient alors davantage préparés le jour J tel que dans l'entretien n°4 : « *quand tu as déjà entendu les choses une fois ou quand tu as déjà vu les choses en simulation une fois, ça t'aide.* » ou tel que le raconte le médecin n°1 : « *je me suis resservi des éléments de la formation (...) et au final, étant donné qu'on avait déjà été... eu une situation à peu près identique en simulation.* ». La méthode par simulation leur permettait d'acquérir de l'expérience en étant confronté à des situations proches de la réalité (M1 : « *ça permet de... Bah, d'acquérir de l'expérience, qu'on pourrait pas acquérir en si peu de temps quoi* »).

- Apprentissage de la psychologie

Certaines notions de psychologie, inconnues des médecins, ont été abordées. Le médecin n°2 a notamment retenu qu'il ne fallait pas tenter de déculpabiliser l'entourage d'une personne décédée : « *on se rend compte que la culpabilité ça aide un peu les gens à supporter au moins le deuil dans une première phase.* », « *si les gens se raccrochent à la culpabilité et sentent maîtriser des choses, ça les aide à tenir.* ».

2) Limites de la formation

Toutefois, les médecins ont noté quelques limites à cette formation. Elle n'a pas forcément répondu à leurs questions (*M3 : « J'sais pas comment j'm'en débrouillerai pour autant », M11 : « Et, je suis toujours aussi embêté. »*) pour plusieurs raisons :

- Chaque situation était unique, non-reproductible avec des variables non-prévisibles. Par exemple : la personnalité du médecin (*M9 : « moi je pense que c'est quelque chose de très personnelle l'annonce de diagnostic. »*), le contexte (*M11 : « chaque situation est différente, chaque décès est différent »*), l'humeur du médecin le jour « j » (*M11 : « on vit les situations probablement en fonction de notre état d'esprit au quotidien. »*),
- Une absence de scénario établi (*M14 : « la formation, c'est pas te dire qu'il faut faire « ABC », c'est de te donner un fil conducteur »*),
- Des cas cliniques non abordés (*cf paragraphe IV-A « Ressenti immédiat »*).

De plus, peu de nouvelles connaissances ont été apportées par cette formation d'après le médecin n°6 (*« Personnellement, je l'avais déjà appris à mon stage au SAMU »*) ou peu de souvenirs subsistent pour d'autres (*M6 : « j'en ai pas grand souvenir honnêtement. »*).

DISCUSSION

Dans cette étude qualitative, le vécu des médecins a souvent été décrit comme difficile et éprouvant lors d'annonce de diagnostic complexe. Via la formation par simulation réalisée au CESU du CHANGE à ce sujet, les médecins se sont sentis davantage prêts à être confronté à ces situations. Différents types de difficultés ont été relevés dépendant de plusieurs paramètres (expérience personnelle, type d'annonce, contexte ou encore en fonction du destinataire..). Des éléments aidants ont également été relevés et des outils enseignés (communication non verbale, l'apprentissage de mécanismes de défense..). Ce temps d'échange et de partage avec les Patients Standardisés, et les collègues en présence d'une psychologue a permis d'analyser et d'appréhender des situations jusqu'alors problématiques .

1) Les forces et limites de l'étude

La méthode qualitative est une méthode de recherche rigoureuse répondant à des critères de qualité. Ils sont répartis en trois domaines selon les lignes directrices COREQ : équipe de recherche et de réflexion, conception de l'étude, analyse et résultats. Dans cette étude, 29 critères sur les 32 proposés ont pu être remplis (14).

Dans cette étude, une limite de type biais de désirabilité peut être discutée. En effet, étant donné que le directeur de thèse faisait parti des initiateurs de cette formation, les médecins interrogés pouvaient penser que les investigateurs désiraient avoir des retours positifs vis-à-vis de la formation. Par ailleurs, il était possible que les participants connaissent l'investigateur, en ayant travaillé ensemble par le passé. Afin de contrôler cette limite, les investigateurs les informaient clairement à chaque entretien que ce travail était indépendant. Leur position neutre et l'absence de conflit d'intérêt par rapport à cette formation étaient précisées.

Par ailleurs, l'analyse des entretiens peut présenter une limite d'investigation. En effet, il s'est interrompu lorsque la saturation des données était atteinte et non en fonction de la taille de l'échantillon. Cinq médecins n'ont donc pas été sollicités étant donné que la saturation des données avait été atteinte au bout du douzième entretien et contrôlée par 3 entretiens de plus.

La validité interne de l'étude implique de vérifier que l'observation faite par le chercheur est fidèle à la réalité. Ainsi, via la triangulation des données, les deux investigateurs ont analysé de façon la plus objective possible les entretiens en limitant l'interprétation personnelle des données.

Certains entretiens étaient relativement courts mais des entretiens plus longs auraient limité les médecins très occupés à participer à notre étude.

2) Résultats dans la littérature

Selon l'étude, les médecins pensaient que la communication et notamment l'annonce de diagnostic complexe constituait un aspect essentiel de leur pratique à la base de l'alliance thérapeutique et de la relation médecin-patient. Dans la littérature, il est également décrit que ce temps d'annonce initie une relation engageant le médecin et le patient dans l'histoire d'une maladie à vivre ensemble (13) (17).

De façon similaire à la littérature (18), une majorité des médecins interrogés n'avait jamais assisté à une formation à la communication dans le passé et considéraient cela comme un manque dans leur cursus. Source de stress, chaque annonce diagnostique était vécue comme un traumatisme pour le médecin (12). L'analyse d'entretiens menés auprès de 15 internes par Dosanjh, Barnes et Bhandan (19) a également révélé l'existence de nombreuses appréhensions des participants face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle : peur d'être maladroit lors de l'annonce, de faire des erreurs, de ne pas être compris. Dans notre étude, ces

craintes se sont révélées être les principales motivations des médecins à s'inscrire à la formation du CHANGE.

Pour les médecins ayant déjà participé à une formation à la communication, la simulation constituait la méthode la plus appropriée. Elle leur permettait de les préparer davantage à différents types de situation et aux difficultés rencontrées dans leur pratique quotidienne. De plus, l'intervention de comédiens lors de la simulation et le développement d'un temps de rétrovisionnage lors du débriefing étaient novateurs pour tous. Suite à la formation sur l'annonce de diagnostic complexe proposée au sein du CHANGE, les médecins avaient remarqué plusieurs apports dans leur pratique: gain en aisance dans la communication, réassurance, appréhension de notions de communication verbale et non-verbale. Ils se sentaient davantage prêts à être confrontés à certaines situations qu'ils appréhendaient jusque-là. Dans la littérature, l'étude qualitative "Feedback on video recorded consultations in medical teaching : why students loathe and love it" (20) a également montré que la méthode par rétrovisionnage permettait de rassurer et donner confiance à des étudiants en médecine sur leur pratique professionnel. De plus, les médecins se sentaient plus tolérants vis-à-vis des différentes réactions du patient lors d'une annonce. En effet, via les débriefings avec les comédiens et la psychologue, ils avaient acquis des notions de psychologie notamment sur les différents mécanismes de défense possible du patient. Dans l'étude de Peterson et Porter (21), les participants estimaient avoir amélioré leur pratique et se sentaient davantage préparés à être confrontés à annoncer une mauvaise nouvelle.

Cependant, quelques difficultés subsistaient dans les situations d'urgence et selon certains types d'annonce (à un enfant, annonce d'un décès, d'une limitation de soins thérapeutiques, d'un DDAC...) ou en fonction des réactions du patient ou de son entourage. De plus, le ressenti émotionnel du médecin lors d'une situation complexe constituait souvent un

paramètre imprévisible difficilement maîtrisable. Ces difficultés s'intégraient complètement dans les trois types de facteurs illustrant le terme « effet Mum » (réticences par les médecins à donner une mauvaise nouvelle) décrit dans l'étude de Merker, Hanson, et Poston (22) :

1. Le coût psychologique de la transmission de la mauvaise nouvelle
2. Les préoccupations du messenger à l'égard du récepteur (réactions émotionnelles à l'annonce de la mauvaise nouvelle)
3. Les préoccupations liées aux normes sociales régissant la transaction (obligations personnelles du messenger, la nature de la relation entre le messenger et le récepteur, le devoir d'aider)

La formation donnait donc un fil conducteur aux participants mais ne répondait en aucun cas à toutes leurs interrogations. En effet, chaque situation d'annonce reste un cas unique avec des variables non maîtrisables, non prévisibles et non reproductibles auquel le médecin doit répondre et s'adapter.

3) Perspectives

- **Généralisation de la formation à l'annonce de diagnostic complexe**

Les niveaux 1, 2 et 3 du modèle de Kirkpatrick ont été évalués au cours de cette étude. Il serait intéressant d'évaluer le niveau 4 permettant d'évaluer la formation en elle-même et l'impact de la session de simulation sur la prise en charge des patients via les nouvelles acquisitions de chaque médecin. Dans la littérature, l'étude "Emergency medicine resident crisis resource management ability : a simulation-based longitudinal study" (23) montrait un apport significatif de la formation par simulation uniquement dans l'année suivante chez des étudiants en médecine. L'étude de Ibrahim et Maalouly (12) montrait une amélioration uniquement théorique des candidats dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle après une

formation aux techniques de communication. Aucune différence n'avait été notée dans la pratique. Enfin, dans l'étude de Perrain et al. (18), les médecins qui se sentaient à l'aise face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle étaient plus nombreux à avoir reçu une formation spécifique que ceux qui se sentaient en difficulté.

Le développement des formations à la communication tant au niveau du cursus universitaire qu'au cours de la formation médicale continue est en cours dans différents centres de simulation. Pour exemple, la Faculté de Médecine de Grenoble propose des formations à la communication sur ce type de sujet aux étudiants en 1^{er} et 2^{ème} cycle sous l'initiative du Pr Chaffanjon (chirurgien thoracique au CHU).

- **Le débriefing : un temps négligé**

Au cours des entretiens, le débriefing constituait pour les médecins un temps primordial d'échange et de partage permettant d'extérioriser leurs émotions. Confrontés à des situations délicates et à des annonces de diagnostics difficiles, leur moral et leur vie personnelle étaient souvent impactés. Malheureusement, ce temps était souvent absent de leur pratique par banalisation, défaut d'organisation, sentiment de honte, individualité ou défaut d'écoute. Quand il existait, les principaux interlocuteurs s'avéraient être les collègues, l'équipe paramédicale, les proches ou le psychologue. Au Québec et au Canada, des études ont rapporté un nombre croissant de médecins ayant recours à un dispositif d'aide aux médecins avec une véritable satisfaction (24). En effet, la PAMQ (Programme d'Aide aux Médecins du Québec) offre avec empathie une aide discrète et professionnelle aux médecins et aux étudiants avec pour valeurs fondamentales le « caring » et la confidentialité. Il s'agit d'entretien avec un médecin conseil de la PAMQ par téléphone ou en direct pour raconter ses difficultés et établir un plan d'action si besoin. En France, le débat sur le sujet est très présent mais sans dispositif instauré pour l'instant. Dans l'étude, la majorité des participants insistait

sur la nécessité d'améliorer l'organisation de ces temps de parole de façon systématique ou à la demande. La présence d'une psychologue pouvait être utile.

CONCLUSION

L'annonce d'une mauvaise nouvelle représente un moment clé dans le parcours de soin d'un patient. Souvent entendue comme une menace de mort chez les patients, elle peut être vécue comme un traumatisme. Cependant, même si le diagnostic est difficile à entendre pour les patients, elle est tout aussi complexe à dire pour les médecins. Ainsi, des formations à la communication sont actuellement en train de se développer afin d'aider le médecin à réaliser ces annonces et diminuer la souffrance qu'elle suscite. Cette étude s'est intéressée au vécu des médecins face à l'annonce de diagnostic complexe et à l'impact d'une formation à la communication par la simulation dans leur pratique professionnelle.

Elle a permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et urgentistes face à l'annonce d'un diagnostic difficile. L'annonce en situation d'urgence, le destinataire, sa réaction ou celle des proches et surtout le propre ressenti du médecin sont des facteurs décisifs lors de l'annonce. Par ailleurs, les éléments aidants relevés dans l'étude étaient liés à l'adhésion du patient et de la famille, l'existence d'un rationnel médical, la présence d'une tierce personne (collègue médecin ou équipe paramédicale) et l'expérience personnelle propre du médecin.

La formation à l'annonce de diagnostic complexe a été appréciée par l'ensemble des médecins interrogés. En effet, la méthode par simulation avec la participation de comédiens jouant des patients standardisés a fait l'unanimité. Par l'apport d'outils de communication, de notion de psychologie, d'échange de pratiques et de ressentis, les médecins se sont sentis rassurés dans leur manière de faire et davantage prêts à réaliser des annonces de diagnostic. Cette formation constituait également un temps de partage pour les médecins sur les difficultés rencontrées et leur vécu émotionnel. Ces temps de débriefing quasi-absents de leurs pratiques quotidiennes

étaient perçus comme essentiels. Ils leur permettaient d'échanger sur des cas complexes et douloureux et participaient ainsi à préserver leur bien-être au travail.

Le développement de centres de simulation dans différents établissements hospitaliers ou universitaires constituerait un projet prometteur afin de généraliser progressivement ce type de formation au cours des études de médecine et de la formation médicale continue.

THÈSE SOUTENUE PAR : Marion BREILLAD et Sarah CHAPEL

TITRE :

**ANNONCE DE DIAGNOSTIC COMPLEXE :
VECU DES MEDECINS ET APPORT D'UNE FORMATION
A LA COMMUNICATION PAR SIMULATION**

CONCLUSION :

L'annonce d'une mauvaise nouvelle représente un moment clé dans le parcours de soin d'un patient. Souvent entendue comme une menace de mort chez les patients, elle peut être vécue comme un traumatisme. Cependant, même si le diagnostic est difficile à entendre pour les patients, elle est tout aussi complexe à dire pour les médecins. Ainsi, des formations à la communication sont actuellement en train de se développer afin d'aider le médecin à réaliser ces annonces et diminuer la souffrance qu'elle suscite. Cette étude s'est intéressée au vécu des médecins face à l'annonce de diagnostic complexe et à l'impact d'une formation à la communication par la simulation dans leur pratique professionnelle.

Elle a permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et urgentistes face à l'annonce d'un diagnostic difficile. L'annonce en situation d'urgence, le destinataire, sa réaction ou celle des proches et surtout le propre ressenti du médecin sont des facteurs décisifs lors de l'annonce. Par ailleurs, les éléments aidants relevés dans l'étude étaient liés à l'adhésion du patient et de la famille, l'existence d'un rationnel médical, la présence d'une tierce personne (collègue médecin ou équipe paramédicale) et l'expérience personnelle propre du médecin.

La formation à l'annonce de diagnostic complexe a été appréciée par l'ensemble des médecins interrogés. En effet, la méthode par simulation avec la participation de comédiens jouant des patients standardisés a fait l'unanimité. Par l'apport d'outils de communication, de notion de psychologie, d'échange de pratiques et de ressentis, les médecins se sont sentis rassurés dans leur manière de faire et davantage prêts à réaliser des annonces de diagnostic. En toute logique, cette formation via la simulation constituait également un temps de partage sur les difficultés rencontrées par les médecins et leur vécu émotionnel. Ces temps de débriefing étaient perçus comme essentiels. Ils permettaient à chacun d'échanger sur des cas complexes et douloureux et ainsi, à préserver leur bien-être au travail. Cependant, au grand regret des médecins, ces moments sont souvent omis dans la pratique quotidienne.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 01/12/17

**LE DOYEN
DE L'UFR DE MÉDECINE**

Four la Présidence
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul ROMANET

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
JURY DE MÉDECINE**



Pr. Françoise CARPENTIER

BIBLIOGRAPHIE

1. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J Clin Res Ed*. 1984 May 26;288(6430):1597–9.
2. Aubert-Godard A, Scelles R, Gargiulo M, Avant M, Gortais J. Des médecins parlent de leur expérience de l'annonce. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2008 Dec;56(8):524–9.
3. Shaw J, Brown R, Dunn S. The impact of delivery style on doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Educ Couns*. 2015 Oct;98(10):1255–9.
4. Baile WF. SPIKES--A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*. 2000 Aug 1;5(4):302–11.
5. Y. Libert Affiliated with, Unité de psycho-oncologie, institut Jules-Bordet, ULB, Email author, , C. Reynaert. Les enjeux de la communication médecin-patient et l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin. 2009 Sep;3(3):140–6.
6. Canada, Santé Canada, Initiative canadienne sur le cancer du sein. Outils de communication II: la communication efficace-- à votre service. Ottawa: Santé Canada; 2001.
7. Balint M. *The Doctor, his Patient and the Illness*. England: Pitman Medical; 1980.
8. Kurtz S, Draper J, Silverman J. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. *Medecine et hygiene*. 2010. 311 p.
9. Saint-Dizier de Almeida V. Comment améliorer la compréhension de l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux. *Activites [Internet]*. 2013 Oct 15 [cited 2017 Aug 1];10(2). Available from: <http://activites.revues.org/740>
10. Bettervy F., Dufranc C., Hofman G. Critères de qualité de l'annonce du diagnostic : point de vue des malades et de la Ligue nationale contre le cancer. 2006;3(2):67–72.
11. HAS. Evaluation et guide de bonnes pratiques: Simulation en santé. www.has-sante.fr; 2012.
12. Ibrahim T, Maalouly G, Nemr E, Haddad E, Yazbeck C, Haddad F. Étude préliminaire des effets à court et long terme d'un dispositif de formation à la communication d'une mauvaise nouvelle. *Pédagogie Médicale*. 2013 Aug;14(3):187–201.
13. Moley-Massol I. *L'annonce de la maladie, une parole qui engage*. Paris: DaTaBe; 2004. (La Pratique).
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Sep 16;19(6):349–57.
15. Granry JC, Moll MC MM. Rapport de mission : État de l'art (national et international) en

matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins [Internet]. Paris: HAS; 2010 Jan p. 110.

16. Blanchet A, Gotman A, De Singly F. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Edition Nathan. Paris; 1992. 127 p.
17. Misery L., Chastaing M. Information du patient et annonce du diagnostic de maladie grave. *La revue de Médecine Interne*. Elsevier. 2005 Dec;P 960–5.
18. Perrain A, Kousignian I, Dauchy S, Duponchel P, Cahn JY, Colombat P. Les difficultés d'annoncer la maladie grave pour les hématologistes français. *Hématologie*. 2009 Mar;15(2):161–7.
19. Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ*. 2001 Mar;35(3):197–205.
20. Nilsen S, Baerheim A. Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it – a focus-group based qualitative study. *BMC Med Educ* [Internet]. 2005 Dec [cited 2016 Nov 13];5(1).
21. Peterson EB, Porter MB, Calhoun AW. A Simulation-Based Curriculum To Address Relational Crises in Medicine. *J Grad Med Educ*. 2012 Sep;4(3):351–6.
22. Merker BM, Hanson WE, Poston JM. National Survey of Psychologists' Training and Practice in Breaking Bad News: A Mixed Methods Study of the MUM Effect. *J Clin Psychol Med Settings*. 2010 Sep;17(3):211–9.
23. Clarke S, Horeczko T, Carlisle M, Barton JD, Ng V, Al-Somali S, et al. Emergency medicine resident crisis resource management ability: a simulation-based longitudinal study. *Med Educ Online*. 2014 Dec 9;19(0).
24. Blais R, Safianyk C., Magnan A, Lapierre A. Physician, heal thyself Survey of users of the Quebec Physicians Health Program. *Coll Fam Physicians Can*. 2010 Oct;56(10):383–9.

ANNEXES

Annexe n°1

Fiche d'information aux médecins

Vous avez participé à une formation à la communication appelée « Annonce complexe » organisée par Docteurs GHENO et POLES sur le site du CHANGE. Votre expérience nous intéresse !

Nous sommes deux thésardes de Médecine Générale, Marion BREILLAD et Sarah CHAPEL. Nous réalisons une étude sous la direction du Docteur Jérôme LOUIS sur cette formation à laquelle vous avez assisté et son impact sur votre pratique professionnelle. Nous travaillons de manière indépendante du CESU et sans conflit d'intérêt.

Ainsi, nous désirons vous rencontrer en personne lors d'un entretien individuel (traité de manière anonyme) pour discuter de cette formation. Nous nous déplacerons jusqu'au lieu de votre convenance (service, domicile...).

Étant donné le faible nombre de participants, chaque personne rencontrée apportera de précieuses informations à notre travail de recherche.

Répondre à cette sollicitation ne vous engage à rien. De plus, comme dans toute étude, vous pouvez à tout moment vous en retirer sans justification ni préavis.

Si vous êtes intéressé pour participer à cette étude, merci de nous le faire savoir par retour de mail.

En vous remerciant de votre attention envers notre projet de recherche,
A très bientôt nous espérons,

Marion BREILLAD & Sarah CHAPEL



Formation « Annonce Complexe » Questionnaire pré-formation

Années de pratique après l'internat : <3 ans >3ans

1) Etat des lieux des formations reçues à la communication

- Avez-vous déjà participé à des formations sur la communication ? Oui / Non

- Si oui, quand et sous quelle forme ? (*en amphithéâtre, en petits groupes, jeux de rôle simulation...*)

2) Habituellement, lors d'une annonce de diagnostic difficile ou grave :

- Vous sentez-vous à l'aise et préparé ? Oui / Non

Précisez :

- Êtes-vous souvent confrontés à une annonce de diagnostic difficile ? Oui / Non

Si oui, précisez :

- Dans quel lieu réalisez-vous une annonce le plus souvent ?

- au cabinet médical
- au domicile du patient
- dans votre service (*box d'urgence, chambre d'un patient..*)
- autres :

- A qui et comment ?





- patient seul (vous faites sortir les accompagnants)
- patient avec l'entourage
- avec un collègue (IDE, aide-soignante, ambulancier)
- autres :

- Environnement d'annonce :

- face à face devant un bureau
- dans une salle d'annonce dédiée (plusieurs fauteuils, isolé, au calme...)
- debout au lit du patient (à l'hôpital ou à domicile)
- assis devant le lit du patient
- aménagement de l'environnement (fenêtre fermé si bruit dehors, éteindre la télé, fermé la porte de la chambre/box, ..)

- En cas de constatation de décès :

- annonce en présence du défunt
- annonce dans une autre pièce

- Concernant la communication, que faites-vous ?

- utilisation de mots clairs : « mort » « cancer »
- utilisation de métaphores : « il est parti », « il nous a quitté », « c'est fini » ...
- faire reformuler par le patient
- laisser une place aux silences
- autres :

3) Les attentes de la formation

- connaître les réactions possibles des patients et s'y préparer
 - apprendre à gérer ses émotions et celles du patient
 - utiliser les bons mots dans une consultation d'annonce difficile
 - s'entraîner (car peu souvent confronté à cette situation)
 - autre :
-
-
-



Formation « Annonce Complexe » Questionnaire post-formation

Années de pratique après l'internat : <3 ans >3ans

1) Après la formation, sentez-vous plus à l'aise face à l'annonce de diagnostic difficile ou grave ?

2) Que pensez-vous changer dans votre pratique habituelle ?

- le lieu d'annonce
- La participation d'un accompagnant lors de l'annonce
- l'utilisation des mots clairs
- Faire reformuler par le patient
- Autre

3) La formation a-t-elle répondu à vos attentes ? (*entourer la réponse*)

Non satisfaisant / peu satisfaisant / satisfaisant / très satisfaisant.

- Quels points n'ont pas été traités selon vous?

4) Voulez-vous participer à une formation similaire sur la communication de manière régulière (nécessité d'une formation continue pour consolider l'apprentissage et mettre en pratique?)



5) Quel est votre avis sur la participation de comédien dans cette simulation, (et non de mannequins ou de soignant jouant un rôle)?

Avantages :

.....
.....
.....

Inconvénients :

.....
.....
.....

Guide d'entretien

- Introduction

- Présentation et objectifs de la thèse
- Information sur anonymat de l'entretien et participation libre non obligatoire
- Remerciements

- Questionnaire

1. Racontez-moi une annonce de diagnostic complexe aux urgences qui vous a posé problème (avant ou après la formation).
 - Circonstances : lieu/contexte/annonce en équipe ou seul
 - Type d'annonce : décès, maladie...
 - Réactions du patient ou entourage
 - Ressenti par rapport à la situation
2. Quelles ont été les difficultés rencontrées ? (*éléments perturbants et aidants*)
3. Qu'est-ce que la formation vous a apporté ? Quels outils ou informations donnés à la formation vous sont utiles lors d'une annonce de diagnostic difficile dans votre pratique quotidienne ?
4. Est-ce que vous avez l'impression d'être plus à l'aise ou d'avoir acquis une plus grande maîtrise dans la façon d'annoncer un diagnostic grave ?
(*adaptation aux réactions, direction de l'entretien, compréhension des patients, apport dans la gestion des comportements...*)
5. Quelles ont été vos motivations à vous inscrire à cette formation ? Aviez-vous des réticences initialement ?
6. Qu'est-ce que vous avez pensé de la méthode par simulation avec les comédiens ?
7. Connaissez-vous d'autres méthodes de formation intéressantes ?
8. Avez-vous des moyens de parler de vos difficultés rencontrées avec les patients si besoin ? Si oui, lesquels ?
9. Notre question de recherche était d'évaluer le ressenti des médecins face à une annonce complexe suite à la formation reçue, est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ?

Informations à prendre : âge / sexe / parcours professionnel global.

La formation « Annonce de diagnostic complexe » : une journée-type

- Déroulement de la journée

La formation à l'annonce de diagnostic complexe se déroulait sur une journée. Elle comprenait deux séquences de simulation le matin et une séquence l'après-midi.

Schéma d'une journée-type de la formation:

- 1) Accueil des participants avec présentation de la journée.
- 2) Discussion sur les attentes et les craintes des participants.
- 3) Exposition d'un « contrat de simulation » avec rappels des principes de la formation
- 4) Séquence de simulation :
 1. Briefing de 5 min des participants-acteurs : scénario et matériel à disposition
 2. Séquence de simulation pendant 15 minutes environs
- 5) Débriefing :
 1. Rétrovisionnage de la séquence de simulation par les acteurs (non systématique)
 2. Débriefing de 25 minutes divisé en deux parties :
 - a) 1^{ère} partie : débriefing des participants-acteurs entre eux (comédiens et équipe médicale) et des participants-spectateurs entre eux.
 - b) 2^{ème} partie : débriefing de tous les participants avec les acteurs et la psychologue.

- La séquence de simulation

Lors de la séquence de simulation, le groupe était scindé en deux :

- les participants-acteurs de la simulation et les comédiens étaient dirigés dans une pièce isolée et équipée de plusieurs caméras discrètes. La décoration de la pièce était adaptée au scénario (meublé avec fauteuil, chaises, table basse, un salon...).

- les participants-spectateurs étaient dans une pièce voisine avec un écran permettant de visionner en temps réel la séquence de simulation en cours.

- Les différents intervenants

1. Les formateurs

Il s'agissait de deux médecins urgentistes du CESU ayant suivi la formation de formateur ainsi qu'une formation en communication.

2. Les comédiens

Les comédiens étaient des comédiens professionnels. Ils n'avaient eu aucune formation médicale ou en santé. Pour la séquence de simulation, ils étaient briefés et possédaient une fiche « Patient » sur le personnage qu'ils devaient interpréter (*type de personne, identité, situation professionnelle, histoire de la maladie, état clinique, état d'esprit..*). Ils étaient rémunérés par une convention de partenariat.

3. La psychologue

Il s'agissait d'une psychologue clinicienne travaillant à mi-temps au sein du pôle "Urgence" dans le cadre de la filière "Don d'organe". Elle pouvait être sollicitée par les équipes lors de situations difficiles.

4. Les participants

Cette formation était ouverte aux médecins généralistes et urgentistes de la région Haute-Savoie. Des professionnels paramédicaux travaillant au CHANGE étaient également les bienvenus.

Entretien n°1

I: Interviewer

10 M: Médecin

I : Bonjour, nous sommes deux internes en médecine générale et nous souhaitons t'interroger sur ton ressenti par rapport à une formation à laquelle tu as participé. Donc, c'était en mai de l'année dernière, c'est ça?

15 M: Ouais, j'crois. Ouais.

I : Et.. donc si tu es d'accord, on va enregistrer l'entretien et t'hésites pas à m'interrompre si il y a des choses que tu veux qu'on..

M : Précise ?

I : Oui, qu'on précise ou qu'on arrête l'enregistrement. Voilà, donc toutes les informations
20 seront traitées de manière anonyme.

M : D'accord, très bien.

I : Alors, raconte-moi un peu une annonce de diagnostic complexe aux urgences qui t'a posé problème ? A laquelle tu penses..

M : Heu.. Oui une, enfin.. Il y en a peut-être plusieurs même.

25 I : Oui, mais qui t'a le plus marqué..

M : Qui m'a le plus marqué ? Heu... bon, c'était un AVC hémorragique chez.. heu.. une personne qui allait bien jusqu'à présent.. qui était sous.. juste sous antiagrégant. Et voilà, la famille ne s'y attendait pas du tout.

I : Et donc, c'était aux urgences ?

30 M : C'était aux urgences, ouais.

I : Et du coup, dans le temps, c'était avant la formation ? Après ?

M: C'était après. Avant, j'en ai eu.. plusieurs fois. J'ai été exposé mais heu.. Enfin, je crois pas de situation particulière.

I: D'accord. Et là, du coup, comment tu as fait ? T'étais dans le box ? Raconte-moi un peu..

35 M : Heu... alors, on s'était mis dans le salon des familles, ce que je faisais pas sys... pas souvent. Maintenant, je le fais pas systématiquement mais, quand j'ai le temps. Et, j'essaie de le prendre. Maintenant, j'essaie d'aller dans le salon des familles parce que c'est un peu le.. retour qu'on avait eu de cette formation justement. Qu'il fallait prendre le temps, avoir un lieu un peu dédié à ça pour que l'on soit un peu extrait de heu.. du patient, de la situation avec le patient et tout ça. Heu.. avec des chaises, avec une disposition qui était plus propice à la communication. Où on se mettait à niveau des gens.. Les gens étaient assis donc heu, on se mettait aussi assis.

I : D'accord. Et donc, il y avait le patient ?

M : Alors, le patient lui, était en SAUV. Donc, on avait du coup dû quitter la SAUV.
45 Marcher.. la.. la dizaine de mètres pour aller jusqu'au salon des familles. Ce que je pense, avait été noté. Enfin du moins, on en avait discuté lors de la formation. Les gens s'attendent à une mauvaise nouvelle quand on fait un truc comme ça.

I : Hum, quand on s'éloigne ?

M : Ouais, et puis nous aussi.. C'est ces dix mètres-là qui sont quand même assez difficiles à
50 gérer au final. Parce que les gens s'attendent à la mauvaise nouvelle. Nous, on leur demande de nous suivre. Et puis, on sent le malaise derrière aussi. Après.. voilà, c'est l'inconvénient du.. de l'utilisation de la salle du salon des familles. A l'opposé de l'annonce via directement, on va dire, en salle de box, d'examen où il y a le patient, la famille. Là, le patient était dans l'incapacité de comprendre quoique ce soit. Donc c'est pas une question... de.. de.. de
55 discussion pour épargner le patient ou quoique ce soit, je veux dire... enfin, il était pas en état de...

I : D'accord, c'était plus par rapport à..

M : C'était plus en terme de... ouais de.. d'environnement pour éviter que le scope bip à chaque fois, et tout ça. Pour annoncer aussi un peu ce qu'on allait faire. C'est que là, le patient
60 avait de l'oxygène, le scope. De partout, ça sonnait tout le temps. Et on allait dire, ben, qu'on allait arrêter ça progressivement. Enfin, on allait.. J'allais l'amener quoi, à dire: «On va arrêter l'oxygène. On va arrêter le scope qui fait beaucoup de bruit, qui va le stresser.. ». Et donc, essayer d'amener la famille à comprendre la difficulté de la situation. Et puis, heu.. dans un environnement qui est un peu.. peut-être, un peu plus neutre.

65 I : D'accord. Et, tu étais tout seul ? Ou vous étiez à plusieurs ?

M : Heu.. ouais parce que l'infirmière n'était pas disponible. Mais c'est vrai que.. c'est vrai que c'est mieux à deux. Enfin, on en avait discuté et c'est bien quand toute l'équipe est impliquée.. Ce que j'ai pas.. ce que je pense pas faire tout le temps ou qui est peut-être difficile à faire techniquement, on va dire, aux urgences. Mais c'est vrai, qu'après on peut..
70 essayer de repasser voir la famille. Et que, soit l'infirmier de l'UHCD, (*en aparté*) car souvent ça se termine, on installe le patient à l'UHCD dans une chambre pour faire les soins de confort, quoi. Donc là, on peut revenir éventuellement avec l'équipe de l'UHCD, si on doit repasser.

I : D'accord. Et là, du coup, la famille, elle a réagit.. ?

75 M : Ben là, du coup, on va dire que c'était facile. La personne était déjà assez âgée. J'sais plus, elle devait déjà avoir 90 ans. Un truc comme ça. Donc bon..

I : T'as pas été déstabilisé par leur réaction ?

M : Non.. non non. J'ai pas eu de situation où j'ai eu à annoncer vraiment quelque chose qui me fait un peu peur comme demander à une famille un.. don d'organe. Ca, je sais que c'est
80 compliqué. Et heureusement, on n'est pas le seul à le faire. Donc heu, au niveau d'aborder ce sujet-là, c'est vrai que je n'ai pas encore eu à le faire. On verra.

I : Ca marche. Donc, t'en as parlé un petit peu.. Mais, du coup, les éléments aidants de la formation, ça a été plutôt.. de poser le cadre, c'est ça ?

M : Ouais, ouais, ouais, d'avoir plus recours aux outils qu'on avait déjà et.. le salon des
85 familles, par exemple. On n'y pense pas forcément. Il n'est pas situé dans un endroit idéal. Mais après, il n'y a pas d'endroit idéal pour annoncer une mauvaise nouvelle, j'pense.

I : Ca marche. Et est-ce qu'il y a des éléments qui t'ont perturbé pendant cette annonce de diagnostic ?

M : (*soupir*) Non. Enfin, pas.. pas trop.

90 I : D'accord. Donc d'une manière plus générale, qu'est-ce qui a changé dans ta manière de faire depuis la formation ?

M : J'ai déjà plus de.. heu.. enfin.. ça a changé un peu dans la manière d'annoncer les diagnostics difficiles. Mais après, ça a changé peut-être aussi la manière globalement, en dehors de toute annonce de diagnostic difficile, mais peut-être certainement annoncer un
95 diagnostic comme ça. Ce qui peut être difficile d'ailleurs pour le patient. Mais, heu.. c'est d'être.. de me mettre à niveau du patient. C'est heu.. de prendre le tabouret, s'asseoir pour être

100 au même niveau que lui heu.. Des choses que l'on ne pense pas forcément à faire et qui peuvent être difficiles à faire quand le patient est dans le couloir, par exemple. Et c'est vrai que ça, c'est.. c'est le problème des urgences. Parce qu'on n'a pas les moyens forcément de réinstaller un patient dans un box fermé. Alors des fois, il y a juste le petit.. le petit rideau qui sépare les gens. Des fois, au pire, c'est dans le couloir. C'est vrai que c'est pas très bien, mais bon.

I: Donc, plus au niveau de la situation quand tu annonces un diagnostic. Et au niveau du langage, de la reformulation, est-ce que tu as trouvé que ça t'avait.. ?

105 M : Ca a confirmé le fait que.. en faisant des simulations avec des non-médecins, avec les acteurs, donc qui ne connaissaient pas les termes médicaux, et ça a confirmé le fait que je doive utiliser des termes simples. Et puis aussi, le fait que des fois les gens soient focalisés sur un mot.. hum. Et puis après, tout ce qu'on va dire derrière, ça a pas .. ça va pas imprimer car, tout simplement, les gens sont restés sur un mot qu'on aurait prononcé. Donc du coup, heu..
110 c'est vrai que ça a confirmé. Car au cours de l'internat, j'avais déjà fait des formations de communication. Donc, c'était déjà des choses qui avaient été dites.

I : Ah, t'avais fait des formations ?

M : C'était dans le séminaire de DES. C'était obligatoire.

I: Ok, ça marche. Et toi, tu te trouves plus à l'aise ou pas ? Ou c'est peut-être juste
115 l'expérience qui fait que...

M : Après, heu.. dans la vie de tous les jours, dans la pratique de tous les jours, c'est à la fois, le fait d'avoir un peu d'expérience maintenant. Et puis, faire des.. continuer à faire des formations, comme celle-là par exemple. Et heu.. Parce que ça rappelle, ben, on va dire des choses assez simples, au final, mais qui sont quand même assez importantes. Et puis, heu..
120 Mais, par contre, ce qui est bien, c'est que ça nous expose à des situations dans lesquelles on n'a pas encore été. Et, je sais, par exemple, je reviens sur la demande du don d'organe. Le fait d'en avoir parlé, d'en avoir discuté, d'avoir vu une simulation, c'était pas moi qui était acteur. Le fait de l'avoir vue, le fait de l'avoir discutée après, d'avoir fait un débriefing, c'est assez intéressant.

125 I : Tu te sentiras peut-être plus prêt ?

M : Ouais, au moment venu, potentiellement, je me sentirai peut-être plus armé, on va dire.

I : D'accord. Quelles ont été tes motivations à faire cette formation, du coup?

M : C'est heu.. que ça faisait longtemps que je n'avais pas fait de formation de ce type - là. Le
procédé de simulation pour la communication, mais avec des acteurs, c'est la première fois
130 que je faisais ça. Parce que dans les autres formations que j'avais faites auparavant, c'était des
jeux de rôle entre internes ou entre médecins. Et du coup, l'apport de la simulation, enfin la
simulation dans ces conditions-là était vraiment intéressante.

I : D'accord. Et tu as eu des réticences par rapport à cette formation ?

M : Non non..

135 I : T'avais pas peur de jouer devant les gens..

M : Les locaux pour les CESU sont bien faits pour ça. On est un peu mis à l'écart et les
spectateurs sont aussi pas physiquement présents lors de la simulation. Et ça aussi, ça change
par rapport aux jeux de rôle qu'on fait lors des séminaires de communication à la fac où l'on a
tout l'amphithéâtre qui est juste deux tables derrière. Donc c'est pas du tout les mêmes
140 conditions de simulation. Donc du coup, ça fausse pas mal le jeu. Mais là, non, c'est vraiment
bien là, en particulier pour la communication.

I : Et, est-ce que tu participes à des groupes de paires ou à d'autres formations pour parler de
tes difficultés à la communication ?

M : Non non non.

145 I : C'est une des seules formations que t'as faite là ?

M : Non, pas la seule. Mais, dans la communication oui, en simulation aussi. Après, on en
discute de temps en temps entre nous, entre collègues quoi.

I : Mais, vous avez un temps dédié ou pas du tout ?

M : Non.

150 I : Donc, notre question de recherche, c'était d'évaluer le ressenti des médecins face à
l'annonce complexe suite à cette formation. Est-ce que tu as l'impression d'avoir tout dit ? Ou
tu as encore des choses à dire.

M : Non, c'est bien. La simulation c'est bien. Faut continuer, faudrait refaire aussi après.

I : Ouais. Tu trouves qu'il faudrait refaire une formation?

155 M : Oui, en genre.. en formation un peu continue quoi. Faire des rappels. Parce que, comme
on n'est pas exposé toujours.. Et heureusement ! A toutes les situations, ça permet de .. Bah,

D'acquérir de l'expérience qu'on pourrait pas acquérir en si peu de temps, quoi.

I : Parce que là, c'était combien de situations ?

160 M : Là, on a fait quatre situations. A chaque fois, très orientées par la pratique du médecin qui était heu.. acteur. Un qui était en pré-hospitalier, l'autre qui était en ... enfin, beaucoup qui étaient en pré-hospitalier. Moi, comme je faisais pas encore de SMUR, j'étais en service d'urgence. C'était un scénario en service d'urgence.

I : Mais pré-hospitalier, ça veut dire médecin gé'?

165 M : Là, c'était heu.. urgentiste. Les médecins qui étaient là, qui étaient présents à cette formation-là, c'étaient que des urgentistes. Après... je vois pas pourquoi ça serait que pour les urgentistes. Tout est envisageable, j'pense.

I : D'accord, et bien merci beaucoup.

M : Et ben, de rien.

Quelques minutes plus tard...

170 M : La situation où je me suis resservi des éléments de la formation, du débriefing. C'était une patiente qui avait chuté. Donc, qui avait été mise.. qui avait été prise en charge par l'équipe de secours en montagne et qui avait été heu.. donc évacuée sur le déchocage d'A. . Et qui me posait tout le temps la même question de savoir où étaient ses enfants. Et au final.. Heu et au final, étant donné qu'on avait déjà été .. eu une situation à peu près identique en simulation.

I : Et toi, tu l'as prise en charge où ?

180 M : Moi, j'étais au déchocage. J'avais récupéré la DZ. Et du périple, je l'avais prise au déchocage. Et, au final, au lieu de dire la phrase que tout le monde dit, enfin souvent : « C'est pas le plus important. On s'occupe de vous. On s'occupera de vos enfants après ! ». Et qui, en fait, il s'était avéré que c'était générateur de stress pour la personne. Enfin du moins, c'est ce que l'actrice qui simulait la victime nous avait dit lors du débriefing. Que c'était très stressant pour elle qu'on donne pas de réponse à cette inquiétude-là. Et au final, ça m'a pris peut-être très peu de temps mais j'ai demandé le numéro de téléphone. J'ai dit : «Voilà, j'ai pris votre numéro de téléphone. On va faire ça, ça, ça, d'abord. Et ensuite, j'appelle vos enfants. Enfin, 185 j'appelle le numéro que vous m'avez donné, et puis je vous dirais ce qu'il en est. » Et puis après, dans la période de temps, on a su que les enfants étaient avec les gendarmes du PGHM donc il n'y avait aucun souci. Mais, du coup, je me suis souvenu que répondre à la question,

pas par le fait qu'il y avait des trucs plus importants, ça permettait de soulager l'anxiété, l'angoisse ressentie par la victime. Et ça, c'était pas quelque chose que spontanément j'aurais
190 pensé avant la.. avant la formation. C'était assez intéressant. Tu vois, là, j'ai pas annoncé un diagnostic. Enfin, hormis l'AVC, tu vois. J'ai pas annoncé un diagnostic particulier à la dame qui était au déchocage. Mais, cette formation-là m'a quand même apporté des outils pour.. heu.. c'est une formation à la communication pour heu.. globale quoi. Que ce soit la communication envers le patient, annoncer un diagnostic, ou gérer une anxiété sans que ce
195 soit forcément une annonce de diagnostic quoi. Là, ça la concernait absolument pas du tout, enfin indirectement. Et.. Alors j'sais pas.

I : Et donc, toi, ça t'aurait pas aidé plus sur l'annonce en elle-même.

M : Bah si si si..

I: Sur le fait d'utiliser les bons mots... ce genre de chose..

200 M : Bah.. heu.. peut-être qu'on est plus.. Enfin, je suis quand même pas trop vieux médecin quand même ! Mais, on est quand même plutôt.. Enfin on commence à être bien formé. Enfin du moins, on commence à être formé à la communication à la fac. Tu vois, il y a des séminaires de communication. Il y a des formations comme ça. Donc, du coup, on a quand même quelques outils qui nous sont donnés. Tu vois qu'il faut utiliser des mots clairs, heu,
205 faut utiliser le mot « mort », faut pas tourner autour du pot, faut se mettre dans un bon environnement, faut se mettre à hauteur du patient.. Enfin des choses comme ça qui sont peut-être déjà données lors de la formation initiale, tu vois ? Mais qui sont toujours intéressantes d'avoir en rappel en formation continue.

Entretien n°2

I: Interviewer

M: Médecin

5 I : Alors, est-ce que tu peux me raconter une annonce de diagnostic complexe aux urgences ou en pré-hospitalier qui t'aurait posé problème.

M : Qui m'aurait posé problème ?

I : Ou qui t'aurait marqué..

M : Heu... oui, en pré-hospitalier..

10 I : Ouais.

M : Heu.. Annoncer le décès d'une femme de 42 ans à sa fille de 10 ans. (*Silence*)

I : Et donc, comment ça s'est passé ?

M : Heu... alors donc comment ça s'est passé... Ben.. Heu, je suis déjà allé la voir avant et pendant la réanimation.

15 I : Le contexte, c'était quoi ?

M : La fille a découvert sa mère le matin par terre au pied de son lit quand elle s'est levée. Donc elle a appelé sa grand-mère qui a appelé les secours. On y est allé. Heu.. Quand on a fait la réanimation, il n'y avait pas beaucoup de.. Enfin, il n'y avait pas de signe de vie pendant la réanimation avec une mydriase bilatérale. Donc, heu.. j'suis allé voir la fille pendant qu'on
20 faisait la réanimation après l'avoir intubée etc.. pour lui demander des informations sur ce qu'elle avait vu. Si elle s'était plainte de quelque chose, si elle avait des problèmes etc.. Donc, elle m'a dit que sa mère avait des vertiges et des maux de tête la veille. Donc, j'lui ai expliqué qu'on faisait heu.. qu'on faisait une réanimation, que son cœur s'était arrêté et qu'on essayait de le faire repartir etc.. Et donc voilà, elle avait a priori.. Enfin.. elle comprenait bien que
25 c'était grave. J'suis retourné faire la fin de la réa. Et, à la fin de la réa, j'ai annoncé aux parents de la patiente. Donc, les grands-parents de la petite..

I : Qui étaient présents avec la petite?

M : Non, ils étaient pas présents. Ils étaient ailleurs. Enfin, j'les ai vus séparément. Après,

j'suis redescendu voir la petite qui était chez la voisine. Heu... du coup, pour lui dire qu'on
30 avait fini la réa, et, que du coup.. que sa mère était morte. Donc voilà.. un p'tit peu difficile.
Quand j'suis redescendu, il y avait le père de la fille. Il y avait la fille et sa voisine. Tout le
monde a bien compris quand j'suis revenu. Et, que voilà.. qu'on avait fini. Et que toute la réa
était arrêtée, et que la patiente était morte. Et, donc heu, voilà. Ce qui était compliqué, c'est
35 que.. heu.. quand tu dois annoncer le truc à la petite de 10 ans heu... tu vois que sa mère est
morte. Tu sais pas trop comment.. Tu sais pas trop quoi dire, comment dire.. Et, en plus,
comme les gens autour de moi ont compris qu'elle était morte, ils m'ont un peu court-circuité
en faisant.. en donnant leur version des faits : « Ben, ça y est. Maman, elle est partie au ciel. ».
Enfin, les trucs..

I : C'est plutôt eux qui ont annoncé le truc, en fait ?

40 M : Eh ben.. ouais, ils m'ont un peu court-circuité. Enfin, ils ont un peu anticipé. Quand
j'suis arrivé en disant, ben voilà.. que j'ai fini. Enfin, qu'on pouvait plus rien faire, que j'ai
fini la réanimation. J'ai pas eu le temps d'annoncer vraiment que sa mère était morte. Le père
a déjà dit : « Elle est partie. Ta mère, maman est partie au ciel. » ou un truc comme ça. Après,
quand tu vois la petite qui prend la claque de l'annonce, qui se met à pleurer, machin.. C'est
45 un peu difficile de, de reprendre les termes et de dire clairement : « Voilà, ta maman, elle est
morte etc.. etc.. ». Voilà, après j'suis revenu un peu après, une fois que la tension est
redescendue car c'était un peu chaud pour tout le monde. Même pour l'infirmière. Enfin, tu
vois, on a un peu tous des enfants de cet âge-là. Donc, j'l'ai revue pour lui expliquer qu'elle
avait fait tout ce qui fallait faire. Que voilà, elle avait appelé un adulte, sa grand-mère qui
50 avait appelé les secours, que nous, on était venu heu...

I : Et là, quand tu lui as expliqué, elle était toute seule ou t'avais la famille ?

M : Non, non, elle était jamais toute seule. Elle était chez la voisine. Donc, il y a toujours eu
la voisine. Et puis, il y a toujours heu... j'sais plus si il y avait encore le père ou pas. Et puis
après, il y a les grand-parents qui sont.. Les parents de la patiente qui sont venus et qui étaient
55 là aussi. Donc voilà, j'l'ai jamais vue toute seule. Mais, faut lui faire comprendre que voilà,
c'était pas tant pour annoncer le décès de sa mère mais, pour lui dire qu'elle s'était retrouvée
face à.. Tu vois ? L'adulte qui est responsable d'elle qui ne va pas bien. Elle a appelé un autre
adulte. Enfin, pour lui faire comprendre qu'elle avait eu le bon réflexe. Pour qu'elle sache
que, quand elle a besoin d'aide, il faut qu'elle aille appeler un adulte. Donc, c'est le seul truc
60 que j'ai pu faire. Et puis après.. heu .. (*soupir*)

I : T'étais tout seul quand tu lui as parlé ou tu avais justement l'infirmière ? Vu que c'était le truc pour tout le monde..

65 M : Non, j'étais tout seul heu.. J'étais tout seul car l'infirmière est rentrée dans la pièce, elle a vu la petite pleurer (*sifflement*). Elle a fait demi-tour, elle est ressortie. Elle est partie en larme aussi. Tu vois ? On est sorti plusieurs fois. Moi de mon côté, elle de son côté. Pour faire descendre la pression, revenir. Car, du coup, c'était assez dur de confronter.. Voilà, on était confronté aux parents de la fille, enfin.. Aux parents de la patiente qui était morte, donc leur chagrin. Heu, la peine qu'ils avaient pour la petite fille.. On était confronté à la fille de la patiente. Heu, enfin, on était confronté à.. Ouais, c'est comme si on annonçait aux parents, 70 aux enfants, au mari.. Enfin, c'était à l'ex-mari. Enfin... à tout le monde. Donc, c'était un peu trois annonces en une intervention. Donc, c'était un peu, un peu.. ouais, un peu compliqué. Parce que tu te prenais la charge émotionnelle des parents, puis après.. qui perdaient leur fille et qui se trouvent avec une petite fille heu.. presque orpheline, même si elle avait encore son père, on va dire. Tu te retrouves face à l'ex-mari, à qui tu annonçais que son ex-femme était 75 morte et que sa fille se retrouvait sans mère. Tu annonçais à la fille que sa mère était morte. Donc, ça faisait un gros condensé d'annonces difficiles sur la même intervention. En plus, chargé heu.. d'émotion car l'infirmière et moi, on est du même âge que la patiente et on a des gamins du même âge que la fille à qui on annonçait la mort de la mère. Donc, c'était.. complexe.

80 I : Et après, vous avez pu en reparler avec l'équipe ?

M : Oui, alors après, on en a reparlé. Volontairement, on en a reparlé. Enfin, l'équipe ensemble, donc l'infirmier et l'ambulancier.. enfin, l'infirmière et l'ambulancière.. Histoire de faire retomber un peu la pression. Heu... donc, quand on est rentré de l'intervention, on s'est posé. C'était un.. c'était en sortie de garde. Donc, on a déjeuné ensemble. On en a discuté un 85 petit peu. Donc voilà, les choses.. enfin voilà, on s'est rendu compte pourquoi c'était compliqué. Enfin bon. Et puis, après par contre, ce qu'on a fait, c'est qu'on en a rediscuté avec l'infirmière un matin à la relecture. Il y avait la psychologue qui vient assister à la relecture régulièrement. On lui a demandé si on pouvait s'entretenir avec elle. Et donc là, on s'est vu. Et, avec l'infirmière et moi, avec la psychologue pour lui expliquer la situation. Et 90 voilà, qu'elle nous redise, enfin voilà, comment les choses se sont passées, qu'on comprenne un peu ce qu'on a fait, ce qu'on avait peut-être loupé. Et puis, à confirmer ce qu'on avait fait de bien et qui était efficace. Donc heu.. Par contre, ça, c'était.. C'était a posteriori donc pas longtemps après j'crois, une semaine après. Moi, je pensais sincèrement que j'avais besoin

d'en reparler et qu'à mon avis, c'était important. Quand j'ai sollicité l'infirmière, elle m'a dit
95 « Pourquoi pas ! ». Elle était pas persuadée que c'était intéressant car on en avait déjà parlé à
chaud juste après l'intervention. Et, finalement, quand on a refait le point avec la psychologue
et qu'on a fini l'entretien, l'infirmière aussi s'est dit, « Ben, heureusement que j'en ai parlé.
J'voyais pas trop l'intérêt. Mais en fait, c'était hyper intéressant de se rendre compte, que
spontanément, on a fait des choses bien. Savoir heu.. ce qu'il faudrait.. enfin.. ce qu'il faudrait
100 pas laisser passer la fois d'après pour faire heu.. enfin pour qu'on soit plus à l'aise, pour faire
mieux etc.. ».

I : Et, ça aurait été quoi les points à améliorer ?

M : Alors, les points à améliorer.. heu.. les points à améliorer.. C'est de garder notre place de
soignant. Dans le sens où, quand les parents ou l'entourage ont donné leur version des faits.
105 Par exemple : « Maman est au.. est partie au ciel etc.. ». Heu, de dire, enfin de.. de.. de..
comment.. de reprendre quand même.. heu...

I : Leur version.. ? Leurs mots .. ? etc ?

M : Je trouve pas.. En fait, nous, on était les professionnels de santé qui s'occupaient de la
mère. Et donc, de reprendre quand les termes que nous.. On doit.. enfin.. que nous, on avait à
110 dire pour qu'elle comprenne que sa mère était morte quoi. Que.. parce que « le parti au ciel »,
enfin toutes les images figurées comme ça, ça laisse un peu des ouvertures où les choses sont
pas claires. Donc heu.. vu la charge émotionnelle, j'ai eu du mal à reparler car t'as la boule à
la gorge etc.. Mais, essayer de reprendre, en faisant : « Bah oui, heu.. ta maman, voilà, son
cœur s'est arrêté. Elle a eu un problème de santé. On a essayé de le faire repartir. Elle a le
115 cœur qui est pas reparti.. Enfin, voilà, maintenant, elle est morte. » Heu.. à toi, d'acter
vraiment la mort de la .. de sa mère. Sans faire des métaphores qui font que ça acte pas. Il faut
que.. où c'est ce genre de chose.. Après, il y avait d'autres choses où, heu.. on a senti un peu
une animosité entre l'ex-mari et les parents de la patiente. Et, heu.. voilà, il y avait des petites
phrases qui.. qui partent, qui fusaient comme ça, discrètement entre eux deux. Et, du coup,
120 juste de nous, de recadrer le truc en faisant : « Ben oui, c'est dur pour tout le monde ». Pour
faire comprendre, que voilà, il y a un deuil à avoir. Que il y a la fille qui est triste de perdre
sa mère, il y a l'ex-mari qui est triste que sa fille soit sans sa mère. Enfin que tout le monde..
Enfin, juste de recadrer dans les faits pour que tout le monde.. Remettre les gens dans les
faits. Donc, heu.. oui, il y a un décès. Oui, c'est triste pour tout le monde. Oui, il va falloir..
125 Enfin, ça va être dur. Enfin tu vois ? Que les choses soient claires et que tout le monde garde

un peu l'esprit serein. C'est difficile de tenir l'esprit serein mais... Donc c'est plutôt des choses comme ça. Après, on est resté quand même à notre place. Heu... Dans le débriefing, on s'était rendu compte que oui, on était... C'est normal qu'on soit chargé d'émotion. Ce qu'il faut surtout pas, c'est ce qu'on n'a pas fait, c'est qu'on se laisse débordé et qu'on se mette à pleurer sur l'épaule des familles. Et donc, heu voilà.. Donc heu... le fait qu'on soit.. Et d'ailleurs, on s'en est aperçu. Le fait qu'on soit, nous aussi... heu... affectés émotionnellement par la situation heu.. la famille, les gens à qui on parlait, nous en portaient pas rigueur, au contraire. Ils se rendaient compte que on se rendait compte de la situation, qu'on était aussi triste pour eux. Et par contre, on a tenu suffisamment notre rôle de professionnel pour qu'ils se rendent compte que voilà, on avait fait ce qui il y avait à faire, qu'on les accompagnait. Parce que du coup, on est resté sur place au moins 2 heures, j'crois, après le certificat de décès. Il y avait un obstacle médico-légal. La gendarmerie qui est arrivée. On a aidé la petite à préparer des affaires parce que l'appart allait être mis sous scellé, accompagner les grands-parents etc.. Donc, on a fait quand même notre accompagnement jusqu'à qu'on se quitte. Et donc, heu.. ils sentaient qu'on était affecté, qu'on était là pour les soutenir sans que nous, on craque. "Parce que voilà.. C'est pas à nous de craquer, c'est plus à eux.. Donc ça, c'était plutôt quelque chose de bénéfique qu'on a fait spontanément. On les a vraiment accompagnés. Et heu.. et la psychologue nous a rappelé que c'était quand même important puisque voilà, on passait de... Enfin, c'est un deuil donc il y a forcément un accompagnement parce que on passe d'une phase à une autre et que c'est forcément quelque chose de compliqué sur le plan émotionnel. Donc, que quelqu'un les accompagne, heu.. qu'on fasse comprendre que ben... leur mère, leur fille, leur ex-compagne, elle passe de la vie en gros à trépas et qu'on les accompagne en gros dans cette épreuve-là. En sachant, étant donné qu'on était quand même sensible à leur heu.. à leur tristesse, à leur désarroi, tout ça. Eh ben, il nous sentait légitime de les accompagner et ils ont accepté qu'on les accompagne car ils se rendaient bien compte que nous aussi.. enfin.. on était affecté par la situation. Donc qu'on pouvait les comprendre... Ouais, si.. pas se mettre à leur place mais qu'on pouvait comprendre. J'pense que c'était un...

I : C'était pas une faiblesse de votre part..

M : Non non non. Si on s'était mis à se mettre à pleurer, à.. enfin j'en sais rien.. à déborder d'émotion.. à..

I : Mais, tu dis que l'infirmière à un moment, elle est partie pleurer, il y a personne qui l'a vue ?

M : Non non, elle est rentrée. Elle a senti qu'elle pouvait... rien dire, rien faire. Donc elle est ressortie. Elle est allée pleurer dehors. Respirer. Elle s'est recadrée un peu, recentrée. Et puis, elle est revenue quand elle sentait qu'elle pouvait réaffronter la famille. Enfin, c'était surtout par rapport à la p'tite qu'on a eu du mal. Moi, ça m'est arrivé pareil là, quand j'ai annoncé qu'on avait fini, que le père a repris en disant que sa mère était partie au ciel etc... Si j'ai pas pu parler, c'est parce que j'étais débordant d'émotion. Donc, j'suis sorti aussi. Les larmes ont coulé. J'ai respiré. Je me suis... Voilà, reconcentré sur ce que j'avais à faire : accompagner la fille, la petite, qu'elle comprenne bien que sa mère était morte, qu'elle comprenne bien qu'elle avait fait ce qu'il fallait. Et puis, après, ben voilà, après, la douleur, elle est là, qu'on soit là, qu'on soit pas là. Enfin, c'est pas pour que les gens soient pas tristes qu'on s'occupe d'eux. Donc, du coup après, j'y suis retourné. Après, c'était plus calme, j'ai pu lui reparler un peu qu'elle comprenne qu'elle avait fait ce qui fallait faire. Que voilà, après heu.. après, c'est pas nous... Enfin, on les accompagne dans le deuil. Après, chacun fait son deuil comme il peut.

I : Et les choses que t'avais besoin de reparler après, c'est parce que t'avais l'impression d'avoir mal fait quelque chose ? Ou d'avoir pas fait correctement l'annonce ou la.. ?

M : Non. Ben, j'pense que c'est important d'en reparler car c'est pas heu... C'est pas anodin, même si c'est coutumier ou régulier d'annoncer la mort et d'accompagner des gens dans un deuil. Il y a pas beaucoup de gens qui se disent au travail : « Ah ben, tiens ! Si j'allais annoncer un décès ?! Si j'allais accompagner dans un deuil ?! Et puis, j'ai fait aussi autre chose.. ». Donc, c'est pas anodin. Et, il y a forcément des répercussions sur nous donc il faut en parler pour qu'on garde pas pour nous tous les deuils qu'on accompagne. Ca, c'est la première chose. Et puis, la deuxième chose, il y avait eu quand même une.. heu.. la question.. C'était une annonce qui s'est mal passée, de pouvoir en reparler. Là, c'est pas que ça c'était mal passé. J'pense que ça s'est plutôt bien passé parce que, a posteriori, les gens étaient très contents de l'accompagnement qu'on a fait d'eux. Mais, pour nous, il y avait une charge émotionnelle qui était extrêmement dure à gérer. Qui est allée, enfin... pour deux des trois personnels de l'équipe, on en est allé à pleurer. Même si on l'a fait dehors, à distance de la famille pour faire heu... évacuer un peu la charge émotionnelle. Donc la charge était tellement forte. Et, c'est pas le cas sur toutes les interventions, loin de là. Du coup, on s'était dit que vu que là, ça aurait pu nous déborder... En tout cas, on l'a géré, mais ça a été très fort. Il faut qu'on en reparle pour savoir pourquoi ça a été si fort que ça. Savoir comment faire la prochaine fois où on arrivera de nouveau, enfin... si on est de nouveau débordé de la même façon. Ben, on sera peut-être plus armé pour être sûre de faire correctement pour les gens

quoi. Donc voilà.

I : Donc la psychologue, elle vient pour les relectures et elle est pas là tout le temps ? Si elle avait pas été là, est-ce que t'aurais eu un autre moyen de... ?

M : Ben j'l'aurais... là c'était l'occasion car on était tous les deux là avec l'infirmière. La
195 psychologue, mais si elle avait pas été là, on peut l'appeler quand on veut. Donc, on l'aurait
appelé pour trouver un moment pour...

I : Parce que tu disais que toi, tu étais plutôt demandeur mais l'infirmière peut-être moins...
T'aurais fait quand même la démarche ? C'était possible ?

M : Oui oui oui, je l'aurais appelée. De toute façon, j'avais prévu de l'appeler pour qu'on la
200 voit au moins avec l'infirmière. Et donc, voilà. J pense qu'elle aurait accepté aussi même si
elle avait pas été là, l'infirmière. Mais, avant le débriefing, c'était avec plaisir mais sans en
éprouver le besoin. Et, après le débriefing, elle s'est vraiment dit qu'elle était contente de
l'avoir fait et qu'elle le regretterait si elle l'avait pas fait quoi. Ça avait été important, ça lui
avait apporté des choses. Ça l'avait rassurée dans ce qu'elle avait fait de bien. Ça l'avait
205 aidée pour, éventuellement, savoir quoi faire quand elle est un peu déstabilisée pour la
prochaine fois. C'est forcément bénéfique.

I : D'accord. C'était avant ou c'était après la formation ?

M : Après.

I : Après ? Et est-ce que pendant, t'as repensé à des outils qu'on t'avait donné à la formation ?
210 Des choses qui avaient été dites ?

M : Ouais. Alors, parce que bon, avec la fille, ça avait été un peu difficile parce que j'étais
débordé par les émotions. Donc, j'ai pas pu faire tout ce que j'avais... tout ce que m'avait
apporté la formation. Par contre, avec l'ex-mari, et surtout avec les parents de la patiente
décédée, j'y ai repensé du fait des fois de... déjà d'énoncer des mots clairs. C'est-à-dire, déjà
215 quand les gens sont morts, il faut parler de la « mort ». Faut pas essayer de faire des images
« décédé, parti, c'est fini.. », tout ça. Car ça n'acte pas la mort et les gens ont besoin qu'on
acte la mort même si c'est dur. Heu.. parce que c'est plus facile de dire certains mots genre
« c'est fini », parce que c'est pas clair. Ça veut pas dire ce que ça veut dire que le patient est
mort. Du coup, heu.. sur le plan émotionnel, c'est moins compliqué pour nous parce que les
220 gens, ils comprennent, ils comprennent pas, ou ils veulent ne pas comprendre.. Mais en même
temps, on n'est pas là pour heu... enfin, le chagrin, il sera là. On n'est pas là pour... Il est

décédé donc c'est un fait. Donc il faut l'annoncer pas violemment, mais il faut que les choses soient claires pour que la famille accepte... enfin accepte... Oui, pour que la famille ait conscience que la personne est décédée et qu'elle puisse commencer à faire leur deuil. Ça, 225 c'est la première chose. Donc j'ai bien, bien fait attention et bien pensé à ça quand j'ai parlé aux parents. Même si c'est compliqué de dire : « Ben voilà, on a arrêté la réanimation... ». Peu importe, j'sais plus ce que j'ai dit : « Le cœur n'a pas pu repartir ». Enfin techniquement, on avait tenté de la réanimer, de la sauver, qu'on n'avait pas réussi, et que là, leur fille était morte. Voilà, donc heu, ça, à un moment donné, faut acter, faut acter la mort. C'est pas parce 230 qu'on dit des mots qui veulent rien dire que le chagrin sera... Ils vont bien se rendre compte que leur fille est morte. Donc, il faut leur dire. Et, heu la mort, c'est pas forcément un mot qui va être violent. Mais, au moins, on saura de quoi on parle. Et, la peine, ça aurait été la même si j'avais dit : « Elle est partie, c'est fini. ». Mais voilà, il faut acter avec des mots clairs. Donc ça, c'est un premier point que j'ai appris pendant cette formation. La deuxième chose, c'est 235 aussi de ne pas forcément chercher à déculpabiliser les gens. Heu... parce qu'on se rend compte que la culpabilité, ça aide un peu les gens à supporter au moins le deuil dans une première phase. Parce que quand t'as une certaine culpabilité, c'est que... Enfin, le fait d'être coupable, enfin de te sentir coupable, de dire : « Ah, j'aurais dû.. j'aurais machin.. », c'est aider les gens à penser qu'ils auraient pu avoir une certaine emprise, une certaine...enfin 240 qu'ils pouvaient agir sur les choses. Et, quand on essaye, quand on les déculpabilise, qu'on leur dit : « Ben que vous auriez rien pu faire, ça aurait rien changé etc.. etc.. », ça change pas grand-chose pour nous, sauf que pour eux, ils ont l'impression de rien maîtriser. Et, c'est extrêmement angoissant de ne pas maîtriser. Et la mort, on la maîtrise pas, c'est un fait. Les gens, ils meurent. Et, du jour au lendemain, les gens peuvent mourir. A 42 ans, la fille est 245 morte, personne n'y pouvait rien. Sauf que de ne pas pouvoir maîtriser les choses, c'est extrêmement angoissant. Et c'est compliqué pour les gens qui viennent d'apprendre un décès et que, même si ils se sentent un peu coupables et qu'ils disent : « Ah, qu'est-ce qu'on aurait pu faire ? Ah... et puis d'habitude, j'viens la voir.. Peut-être qu'elle m'aurait dit que...etc.. ». Alors, les parents étaient pas trop dans la culpabilité. Mais un p'tit peu. Et la fille, j'lui ai dit 250 que ce qu'elle avait fait était bien. Mais, heu voilà, pour dire qu'elle maîtriser les choses. Mais j'lui ai pas dit : « De toute façon, on pouvait rien faire ». Voilà, donc surtout, pas déculpabiliser les gens parce que c'est une phase qui est importante. Alors, elle va pas rester bien sûr. Mais, c'est important dans l'acceptation de la mort, du deuil. Et puis, ça aide à avoir l'impression de maîtriser les choses. Dès qu'on t'a annoncé un décès, t'es complètement

255 déstabilisé. Et, si t'as l'impression de rien maîtriser, c'est encore plus.. ben.. plus déstabilisant. C'est encore plus déroutant. Ils perdent pied quoi. Ils ont plus aucun.. rien à quoi se raccrocher. Donc, si les gens se raccrochent à la culpabilité et sentent maîtriser des choses, ça les aide à tenir. Bien sûr après, faut bien se rendre compte que c'est pas de leur faute si leur proche est mort. Et que de toute façon, on peut pas empêcher les gens de mourir.

260 Que si les secours sont venus, que si on a fait un maximum, et ben voilà que tout a été fait. Il y a des choses qu'on maîtrise pas. Mais, faut pas qu'ils.. c'est pas à leur dire tout de suite. On maîtrise rien, la mort elle tombe comme ça. Ça nous a fait déjà assez bizarre en tant que soignants. On était trois à avoir le même âge à peu près, à deux ans près de la patiente. Et, se dire, du jour au lendemain, on peut mourir. On en a déjà conscience, ça fait un peu bizarre.

265 Mais la famille, voilà. Donc j'ai au moins pensé à ces deux choses-là. Heu, en plus des moyens de communication dont on a vu, enfin.. dont on a parlé pendant la formation, mais qui sont pas propres à cette communication, mais qui sont.. Voilà, les parents qui étaient assis sur un canapé bas, ben voilà, quand j'suis venu leur parler, j'me suis accroupi pour être en face d'eux, à hauteur. J'suis pas resté debout, j'suis pas.. Voilà. Et donc, également un truc, enfin

270 c'est pareil, c'est de la communication globale mais qui est important dans cette phase, c'est de savoir heu.. garder des blancs. Enfin voilà, j'leur ai dit des choses, ils répondent pas tout de suite.. Le père est tombé en larmes, enfin voilà et.. accepter de ne rien dire. De juste être là, attendre qu'ils nous posent des questions, qu'ils nous parlent ou heu.. faire des choses comme ça, heu pour heu.. Et donc, c'est important de pas.. heu.. de pas essayer de meubler les blancs

275 quand il se passe plus rien..

I : T'avais tendance à le faire avant ?

M: Oui, j'avais tendance à le faire. Car moi, j'parle beaucoup. Et j'ai tendance, j'avais tendance à meubler les blancs, surtout dans les situations où il y a une tension. En gros, quand chacun regarde sa montre...machin... Ça me gênait moins. Mais là, il y a une tension.. le père

280 est en train de craquer, de se mettre à pleurer, le père de la patiente. Sa femme essaye de le soutenir etc.. Il se passe plus rien heu. Toi, t'as pas à retourner voir la patiente car, voilà, ils sont en train de la préparer, la réinstaller sur son lit. Et heu.. avant j'avais tendance à essayer de parler, à essayer de.. Et puis, plus tu essaies de parler pour meubler, plus tu dis des conneries. Tu commences à essayer de les déculpabiliser, de leur dire que, de toute façon, on

285 peut rien changer, que machin, que truc... Heu donc là, les blancs, ça laisse la porte ouverte au fait que déjà ça permet à la famille d'absorber. Enfin, d'accueillir ou d'accepter ce qu'on vient de leur dire. Enfin, d'encaisser ce qu'on vient de leur dire. Heu, ça évite de dire des..

enfin, voilà. Il y a pas cinquante trucs à dire. Donc, c'est que la patiente est morte. Donc, ils peuvent accepter ça. On se rend compte que derrière, si on en dit trop, de ce qu'ils vont avoir retenu, c'est pas forcément plus les mots que tu voulais faire passer. Donc, si tu dis peu de choses mais des choses avec des mots clairs comme le mot « mort » etc... qui sont importants d'être dit pour qu'ils soient entendus. Heu voilà. Donc ça, c'est vraiment un truc que... que je fais plus. Enfin, auquel j' fais attention plus automatiquement dans l'annonce complexe parce que c'est là qu'on a tendance à dire trop de choses et que les gens sont complètement noyés.

295 De laisser les blancs quand les gens ne parlent pas, quand on pose pas de question. Voilà, après je relance un peu en disant : « Est-ce que vous avez des questions ? Est-ce que vous voudriez aller voir heu.. votre.. heu votre fille ? On est en train de l'installer. ». Mais, vraiment instaurer des blancs, ça c'est important. Et, depuis la formation, on le fait beaucoup plus. C'est à peu près les choses importantes que j'ai mises en place depuis la formation.

300 Enfin, auxquelles j'ai pensé pendant cette situation-là.

I : Et, initialement pour cette formation, pourquoi tu t'étais inscrit ? Et qu'est-ce qui t'avais motivé à y aller ?

M : Ben, ce qui m'a intéressé dans cette formation, c'est qu'on n'a pas de formation.

I : T'en avais jamais eu avant sur la communication ?

305 M : Non, enfin j'vois communication heu... est-ce que j'en ai eu avant ? Je sais pas si j'en ai eu avant, mais pas du tout sur la communication vraiment. Annoncer des choses graves, des choses complexes, des choses où il y a une charge émotionnelle importante. Heu...jamais. Après, apprendre à communiquer, parler, voilà. Les gens doivent te répondre. Vérifier que les gens ont compris ce que t'as dit avec heu.. en variant les questions, en reformulant si tes

310 termes sont pas très clairs. En essayant d'être à peu près face au patient, de synchronisation, toutes ces choses-là.. Oui, j'en avais déjà vu mais parce que j'suis allé chercher des formations spécifiques parce que ça m'intéressait. Mais des formations vraiment où tu vas parler à des personnes, à de l'entourage, à des situations hyper complexes ou chargées d'émotions, de stress etc., non. Moi, j'en ai jamais eues. Donc, c'était pour ça que ça

315 m'intéressait.

I : Et ce côté formation avec des comédiens, qu'est-ce que tu trouves que ça a apporté ? Ou qu'est-ce qui était différent par rapport à toutes les simulations qu'on a ?

M : Et ben le gros intérêt de ça, c'est que les professionnels, enfin les soignants se sentent vraiment en situation. C'est ce qui ressort à chaque fois qu'on discute de situation ou quand

320 nous on ... les gens, ils se sentent en situation comme si c'était des patients. C'est des gens
qu'ils ne connaissent pas donc c'est pas leur collègue qui joue un rôle donc c'est quand même
heu... plus facile de rentrer dans la situation comme si c'était une vraie situation. Donc de
faire vraiment de la simulation, on simule une vraie annonce.. Donc voilà, on a l'impression
qu'on est vraiment dans la prise en charge comme une vraie prise en charge. Et puis, les.. les
325 comédiens qui jouent le rôle de patient, dans la vie privée, ils sont des patients. Enfin, des
patients potentiels, c'est des gens qui sont pas des soignants, qui sont pas médecins, qui sont
pas infirmiers, à qui on a peut-être annoncé des décès, d'autres, pas de décès. Enfin qui ont
leurs représentations de la mort qui est différente de nous ou du SMUR ou médecin ou
infirmier. Donc forcément c'est ce qui se rapproche le plus.. Enfin on se teste vraiment sur
330 des gens qui se rapprochent le plus de la vraie population qu'on verra dans notre pratique.
Donc c'est ça qui est intéressant. Et.. voilà. C'est pas quelqu'un qui a... C'est pas un
mannequin ou un soignant qui a des réponses toutes faites pour nous mettre dans l'embarras,
pour nous tester ou qui va ressortir les phrases qu'on veut absolument pas entendre. C'est... ce
que les comédiens vont sortir, c'est spontanément en fonction de ce qu'on aura dit. Ils vont
335 réagir en fonction de ce qu'on aura fait. Donc, on aura une réaction, heu une interaction qui
sera le plus crédible possible. Ils vont interagir vraiment en fonction de ce qu'on dit et pas
parce qu'ils veulent nous faire montrer que ce qu'on dit là c'est pas bien etc.. Ils réagissent de
façon émotionnelle, de façon humaine quoi. Du coup, on se confronte vraiment au retour de
ce que nous, on envoie comme image. Et tous les collègues qui sont passés, qui ont une image
340 différente ou qui, enfin qui parlent de façon différente. Et donc qui ne vont pas avoir la même
interaction avec les patients. Et bien, chaque fois, les comédiens renvoyaient quelque chose
différent et nous confirmaient qu'on ne renvoyait pas tous la même image. Et on n'avait pas
tous le même discours ou que le discours était pas perçu de la même façon que ce soit un
médecin, un infirmier ou entre plusieurs médecins qui devaient annoncer la même chose.
345 Donc j pense que ça nous rapproche vraiment de la vérité, de la réalité.

I : Pour finir, notre thèse, c'était quel est le ressenti des médecins après une formation à la
simulation sur l'annonce de diagnostic complexe. Est-ce que tu penses qu'avec tout ce que
t'as dit, on a un peu répondu à cette question, sur tout ce que tu as ressenti grâce à cette
formation, ce qui t'a aidé sur l'annonce, sur ta manière de communiquer aussi..

350 M : Heu ouais. A peu près.. Après, j pense qu'on peut juste demander des trucs assez
classiques heu.. de.. qu'est-ce que, juste après la formation, parce que là, on a vu si ça m'avait
apporté des choses en pratique. Et il y a des choses que j'ai pratiqué après donc ça m'a

apporté des choses en pratique.. Et peut-être la question à laquelle je m'attendais, c'est à la fin de la formation heu.. en gros : comment tu te ressens ? Comment tu t'es senti ? Ou qu'est-ce que t'as pensé ? Parce que quand on finit la formation, on se rend compte, enfin.. En tout cas, moi, ça a été mon cas, que on fait des tas de choses pas bien enfin qu'il ne faut pas faire, qui peuvent être péjoratives pour l'annonce, pour la bonne.. heu.. pour la.. on ne.. heu comment.. la gestion de la bonne communication avec la famille et en gros, il y a plein de trucs qu'on ne fait pas du tout comme il faut. Et ce qui est bien, c'est que... Il y a plein de trucs qu'on ne fait pas comme il faut mais l'avantage de la formation c'est qu'on a les solutions pour faire après comme il faut. Enfin, pour faire mieux. Et que la fois d'après, ben on a tout de suite envie de mettre en place des trucs qu'on a appris pendant la formation. Et heureusement, la formation te dit aussi qu'il y a des trucs que spontanément, humainement, sans qu'on ait à l'apprendre. Mais ça, c'est propre à chacun parce qu'on est tous différents. Mais de se dire que ça, c'est bien. Ça me rassure. Ça, j'le fais spontanément, j'le faisais. Donc, ça nous rassure sur les choses qu'on faisait spontanément avant d'être formé. Et puis, ça nous dit aussi qu'il y a plein de choses qu'on faisait pas du tout bien sans savoir. On pouvait avoir des comportements qui étaient...qui étaient... Ouais, péjoratifs, nocifs. Ouais, voilà. Vraiment des comportements qui étaient nocifs pour les gens. Et du coup, vu qu'on a des solutions pour les corriger, ça aide. Et, en tout cas, on se dit qu'on va mettre en place des choses la fois d'après. Et puis, plus les choses viennent et plus on les met en place et on les maîtrise et, c'est bien.

I : Est-ce que tu penses qu'une formation à la communication sur d'autres annonces, voire d'autres situations, ce serait bénéfique ? J'te dis pas six mois après. Mais par exemple de refaire une formation de ce type 2 ans, 3 ans, 4 ans après..

M : Heu... ben j'pense que ça peut être intéressant pour se rendre compte de l'évolution qu'on a fait entre la première formation. Ce qu'on a pu mettre en place.. Après, ça dépend de la pratique qu'on a. Aux urgences et au smur, on a souvent des situations où on va annoncer des choses difficiles : soit des décès, soit des.. heu.. des fins de vie à un entourage, soit des pathologies qui potentiellement vont être graves et nécessitent une suite. Donc, on a de nombreuses occasions de s'entraîner et de s'améliorer. Mais, c'est toujours intéressant de refaire une formation un peu à distance parce que du coup, on a un œil plus expérimenté, fort de la première formation, de l'expérience qu'on a pu avoir entre les deux. On arrive avec plus de bagages. Et, à la limite, on se rend compte qu'on a évolué ou voir sur quoi on a évolué et ce qui nous reste encore à évoluer. Et puis, on peut être passé au niveau supérieur en

affinant, en devenant encore plus expert, on va dire, dans les situations.

I : Tu penses que ça aurait un intérêt quand même ?

M : Oui. Après, ça dépend de la pratique qu'on a. Si on a une pratique où l'on a peu de.. On a peu d'annonces à faire mais heu.. j'pense qu'on a tous beaucoup d'annonces un peu
390 compliquées à faire. Parce que la première formation.. Et puis, si notre pratique a un peu évolué, peut-être qu'on peut s'expérimenter dans d'autre domaine complexe que celle sur lesquelles on avait fait la première fois . Parce que il y a la mort, il y a les maladies graves, enfin il y a des tas de choses et heu.. A la première formation, on se rend compte qu'on fait des trucs pas trop mal et des trucs complètement à côté et on corrige. Et quand on va revenir
395 sur une 2^{ème} formation, on sera plus novice. On sera déjà plus expérimenté. On aura déjà expérimenté des choses. On sera conscient des biais, des difficultés dans lesquelles il faut pas tomber. Et donc on va, ouais, j'pense qu'on va s'expérimenter à un niveau encore supérieur. Ca me semble intéressant.

I :Ok, très bien, merci.

Entretien n°3

I: Interviewer

M: Médecin

5 I : Raconte-moi un peu une annonce de diagnostic complexe aux urgences qui t'a posé problème. Avant ou après la formation, peu importe.

M : En fait aux urgences, moi ce qui me pose souvent problème, c'est pas le fait d'annoncer, c'est qu'on n'a pas... notre service n'est pas très bien équipé. On n'a pas un lieu adéquat. Heu... Donc on a un petit salon des familles mais qui est un peu éloigné des urgences. Donc,
10 c'est pas toujours bien évident. Il est pas toujours disponible. Heu.. enfin, voilà. C'est ça surtout qui me pose problème dans le service. Après, dans l'annonce en elle-même, j'ai pas trop de souci à annoncer les choses. Enfin, c'est pas une situation dans laquelle je me sens en difficultés. Heu...

I : Et, est-ce que tu as un cas précis qui t'a posé un peu plus problème ?

15 M : J'ai eu un cas. C'était quand j'étais interne au SMUR où, en fait, j'ai pris en charge à domicile un décès. Heu... c'était un décès qui... Alors, j'sais plus si c'était un jeune ou pas jeune... Non, ça devait être une dame.. ou un monsieur... Enfin, tu vois ? Je me rappelle même plus du sexe... qui devait avoir une cinquantaine d'années.. heu.. et qui a été retrouvée morte à domicile par... heu... son fils, enfin, par sa famille. Donc, son fils, il devait avoir une
20 vingtaine d'années... Peut-être un peu plus... Et globalement, c'était une découverte de cadavre qui était peut-être quand même semi-récente. Peut-être que ça datait que de quelques heures, sur lequel on n'a pas pratiqué de réanimation. Et donc heu.. après j'suis allé voir le fils pour lui annoncer que.. Voilà. Et, en fait, heu..

I : Le fils était présent dans la maison ?

25 M : Il était dans la maison, mais il était pas dans la pièce. Et voilà, au moment où j'lui ai annoncé qu'elle était morte. Heu... il s'est mis à être très agressif. A hurler.. A limite me repousser.. Mais très rapidement, il s'est contenu en disant : « Excusez-moi, c'est pas du tout de votre faute. Je réagis comme ça. Excusez-moi. Mais voilà.. ». Et voilà, tu vois ? C'était il y a quand même 8-9 ans et c'est vrai que ça me revient en tête. Donc, heu.. Mais..

30 I : Et, comment t'as réussi à contenir.. ?

M : En fait, le monsieur s'est très rapidement... Enfin de lui-même, il s'est rendu compte qu'il avait... Lui-même, il disait : « C'est pas adapté. ». J'disais : « Ben si, c'est adapté votre façon de réagir. C'est normal que vous soyez perturbé, agressif. Donc voilà, c'est adapté. » Et en même temps, tout de suite il a arrêté de s'en prendre à moi.. Il s'en est même pas vraiment pris à moi. C'est juste que voilà, il a eu une réaction un peu explosive qui heurte un peu. Donc voilà, en fait, j'ai pas eu... Voilà.

I : Et il comprenait pas la mort ? Le pourquoi du comment ?

M : Oui, alors forcément, j'avais pas de diagnostic évident sur le décès. Donc, forcément, ça l'aidait pas. Et.. Voilà, donc oui, c'était difficile de pouvoir dire : « Ben, je ne sais pas ce qui s'est passé et il est mort ». Donc heu, ou « elle » car j'sais toujours pas si c'est une femme ou un homme. Voilà.. Et, attends, je réfléchis. Est-ce qu'il y a des choses un petit peu plus compliquées... De temps en temps, ce qui peut-être aussi compliqué, c'est quand on annonce heu.. alors c'est pas dans l'annonce de la mort. Mais c'est l'annonce d'un pronostic grave sur notamment des gens âgés pour lesquels on a déjà décidé qu'on limiterait parce qu'ils sont âgés, pathologiques et que vraiment, là, il n'y pas plus aucune issue favorable. Et que la famille ne comprend pas ça.. Ça, c'est vrai que c'est un peu difficile et ils comprennent pas le pourquoi on veut les limiter.

I : Limiter les soins ?

M : Limiter les soins. Ça répond d'ailleurs peut-être plus à ta question. Et ça effectivement, c'est un peu compliqué de dire : « Ben...on va faire des soins de confort. Et de toute façon, là, votre proche, il est dans un état tel et, il est quand même tellement âgé et il y a tellement pas de qualité de vie qu'on peut rien lui proposer qui lui permette d'aller mieux et de vivre mieux quoi. ». Et quand ils comprennent ça... pas ça, moi c'est vrai que.. surtout quand c'est des gens âgés, c'est vrai que c'est difficile de..

I : Et, tu annonces avec le patient à côté ou tu.. ? Comment tu.. ?

M : Heu.. j'annonce rarement avec le patient à côté effectivement. Heu, ouais ! C'est vrai ! C'est marrant ça ! (*surprise*) Effectivement, j'annonce rarement les... Parce que en général, j'ai vu le patient avant.. En fait, j'aime bien voir et évaluer les gens de mon côté.. Enfin, voilà, j' préfère faire mon examen clinique, faire ma synthèse au pied du patient. J'lui explique les choses au patient. J'essaye quand c'est possible de recueillir un consentement, ce qui est.. Enfin, sur une éventuelle façon de le faire. Heu... et donc après, je vois la famille derrière.

I : Et est-ce que tu expliques la limitation des soins au patient aussi?

M : Oui, oui, oui, systématiquement, oui. Et c'est vrai que il y a peut-être.. (*en aparté*) Je suis désolé, ça va être in-retranscriptible mon affaire... Il y a peut-être même des fois où il y a des patients qui sont en mesure de se prononcer sur « on continue, on continue pas », mais..
65 notamment les problèmes de néo qui font le petit choc septique ou pas trop de trouble neurologique parce que t'arrives pas à avoir de consentement ni trop de détresse respiratoire parce que ils arrivent pas forcément à trop parler ou ils arrivent pas à se positionner. Ou même toi, t'es un peu gêné parce que tu leur demandes : « Votre projet, c'est quoi? ». Enfin, tu poses
70 pas la question comme ça mais. T'essaies de savoir un peu où ils en sont de leur maladie. Et ils sont pas capables de te répondre. Ouais, de temps en temps, ça met aussi en difficultés. Heu, voilà.

I : Et est-ce qu'il y a des éléments qui t'aident dans ton annonce ?

M : Heu .. au patient ou à la famille ?

75 I : Les deux.

M : Heu...

I : Si il y a une équipe par exemple.. Enfin, je sais pas. Des choses heu.. qui te viennent et qui sont plutôt aidantes.

M : Ce qui m'aide à expliquer ma décision, c'est quand j'ai le bon rationnel médical. C'est-à-dire quand j'ai toute l'histoire médicale et que.. voilà pour.. Par exemple, un problème de
80 néoplasie, je sais que voilà, l'oncologue a mis : « Enième stade. Echec de la 4^{ème} lignée. Soins palliatifs... ». Enfin voilà !

I : Quand c'est bien écrit dans le dossier...

M : Ouais ouais. Voilà, quand toi, t'as l'information ou que t'as eu ton collègue par téléphone
85 qui t'a dit tout ça, ouais. Ca, quand t'as le rationnel médical et que tu sais que vraiment... Pareil, si t'as par exemple un AVC hémorragique grave et que tu vois qu'il a une inondation partout, qu'il a l'effet de masse, qu'il commence à limite engager.. Bon ben voilà, ça aide à... à savoir que techniquement, médicalement, on va rien pouvoir apporter de plus. Donc ça, c'est aidant. Heu.. qu'est-ce qui va m'aider.. ben ce qui va m'aider c'est si j'ai une idée de ce
90 que le patient voulait. Heu.. ce qui va aider aussi c'est quand.. le patient le dit rarement, mais quand il y a des familles surtout pour une personne âgée qui disent : « Vous savez, on ne veut pas d'acharnement. On ne veut pas qu'il souffre. Heu voilà, il est en maison de retraite, il va

pas bien. Ou, il est chez lui, mais il a aucune qualité de.. ». Enfin, ils disent pas ça comme ça mais : « Il est pas heureux, il m'a dit il y a une semaine, «Mais, qu'est-ce que je fais là.. ». ». ».

95 Enfin, voilà, tout ça, c'est des arguments factuels parce que les gens te décrivent ce que le patient a dit qui te permet d'appuyer ton truc quoi. Ça, c'est aidant. Après les équipes soignantes autres... C'est vrai que je trouve que dans l'urgence elles sont... elles ne t'aident pas à prendre ta décision ni à l'annoncer. Peut-être parce que je leurs laisse pas trop la place de le faire... Mais aussi parce que je suis assez clair avec ça. C'est pas des choses qui me

100 posent souci à prendre en charge. Je pense pas que je leur... Enfin voilà. J'ai pas l'impression qu'elles arrivent toujours à se saisir de cette prise de décision. Peut-être que ça se pose plus dans des équipes de réanimation qui vont suivre plus au long cours des patients. Et donc les soignants sont quand même beaucoup plus au côté des patients. Mais moi, je trouve que, dans

105 le cas de l'urgence, c'est vraiment nous qui prenons la décision. Et à chaque fois que j'ai demandé à des aides-soignants, des infirmiers : « Qu'est-ce que tu en penses ? » et tout... Ils ont un peu tendance à se positionner comme nous. Et peut-être aussi que moi, j'ouvre pas assez la porte pour quoi que ce soit, qu'ils se sentent libres de quoique ce soit mais... Enfin voilà.

I : D'accord. Et qu'est-ce que cette formation t'a apporté?

110 M : La formation... Qu'est-ce que ça m'a apporté...

I : Si tu t'en rappelles ! C'était l'année dernière, c'est ça?

M : C'était il y a longtemps, ouais.. C'était. c'était (*hésitations*) l'an dernier..

I : Qu'est-ce qui a changé dans ta manière de faire depuis ?

M : Je.. heu (*hésitations*) peut-être de mieux dire les choses. C'est vrai que, moi j'étais tombé

115 sur une séquence de simulation, c'était pour annoncer qu'on allait partir en DDAC sur un arrêt cardiaque réfractaire, qu'on allait le ramener à l'hôpital. Pas du tout pour le « sauver » entre guillemets, mais plutôt pour se lancer dans un don d'organe. Et pendant toute la simulation, je refusais de dire à la famille qu'il était mort et que voilà.. parce que je me disais : mais si j'dis qu'il est mort, il va jamais vouloir me laisser le transporter à l'hôpital. Et

120 puis, en fait, au débriefing, c'était clair que c'est ça qui est apparu le plus important. Et donc voilà, je me suis dit que peut-être il faut que j' fasse les choses différemment si je prenais en charge un DDAC en pré-hospitalier. Mais, comme je n'en ai jamais refait depuis.. Je peux pas dire que ça m'ait vraiment... Voilà.

I : Mais, ça t'a aidé de vivre cette simulation ?

125 M : Oui, parce que finalement il y avait moyen de dire clairement : « Votre proche est mort et on le ramène à l'hôpital pour confirmer la mort ». Enfin confirmer non, pas le dire comme ça car ça laisse un espoir. J'sais pas comment j'm'en débrouillerais pour autant mais j'avoue que la simulation est un peu loin et comme j'fais plus de pré-hospitalier depuis que j'ai pris mon poste ici.. enfin voilà. En plus, entre temps, j'suis parti six mois en congés donc ça aide pas.
130 Heu, voilà. J'suis un peu gêné pour répondre à tes questions sur ce que ça m'a apporté... En tout cas, j'ai trouvé ça quand même hyper intéressant de voir heu... voilà les soignants interagir avec l'acteur qui gère enfin le patient.. et voilà. Et de mettre cette annonce de diagnostic au centre d'une simulation et d'un apprentissage parce qu'on apprend un peu sur le tas et j'pense que il y a.. Voilà, ça s'apprend sur le tas mais on peut avoir aussi des méthodes
135 qui nous aident à mieux faire les choses quoi.

I : Parce que du coup, tu te sens plus à l'aise ou pas forcément ? C'est peut-être l'expérience, non ?

M : Ouais, je pense que ce qui te rend à l'aise c'est l'expérience et puis c'est le fait d'être à l'aise avec ses prises de décisions. Moi, je sais que j'ai des collègues qui ont beaucoup
140 d'expérience. C'est des vieux urgentistes. Mais, ils sont pas du tout à l'aise avec ces... avec ça. Peut-être que c'est juste une question d'être à l'aise dans la communication avec les patients et que tu l'es pour ça mais tu l'es aussi pour autre chose. Enfin, moi je me sens pas en difficulté dans la communication. J'ai fait cette formation parce que c'était la première qu'ils mettaient en place. Fallait la tester. Et puis, je trouvais le sujet tellement important que voilà.
145 Mais j'y allais pas pour avoir un tuto de... comment faire.

I : C'était pas un gros problème en soi la communication?

M : Non non. Enfin en tout cas, j'ai cette impression.

I : Oui, mais il y a des gens qui sont plus à l'aise.. Et, est-ce que tu avais des réticences avant la formation ?

150 M : La seule réticence que j'avais c'était, « Mon dieu, j'vais me voir filmé et j'vais me voir à la vidéo. Le truc ! Et j'vais entendre ma voix. Le truc. » Voilà.

I : Mais ils ont repassé les vidéos, vous ?

M : Heu... Est-ce qu'on a eu un p'tit bout de vidéo ?

I : Peut-être qu'ils ont repassé...

155 M : Il me semble qu'on en a eu un p'tit peu mais pas tout. Car forcément, t'as pas le temps. Mais il me semble un petit peu. Mais voilà, c'était un peu ce côté caméra qui est toujours un peu... entre guillemets « flippant » sans être vraiment trop flippant. Sachant que quand t'es en simulation, tu l'oublies complètement. Et c'est ça, j'trouve que c'est ce qui est la force de la simulation. C'est que t'es toujours un peu inquiet de tout l'environnement. Et puis
160 l'environnement, il passe à l'as quand t'es en simulation. Donc voilà, la seule inquiétude que je pouvais avoir c'était un peu ça. Forcément le regard un peu de tes collègues mais sachant que c'est toujours bienveillant donc heu... Et que en plus là, la formation, enfin c'est des collègues qui font la formation et qui sont vraiment dans la bienveillance donc heu... voilà. J'étais pas inquiet de me faire démonter sur ma prise en charge parce que c'était pas le but de
165 la formation.

I : D'accord, et qu'est-ce que t'as pensé de la méthode par simulation avec les comédiens ?

M : Ah ben ça, j'ai trouvé ça... Justement, j'ai trouvé ça hyper intéressant d'avoir heu.. d'avoir des gens qui heu... enfin.. heu de pas avoir des soignants qui jouaient les patients et d'avoir des acteurs qui essayaient de nous renvoyer la vérité quoi ! Et moi, dans la situation
170 que j'ai eue, c'était plutôt crédible. Enfin, j'ai pas eu de..

I : C'était réaliste ?

M : Ouais, en aucun cas, j'me suis dit elle surjoue heu.. Non, j'ai trouvé ça plutôt réaliste ouais.

I : C'était la première fois que tu faisais une formation avec une méthode de simulation ?

175 M : Non non non, parce qu'on en fait quand même régulièrement. Alors plus ou moins poussée.. Mais en tout cas, avec un acteur qui jouait le patient, oui, c'était la première fois. Les séquences de simulation que j'ai eues à faire, c'était avec des mannequins. Et donc heu..Voilà. Alors que là avec un acteur qui joue le patient. Ouais, ça, c'est la première fois, ouais. Et j'ai trouvé ça bien.

180 I : Très bien. Et heu.. Est-ce que tu connais d'autres méthodes de formation qui sont intéressantes à part la simulation ?

M : Pour ce thème ou en général ?

I : Non, en général ouais.

M : Heu ben oui, il y a tout l'apprentissage académique qu'on peut avoir via des DU à la fac.

185 I : Mais plus scolaires du coup ?

M : Oui, très scolaires, qui sont plutôt très théoriques. Heu voilà, qu'est-ce qu'on peut avoir comme type d'apprentissage.. Heu (*hésitations*), il doit y avoir d'autres choses..

I : Non, mais peut-être pas...

M : Heu ouais... Heu (*sifflements*) après t'as toutes les mises en situation où tu fais pas
190 forcément de la simulation. Heu... Mais tu vois, par exemple il y a une formation sur
l'accouchement inopiné. Tu simules pas avec une patiente qui fait ça, mais par contre, t'as un
bassin pour examiner, des mannequins. Et, on revoit les protocoles pour quand c'est que tu
fais ton syntocinon. Enfin, ce genre de chose. Donc, heu... c'est pas académique dans le sens
où t'es pas assis à une table et tout, parce que tu pratiques. Et en même temps, t'es pas en
195 simulation. J'dirais que c'est un peu l'intermédiaire. Voilà.

I : D'accord. Et est-ce que tu as des moyens de parler des difficultés que tu rencontres ? Si
t'as une annonce par exemple, difficile à faire.. Qui t'a perturbé...

M : Complexe ?

I : Oui, complexe. Est-ce que tu as des moyens d'en parler ?

200 M : Dans le service ?

I : Oui ou en général ?

M : Heu, ben.. (*hésitations*)

I : Ou alors, t'en parles à qui ?

M : Heu oui, j'en parle aux collègues et... C'est tout. Je sais que si vraiment.. Enfin,
205 maintenant, il y a une psychologue qui travaille un peu avec le service. Donc heu, sur les cas
un peu difficiles notamment, enfin.. Il y a eu cet été la prise en charge d'un nouveau né qui est
mort dans un cadre traumatologique. Donc un peu différent de la mort subite, par exemple. Et
je sais que l'équipe a été revue par heu.. par la psychologue plusieurs fois. C'était une prise en
charge un peu particulière. Donc heu, donc voilà. Je sais que oui je peux... je peux... je
210 peux... je peux (*cherche ses mots*).. Il y a quelqu'un qui est un peu fléché. Et sinon, on n'en
parle pas mal avec les collègues et alors j'dirais pas en équipe dans le sens où c'est pas
protocolisé. On n'a pas un temps dans la journée.

I : Vous n'avez pas de groupe de parole ?

M : Voilà. Après j'en parle avec mes copines qui travaillent avec moi. Enfin voilà, les

215 collègues avec qui je m'entends bien. Ou éventuellement, oui des collègues avec qui je m'entends bien que j'vois en dehors du boulot ou pas mais avec qui la relation est favorisée quoi. Et puis, j'pense que notamment une de nos responsables qui est voilà, qui a de la bouteille, qui est à l'écoute.. Voilà, j'pense que j'pourrais en référer à elle si j'avais un souci.

I : Et tu trouves que c'est suffisant ? Ou est-ce que tu aimerais qu'il y ait des choses qui soient
220 mises en place et plus peut-être protocolaires ?

M : J'pense que.. j'pense qu'il y aurait la place qu'on est un truc plus organisé avec les soignants pour justement.. Parce que au total, j'en parle beaucoup entre docteurs. Et c'est vrai que j'en parle peu avec les infirmiers et les aides-soignants, avec les infirmiers, aide-soignants avec qui on a vécu la situation. On se croise pas toujours. Donc, on n'en reparle pas
225 forcément. Sauf ben voilà, la situation un peu.. Sauf des situations un peu dramatiques par moment où là, on se rencontre tous. Mais j'pense qu'au quotidien, on peut vivre des choses un petit peu heurtant, et, au total ben comme c'est un peu le quotidien, ça passe un petit peu à l'as. Non, j'pense que ça manque dans notre service un endroit où.. enfin quelque chose d'organisé où on sait que, « Ah ben, ça on pourra en parler la prochaine fois et tout.. ».
230 Maintenant, si on sollicite les gens, il n'y a pas de souci. Ca va être fait. Mais le fait de devoir le solliciter, ça met un peu plus la barrière que, « Ah ben oui, on en parlera. On se voit demain. ». Enfin, parce qu'on a un temps une fois dans la journée. Parce qu'on n'a pas de staff aux urgences, de staff médical comme on peut faire au SMUR tous les matins. Et donc, ben ouais, j'pense que ça pose problème ça.

I : D'accord. Ben voilà, notre question, c'était évaluer le ressenti des médecins face à une annonce complexe suite à la formation. Est-ce que tu as d'autres choses à ajouter ?

M : Non. Après, j'pense que ça, ça s'apprend. Ca s'apprend aussi en voyant faire les autres. Enfin, moi, j'ai beaucoup appris interne. Et j'essaie quand j'prends en charge des gens avec des internes de les intégrer aussi à la discussion. Alors pas forcément à la discussion parce
240 qu'ils sont pas toujours à l'aise mais ils m'accompagnent. Pas pour voir comment j'fais, pour leur apprendre à faire mais pour que, eux, ils arrivent à voir peut-être deux-trois petites façons de faire. Pour que eux s'approprient, et puis, voilà.

I : Ouais. C'est la formation qu'on a, en fait?

M : Ouais. Mais, au-delà de la formation qu'on a, avoir des vraies formations plus ciblées,
245 j'pense que ça peut aider.

I : Pendant l'externat ? Ou l'internat ?

M : Ouais.

I : C'est sûr que sur la communication, on n'a pas grand-chose...

250 M : Non, on n'a rien. Si toi, t'es un peu « bloqué » entre guillemet parce que ta personnalité est comme ça et que tu tombes avec des gens qui sont pas là-dedans ou... Ben ouais, tu débrouilles un peu mais c'est pas toujours évident. Et d'ailleurs, c'est ce que.. J'pense que les situations complexes des urgences se complexifient parce que, en fait, on a mal communiqué depuis le départ, hein.. On voit bien que dès qu'on revoit calmement les gens qu'on repose les choses, que voilà eux, s'expriment, on peut leur réexpliquer nous.. En général, il y a plus de
255 souci derrière.

I : Donc, c'est plutôt la reformulation qui est importante ?

M : Ouais, mais j'pense que dès que c'est un peu compliqué, faut voilà, trouver le temps pour se poser. Avoir un endroit calme où chacun peut se poser. Et puis, que chaque partie puisse expliquer et écouter ce que l'autre a à dire quoi. Et on apprend aussi de ça, quoi. Donc voilà.

260 I : Très bien. Et bien, merci beaucoup.

Entretien n°4

I : interviewer

M : médecin

5 I : Est-ce que tu pourrais me raconter une annonce de diagnostic complexe soit aux urgences soit en pré-hospitalier qui t'a posé problème ? (*silence*)

M : Qui m'a posé problème ? (*ton interrogateur*)

I : Ou qui t'a marqué ou dont tu te souviennes ?

M : Ben c'est difficile... Ça dépend parce que je vais jamais trop loin. Enfin, ça dépend. Si
10 c'est une annonce de décès, ben t'es bien obligé de dire, de leur expliquer que le patient est mort. Mais après, dans l'annonce de diagnostic difficile, je vais jamais trop loin. J'annonce toujours qu'il y a quelque chose.. Qu'on a trouvé quelque chose ou que oui, ça a l'air embêtant ou qu'on a compris que c'était grave. Et, je laisse souvent les gens un peu mûrir. Souvent quand tu n'as pas le diagnostic précis, tu leur trouves un truc mais tu peux pas leur
15 dire... quand t'as un néo ou une tumeur cérébrale.

I : Ok, alors peut-être plus en pré-hospitalier. Quand il y a un gros polytraumatisé, une famille à prendre en charge...

M : Attends. Je cherche. (*à soi-même*) Un truc où c'était horrible. Que j'arrivais pas à gérer...
Je suis pas trop chat noir en fait... ou des décès un peu chauds en pré-hospitalier... Non,
20 désolé. Je vois pas un cas où j'avais des familles hystériques ou que j'arrivais pas à maîtriser.

I : Ou le dernier en date...

M : Non, je vois pas vraiment...

I : Pas de souci. Si tu en as une qui te revient après, tu me rediras.

M : Oui, je te redirai.

25 I : Quelles avaient été tes motivations pour t'inscrire à la formation ?

M : Eh ben, la nouveauté de la formation, son format avec l'histoire de la simulation, de la vraie mise en situation. Ça, pour moi, c'était vraiment un plus parce que j'avais jamais eu ça.

I : T'avais jamais eu de formation à la communication ou autre ?

M : Non... Si ! J'avais eu un truc en méd gé mais pas très bien rodé, tu vois..

30 I : Ouais.

M : Et puis, pour voir si justement la façon dont je faisais c'était cohérent ou pas. Si c'était la bonne manière de faire..

I : Et alors, tu en as retiré quoi ?

M : Ah ben moi, alors ça a été que du positif. Je me suis dit que je faisais pas si mal surtout.
35 Mais ça m'a pointé le doigt sur les choses importantes : sur la verbalisation de la mort, sur le vécu des patients qui, des fois, sont totalement en décalage avec ce qu'on leur annonce parce que eux n'ont pas cette préoccupation de ce qui leur arrive, mais plus pour leur proche à l'instant où l'accident se produit.

I : Et toi, tu étais passé sur une situation où tu t'étais senti à l'aise ou.. heu.. ?

40 M : Je crois que j'étais pas passé sur une situation au final... Mais, je trouve que c'est top parce que même si tu passes pas, c'était comme si tu étais avec ceux qui passent. T'es dans le film quoi. T'es dans le truc qui se passe. Et ça, je trouvais ça chouette !

I : Le côté rétro-visionnage, ça t'avait plu ? C'est vrai que c'est pas souvent en simulation. Et, le fait que c'était des comédiens, t'as trouvé ça bien ?

45 M : Oui, c'était bien (*silence*). Au contraire, j'ai trouvé ça mieux que quand nous, on doit jouer un rôle ou... J'ai trouvé ça top ! Ça faisait beaucoup plus réel que quand c'est l'un de nous qui joue un rôle. Je me suis dit, finalement, tu oubliais vite que c'était des comédiens. Tu te disais : « Ben non, c'est des patients ».

I : Donc, cette formation, ça t'a plus conforté dans l'idée que ce que tu annonçais était
50 correct ? Tu n'as pas rencontré de problèmes après coup, ou tu t'es dit : « Ah bah, tiens ça m'a aidé ! »... ?

M : Bah, ça m'aide parce que j'y repense souvent. A chaque fois, maintenant, que je rencontre un patient dans ce cadre-là, je me dis « Ben, fais bien attention ». Ou, des fois tu te fais embarqué par les familles. Du coup, ça m'aide vachement quand tu vois que ça accroche pas
55 ou que.. qu'ils comprennent pas que c'est grave.. Ou, ben voilà, pour trouver un exemple

d'explication difficile, ben.. une mamette à l'UHCD qui allait pas bien et je me retrouvais avec ses fils et.. euh.. ils étaient complètement hermétiques.. Ils comprenaient pas du tout !

I : C'était quoi la situation ?

M : Je sais plus. Je crois que c'était une histoire de fin de vie quoi, une limitation
60 thérapeutique. Et, ils étaient pas du tout dans cette optique-là. Et.. ils comprenaient pas. Et, finalement, je me suis dit : « Mais est-ce que je leur explique bien ? Est-ce que c'est concret pour eux que ça ne va pas ? Qu'on peut pas faire grand-chose ? Est-ce que je leur ai suffisamment verbalisé les choses ? ». Parce que des fois c'est vrai où on a un jargon un peu trop médical ou on essaye trop de se mettre à leur niveau et on.. On minimise trop un peu la
65 situation aussi en essayant d'être plus compréhensible pour eux. Et du coup, je me dis que peut-être qu'au final je leur explique pas clairement que c'est grave. Tu vois ? Des fois, tu te dis que je veux pas que ça soit trop dur en leur disant donc je veux pas leur dire : « Votre maman risque de mourir. ». Bon, c'est quand même ça quand tu mets une limitation thérapeutique quoi. Des fois, tu tournes autour du pot en disant : « Je sais pas comment ça
70 peut évoluer... Je sais pas combien de temps... ». Bon ben oui, concrètement, elle peut mourir dans la nuit, quoi. Et des fois peut-être que, effectivement, comme quand il faut annoncer « Votre mari est mort », peut-être qu'il faut leur dire clairement : « Votre femme va peut-être mourir cette nuit. ». Ben ouais, tu vois ? Du coup, ça, ça m'aide. Ça m'a beaucoup aidé de me rapporter à certains points de la formation. C'est des trucs auxquels je pense
75 souvent. Et quand je vais avec un interne pour ce genre d'annonce aussi, et ben du coup ça m'aide, tu vois ? Je lui dis que j'ai suivi une formation et qu'ils ont vraiment insisté sur ça et ça. Enfin, je pense que c'est plus du vécu, et de se dire « Ah ben, il s'est entendu dire ça à une formation ! », donc c'est pas que son vécu à lui. Ça a l'air d'être acté. Et puis, il le remet en pratique. Donc du coup, je pense que pour l'interne ça a une valeur de leur remettre ça dans le
80 contexte.

I : Oui.

M : Donc ça c'est cool, tu vois. Je leur redis souvent qu'il faut leur dire, il faut l'exprimer avec des mots clairs.

I : Oui, c'est bien... (*silence*). Et, euh... par rapport aux internes, est-ce que tu leur
85 conseillerais une formation comme ça ou est-ce que, toi, tu penses qu'il faudrait en refaire une après, genre soit sur un autre thème abordé ou autre... ? Est-ce que tu conseillerais de refaire une formation comme ça... ?

M : Pour les internes, je pense qu'il est difficile d'avoir cette formation sans avoir été confronté à ces situations-là auparavant. Je pense que c'est dur de se projeter.

90 I : Oui, ça va pas forcément te parler si t'as pas vécu...

M : Oui, je pense que c'est pas... Faut au moins avoir eu quelques expériences pour se dire : « Comment j'agissais ? Ou comment ça c'était passé ? Ou... ». Tu vois ? Que ça te remémore des trucs quoi ! Etre brute de décoffrage et venir à une formation comme ça, je suis pas sûre que ça soit ce qu'il y a de plus rentable. Ou au moins qu'ils aient assisté à ça, même si c'était pas eux les principaux acteurs ou qu'ils aient accompagné un chef ou n'importe.. Voir une famille avec qui c'était difficile sur, vraiment, l'annonce de maladie grave ou de décès. Peut-être qu'ils peuvent suivre d'autres formations à la communication avec les patients sur d'autres thèmes, tu vois ? Peut-être « le patient opposant aux soins » ou enfin des trucs auxquels ils ont été confrontés, même en temps qu'externe. Le patient qui te dit : « Je veux pas ! Je veux me barrer ! Je veux pas que vous me suturiez ! Je veux pas de soin ! ». C'est plus ça, des formations comme ça, je pense que c'est pas une formation qui a sa place..

100

I : Tu la mettrais où alors dans le cursus de formation du médecin ?

M : Alors, ou en fin d'internat, parce que là ils ont vu plus de patients. Ils ont plus été confronté même tout seul à ce genre de difficultés ou au moins, ils l'auront vu en stage quand même en onco ou gastro.. où tu as des annonces. Mais encore faut-il qu'ils aient participé à ce genre d'annonces-là. Tu vois ? Moi, j'étais passé en service d'onco quand j'étais en fin d'externat et j'étais allé en consultation d'annonce avec un médecin spécialisé dans le rein. Donc tu vois que des patients jeunes, des nanas qui avaient 30 balais, des petits gosses... Donc j'étais confronté à ce qui se passait.

105

110 I : Donc, en fait, tu as plus été confronté pendant ta formation d'interne au quotidien. T'as pas des formations avec la fac ou autre ?

M : Oui, c'est ça... ou alors ces formations m'ont pas du tout marqué (*rires*). Mais pas du tout... Non, je te dis, j'ai eu un truc en méd gé mais c'était vraiment pas top... Un truc avec mes coexternes. Mais je pense que c'est une formation qui n'a pas sa place tout de suite.. en médecine.

115

I : Au final, cette formation, elle t'a conforté dans l'idée que ce que tu faisais c'était bénéfique pour le patient et que tu arrivais à gérer ton annonce. Et est-ce que tu penses que si tu l'avais eue plus tôt, ça aurait pu te débloquer dans certaines situations ?

M : Peut-être parce que quand tu as déjà entendu les choses une fois ou quand tu as déjà vu
120 les choses en simulation une fois, ça t'aide..

I : Parce que là, toi, ça fait combien de temps que tu es thésé?

M : Ben, ça fait 5 ans que je suis là donc ça fait 7 ans. Enfin, j'ai été thésé tôt donc peu
importe..

I : T'as passé ta thèse pendant ton internat ?

125 M : Oui, je l'ai passée hyper tôt. J'ai passé ma thèse en (*réfléchi*) 3^{ème} semestre . Un truc
comme ça.

I : Ok, donc ça fait 6 ans que tu bosses vraiment. Et si tu me racontes ta dernière annonce de
décès à l'UHCD ou en pré-hospitalier ?

M : Non, moi, je fais plus que des urgences et de l'UHCD. Je fais plus de pré-hospitalier...

130 I : Ah, ok.

M : Euh je sais plus, quand est-ce que j'ai annoncé.... Ah si ! J'en ai eu un ! C'était vraiment
particulier. C'était en SAUV. Je prenais ma garde. Il est arrivé en détresse respi euh... on a
fait tout ce qu'on a pu pendant une heure.

I : Il avait quel âge ?

135 M : C'était un vieux monsieur. Mais toute la famille était là. On a fait tout ce qu'on a pu
pendant une heure de temps pour essayer... de lui faire passer le cap. Mais il a fait que de se
dégrader pendant une heure de temps en fait. Et jusqu'à ce que à un moment, où l'infirmier
m'appelle en SAUV : « Je pense que c'est...ça va pas du tout ! ». Donc, on fait sortir la
famille et je le vois quasiment en train de gasper. Du coup, j'ai tout de suite rappelé la famille
140 et je leur ai dit : « Venez si vous voulez. Il est en train de partir. ».

I : Tu leur as dit où ça ? C'était en SAUV ?

M : Dans la petite salle d'attente. Je leur avais dit avant que ça allait pas, que c'était
gravissime et que je voulais le passer à l'UHCD pour que ça soit plus confortable pout tout le
monde. Et, en fin de compte, il était encore en SAUV quand il est parti. Et du coup, ils étaient
145 dans la petite salle d'attente du B donc je leur avais déjà bien dit avant que c'était grave et ils
avaient déjà bien compris..

I : Ils étaient plutôt aidants ?

M : Oui, c'était une famille qui était cool, qui a pas posé de souci.

I : Oui, sur la manière dont il avait été pris en charge ou autre...

150 M : Non non.

I : D'accord. Et à chaque fois, tu arrives à te mettre dans la petite salle pour parler aux familles ?

M : Ah ouais. Pour ces trucs-là toujours..

I : Ouais, même pour des problèmes.. La salle est déjà prise ou ..

155 M : Non, ben j'attends. Ah non, toujours pour les annonces de diagnostic, ou alors c'est qu'ils sont dans une salle d'examen ou toujours... Quoique, je te dis ça mais, en fait, surtout pour les familles, mais pour les patients des fois, t'as du mal à les faire reboxer (*silence*). Ben non, tu vois, pas toujours quand c'est le patient. La dernière fois que j'ai eu une masse cérébrale euh... je l'ai faite en transit (*silence*). Ce qui est pas bien.

160 I : Et t'avais fait tout son bilan et tu venais d'avoir les résultats du scan..

M : En fait, c'était quelqu'un qui avait hyper mal à la tête depuis des mois et qui commençait à être déficitaire sur un membre sup, ou un truc comme ça. Une petite dame la soixantaine, très bon état général, coquette, et euh.. Du coup, je vais la voir, parce que je sais aussi que je vais pas aller trop loin. Mais, c'est con parce que les patients, ils ont forcément des questions
165 aussi et donc peut-être que ça les bloque aussi en fait, que je fasse ça en transit. C'est complètement con, tu vois ? C'est très bien cet entretien-là aujourd'hui (*rires*). Et du coup, je vais la voir et je lui dit : « Bon voilà, j'ai le résultat du scanner, je sais pourquoi.. Voilà, on a trouvé quelque chose qui explique vos symptômes. ». Parce que, elle, elle comprenait pas surtout pourquoi elle avait mal à la tête comme ça depuis 2 mois. Que rien y faisait. Que
170 personne ne trouvait rien. Donc, je trouvais important de lui dire : « Ben, on a trouvé pourquoi vous aviez mal à la tête. Il y a effectivement une masse au niveau du scanner cérébral, au niveau du cerveau. Voilà. On sait pourquoi, on a trouvé. ». Et donc, forcément les patients, ils ont des questions après. Elle me demande si c'est grave. Je lui dis : « Oui effectivement. C'est embêtant. C'est pas une bonne nouvelle. ». Mais euh... voilà. Après, ben des fois, ils te
175 disent : « C'est tumoral ou c'est pas tumoral ? »...

I : Oui.

M : (*répondant*) « Vous savez, c'est une tumeur au sens large du terme. Il y a des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes. Et puis là, on sait pas. On va faire d'autres examens. On va voir dans les jours qui viennent. »

180 I : Elle t'avait pas posé plus de questions ?

M : Non, pas plus. Tu sais, en général ça s'arrête à ça souvent.

I : Ouais. Et après, t'es retourné la voir ?

M : Je sais plus si j'ai eu besoin. Non, parce qu'elle est remonté en service vite et elle m'a pas redemandé et... peut-être qu'il faudrait oui... Après tu vois, comme c'est dans le flux du SAU
185 en début de garde.. euh... parce que forcément, ça, ça tombe aussi toujours en début de garde.

I : Oui c'est sûr.

M : Mais ouais. Du coup, non, non, c'est une bonne chose. Il faut bien que j'insiste et que je les fasse reboxer. Mais les familles par contre, je les vois jamais dans le couloir ou en transit. Quand c'est important, je les vois toujours dans une salle. Mais le patient, tu vois, c'est
190 toujours plus compliqué sur son brancard...

I : Ben oui oui, bien sûr. C'est pour ça... Niveau logistique..

M : C'est fastidieux des fois en fait. Tu te trouves face à des petits obstacles et tu lâches vite l'affaire, en disant : « Oui.. Bon bah.. C'est tout aussi vite fais. Je lui dis ça là. Ca ira très bien. » (*mime une voix pressée*) Alors que si ça se trouve, lui, il va se souvenir que de
195 ça qu'on lui a annoncé ça entre deux rideaux orange et que le médecin en avait vraiment rien à foutre (*silence*). Ça se trouve, hein ?

I : Ouais. Mais, on sait pas du tout alors que toi, tu as pensé faire au mieux.

M : Alors que moi, je suis allé la voir en me disant ben, faut qu'elle soit soulagée. Faut qu'on lui montre qu'on a trouvé, qu'on a une solut... (*ne finit pas le mot*), qu'on a... qu'on a trouvé
200 la question, la réponse à son problème et que maintenant, on va s'occuper d'elle et que c'est important. Et tu vois, finalement si ça se trouve, ben c'est même pas ce qu'elle a retenu..

I : Hum..(*gênée*) Ca, je sais pas du tout (*silence*). Et dans ce genre de situation, où quand tu... ben peut-être plus au début de ton cursus, quand tu avais des problèmes d'annonce plus compliqués que d'autres, ou avec des familles, est-ce que tu as un moyen d'en parler ? Est-ce
205 que tu as déjà fait parti d'un groupe de pairs ou d'autre chose ? Ou ici, au sein de l'hôpital ?

M : Au tout début quand j'étais au SMUR à Bordeaux, on avait pas la relecture comme au SMUR ici le matin. Mais, on avait tous les mois des réécoutes de bande de régul'. C'était pas mal du tout parce que ça déviait souvent sur la suite de l'intervention, sur tout ça.. C'était pas que du travail sur la régul'. C'était le gros du problème mais ça déviait. Donc c'était pas mal pour échanger. C'était bien fait. Ici, c'est plus compliqué ...

I : Oui, il y a un énorme flux de patients. Il y a beaucoup de choses. Il y a le coup de la relecture, c'est bien..

M : Oui, et ils ont rajouté la psychologue au SMUR à certaines relectures de dossier, une fois par semaine. Mais, je sais pas si ça se fait toujours. C'était pas mal. En plus, c'était celle qui venait à la formation donc elle était bien, elle. Mais sinon tu vois, c'est surtout entre nous... Si ! Tu sais ici ? Ils font les « cric/crac » (*rires*). Je me souviens plus le nom... l'acronyme sur les risques quand il y a eu un truc très grave.

I : (*rires*) Ah oui, je vois. Une cellule psychologique qui se met en place...

M : Non, c'est pas ça. C'est un truc avec la direction. Tous les intervenant qui étaient là, un psychologue ou psychiatre en plus, pour reparler par exemple quand il y a avait eu le pendu dans les toilettes là. Il y avait eu ce truc-là. C'est un truc un peu de gestion des risques-qualité-machin..

I : D'accord.

M : Où tu peux justement rééchanger. Mais ça ne se met en place que sur des cas très problématiques... Après tu vois, la chef d'unité est toujours disponible pour reparler de quelque chose si on a besoin. Enfin moi, tu sais, je me mets pas trop de barrières vis-à-vis de ça pour parler avec les gens. L'ambiance ici est assez bienveillante. Donc ça libère la parole. Donc tu peux dire aux gens : « Ben tu vois, ton patient que j'ai pris derrière toi.. ben... ». On peut facilement échanger quand même. C'était quelque chose qui existait pas du tout à Bordeaux. Pas du tout la même mentalité... Tu vois ? Mais encore hier, on est passé à côté d'un pneumothorax. J'ai appelé l'interne, j'ai envoyé un mail au chef en lui disant : « Tiens, tu regarderas la radio. T'as pas vu...y'a un petit pneumo. ». Et en général, j'ai plutôt des bons retours : « Oui, ben t'hésites pas si tu vois d'autres trucs ». Donc, ben oui, mais je le fais parce que j'espère qu'on le fera pour moi aussi parce que... pas parce que je veux pas qu'on dise dans mon dos : « Ah, elle s'est trompé. Elle a fait de la merde ! », mais juste parce que si je

fais de la merde, je veux bien le savoir (*rires*) en fait ! Parce que sinon, personne ne va me le dire ! Mais c'est assez facile ici quand même...

I : Oui, ça dépend des caractères... (*silence*) Est-ce que j'avais d'autres choses à te demander... ? Donc, le sujet de notre thèse était le ressenti face à une annonce de diagnostic complexe suite à cette formation. Est-ce que tu trouves que tu as tout dit ? Est-ce que tu trouves qu'il y a une différence avant-après cette formation ? Ou pas ?

M : Ben si. Tu vois ? Mais même si je te dis qu'à la formation, je me suis rendu compte que je faisais pas trop mal, que je rentrais dans les clous, et j'étais assez content de ça, ben malgré tout, je me sens plus à l'aise après. Peut-être parce que je suis conforté dans l'idée que bon, ben finalement, oui c'était ça que les patients attendent et c'est comme ça qu'il faudrait être dans l'absolue. Je te dis, quand je me sens un peu en difficultés, ben j'essaye de me remémorer les trucs. Tu vois ? T'as toujours 2-3 bouées comme ça. Quand je vais sur un polytrau, je débranche le cerveau et je dis « ABCDE » et je ne veux penser à rien d'autre ! (*rires*) Et ben voilà, pareil quand je vais sur une annonce difficile, je me mets dedans et quand je suis en difficultés, je me dis, « Ok, on reprend ! Faut que je fasse ça ça ça et ok. ». Donc oui, malgré tout, je trouve que c'est plus facile. Et puis, je suis moins dans l'incompréhension aussi. Je me dis mais des fois, mais les patients ils sont hermétiques. Mais c'est pas possible ! Mais pourquoi il fait que de me parler de son chien alors que je viens de lui annoncer qu'on va lui couper la jambe ? Bon, je caricature mais...

I : Oui oui.

M : Ben finalement, tu te dis ben c'est pas grave. Il comprendra après. Et puis euh.. tu vois, tout ça, ça aide aussi. Quand tu te dis « Mais c'est pas possible ! Je suis pas sur la même longueur d'onde que le patient ! », mais finalement tant que t'es plus tolérant aussi et tu comprends mieux les réactions. Donc malgré tout, ben oui ! Tu vois ! C'est bien ! Mais moi, je la conseille à tout le monde !

I : Bon ben cool alors ! Merci beaucoup en tout cas !

M : Merci, je te dois combien ? (*rires*)

Entretien n°5

I : interviewer

M : médecin

5 I : Est-ce que tu peux me raconter ta dernière annonce de diagnostic complexe ou une annonce qui a pu poser problème ?

M : De manière globale ? Pas de.. que en SMUR?

I : Oui de manière générale. En pré-hospitalier, au SAU...

M : Parce qu'en pré-hospitalier, c'est presque moins compliqué parce qu'on est confronté que
10 quelques minutes aux familles et après on s'en va. Donc un peu moins compliqué qu'aux urgences. Aux urgences, on peut prendre en charge les patients pendant plusieurs heures généralement et quand on arrive à un diagnostic complexe, on les a déjà côtoyés pendant quelques temps donc c'est un peu plus compliqué. La dernière situation qui a pu me poser problème, c'était une découverte d'un probable lymphome chez un homme jeune d'une
15 trentaine d'années aux urgences. Il venait pour une altération de l'état général avec des ganglions. Ça y ressemblait cliniquement dès le début. Avec la bio, ça y ressemble de plus en plus. Et quand j'ai contacté l'hémato, il m'a dit « Ah oui là c'est.. ». J'ai pas eu à dire les mots clairement, mais il a bien fallu dire la gravité de la situation et qu'on allait l'hospitaliser. Et là, j'ai eu l'impression d'utiliser des mots très simples pour dire « Je sais pas exactement ce qu'il
20 se passe mais c'est très grave. ». Et, ça m'a permis de rendre les choses plus faciles pour moi et pour lui qui a compris qu'il se passait quelque chose. Mais j'ai pas menti. Le fait de pas mentir, de pas fuir devant le truc, dire clairement que « on sait pas tout mais ça va être grave ». Ca c'est plutôt bien passé.

I : Et euh , tu n'as pas mis de mot dessus parce que c'était pas sûr ?

25 M : J'ai pas dit le mot « lymphome » parce que c'était pas sûr. Il faut faire des biopsies. Mais j'ai dit qu'il y avait beaucoup de résultats d'analyses qui étaient inquiétants euh.. mais sans utiliser de mots complexes. Je sais plus exactement quels mots j'ai utilisés car je suis plus dans le contexte donc c'est plus pareil mais euh... J'ai parlé ni de cancer, ni de lymphome mais d'une gravité de la situation. Après, je pense que nous, urgentistes, on est aussi.. on a
30 rarement un diagnostic précis, précis. Mais l'idée, c'est de « préparer les gens » entre

guillemets à ce qui va les attendre derrière. Parce que après, ça va être encore plus complexe et on passe un peu pour.. on est les premiers. Et c'est nous qui les mettons dans un état de sidération, un peu de choc pour qu'ils se préparent à la suite. Et du coup, je pense que c'est hyper important de pas mentir du tout. Pas dire « Oh, on vous garde. On verra bien ce qui se passe ! ». Non, c'est grave.

I : Oui. Et lui ? Il a posé des questions derrière ?

M : Non, pas lui. Je pense que justement lui, était sidéré. Sa compagne a posé des questions. Des questions auxquelles j'ai répondu comme je pouvais. C'est-à-dire qu'elle demandait : « Mais combien de temps il va rester ici ? », « Ca, je peux pas répondre mais il va falloir beaucoup d'exams pour comprendre ce qu'il se passe exactement ». Euh... elle, elle posait plus de questions car elle était plus dans le concret. Et lui, plus sidéré. C'est toujours un peu plus complexe quand il y a plusieurs personnes qui réagissent différemment. Mais elle a pas été plus... plus que ça dans les questions. Elle a bien compris que pour l'instant, je pouvais pas répondre plus à ses questions mais... Mais elle était bien consciente de la gravité du truc.

I : Elle était, on va dire, satisfaite des réponses que tu donnais...

M : Ca, je peux pas trop savoir. Mais euh.. je pense que oui, parce qu'elle a pas insisté. Enfin, elle a eu l'air d'avoir les réponses qu'elle voulait dans l'instant, même si elle aurait voulu en savoir plus. Elle voulait savoir si il y avait un pronostic... Enfin, elle le disait pas comme ça mais : « Est-ce qu'il risque de mourir ? ».

I : Et là, tu as répondu ?

M : J'ai répondu que je ne savais pas. Parce que je ne savais pas. Que ça dépend du diagnostic. Donc je ne savais pas.

I : Oui, d'accord. Et ça, c'était avant ou après la formation ?

M : C'était après. C'était il y a 3-4 mois.

I : Et au début, par rapport à la formation, tes motivations pour y aller, c'était quoi ?

M : Euh... ben c'est un sujet auquel je suis hyper sensible parce que je pense que la façon dont on se comporte, les gens auront toujours l'impression qu'on leur aura mal annoncé. Ils disent tous, ils rapportent tous ça. Et euh.. il y a eu des situations avant ça où je me sentais pas à l'aise. 'fin, on l'est jamais vraiment. Mais c'était pour avoir des outils ou pour m'aider. Et aussi dans le cadre du DDAC, Donneur sur Cœur Arrêté. Et ça, ça m'était arrivé quelques

mois avant, de devoir dire à la famille : « On va aller sur l'hôpital. » en gros. Enfin sans.. j'avais beaucoup de mal à dire, « Ben, il est mort. Mais on va y aller quand même. ». Et je voulais un peu les outils. J'en ai parlé avec la psychologue et elle m'avait dit : « Ben, viens à la formation et on aborde ce sujet-là et on en parlera. ».

65 I : Parce que justement cette situation, c'était quoi ?

M : Ben un homme d'une quarantaine d'années qui était en arrêt cardiaque réfractaire. Et du coup, qui était dans les critères pour être acheminé à l'hôpital et être prélevé . Et là, on est à 30 minutes du début de la réanimation. On a un arrêt réfractaire. Donc il faut annoncer à la famille que on va à l'hôpital sans leur laisser d'espoir pour le moment. Donc c'est un peu
70 complexe ça. J'ai des collègues qui me disaient que eux, ils parlaient déjà là de prélèvements d'organes. Moi, je pense que c'est un peu tôt, et un peu brutal à ce moment-là. La psychologue disait aussi que c'est comme on le sent sur l'instant, mais qu'en général, il faut pas brusquer les choses non plus. Il faut pas mentir et pas laisser d'espoir inutile où on le sauvera là-bas. Et du coup, j'avais dit : « Là, je peux plus rien faire pour l'instant. On va se
75 rapprocher de l'hôpital. Rejoignez-nous là-bas. Il y a peu d'espoir. ». Ou, je sais plus comment je l'avais dit à ce moment-là mais en laissant une zone d'ombre. Mais c'était flou et je m'étais senti mal à l'aise après en me disant mais j'ai pas menti mais je n'ai pas dit. Et moi, j'avais un sentiment de malaise après.

I : Oui, et t'étais tout seul lors de l'annonce ?

80 M : On est toujours en équipe avec l'infirmier et l'ambulancier. Mais ils commençaient déjà à brancarder pour l'emmener dans le camion donc ils ont entendu ce que j'ai dit parce que après je leur ai demandé : « Est-ce que c'était brutal ? Est-ce que c'était.. ? Comment ça s'est passé ? ». Donc ils m'ont dit ce qu'ils en pensaient mais ils sont pas intervenus. Ils étaient pas debout avec moi avec la famille donc euh.. voilà. C'est pour ça que j'avais fait cette
85 formation. Et puis, on pourrait en faire encore pleins parce qu'il y a toujours à améliorer.

I : Et tu en avais déjà fait des formations à la communication ou sur l'annonce de maladie grave ?

M : Pas sur l'annonce de maladie grave. Moi, je fais beaucoup de communication parce que je suis très orienté « régulation » et j'ai fait des DU de communication et régulation et
90 communication et thérapeutique. Parce que la façon dont on dit les choses aux gens change tout. Quand on dit « Je vais vous piquer » ou « Je vais vous faire une prise de sang », c'est pas

la même chose. « Je vais vous installer dans un box, vous mettre des électrodes et je vais vous piquer » ou alors « Ben venez avec moi. Je vais vous installer dans la pièce qui est là. Je vais vous faire un électrocardiogramme et une prise de sang ». Ca change tout.

95 I : Oui d'accord.

M : Mais ça, c'est pas dans la maladie grave. De manière générale, notre façon de parler va... va... ils vont être adhérents à la prise en charge en fonction de la façon dont on se comporte.

I : Et à chaque fois, ces formations, c'était toi qui allais les chercher ou on te les a proposées ?

M : Non, c'est moi qui suis allé les chercher.

100 I : Ok. Et qu'est-ce que tu as ressenti immédiatement après la formation, quand tu es sorti de la formation ?

M : Immédiatement me sont revenus pleins de moments. Enfin, je me suis posé la question de comment j'avais fait dans les situations qu'on avait pu aborder dans la journée. Sur la route en rentrant chez moi, je me disais : « Et dans tel cas ? Comment j'avais fait ? Qu'est-ce que j'avais dit ? Est-ce que j'ai eu tort ? Est-ce que j'ai eu raison ? Est-ce que j'avais été maladroit ou pas ?... ». Et euh... pendant les temps qui ont suivi, j'ai eu pleins de choses qui me sont remontées comme ça ou des situations où je me suis reposé la question de si j'avais bien fait ou pas .

I : Et au final, est-ce que c'est un sentiment plutôt positif de ta pratique antérieure ?

110 M : Ouais... Je pense que... Voilà, je suis pas brutal. J'essaie de, vu que j'y suis attaché, j'essaie d'y faire attention. Mais en y repensant à chaque fois, c'est pas tant la réaction des gens que j'ai retenue mais ma sensation de malaise à moi parfois et je me suis rendu aussi compte qu'il y avait des situations où je projetais plus. Parce qu'on est soignant, mais on est humain à la fois. Et on a aussi des émotions quand on voit les gens. Les situations qui m'ont le plus marqué, c'est les situations dans lesquelles je projetais des choses. Et c'est celles-là qui m'ont mis le plus mal à l'aise.

I : En t'identifiant à la situation..

M : Oui oui, ben il y a une situation qui m'a beaucoup marqué. C'était une femme qui avait un ostéosarcome du poignet, qui était arrivée aux urgences entre deux cures dans un état de
120 dénutrition. Elle vomissait. Elle était douloureuse.. Enfin voilà. Elle avait exactement mon âge, à un mois près. Elle avait un enfant du même âge que moi. Elle travaille, elle avait une

125 vie normale. Et il y a trois mois, on lui découvre un ostéosarcome parce qu'elle avait des
petites douleurs du poignet et on lui a dit que le pronostic était à moins d'un an. Elle faisait
des chimio pour gagner du temps mais en sachant pertinemment qu' il y avait peu de chance
130 que ça marche. Et cette femme, elle m'a hyper marqué parce qu'elle pleurait en me tenant la
main et en me disant « Mais vous vous rendez compte de ma vie ? ». J'ai appelé son
cancérologue parce qu'elle me disait qu'elle en pouvait plus de ses chimio : « Je veux plus y
retourner .». J'ai appelé son cancérologue à Lyon qui m'a dit « Ben c'est très clair. Vous lui
dites que si elle y retourne pas, ben elle passera pas la fin du mois. ». Et là, je savais pas
comment lui dire.

I : Et comment tu as fait ?

M : Je l'ai dit d'abord à son mari, pour... lui était conscient de la gravité. Il me dit : « Mais je
sais qu'il faut qu'elle y retourne », parce que je voulais qu'il m'aide à la convaincre. Je me
sentais pas de le faire seule. Je me suis dit qu'il fallait qu'on soit au moins deux. Donc je
135 voulais qu'il soit convaincu, lui, qu'il fallait qu'elle y aille pour qu'on arrive à la convaincre,
elle. Et lui, je lui ai dit que le cancérologue avait beaucoup insisté sur l'importance de suivre
le protocole, qu'il fallait recommencer dès le lendemain, qu'on ne pouvait pas se permettre de
retarder. Il m'a dit « Oui je sais, je sais. Il me l'a dit plusieurs fois déjà. ». Et du coup, j'ai pas
dit clairement : « Elle passera pas la fin du mois si elle y retourne pas. » mais il avait bien
140 conscience. Et il est venu avec moi pour essayer de la convaincre, elle. Et on a réussi à la
mettre dans une ambulance pour Lyon. Elle m'a laissé euh.. un souvenir, douloureux pour
elle. Elle m'a marqué cette femme.

I : Je comprends... Et après coup, est-ce que tu as pu en parler à quelqu'un ? Quand il y a des
situations difficiles comme ça, est-ce qu'il y a des solutions ?

145 M : Eh bien, la formation « Annonce de diagnostic difficile », c'était quelques mois après ça.
Et dans cette journée-là, j'ai abordé cette histoire-là, et la psychologue me dit, « j'ai
l'impression que dans ta façon d'en parler, c'est pas digéré pour toi. On peut en reparler
ensemble si tu as deux minutes un jour. ». Et un jour, j'étais en SMUR. J'étais pas en inter',
j'étais allé la voir pour en parler. Et elle m'a dit : « Tu peux garder cette image-là toute ta vie
150 mais après faut pas que ça soit ni une souffrance ni un mauvais souvenir. Il faut que tu te
rendes compte que tu as fait ce que t'avais à faire. T'as fait au mieux pour elle. Elle a sa vie.
T'as la tienne. », et c'est ce que j'ai retenu. Mais, ça n'empêche qu'il y a des gens qui nous
touchent plus que d'autres qu'on prend en charge.

I : C'est sûr... donc il y a cette porte de sortie là, la psychologue du SMUR. Mais est-ce qu'il
155 y a d'autres moyens, des groupes de pairs, des collègues où vous pouvez échanger.. ?

M : Ben je trouve qu'en SMUR, le fait de travailler avec un infirmier et un ambulancier, on a
facilement un débriefing relativement immédiat ou dans les suites quand on a des
interventions difficiles. Parce que le temps du trajet-retour en voiture, ça nous arrive souvent
de reparler d'une situation qu'on a vécu intensément à trois personnes sur les lieux. Ça, on le
160 fait. Tous les matins, en échangeant la garde, il y a des relectures des interventions de la
veille. Là, c'est un peu différent parce que les médecins qui viennent prendre la garde, ils ont
la fraîcheur, le recul de la journée et ils voient les inter', ils en rigolent ou ils revoient la
façon de prendre en charge. Mais il y a pas du tout le côté ressenti et émotionnel dans tout ça.
Donc c'est pas abordé de cette manière-là avec les collègues. Si on a vécu la même chose,
165 c'est-à-dire que l'on a pris en charge quelqu'un aux urgences avec un infirmier, on peut avoir
des ressentis et en parler entre nous. Mais je trouve qu'il faut que dans l'immédiat comme ça
ce soit des gens qui aient été confrontés au même problème pour se comprendre. Un
lendemain de relecture ou à distance, avec des gens qui voient ça de l'extérieur, ça donne pas
du tout la même chose. Moi, je trouve qu'on en parle assez facilement entre soignants quand
170 même..

I : D'accord, pas trop de difficultés... hum...(silence) Par rapport à la méthode par simulation
avec rétro-visionnage, le fait qu'il y ait des comédiens, qu'est-ce que ça a apporté ou est-ce
qu'il y a eu des points négatifs ?

M : Ben moi, je suis convaincu de la méthode par simulation parce que vu de l'extérieur c'est
175 toujours plus facile ou lire un power point qui donne des consignes euh...Oui, mais en fait
non, parce qu'on les lit pas de la même manière que les séances qui ont été tournées. Je me
rappelle la toute première. C'était une femme qui chutait en escalade et qui avait a priori une
paraplégie, enfin.. une lésion vertébrale avec une paraplégie. Et j'étais pas le.. c'est pas moi
qui faisais la situation, mais pour autant je me projetais complètement à me dire : « Quelles
180 questions ? Comment je répondrais ? Comment je le ferais ?... ». Et les comédiens jouaient
très bien et ça rendait les choses réelles et c'était bien. Moi j'avais joué le scénario de l'arrêt
cardiaque. Du coup, pendant la réanimation, j'allais voir la famille pour leur dire que c'était
mal engagé mais qu'on continuait la réanimation. Et là, c'était compliqué parce que la femme
était prostrée et le frère de la femme, donc les deux comédiens, lui était agité. Il tournait dans
185 tous les sens et n'était pas contrôlable ou calmable. Et j'ai trouvé ça hyper difficile à gérer. Et

même si c'est une simulation, je ressentais vachement les choses. Ca me stressait de le voir tourner tout autour. Je me disais mais comment je vais arriver à la canaliser pour le faire écouter ce que j'ai à dire, ou en tout cas à se calmer. On vit clairement la situation pendant la simulation. Je pense que le plus dur c'est de passer l'appréhension du regard des autres parce qu'on est en groupe. Le rétro-visionnage, c'est toujours difficile de se voir, de s'entendre. Et en même temps, c'est nécessaire. C'est ça qui nous permet de nous remettre en question. Ca fait pas du bien à l'égo mais ça fait du bien à notre pratique (*rires*). Donc moi, je valide complètement.

I : Ouais (*rires*). T'avais déjà eu une formation avec simulation ? Peut-être oui avec tes DU ?

M : Oui, dans le DU de régul' que j'ai fait. On a fait beaucoup de simulation avec des faux appels simulés qu'il fallait gérer et j'avais déjà eu cette sensation de le vivre pleinement, comme si c'était une vraie situation. Mais il y avait pas le visionnage. Bon, il y avait la réécoute derrière qui nous fait toujours bizarre mais il y avait pas de visionnage, c'est un peu différent. Mais c'est le meilleur moyen de faire. Je fais actuellement la formation "Formateur au CESU" parce que je forme les médecins régulateurs et les ARM maintenant. Et je voudrais faire beaucoup plus de simulation que ce qu'on fait actuellement. La formation "Formateur" se fait tout en simulation et ça, c'est.. il y a que comme ça qu'on apprend. Mais il faut passer le cap de l'appréhension et de la timidité, de la pudeur, je sais pas...

I : Par rapport à la formation, est-ce que tu penses que ce serait bénéfique de refaire cette formation dans... 3 ans, 5 ans, ou non, ou la proposer plus aux internes ?

M : Ah ben là, dans le groupe, il y a avait des infirmiers, des médecins et des ambulanciers et euh.. c'est vrai que les internes sont pas... Moi, je pense que c'est hyper important pendant l'internat d'avoir ce.. Au moins de se poser toujours la question, de l'avoir en tête. La communication thérapeutique, c'est tellement important et ça va tellement changer la suite de la prise en charge que.. Il faut vraiment être sensible à ça parce que sinon on peut tout foirer. Et puis, pas que les patients, même pour nous-même, si on n'arrive pas à transmettre la bonne information. Par rapport aux internes, oui. Moi en refaire, clairement oui. Alors la même, ça serait dommage parce que les scénarios sont déjà faits, mais ce format-là avec d'autres scénarios, oui je le refais. Je le refais l'année prochaine. Peut-être pas tous les 2 ans, mais je pense qu'il faut s'y repencher régulièrement.

I : D'accord.

M : Parce que la formation permet d'avoir une réponse ou une rétroaction sur ce qu'on a fait ou vécu. Alors que dans la vraie vie, on sait jamais si on fait bien ou pas. Et ça, c'est important pour se remettre en question.

220 I : Oui. Et par rapport à.. Qu'est-ce que tu retiendrais de la formation ? Qu'est-ce que tu retiendrais en pratique suite à cette formation ?

M : Alors suite à cette formation, j'ai bien retenu le « ne pas mentir ». Vraiment. Euh.. il est préférable de dire qu'on ne sait pas au lieu de dire un truc autre. On a le droit de dire qu'on ne sait pas. Euh « le pas mentir ». Il faut que notre attitude physique corresponde avec ce qu'on dit. C'est-à-dire, oui en SMUR, on est dans le speed, il faut qu'on aille vite. Mais faut pas avoir l'impression qu'on est en train de partir, qu'on est déjà sorti de la maison pendant qu'on parle aux gens. Tant qu'on est là, on est là. Notre attitude, nos gestes.. tout ça exprime la même chose que ce qu'on dit. Ca doit exprimer la même chose que ce qu'on dit. Voilà, principalement. L'attitude empathique, c'est un grand mot, mais c'est important. L'intonation de la voix et le regard qu'on pose sur les gens, c'est important.

230 I : Ok, ça marche.

M : Après je suis jeune médecin. Mais je pense qu'on a été pas mal sensibilisé pendant nos études. J'ai fait mon internat à (...) et on avait déjà des cours sur la communication.

I : Pendant l'internat ?

235 M : Oui, on avait tous les mois une demi-journée en groupe. Je sais plus comment ça s'appelle.. des petits groupes. Et on faisait, soit des jeux de rôle, soit des cours un peu plus détaillés. Et on avait fait des jeux de rôle sur l'annonce d'un diagnostic ou sur de la com...

I : D'accord, il y a peu de formations de ce type proposées dès l'internat. C'est pour ça que ça me surprenait, mais...

240 M : C'était les généralistes du département de médecine générale. C'était pas des intervenants extérieurs. Je pourrais te donner les contacts si tu veux.

I : Ok, je veux bien. Merci beaucoup.

Entretien n°6

I : interviewer

5 M : médecin

I : Alors, est-ce que tu pourrais me raconter une annonce de diagnostic complexe qui, soit t'a marqué, soit qui t'a posé problème ?

10 M : Dans ma vie de tous les jours ? Oui oui. La semaine dernière, il y a 10 jours, on a fait un arrêt chez un enfant de 11 ans... euh où fallait dire aux parents que la fille, enfin... que leur fille était morte et l'annoncer à la petite sœur de 6 ans sur la demande des parents. La mère qui me dit : « Est-ce que vous pouvez le dire à la petite sœur de 6 ans ? Parce que nous, on n'arrivera pas à lui dire. ». Ok. Donc, ben là, c'était super difficile.

I : Tu peux m'expliquer le contexte ?

15 M : C'était une fille de 11 ans qui était allergique connue avec un PAI au collège. Elle savait bien ce qu'elle avait le droit de manger, et pas le droit. Et ce jour-là, on sait pas ce qui s'est passé. A priori la seule, 'fin.. le seul allergène qu'on ait, c'est qu'elle ait pris un bonbon avant de prendre le bus. Ils partaient en sortie de classe. Elle a pris un bonbon. Elle a dit à ses copines : « J'ai du mal à respirer » en tenant sa gorge. Avec sa maîtresse, ou sa prof, ils ont
20 fait demi-tour dans le hall du collège pour prendre sa ventoline et chercher son PAI. Et là, elle s'est écroulée dans le hall du collège. Ils lui ont fait directement l'ANAPEN qu'ils avaient. Elle est pas repartie. Il y avait un DSA dans le collège. Ils lui ont posé avant que les pompiers arrivent. Elle est pas repartie. Enfin... c'était pas un rythme choquable. Et les pompiers sont arrivés, la réa comme d' hab, blablabla. Nous, on est arrivé de S. un quart d'heure après...
25 Asystolie.. Mydriase.. On a balancé la dose d'adré, intubé, tout ça...Nanana.. Elle est jamais repartie. On a fait la réa tant qu'on pouvait. Et après, ben du coup les parents étaient là pendant la réa. Moi, je les laisse à côté si ils veulent, ça me pose aucun problème. Euh.. ils lui parlaient, ils lui prenaient la main, ils l'encourageaient : « Allez, L. ! Réveille-toi... » Blablabla... Et, euh.. du coup, après ce qui était cool, c'est qu'on était deux médecins. Non,
30 trois médecins ! Il y avait le médecin sapeur-pompier qui était là avant nous. Tu sais, les médecins correspondants du SAMU.

I : Ah ouais ouais...

M : Comme S., c'est un grand territoire, ils sont là avant nous. Ben, ils mettent la voie, ils font les premiers trucs. Il y avait moi et il y avait le médecin de Dragon. Ils avaient déclenché l'hélico au cas où on la rapatrie sur G. ou un truc comme ça. Donc ce qui était cool, c'est qu'on était deux pour décider d'arrêter la réa parce que moi, j'arrivais pas à dire à mes équipes : « C'est bon ! Ça fait une heure, là ! On arrête ! ». J'étais là : « Vas-y, on se laisse encore un cycle, on se laisse encore un cycle... ». Et là, c'est mon collègue qui me dit : « Bon, je crois que c'est raisonnable là. Ça fait une heure. Elle est toujours en asystolie et en mydriase, il se passe rien.. ».

I : Depuis ta prise en charge, ça faisait une heure ?

M : Non. Nous, on a fait une demi-heure, trois quart d'heure de réa spécialisée. Ouais... et donc du coup, on a décidé à deux d'arrêter la réanimation. Donc c'était plus facile de prendre la décision. Et après du coup, les parents étaient à côté. Ben, ils ont compris. On les a un peu écartés et on leur a dit : « Bon ben voilà. Là, on pense que c'est raisonnable d'arrêter. ». Là c'était le drame, forcément. Et après euh... mais pour annoncer aux parents, j'ai pas trouvé ça compliqué parce qu'on le fait souvent les arrêts des... adultes. Et du coup, annoncer à une famille d'adultes ben... Du coup, on le fait souvent. Donc ça.. ça m'a.. Enfin, j'ai réussi à le dire : « Voilà, votre fille est morte. Le cerveau.. »... Tout ça... 'fin, toutes les explications qu'on donne à chaque fois : « On a tout fait.. », tout ça, quoi ! Mais après, c'est quand elle m'a dit dix minutes après : « Ben, on a une autre fille. Elle a 6 ans. Est-ce que vous pouvez lui dire ? Parce que nous, on y arrivera pas. », « Euh.. ben oui. ». Mais qu'est-ce que je vais lui dire ? Comment je vais lui dire ? Donc c'était compliqué. Donc j'ai embarqué l'infirmière avec moi. Enfin, l'infirmière m'a dit : « Je viens ? ». Je lui ai dit, « Oui oui. Tu viens M. ! ». Donc on était deux. Le médecin de l'hélico était occupé avec des papiers. Donc, on a cherché la gamine. On s'est mis dans le bureau de la directrice avec les parents, la gamine, moi et l'infirmière (*gros soupir*). Et alors là, moi j'ai fait n'importe quoi. J'ai tourné autour du pot, « Ta grande sœur, elle est au ciel. ». Enfin, j'ai fait des paraphrases qui veulent rien dire. Et là, le père, il m'a regardé et il a regardé sa fille et il a dit : « Bon, écoute.. (Euh.. Je sais plus comment elle s'appelle). Euh.. ta grande sœur est morte. ». La petite, elle a rien compris tout de suite. Ça a mis longtemps avant qu'elle comprenne. Je pense une bonne heure... Mais c'est le père qui lui a dit, en fait.

I : Oui.

M : Donc les parents, pas de souci pour l'annoncer. Ça m'a pas paru difficile. Enfin, si !
65 Forcément.. Mais bon, pas insurmontable.. Mais la gamine, j'ai fait n'importe quoi. Mais parce
que je savais pas... 'fin, j'arrivais pas à comprendre ce qu'elle allait comprendre. Quels mots
utiliser avec une gamine de 6 ans. Euh, tu vois... Un truc comme ça. C'était la première fois
que j'allais annoncer ça à un enfant. Donc voilà.

I : Et tu... et l'infirmière elle t'avait aidé ?

70 M : Non. Elle m'a soutenu parce qu'elle était là, de par sa présence. Mais elle a pas dit de
phrase. Je crois qu'elle a prononcé aucun mot. Elle avait les larmes aux yeux. Mais rien qu'elle
soit là, que je sois pas tout seul... Parce que je m'appuyais sur elle, en mode... avec un jeu de
regard. Tu vois ?

I : Oui. Juste ça, c'est déjà un soutien. Et euh... et donc après au final, c'est le papa qui a dit.
75 Ils t'en ont reparlé après, ils..?

M : Non, non. Ben après tu sais, c'est la prise en charge où on déclenche la CUMP. Après
l'OPJ arrive. Tu fais les papiers. Tout le monde t'interpelle. Euh.. Du coup, tu vas voir les
parents. Tu re-repars. Après, on les a laissés aussi entre eux. Bon qu'est-ce que tu veux après ?
C'est dit, c'est dit. On va pas leur tenir la chandelle. 'fin, y a un moment, tu les laisses
80 tranquilles.

I : Donc oui. Situation délicate... T'avais jamais eu à faire ça sur un enfant ?

M : Non. Jamais de truc dramatique chez un enfant enfin... de mort chez un enfant. De cas
difficile oui. Mais pas... pas annoncer un diagnostic de décès, quoi !

I : Oui. Donc ça, c'était après la formation ?

85 M : Oui.

I : Est-ce que tu y as repensé pendant, à la formation ?

M : Non, pas du tout. Honnêtement, cette formation, euh.. (*silence*) En fait, on a eu des cas
avec des acteurs. Donc tu fais au feeling comme tu fais dans la vraie vie quoi. Tout en sachant
que c'est faux, que t'es maté par tous tes collègues. Et en plus, moi, ça faisait peu de temps
90 que j'étais sur A. Donc, tu sais que tu es maté par G., par P. . Enfin, par des big boss de ton
service. Qu'on va te juger. Enfin, forcément qu'on juge ses collègues, même si on le dit pas à
haute voix. 'fin, tu vois.. Et du coup, moi je suis tombé sur le cas, où c'était la prise en charge
d'un arrêt chez un adulte où il fallait faire un don d'organe et le transporter à l'hôpital et tout ça

là. Et du coup moi, j'avais dit avec euh.. l'infirmière. On avait dit ben voilà, le don d'organe.
95 On avait tout expliqué sur place et après on m'avait dit : « Mais non. Dans la vraie vie, on leur
explique pas tout sur place. On les transporte à l'hôpital. On leur explique à l'hôpital
(*soupir*). ». Bon et du coup, ben je m'étais dit ben de toute manière, ces trucs, c'est pipoté.
C'est du.. de la simulation. Dans la vraie vie, toutes les situations sont jamais pareilles. Les
gens réagissent jamais pareils. Il y en a qui vont hurler, qui vont pleurer. D'autres qui vont
100 rien dire, d'autres qui vont rien comprendre... Du coup, euh.. En plus, on avait déjà eu la
théorie qu'on reçoit à l'internat. Tu sais ? Euh.. Poser les questions : qu'est-ce qu'ils ont
compris ? Ne pas croiser les bras. Euh, s'asseoir. Donner un verre d'eau... Bon, des trucs
classiques qu'on savait déjà quoi.

I : Oui. Parce qu'en allant à la formation, tu... t'en attendais quoi ? C'était quoi tes
105 motivations ?

M : Ben, je me suis dit qu'en tant qu'interne tu prends jamais ce rôle. T'as toujours ton chef.
Donc tu le fais jamais. Donc je m'étais dit, ben c'est le CESU d'Annecy. Ils ont.. Enfin, ils
mettent en place une formation. C'était de la curiosité. Et puis, ben c'est toujours bon à
prendre. Voir si ils peuvent apporter des astuces... J'avais pas d'attentes particulières mais je
110 me dis que ça peut toujours faire un plus. Et... Voilà.

I : D'accord. Et par rapport à la situation jouée, vous avez débriefé. Et tu as ressenti quoi tout
de suite après, en sortant du truc, par rapport à ta pratique ?

M : Comment ça ?

I : En sortant tout de suite après la formation. Est-ce que tu te souviens t'être dit, hormis le
115 truc où tu es passé : « Ce qu'ils ont dit, ça m'aide.. Ça m'aide pas.. Est-ce que c'est ce que je
fais..? » ?

M : Honnêtement, je me suis dit : « Je vais rien changer à ma manière de faire. », en fait. Je
suis déjà.. 'fin le fait de dire aux gens : « Ben asseyez-vous. » ou les petites phrases de tous les
jours.. enfin qui aident.. Mettre la main sur l'épaule.. Je sais pas.. Des petits tics qu'on
120 t'apprend.. Ben ça, on te l'a déjà appris. Personnellement, je l'avais déjà appris à mon stage au
SAMU. Quand tu vas en tant qu'interne et que tu fais des arrêts cardiaques à domicile avec
ton chef et que tu vois comment il fait et ben.. Honnêtement, j'avais déjà appris sur le terrain
en fait. Du coup, ça m'a pas... Je suis pas sorti de la formation en me disant : « Ca, je vais le
réutiliser ! Ca, je le connaissais pas ! .. ». Tu vois ?

125 I : Ouais. Et, le fait de discuter de nouvelles situations ? Parce que t'étais jamais tombé sur un donneur d'organe ou sur un truc comme ça?

M : Non. J'étais jamais tombé dessus.

I : Et, le fait d'en rediscuter avec tout le monde ? De débriefer?

M : Ben ça, c'était intéressant dans le sens où.. Oui, je suis jamais tombé sur ce cas-là. Ben, si
130 j'ai un DDAC, est-ce que je referais comme à la simulation ? À l'annoncer tout de suite à la maison et voir avec la famille ? Ou est-ce que je ferais comme mes collègues m'ont dit à le balancer à l'hosto et ils verront tout à l'hôpital ? Et en fait, la conclusion, c'est que franchement je verrai sur le tas. Je verrai comment est la famille. Je verrai dans quelle situation on est : à domicile, dans un collège, elle a 5 ans, 62.. Enfin tu vois ? Certes, il y a
135 plusieurs manières de faire. Plusieurs avis. Les gens qui me disent comment ils auraient fait.. Je sais qu'il y a différentes manières de faire et j'adapterai selon, quoi. C'est ça ce que je me suis dit.

I : Ouais. D'accord. Et... donc toi, ça t'a pas vraiment... Tu t'es senti en difficulté en fait?

M : Pendant la simulation?

140 I : Oui, pendant la simulation.

M : Non. En fait, j'étais avec une infirmière de S... C'est ma pote quoi ! Et ça s'est super bien passé. Même les acteurs, je me souviens, ils nous ont dit : « Oui, ça a été du jonglage entre vous et nous. ». Euh en fait, on est tous sorti de cette simulation content et..

I : Et les comédiens, ils en avaient pensé quoi ?

145 M : Ben, je me souviens que les comédiens avaient dit qu'ils étaient bien « driver » dans leur réflexion, dans leurs réponses aux questions, dans leur angoisse ou je sais pas quoi. Donc moi, ça m'avait fait trop plaisir avec l'infirmière. On était trop content. Et après quand on.. 'fin sans les nommer. Mais quand t'as des collègues qui disent : « Non, mais en vrai, tu fais pas comme ça ?! Mais bon.. C'était la première fois que tu faisais un DDAC. » (*soupir*). J'ai dit, «Ok, c'est
150 bon.. ». Enfin bon, ça m'avait un peu saoulé leurs réflexions à eux. Mais bon, peu importe. Après, sur place, c'est moi qui serais là. C'est moi qui ferais ce que je veux. Et après, je dis pas que quand t'es sur place avec un vrai patient, t'as le temps de leur dire ce que c'est un DDAC.. et tu files à l'hosto et tu fais ça à l'hôpital, hein ? Je sais pas comment je ferai..

I : Oui, complètement. Ca sera adapté à la situation..

155 M : C'est ça.

I : Et tu avais des réticences avant d'aller à cette formation ?

M : Je me souviens un peu. J'étais un peu stressé en mode « je sais qu'on va être filmé et regardé par nos collègues ». Ça, c'était un peu en mode « on va me voir en action pendant mes interventions SMUR » alors qu'en vrai, personne te voit quoi. Et tu vois, c'était au début de
160 mon assistantat donc bon... Mais, c'était pas plus que ça, quoi.

I : D'accord. Et si la formation était refaite avec d'autres thèmes ou avec des enfants, faire des annonces avec des enfants enfin.. d'autres thèmes abordés, est-ce que tu y retournerais ou pas ?

M : Ouais, peut-être avec des situations précises : un enfant ou euh.. un environnement
165 particulier, une voie publique.. Enfin, je sais pas. J'ai pas d'idée. Mais oui. Autre que l'arrêt cardiaque dans le salon qu'on fait tout le temps. Peut-être ouais. Vraiment dans des situations exceptionnelles.

I : Ok. Et qu'est-ce que tu as pensé que ça soit une simulation avec des comédiens ?

M : Ca, c'était bien. Parce que c'était des gens hors-médecine qui, du coup, connaissent rien
170 aux termes qu'on utilise, aux protocoles. Et ça fait des gens neutres et des gens qui jouent du coup bien le jeu.

I : Dans leurs réactions. Tu trouvais que..

M : Oui, que c'était adapté. On rentrait bien dans le jeu euh.. Ouais.

I : J'avais une autre question sur le sujet. Quand tu as des interventions difficiles comme ça,
175 est-ce que tu as un moyen d'en parler derrière ? Est-ce que tu as une sorte de... ? Tu sais, en médecine générale, il y a des groupes de pairs qui sont faits. Est-ce que tu as quelque chose comme ça ?

M : Ben du coup, rien qu'avec l'équipe, on a débriefé tout de suite après. On a débriefé aussi
180 avec les pompiers. Enfin, on a vite fait discuté un peu. Enfin, « est-ce que ça va ? Vous avez tout compris ? ». Voilà, sur place. Et après, quand on est rentré à l'Hôpital à S., même à A., on a vraiment des équipes soudées. Et ça, c'est cool parce que tout le monde nous a demandé comment ça allait. La cadre du service est venue nous payer le café. On s'est posé tous. On n'est pas retourné cash aux urgences. On a pris l'heure de pause. Et après, la cadre nous a envoyé des mails et on rencontre la CUMP demain. Ils viennent nous voir, la psychologue ou

185 je sais pas qui.. Enfin, ceux qui veulent et du coup, on en reparlera demain. Et puis, des messages des collègues aussi : « si tu veux en reparler ». Donc carrément, je pense qu'on est bien entouré. Et même les relectures du matin. Comme on fait au SMUR, on parle du cas. Tu lis tes trucs, donc c'est bien.

I : Ok. T'as un moyen pour en reparler et pour être écouté.

190 M: Oui. Versus dans le P. quand j'étais interne, il y avait pas de relecture de nos interventions de la veille donc tu faisais tes trucs et personne n'en entendait parler. Et voilà. Et on avait fait.. 'fin, moi j'étais là sans être là. Et puis, on avait fait une réa en pédiatrie d'un gosse de 17 ans, 'fin, d'un jeune de 17 ans. J'étais arrivé au milieu de la réa. Mais moi, j'étais pas du tout acteur de la réa. J'étais plutôt en observation qu'autre chose. Et on n'en a jamais reparlé. Personne en
195 m'a dit : « Au fait, comme t'étais là pendant l'intervention, est-ce que tu veux qu'on en reparle ? ». Personne ne s'était soucié de comment je m'étais senti, tu vois. Alors que là, à S. ou à A., il y avait une étudiante infirmière avec nous sur la gamine. Ben ses tutrices, la cadre, tout le monde est allé voir l'étudiante. Elle a été prise en charge comme quelqu'un à part entière dans l'équipe. Donc pour ça au CHANGE, je trouve que c'est vraiment bien. On
200 est bien écouté.

I : Ouais. Et la CUMP demain, tu as besoin d'en reparler ou.. ?

M : Ben bizarrement, non. Tu vois, c'est trop bizarre. Ça, il faut que j'en parle demain avec une psychologue ou je sais pas qui il y aura, mais je me sens un peu... fautif de pas être triste. J'ai pas envie de pleurer quand je pense à cette inter'. J'ai pas envie de.. 'fin.. Sur le coup,
205 c'était dur et on avait tous les larmes aux yeux et tout ça. Mais tu vois, j'ai bien dormi la nuit d'après alors que l'infirmière m'a dit qu'elle avait mal dormir, qu'elle ressassait un peu.. Que elle... Elle s'est effondrée en revenant aux urgences avec les autres collègues. Et moi, je pense que j'ai réussi à mettre une distance ou une carapace, ou je sais pas. Et en parlant avec d'autres collègues un peu plus vieux, ils m'ont dit pareil, « On arrive à.. C'est pas qu'on s'en fout, mais.. ». Moi, je me dis : « Est-ce que je perds mon empathie ? Est-ce que je fais ça de
210 manière automatique ? ». Enfin, je sais pas. C'est hyper bizarre. Mais euh, je le vis bien. Pourtant tu vois, on a répété tout. On était deux médecins donc on a pu prendre du recul : « Vas-y, on a mis combien d'adré ? Les dilutions de l'adré sont bonnes. L'intubation, ça passe. La voie aussi. » Bon bah voilà, on a tout fait. On a pu vite fait sortir du cadre et voir de loin.
215 Donc voilà. Je me dis qu'on a tout fait. J'ai pas l'impression d'avoir merdé sur un truc. Et donc du coup, je suis pas en train de regretter quoi que ce soit. Le seul regret que je me dis c'est : à

quoi bon les arrêts cardiaques ? On n'en récupère jamais, et je suis hyper défaitiste. Là, tout a été fait pour elle. Il y a pas eu un maillon faible et pourtant, elle est pas repartie. Donc, pourquoi ? C'est juste ça qui me.. Mais bizarrement, je suis pas triste ou je sais pas.. peut-être tant mieux ?

I : Il y a pas d'autres situations où tu t'es senti... ou tu as ressassé ?

M : Ben, c'est des situations où tu as merdé. Aux urgences quoi. Tu sais où on te dit : « Ben au fait, ton patient, il est revenu ! Et en fait, il avait ça ! ». Ah merde.. Ou dans les étages, on m'a appelé parce que t'avais pas vu ça à la bio ou je sais pas. Oui, ça, tu ressasses un peu. Mais je me souviens pas d'un truc dramatique où j'ai ressassé. Après, je suis pas du tout du genre à pas dormir la nuit parce que je sais pas quoi.. Enfin.. C'est peut-être une histoire de caractère aussi.

I : Oui aussi. Mais c'est aussi l'expérience, je pense.

M : J'ai pas beaucoup d'expérience. Je suis toute novice.

I : Ouais. Mais bon, peut-être à partir du moment où tu prends tes responsabilités entièrement, c'est différent.

M : C'est différent ouais. Ah oui, tu le vis pas pareil que quand t'es interne.

I : C'est ça. Peut-être que là quand tu racontais la situation où quand tu étais interne, tu te prenais tout dans la tête parce que tu n'étais pas acteur.

M : Ouais exactement. Alors que quand tu décides et que tu fais, ben c'est sûr que quand tu fais, d'intuber, de checker, de faire quelque chose.. Ca change.

I : Et donc par rapport à cette formation, je te rappelle notre sujet. C'était le ressenti du médecin face à l'annonce de diagnostic difficile dans sa pratique quotidienne suite à cette formation. Est-ce que tu penses que tu as tout dit ?

M : Euh.. j'ai tout dit!

I : Ça t'aura pas apporté grand-chose ?

M : Ben, je crois pas. J'en ai pas grand souvenir honnêtement.

I : Ouais ok. Merci.

Entretien n°7

I : Interviewer

M : médecin

5

I : Est-ce que tu pourrais me raconter une annonce de diagnostic complexe, soit qui t'a posé problème, soit qui t'a marqué ?

M : Ouais. Heu... L'année dernière, début d'année, j'ai fait un arrêt cardiaque d'un homme jeune de 50 ans qui rentrait dans les critères...heu... qu'on n'a pas récupéré... heu... qui rentrait dans les critères de DDAC. Et donc, on était à côté de l'hôpital. Donc, on est rentré à toute berzingue ici pour qu'on soit dans les délais et on n'avait pas de famille joignable sur le moment. Donc, on est rentré pour pas perdre de temps. Et, une fois qu'on est arrivé à l'hôpital, il y a... En fait, sa femme travaillait à l'hôpital donc elle est arrivée. Et au moment où j'ai commencé à lui faire... Donc, en fait, c'est une dame qui... c'est la... C'était le mari d'une dame qui travaillait à la lingerie de l'hôpital. Donc qui avait été mise au courant par ses collègues de travail. Donc, en fait, elle est arrivée au déchoquage un peu après qu'on soit arrivé, sans que moi je l'ai jointe en fait. Donc, du coup, j'suis allé la voir au déchoquage pour lui annoncer l'arrêt cardiaque de son mari. Et, en fait, elle m'a dit que... Enfin, ils étaient de la famille d'un de mes collègues de travail de tous les jours, proche, et... C'était un peu difficile.

20 I : D'accord.

M : Voilà. Parce que du coup, ce collègue de travail, c'est moi qui l'ai appelé pour lui dire le décès de son beau-père en l'occurrence. Donc c'était un peu... Donc voilà... C'était un peu compliqué. J'ai fait l'annonce à la femme. J'ai fait l'annonce à ma collègue qui est aussi une amie et heu... voilà. Donc c'était un peu compliqué. C'est toujours compliqué d'annoncer l'arrêt cardiaque. Et puis, elle, comme elle est médecin en l'occurrence... heu... Elle a très bien compris que je l'avais ramené pour un DDAC donc voilà... C'est le truc dans les annonces qui m'a le plus marqué mais parce que ça me touchait personnellement.

I: Et t'as réussi à gérer...

M: *(lui coupant la parole avec précipitation)* J'ai été très mauvais dans l'annonce de diagnostic à ma collègue de travail. Ça, c'est sûr. A l'annonce du truc, j'étais ... je ne savais pas trop quoi lui dire car je me suis dit qu'elle allait se douter que si j'l'appelais, c'est qu'il y avait quelque chose... et voilà. Ça, c'est vrai que.. Voilà. Après, j'ai quand même culpabilisé en me disant que j'avais été très probablement très mauvais dans la façon dont j'lui ai annoncé ça par téléphone. Voilà.

I : Parce que tu l'as fait à elle tout de suite parce que c'est ta collègue ?

35 M : Parce que, en fait, la dame m'a dit : « Ma belle-fille travaille à l'hôpital, c'est le Dr ... ». Et heu... j'ai dit : « Ben bien sûr, c'est ma collègue de tous les jours ! ». Et elle m'a dit : « S'il vous plaît, appelez-la. Il faut lui dire de venir. ». Et donc, du coup, voilà, j'ai fait ce que la patiente me demandait. Mais heu... c'est vrai que, du coup, j'étais un peu... hop bon. Il faut aller vite parce que c'est le DDAC et voilà. Et moi, sur le coup, j'me dis : « Ah ben merde, c'est son beau-père. ». Et voilà. Et donc, j'l'ai
40 appelée. Mais ouais, j'étais nulle au téléphone. Mais bon, c'est comme ça ! Hein ?

I : Et la femme, elle a réagi comment ? Enfin, elle a pu comprendre ?

M : Elle était très très bien. Heu.. oui oui elle était...heu oui oui elle était très bien donc c'est pas..

I : Elle a pas eu de réaction qui t'a surprise ?

M : Non, c'était pas le problème de l'annonce à la femme qui m'a posé problème. C'est plus qu'après,
45 j'étais surpris que ce soit quelqu'un... c'est toujours un peu embêtant que ce soit quelqu'un que tu connais quoi. Donc, après, c'est surtout que je culpabilisais vis-à-vis de ma collègue où c'est vrai que j'me suis dit que j'lui ai téléphoné. J'lui ai balancé ça au téléphone, j'lui ai dit : « Ben écoute, j'y vais pas par quatre chemins : ton beau-père est en arrêt. J'l'ai ramené pour le DDAC. ». Donc elle, elle a compris tout de suite que les carottes étaient cuites parce que... Elle savait ce qu'il en était quoi. Et là,
50 j'me suis dit que j'avais pas été terrible dans l'annonce.

I : T'as été très sincère comme si tu parlais à...

M : (*coupant l'interviewer*) Ben pfff (*en soufflant*) parce que j'me suis dit que j'vais pas lui dire : « Bon alors ! ». Enfin je sais pas. Et puis, en même temps, voilà la belle-mère, elle est en face, elle pleure... Les décisions doivent prises rapidement. En fait, pour le DDAC, elle voulait que sa belle-fille
55 soit là pour l'aider à prendre la décision aussi... Donc tu vois, fallait pas perdre de temps non plus donc heu... De toute façon, les DDAC, c'est l'une des choses les plus difficiles qu'on fait en SMUR...

I : Et puis, par rapport à la formation... Toi, c'était il y a combien de temps ?

M : Alors, moi j'l'ai faite au tout dé... la deuxième séance de la formation.

I : Et donc, ça, c'était avant ou après la formation ?

60 M : Ça, c'était avant la formation.

I : D'accord. Et tes motivations pour aller à la formation, c'était quoi ?

M : Heu... ben parce que je trouvais ça hyper intéressant que...Heu... ben qu'il y ait une formation sur ce sujet parce que, comme toi, moi j'ai jamais eu dans mon cursus de formation sur l'annonce du décès...

65 I : Jamais ? Que ce soit pendant l'internat ou après ?

M : Jamais... Ecoute heu... non, je crois vraiment que non. Peut-être que... Non. En P1, tu fais la

première année de médecine, tu fais des QROC, QCM, machins... des trucs comme ça, mais tu fais pas d'annonce de diagnostic. Et moi, j'me rappelle très bien mon premier stage d'ext... l'un de mes premiers stages d'externe... Heu j'avais, j'étais en stage en médecine interne et heu... la chef était un
70 peu tonique. Et donc moi, j'étais en 5^{ème} année et les premiers jours que j'étais là-bas, on avait un patient de 30 ans qui était toxicomane et à qui on avait découvert un lymphome heu... J'sais plus si c'était hodgkinien, non hodgkinien. Peu importe... Donc à la visite, elle commençait à me titiller en me disant : « Quelles sont les causes d'hyper-éosinophilie ? ». Et voilà.. Donc à titiller à la visite. Et on sort de la chambre. Et là, elle me dit : «Bon ben voilà, ben écoute après la visite, tu iras le voir et tu lui
75 annonceras le diagnostic de lymphome ». Et alors, là, j'm'étais dit : «Non, mais quoi ?! Moi ?! Tout seul ?! Externe ?! J'suis pas avec mon interne, elle est pas là... ». Et elle m'avait balancé ce truc-là et heu... j'm'étais dit mais qu'est-ce que je vais lui dire quoi ! Et donc, j'avais annoncé le diagnostic...

I : Ah ? Mais tu l'avais fait ?

M : Oui (*en criant*)! J'étais allé dans la chambre après la visite et j'avais annoncé le diagnostic de
80 lymphome à un mec. Et j'étais tout seul. J'étais en 5^{ème} année. J'avais jamais fait ça de ma vie (*tape du poing sur la table*). Et là, tu vois a posteriori... J'avais été très mal à l'aise parce que à l'époque mon interne, c'était mon/ma mari/femme actuel/le. Et on en reparle souvent, et j'lui dis : «A., ce jour-là, elle a craqué quoi ! Qu'est-ce qu'elle m'a balancé de cette chambre et annoncer ça à ce mec ! » Heu ouais, j'ai fait ça tout seul et j'me suis toujours dit : « C'est débile, on n'est pas formé. » Et voilà...
85 Donc du coup, j'ai fait cette formation car j'ai toujours trouvé qu'on n'était pas du tout préparé à ça. Alors surtout dans notre métier, où en SMUR, tu fais ça toute la journée d'annoncer des décès... J'trouve que c'est vraiment un manque dans la formation de pas être heu... formé à ça quoi.

I : Et puis, qu'est ce que tu as retenu de cette formation ?

M : Moi, j'ai trouvé ça super bien. Moi, déjà, j'adore Catherine V. Donc voilà, j'trouve que c'est un
90 super plus dans le service. Et heu... moi, ce que j'ai aimé dans cette formation, c'est qu'il y a des gens qui te regardent faire et qu'ils te disent ce que qu'ils en pensent. Parce que quand tu fais ça, ben voilà t'es en équipe, voilà. Mais tu ne débriefes jamais de la façon dont t'as annoncé le décès. Et donc, finalement tu sais jamais si t'as bien fait ou pas... Et puis maintenant tu fais ça toute la journée. J'ai envie de dire, dans ma tête c'est.. j'déroule le truc que j'dis à tout le monde. Quasiment la même
95 chose. Enfin, une fois que t'as le truc à peu près fait, tu dis exactement la même chose. Et du coup, la formation, j'trouvais que c'était super pour ça. C'est que les gens te regardaient et on te disait ce qui allait, ce qui n'allait pas. Et du coup, j'trouvais ça intéressant qu'il y ait un regard extérieur, un retour sur ce que tu fais, quoi.

I : Et toi, ton ressenti tout de suite après la formation ?

100 M : Moi, j'étais super content.

I : Par rapport à ta pratique, par rapport à ce que tu faisais d'habitude etc...

M : Heu... Alors... Par rapport... Pour l'annonce de décès lambda, je crois que je faisais bien donc heu... Ca m'a conforté dans.. Oui : fallait bien dire aux gens, bien prononcer le mot « décédé » heu... Voilà enfin... Oui, moi, ça s'était plutôt bien passé. Catherine était plutôt positive en disant que c'était bien comment je faisais. Donc j'étais content qu'on me dise que ça allait ce que je faisais tous les jours, des fois trois fois par jour donc voilà... Et par contre ce que j'ai trouvé hyper intéressant, c'est justement dans le cadre du DDAC, qu'on évoque ça. Savoir qu'est-ce qu'il fallait dire ou pas, qu'elle nous donne des pistes. De pas se lancer dans l'explication du DDAC à domicile et tout ça. J'trouvais ça bien parce que effectivement, c'est jamais très facile de dire : « Bon allez hop (*claque dans ses mains*) ! On y va ! On va à l'hôpital ! ». Alors qu'on sait que les carottes sont cuites et que voilà, donc c'est... Pour le DDAC, j'ai trouvé ça hyper intéressant.

I : Et la formation, c'était juste après ton expérience ?

M : C'était après. C'était bien.

I : Heu... Est-ce que t'as l'impression d'avoir changé des choses dans ta manière de pratiquer ou pas, depuis la formation ? Est-ce que t'as des trucs...

M : Je fais attention à certaines choses, ouais.

I : Comme quoi ?

M : Ben justement, à me dire qu'il faut bien que je prononce heu... d'être cash avec les gens quoi. Moi, j'avais retenu ça qu'il fallait bien toujours heu... dire aux gens : « Votre mari est mort, il est décédé ». Voilà, de ne pas heu... utiliser des paraphrases et tout ça... Donc ça, je sais que, depuis que j'ai fait la formation heu... J'fais attention ouais.

I : Tu le faisais pas trop ?

M : Si si, j'le faisais. J'me rends compte que je le faisais. Mais c'est vrai que des fois, on est tenté heu.. si la situation, tu sens qu'elle est un peu complexe au domicile, que les gens ont beaucoup de chagrin... Des fois, t'as tendance à tourner un peu autour du pot. Et du coup, j'sais que j'fais attention. J'ai retenu ça de la formation. Que voilà, les gens avaient besoin qu'on leur dise les mots. Et que voilà.

I : Et, est-ce que tu la conseillerais, cette formation ?

M : Ah oui, j'la conseille à plein de gens. J'l'ai même conseillée à mon conjoint(e).

I : C'est vrai ? Dans d'autres spécialités ?

M : Heu oui, parce que lui/elle, par exemple il/elle fait dans des maladies chroniques, graves, longues heu... Ils font des annonces de diagnostic tout le temps. Et, j'trouve qu'on te forme pas à faire des annonces de diagnostic... Sans parler de décès hein.. Dire : « Vous avez une maladie, il va y avoir un

traitement pendant toute votre vie, et tout... ». Heu ouais moi, j'l'ai conseillée. J'l'ai conseillée à plein de gens, ouais !

135 I : Et qu'est-ce que tu as pensé du côté simulation avec des comédiens ?

M : Super ! Ah ouais, ils étaient super. Et alors, c'est très drôle parce que quelques... pas très longtemps après, peut-être un ou deux mois après, j'ai fait une intervention chez les voisins de ce couple de comédiens. Et la comédienne, elle était là du coup parce que c'est elle qui avait appelé les secours. Et alors c'était très drôle parce que j'avais l'impression qu'on refaisait la formation mais à
140 l'extérieur et dans la vraie vie ! Et du coup, elle avait bien aimé parce qu'il y a certaines choses quand même que tu te rends pas compte quand t'es comédien, quand tu simules. Car mine de rien, je pense que quand bien même, ils sont très bons comédiens et que, toi, tu fais vite piéger, c'est quand même pas la.. il y a pas le côté speed de la vie réelle que t'as là. Et là, en l'occurrence, leur voisin faisait un accident vasculaire cérébral. Et donc, on était dans les critères de thrombolyse et donc on s'est
145 dépêché un peu au domicile et il a fallu que j'ann... Enfin tu vois ? J'ai annoncé à sa voisine. Et donc, du coup, elle était là, la comédienne. A côté de sa voisine. Et donc du coup, elle a entendu mon annonce de diagnostic, et tout ça. Et après, on en a reparlé et on avait dit :« Ben vous voyez, comme quoi quand on est sur le terrain c'est encore plus.. Ca va encore plus vite parce qu'on est pressé par le temps ! Là, on a le temps, tu sais que tu es en formation. Tu te dépêches pas en disant.. Tu prends le
150 temps. ». Mais là, on était un peu pressé par le temps parce que il faut être dans les délais de la thrombolyse et tout ça. Et donc, c'était très drôle car on avait retrouvé ses comédiens-là. J'avais trouvé ça marrant.

I : Ah, c'est génial !

M : Ouais ouais, c'était super. Franchement c'était très rigolo. Ouais moi, j'ai trouvé ça bien. Ils
155 étaient forts. Ils étaient assez déstabilisants. Ouais, voilà, surtout.

I : Tu trouvais que c'était des réactions adaptées ?

M : Des fois... J'trouve que quand t'annonces un truc horrible, les gens, ils sont quand même rarement hystériques comme elle l'est à la formation. Moi, dans mon cas, elle était catastrophée, elle tournait partout. Ça arrive que les gens, ils soient un peu comme ça mais heu.. Moi, j'crois que j'ai jamais vu
160 des gens vraiment à crier, ou alors peut-être les maghrébins.. Enfin vraiment, ces communautés-là où vraiment c'est la catastrophe quand il y a quelqu'un qui décède. Mais sinon quand tu vas au domicile, les gens comprennent assez vite quand même que la personne est décédée ou qu'il se passe quelque chose de grave et derrière même si t'as des pleurs, t'as rarement des... Moi, j'sais qu'elle avait fait un truc. T'arrives pas à t'en dépêtrer. Même elle était très déstabilisante plutôt.

165 I : D'un côté, c'est un exercice..

M : Oui, c'était pas mal..

I : Est-ce que par rapport à toutes les situations complexes, les annonces, par rapport à ce que tu as parlé au début, est-ce que t'as un moyen d'en parler après ? Est-ce que tu as une sorte de groupe ?

170 M : Ben mon conjoint(e), non mon conjoint(e). Je sais pour le cas dont j'te parlais au début. Heu... Catherine V. m'avait dit : « On en reparlera ». Et puis, ben après, ben voilà.. J'ai pas redemandé. Et puis, on n'en a pas reparlé spécialement. Et puis, les choses ont évolué. Mais moi oui, j'en ai reparlé à mon conjoint(e). Oui j'en parle à mon conjoint(e) parce qu'il/elle est médecin.

175 I : Et qu'est-ce que tu penses de mettre en place quelque chose pour heu..pour pouvoir reparler de ces situations un petit peu. Que ce soit l'annonce pas forcément du décès mais des situations un petit peu complexes.

M : Moi j'suis plutôt pour. Moi, j'ai toujours dit que Catherine, ce soit bien qu'elle soit de temps en temps là avec nous le matin. Parce que j'pense vraiment qu'il y a des fois... Alors moi j'en fais pas parti parce que j'suis plutôt pas quelqu'un qui attire les trucs graves en SMUR. Mais des fois il y a des trucs horribles qui se passent.. Et puis, même quand il y a pas de truc horrible, moi ça m'arrive. Là, 180 j'sais plus si c'était au mois de février ou au mois de mars où j'sais pas dans la semaine j'ai fait 4 ou 5 arrêts cardiaques et c'est lourd franchement d'annoncer à chaque fois : « Voilà, il est décédé ». Tu te rends compte que tu fais que annoncer des trucs horribles aux gens quoi ! Et je pense que oui de temps en temps avoir peut-être heu... ouais, j'pense que ça serait utile ouais.

185 I : Plutôt à l'intérieur du service avec tes collègues, t'arrives à en parler ou avec l'équipe avec laquelle t'as fait l'intervention ?

M : Ouais ben j'pense avec l'équipe, t'arrives bien à en parler ouais. Mais après, j'pense que ça serait bien, parce que c'est souvent sur le coup et tout... mais un peu à distance de le faire. Ouais j'pense que ça serait bien.

190 I : Ok... Donc notre thèse, le thème, c'était le ressenti du médecin face à l'annonce de diagnostic complexe après la formation. Est-ce que tu as l'impression d'avoir tout dit ?

M : Heu, écoute, non. Moi, j'sais que... J'sais que c'est pas partagé mon avis, j'crois. Et moi, c'est la secrétaire qui m'en avait parlé, qui m'a dit : « Toi, tu l'as bien aimée ? Car il y en a qui la déconseillent et tout, qui disent que c'est pourri, et tout... ». Et moi, j'ai été très surpris de ça parce que j'trouve qu'il faut avoir une sacrée assurance pour dire que c'est pourri. Car, encore une fois, moi, 195 j'trouve le vrai plus de ce truc, c'est qu'il y a des gens qui te regardent faire. Et que dans la vraie vie, personne te regarde faire et donc, du coup, tu sais pas si tu fais bien ou pas. Et non, vraiment j'conseille. Moi, j'trouve que c'est d'être très sûre de soi que de dire qu'on fait bien et que ça sert à rien. Moi, j'ai vraiment trouvé que ce côté-là, que les gens m'ont regardé faire et qu'ils m'ont dit : « Ben ça, ça va. Là, attention, tu t'assois, tu te relèves, tu t'assois, tu te relèves.. ». Même l'attitude que tu peux avoir. Des fois, t'es dans le speed. T'es dans le truc. Et puis, t'es détaché aussi car tu peux pas 200

pleurer avec les gens tout le temps.. Alors, moi j'ai trouvé que c'était vraiment super qu'il y ait même quelqu'un et qu'il y ait des psychologues comme Catherine V. qui fait des annonces à la CEDOT toute la journée qui te donne son avis sur ce sujet. Moi, j'ai trouvé ça super. Et moi, j'la recommande cette formation. Mais après, je sais que l'avis n'est pas partagé. Ouais, j'sais pas pourquoi mais voilà.

205 I : Et t'avais pas d'appréhension à venir à cette formation ?

M : Ah, pas du tout !

I : Et les gens qui te regardent..

M : Ah ben non, si tu fais pas des formations de simulation dans notre métier.. C'est hyper important la simulation. Moi, j'étais à Grenoble, on en faisait déjà plein des simulations. T'es passée au SMUR de Grenoble ?

210

I : J'y suis.

M : Ah ben tu vois Dr C.. il était tout le temps sur mon dos. Dès qu'on avait un moment de creux, on allait au CESU. On faisait même des simulations en équipe. Des fois, on en faisait même plus qu'ici. On faisait des simulations où on partait avec les sacs. Heu..non non, j'trouve que typiquement le SMUR, c'est un métier de simulation.. Le truc, tu les vois une fois ou deux fois dans ta vie ou par an. Si tu t'entraînes pas... C'est pas le jour J que tu vas le faire. Enfin, tu vois.. Moi, j'ai tout fait ici. J'ai fait de la détresse respiratoire, j'ai fait l'accouchement.. Et quand bien même tu le fais une fois, il faudrait le refaire régulièrement. Car tu vois, moi, les accouchements... heu ben le jour de la formation t'es hyper content. Et puis, 2-3 mois après, tu te souviens plus donc... heu non moi j'pense que c'est hyper important de faire de la simulation dans notre métier et heu...moi j'suis hyper pour. Donc non, j'ai pas d'appréhension pour y aller. On n'est pas là pour juger son collègue. J'veux dire, j'sais que tu viens pour une formation. Tu viens pas pour dire à l'autre : « T'es nul. ». Enfin moi, j'le vois pas comme ça mais...

220

I : Bon, très bien. Parfait !

225

Entretien n°8

I : Interviewer

M : Médecin

5 I : Est-ce que tu pourrais me raconter, soit la dernière annonce de diagnostic complexe, soit une annonce de diagnostic qui t'a posé problème ?

M : (*Silence*) On fait ça tous les jours et... Qui m'a posé problème ?

I : Ou qui t'a marqué... pour n'importe quelle raison, la famille, le patient, l'annonce en elle-même qui était difficile...

10 M : (*en rigolant*) Tu peux me mettre sur pause le temps que je réfléchisse... (*silence*). Alors ça fait un petit moment de ça. C'était un monsieur qui vivait sur Paris et qui était en vacances dans la région. Je sais plus quelle était sa pathologie initiale cancéreuse. Et qui vient pour dyspnée aux urgences. Il a un bilan avec un scanner qui montre un cancer qui flambe. Euh.. et voilà, un monsieur jeune d'une cinquantaine d'année, ou soixante ans. Voilà. Euh... Annonce
15 du fait que la pathologie évolue de manière rapide avec un risque létal assez rapide. Euh.. donc le fait qu'il était pas dans sa région avec une famille éloignée.

I : Il était tout seul ?

M : Non, il était accompagné de sa compagne. Alors il y avait l'annonce de la pathologie qui évoluait et l'organisation pour le rapatriement.

20 I : Cela s'est passé comment concrètement ? Il était pas en SAUV ?

M : Non non. Moi, je l'ai vu après coup en UHCD. Il y avait sûrement des choses qui avaient déjà été dites. Mais j'ai eu moi, le médecin cancérologue qui le suivait sur Paris, pour savoir un peu où ça en était avant. Et qui, au vu des résultats du scanner m'a dit, «Ben non, ça flambe. C'est terminé. On fera rien de plus. ».

25 I : Et lui, il s'y attendait ?

M : Non, non. Lui ne s'y attendait pas et son épouse non plus. Et puis, voilà.

I : Et donc dans l'annonce, comment tu as abordé les choses ? Tu te souviens ?

M : Eh bien, comme je fais régulièrement. Je commence par leur demander ce qu'ils savent de leur maladie, ce qui pose un peu les choses généralement. Parce que ça permet de savoir
30 exactement, ce qu'ils en savent ou ce qu'ils sont supposés en savoir par rapport à ce qu'on te dit à toi. Je commence toujours par ça. Et là, il était surpris de l'évolution assez rapide parce qu'il avait eu un scanner un ou deux mois avant qui était pas bon, mais pas dramatique. Mais quand tu l'interrogeais, ils avaient décidé de faire un stop dans la chimio parce qu'il était fatigué. Donc voilà, il y a des éléments que les patients te donnent sur lesquels tu peux
35 rebondir, « Ben voilà, vous étiez déjà fatigué, la situation était pas gérée puisque la maladie était là. Ca c'est amplifié. ». Voilà.

I : Et comment tu as amené le fait ? Parce que là, il n'y avait plus de thérapeutique à envisager... De le transférer pour quoi?

M : Pour le transférer près de sa famille comme il était originaire de Paris.

40 I : Et lui n'a pas posé de questions?

M : Si, il a posé des questions. Alors il y a (*silence*).. j'ai exposé le fait que j'ai eu son oncologue, que évidemment, moi, j'avais pas toutes les données en main pour lui dire précisément les choses. Mais, qu'à la discussion que j'avais eu avec son oncologue, il ne semblait pas y avoir de thérapeutiques euh.. qui permettent de le soigner. Ce en quoi il était
45 pas très surpris. Les choses s'étaient pas améliorées il y a deux mois. Il y a pas de raison que ça change maintenant. Mais par contre euh.. pas de thérapeutique pour le guérir mais des thérapeutiques pour l'accompagner. Je dis jamais « il n'y a plus rien à faire ». Je dis jamais ça. Oui, on va vous accompagner. Après, c'est sûr que quand ils demandent si : « Ca va me guérir ou pas ? ». Ben t'es obligé de répondre que non mais que l'accompagnement persiste. Il
50 y a toujours un soin à donner quoi.

I : Ouais. Et juste dans les mots, tu le dis comment ? Si tu devais me le dire, quels mots tu emploierais ?

M : C'est tellement différent en fonction des gens que tu as devant toi... (*silence*) Peut-être que je mets l'accent sur : « L'important c'est que maintenant, il n'y ait pas de souffrance
55 qu'elle soit morale ou physique. ». Tout dépend qui j'ai en face et comment je le sens. Je dis que c'est des moments importants à vivre, et qu'ils ont peut-être des choses à dire à leur famille, etc... et que.. Je le dis pas tout le temps ça. Ça dépend dans quel état sont les gens, dans quelle mesure ils peuvent l'entendre aussi. Enfin, comme je le perçois en tout cas. Et je

leur dis qu'on est là pour les accompagner. Je leur dis aussi que si il y a des choses qui euh...
60 Tu sais, des fois, il y a des trucs que tu penses pas toi. Mais si ils ont des vœux, des souhaits
quelconques, je leur demande de bien nous dire. Là, ce monsieur, c'était le transfert auprès
des siens quoi. Des fois t'as... (*silence*) Je me souviens d'un patient qui était en insuffisance
respiratoire terminale avec une fibrose pulmonaire catastrophique et il voulait mourir chez lui.
Et il était à l'UPUM à l'époque. Il était sous 12L d'O2. Et il nous dit, « Je veux partir chez
65 moi. ». Ouais d'accord. Mais ça veut dire que le débit d'O2, tu peux pas le garder à 12L à
domicile..

I : Même avec une HAD ?

M : Si. Avec l'HAD, on a réussi à le faire... Mais ça veut dire aussi que ça va raccourcir votre
temps de vie et euh.. Mais le papi, qui était super conscient de tout, a dit : « Mais ouais. Tant
70 pis si ça raccourcit mon temps de vie. Je veux partir chez moi mourir. ».

I : Et vous aviez pu respecter ça ?

M : Ouais. Il est mort 24h après hein. Mais la famille est venue nous voir après et nous a dit
qu'ils avaient bu le champagne euh.. en arrivant. La veille de son décès. Et puis, voilà. Donc
ouais, quand j'arrive à avoir... C'est pas toujours si simple. Et là, je parle de patients avec qui
75 tu peux avoir une conversation, qui sont conscients. Et c'est pas toujours le cas. Des fois, tu as
que la famille.

I : Parce que dans ce cas, il y a eu pas mal d'éléments aidants au fina. Parce que lui savait ce
qu'il voulait...Et la compagne était aidante ?

M : Oui, elle était pas dans le déni donc ça aide.

80 I : Ouais. Et ce genre d'annonce où quand tu vas parler au patient de la suite des choses avec
une annonce de diagnostic difficile, est-ce que tu y vas avec une infirmière ? Ou quelqu'un
d'autre ?

M: Euh... j'aime bien le faire avec quelqu'un.. (*silence*). Parce que j'ai eu une expérience où
j'ai dit des choses et la famille a interprété le contraire de ce que j'ai dit.

85 I : Tu peux me raconter le contexte si tu te souviens ?

M : Je me souviens plus exactement. Mais c'était une famille qui était dans le déni, assez
compliquée à... qui était très dans la demande de soins actifs. Et moi, j'annonçais que ce
n'était pas opportun de poursuivre ce genre de thérapeutique. Et le lendemain, je les revois et

ils me disent : « Mais c'est inadmissible qu'on continue ces soins-là ! ». Et j'avais été tout seul
90 la première fois avec cette famille. Et là, l'infirmière était là et j'ai dit : « Mais c'est bien vous
que j'ai eu hier ! Notre conversation... Moi, j'ai ce souvenir-là de ce que j'ai dit ! », « Ah, pas
du tout, pas du tout ! », « Bon d'accord. Ben donc, excusez-moi. J'ai pas du comprendre ce que
vous m'avez dit. ». On est reparti sur des bases plus.. Où là, je l'ai fait répéter sur ce qui c'était
dit sur le moment présent. Et c'est vrai que depuis, j'essaie de pas être tout seul en fait. Ouais.
95 Juste pour... pour plusieurs choses. Ça rassure qu'il y ait un auditoire, une tierce personne. Et,
qu'en cas de litige, il y ait quelqu'un d'autre. Et ça assure la suite des soins par les
paramédicaux parce qu'ils peuvent réemployer les mots, reformuler derrière ce qu'on a dit.
Euh... parce que c'est pas parce que tu dis une chose à un temps t que 30 min après, 2h après,
3h après, il faut pas y revenir. Pour eux, la temporalité est différente donc euh... ça permet
100 aussi d'assurer ça.

I : Et tu arrives à le faire assez souvent ?

M : C'est pas très évident...

I : Oui, c'est pour ça à l'UHCD, c'est peut-être plus facile. Mais sinon, ça doit être complexe
à organiser...

105 M : Oui oui. Quand t'as une annonce compliquée, t'as un risque vital pour une personne, c'est
souvent des personnes âgées qu'on a, hein ? Et que t'es en garde et que t'as une vingtaine de
patients qui attendent et... ouais, c'est pas très évident. Et de prendre soi-même le temps de
ça. C'est un temps indispensable. Mais bon, c'est un temps entre parenthèse où t'as besoin
d'être complètement présent avec les gens et euh.. En sachant que t'es le seul médecin-sénior
110 et que tu en as une vingtaine derrière et que tu sais pas ce qui se passe. Et du coup, c'est aussi
difficile à cette période-là d'avoir un paramédical disponible... C'est difficile et pas toujours
fait.

I : Oui oui...

M : J'essaie mais c'est pas toujours possible.

115 I : Oui, je vois. Qu'est-ce qui t'a motivé à faire cette formation à l'annonce de diagnostic
complexe ? Est-ce que la situation dont tu parlais par rapport au patient enfin.. à la famille qui
avait pas compris la situation... c'était avant ou après la formation ?

M : Non, c'était avant la formation. Mais c'était pas ça, non. C'est juste que c'est un sujet qui est très intéressant, euh.. Ca permet aussi de.. d'avoir un temps où tu as un peu de recul sur ce que tu fais et sur des situations qui.. Finalement, on a été mis dans des situations de SMUR. 120
Moi, je fais pas de SMUR. Et bien finalement, ça change un certain nombre de paramètres. Et ben, tu te rends compte que le truc que tu maîtrises assez bien par ailleurs quand t'es dans ton quotidien, là d'être dans une situation assez différente, et ben ça change... Mais en même temps, j'avais pas le rôle de médecin dans la simulation. C'était différent, ouais. Donc ça 125
bouscule un peu oui. Ça permet de se poser des questions un peu...

I : Ouais. T'avais déjà eu des formations comme ça sur la communication ?

M : Ben oui, je fais de l'hypnose. Donc oui.

I : Avec de la simulation comme ça ?

M : Oui, ben c'est pas des simulations vraiment, mais des mises en situation. On fait devant 130
quelqu'un qui nous observe.

I : Et euh.. il y avait pas d'appréhension à cette formation ?

M : Non. Enfin, si ce n'est d'être mis en situation et filmé et regardé. C'est pas quelque chose où t'es très à l'aise. Mais c'est pas quelque chose de gênant.

I : Ok. Et tout de suite après la formation, qu'est-ce que tu as ressenti par rapport à ta pratique 135
professionnelle quotidienne ?

M : Oui c'était il y a un moment. Mais il y a un truc qui m'a bien marqué. C'est que quand on a fait la simulation, à aucun moment le euh.. dans la simulation, personne n'a dit « Il est mort » ou il est... Enfin c'était ça la simulation, c'était un arrêt cardiaque. Et les acteurs ont dit, « Mais on n'a pas compris ! On n'a pas compris ce que vous disiez. ». Et que c'était un 140
geste de quelqu'un qui leur a fait percuter les choses. Donc euh.. ça m'a sensibilisé sur deux choses : d'une, d'être hyper clair. Donc des fois... J'ai pas l'habitude de faire des euphémismes ou des choses comme ça mais j'y fais d'autant plus attention. Quand il y a quelque chose de grave, ben j'essaye de dire les mots. Euh ouais... Et c'est pas très simple ça. Parce que des fois, dire les mots... En tout cas, m'assurer que les gens ont bien compris. Moi, 145
j'avais suivi un patient, étant interne, qui m'avait dit, « On sait tous les deux ce que j'ai, mais j'ai pas envie d'entendre le mot. ». Donc là, c'est clair ! Tu vois ? Mais n'empêche que les mots, c'est pas si facile de les dire parfois. Enfin voilà, bien s'assurer qu'ils aient bien pigé le

truc. Et puis... le langage non verbal. Je me suis rendu compte que, je crois que c'est même le plus important.

150 I : Ça fait énormément, oui. Et c'est quelque chose que tu faisais déjà avant ?

M : Oui, mais j'y fais encore plus attention.

I : Comme quoi par exemple ? Qu'est-ce que tu vas dire ou qu'est-ce que tu vas faire plus naturellement que tu aurais peut-être pas fait avant ?

M : Euh (*silence*) J'en sais rien, ça dépend tellement de la situation... Je saurais pas te dire
155 là... Non... Parce que c'est pas des recettes toutes faites.

I : Oui, il y a pas des petits tirets à réciter tout fait. Mais, mais est-ce qu'il y a des choses qui t'ont marqué, toi ? Où tu t'es dit : « Ben je le fais pas ou peut-être que je le fais pas » ? Après ils disaient s'asseoir, se mettre à la hauteur du patient... ?

M : Si si, ça je le fais. Mais on a tendance à trop parler, et les silences sont super importants.

160 I : Et ça, c'est quelque chose que tu as mis en place ?

M : Avec l'expérience, oui. C'est avec l'expérience que j'ai pu mettre ça en place. T'es un peu plus à l'aise avec ça. Les silences te font pas peur. Des fois, on comble les choses avec un flot de paroles que le patient est pas en mesure d'entendre. Tu viens de lui dire un truc qui va bouleverser sa vie et euh... et des fois, on parle, on parle, on parle.. Eh ben, non ! Il faut rien
165 dire. En tout cas, il faut leur laisser un temps de... Rien dire. C'est pas forcément.. Comment dire.. C'est une présence dans le silence. C'est un accompagnement dans le silence. C'est être hyper présent, être là quoi.

I : Oui, attendre leurs questions ou leurs réactions et... peut-être que ça viendra..

M : Oui oui ou pas. Peut-être qu'on n'aura pas de réaction. Mais c'est pas grave. Ça marque
170 qu'on a dit un.. quelque chose qui était énorme pour eux... Et les silences, c'est du temps donné à... à ce qu'on.. au fait qu'ils aient besoin d'intégrer un truc.

I : Ouais. Et dans la formation, le fait d'avoir des comédiens comme patient simulé, t'en as pensé quoi ?

M : J'ai trouvé ça fabuleux ! Parce qu'on n'a jamais le retour, on a rarement le retour des gens
175 à qui on dit ça. De ce qu'ils ressentent. Des fois, tu l'as a posteriori avec les familles. Des fois, il y a des gens qui te le disent quand même. Mais aux urgences, on a un lien très court avec

les personnes, alors c'est compliqué parce que... on n'a pas ce rapport-là dans la temporalité. C'est-à-dire qu'ils peuvent te dire des choses qui sont très... C'est très intimes de dire à quelqu'un « Ben ça m'a fait ça, ça m'a fait ça. ». Donc, j'ai trouvé ça hyper intéressant, hyper
180 intéressant. C'était assez riche de voir ce qui jouait pour eux. Et de voir ce que toi, tu penses qu'ils ont ressenti. Des fois c'est pas...(rires). Et donc ça relativise beaucoup de choses aussi. Ça te fait dire : « Bon, tu as eu cette impression-là.. ». Ça demande souvent à y revenir et euh.. A part en UHCD, on l'a peu ça..

I : Oui, le fait de revenir voir si ils ont bien compris, si ils ont des questions...

185 M : C'est pas très simple ça dans l'exercice de l'urgence oui... Parce que... tu poses un peu un pavé. Mais après, faut que tu retournes travailler. Bon t'es pas tout seul. Tu as toute l'équipe où tu peux reprendre ça avec eux, mais c'est pas évident. Des fois, ça mériterait qu'on y passe un peu du temps mais qu'on n'a pas...

I : Oui, des choses simples mais qui valent le coup d'être redites un peu... dans ce genre
190 d'annonce un peu complexe. Après, c'est différent parce que tu as de l'expérience et tout ça. Mais, peut-être... Est-ce que tu as des moyens d'en parler ou d'évacuer quand il y a des annonces vraiment difficiles?

M : En intra-hospitalier?

I : Oui, ou pas.

195 M : Oui. Moi, à l'extérieur, oui.

I : Est-ce qu'il y a des sortes de groupes de pairs ou... ?

M : Non. Je te le dis parce que c'est peut-être important pour ton travail...

I : Si c'est des informations que tu ne veux pas dire, je veux pas être..

200 M : Non non, mais je fais un travail d'analyse. Du coup, quand j'ai un truc comme ça, je peux en parler. Mais c'est personnel, c'est un truc.. C'est pas un truc intra-hospitalier. Voilà. Mais sinon en groupe de pairs, non.

I : Oui, ça sera plus avec des personnes neutres.

205 M : Oui. Après euh... ça manque au sein du service ce genre de chose. Donc on a un groupe de travail sur.. Enfin, une analyse de pratique en ce moment. Moi, j'aimerais que ce soit tout le personnel qui y ait accès. Mais pour des raisons euh... budgétaires, tu peux pas faire passer

210 tout le monde là-dessus. Donc on a décidé de cibler l'équipe cadrant en se disant que ben finalement si on touche les responsables d'unités, ça va rejaillir sur l'ensemble de l'équipe. Alors ça sort un peu de... de tout ça. C'est pas fait que pour l'annonce difficile, hein. Mais j'espère qu'il y aura des retombées. C'est pas très simple d'avoir ce temps-là. Après c'est des temps que l'on met aussi sur des situations très complexes où on a accès à la psychologue du travail. Euh...

I : Oui. Mais ça, c'est dans des cas très particuliers, non ?

M : Ouais ouais. Ou des trucs un peu d'agressivité ou..

215 I : Ou qui ont atteint plusieurs personnes ? Ça peut pas être mis en place pour une personne qui a des problèmes quotidiens ?

M : Non, non. Oui ça manque. Mais en plus, en tant que responsable... euh... peut-être que c'est débile hein... euh (*silence*). Faut qu'il y ait un pilier quoi. Enfin plusieurs piliers, il en faut pas qu'un. Mais je pense que je choisirai les personnes à qui j'irai en parler, j'irai pas en parler avec euh... Si j'avais un problème très important sur une prise en charge, peut-être 220 avec les personnes qui prennent en charge en même temps le patient. Ça, c'est sûr.

I : Vous arrivez à en reparler ? A débriefer un petit peu ?

M : Très rarement, très rarement. Le manque de temps.

I : Et ça, c'est un besoin ?

225 M : Je pense que ça serait bien, oui. Parce que moi, j'ai un recours externe. Mais il y en a qui n'ont rien et qui repartent avec des trucs qui sont compliqués à vivre et à digérer (*silence*). Des fois, on vient me reparler de choses qui datent de 4- 5 mois, tu vois.

I : Ah oui.. et qui sortent seulement maintenant.

230 M : Oui, alors tu te dis ben c'est... moi en tant que responsable, ça m'interpelle. Tu vois ? Je me dis qu'il y a des gens qui repartent avec des trucs euh.. qu'ils traînent. Et ouais, voilà. L'analyse de pratique, on l'a mis en place-là. Ça touche que les équipes cadrantes. J'espère que ça va avoir des retombées. Et après, oui... il faudrait pouvoir mettre en place ce genre de choses. Mais, vu la situation actuelle... Tu vois c'est du temps qu'il faut, en fait... Mais on n'en est pas là.

I : Parce que dans cette formation, la séquence qui t'a le plus marqué, est-ce que c'est le moment où tu passais pour simuler la situation, le moment de débriefing après ?
235

M: Non moi, c'est le retour des acteurs. Oui, très riche. Ça permet de relativiser, de pas transférer... En tout cas, d'essayer de pas avoir d'a priori sur ce que les gens ont ressenti. A partir du moment où ils t'en ont rien dit ben tu ne sais pas où ils en sont. Donc partant de là, tu fais attention, tu fais reformuler avec des mots clairs. T'essayes de savoir même ce qu'ils en ressentent. Parfois, tu peux.. t'as des expressions non verbales qui te laissent penser qu'il y a quelque chose qui est pas claire. Oui, essayer de mettre des mots là-dessus. Donc ce qu'on fait, aux urgences, depuis qu'on a eu un suicide aux urgences, il y a un an et demi... Il nous a été rapporté par de la famille de l'épouse de ce monsieur, qu'elle s'était sentie abandonnée par l'équipe et par l'hôpital, en gros. Parce qu'il se suicide aux urgences, il est réanimé, il passe en réanimation. Et après, nous, on l'a pas vue, cette dame. On l'a même jamais vue parce que le patient a été pris en charge en réa et il est décédé en réa. Tu vois ? On n'a pas eu de contact avec elle. Il y a pas eu de contact avec elle. C'est les psychiatres qui l'ont appelée. Et euh.. entendant ça, on a mis en place un courrier aux familles de patients décédés, en disant qu'ils se rapprochent de nous si ils avaient des questions qui restaient, etc... Et euh.. Ca, ça permet aussi de se dire, ils vivent quelque chose de très difficile. Bon ça, ça touche les décès. C'est pas forcément que les annonces difficiles. Mais du coup, le temps est pas le même. On a un temps très court ici. La vie continue derrière. Et t'en as qui repartent avec des trucs qui sont difficiles à vivre. Et il y en a qui te recontactent. Et du coup, on fait des entretiens ce coup-ci. Toujours à deux. On fixe un rendez-vous avec les familles. Ils viennent à un ou plusieurs, ça dépend. Et on les reçoit toujours avec moi et un infirmier-coordonateur ou le cadre.
240
245
250
255

I : D'accord, c'est vraiment bien ça !

M : Oui, c'est vraiment bien. C'est très riche. Très, très riche...

I : Oui, c'est une sorte de suivi. Ça peut être un retour d'information et d'expérience.

M : Oui, alors c'est très peu. On a à peu près 130 décès par an. Je crois que l'année dernière, on a eu cinq familles qui nous ont rencontrés et un appel. Je me disais que peut-être on allait être submergé par les appels, mais non. Mais c'est très riche.
260

I : Oui, je pense. Ah, je connaissais pas du tout. C'est bien. Et pour finir, notre question, c'était d'évaluer le ressenti des médecins face à l'annonce de diagnostic complexe suite à cette formation. Est-ce que tu as l'impression d'avoir tout dit ?

265 M : De l'expérience qu'on a eue ?

I : Oui, du ressenti que tu as sur une annonce qui pose problème, une annonce complexe...

M : Je pense que ça ne sert pas à ça... Mais (*pour elle-même*) c'est peut-être pour ça que j'y suis allé.. Mais ça donne du temps pour réfléchir à ça. Et puis d'en parler. C'est pas du tout pour ça à la base, on est bien d'accord (*rires*). J'ai bien compris. Mais, c'est un espace de parole qu'on n'a pas à la base. Et c'est sans doute ça qui manque, c'est un des éléments qui manque au service.

270

I : Ok, ben merci beaucoup !

Entretien n°9

I : interviewer

M : Médecin

5 I : Raconte-moi une annonce de diagnostic difficile qui t'a posé problème soit avant ou soit après la formation. Peu importe.

M : Hum hum... Qui m'aurait posé problème... C'est l'annonce d'une forte suspicion de néo pulmonaire chez un homme de 45-50 ans aux urgences. Ce qui m'a le plus posé problème c'est pas le côté euh... C'est pas la sensibilité ou l'affect que je pouvais mettre dans cette
10 annonce, c'est plus les conditions dans lesquelles on les annonce. Dans le sens où ça se passe au milieu des urgences, donc quand il y a 20 patients ben...

I : Parce que ça avait été découvert aux urgences ?

M : Ouais. C'était un mec qui perdait du poids, qui était fatigué, qui toussait. Et sur la radio pulmonaire, il y avait un lâché de ballon. Donc le diagnostic, il était fortement probable quoi.
15 Et euh.. Il a fallu du coup expliquer pourquoi je gardais le patient. Parce que quand tu dis au patient : « Ben, je vais vous hospitaliser en pneumologie. Et puis mes collègues, ils vous expliqueront dans 2 jours ce qui se passe. ». C'est pas ma façon de voir les choses parce qu'au bout d'un moment il y a quelqu'un qui va faire une bourde et qui va lui dire. Donc je pense que c'est le rôle du médecin de lui annoncer quand même. Donc voilà, il a fallu lui annoncer
20 au milieu des urgences, avec le monde, avec l'activité qu'il peut y avoir. Pas forcément des pièces adaptées. J'avais trouvé une petite pièce pour pouvoir lui parler à lui et à sa femme, en disant : « Voilà, forte suspicion... ». C'était un peu brutal parce que, de un, on n'a pas forcément l'information. J'ai pas les réponses à ses questions, sur comment ça va se passer parce que c'est ça qui en découle. Est-ce que je vais mourir ? Est-ce que je vais avoir de la
25 chimio ? Est-ce qu'on va m'opérer ?... Et ça, je suis pas pneumologue, ni cancérologue. Mais c'était plus ça qui m'avait gêné après. Pas forcément... Ça m'avait pas pris aux tripes. Ça m'avait pas gêné... en soi. C'est plus les conditions dans lesquelles on fait ça.

I : D'accord. Du coup, le lieu qui est pas approprié ?

M : Le lieu qui est pas approprié. Et puis, je pense que... Si ça existe encore, il y a des
30 diagnostics d'annonce qui doivent être faits, hein ? Qui sont obligatoires, hein. Donc il y a des

gens qui sont là. Les patients sont encadrés. On leur propose des solutions derrière. Aux urgences, moi, je propose quoi ? De les mettre dans un lit et qu'ils attendent de voir un pneumologue ?

I : Et il a réagi comment, du coup ?

35 M : Ben il était un peu sous le choc. Même si au fond de lui, je pense que c'est un gros fumeur. Je pense qu'il voulait pas se l'avouer. Mais il s'en doutait. C'était la famille qui était un peu dur. Il avait des enfants. Donc c'est toujours compliqué d'amener les choses tout doucement, sans trop dramatiser. Et puis surtout en disant que c'est une forte suspicion et que je peux me tromper. Et, j'espère me tromper mais que, si je le garde, c'est pour justement aller
40 éliminer ou confirmer un diagnostic.

I : D'accord. Et tu as annoncé ça seul ? Ou il y avait l'infirmier, ou quelqu'un d'autre ?

M : Non, j'ai annoncé seul.

I : Tu le fais souvent seul ?

M : Ben c'est difficile de prendre un, le médecin et l'infirmière. On a tous beaucoup de boulot.
45 Donc si on essaye de se retrouver tous les deux en même temps pour faire ça, on n'y arrive pas, quoi.

I : Et tu as fait l'annonce avec son épouse en même temps ? Ou tu...

M : J'avais demandé... Si je me souviens bien, j'avais mis le patient dans une pièce. Donc au lieu de l'attente brancard, je l'avais mis dans une pièce. C'est pas le truc qu'on fait
50 régulièrement. J'avais demandé au patient avant : « Voilà, j'ai des résultats. Est-ce que vous voulez que je vous les dise à vous ou est-ce que je les dis devant votre femme ? »

I : D'accord, tu poses carrément la question ?

M : Oui oui. Ils sont pas obligés tous de savoir. Des fois, ils me disent : « Ben dites-le moi déjà. Et si il faut, vous le redirez à ma femme. ». Ben, je le fais.

55 I : Donc t'avais fait une première annonce avec lui et après...

M : Non. Là, j'avais fait les deux en même temps. J'avais posé la question et il m'avait dit, « Non non, elle vient avec moi. ».

I : D'accord. Et, est-ce que t'as pas moyen de les revoir après ?

M : Je pourrais si je prenais le temps de rechercher, de noter le nom, d'aller rechercher

60 derrière. Alors il se peut qu'on discute avec les collègues de l'hôpital en disant, « Ben, qu'est-ce qu'il est devenu un tel ? Qu'est-ce que vous avez fait ? ». Ou des fois, on a des courriers des collègues. Dans le flot de tout ce qu'on a à faire, c'est vrai que la continuité et le suivi, on le fait pas très bien. Et c'est pas notre vocation des urgences surtout.

I : D'accord. Et donc là, les éléments perturbants, tu m'as dit.. C'était plutôt les lieux. Et les
65 éléments qui t'ont aidé ? Si il y en a..

M : Je pense plutôt mes stages avant... Déjà, j'ai fait pas mal de réanimation en temps qu'interne. Donc, il y a souvent des annonces de diagnostic difficile euh.. Et c'était toujours avec un médecin. Et il y a plusieurs médecins. Donc tu vois qui fait comment. Tu vois ce qu'il faut faire et t'apprends surtout ce qu'il faut pas faire et ce qu'il faut pas dire. Donc après,
70 quand tu mets ça dans le shaker, tu mélanges et t'arrives à te sortir ta sauce à toi. Et puis, il y a aussi le pré-hospitalier. Et quand il y a quelque chose de grave, ben t'es tout seul sur les lieux. Tu peux pas te retourner pour dire : « Ben c'est le collègue qui va faire l'annonce ». Il y a pas de psychologue. On est une équipe, je veux dire. On est trois. Il y a les pompiers, mais c'est pas forcément les mieux formés. Donc à un moment, faut te lancer. Et je pense que, et
75 malheureusement, on est habitué à faire des diagnostics brutaux. Parce que, c'est pas comme quelqu'un qui maigrit, qui a mal au ventre. On fait plein d'exams et au bout d'un moment, ils vont lui dire au bout de trois mois : « Ah ben, vous avez un cancer. ». Nous, c'est le mec, il tombe d'une échelle, il est mort. Il faut le dire tout de suite, quoi. Il avait rien le matin. Il s'est levé, il pensait pas que ça allait se terminer comme ça. Donc il y a pas la même approche
80 aussi de la part des familles. C'est pas des choses qui traînent, qui traînent où ils sont un peu préparés. Nous, tout de suite, c'est BAM ! La grosse claque ! Et c'est peut-être les médecins qui les revoient après, si c'est les médecins traitants pour les familles qui ont subi des traumatismes ou les médecins des services, qui ont peut-être plus le côté difficile.

I : Ca marche. Et donc cette annonce, c'était après ou avant la formation ?

85 M : Celle-là, c'était avant.

I : D'accord, et qu'est-ce que la formation t'a apporté ?... Ou pas !

M : Euh... C'était pas une révolution pour moi. C'est toujours pareil, c'est ce que je te disais,. Plusieurs médecins sont passés face à des situations différentes. Et ça permet de voir comment les gens s'expriment et je trouve ça toujours intéressant. On peut pas assister à toutes
90 les annonces des collègues. Mais de voir comment les gens font, l'empathie dont ils font part, les mots qu'ils utilisent, ce qu'ils ne prononcent pas non plus.. On a tous notre façon de faire.

Et puis c'est vrai, des fois tu te dis, ben même en regardant, même au bout de quelques années, ben je fais peut-être pas assez comme ça. Ou soit justement, on te dit : « Ben ça, c'est pas bien. Tu rentres trop dans la sphère des gens, ou pas assez. ».

95 I : Quand toi, tu joues ?

M : Oui quand moi, je joue. Quand on nous observe. Après, on a fait une mise en pratique. Enfin.. si je me souviens bien. C'était il y a longtemps moi. C'était il y a 2 ans ou 1 an et demi... Je me souviens plus exactement comment on avait fait. On est un peu en groupe de parole où on débrieife là-dessus. C'est intéressant de voir comment chacun réagit. Il y en a qui peuvent être brutes. Moi, je sais que des fois je suis un peu direct. C'est ma façon d'être. Tourner autour du pot, les gens au bout d'un moment ils savent où tu veux en venir. Donc il faut utiliser les mots. Donc voilà, cette formation était intéressante à mettre en place aussi pour eux, je pense. Parce que c'était la première qu'ils la mettaient en place donc ça a dû changer depuis. Ca m'a conforté, réconforté dans certaines choses.. Dans ma façon d'être. J'ai vu d'autres choses de la part des autres. Mais voilà, j'ai pas changé mes pratiques depuis cette formation.

100 I : D'accord. Depuis la formation, t'as pas l'impression d'avoir changé ta pratique ?

M : Non. Ou est-ce que je l'ai fait inconsciemment ? Mais ça..

I : D'accord. Ok. Et c'est quoi tes motivations qui ont fait que tu t'es inscrit à cette formation à la base ?

M : Le hasard au départ parce qu'il restait des places et j'étais disponible. C'est toujours pareil. Donc, j'en ai profité. Après moi, je.. je sais pas si j'ai un problème que j'avais pendant un moment quand j'étais interne, quand j'étais à Grenoble. Je dis pas que j'aimais bien tout ce qui était soins palliatifs et soins de fin de vie, mais j'étais intéressé par l'accompagnement des familles. J'en avais fait pas mal en gastro ici. Il y a pas mal de cancers. Donc voilà. Avec une équipe qui est très bien en plus, ici. Et ouais, c'est quelque chose où l'on prenait pas toujours assez de temps. Il y avait pas les structures pour.. Ben ouais, les fins de vie. Il y a un service de soins palliatifs mais on prend pas les fins de vie. Ça, c'était à Grenoble. Ça m'a toujours énervé. A quoi ça sert de s'appeler soins palliatifs si tu.. ? Ok, t'es là pour adapter les choses...

115 I : Mais ils prenaient quoi alors ?

M : Que les gens qui allaient pas mourir. Bon ça, c'était il y a 5 ans maintenant. Tu les appelais, t'étais aux urgences : « Voilà, j'ai une fin de vie. ». « Ah, ben non. On peut pas. C'est

des soins trop lourds pour nous. ». « Non mais attends ! T'es un service de soins palliatifs ! ».
« Oui, mais là, on est avec des gens qui ont un projet de sortie. On est là pour adapter des
125 choses, mettre en place des choses pour des gens qui ont encore du temps à vivre chez eux ou
dans leur structure. Tu vois ? ».

I : Parce qu'ils voulaient pas garder les gens...

M : Ils voulaient pas que ça soit un mouroir quoi. Le mouroir, ça reste les urgences. C'est
pour ça que ça m'énervait un petit peu. Et puis, c'est vrai que ce côté empathique, ce côté
130 accompagnement, ce côté soulagement, anxiolyse, antalgique, et tout... Ça me plaisait bien.
Mais, ça m'a un peu passé. Donc est-ce que cette période-là a fait que justement j'ai voulu
voir un peu ce qui se passait dans cette formation ? Et puis, elle était nouvelle. Donc on
n'avait pas trop de recul sur comment ils allaient présenter les choses, donc...

I : Et t'avais déjà eu des formations sur ce sujet ou jamais ?

135 M : Non. Enfin, j'ai pas le souvenir.

I : Ouais. Et qu'est-ce que tu as pensé de la méthode par simulation ?

M : C'est toujours troublant. Parce qu'on n'a pas l'habitude de se faire filmer et de se faire
observer. Après la façon dont ils l'avaient fait, dans la pièce à côté, on était dans notre euh..
notre bulle avec des caméras très discrètes. C'était très bien. Après c'est toujours quand on se
140 regarde. Bon, ils ont pas passé toute la vidéo en entier si je me souviens bien. Il y a toujours la
critique des gens. On n'aime pas. C'est peut-être parce qu'on est médecin et qu'on pense
qu'on sait bien faire et qu'on fait mieux. Mais c'est important, comme je te disais tout à
l'heure, de se remettre en question et de se dire : « Ah ouais ! Là, je suis comme ça... ».
Même juste de s'entendre parler, on n'a pas l'habitude. On n'a pas l'habitude. Donc non, c'est
145 une bonne méthode. Et puis, avec des supers acteurs en plus.

I : Oui. Et les acteurs, t'en as pensé quoi ?

M : Ah ouais. C'était bien. Ils sont forts. C'était prenant. Ils sont vraiment prenants.

I : T'as trouvé ça réaliste ? Ou au contraire...

M : Ah ouais. J'étais même surpris pour quelqu'un qui n'est pas dans son rôle. Enfin, tu peux
150 pas être... Tu peux pas simuler à 100% un malade ou quelque chose de grave, quoi ! Et, je
trouve que eux, ça se rapprochait vraiment de la réalité. Ils étaient vraiment forts.

I : D'accord. Et le fait qu'il y ait une psychologue, est-ce que t'as trouvé que c'était important

ou euh.. ?

155 M : Ça apporte toujours une vision un peu différente, moins cartésienne peut-être, un peu plus... freudienne. Je sais pas quelle approche ont les psy ou psychiatres. Mais oui, c'était important. Je sais plus quel psy, c'était d'ailleurs.

I : C'était C.

M : Ah oui. En plus, elle est bien C.

160 I : Oui. Et t'as moyen de parler, non ? Est-ce que tu connais des formations qui utilisent des méthodes autres ?

M : Non, pas spécialement.

I : Est-ce que tu as un moyen de parler des difficultés d'annonce si t'as des difficultés sur ton lieu de travail ? Ou, tu en parles à qui, si tu as besoin ?

165 M : On en parle beaucoup entre collègues déjà parce qu'on n'est pas tout seul. Si vraiment il y a besoin, il y a toujours un médecin qui peut venir à la rescousse. Ou des fois, les médecins des étages, si ils ont le temps. Pour la situation dont je t'ai parlé tout à l'heure, j'ai appelé le pneumo pour lui dire : « Est-ce que tu peux venir parler au patient ? », « Ah non, j'ai pas le temps. ». Il était 5h de l'après-midi, il était déjà parti. Donc tu vois ? J'avais un peu les boules. « Non, mais tu le mets dans un lit. Je le verrai demain. ». Je fais : « Non, mais c'est pas que ça ! C'est pas que ça la médecine ! Comment je lui explique que je le mets dans un lit et que tu lui expliqueras demain? Non ! C'est pas comme ça que je vois les choses ! ». Donc voilà. Non, entre nous, il y a quand même des médecins présents. Il y a une bonne ambiance entre nous. Après, il y a toujours les psychologues qui sont joignables aussi en bas.

I : T'as déjà fait appel personnellement pour quelque chose qui t'a touché ?

175 M : (*raclement de gorge*) Moi ? Est-ce que je suis déjà allé voir le psychologue ? Ouais. Pas forcément l'annonce d'un diagnostic compliqué, mais plus pour une histoire un peu complexe. Ouais, c'est la première fois où j'ai vraiment pris sur moi. Enfin, que ça m'a vraiment explosé à la gueule. C'est pas que j'y suis allé direct. C'est qu'il y a eu un groupe de parole autour de cette histoire. Aussi bien par la réa que par le SMUR. Et donc, c'était bien.

180 I : Donc t'hésiterais pas à y aller ?

M : Non, et je le conseille aussi.

I : Est-ce que tu penses que ça devrait être organisé de manière systématique ? Ou au

contraire, à l'appel ? C'est peut-être...

M : C'est... Chacun réagit différemment. Au départ, je pensais pas y aller. Ce groupe, c'était
185 très bien. Et j'en ai vu les bénéfiques très rapidement. Et après oui, si il le faut, je resolliciterai
Catherine parce que c'est elle qui est avec nous au SMUR et avec qui on s'entend bien et qui
est quelqu'un de très bien aussi. Je sais qu'on peut se confier. Que d'autres collègues l'ont
fait. Ça m'a vraiment aidé. Donc c'est un plus. On en parle même. C'est pas un tabou. Pour
dire, entre collègues, on se dit : « Ben oui, j'ai déjà été voir Catherine pour.. pour une
190 intervention. ». Sans rentrer dans le détail. Mais c'est pas une honte d'aller voir la
psychologue. Que ça soit systématique...(souffle) Je sais pas. En tout cas, faut que.. (en
aparté), ça s'est encore passé pour une collègue le week-end dernier avec les noyades dans le
lac. Là, elle l'a vraiment pris sur elle. Euh.. Je suis passé par là. Le hasard. Ben, j'ai proposé.
Tu vois ? On va facilement aller voir l'autre. On va peut-être pas en parler tous les deux mais
195 tu vois y'a C. qui est là ou on essaye de proposer à l'équipe d'y aller ensemble.

I : Ouais, pour justement.. Et tu sais si elle l'a fait ?

M : Je sais pas. Je vais lui demander. Faut que je la vois ce matin. En général, ça se fait
rapidement après. Faut demander à l'ambulancier qui était avec elle. Parce que j'avais
demandé à l'ambulancier qui avait un peu moins... un peu moins d'affect parce que, un peu
200 plus de bouteille. Je lui ai dit : « Ça serait peut-être bien si elle veut pas y aller, que vous y
alliez ensemble. ». Parce que c'est important de parler ensemble de tout ça, de pas rester seul
dans sa détresse. Après Catherine, elle venait aussi chez nous le matin quand on faisait les
relectures. Je pense qu'elle nous écoutait parler. Elle devait.. Je pense que son boulot c'était
de détecter un éventuel mal-être ou malaise à ce moment-là aussi. Mais je pense que c'était
205 bien de sa part de venir nous entendre raconter des conneries. Et je pense que le jour où on
racontera plus de conneries, elle aura bien du boulot. Donc j'ai pas de réponse bien faite. Faut
savoir qu'elle est là. C'est pas une honte d'aller la voir. Après, est-ce qu'il faut imposer les
choses ? Plus on en impose, plus on a l'impression de se sentir un peu bridé, quoi.

I : Et est-ce que tu penses que ça vaut le coup d'avoir une formation encore sur l'annonce
210 diagnostique ? Ou une fois, ça suffit ? Ou est-ce que tu ressens le besoin ?

M : C'est pas inintéressant. Après euh.. Moi, je pense que c'est quelque chose de très
personnelle, l'annonce de diagnostic. Et puis, toutes les conditions sont différentes. De par
nous en tout cas. C'est sûr que tu prends un pneumologue, les annonces, elles vont être
souvent ciblées autour du cancer ou d'une maladie pulmonaire. Malheureusement nous, ça

215 passe du gamin à la personne âgée, de la pathologie médicale à la pathologie traumatologique, à
quelque chose qui va avoir une espérance de vie de quelques mois ou de quelques heures, ou
alors, la mort est déjà présente. Donc euh... Je pense que c'est à chacun de se forger un peu.
De se former si il le peut. Mais des formations, c'est toujours compliqué de... J'ai du mal à
concevoir qu'on puisse apprendre à quelqu'un à annoncer quelque chose. On peut lui donner
220 des éléments de réflexion pour que chacun puisse se former à sa façon personnelle d'annoncer
les choses. A la rigueur, qu'on dise : « Il faut pas dire ça. ». Mais, on peut pas dire : « Il faut
absolument que tu fasses ça. ».

I : Non non. C'est sûr..

M : Parce que c'est là où tu vas être mal à l'aise : « Ah ben, faut que je dise ça.. ». Bon, ça
225 c'est personnel encore. Et c'est pas comme ça que je vois l'annonce.

I : Ok. Bon notre question de recherche c'était d'évaluer le ressenti des médecins suite à cette
formation. Est-ce qu'il y a.. tu penses avoir tout dit ? Ou est-ce qu'il y a des choses que tu
veux rajouter par rapport à ça ?

M : Non, c'était une très bonne formation. Après, je l'ai faite, c'était la première. On était ravi
230 de cette formation dans les souvenirs que j'en ai. Encore une fois, ça a pas changé
radicalement ma façon d'annoncer les choses. C'est toujours une ouverture d'esprit quoiqu'il
arrive. Un moment de réflexion et d'échange qu'on prend pas le temps forcément d'avoir
entre nous si on n'organise pas ce genre de chose-là. Et ça, je trouve que c'est vraiment le
point positif de nous mettre devant le fait accompli et de nous dire : « Ah bah tiens ! Là, on
235 peut faire comme ça, là on peut faire comme ça. ».

I : Ça marche. Ben, merci beaucoup.

M : Ben je t'en prie. Merci à vous. Bon courage.

Entretien n°10

I: Interviewer

M: Médecin

5 I : Nous faisons la thèse avec Sarah sur le ressenti des médecins suite à la formation sur l'annonce de diagnostic complexe que tu as eue il y a deux mois, c'est ça ?

M : A peu près, oui. Ca devait être en mai. Début mai peut-être.

I : Donc c'est tout enregistré mais c'est anonyme. Et si il y a des passages que tu voudrais que j'enlève à la fin, tu me diras. Donc raconte-moi une annonce de diagnostic complexe qui t'a
10 posé problème.

M : Avant ou après la formation ?

I : N'importe. Une qui te vient à l'esprit.

M : Heu... (*souffle*) Ben j'sais pas moi peut-être... heu non, une complexe ? Pas une annonce de diagnostic ?

15 I : Non, enfin peu importe. Une situation où tu t'es sentie en difficulté.

M : Ben, il y a pas très longtemps, j'ai fait sur une garde hélico un jeune, un ado. Il devait avoir peut-être 13 ou 14 ans, je sais plus. Il est tombé, il a fait un saut en plongeant avec un trauma cervical, des paresthésies mais qui n'était pas déficitaire. Mais avec l'inquiétude des parents de... enfin, du coup j'l'ai muté heu... (*à elle-même*) Où est ce que je l'ai muté ?
20 C'était sur le secteur d'Annemasse ou de Thonon et je l'ai muté à Annecy. Donc pour eux, c'était loin quoi. C'était secteur Thonon, donc j'l'ai muté loin. Donc pour eux, tout de suite, c'est que c'est grave. Donc effectivement, c'est qu'il y avait un potentiel de gravité. Mais moi, j'en savais encore rien à cette époque-là. Donc il y avait déjà ça. Et leur faire comprendre que j'étais inquiète mais que pour l'instant, il bougeait les bras, les jambes, que
25 sa vie était pas particulièrement en danger. Mais eux, tout de suite : « Est-ce qu'il va être paralysé ? »... Ce genre de choses.. Mais, en plus comme complexité, la maman était sourde. Donc, elle lisait un peu sur mes lèvres. Et j'avais un contact un peu particulier avec elle. C'est que tu vois, elle laissait pas transparaître ses émotions de la même façon que quelqu'un d'autre parce que je pense qu'elle avait du mal à tout comprendre. Donc voilà, c'est la
30 dernière.. heu.

I : Et ils étaient avec lui sur le site ?

M : Ouais. Alors au moment de l'accident, au début, j'avais que le papa. Et puis, j'ai vu la maman juste avant de partir en hélico avec son fils.

I : Et comment t'as fait l'annonce du coup ? Au jeune ?

35 M : Au jeune, non, parce qu'il ne m'a pas posé de question. Donc, j'lui ai expliqué qu'on allait le transporter en hélico. Mais il le savait parce qu'il avait vu l'hélico arriver. Et, que de toute façon, on prenait l'hélico parce que c'est un endroit encaissé et que c'était compliqué. Donc lui, il a pas eu l'impression que c'était vraiment grave. Il n'était pas très inquiet. Par contre, au papa, ouais j'ai expliqué qu'on le transférait sur un site pour.. pour qu'il y ait de la
40 neurochirurgie si besoin parce qu'il y avait des signes neurologiques. Et la maman, j'lui ai dit, mais plus tard. Et en plus, avec la contrainte de la précipitation parce qu'on était attendu et que ça faisait déjà un moment qu'on était sur place et qu'il fallait qu'on y aille.

I : D'accord, et au jeune ? Il n'a pas posé de question sur ce qui lui arrivait ?

M : Non, non non non non. Et effectivement, j'ai peut-être encore pas très bien appliqué ce
45 qu'il fallait faire. C'est que non, je n'ai même pas pensé à lui expliquer plus que ça, mais bon.. Parce que pour moi, il avait 13-14 ans et que je me suis dit qu'il avait peut-être pas besoin de.. si il ne posait pas de question que.. Mais bon.. Certainement maintenant, en y discutant avec toi, je me dis que j'aurais peut-être dû.. dû lui en parler à lui.

I : C'était avant ou après la formation ?

50 M : C'était après.

I : Après la formation.. D'accord, ça marche.

M : *(rires gênés)* Toujours aussi mauvaise hein ?! *(en rigolant)*

I : Est-ce qu'il y a des éléments qui t'ont aidé à faire cette annonce ou pas du tout ?

M : De la formation ?

55 I : Oui..

M : Ben, pas forcément sur cette intervention là.. Si ! Je fais plus attention à mes mots, à tout ce qui est : « une petite fracture ».. Tu vois, les petits adjectifs qu'on utilise, nous ! Et qui sont pour les gens : « Ah oui, une petite fracture, voilà ». Ca, je pense que je le mets en pratique alors que je ne le faisais pas. Après, pour cette annonce-là en soi, peut-être pas. Si,
60 j'ai essayé d'être assez claire. Si, je pense que j'essaye d'expliquer pourquoi on... ouais, les

destinations, les...

I : Du point de vue juste de la formation, est-ce qu'elle t'a apportée quelque chose, ou pas ?

M : Si ! Heu... déjà, tous les petits tics de langage qu'on peut avoir, de dire des petits mots qu'on utilise nous entre nous et qui sont pas compris de la bonne façon par les patients.

65 J' pense pour le reste de la vulgarisation quand j'explique les choses, j'utilise des mots faciles mais ça, je pense que les tics de langage, on les a. Heu... Après... Heu... peut-être...Heu... être heu...plus... (*hésite*) pas plus alarmiste mais dire plus clairement les choses sur certaines choses. Pour ce qui est de la mort, je trouve que j'arrivais déjà assez bien de dire : « Bon, le patient il est mort. Il est mort. ». Ça, ça allait. Mais par contre, dire : « Il risque de mourir. ».

70 D'aller plus loin, peut-être qu'avant je le disais moins clairement. J'ai l'impression d'être un petit peu plus cash là-dedans.

I : Ok, ça marche. Et donc, ça a changé ta manière de dire les choses cette formation ?

M : Ouais, je pense. Et j'en ai plus conscience. En tout cas que c'est important de bien le faire. Alors peut-être qu'avant je le faisais un peu par routine, un peu toujours de la même

75 façon. Alors que là, j'essaie de mieux de... Faire attention aussi à ce que le patient comprend. Le faire mieux reformuler, sa famille aussi. Et puis, d'avoir ça en tête. Alors qu'avant peut-être que j'lui expliquais mais que je faisais moins attention au retour qu'il pouvait me donner, le patient.

I : D'accord. Et quelles ont été tes motivations à faire cette formation ?

80 M : La curiosité. Et puis, je me suis dit que dans ce que je faisais c'était un peu indispensable entre le SMUR, les urgences, l'USC... Voilà.

I : Et, t'avais déjà fait des formations sur l'annonce des diagnostics ?

M : Non, jamais.

I : Et tu as pensé quoi de la simulation avec les acteurs ?

85 M : Alors avec les acteurs, c'est très très bien. Parce que moi, j'avais déjà fait des simulations pour d'autres choses mais des... soit des mannequins, soit des acteurs entre nous quoi, des collègues, des soignants quoi. Là, c'est sûr que c'est vraiment bien mieux. Et, par contre, ce que je reprocherais un peu c'est que tu peux pas faire la temporalité correctement. Parce que tu joues une scène pendant un quart d'heure et que dans les prises en charge.. heu.. dans le

90 quart d'heure si tu joues, si t'as un arrêt cardiaque à gérer, c'est un peu différent. Ca manque de vrai pour ça, pour la temporalité..

I : Pour le côté médical ?

M : Ouais, et pour le côté temps. C'est-à-dire que.. ben pour annoncer quelque chose et bien tu vas prendre plus ou moins de temps. Sur des annonces de maladie grave, tu peux revoir le patient trois fois sur trois jours d'intervalle et ça, tu pourras jamais le faire en simulation par exemple.

I : D'accord, donc c'est la première fois avec des acteurs ?

M : Ouais ouais, moi, j'avais fait avec des mannequins, et avec sinon des collègues.

I : Et là, ça t'a apporté quoi, que ce soit avec des acteurs par rapport aux collègues, par exemple ?

M : On est tous plus sérieux, parce que c'est pas nos copains. Et, en plus ils sont pas soignants donc heu.. quand ils disent qu'ils ne comprennent pas quelque chose, c'est qu'ils l'ont vraiment pas compris. Alors que sinon, même si le... copain peut faire croire, enfin, le copain, le soignant peut faire semblant de pas avoir compris, heu.. En fait, il a compris quoi. Ça manque de vrai. Et puis, je pense que ça donne vraiment du sérieux.

I : Est-ce que tu as assisté à des formations où il y a des méthodes particulières ? Là, par exemple c'était la simulation. Mais d'autres méthodes qui t'ont semblés.. Qui t'ont plu ? D'autres types de formations qui t'ont...

M : Ben après moi, j'ai des des DU avec des cours très scolaires hein... Ça donne des petits bouts de stage, ça.. Ce que j'avais fait mais c'est pareil, c'est de la simulation. Mais j'avais fait les gestes de... Comment ça s'appelle ? Des gestes d'urgence pédiatrique. Un truc comme ça, en 4-5 jours avec des mannequins en plastique. Mais bon parce que les enfants, on ne peut pas prendre des acteurs. Donc ça, c'était très bien déjà. Mais sinon, je n'ai pas trop d'exemple de pédagogie...

I : Ok, est-ce que tu as des moyens de parler de tes difficultés ? Par exemple si tu as une annonce que tu vis mal, une situation complexe...

M : D'en parler avec les collègues, tu veux dire ?

I : Oui, est-ce qu'il y a des groupes de pairs...

M : Alors, on a la psychologue, qui passe de temps en temps à la relecture du SMUR à Annecy, qui est là pour les problèmes de SMUR. Mais j pense que même si je ne la connais pas, je me permettrais de l'appeler si j'avais un souci pour autre chose en dehors du smur, ou

pour un autre exercice. Après, on peut appeler la CUMP, quand on a été sur des interventions très difficiles où la CUMP a été sollicité. Pareil, j’ pense qu’ on peut l’ appeler en tant que soignant en demandant à parler à ses gens-là. Ça ne m’ est jamais arrivé. Et après.. heu.. ben
125 sinon entre collègue et bien l’ USC c’ est plutôt ça. Alors maintenant on travaille plus deux médecins la journée mais bon...

I : Ah, il y a plus que deux médecins ?

M : Non, il y a plus que deux médecins le matin. Alors là, il y a l’ interne Guillaume qui est là. Mais sinon, on est tout seul et je verrais quelqu’ un moi, demain matin. Alors c’ est un peu
130 loin mais j’ sais que demain matin, si j’ ai des questions, si j’ ai des doutes.. Voilà.. Si je ne sais pas comment aborder un sujet. Si c’ était compliqué, conflictuel, je peux en parler avec le médecin de demain matin.

I : Mais il y a rien qui est systématique ?

M : Non.

135 I : Est-ce que ça, tu penses que ça serait bénéfique ou pas ?

M : Ben je sais pour un temps, il y avait un psychologue Vincent Z. qui était sur Saint Ju. Je crois qu’ il est là encore en ponctuel. Mais, j’ pense qu’ un psychologue qui serait un peu plus attaché, ça pourrait nous aider des fois. Pour nous-même.. Par moment, on l’ avait appelé pour les équipes quand il y avait des patients qui étaient compliqués, des choses comme ça. Que ce
140 soit pour l’ équipe soignant, pour les médicaux, et les paramédicaux. Et puis, aussi pour quand on voit les familles. Je pense que ça serait pas mal d’ avoir un psychologue qui soit présent de temps en temps pour ça. Je sais que ça se faisait pour un temps. Et puis, j’ crois qu’ il est quasiment plus là maintenant lui et que.. Hum les psychiatres ne peuvent pas faire psychologue et puis en plus, ne sont pas très psychologues dans l’ âme.

145 I : Mais tu crois que ça t’ aiderait dans l’ annonce si un psychologue est là ?

M : Ouais, je pense que ça aiderait des fois. Alors j’ ai pas de situation compliquée en ce moment. Mais tu vois, si on devait annoncer un cancer à un jeune de 20 ans et ben ça serait pas mal d’ avoir un psychologue... Et je ne sais même pas si à S-J, on a les ressources par exemple de faire venir quelqu’ un à ce moment-là. Bon après, c’ est du soin semi-urgent... Tu
150 vois ? On pourrait attendre l’ après-midi ou le lendemain. Mais bon, si on pouvait avoir un psychologue pour ça, ça pourrait être pas mal.

I : Oui, c’ est intéressant. Donc voilà, notre question de recherche, c’ était le ressenti des

médecins suite à cette formation. Est-ce que tu as des choses en plus à dire ?

M : Non, j'pense que c'est bien. Ce qui est bien, c'est qu'on ait mélangé les corps de métier.
155 J'trouve que ça, c'est bien. Il y a beaucoup de formations qui sont sectorisées donc voilà.
Après je sais pas si.. heu... une aide soignante... si tout le monde gagne la même chose dans
la formation. C'est quand même souvent le médecin qui a le rôle heu... Les infirmières
apportent des informations mais elles ont tendance à nous laisser faire. Ben c'est ce qui est
de notre travail aussi mais heu...

160 I : Parce que toi, ici, quand tu as dans le service une annonce de diagnostic, t'y vas avec
l'équipe ?

M : Généralement avec l'infirmière. J'essaie toujours d'être avec l'infirmière. A moins qu'il
n'y ait une urgence et qu'elle ne puisse pas venir. Et, de temps en temps, avec l'aide soignante
qui s'occupe du patient. Parce que.. parce que.. surtout quand il y a des soins lourds, des
165 pansements, des trucs comme ça qu'elle connaît. Ouais, des soins de nursing.. Mais, toujours
l'infirmière.

I : Et est-ce que tu penses que ça serait bénéfique de refaire une formation comme ça dans
quelque temps ? Ou que une seule fois, ça suffirait ?

M : Je pense que une seule fois ça suffit. Mais j'pense que après.. effectivement, dans 5 ans -
170 8 ans peut-être, pourquoi pas. Mais reprevoir en systématique, je suis pas sûre.

I : D'accord. Est-ce que tu peux nous rappeler ton parcours professionnel ? Après l'internat..

M : Ouais, alors après l'internat, j'ai fait un an sur Saint-Ju aux urgences et le SMUR à
Annecy.

I : Donc, t'as le DESC?

175 M : J'ai fait le DESC d'urgence. Ca, c'était mon année post-internat. Donc urgence à Saint -
Ju et SMUR à Annecy. Après, j suis partie une année à l'étranger et j'suis revenue faire
heu... eh ben un truc un peu polyvalent. Dès le départ, j'ai fait USC, SMUR et SAU ici et
SMUR à Annecy. J'ai toujours gardé la polyvalence. J'ai toujours gardé un 50% à Annecy
depuis le début. J'ai fait aussi 4 mois d'USC à Annecy. En gros, j'tourne assez souvent sur
180 tous les postes. Et puis maintenant, j'fais un peu d'hélico à Annecy. Donc voilà. Et de la
régul', j'fais aussi de la régul' sur Annecy.

I : Merci beaucoup !

M : De rien, bon courage !

Entretien n°11

I : Interviewer

M : médecin

5 I : Je suis avec Sarah Chapel. On fait notre thèse sur le ressenti des médecins par rapport à la formation que vous avez eue sur l'annonce de diagnostic complexe par simulation. Tu l'as eue, il y a ...

M : Je sais plus, ça fait un moment. Ça fait plusieurs mois. Je serais incapable de te dire il y a combien de temps.

10 I : D'accord. Donc ma première question, c'est : est-ce que tu peux me raconter une annonce de diagnostic complexe qui t'a posé problème, avant ou après la formation ?

M : Ouais, ben d'ailleurs j'l'ai ... Celle qui m'avait posé problème, j'l'ai citée pendant la formation et ils me l'ont reposée en cas de simulation. Et, je suis toujours aussi embêté. C'était un cas d'arrêt cardiaque chez un patient d'une cinquantaine d'années pour lequel ...
15 qui était très compliqué à intuber. Enfin, c'était assez compliqué et qu'on a mis sous planche à masser pour le ramener ici pour une indication de DDAC. Heu ... Sauf que son épouse sur place, à un moment donné, nous disait : « Mais, pourquoi est-ce que vous l'emmenez? Si c'est pour qu'il finisse en légume, c'est hors de question. Donc inutile de s'acharner. ». Sauf qu'à côté de ça, il rentrait pile dans les critères du DDAC donc je ne savais pas trop quoi lui
20 dire. Lui dire, est-ce que c'est ... c'est pas pour son bien à lui ... Je ne savais pas quel discours avoir car c'est la première fois que ça m'arrivait. Et euh ... Donc j'ai un peu botté en touche en lui disant que vu qu'il était jeune, on allait faire le maximum pour lui et que pour ce qui était d'arrêter la réanimation, j'avais besoin que mes collègues réanimateurs soient là pour le faire. Euh... et que du coup , du coup ... Voilà. On a foncé vers le déchoquage pour cette
25 indication de DDAC. Au final, ils ont jamais réussi à monter les canules donc il a jamais été mis sous assistance ou ni quoique ce soit. Mais je ne savais pas du tout comment formuler la raison pour laquelle j'ai décidé de l'embarquer. Et je n'osais pas lui dire que ce n'était pas pour lui et je ne savais pas quoi lui dire. Donc, ils me l'ont reposé en simulation. Donc, j'étais toujours aussi embêté finalement. Et euh ... ça a été intéressant d'en discuter. Je sais toujours
30 pas quelle attitude avoir mais euh ... parce que j'ai toujours autant de mal à trouver les mots et savoir quoi dire exactement à la famille. Parce que ... parce que ... enfin... j'avais

l'impression de les trahir en fait, et de leur mentir. Et euh ... voilà, très compliqué.

I : Du coup, tu l'as annoncé à domicile ? Et après, t'avais repris avec l'épouse à l'hôpital?

M : Ben, en fait, je n'ai pas eu l'occasion de la revoir par la suite. A domicile, j'leur ai
35 dit : « Il est jeune. Donc, il faut qu'on aille vers la réanimation pour faire le plus possible. ». Sans préciser quoi. Et comme au final, ils n'ont jamais monté les canules. Et ben, ils ont dit qu'ils ont fait tout ce qu'ils ont pu et qu'il était décédé finalement. La problématique du don d'organe n'a jamais été abordée, au final. Moi, j'leur ai pas dit pourquoi on l'emmenait. J'leur ai dit qu'on mettait toutes les chances de notre côté, enfin de son côté et qu'on l'emmenait.

40 I : Et pour monter la canule, il faut qu'ils aient l'accord de l'épouse, non ?

M : Ben elle n'était pas encore arrivée. Donc, ils ont tout fait pour mais ils ont jamais réussi donc..

I : D'accord, donc elle a jamais su que c'était pour un DDAC ?

M : Ben, je ne sais pas comment ça s'est passé après avec les réa.

45 I : D'accord. Et du coup, elle a compris après quand tu lui as expliqué que c'était pour faire le maximum ? Elle l'a entendu ?

M : Elle se disait mais ... Elle n'arrêtait pas de poser des questions sur : « Mais pourquoi ? Parce que si vous me dites que son cerveau a souffert à cause du manque d'oxygène ... ». Limite elle disait : « Mais non, mais surtout là, ne le ramenez pas ! Enfin, laissez tomber
50 parce que si c'est pour qu'il se réveille et qu'il ne soit pas au maximum de ses fonctions, ça sert à rien. ». Elle avait tendance presque à s'opposer à qu'on se batte pour lui parce qu'elle se disait : « Oui, c'est 100% de ses capacités ou rien ! ». J'étais gêné parce que je lui disais : « Non, non, mais il est jeune. On peut tout faire ». Et elle disait : « Non, mais si ce n'est pour qu'il n'y ait ne serait-ce qu'une séquelle, ce n'est pas la peine ! ». Donc c'était compliqué.

55 I : Et du coup, tu n'avais pas du tout abordé la notion de la mort avec elle ?

M : Eh ben, non. J'ai focalisé sur le ... sur son cœur ne repart pas mais il y a d'autres techniques qui existent mais que je n'ai pas sur place. En pensant moi, à l'ECMO, mais en sachant très bien que c'était pas ça qui était envisagé. Donc, j'avais l'impression de lui mentir. Quelque part, je lui mentais. Et c'était compliqué de trouver les mots.

60 I : Et, est-ce que tu l'as annoncé tout seul ou il y avait l'équipe paramédicale avec toi ?

M : J'étais tout seul car c'était hyper compliqué de l'extraire du domicile parce qu'il était très

corpulent. Parce qu'au niveau technique, les escaliers étaient en colimasson donc pour descendre le patient intubé ... euh obèse ... c'était hyper compliqué. Donc, j'ai jamais pu me poser où que ce soit, en fait. J'ai dit ça en étant debout. Un peu rapidement. En lui disant
65 qu'il faut qu'on fonce parce qu'il est jeune et parce qu'il faut qu'on mette les chances de notre côté. Donc j'ai pas pu faire les choses correctement.

I : Et la formation, ça t'a aidé dans quel sens sur ce cas-là ?

M : Hum.. elle m'a aidé dans la mesure où j'ai dit que j'étais en difficulté. Elle m'a aidé dans la mesure où ... où probablement que je sous-estimais le langage non verbal. Après c'est vrai
70 que je suis sorti de là, en disant : « En fait, j'sais toujours pas ce que je dois dire ou ce que je dois faire ! ». Parce qu'elle, à un moment donné, la femme, elle me disait ...

I : La femme ? Ou la psychologue ? L'actrice ?

M : Son épouse, dans ce cas-là. La vraie épouse, elle me disait : « Mais, non seulement il veut 100% de ses capacités et il ne veut rien donner comme organe. ». Alors, j'me dis , mais
75 comment tu peux aborder le don d'organe en situation d'urgence à quelqu'un à qui tu es en train de dire... Enfin, j'trouve ça hyper compliqué d'aborder le don dans ce cas-là. De dire : « Bon, lui il a aucune chance mais on l'embarque car ses organes peuvent servir à quelqu'un d'autre ! ». Comment est-ce qu'on dit ça, en urgence ? C'est pas possible ...

I : En plus, elle t'a clairement dit pendant l'annonce ...

80 M : A un moment donné, mais elle m'a dit : « Non, mais laissez-le tranquille ! ». Et en fait, elle l'a dit plusieurs fois : « Laissez-le tranquille. Euh.. si c'est pour qu'il soit pas comme avant, c'est pas la peine. Et il n'est pas pour le don d'organe. ». Donc, elle, elle le sentait venir, j'pense. Et je l'ai trahie clairement. Et voilà, mais je ne sais toujours pas comment annoncer à une famille qu'on emmène leur proche pour un DDAC. Je sais toujours pas
85 comment on fait. Parce que ... parce que les acteurs pendant la formation, ils faisaient exprès de froncer les sourcils. Plus je parlais, plus ils semblaient perdus, et je me suis dit : « Mais en fait... ». En fait, pendant la formation, ils m'ont dit : « En fait, tu dois juste dire : tu l'emmenes. Et puis, la discussion, ils l'auront à l'hôpital. Tu dois pas essayer d'expliquer. ».

I : C'est ce que tu faisais en fait !

90 M : C'est ce que je faisais au final et que je vivais mal. Et c'est ce qu'ils m'ont conseillé. C'est ce que tout le monde m'a conseillé. Si tu le prends, tu l'embarques et tu dis pas pourquoi (*tape sur la table plusieurs fois*). Alors que moi, j'essayai d'expliquer alors que

c'est ni le lieu ni le moment, qu'on peut pas le faire de manière adaptée. Donc en fait, ils m'ont conseillé quelque chose que moi je vivais déjà mal d'avoir fait.

95 I : Et du coup, ça te renforce dans cette idée de faire ça ou non ? Même si tu le fais, tu te sens pas en accord ...

M : Je me sens toujours pas en accord avec moi, j'pense. Mais de toute façon, aborder le sujet sera d'autant plus trouble et d'autant plus mal vécu.. J'me vois pas aborder le don d'organe sur place. Clairement. J'peux pas annoncer à des enfants : « Votre papa de 50 ans, il est
100 probablement en train de mourir et ... du coup, on l'emmène pour récupérer ses organes. ». Je peux pas le dire ! Donc, euh ... ben, j'vais la jouer en traître, j'pense. Personne n'a su me conseiller d'autres attitudes. Ils m'ont juste dit : « Tu prends, tu embarques. Et puis, c'est aux réa d'avoir la discussion dans un endroit calme, posé, une fois qu'il a les canules. Et puis, voilà ».

105 I : Donc il n'y a pas vraiment de solution ...

M : Non. Pas pour ce cas-là.

I : Et d'une manière générale, qu'est-ce que la formation t'a apporté ?

M : Elle m'a apporté ... moi ce que j'ai trouvé très intéressant ... il y avait un autre cas où c'est mes collègues qui étaient dessus ... Un cas d'une dame qui chutait et qui était, je crois,
110 tétraplégique ou paraplégique post-chute. Et en fait, elle posait en boucle la question de : « Qui va chercher les enfants à l'école ? Et est-ce que vous pouvez me dire pourquoi je bouge pas ? Est-ce que c'est grave ? ». Et moi, j'avais l'impression que l'équipe, elle gérait parce qu'ils restaient très calmes. Ils parlaient pas beaucoup et il y avait des regards entre les trois intervenants de l'équipe SMUR. Et moi, j'me disais : « Ouahou, c'est cool. Ils restent
115 calmes, posés. Et puis, ils répondent calmement. ». Et en fait, c'est intéressant de voir que celle qui jouait la patiente, elle nous a dit clairement qu'elle l'avait très mal vécu parce qu'elle avait l'impression que leur attitude n'était pas adaptée à ses inquiétudes. Alors que moi, j'avais l'impression que c'était une situation qui était gérée. Alors qu'en fait en face, côté patient, c'était exactement l'inverse et que le silence était très très mal vécu. Donc c'était
120 intéressant parce que c'est vrai que j'me dis, par exemple sur un infarctus ... Moi, on ... dans ma tête, la seule ... euh... Ce que j'ai en tête, c'est savoir s'il fait des troubles du rythme ou pas. Savoir si l'hémodynamique, elle est bien ou pas. Savoir si il a mal ou pas et on fonce le plus vite vers la coro. Sauf que le monsieur, le petit monsieur, le papi qu'on va chercher, lui, son inquiétude, c'est peut-être de savoir qui va nourrir ses poules, qui va s'occuper de son

125 épouse derrière. Et on est pas du tout, on vit, on est dans la même situation à l'instant « t »
mais on est pas du tout dans les mêmes préoccupations. Et c'est important pour nous d'être
euh ... d'être euh ... d'écouter les inquiétudes du patient même si elles nous semblent être à
des années lumières du vrai problème. Eux, ils ne sont pas du tout dans notre délire de ...
d'infarct' ou autre. Eux, ils sont dans la vraie vie. Et leur vraie vie, c'est : Est-ce que leur
130 maison est fermée ? Et qui va donner à manger au chien ? Et ... donc ça, j'ai trouvé ça très
intéressant.

I : D'accord. Et, est-ce qu'il y a des choses qui, d'une manière générale, que t'as appris à la
formation changent dans ta façon d'être, maintenant ?

M : Ben justement, entendre leurs inquiétudes. Parce que avant, ça avait plus tendance à
135 m'agacer en disant : « Ben, c'est bon, on s'en fout. Le problème-là, c'est votre cœur. Il faut
déboucher au plus vite. » Donc, c'est de faire plus attention à ce qu'ils disent. De dire les
choses clairement. Dire quand je sais pas, plus. En leur disant effectivement euh ... : « C'est
probablement très grave. On risque de trouver ça. Mais, j'ai besoin d'examens qu'on va aller
faire là, ensemble, pour avoir des réponses plus précises. » Pas hésiter à dire les choses
140 clairement. Ben pour le DDAC, c'est réglé. Et euh ... je suis obligée d'être beaucoup plus
sournoise et pour le reste ... euh ... ben c'est être plus attentionnée oui. Plus attentionnée à
leurs questions, plus attentionnée à leur silence aussi. Parce que si ils disent rien, c'est peut
être qu'ils n'osent pas ou ... donc comprendre qu'il y a vraiment 2 réalités. La leur et la notre.

I : D'accord, et qu'est-ce qui t'a motivé à faire cette formation ?

145 M : Ben justement, ce patient que j'ai eu à prendre en charge. Et puis, j'me suis rendu compte
qu'on était lâché du jour au lendemain sans jamais nous dire comment réagir. Que ce soit au
niveau des mots qu'on utilise, de l'attitude qu'on doit avoir. Je me souviens qu'en réa, il y
avait une grande table qu'on mettait devant la salle de staff et puis, il y a la famille d'un côté,
les réa de l'autre. Chacun avait les bras croisés. Je trouvais ça assez froid. Une fois aux
150 urgences, il y a un de mes chefs qui m'avait reproché de ne pas avoir pris le fils d'un patient
dans mes bras. Le mec, il faisait 1m90 . Je me voyais pas lui faire un câlin, en lui disant : « Je
suis désolée, votre père va mourir. ». Donc j'trouvais pas ça adapté non plus. Donc en fait,
plus ça va, plus je me dis mais qu'est-ce que je dois faire, qu'est-ce que je dois dire. Il y en a
qui dise, surtout tu dis pas que tu es désolée. Sauf que c'est mon premier réflexe de dire que je
155 suis désolée de vous annoncer que votre époux, votre père est mort. Il y en a qui dise : « Ben
non, si tu dis que t'es désolé. Il y en a qui vont penser que tu te reproches quelque chose donc

que t'as mal fait quelque chose». Donc je me suis dit que ça peut être intéressant parce que j'improvise, je fais au feeling mais il y a peut-être des astuces ou des regards extérieures que j'ai besoin pour savoir ce qu'il faut faire vraiment.

160 I : Et t'as eu des réponses à tes questions ?

M : (*souffle*) Pas toutes car déjà chaque situation est différente, chaque décès est différent, chaque mort est différente. Là récemment, j'ai très mal vécu le cas d'un arrêt cardiaque sur un noyé de 20 ans. Mais vraiment très mal. Au point d'avoir oublié le fait que quand je suis arrivée, il était en arrêt. Dans ma tête, j'étais juste mal parce que je me disais : « Faut que tu trouves un moyen de le ramener, il peut pas mourir ». Et j'étais en boucle sur : « Il peut pas mourir, il peut pas mourir ». Il a fallu que je vois le bilan bio et le scanner et que plusieurs collègues me disent : « A., il était en arrêt. » Parce que, en fait, j'étais tellement focalisé sur le fait qu'il ne pouvait pas mourir, ou qu'il ne devait pas mourir que j'avais zappé le fait qu'il était en arrêt de toute façon quand je suis arrivée. Donc euh... j'aurais jamais toutes les
165 réponses à mes questions. J'ai eu quelques pistes pendant cette brève formation mais j pense qu'il faudrait qu'on en fasse plusieurs sur plusieurs types de cas. J'trouve que c'est intéressant mais trop court. Et on vit les situations probablement en fonction de notre état d'esprit au quotidien. C'est-à-dire que peut-être qu'il y a des choses que j'arrivais à gérer à une période, que maintenant je suis plus sensible à certaines situations ou pas. J'pense qu'il faudrait qu'on
170 discute beaucoup plus. On n'est pas assez formé au côté humain. Quand on débriefe en staff, on débriefe sur : « Tiens, c'est bien, il y a eu la thoracotomie. Au niveau des délais, c'est bien. Au niveau du délai d'intubation, t'as été rapide. » Mais on parle pas du côté humain, on parle pas de l'annonce. On parle pas du côté humain, j'trouve.

I : T'as aucun moyen de parler ...

180 M : Ben là, récemment, j'ai vu la psychologue parce que j'l'ai mal vécu ce noyé.

I : C'est toi qui lui as fait appel du coup ?

M : Non, en fait, je culpabilisais de mal le vivre. Euh ... je me suis dit ... en fait , moi c'est particulier, j'vois ma famille deux fois par an, grand maximum. Et là, trois jours avant, j'avais vu mon frère moins de 24h. Et je m'étais dit que c'était probablement par rapport à ça. Et
185 c'est eux qui ont assisté parce qu'ils m'ont jamais vu vulnérable, en fait. Et euh ... l'infirmière et l'ambulancier ont insisté pour qu'on la voit tous les trois. Et ils m'ont dit : « Non, mais nous aussi, on l'a mal vécu ! ». Donc ça m'a déculpabilisé. Donc je me suis dit : « Bon, d'accord. Ok, on y va ! ». Mais au début, j'me suis dit : « Non, mais il y a des noyés. Il

y en a tous les jours. Des morts, il y en a tous les jours. Je sais pas pourquoi je suis comme
ça, mais je vais encaisser une fois de plus et ça va aller. » Je culpabilisais de pas être euh ...
190 J'culpabilisais d'être vulnérable en fait. Et finalement, c'était la première fois que je la voyais.
Et la psychologue m'a déculpabilisé en me disant que : « Certes, j'avais prouvé que j'étais
très fort mais que assumer sa sensibilité, ce n'était pas une faiblesse ! ». Et donc, dorénavant,
je pense que je vais plus verbaliser sur ce que je ressens ou sur la façon, en staff en tout cas
195 notamment, sur la façon dont j'ai vécu l'entretien avec la famille ou autre parce qu'on parle
pas du côté humain. En staff, on parle médoc, on parle délais, on parle ... On parle pas de ça.

I : Et à part cette fois-ci où tu as pu parler à la psychologue, les autres fois quand ...

M : J'encaisse dans mon coin et puis ...

I : Ah ouais, tu n'en parles pas ?

200 M : Non, j'en parle pas à ma famille parce qu'ils sont très protecteurs et je préfère leur dire
toujours que tout va bien et j' pourrais leur en parler vraiment a posteriori. Euh avec mes
collègues, j'en parle pas non plus car chacun joue un peu au dur de son côté. Donc, j'en parle
pas non plus. Et du coup j'en parle pas tout court. Donc ... euh ... J pense pas que c'est une
bonne chose car j'me suis rendu compte en parlant avec la psychologue que les deux autres
205 arrêts que j'avais pris en charge au tout début de ... quand j'étais assistant. Deux arrêts de ...
un de 18 et un de 23 ans. Les visages de ces gens-là sont toujours dans ma tête. Le visage de
leur famille est dans ma tête. Et ces interventions -là, j'peux en parler comme si c'était arrivé
hier. Donc c'est que quelque part, ça s'accumule quelque part dans ma tête et c'est jamais
parti. Donc j pense que oui, il faut en parler. Les difficultés qu'on a. Parce que par exemple
210 ces cas- là, annoncer à une famille que leur fils de 20 ans est mort. Euh... moi il y a une fois
où la... les deux cas d'ailleurs. C'était à la Réunion les deux cas. J'ai cru que la famille allait
me frapper parce qu'ils ne comprenaient pas. La nouvelle est tellement violente qu'ils se
disent juste : « Non, mais vous arrêtez pas, vous continuez . Vous vous débrouillez, vous
continuez jusqu'à qu'il revienne. Vous faites votre boulot et vous vous arrêtez surtout pas. ».
215 Donc ça a été violent euh ... comme retour.

I : Et comment tu as réagi du coup ?

M : Euh ... ben en plus c'était les jours où je faisais 24h. Donc quand je suis rentré, je
tremblais et je me suis isolé un instant et j'ai pleuré. Et puis après, j'ai pas d'autre choix que
d'aller bosser donc j'ai continué mais j'étais euh ...

220 I : Mais face à la famille ?

M : Face à la famille ... Ben j'ai reculé et j'ai expliqué que ça faisait tant de temps qu'on continuait mais que son cœur ne repartait pas et que ... Alors il y a le cas de probablement l'hémorragie méningée où j'ai pu expliquer ça. En leur disant que j'ai beau faire tout ce que je peux, ça repart pas. Et ils ont fini pas se calmer. Mais, j'ai prolongé la réa plus que j'avais
225 prévu. Et l'autre cas où c'était un arrêt traumatique, un mec sur un scooter sans casque, qui s'est pris un bus. Et ben, là, j'ai choisi de l'évacuer contre l'avis du régulateur. Je l'ai mis dans le camion du SAV. J'ai dit qu'on roulait vers l'hôpital parce que il y avait 250 personnes sur les lieux. C'était dans un quartier chaud et que si je déclarais le décès sur place, on allait se faire euh... on n'allait pas sortir vivant de là. Donc je l'ai embarqué. Et j'ai déclaré
230 le décès une fois arrivée à l'hôpital. Pareil, j'ai botté en touche et je suis allé contre l'avis de mon collègue. J'ai dit : « Ecoute, c'est moi qui suis sur place, c'est pas toi. C'est mon équipe qui est en danger. C'est pas la tienne. » Et voilà.

I : Et par rapport à la famille ?

M : Et par rapport à la famille. J'les ai vus à l'hôpital, mais au moins j'les ai vus dans un
235 endroit plus cadré. Et ça s'est mal passé parce qu'ils étaient effondrés. Parce que le frère d'1m90 à commencer à défoncer les portes et les murs. Parce que la femme, la mère, elle s'est roulée par terre et c'était l'hystérie totale. Et j'me suis dit, ben heureusement que ça s'est pas passé en ville parce que là, si j'ai besoin de renfort ou si j'ai besoin de ... J'suis pas tout seul.

I : Et toi, ta réaction quand il y a des gens violents comme ça, t'as tendance à faire quoi ? A
240 être à leur niveau ou ...

M : Non, je reste euh ... J'garde à peu près le même ton. Je ne m'énerve pas. J'essaie de regarder si j'arrive à avoir dans l'entourage, avoir un contact de quelqu'un qui m'écoute encore. Euh ... Non je ne m'énerve pas parce que je comprends. C'est ça le pire, c'est que je comprends cette réaction violente qu'ils ont car j'aurais probablement la même. J'pleure pas
245 non plus forcément, même si j'ai peur et même si j'suis triste. J'ai tendance à rester calme. Alors je sais pas comment c'est perçu. Mais je me rends compte que c'est la seule attitude que j'ai. C'est que je reste posé et que j'attends l'instant et puis ... et puis, voilà.

I : Et ça diminue petit à petit ...

M : Oui.

250 I : Ca doit pas être facile.

M : Non, pas vraiment.

I : Est-ce que tu avais des réticences à faire cette formation ?

M : Oui, parce que j'ai jamais eu à faire à des acteurs et que je suis beaucoup plus ... paradoxalement, je suis plus à l'aise dans la vraie vie que devant une feuille d'examen ou
255 devant un cas devant mes collègues parce que j'avais peur du jugement de mes collègues, j'pense. Et je suis plus facile avec l'impro dans la vie réelle, ce qui est totalement illogique d'ailleurs. Ouais, j'avais peur du jugement des autres.

I : D'accord. Et du coup, qu'est-ce que tu as pensé de la méthode de la simulation avec les comédiens ?

260 M : Euh ...

I : T'en avais déjà fait ?

M : Non, je n'en avais jamais fait. J'trouve ça très original et intéressant car ils peuvent nous mettre en difficultés. Parce qu'ils peuvent nous dire ce qu'ils ressentent eux en tant que entre guillemet « personne lambda ». Euh ... après des fois, ils ont des avis un peu tranchés que je
265 trouve pas forcément adaptés mais peu importe, ça sera jamais parfait mais c'est déjà pas mal. J' trouve ça original et je trouve ça vraiment bien. Voilà.

I : Et tu connais d'autres méthodes un peu originales qui t'ont plu ?

M : J'connais aucune méthode en fait. Je me suis jamais intéressé à comment mieux me former. Et je dois avouer, je sais pas du tout comment ça peut être fait autrement.

270 I : D'accord. Donc, tu m'as parlé des moyens d'en parler si tu avais des difficultés. Donc tu n'en parles pas trop, tu disais ?

M : Jusqu'à présent non. Mais, j'ai eu plusieurs événements personnels et sur le plan pro aussi qui font que j'suis en train de remettre en question pas mal de choses et, notamment cette façon que j'avais de ... parce que je voulais prouver que j'étais à la hauteur, de tout encaisser.
275 De montrer que j'peux bosser beaucoup, de montrer que je peux bosser sur des cas difficiles ... et du coup, de pas en parler. Mais, j'pense avoir fait mes preuves maintenant. Et, j'pense m'autoriser, à l'avenir, le droit d'en discuter. Et, je me rends compte qu'il y a d'autres collègues qui en ont besoin aussi et avec qui je peux parler et qui trouvent, eux aussi, que ça manque. Donc peut-être que je lancerais un débat ou j'en sais rien. Mais, en tout cas, je sais
280 qu'il y en a qui sont sensibles. Alors après, ça en déstabilisait pas mal ... certains de me voir vulnérable. Parce que certains m'ont dit : « Mais, t'as toujours été le Warrior. On voyait

jamais tes faiblesses. ». Mais c'est simplement que j'intériorisais et que maintenant, je pense que je suis fatigué de tout garder pour moi et que j' pense que si j'encaisse trop, j'vais m' user trop vite. Et physiquement et moralement, et je n'ai pas envie. J'ai envie de durer dans ce
285 métier. Et je n'ai pas envie de finir ni dépressif, ni alcoolique, ni anorexique. J' pense qu'il faut qu'on en parle plus et que le côté humain aux urgences, c'est un peu ce qui fait la différence. Parce que finalement tout est tellement protocolisé qu'il n'y a pas de suspens sur un infarctus et sur un arrêt cardiaque. On sait tous ce qu'il faut faire. La seule chose qui change c'est la façon dont ça a été orchestré et géré par le médecin avec ses collègues, ses
290 coéquipiers et la façon dont il est avec les proches du patient et le patient. Sinon, d'une inter' à l'autre, les pathologies, il n'y a pas tellement de suspens finalement.

I: Ok. Et, tu penses que ça serait mieux que ça soit organisé de façon systématique ?

M : Euh ...

I : Ou, que si t'as besoin, tu fais appel et ça suffit ?

295 M : C'est vrai qu'il y a toujours cette culpabilité de dire : « J'ai besoin d'en parler ». Je pense que ça serait pas mal qu'il y ait une psychologue qui propose que ça se fasse. Je sais pas. Je pense que moi-même finalement, je dis ça mais j'attendrais toujours de me dire : « Est-ce que là, ça vaut le coup ou est-ce que le cas est pas assez dramatique pour que je la sollicite ? ». Donc quelque part, je pense que si on me le propose pas, j'penserais pas forcément y aller.
300 Sauf si mes collègues insistent ou ... J'aurais toujours tendance à dire : « Non, mais ça va. C'est pas si trash finalement ! ».

I : Parce que là, si tes collègues t'avaient pas dit : « Allez, on y va. J'en ai besoin ... »?

M : J'leur ai dit.. J'leur ai dit si ils n'avaient pas insisté, j'y serais pas allé. Parce que j'leur ai dit : « Non, c'est bon, j'vais encaisser. » Et puis, effectivement, j'avais encaissé. Mais
305 finalement, pendant cet entretien-là, c'est quand eux, ils ont dit : « On savait que c'était mort, on a fait notre boulot. », que moi, j'me suis rendue compte que j'étais pas du tout dans le même état d'esprit qu'eux. Pour une fois, j'avais zappé le fait qu'il était mort. J'avais juste en tête qu'il ne pouvait pas mourir et qu'il ne devait pas mourir et qu'il ... voilà. Et c'est quand eux, ils l'ont dit. Un truc totalement évident finalement. Mais, j'avais besoin de l'entendre. Et
310 c'est là que j'me suis rendue compte que moi j'ai complètement occulté la réalité. Donc c'était intéressant et ils ont bien fait d'insister et d'intervenir.

I : Donc voilà, notre question de recherche, c'était d'évaluer le ressenti des médecins par

rapport à cette formation. J'sais pas si d'autres choses à rajouter par rapport à ...

315 M : Euh, que c'était une très bonne initiative. Que ça manque clairement dans notre formation. Que ce soit d'annoncer un diagnostic difficile. Alors, c'est totalement différent de ce qu'ont à faire les cancérologues. Ils ont peut-être un peu plus de temps. Ils peuvent peut-être apporter plus de réponses. Nous, on est là. On a plus de questions qu'autre chose. Ceux qui veulent comprendre pourquoi c'est arrivé, et qu'est-ce qu'il y a, et pourquoi ... On n'a pas d'explication. Un jeune de 20 ans qui meurt sans qu'il y ait de traumatisme, par exemple. On
320 n'a pas forcément de réponse. Moi, sur celui de 23 ans qui a probablement fait une hémorragie méningée, j'ai dit que ... J leur ai dit : « Vous inquiétez pas, il y aura une autopsie. ». Mais j'aurais jamais dû dire ça. J'ai culpabilisé après. Parce que c'est pas une mort violente donc je sais pas du tout ... Moi, j'ai mis un obstacle, mais je sais pas du tout si il y aura une enquête ou pas. Donc, c'est compliqué parce que c'est une situation aigue, qu'on
325 n'a pas les réponses. Qu'on n'est pas du tout au bon endroit pour annoncer les choses correctement, qu'on n'a pas le temps non plus. Donc, c'est l'annonce d'un diagnostic difficile dans un contexte tellement particulier que, oui, on devrait être beaucoup plus formé à ça. Et dans notre formation en cursus de DESC, il y a rien là-dessus.

I : C'était la première formation sur la communication que tu avais ?

330 M : Oui. Et ça faisait deux ans que j'étais assistant. Alors, il y a des trucs tout cons où il y a des séries télé qui parlent, « The mentaliste », « The machin » où tu te rends compte de l'importance des gestes. L'importance de tout ce qui n'est pas verbalisé. Et limite, c'est en regardant ça que j'ai commencé tout juste à m'intéresser au fait : est-ce que les gens ont les bras croisés ou pas quand ils me parlent ? Est-ce qu'ils les ont croisés au début et ils finissent
335 par les décroiser à la fin ?... Tout un tas de petits trucs qui te donnent une idée de l'état d'esprit de la personne en face et on a rien là-dessus, nous. Et on est lâché du jour au lendemain. On estime qu'une fois qu'on a la technique et les connaissances théoriques, ça suffit. Sauf que c'est un métier particulièrement humain.

I : Donc, tu faisais au feeling ?

340 M : J'faisais au feeling. J'improvisais au fur et à mesure. Et sauf que toute situation est différente. Et c'est pas parce que j'ai réussi à gérer plus ou moins quelque chose la veille que je saurais le faire le lendemain. Parce que ça peut-être un tout autre contexte. Ce noyé, c'était la première fois que je faisais un noyé. Donc, c'est toujours très incertain. C'est toujours l'inconnu et on manque de formation de ce type-là.

345 I : Ok, très bien, et ben merci beaucoup.

M : Mais, de rien.

Entretien n°12

I : Interviewer

M : médecin

5 I : On fait notre thèse sur le ressenti des médecins suite à la formation d'annonce de diagnostic complexe par simulation qui avait eu lieu au CHANGE. J'sais pas quand c'est que tu l'as faite.

M : A l'automne. En octobre.. Octobre ou novembre, je sais plus. Mais c'était à l'automne.

10 I : D'accord. J'enregistre et s'il y a des morceaux que tu voudrais que je supprime, tu me diras. Donc raconte-moi une annonce de diagnostic complexe qui t'a posé problème. Que tu te souviennes..

M : Euh, raconter comme ça.. Ben le plus difficile, on va dire euh ... Je sais pas... C'est quand même les annonces de mort. Parce que moi, je travaille avec peu de maladies chroniques. Donc j'ai peu de fin de vie, en fait. Et c'est prévu donc.. Euh.. C'est plus ...
15 après, euh Les annonces de maladie grave, souvent ça se prépare un petit peu plus. Donc, c'est.. Euh... voilà, ça se fait petit à petit, l'idée que.. Donc moi, c'est plus la mort brutale de quelqu'un. Et en particulier, et bien le cas qui me vient dans la tête-là, c'est un enfant. Donc un enfant de 8 ans qui avait sauté une falaise. Moi, je travaille en station de ski donc.. C'est..
20 C'est des accidents de ski. Donc il était sorti de la piste, il avait sauté une falaise et il était disparu. En fait, il était porté disparu donc il y avait toute la période de recherche où la maman était très inquiète mais pas du tout dans l'idée qu'il pouvait y avoir quelque chose de grave. Elle le pensait perdu dans la forêt. Et puis... et puis après l'hélicoptère est arrivé et on a commencé à tourner. On a commencé à s'inquiéter un petit peu plus. Et puis, à un moment, il a fallu que je lui annonce que son enfant était mort..

25 I : Parce que le corps avait été retrouvé ?

M : Le corps avait été retrouvé et euh.. Il était déclaré décédé par...le secouriste qui était arrivé sur place. Et moi, j'étais à côté. C'est-à-dire que c'est l'hélicoptère de la sécurité civile qui est venu. Donc ils ont hélitreuillé euh... le secouriste et bon... Il a dit... Enfin, il y avait aucun doute sur le fait qu'il était mort car ça faisait déjà longtemps qu'on le cherchait. Il était
30 vraiment multi-fracturé de partout, et voilà. Donc, même avec un médecin sur place pour faire

la constatation... C'était... Et moi, j'étais au poste de secours avec la maman et la sœur.

I : D'accord. Donc toi, tu as eu l'appel et après, t'as dû...

M : Voilà. Et donc, il a fallu que j'annonce à la maman que son enfant était mort. (*tout doucement*)

35 I : Et, comment elle a réagi ?

M : Ben.. (*Tout doucement, regard dans le vague*) Elle a crié, elle a pleuré.(*silence*) Voilà, il y avait la petite sœur et le grand frère à prévenir parce que c'était des parents séparés. C'était en anglais en plus. Ah oui, j'ai oublié que c'était en anglais. Une anglaise.. Donc ça compliquait un peu. Et comme de toute façon.. Ben moi comme j'étais le médecin et puis que personne ne
40 parlait bien anglais pour le faire.. C'était à moi de le faire. Donc c'était assez difficile à faire.

I : D'accord. Et la difficulté, c'était par rapport à ton ressenti à toi ? A choisir les bons mots ?

M : Oui, j pense que les enfants c'est plus compliqué. C'est plus difficile. C'est pas dans la nature des choses qu'un enfant meurt et de l'annoncer à ses parents. Euh... On s'identifie peut-être encore plus que dans d'autres situations... Et... En plus, j'sentais vraiment le poids
45 de toute l'angoisse.. Enfin de toute l'ambiance qui était autour. Il y avait pas que la mère qui était en... « peine » entre guillemet. Il y avait toute l'équipe des pisteurs qui avait cherché et qui avait trouvé... C'était un peu compliqué.

I : Et eux, ils étaient là pour l'annonce aussi ? Ou il y avait que toi ?

M : Non, là c'est moi qui l'ai faite, à part. Après, on a fait un débriefing avec les pisteurs et
50 les secouristes qui ont recherché.

I : D'accord. Et le papa, c'est toi qui l'as appelé ?

M : Non. C'est la maman qui l'a appelé parce qu'il était en Angleterre je pense .. Je sais plus, si c'était anglais ou Irlande. Un des deux.. Mais elle a dit qu'elle allait le faire donc c'est elle qui l'a fait.

55 I : Et du coup, cette annonce, c'était avant ou après la formation ?

M : C'était avant. Depuis la formation, je n'ai pas eu de cas très difficiles.

I : D'accord, ok.

M : J'en ai eu plusieurs, beaucoup parce que ça fait 30 ans que je fais de la médecine. Donc, j'en ai eu beaucoup à gérer. Là, il vient comme ça parce que voilà mais il y en a d'autres

60 hein...

I : Et, est-ce que tu as un cas en cabinet plutôt ? Comme vous êtes peu de médecins généralistes à avoir fait la formation...

M : Au cabinet ?...Euh...

I : Plus d'un point de vue généraliste... Moins dans l'urgence..

65 M : (*en réfléchissant*) Moins dans l'urgence? Euh... Alors en cabinet.. Ben, comme ça, il y a rien qui me vient de façon..

I : Tu trouves que la difficulté est moindre en cabinet ?

M : Non, c'est pas ça, c'est pas ça. Mais j pense que c'est un peu plus difficile quand.. On est un peu préparé.. Et nous, parce qu'on a un résultat ou.. Enfin, quelque chose qui se trame.
70 Enfin, on le sent venir. Et puis à un moment, on a le diagnostic ou... Et les patients aussi. Que quand c'est brutal comme ça sur un accident. Enfin, je me sens... Enfin, c'est plus difficile les événements brutaux. Ceci dit, c'est jamais simple non plus quelque chose qui... (*À elle-même*) J'ai pas de cas comme ça qui me... Parce que vraiment pour moi, c'est les cas d'urgence qui priment. (*Rires*) Euh.... Et puis, parce que j'ai pas non plus une activité
75 généraliste classique avec une patientèle que je suis. J'ai très peu de patients chroniques. Enfin, voilà, j'ai pas une clientèle normale, puisque je travaille l'hiver et l'été un petit peu...Mais j'ai pas..

I : Et l'hiver, t'as quand même quelques locaux ?

M : Oui oui, il y a quelques locaux. Il y en a quelques uns que j'arrive à suivre. Mais, en fait,
80 on est un groupe de médecin donc on les suit à plusieurs. Et voilà, j'suis pas dans ceux qui font le suivi vraiment des familles et des....

I : D'accord. Qu'est-ce que la formation t'a apporté, d'une manière générale ? Si ça t'a apporté quelque chose...

M : (*rires*) Oui, j pense que ça m'a apporté quelque chose. Alors, dire précisément ce que ça
85 m'a apporté, je sais pas. Heu... J'ai l'impression que... Alors, je sais pas si j le faisais avant ou si je le faisais pas. Mais, en tout cas, j'en suis conscient maintenant... De temps en temps, quand il y a quelque chose d'un peu plus intense entre un patient et moi, que ce soit... enfin... J'ai l'impression de.. Pas de me dédoubler, mais d'avoir des moments où je regarde la situation.

90 I : De l'extérieur ?

M : Voilà, de l'extérieur. J'ai l'impression de m'auto-analyser un peu plus. Peut-être que je le faisais sans le savoir. Mais j pense que la formation m'a apporté une meilleure conscience de la progression des choses quand on a une discussion avec les gens.. Ouais..

I : D'accord. Et, est-ce que ça t'a donné des petites astuces pour annoncer une annonce ?

95 M : Oui, il y a un truc que j'ai retenu. Enfin, que je faisais pas du tout. Je m'en suis aperçu. C'est... S'asseoir. Parce que moi, j'suis, enfin voilà justement, moi j'suis souvent dans le mouvement, enfin dans l'urgence. Et donc on est souvent debout et m'asseoir, c'est pas.. C'était pas... Enfin, voilà, j'ai l'impression que souvent il y a un contact physique avec les gens quand on leur annonce une mort. Ils s'écroulent, ils se rapprochent de nous. On les prend
100 dans les bras, on les touche.. Enfin, moi c'est ça.. Je..Je sais pas.. Et du coup, j'ai jamais eu l'occasion de faire des choses assise depuis. Enfin, des choses très importantes.. Après, il y a plein de .. Dans une consultation, il y a plein de choses qui se passent qui sont assis. Mais des grosses annonces assises, j'ai pas eu l'occasion. Mais j pense que j'y penserai. Et que.. Voilà, je vais voir ce que ça donne, mais voilà. C'est certainement une bonne idée de se poser, de se
105 mettre à l'écart. Ca, c'était pas toujours facile et pas toujours... Ouais, se mettre à l'écart et s'asseoir.

I : Parce que sinon, tu le faisais plus debout ?

M : Ouais.

I : Et le patient était assis ou vous étiez tous les deux debout?

110 I : Non, non, non, non c'était.. J'ai l'impression que c'était très souvent debout les deux. Mais bon...

I : D'accord. Quelles ont été tes motivations à faire cette formation ?

M : Motivations ? Ben c'est en dehors de tout ce qu'on m'a appris parce que moi, j'ai fait des études il y a longtemps et donc, c'était des choses dont on nous parlait absolument pas. Tout
115 ce qui est communication avec le patient, c'était absent.

I : C'était la première formation sur la communication ?

M : Non non. J'ai déjà eu des formations sur la communication, en particulier pour faire la régulation. Et puis même, bon, c'est un truc qui m'intéresse bien. Pourquoi je l'ai faite ? Parce que j pense qu'on en a.. j'en avais besoin certainement. J'suis assez à l'écoute de plein de

120 choses comme ça.. Enfin, c'est quelque chose dans la prise en charge de la douleur, j'essaie d'avoir une approche un petit peu.. bon, sans faire de l'hypnose, hein ? Une approche très.. Euh... personnelle vis-à-vis du patient. Et quand on fait des gestes de traumato, en particulier. Et voilà, c'est quelque chose qui m'intéressait tout en me faisant peur parce que la méthode de travail avec les.. les..

125 I : Acteurs ?

M : Ouais, ça me faisait peur la méthode d'enseignement en jeu de rôle. C'est quelque chose que j'ai jamais trop aimé. Mais, j'me suis un petit peu poussée, oui pour y aller parce que.. c'est un besoin.

I : Et t'appréhendais quoi, du coup, avec les acteurs ?

130 M : Les jeux de rôle. Non non mais j'avais pas vu qu'il y avait euh...Là, il y avait des acteurs. Euh, je pense pas qu'on le savait à l'avance. Mais heu.. non, mais les jeux de rôle, on les fait dans les formations depuis des années. On est déjà tous des médecins. Après on est au milieu.. Alors il y a des médecins qui jouent les patients, des médecins qui jouent les secouristes.. Enfin voilà, ça complique un peu les choses, je trouve. Ca fait moins naturel. Et puis, les
135 observateurs sont juste à côté. Des fois, ils peuvent intervenir ou faire une mimique ou un geste ou quelque chose qui peut nous perturber. Et en plus, le débriefing des ateliers, enfin comme ça, des jeux de rôle, j'trouve que c'est... hyper important que ce soit très bien fait. Et c'est rarement très bien fait. Euh... ce qui peut-être assez déstabilisant pour ceux qui ont fait le jeu de rôle.

140 I : Et, c'est quoi les critères pour toi ? Pour un entretien qui est bien fait ?

M : Un jeu de rôle bien fait ? Enfin, une séance de jeux de rôle bien faite ? Euh... C'est dans... Ben c'est de sortir... le... déjà de faire parler les participants. Enfin ceux qui ont été dans le jeu de rôle. De les faire réagir, eux d'abord. Ce qui est pas toujours fait. Pour que eux donnent leur impression sur ce qui s'est passé. Et après, d'être dans le ... de sortir les choses positives
145 et de rebondir là-dessus. Mais quand il y a le négatif qui.. qui apparaît tout de suite, c'est pas bon. Enfin, pour moi, c'est pas une bonne façon de faire.

I : Et là, le fait qu'il y ait une psychologue, est-ce que tu crois que c'est un point important de cette formation-là?

M : Oui oui, oui oui , c'était important. C'était important parce qu'ils ont un regard.. Enfin, c'est un métier, le psychologue donc euh... Ils ont pas ... justement.. Ils ont un regard
150

beaucoup plus euh... Affiné sur les choses et c'est... Oui, bien sûr, ils sont beaucoup plus.. Ils sortent des choses plus intéressantes.. Oui, les deux.. C'est la psychologue et puis d'avoir des acteurs comme patient et pas des médecins qui orientent forcément les réactions.. J'ai trouvé ça très très bien car c'est des acteurs qui réagissaient comme des humains quoi... C'était plus
155 vrai.

I : Et du coup quand tu as joué, tu avais l'impression...

M : J'étais bluffé. J'étais bluffé parce que bon, j'ai quelques années derrière moi. J'ai fait beaucoup de formations et j'en ai organisé aussi beaucoup donc euh... L'enseignement, c'est un truc qui m'intéresse aussi. Et là, j'ai été bluffé parce qu'en rentrant dans la salle, en
160 quelques secondes, j'ai déconnecté le fait que j'étais dans un jeu de rôle et j'étais dans une situation. Voilà, je gérais une situation qui était là. On rentre dedans vraiment facilement. Euh... Vraiment, ça m'a... *(fait une tête surprise)*

I : D'accord. Et la simulation, tu en penses quoi ? Tu trouves que c'est une bonne chose dans une formation ou il y a d'autres méthodes de formation qui te paraissent bien ?

M : Ben ça dépend des sujets... Il y a des sujets qui se portent euh... beaucoup plus à la simulation. Et d'autres... euh... Avoir quand même un apport de théorie et de « science » entre guillemets. Ca dépend des... une alternance des deux, c'est la plupart des formations ! Bon, là, c'était une formation où bien entendu, il fallait privilégier la simulation et puis, avoir quand même quelques... Euh... Comment dire ? Pas des recettes... Mais, quelques petites
170 choses de théorie qui ressortent de ça.

I : D'accord. Est-ce que si tu as des difficultés avec une situation, tu as un moyen d'en parler ? Groupe de pairs, des personnes...

M : Alors non, j'ai pas fait partie de groupe de pairs car c'était, pour un moment, très très compliqué parce que dans la montagne, pour aller dans des soirées de groupe de pairs, c'était
175 pas possible. On n'était que deux à travailler à cette époque-là. Maintenant qu'on est cinq médecins, plus des médecins en renfort, plus des internes en formation... Donc on est un groupe et, en fait, on se fait nos réunions. Enfin, voilà, on se parle beaucoup entre nous des patients, des.. Alors, soit purement médical ou de l'approche euh... des patients.. Donc, on a beaucoup de communication entre nous. C'est pas formalisé forcément, on se réunit pas de
180 façon régulière. Enfin, on se réunit pour d'autres raisons mais pas pour les patients. Enfin si, pour les patients avec les infirmiers, il y a des réunions mais c'est plus pour des prises en charge des chroniques et des fins de vie qu'il y a des ... Des voilà. Mais sinon, oui, on s'en

parle beaucoup. On a les mêmes dossiers partagés donc il y a des choses qu'on peut partager rien que par écrit. Donc, oui, on parle beaucoup entre nous.

185 I : Donc si tu en as besoin, tu peux faire appel à eux mais c'est pas systématique.

M : Non.

I : Est-ce que tu penses que ça serait bien d'avoir quelque chose d'organisé systématiquement ?

190 M : Ouais, le problème c'est que c'est bien d'être nombreux mais du coup, on a des difficultés à faire nos réunions de SCP, toutes simples, d'organisation.. Alors, de temps en temps dans les réunions d'organisation, on peut parler d'un cas particulier parce que voilà... C'est.... Il faut se mettre d'accord sur une façon de faire pour quelqu'un mais heu... Oui, oui, oui ça serait.. Oui certainement que ça serait bien.

I : D'accord. Et avec un psychologue ou plutôt entre collègues, ça suffirait ?

195 M : J pense que dans la plupart des cas.. Vu qu'on est quand même plusieurs générations. On a chacun notre vécu, notre euh... La matière qui nous a été apportée par l'université est un peu différente parce qu'il y a trois générations de médecins à peu près... Les approches... On a vécu des choses différentes donc on est assez « riche » entre guillemets en matière... On a des caractères différents donc.. J pense que c'est pas forcément obligé. Sauf, dans certains cas
200 où ça serait utile. Mais ça serait peut-être à la marge par rapport à l'ensemble de la population. Mais euh... c'est vrai, des fois, on prend lourd sur nous hein les médecins. C'est vrai. Ça serait plus pour notre « santé mentale » entre guillemets à nous, les médecins, que vraiment pour la prise en charge. Je sais pas. Je... Oui... ça pourrait être intéressant . On a une maison médicale là où on va peut-être pouvoir faire intervenir des... des paramédicaux ou des
205 spécialistes. Peut-être qu'on y arrivera à ça... C'est possible.

I : D'accord. Ben voilà, donc la question c'était le ressenti des médecins après cette formation. Est-ce que tu voulais rajouter quelque chose par rapport à cette formation ?

210 M : Ben, on a parlé des psychologues. Moi, j'trouve que les médecins qui étaient là, étaient très bien aussi. Car peu intervenants. Enfin, ils ont ressorti des choses de façon très naturelle. Donc c'est bien. Ça a aidé à une participation vraiment dans la décontraction sans crainte. Les acteurs étaient intéressants. On sentait qu'ils avaient mis aussi leur vie dans ce qu'ils ont fait... Et c'est bien. C'est pas juste du théâtre. Euh... Qu'est-ce que j'aurais d'autre à dire dessus. J'suis très content de l'avoir faite.

I : Est-ce que tu penses que ça serait intéressant d'en refaire ? Ou une fois, ça suffit pour
215 avoir...

M : Non, j'pense qu'on peut toujours refaire en... Peut-être en modifiant un petit peu le... les
contextes, tout simplement. Peut-être avoir la possibilité de reparler éventuellement de cas
vécus. Euh... Tu vois des choses un peu plus... Si par exemple, avoir une cellule où on
220 pouvait se débriefer euh... De cas qu'on a vécu, ça serait peut-être pas mal ça. En
complément de ça. Mais c'est marrant parce que dans la voiture je... j'avais pas repensé
particulièrement à cette formation, hein. Et dans la voiture, j'y repensais, et la preuve que
j'étais vraiment dedans c'est que... Je repensais à ce cas que je «jouais», enfin entre
guillemets. Et dans ma tête, il est rangé avec les vrais cas. C'est-à dire que j'ai les mêmes
225 souvenirs aussi pointus. Enfin, je saurais le raconter de la même façon qu'un cas un peu
sérieux qui m'est arrivé. Enfin, voilà. Emotionnellement je parle et que j'ai géré. J'ai
l'impression que c'est la même chose. Alors que je peinais un petit peu plus à retrouver les
autres situations qu'il y avait eu après. J'les ai retrouvées hein, mais j'ai ... J'ai mis un petit
peu plus de temps à ..

I : Quand c'est pas toi qui jouais ?

230 M : Quand c'est pas moi.. Ouais, les autres intervenants. Je me suis souvenu après mais j'ai
eu un petit peu plus de mal. Enfin, c'est vraiment rangé euh... Dans le même panier. C'est
marrant hein ?

I : Oui c'est drôle, donc ça veut dire que c'était très réaliste...

M : Oui oui oui, c'était très réaliste. Ouais.

235 I : Et tu t'étais vu en vidéo ou pas ?

M : Hum...

I : Parce qu'il y a des groupes où ils ont visionné des vidéos, certains non...

M : Hum ... Non j'crois pas non. Non, on s'est pas vu. Non non.

I : Il me semble que ça devait être juste les premières séances.

240 M : Non, je sais pas si j'aurais aimé. Finalement, j'crois pas... J'ai pas souvenir en tout cas de
l'avoir vu. Alors peut-être que je me trompe..

I : Peut-être que ça t'aurait marqué.

M : J'suis pas sûre que j'aurais aimé voir. J'en sais rien, j'sais pas. C'est biz..

I : Ça doit faire bizarre.

245 M : Ça doit faire bizarre ouais, ouais, ouais.

I : Après ça peut apporter aussi quelque chose.. J'sais pas.

M : Oui bien sûr, bien sûr. Mais bon, le but de ces trucs-là, j'pense que c'est vraiment de s'apaiser avec les choses et pas de se faire mal. Parce qu'on... C'est... c'est des situations difficiles, on en souffre. Enfin, quelque part, c'est une souffrance pour nous d'avoir à gérer
250 ces situations difficiles. On aimerait bien pas avoir à le faire. Et en fait, c'est cet apaisement qu'on cherche. Alors si c'est destructeur ces formations, c'est pire encore. J'pense qu'on appréhende encore plus après. C'est très très fin à manier cet enseignement.

I : D'accord. Merci beaucoup.

Entretien n°13

I : interviewer

M : médecin

5 I : Donc, on fait notre thèse avec Sarah Chapel sur le ressenti des médecins par rapport à la formation par simulation pour l'annonce de diagnostic complexe que tu as fait il y a deux mois. C'est ça ?

M : Oui, tout à fait.

I : Donc les retranscriptions sont anonymes. S'il y a des passages que tu veux qu'on enlève,
10 tu n'hésites pas à me dire à la fin.

M : Ok.

I : Donc, est-ce que tu peux me raconter une annonce de diagnostic complexe qui t'a posé problème ? Avant ou après la formation, peu importe ... Que tu te souviennes ...

M : Oui. Je peux te raconter une histoire quand j'étais interne. Une de mes premières
15 annonces de diagnostic, une annonce de mort, si ça te va. Une annonce qui était assez compliquée, qui moi, m'a posé souci et qui m'a plutôt marqué dans mon cursus, on va dire. Donc j'étais interne dans un service de médecine et lors d'une de mes gardes, il y a un patient qui est décédé lors de la garde. Et j'ai été appelé par l'infirmière pour constater le décès et avec la notion qu'il fallait que j'appelle la famille pour annoncer le décès. Et, donc, je me
20 suis retrouvé donc avec ce patient. Un homme assez âgé. Il devait avoir 90 ans. Et à devoir appeler sa femme au milieu de la nuit. Il devait être 3 h du matin. Pour lui annoncer le décès de son mari. Et donc, j'ai appelé cette dame. Je l'ai réveillée en pleine nuit donc sur consigne, à l'époque, de l'infirmière. J'avais pas d'autres moyens de savoir qu'est-ce qu'il fallait faire ou pas faire. Donc ben moi, je m'exécute. Je fais ce pour quoi on m'appelle. Donc j'appelle
25 cette dame. Et donc, j'essaye de lui expliquer que son mari était malade, était pas bien. Et donc, j'appelle pour la prévenir. Elle était au courant qu'il était pas bien et que c'était une fin de vie. Et donc, j'l'appelle pour la prévenir du décès de son mari. Et en fait, j'tombe sur une dame qui était sourde comme un pot. Et donc (*d'un air amusé*), après ma première annonce que j'avais essayé de dorloter comme je pouvais. Elle ne comprenait absolument pas ce que je
30 disais au téléphone. Et donc, il a fallu que je répète trois, quatre fois avec des méthodes de

plus en plus dégradées. Heu, et c'était absolument terrible d'annoncer à cette dame de cette manière, le décès de son mari. Avec du recul, j pense que c'est une grosse connerie d'avoir appelé en pleine nuit.

I : Tu penses que ça aurait été mieux de la convoquer et de lui annoncer le lendemain ?

35 M : Je sais pas. Je sais pas du tout, parce que j'avais aucune consigne. J'ai eu aucun retour, par la suite, sur l'habitude.

I : Oui, mais toi, ton vécu, c'était que c'était une grosse connerie. Tu penses que ça aurait quoi la meilleure ...

40 M : La meilleure solution, ça aurait été d'en parler avant avec la dame et que moi, en tant qu'interne, j'arrive sur le dossier et qu'il y ait des consignes précises sur la manière de faire. C'est-à-dire que : est-ce que la dame en question veut être appelée la nuit en cas de décès de son mari ? Est-ce qu'elle préfère attendre le matin ? Est-ce qu'elle veut ... voilà ! Pour savoir parce que là, j'avais aucune idée de comment c'était et de quand elle devait heu ... Comment elle souhaitait être prévenue ou pas quoi. Est-ce que c'était vraiment la personne que je devais
45 appeler ? Est-ce que ça serait pas plus logique de prévenir un des enfants qui était personne de confiance, qui gère après la famille ? J'en ai aucune idée et heu ... voilà. C'est juste que j'ai complètement subi cette annonce. Enfin, j'ai subi ... c'est la patiente, enfin, la dame qui a le plus subi cette annonce-là mais heu ... voilà.

I : D'accord, mais est-ce qu'elle l'a compris, du coup, pendant cet appel ? Ou t'as
50 l'impression d'avoir raccroché et qu'elle avait pas ...

M : Elle avait compris le décès de son mari. Parce que là, du coup, autant je peine à annoncer des choses ... autant, vu la manière dont ça s'est fait, j'ai dû ... euh ... j'ai employé le mot « mort » de manière assez forte pour qu'elle puisse le comprendre. J pouvais pas ... là , j'avais pas cinquante moyens de le dire parce qu'il fallait qu'elle comprenne ce mot. Là, elle
55 l'avait compris. Ça, c'est sûr ... c'est sûr.

I : Et elle a réagit comment ? Tu te rappelles ?

M : Ben elle était un petit peu ... heu ... dans mon souvenir ... elle avait une réponse : « Ben d'accord. », rien de plus. Mais, j'avoue que j'ai pas creusé la situation à ce moment-là car la communication était déjà très compliquée et donc c'était déjà assez difficile de ... de ...
60 d'échanger avec cette dame. Je parlais d'une ... c'est une situation qui m'a marqué. Mais c'est une situation un peu particulière.

I : D'accord, donc ça c'était avant la formation..

M : Ça, c'était bien avant la formation !

65 I : Est-ce que tu penses qu'il y a des éléments de la formation qui t'auraient aidé dans cette annonce ?

M : Heu ... (*en réfléchissant*) la formation m'a conforté avec l'emploi du mot « mort » et donc je pense qu'effectivement c'est quelque chose que j'aurais fait. La formation, je pense qu'effectivement, convoquer la dame, lui dire qu'il se passe quelque chose de grave et, est-ce qu'elle veut venir ou pas. J'aurai peut-être fait quelque chose comme ça. Euh ... Dans ce
70 contexte-là, j pense, malheureusement, c'était tellement compliqué et tellement bloqué que je voyais pas trop d'échappatoire. Surtout, j pense que c'était la préparation en amont pour cette dame qui aurait été importante. Donc, moi en tant qu'interne, agissant sur ... lors d'une garde, je pense que c'était compliqué. C'était compliqué (*en murmurant*).

I : D'accord. Et toi qui es médecin généraliste, est-ce qu'il y a des annonces plus dans le
75 domaine de la médecine générale qui t'ont posé problème ? Parce que c'est vrai que beaucoup parlent des cas d'urgences, plus ...

M : Alors moi, je peux t'en raconter un autre. Alors moi, je suis médecin généraliste, médecin de montagne spécialisé dans la traumatologie. Et j'ai pas d'exemple ... enfin, si, j'ai un exemple précis en tête. C'est l'exemple des entorses du genou chez des professionnels du ski.
80 Donc, nous, on a des pisteurs, des moniteurs, des gens pour qui c'est leur moyen de vivre et qui ont des entorses graves. Par exemple, ligaments croisés. Et donc effectivement, c'est arrivé où j'ai effectivement vu des pisteurs ou des moniteurs qui avaient ce type d'entorse qui empêchaient leur travail par la suite. Euh ... dans l'annonce (*silence*)... le premier pisteur à qui j'ai annoncé un diagnostic de ligament croisé, je l'ai pas fait tout seul. Ça, c'est un avantage
85 car dans un cabinet avec plusieurs médecins ... d'ailleurs, heu ... j crois sur tout professionnel, que ce soit pisteur ou moniteur, assez systématiquement, j demande à un collègue qui vérifie l'examen clinique. Parce que finalement ...

I : Avant l'annonce ?

M : Oui. Ou en tout cas, j'annonce que j'ai une forte suspicion d'entorse grave du genou, en
90 parlant d'une lésion d'un ligament croisé. Car c'est ça le plus embêtant pour eux. Et, je demande quand même l'avis d'un collègue qui va confirmer que ... parce que voilà. Ça permet quand même, même si je suis sûre de moi, d'avoir un deuxième avis et d'avoir une

confirmation qui me permet de bien faire comprendre au patient que c'est grave pour lui et qu'il pourra pas refaire du ski pour la fin de saison quoi.

95 I : Et tu crois que c'est mieux accepté pour lui si il y a deux personnes qui ont vérifié ? Par le patient ...

M : Moi pour l'instant, jeune médecin, c'est plus facile pour moi de l'annoncer parce que c'est quand même quelque chose de clinique. Et donc, c'est plus facile pour moi d'avoir un collègue, jeune ou moins jeune, c'est pas la question, d'avoir un deuxième avis. Parce que
100 mon examen a pas une sensibilité et une spécificité à 100%. Et donc, vu que ça va impacter la vie professionnelle à court terme du patient, j'ai besoin d'avoir un avis.

I : D'accord. Et là, la formation, est-ce que dans les annonces comme ça de médecine générale, t'aide ? Ou pas ?

M : Ouais, la formation m'a énormément apporté sur le fait de dire ce que je sais. Ça devait
105 faire partie des grands messages. Mais, le fait de dire ce que je sais et ce que je constate, ça m'a ... permis de ... enfin, ça me permet moi, de me libérer de certaines choses qui étaient difficiles, alors que finalement vu que j'ai des choses cliniques à donner, à dire. Je ... je ... je les affirme et donc, j'peux dire : « Là, oui, votre genou, il est instable. Voyez. ». J'le fais sentir au patient : « Donc, vous constatez effectivement que le genou, là, il est pas pareil. ». Et, j'me
110 dis que appuyer sur ce que je constate, ça, ça me semble vraiment important et facilite parce que le patient se rend compte de ce qui se passe. Donc ça me semble effectivement important. Et dire ce que je sais, pas fantasmer des choses que je ne sais pas. C'est-à-dire, heu ... je suspecte une lésion du ligament mais, j'en suis pas certain non plus. Ça peut être une élongation, une rupture. Ça va être objectivé par d'autres examens qui seront l'IRM etc. Ça,
115 vraiment, ça m'a semblé très important, en tout cas dans la formation.

I : D'accord. Est-ce qu'il y a d'autres choses ?

M : D'autres situations ?

I : Ou d'autres choses que la formation t'a apporté ?

M : Heu ... vraiment pour moi l'information majeure, ça a été de dire ce que je sais et de pas
120 aller au-delà parce que ça sert à rien. Mais vraiment, de dire les choses et heu ... même dans ce qui est de l'annonce de la mort ... voilà ça me semble important. Le mot « mort ». Utiliser le mot « mort ». Ça, c'est un truc que je changerai. Ne plus dire le mot « décédé » parce que j'avais tendance à employer ce mot. « Décédé » pour moi, c'était assez technique et ça me

protégeait mais heu ... dans la formation, on nous a dit que c'était pas assez clair, assez ...
125 donc ... j'essayerai d'utiliser le mot « mort » qui est, a priori, beaucoup plus ... beaucoup plus
clair. Heu ... qu'est ce que je peux dire ... ouais, j'ai un exemple d'un patient que j'ai revu
aujourd'hui. Après c'est un patient pour moi que c'est encore très difficile parce que c'est un
patient qui a un lymphome, qui a une chimiothérapie. Mais tout le monde sait que ça va pas
servir à grand-chose ... et lui, il met encore beaucoup d'espoir dedans. Et c'est très difficile
130 de l'amener sur la réflexion du soin palliatif parce qu'on sent qu'il ne rentre pas dans cette
démarche-là. Et, il emploie des mots qui ferment un petit peu la discussion en disant : « Oui,
mais vous êtes tous mes partenaires » et avec un sens : « Vous allez me sauver ! ». Et, du
coup, c'est difficile d'aborder la chose parce qu'il est très dans le fait d'être sauvé de son
cancer. Alors que ça fait un an et demi qu'on le suit pour ça et qu'on le voit se dégrader avec
135 les chimio qui s'enchainent. Et donc, c'est assez difficile d'arriver sur ce terrain-là et en lui
expliquant qu'à un moment, on va arrêter. Alors, j pense qu'il doit faire son chemin et qu'il a
pas envie d'être brusqué. C'est sa manière de le dire. Mais, j'trouve ça assez difficile parce
qu'un jour, il va falloir qu'on lui dise.

I : Et, pour l'instant, comment essaies-tu de lui faire passer le message ?

140 M : En le questionnant : qu'est ce qu'il en pense ? Qu'est ce qu'il pense de l'évolution ? De
comment il se sent ? De la fatigue ? Heu ... qu'est ce qu'il attend ? Et, pour pouvoir moi
espérer, si un jour, il me dit qu'il sent bien que ça va pas très bien. Rebondir là-dessus et
demander : « Qu'est-ce qu'on fait si ça va pas très bien ? ». Mais, là, j'ai pas cette accroche là
au jour d'aujourd'hui. En fait, il a des changements de chimiothérapie. Sa chimio dure un
145 mois. Et dans un mois, il aura une réponse. Tant qu'on a les collègues oncologues qui vont
dans des traitements d'allure thérapeutique. On peut pas, nous, aborder vraiment le palliatif.
Alors que j pense qu'il faudrait qu'on commence déjà la préparation.

I : Et, t'as des moyens de communiquer avec l'oncologue de ça ?

M : Heu ... alors, oui, on les contacte régulièrement les oncologues hein ... Soit par courrier,
150 par téléphone. Mais eux ils sont aussi ... j pense que c'est aussi difficile pour eux parce que
c'est un patient qui est jeune hein ... il a soixante ans. Tout est relatif mais ... donc je pense
que c'est aussi dur pour eux de lâcher ce genre de choses et de dire qu'on passe dans du
palliatif avec un patient qui veut se donner toutes les chances, qui est pas du tout ... qui veut
se battre et qui est pas dans le palliatif, en tout cas.

155 I : D'accord. Quelles sont tes motivations à avoir fait cette formation ?

M : Principalement l'annonce de décès en SSR (*rires*). Parce que c'est quelque chose qu'on fait beaucoup effectivement la nuit. Donc quand on est d'astreinte, on le fait. Et l'annonce de décès de gens qu'on ne connaît pas. Et ça, c'est extrêmement difficile. A la formation, c'est peut-être un des seuls bémols que j'aurais c'est ... mais après, on ne peut pas tout aborder.
160 C'est ce genre de chose et j pense que c'est très « hospitalo-centré ». C'est l'annonce de ... d'un décès ou d'une mauvaise nouvelle par téléphone. Et heu ... effectivement ça c'est ... mais, c'est très dépendant de comment c'est préparé en amont avec les familles, les désirata, etc. Mais moi, c'est quelque chose que je peine à annoncer au téléphone. Ça, c'est quelque chose qui est difficile. Alors, je suis désolée, j'entre avec un bémol dans la formation.

165 I : Non, non, mais nous, on n'a pas de jugement à apporter hein. D'accord, donc en fait, la formation n'a pas quand même répondu à la problématique pour laquelle tu l'as faite ?

M : Il y avait pas que celle-là. C'est l'annonce complexe en général parce que moi je peine à dire. C'était une problématique. Mais effectivement, dire les choses graves, les choses qui me touchent, dans lesquelles j'suis pas sûr. C'est-à-dire j pense que c'est quelque chose de grave
170 mais j'arrive pas à le dire parce que j'ai pas la certitude. Par exemple : « Je pense que c'est un cancer mais tant qu'on a pas l'anapath, on se protège et on le dit pas. J'arrive à dire que c'est probablement un cancer et qu'il faut s'y préparer. Ça, c'est quelque chose qui, pour moi, est très difficile et j'peine vraiment ...

I : Tu attends d'avoir vraiment la preuve diagnostique.

175 M : Tout à fait. Mais ce que j'attendais de cette formation et, à laquelle elle a répondu, c'est comment préparer les gens, quel type de langage adopter. Toujours pareil, dire ce que je sais et puis pas fantasmer sur qu'est-ce que ça peut être ... Ça, ça répond à la question complètement. C'est-à-dire heu ... ouais ... de ... ouais ... quoi dire au patient dans l'incertitude. Mais j pense que ça fait partie de notre métier de généraliste. C'est la prise de
180 décision dans l'incertitude. C'est un peu ce qu'on nous enseigne à la fac théoriquement mais, en pratique, on se rend compte que notre boulot, c'est vraiment ça. C'est de savoir, qu'est-ce qu'on dit au patient alors qu'on n'a pas de certitude à 100%. Et pour pas rompre la confiance avec le patient, qu'est-ce que je peux lui dire sans me planter. Parce que si c'est pas ça du tout ... heu .. j'vais dans le mur quoi. Donc, ça c'est un peu difficile. Les annonces difficiles qu'on
185 peut avoir l'hiver, c'est un truc très bête, mais c'est les douleurs thoraciques. Ça, c'est un truc, on a des gens qui ont des douleurs thoraciques et il va falloir qu'on les envoie faire des examens à l'hôpital. Des fois pour pas grand-chose, mais des fois pour plus grave. Et de leur

annoncer que leurs vacances vont être terminées parce qu'on va leur faire faire un séjour de deux, trois jours peut-être à l'hôpital. Pas plus mais c'est déjà ça pour faire un tour, pour faire des examens cardiaques. C'est assez compliqué. Après, c'est quelque chose dans lequel, je me sens un peu plus droit dans mes bottes. C'est-à-dire que j'vais pas garder quelqu'un avec une suspicion d'infarct' au cabinet. Donc quand j'ai une certitude diagnostic et thérapeutique derrière, j'vais plus facilement aller vers l'explication. Et ... avoir les mots qui permettent d'y arriver : « c'est grave » ... Il faut parce qu'il faut convaincre les gens.

195 I : Parce que, toi-même, t'es convaincu de la chose.

M : Tout à fait. Le cancer, j'pense que c'est vraiment un exemple assez frappant parce que tant qu'on n'a pas l'anapath. C'est vraiment le ... le gold standard, c'est ça. On sait jamais. On a toujours .. et, c'est un examen qui prend du temps. C'est pas un ECG ou une tropo dans une douleur thoracique. Les gens, on les balade dans une incertitude pendant longtemps avant d'avoir la réponse quoi. Il faut réussir à ... avec en plus, une réponse qu'on n'a pas envie d'avoir nous quoi. Parce qu'autant quelque chose de cardiaque à notre époque, on a des thérapies beaucoup plus efficaces que sur certains cancers. Des choses, que nous, on n'a pas envie de voir non plus, j'pense. Ça, c'est plus dur. Quand on n'a pas envie de le voir. J'pense que quand on n'a pas envie de voir les choses, c'est encore plus dur de l'annoncer.

205 I : C'est sûr. On fait avec son expérience et son ressenti. Est-ce que tu avais des réticences à faire cette formation ?

M : Non, aucune. Non, j'étais content d'y aller.

I : (*rires*) Ben c'est bien. Tant mieux ! Et qu'est-ce que tu as pensé de la méthode par simulation avec des acteurs ?

210 M : Parfait ! Non, génial ! Top ! Non vraiment.

I : C'était la première fois que tu en faisais ?

M : De la simulation sans acteur, heu ... on fait ça régulièrement. Mais avec acteurs, c'est une énorme différence. Ça apporte un ressenti de gens qui sont pas des médecins, qui ont pas de biais de réflexion de médecin. Et ... un retour ... c'est génial d'avoir un retour d'une personne : « Ben non, j'ai pas compris ça. », « Oui mais parce que ... », « Mais j'ai pas compris ! ». Et ça, c'est fondamental parce que entre médecin, on dit : « Oui, j'ai bien compris ce que tu voulais dire ». Et ça, avec des acteurs, c'est vraiment super intéressant. J'pense que les formations avec des acteurs sur du relationnel, c'est bien plus intéressant

qu'entre professionnels.

220 I : Et ça t'a semblé réaliste ou au contraire, t'étais gêné par la caméra ?

M : Une simulation, même sans acteur, je trouve ça toujours réaliste. Pas de souci. On arrive à se mettre dedans très facilement, il y a pas de problème.

I : Tant mieux. Est-ce que tu ... si t'as des problèmes avec une annonce de diagnostic, est-ce que tu as moyen d'en parler ? Est-ce que tu as des groupes de pairs ou des ... ?

225 M : Alors groupes de pairs, non car j'étais pas installé pour l'instant. La question se posait pas. Après, moi, j'ai un mode d'exercice qui est toujours en groupe. J'suis jamais tout seul dans mon cabinet. J'ai toujours des collègues. Même si c'est pas un groupe de pairs défini, c'est le système. C'est-à-dire que partout où je travaille, il y a toujours des collègues qui bossent en même temps et avec qui discuter de ... des problèmes. Effectivement, ça fait parti
230 des choses à parler.

I : Et vous avez des réunions programmées ou c'est vraiment au feeling ?

M : C'est au feeling.

I : Et est ce que tu penses qu'il faudrait quelque chose de systématique ou non?

M : J'pense que pour des problèmes relationnels type annonce, il y a pas obligatoirement
235 besoin de faire des choses systématiques. Systématique, je le vois comme ça, ça pourrait forcer un peu les gens. Alors que quand c'est des histoires relationnelles si ça doit sortir, ça va sortir ... juste besoin que ce soit un peu mûri. Du moment que le groupe est ouvert à la discussion, j'pense que c'est plus ça qui est important. Si on évolue dans un fonctionnement où tout le monde ... on sait qu'on peut parler avec les collègues quand on est prêt à en parler,
240 ça me paraît le plus important. J'pense avoir des dates fixées c'est plus pour parler des problèmes techniques, médicaux purs, où là, on va pas aller chercher obligatoirement un collègue et que c'est des choses qu'on se remettra peut-être moins facilement en question sur des techniques que sur du relationnel. Après, à chaque fois que j'ai travaillé en groupe, ça s'est passé plutôt comme ça . C'est-à-dire que dans les équipes, les médecins avec qui je
245 travaillais, on était assez ouverts pour se dire les choses quand ça allait pas.

I : Et le fait qu'il y ait une psychologue dans la formation. Est-ce que ça t'a apporté quelque chose ?

M : Alors j'ai fait du groupe BALINT, jeune. Alors je trouve qu'avoir une psychologue c'est très intéressant parce que ça permet de recadrer, de reformuler autrement que dans notre

250 langage les choses, en fait. C'est toujours pareil hein, si on fait un groupe de parole entre médecin, on se relance les choses sans les reformuler parce qu'on se comprend. La psychologue permet quand même de reformuler les choses différemment avec une autre manière de penser et je trouve c'est toujours très, très intéressant.

I : D'accord. Et est-ce que tu penses que cette formation, il y aurait un intérêt à la répéter
255 pour toi ou le fait de l'avoir fait une fois, d'avoir eu les astuces.. ?

M : Alors la formation, telle qu'elle est là, la répéter... je suis pas certain. C'est-à-dire que la simulation ... après un retour d'expérience, un autre mode de formation. C'est-à-dire là, un peu comme une formation initiale, après, on laisse passer un peu de temps. Puis après, un retour d'expérience dans 2-3 ans avec heu ... est-ce que j'ai des situations etc.. Et puis, en
260 rediscuter avec d'autres gens, pourquoi pas. Mais refaire exactement la même chose. A part si les mots-clefs changent ou la manière de faire change entre temps, je pense pas. Voilà. Continuer à parler du sujet avec des professionnels, oui. Au contraire, j pense qu'il faut. Mais j pense que ce genre de formation, on devrait l'avoir dans la formation initiale. Déjà, de base !

265 I : T'avais déjà eu des formations à la communication dans ton parcours ?

M : Communication, ouais, on avait heu ... oui, j crois qu'à la fac, ils doivent faire un ou deux séminaires de communication. Mais, c'est des communications si je me souviens bien, c'est des simulations entre internes. Donc ça a aucune ... enfin, on perd ce côté.. là, les acteurs permettent de nous amener quelque chose de véridique. J trouve qu'en tant qu'interne, on
270 n'est pas assez mis devant la réalité. Alors jouer entre internes, on perd complètement cet intérêt d'avoir la réalité en face. Donc, mais voilà, ça c'est un truc qu'on devrait apprendre à la formation initiale.

I : D'accord. Tu penses qu'on devrait plus le passer au niveau de l'internat ? Ou même de l'externat ?

275 M : En fait, il faudrait qu'on ait ces armes-là quand on commence l'internat. Donc, est-ce que c'est pendant l'externat ? J suis pas certain, parce que pendant l'externat, on n'est pas prêt à ce genre de choses. Dans la formation.

I : On apprend des fiches de mots-clefs ?

M : Voilà, on a une formation très théorique, absolument pas pratique. Donc on n'est pas
280 prêt. Déjà, pendant l'internat, c'est long à être préparé à ce genre de chose. Euh ... c'est

pendant l'internat qu'il faudrait le faire. Quand ? Je sais pas. Est-ce qu'il faudrait laisser les internes choisir quand le faire ? Est-ce qu'il faut qu'ils se soient cassé les dents sur une situation pour se dire : « J'en ai besoin, il faut que je le fasse. ». Parce que apporter des solutions quand on n'a pas rencontré le problème ... il faut que ... il faut que des fois, on soit
285 mis un peu dans des situations stressantes, je pense. Ou avoir eu quelque chose de théorique avant d'avoir cette formation avec des acteurs pour se poser des questions. Si on arrive sans question à une formation, j pense qu'on sort avec peu de messages.

I : Et d'un point de vu général, est ce que il y a des méthodes ... là c'était la simulation, mais est-ce que t'as eu des formations avec d'autres méthodes que t'as trouvées intéressantes ?

290 M : Autres que la simulation ?

I : Oui.

M : C'est l'idéal. La simulation, c'est ce qui te permet de te retrouver dans la vraie vie. A part, peut-être que l'apprentissage sur le terrain avec des vrais patients et ... sur le tas. Au final, ça va être le plus véridique de l'apprentissage. C'est-à-dire avec un maitre de stage,
295 quelqu'un qui te montre comment faire avec le patient en stage. Finalement, c'est le stage auprès du patient qui est le mieux en terme de formation, au final. Euh... Après le reste des formations, tu peux mettre des cas cliniques et tout ça, j'trouve que ça reste moins bien que la simulation.

I : D'accord. Et ben voilà, donc je te relis notre question de recherche donc c'était d'évaluer
300 le ressenti des médecins par rapport à la formation. Est-ce que tu as des choses à dire en plus ?

M : Non, j'ai adoré la formation. J'ai trouvé que c'était vraiment ... ouais, j'ai pas retenu cinquante mots-clefs mais j pense que c'est le principe de toute formation. Mais euh ... ouais, d'avoir retenu « dire ce que je sais » et utiliser le mot « mort ». Pour moi déjà, c'est déjà des choses qui sont super importantes. Et finalement, c'est ce que je ressors aujourd'hui
305 donc c'est ce qui est ressorti de la formation. Et euh.. Non c'était très bien.

I : D'accord. Et ben super ! Merci beaucoup.

Entretien n°14

I : Interviewer

M : Médecin

5 I : Ça dure pas très longtemps, tu vas voir.

M : On attend une autre SAUV, c'est pour ça...

I : Ok, euh...Est-ce que tu peux me raconter une annonce de diagnostic complexe aux urgences qui t'a posé problème?

M : Ouais. Un monsieur qui est tombé. Un monsieur qui était handicapé moteur mais non
10 cérébral qui est tombé, je sais plus comment ça s'appelle la... (*réfléchi*) Tu sais ? Le centre où
il y a les handicapés juste au-dessus... A A. L. ! Voilà ! Et avec un trauma cervical. Amené en
vrac par le SMUR qui s'en occupe pas, qui nous laisse le monsieur avec fracture cervicale et
section de moelle. Et là... plus personne ! (*d'un ton énervé*) C'est-à-dire les neurochir : «On
s'en occupe pas, il va mourir.», le SMUR : «On s'en occupe plus. C'est plus notre
15 problème.». Et je me retrouve en face avec un monsieur à qui il faut que j'annonce qu'il va
mourir dans les heures qui suivent.

I : Et lui, il était comment cliniquement ?

M : Lui, il était conscient et voilà... Il a fallu lui expliquer... Pas réellement la vérité. Mais lui
expliquer que c'était grave, qu'on allait le surveiller.. Et voilà. Et il est mort, je crois 6 heures
20 plus tard, à l'UHCD. Tout seul.

I : Il y avait pas de famille avec lui ?

M : La famille était loin. On leur a expliqué. Ils ont dit que de toute façon vu le pronostic, ils
allaient venir mais que ça serait trop tard. Qu'ils seraient pas là et que de toute façon, il y
avait rien à faire.

25 I : Et donc concrètement, tu as pu leur dire quoi ?

M : Alors j'ai pas pu lui dire qu'il allait mourir. Ça, c'est sûr et certain. Je lui ai expliqué qu'il
s'était fait mal aux cervicales, qu'on lui avait bien sûr fait le scanner. Ça, il l'avait vu. Qu'il y
a avait une grosse lésion de moelle, que les chirurgiens ne pouvaient pas opérer pour l'instant.

Ils voulaient voir l'évolution avec des médicaments avant. J'ai menti, mais euh... Et on l'a
30 accompagné jusqu'au bout à l'UH avec 2-3 infirmières.

I : D'accord, avec juste des antalgiques... C'est quoi les éléments qui t'ont le plus perturbés ?

M : D'être seule. D'être complètement seule. Personne t'aide. Tout le monde se décharge.
T'es seule. Et que... annoncer à quelqu'un qu'il va mourir alors qu'on lui fait rien, je trouve
ça absolument affreux.

35 I : Ouais. Et tes collègues des urgences ?

M : Tu sais, c'est l'envolé de moineaux. Tu lances le pain, tout le monde est là. Et après,
hop ! On s'en va ! Non, il y avait personne. Et puis tu sais ? En plus, j'étais MOA tu vois ?
C'est le truc du A qui dit : « Ah bah, j'ai pas été prévenu parce que c'était le SMUR. », le
SMUR « Ah ben, c'est le changement ! ». Tu vois ? C'est toujours le truc qui t'arrive euh.. Et
40 donc, en fait, il y a personne. Et voilà.

I : D'accord, ok. Et après, tu as pu debriefer avec les inf?

M : Non, non.

I : Ou pendant l'annonce, est-ce que tu étais avec une des inf ou t'as vraiment fait toute seule?

M : Oui, j'ai fait avec celle du SAUV et puis après avec celle de l'UH un petit peu. Mais ça a
45 été très... Mais tu vois, on a tourné autour du pot le temps qu'on le mette à l'UH. L'infirmière
de l'UH a parlé un peu avec lui mais il y a pas eu beaucoup d'échanges. Tu vois, ça a été
assez rapide dans son décès... Donc si tu veux, l'infirmière de l'UH n'a pas eu le vécu qu'on
a eu. Elle était très inquiète parce qu'il était dans une position de brancardage... Euh... Tu
vois ? Moi, je me dis le passage du brancard au machin, il va peut-être mourir là. Peut-être...
50 Donc tu vois, il y a eu un phénomène un peu stressant. Et après, on l'a mis dans le lit. Ça a
été. Et puis, il est parti assez rapidement. Donc l'infirmière du SAUV... Non, de l'UHCD, ne
s'est pas senti très impliquée. Tu vois ? C'était un décès comme un autre. Et avec l'infirmière
de la SAUV, ben on en n'a pas reparlé. 'fin si ! On en a reparlé une fois en disant ben si,
c'était écoeurant. Mais c'est tout.

55 I : D'accord. Et lui, il a pas posé de questions? Il comprenait ?

M : Non. Je pense qu'il comprenait. Je sais pas si il se doutait qu'il allait mourir, mais il
comprenait tout. Je lui demandais si il avait mal, il me disait, « Non ». Donc c'est pour ça à la

limite, euh... Je pense que, du fait qu'il avait toute sa conscience, c'est pour ça que j'ai pas osé lui dire qu'il allait mourir. (*silence*)

60 I : Et ça, c'était avant ou après la formation ?

M : Avant. Et je pense que ça m'aurait pas changé par rapport à la formation. Ça m'a aidé énormément pour la prise en charge du SMUR, pré-hospitalière. Un peu moins en hospitalier. Et ce qu'on a appris pendant la formation, je pense pas que j'aurai pu l'appliquer pendant cette euh...

65 I : T'as retenu quoi, toi de cette formation ? En quoi ça a pu t'aider ?

M : La formation, j'ai trouvé que c'était pas mal. Des petits trucs euh... Voilà. Il faut, en fait, comme dans cette annonce, il faut être...pas être seul. Il faut être au minimum deux. Etre une équipe. Euh... Par exemple sur les DDAC, en fait, rien annoncer... Tu vois ? Alors que moi j'aurais tendance à dire : « C'est grave. On va voir. ». Peut-être que éventuellement, tu vois, 70 essayer d'anticiper.. Ce qu'il faut jamais faire visiblement. Euh... tu vois, tout ça. Et en fait, partir comme un voleur, chose que je faisais jamais avant. Et en fait, la formation nous dit : « Partez comme des voleurs pour que vous vous retrouviez dans une unité pour pouvoir annoncer les choses difficiles ensemble».

I : Pour le DDAC uniquement, tu parles ?

75 M : Ouais, pour le DDAC. Voilà.

I : Chose que tu faisais pas avant ?

M : Non. Alors que je prenais le temps avec la famille pour essayer d'anticiper, chose qu'il fallait pas faire. Voilà. Ca, ça m'a complètement changé la chose. Euh... souvent dans les décès ou les arrêts qu'on fait et qu'on récupère pas, j'ai tendance à être toute seule. 80 J'impliquais pas ni l'infirmière parce que je pensais que pour eux, c'était un... c'était pas agréable, quoi. En fait, je les mettais pas avec moi dans l'annonce du décès parce que je pensais que c'était pénible pour eux. Et je pensais pas que ça pouvait être un soulagement pour les deux en fait, d'être ensemble.

I : Ouais, que ça pouvait être un soutien pour les deux..

85 M : Voilà. Ca, ça m'a fait changer.

I : Et depuis, t'as pu le mettre en pratique ?

M : Ben tu sais, je fais de moins en moins de SMUR. Les derniers que j'ai faits et qui sont effectivement décédés, ben oui, du coup j'étais avec l'infirmière et... Ca m'a pas changé. Ca m'a pas soulagé mais peut-être parce que c'était pas si difficile comme contexte. Voilà. J'ai
90 pas eu un gros truc. Mais voilà, je sais qu'il faut être minimum deux. Il faut impliquer une autre personne qui est avec toi.

I : Ouais. Et qu'est-ce que tu as ressenti tout de suite après la formation par rapport à ta pratique ?

M : Ben que... qu'il y avait beaucoup de défauts. Mais qu'il y avait pas que moi. Tout le
95 monde avait des défauts.

I : Ouais... Mais t'as pas tout remis en cause, quand même ?

M : Ah non ! Vu les années, vu la pratique, j'ai quand même adapté en fonction de mon expérience. Mais ce qui est rassurant, c'est quand même de voir que... que les autres ont autant de défauts. Pas les mêmes. Mais autant de choses qu'il faut pas faire. Et c'est rassurant
100 de te dire ben voilà, t'es pas toute seule à faire des.. des... Et de voir les autres, c'est marrant de pouvoir avoir un œil. Parce qu'en fait, on travaille jamais ensemble. Donc on sait pas comment les collègues font. Et tu vois, d'avoir des petites scènes comme ça, tu vois comment les autres travaillent et c'est ... surprenant. C'est surprenant.

I : Dans tous les sens du terme...

M : Ouais ouais, dans tous les sens. Et tu te dis qu'on est vraiment différents hein... Et quand
105 vous, en tant qu'interne, vous dites : «Ah mais c'est difficile parce que vous avez tous pas le même discours. ». Et effectivement, là, tu te rends compte qu'il faut s'adapter, qu'on est tous différents et qu'à une situation égale, on réagit pas tous pareil. Et... la formation, c'est pas te dire qu'il faut faire « ABC ». C'est de te donner un fil conducteur. Et après, tu adaptes en
110 fonction. Et ça, je trouve ça bien.

I : Oui. Et tu avais déjà eu des formations comme ça sur la communication ?

M : J'ai fait la formation anti-agressivité. Tu sais ? De l'hôpital. Et alors là, très intéressante
115 du point de vue personnel mais, non professionnel. Personnel mais absolument non applicable au boulot. Ça, non ! C'était pas possible ! C'était très très intéressant. Ca te permettait familialement, tu vois, période de gamin en pleine période d'ado, tu vois ? Ils nous ont donné des conduites à tenir. C'était assez intéressant mais ça faisait plus management global,

l'agressivité dans la société, des choses comme ça et... Pas applicable. C'était pas possible d'être applicable quand t'as 20 personnes qui t'insultent et de te dire : faut poser le temps, remettre, faire diminuer la tension... Euh tu vois ? C'est pas jouable ici. C'est pas... Voilà.

120 Alors que quand tu fais des formations comme on a fait avec des simulations, là c'est quand même vachement plus concret et c'est beaucoup plus applicable. C'est des gens de terrain qui te font alors que là, c'est un formateur, au demeurant très bien, hein ! Mais c'est pas un formateur qui fait notre boulot et il peut pas comprendre.

I : Oui. Et toi, tu trouvais que la formation, elle était adaptée pour les besoins ? Est-ce que tu
125 penses que si il y avait une formation sur l'annonce de diagnostic mais avec d'autres scènes jouées euh.. Tu la conseillerais?

M : Ah, mais j'en ai fait d'autres avec le CESU ! T'en as plein de simulation.

I : Oui, mais sur l'annonce de diagnostic.

M : Mais il y en a pas d'autre, je crois ...

130 I : Non, mais imaginons qu'ils en refassent d'autres d'ici un an, 2 ans... Est-ce que tu penses que ça serait bien d'en refaire ? Ou toi, est-ce que tu la conseillerais à d'autres?

M : Bah, je pense qu'il faut que tout le monde y passe. Et euh... peut-être pas refaire une simulation mais de revoir la même équipe et de reparler de choses. Tu vois ? Ou même à la relecture, tu vois ? Des SMUR. A ce moment-là, vraiment mettre en application, de se
135 retrouver avec les psychologues, les gens qui ont fait la formation, d'une situation, tu vois. Mais pas... Je referais pas la même formation. Parce que je pense que je... je jouerais pas naturellement en sachant ce que j'ai appris. Je jouerais pas naturellement. Alors que si on recritique avec la même équipe, on recritique une situation vraie en disant : « On aurait peut-être dû faire ça ou faire ça.. ». Je pense que ça serait plus constructif. Mais pas refaire la
140 formation telle quelle. La conseiller, mais pas la refaire.

I : D'accord. Et puis... Ah oui, par rapport au fait qu'il y ait des comédiens, t'en as pensé quoi ?

M : Bah bien, parce que c'est des gens que tu connais pas. Parce que si tu fais la même situation avec quelqu'un avec qui tu travailles, ça va être un peu plus ludique et tu vas être un
145 peu nonchalant. Alors que là, tu sais pas ce qu'ils vont te faire. Tu les connais pas. Ils jouent

très très bien. Et du coup, ça ressemble plus à du vrai qu'une scène de théâtre. Ils jouent super bien et... Tu t'attends pas à ce qu'ils vont te faire quoi. Je trouve ça excellent !

I : Parfait (*sourire*). Et initialement, quelles avaient été tes motivations pour t'inscrire à la formation ?

150 M : Parce que je pense qu'on a toujours à apprendre, toujours à améliorer. Et que c'est un sujet que dans nos études, on n'aborde pas. Qu'on est vraiment lâché là-dedans. Et que, si on peut avoir 2-3 éléments, ça peut être bien.

I : Ouais. T'as été satisfait de la formation ou tu attendais d'autres choses ?

M : Ah bien. Non, satisfaite ! Vraiment !

155 I : D'accord. Et le côté rétrovisionnage ?

M : Ah bah, on n'aime pas. Mais ça, personne n'aime! (*sourires*) Mais euh.. tu vois, autant comme on en parlait avec M... Bon, moi ça fait déjà plusieurs formations visuelles comme ça donc je me suis un peu habituée à la limite. Mais, si on disait aux gens la première fois : « Vous allez être filmés et revus. ». Je suis sûre que la majorité viendrait pas parce qu'on n'aime pas ça. Parce qu'on n'aime pas se voir, se faire critiquer et se revoir surtout. 160 Mais après, on prend une espèce d'habitude. Et euh.. Moi, je trouve ça gênant, désagréable mais instructif. Et je trouve ça trop bien. Il faut ! Il faut passer cette appréhension de se revoir, de se faire critiquer, de se faire observer, tout ce qu'on n'aime pas. Mais je pense que c'est que comme ça qu'on progresse. Mais c'est pas facile...

165 I : Oui, c'est délicat quand même... (*rires*)

M : Et M., elle me disait la même chose quand on en parlait. Elle me disait, « Ah, mais non ! Non, moi je veux pas être filmée et tout ! ». Elle était à deux doigts de partir quand elle est arrivée à la formation.

I : Ah. Vous étiez pas prévenus avant ?

170 M : Alors moi, je le savais parce que je m'étais fait avoir 2-3 fois avant. Mais elle était pas au courant, elle, quand elle est arrivée. On sentait les euh.. (*bruits imitant le stress*). Tu vois ? Comme ça. Après, elle a dit : « Ah ouais, non mais c'est bien. ». Mais je pense qu'on est tous comme ça en se disant vous allez être filmés, c'est...

I : Oui, c'est assez dur, hein ? Et pour reparler du cas de tout à l'heure, dans des situations
175 comme ça, est-ce que tu as des moyens d'en reparler après? Parce qu'au quotidien, il y a
toujours de situations comme ça.

M : Ben en fait, tu sais pas à qui en parler. Les gens, tu sais, c'est individualisme total. Ils s'en
fichent ce que tu as vécu. Il y a peut-être l'infirmière ou l'équipe soignante avec qui tu as
été... Mais tu vois, là c'était un concours de circonstance. Mais voilà... Moi, peut-être
180 l'équipe soignante avec qui t'es. Mais la majorité, on court à droite à gauche..

I : Ou en extra-hospitalier ?

M : Je sais pas. J'ai jamais... J'en parle à ma famille, j'évacue du côté familial.

I : D'accord . Et si il y avait une... d'en reparler avec l'équipe ou au sein du service ?

M : Je pense que ça serait une bonne idée mais euh.. avec un élément extérieur. Tu vois ? Une
185 psychologue.. ou qui a l'habitude de gérer les choses, mais qui soit un peu neutre à l'extérieur.
Qui arrive à ... parce que souvent la tension, elle est comme ça (*met la main au-dessus de la
tête*). Et si tu mets un cadre ou n'importe, ça va encore mettre de l'huile sur le feu. Quelqu'un
de complètement neutre, apaisant, qui a l'habitude de gérer ce genre chose, qui peut
désamorcer ou apaiser...

190 I : Parce que toi, t'en ressentirais le besoin ?

M : Ben par exemple, dans cette situation, oui. Dernièrement là aussi, il y avait une jeune qui
(*soupir*).. Le copain est décédé. Elle a voulu le rattraper de sa montagne. Elle l'a retenu par la
main jusqu'au dernier moment. Elle a lâché au bout d'un moment. Elle avait plus de force.
Elle a vu son copain tomber. Elle est arrivée en stress émotionnel euh... Là, c'est
195 complètement épuisant. T'essayes de gérer avec l'infirmière. Le psy te dit : «C'est pas du
psy, c'est un choc émotionnel ! ». Bon, là tu vois, c'est sûr que là, c'est une tension.
T'aimerais bien évacuer quoi. Mais t'as personne. T'as personne à qui en parler. En parler à
tes collègues, elles sont sous la même tension que toi. Les cadres, ils vont rien faire.

I : Il y a pas une psychologue du service ? Je dis psychologue mais c'est pour avoir quelqu'un
200 de neutre.

M : Ouais, je sais qu'il y avait la relecture au SMUR. Je sais pas si elle y est toujours, vu que
j'en fais beaucoup moins. Et ici, alors il y a une antenne ici de psy, situation exceptionnelle

etc... Mais, quand tu les appelles déjà pour les gens d'ici, ils sont débordés. Faut prendre rendez-vous. Donc qu'est-ce que tu veux toi, personnellement appeler.

205 I : Ouais. Mais tu serais pour.. Si il y avait une sorte de temps dédié à ça ?

M : Ouais... Ou alors à ce moment-là, quelqu'un, bon qui vaque à d'autres occupations, mais que quand on a une situation comme ça, qu'on sait qu'on a le numéro, qu'on peut en parler et pas attendre 3 mois d'avoir un rendez-vous etc... Peut-être pas une relecture systématique mais avoir quelqu'un qui est là. Style D, on sait qu'elle est là. On a un souci, on l'appelle, y'a
210 quelqu'un. Au moins avoir.. te dire, j'ai une petite porte de sortie. Il y a quelqu'un qui peut nous aider. Ça, ça serait bien. Mais c'est pas dans l'ère du temps...

I : On est d'accord... Euh, donc notre thèse, c'était le ressenti des médecins suite à cette formation face à l'annonce de diagnostic difficile. Est-ce que tu as d'autres choses à rajouter ?

M : Moi, je trouve ça super bien. Il faut qu'il y en ait de plus en plus qui y aillent. N'importe
215 qui, du médecin à l'aide soignant à l'infirmière.

I : Et que ça soit interne ou médecin ? Tu penses que c'est...

M : Oh pareil. C'est vraiment pas une catégorie. C'est sûr que c'est plus le médecin-sénior qui va aller annoncer le diagnostic. Mais, c'est aussi préparer les jeunes médecins à la suite. D'avoir quelque chose, quoi. Je pense que c'est pour tout le monde. Enfin, je sais pas le
220 ressenti des autres médecins mais je pense que c'est du positif.

I : Oui plutôt. Plus du positif.

Entretien n°15

I : Interviewer

M : Médecin

5 I: Donc Marion vous avait dit un peu le sujet de notre thèse etc.. ?

M: Ouais ouais, j'ai vu.

I: Donc on enregistre tout l'entretien. Et après, nous, on retranscrit et on analyse. Donc si il y a des choses que vous ne voulez pas qu'on retranscrive après, vous me préviendrez bien à la fin.

M: Ouais d'accord.

10 I: Est-ce que vous pourriez me raconter une annonce de diagnostic complexe qui vous a posé problème dans votre pratique ? Une qui vous a marqué ou qui vous a mis en difficulté ?

M: Euh...Là, comme ça, il y en deux qui me viennent en tête.

I: Ouais, je vous écoute.

15 M: Euh.... donc c'était en été. Il y a 2 ans. Je suis appelé, j'étais en consult', euh.. sur un arrêt cardiaque. Et euh.. Donc, la dame d'un certain âge avait fait un malaise dans sa voiture et elle était tombée le nez sur le tableau de bord, le nez sur le volant. Et donc quand je suis arrivé, les pompiers étaient en train de masser. Euh.. moi j'ai essayé de poser la perf', mais c'était pas évident parce que ça faisait déjà 30 min qu'ils massaient. Ensuite, le SMUR est arrivé. Il a réussi à poser une perf'. Mais euh.. Le cœur est reparti mais sûrement sous l'impulsion des
20 médicaments. Et donc j'ai dû aller annoncer à la famille que ben c'était un arrêt cardiaque prolongé. Euh... Qu'on.. Que le cœur... Je me souviens plus bien mais que le cœur, il repartait à cause des médicaments. Donc c'était pas naturel... Qu'on allait la conditionner pour aller à l'hôpital mais que c'était pas sûr qu'elle se réveille... Mais bon, c'était franchement délicat.

I : Oui je comprends. Et euh... Comment vous vous y êtes pris pour annoncer ça ?

25 M : Ben déjà, je me suis présenté comme le médecin. J'ai demandé un peu ses antécédents, les traitements qu'elle prenait tout ça et pis bon... C'est là que je leur ai dit... Bon, ils avaient bien su qu'elle avait fait quelque chose de grave quoi. Parce qu'elle était partie inconsciente sans prodrome. Et je pense qu'elle avait des antécédents assez lourds. Mais comment je leur ai dit.. ? Je sais plus trop..

30 I : Et vous ? Vous..

M : Enfin, je leur ai dit: « Voilà, son cœur s'est arrêté. On a fait un massage cardiaque mais son cerveau a pas été oxygéné pendant un certain temps. Donc, si jamais elle se réveille.. Déjà, on sait pas si elle va se réveiller. Mais, si elle se réveille, elle sera sûrement pas comme elle était avant, quoi. ». Mais que, pour l'instant, les choses étaient tellement précoces qu'on ne
35 pouvait pas prédire l'évolution immédiate pour les jours voir les heures à venir.

I : Hum. Et euh... Est-ce qu'il y a des éléments qui vous ont aidé pendant l'annonce ? Ou, au contraire, est-ce qu'il y a eu des éléments qui vous ont perturbés ?

M : Comment ?

I : Des éléments aidants ou perturbants : la famille, les pompiers sur place... ?

40 M : Euh non. Comme ça ? Je vois pas non... C'est vrai qu'en fait, j'ai un peu l'impression de... Je vais pas dire partir comme une voleuse, mais... Le médecin du SMUR était là. Il a pris le relais. Moi, en fait, je me suis absenté de mon cabinet médical en attendant que le SMUR arrive. Comme j'ai fait l'annonce : « Ben, le médecin du SMUR va vous donner plus d'informations sur où elle va aller.. ». Et moi, je repars en consultation. Je repars à mon
45 cabinet.

I : Ouais.

M : J'accompagne pas, moi. Après, c'est pas moi qui prend le relais. Moi, je fais la première nouvelle : « Voilà, il y a quelque chose de très grave qui est arrivé. Son cœur s'est arrêté. Il est en train de repartir grâce à des drogues mais on connaît pas la suite. Donc pour l'instant, c'est
50 instable. ». Après, il y a... Je peux parler d'un autre cas aussi ?

I : Oui, oui. Allez-y.

M : Ben c'était l'été dernier au mois de juin. Ca, j'en ai fait des cauchemars pendant plusieurs semaines (*sur un ton plus confident*). Euh... c'est une dame qui randonnait en famille, il me semble. Avec son mari. Elle a dû prendre à un moment un mauvais chemin. Elle a fait une
55 chute de plusieurs mètres sur le chemin en contre-bas. Moi, je suis appelé sur un arrêt cardiaque, enfin... Non ! Sur un traumatisme crânien. En fin de compte, j'arrive, les pompiers étaient déjà en train de la masser. Les constantes.. Il y avait déjà plus de constantes, plus de tension, les pupilles dilatés, euh... En l'examinant, elle avait le crâne fracassé. Bon, elle était morte quoi. Et bon là, j'ai regardé tous les pompiers : « Bon bah, vous êtes d'accord avec moi
60 là ? On arrête ? ». Pis après, bon je suis allé annoncer à la famille. Je dis : « Ben voilà, elle a

fait une chute.. »..

I : Donc la famille qui avait eu le temps de descendre et de vous rejoindre, c'est ça ?

M : Ah ben ils randonnaient avec, donc oui. Ils étaient à 3-4 mètres pendant qu'on faisait l'intervention quoi. Pas plus.

65 I : Ouais..

M : Et donc là... Là, il y avait des... des... C'est de mort traumatique. Et donc, bon ben là, il y avait pas de doute quoi. On a arrêté le massage. J'ai dit : «Ben voilà, elle a fait une chute. Elle est morte, elle a une fracture du crâne, euh... Donc voilà, c'est fini. ». J'ai demandé 2-3 renseignements style la date de naissance.. Ces choses-là quoi, c'est tout. Après, c'est la police
70 qui a fait le relais. J'ai fait le certificat de décès et c'est la police qui a fait le relais.

I : Ouais. Et la réaction de la famille en face, elle était...

M : Ben... assez distante (*silence*). Comme si, ils avaient pas percuté ou comme si, je sais pas... Comme si l'information était pas encore passée, quoi. Ils sont pas partis... Ils étaient pas complètement... Ils pleuraient, quoi. Ils ont dû voir la chute. Et puis, je pense que... Avant
75 même qu'on arrive, le temps que les pompiers arrivent, le temps que moi j'arrive, ils savaient peut-être déjà qu'elle était morte. J'ai pas, j'ai pas... j'ai pas essayé de pousser la question. J'allais pas remuer ça.

I : Ouais ouais, je comprends. Mais ils ont pas eu une réaction que vous ne compreniez pas ou que vous n'arriviez pas à gérer ?

80 M : Non non non. Ils ont été super calmes. Même trop calmes, peut-être.

I : Ouais. Trop calme ? Vous avez peut-être pas eu de répondant en face ?

M : Non non.

I : Ils ont posé des questions ?

M : Non, même pas... Bon après, ça n'a peut-être rien à voir... Mais après, l'officier de police
85 m'a demandé de faire un constat des blessures dans l'éventualité où elle aurait été poussée. Bon, il l'a pas dit à haute voix. Mais, c'est bien ce que j'ai compris quoi (*rires nerveux*). Voilà, qu'il y avait pas de traces de bleus, de coups, de choses comme ça avant.

I : Et donc, vous avez dû l'examiner ?

M : Bon, quand il y a quelqu'un devant vous qui chute de 4 mètres, qui amortit avec la tête en

90 premier... Bon, je pense que... Vous vous faites pas trop d'illusion.

I : Oui oui, c'est sûr. Et euh... (*silence*) Et donc, suite à cette situation, vous avez eu du mal à.. Un petit peu à digérer...

M : Ah ben oui. Parce que quand il m'a demandé de faire le constat, l'officier de gendarmerie, ben j'ai dû la retourner. Bon, déjà le pompier quand il m'a fait euh... Le sang sortait de la
95 bouche, sortait du nez... Bon, c'était pas beau à voir. Et quand je l'ai retournée, le crâne était cassé en deux, quoi. Donc oui, je l'ai eue pendant plusieurs nuits. Je me réveillais, je la voyais, je revoyais son nom... 'fin, c'était.. Bon... (*silence*) J'y repense de temps en temps encore maintenant. C'est le fait de me faire ressasser le truc. C'était il y a un an, mais c'est comme si c'était récent quoi...

100 I : Ouais, je comprends... D'accord... C'est sûr que c'est pas facile du tout. Et justement quand vous avez des situations comme ça difficiles au boulot ou des annonces difficiles, est-ce que vous avez des moyens d'en parler ? En médecine générale, il y a des groupes de paires?

M : Euh non... Pas trop. Enfin si, en intime. J'en parle à mon mari, quoi. C'est tout.

105 I : Sinon, vous faites pas partie d'un groupe de paires, d'un groupe de médecins ?

M : Ah non. Là où je travaillais en M., il y avait pas tellement d'échange avec les autres médecins. Chacun travaillait dans son coin. Il y avait pas tellement de relationnel. On est tout seul.

I : D'accord. Vous étiez en cabinet tout seul, c'est ça ?

110 M : Oui oui. En fait, on travaille en alternance. Ou, même quand on travaille à plusieurs, si on va se dire vite fait : « Ah ben, je suis allé sur tel évènement.. ». On va se dire 2-3 mots et puis voilà. Point barre. On va pas disserter dessus pendant une demi-heure ou parler de ce qui nous préoccupe.

I : Ouais. Alors que ça, c'est peut-être une situation où vous auriez aimé en parler...

115 M : Ah ouais. Si j'avais pu en parler après avec mon confrère, je pense que ça aurait pu désamorcer les choses... Ou pas se transformer en cauchemar, quoi.

I : Et en parler avec quelqu'un d'autre ? Quelqu'un de neutre, non médical ? Enfin, vous auriez préféré quoi ? Un confrère ? Quelqu'un dans votre profession ou quelqu'un de neutre ?

M : Euh... Moi, j'ai envie de dire plutôt quelqu'un d'extérieur : un psychologue, un

120 psychiatre. Quelqu'un avec qui on travaille pas tous les jours, quoi. Je pense que ça pourrait plus nous aider.

I : Ouais. Et euh... Quand vous rencontrez des situations difficiles comme ça, justement ? Vous avez jamais fait appel à un psychologue ou...?

M : Euh non (*rires gênés*). Non, parce que je pense qu'on est pris dans l'engrenage des faits. On est pris par le boulot et on va oublier pendant un certain temps et pour une raison X. Ca va ressortir à nouveau pendant 1-2h, une semaine et puis, on oublie à nouveau. Mais euh, le... Enfin, je peux pas parler de traumatisme parce que c'est pas nous qui avons vécu ça. On est pas blessé mais c'est vrai que moralement, c'est un peu lourd à porter.

I : Oui oui, c'est sûr. Et donc ça, c'était avant la formation que vous avez eu au CHANGE. Et
130 quelles étaient les motivations que vous aviez pour vous inscrire à la formation ?

M : Euh... Ben justement, que je puisse plus faire face à ça. Démystifier peut-être. Parce que bon, la mort, ça reste toujours un sujet difficile à aborder, quoi.

I : Ouais... C'est quelque chose qui vous mettait mal à l'aise ? C'était quelque chose... Une partie du métier qui est dure pour vous ?

M : Ça met toujours mal à l'aise. Bon, je pense que... Je fais pas autant de SMUR que ceux
135 qui sont à l'hôpital mais euh... J'imagine qu'on peut jamais avoir l'habitude. C'est pas possible.

I : Ouais, c'est sûr.. Est-ce que vous aviez des réticences à y aller ?

M : Par rapport à quoi ?

I : Euh.. Par rapport à la simulation, à ce type de formation ?
140

M : Euh.. Non, non.. Je me demandais de quoi on allait parler, comment on allait aborder ça. Ce que moi j'avais noté à la fin, moi je pensais qu'on allait aussi aborder la problématique du patient cancéreux qui.. Qui va vers la mauvaise voie. Où on sait qu'il a le cancer, on sait que le stade est déjà bien avancé et que, malgré les traitements, il va mourir dans un an, 2 ans, 3
145 ans, 5 ans.. Et comment on lui dit ça. Ça, c'est une question que j'aurais aimé aborder. C'est plus euh.. C'est plus notre travail quotidien de médecin généraliste.

I : Ouais d'accord.

M : Bon, parce que là, du coup, je me suis désinstallée. Mais, j'avais un peu fait le diagnostic de cancer du colon chez une patiente. C'était déjà bien avancé avec des métastases et euh..

150 J'ai pas eu l'occasion de la revoir cette dame. Et, je me sens presque un peu coupable de pas l'avoir revue.

I : Ouais, mais c'est votre collègue qui va reprendre le dossier...

M : Ah ben oui ! C'est sûr!

I : Et donc euh... Est-ce que vous vous pourriez me dire ce que la formation vous a apporté?
155 Est-ce que ça a changé quelque chose dans votre manière de voir l'annonce de diagnostic? Je sais que vous avez pas pu pratiquer derrière mais euh...

M : C'est difficile. C'est difficile de répondre à votre question parce que j'ai pas eu de pratique derrière.

I : Ouais. C'est vrai. Alors qu'est-ce que vous avez ressenti tout de suite après la formation
160 par rapport à votre pratique ?

M : Euh... Alors je me suis senti plus en confiance quand même avec la question.

I : Et par rapport à vous ? Ce que vous faisiez quotidiennement, est-ce que vous étiez rassurée ?

M : Plutôt rassuré oui. Je.. J'annonce quand même les choses. Je me sens pas mentir aux gens.
165 J'annonce pas : «Vous inquiétez pas ! Il va se réveiller, il va courir le 100m demain ! ». Non non. Euh.. L'annonce, je la fais. Après voilà, c'est... Bon, j'ai toujours eu la chance d'avoir dû annoncer les choses à une famille qui avait l'air compréhensive et qui partait pas dans l'hystérie, dans les pleurs, les cris, les choses comme ça.. Donc, heureusement pour moi. Mais sinon, je sais pas trop comment j'aurais géré les choses.

170 I : Parce que là, à la formation, vous êtes passé sur quel type de situation ?

M : Euh... Je me souviens plus.. Oh, je me souviens plus. (*silence*) C'était en fin de matinée (*réfléchi*). C'était un monsieur qui était en réa, qui avait fait un arrêt cardiaque... Ou non. Je me souviens plus. C'était quelqu'un qui était tombé lourdement sur le sol et qui avait fait un arrêt cardiaque chez lui. Oui, c'était ça mon cas clinique.

175 I : D'accord. L'arrêt cardiaque d'un patient chez lui. Et c'était vous, le premier médecin sur les lieux ?

M : Oui, et il y avait aussi le médecin du SMUR. C'était plutôt lui qui avait annoncé. Moi, j'avais plus rassuré la famille, encadré, entouré. C'était beaucoup le médecin du SMUR qui s'était exprimé.

180 I : D'accord. Et ça, vous avez trouvé que c'était réaliste ? Que c'était quelque chose que vous pourriez retrouver en... en situation quotidienne ?

M : Ouais ouais, tout à fait. Où on est plusieurs à encadrer les gens. Ouais, tout à fait.

I : D'accord. Et, vous en reprenez quoi de cette formation ? Vous pouvez me dire que vous en avez rien retenu, hein ! (*rires*)

185 M : Euh...

I : Est-ce que vous y avez repensé ? Ou est-ce que vous vous êtes dit : «Bon ben c'était pas... » ?

M : Non, ça m'a rassuré sur ce que je faisais finalement. Que je faisais pas si mal que ça.

I : Ouais. Vous aviez déjà eu des formations sur la communication comme ça ?

190 M : Euh...Ouais, quand j'étais à la R.. J'ai dû faire un truc sur la com... Comment mieux communiquer. Mais en consultation, hein. Surtout sur la reformulation. Euh.. Pour pas passer à côté de la consultation parce qu'on comprend pas ce que l'autre il veut. Et nous, on pense que c'est autre chose. Que ce soit pour une angine, une fatigue ou n'importe quoi.

I : Ouais, d'accord. Ok. Et c'était une formation qui était sous quelle forme ? C'était un
195 cours ?

M : Ah non. On était beaucoup plus. C'était des séminaires MG France. Donc on était si ce n'est.. au moins une trentaine. Et puis après, en petits groupes de 10 pour travailler.

I : Ok, ok. Et qu'est-ce que vous avez pensé de la méthode par simulation avec les comédiens, là?

200 M : Ah, j'ai trouvé ça génial. Ouais ouais, c'était très bien. Très bien. C'était leur rôle. C'était très bien.

I : Ouais... Vous avez pas été déstabilisée ou mise en difficulté ?

M : Non, non, non pas particulièrement.

I : Ok, d'accord.

205 M : Je sais pas si je vous ai beaucoup aidé ! (*rires gênés*)

I : Si si si. Après, peut-être que cette formation est peut-être pas... Vous vous attendiez à plus de choses en arrivant ?

M : Ouais. Ben, comme je vous ai dit, le suivi à long terme d'une pathologie chronique grave

eah.. avec un probable décès à l'arrivée.

210 I : Mais, le fait d'avoir eu cette formation, d'avoir eu la simulation et un débriefing à la fin, est-ce que ça vous a aidé ? Est-ce que vous la conseilleriez à des collègues ?

M : Euh... Bah oui ! Mais surtout ceux qui font du SMUR, pour les MCS.

I : Oui. Pour les MCS, ça sert ?

215 M : Oui, je pense que c'est indispensable. Enfin, il y a tellement de choses qui sont indispensables quand on est MCS (*rires*). Si si ! Je pense que c'est intéressant, au même titre que la formation qu'on fait tous les ans à l'automne quand on est MCS. Il y aurait un module sur ça, ça serait intéressant.

220 I : D'accord. Est-ce qu'il y a des choses que vous auriez retenues? Oui, mais ça, c'est un peu dur (*à elle-même*)... Des choses qui changeraient un peu votre pratique, si vous aviez une annonce difficile à faire ? Est-ce que vous repenseriez à cette formation ou pas ?

225 M : Ouais. Enfin moi, je pense que ce que j'avais retenu, c'est qu'il faut pas en dire trop. Parce que si on en dit trop et que le médecin qui passe après, dit pas la même chose... Moi je me souviens. Le cas, c'était un homme de 40 ans qui avait fait un arrêt cardiaque chez lui, et j'avais dû dire : « Ah ben, c'est peut-être malformatif. ». Et il y a un des membres de la famille qui a dit : « Ah ben, peut-être que j'ai ça alors ! Et peut-être que mon fils, il l'a ? ». J'avais même pas à dire ça, quoi ! J'aurais mieux fait d'en dire moins. Parce que là, je faisais poser encore plus de questions, quoi. Donc faut rester hyper simple et entourer, rassurer.. Enfin, rassurer... Plutôt entourer pour faciliter les choses.

230 I : Ouais... D'accord. Donc nous, notre question de recherche, c'était d'évaluer le ressenti des médecins face à une situation complexe suite à la formation reçue. Est-ce que vous avez des choses à rajouter? Vous pensez avoir répondu à notre question ?

M : Ben, je pense avoir répondu avec ma faible expérience. (*rires*)

I : C'est important pour nous parce que vous avez été peu de MCS à participer. Donc votre avis nous intéresse vraiment. C'est important qu'on ait votre vision des choses.