



HAL
open science

L'interne en médecine et l'annonce de décès à un proche : ses vécus. À partir de 14 entretiens guidés, à Bordeaux en 2018

Mathilde Grenier

► To cite this version:

Mathilde Grenier. L'interne en médecine et l'annonce de décès à un proche : ses vécus. À partir de 14 entretiens guidés, à Bordeaux en 2018. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02551075

HAL Id: dumas-02551075

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02551075v1>

Submitted on 22 Apr 2020

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.

UFR des Sciences Médicales
Département de Médecine Générale



Année 2018

Thèse n° 178

**THESE d'exercice pour le
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR en MEDECINE
Spécialité : médecine générale**

Présentée et soutenue publiquement par
Mathilde GRENIER
Née le 9 mai 1990

DATE : 19 Novembre 2018

**« L'interne en médecine et l'annonce de décès à un proche : ses vécus.
A partir de 14 entretiens guidés, à Bordeaux en 2018. »**

Directeur de thèse :
Monsieur le Professeur Benoit BURUCOA

Rapporteur :
Monsieur le Docteur Sébastien CADIER

Jury :
Monsieur le Professeur Fabrice BONNET, Président
Monsieur le Professeur Didier NEAU, Juge
Monsieur le Professeur Yves MONTARIOL, Juge
Monsieur le Docteur Sébastien CADIER, Rapporteur
Monsieur le Professeur Benoit BURUCOA, Directeur

Remerciements

A MON PRESIDENT DE JURY :

Monsieur le **Professeur Fabrice BONNET**, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef du service de Maladies infectieuses et Médecine interne, CHU de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté la Présidence de ce jury. Je vous remercie pour l'accueil chaleureux et encadrant que vous m'avez accordé lors de mon passage dans votre service et pour le soutien que vous continuez de me porter par votre présence. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A MON RAPPORTEUR DE THESE :

Monsieur le **Docteur Sébastien CADIER**, Médecin Généraliste, Groupe Médical Tourren de St. Vincent de Tyrosse.

Je te remercie d'avoir relu et rapporté mon travail malgré de courts délais et de longues distances. Tes conseils et tes suggestions ont permis l'amélioration de ce manuscrit et je t'en suis reconnaissante. Mon stage auprès de toi a été particulièrement déterminant par ton accompagnement et l'incroyable partage que tu instaures avec tes internes. Ne change rien. Sois assuré de ma profonde gratitude.

A MES JUGES :

Monsieur le **Professeur Didier NEAU**, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef du service de Maladies infectieuses et tropicales, CHU de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail malgré les sollicitations, qui j'en suis certaine, sont nombreuses. Veuillez accepter mes plus sincères remerciements et soyez assuré de tout mon respect et de ma profonde gratitude.

Monsieur le **Docteur Yves MONTARIOL**, Médecin généraliste, Maître de conférence associé, Membre du Département de Médecine Générale, Université de Bordeaux

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Vous m'avez accompagnée au cours de ces derniers semestres passés à Bordeaux, par le biais de l'enseignement de médecine générale, avec beaucoup de soutien et d'humour. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A MON DIRECTEUR DE THESE :

Monsieur le **Professeur Benoît BURUCOA**, Professeur associé de Médecine Palliative, Praticien Hospitalier, Chef de service d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, CHU de Bordeaux

J'espère être digne de la confiance que vous m'accordez en acceptant de me guider dans ce travail. Vous m'avez accompagné avec disponibilité, rigueur et bienveillance, me permettant d'avancer toujours plus loin et tellement plus haut. C'est avec plaisir que j'envisage l'année à venir dans votre service à me consacrer entièrement aux soins palliatifs. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de mon plus grand respect.

A MON ENTOURAGE PROFESSIONNEL :

Premièrement, à tous **mes co-internes**, et particulièrement à **Charly** qui fut le premier et **Mehdi** avec lequel j'ai partagé un tête-à-tête, pour les galères, les gardes sans fin et les bonnes rigolades.

Au **docteurs GROCCQ, CADIER et PLANTEC** qui m'ont considérée comme une collègue, avec laquelle il est enrichissant de partager et d'échanger en toute liberté et avec bienveillance, du cabinet à la pause déjeuner.

A l'équipe du service de médecine de **La Réole** et particulièrement au docteur **DUFOIS** sans lequel nous n'aurions jamais retenu qu'il y a « *une vie après l'hôpital* » et qui s'est assuré avec rigueur du maintien de notre bonne hydratation à la grenadine. A **Carine** qui m'a donné avec plaisir, le coup de pouce dont j'avais besoin. Et surtout au docteur **ROCHE** qui avec pudeur et génie m'a transmis son exercice des soins palliatifs que je ne peux qu'espérer égaler.

A l'ensemble de la **PMI Marmande / Tonneins**, sans vous je n'aurais jamais pu rédiger ce travail, merci pour votre superbe accueil.

A MES AMIS :

A **Katell, Céline et Emilie** : très différentes et pourtant devenues primordiales pour moi, dans cette folle vie d'interne en médecine et surtout de personnes en évolution. Je demande plus de brunchs partagés, plus de bavardages sur les marches d'un perron, plus de Festival Interceltique, plus de puzzle et de biscuits de Noël. Ne changez pas, continuons à pleurer, rire et râler ensemble. Que nos parcours continuent encore longtemps à s'entremêler quels que soient les horizons qui nous attendent.

A **Marion** : merci pour tes encouragements et la foi que tu me portes depuis pourtant plus de 10 ans maintenant... Nous partageons le même type de coquille et la même curiosité, voilà deux caractéristiques parmi bien d'autres, qui nous permettront de cheminer ensemble pour des décennies et plus.

A **Emilie et Céline** : notre chemin à l'université a commencé ensemble et bien que cela n'ait pas duré, vous m'avez accompagnée à chaque étape et je vous en remercie. Emilie soit assurée que mini vous gagnera une marraine la bonne fée avec moi.

A **tous les Villeneuvois**, particulièrement **Thonry, Stellou et Carotte** : incroyable comme un premier semestre partagé ensemble, en étant confiné au fin fond du Lot et Garonne en hiver, peut lier à jamais. La clef du succès a été l'écoute bienveillante de chacune de nos sensibilités individuelles dans ce passage difficile. Que dire de nos (nombreuses ?!?) soirées durant lesquelles nous n'avons pas revêtu des paillettes de la tête au pied, ou chanté du Francis Cabrel au Karaoké, ou encore terminés dans une boîte de nuit très louche avec l'ensemble des ados fêtant le percent. Il ne nous est jamais arrivé non plus, de partir s'exiler dans une cabane dans les arbres sous la neige pour le simple plaisir de changer de campagne paumée... ou bien de se transformer en Dr Quinn, César ou Einstein le temps d'un nouvel an ! Merci pour tout, et que de nombreux week-end soient encore organisés.

ET SURTOUT A MA FAMILLE :

A **Béreng** : sœur jusqu'à notre profession, étonnant dans le fond... Sans toi, il aurait été complètement impossible de réussir ce travail et je ne parle même pas de tout le reste, de la vie. Ce que nous partageons et ce que nous sommes l'une pour l'autre, ne peut être couché sur papier. Alors je dirai juste : que cela continue jusqu'à ce que, gâteuses et séniles, nous passions nos après-midis à médire et faire tourner en bourrique nos proches. Je t'aime.

A **Maman** : « Ti moun » te conviendra toujours parfaitement puisqu'inconsciemment choisi d'après la secte du même nom, bien sûr. Si j'en suis là c'est grâce à toi et de toute façon vu nos têtes, je ne peux te renier alors autant assumer le superbe travail que tu as fait, en faisant de moi, entre autres, le 2^e Dr Grenier. Pour toi, entre une mère et ses filles, c'est inconditionnel et pour toujours, gare à ceux qui oseront s'en prendre à nous. Alors Merci. Je t'aime.

A **Papa** : il existe différents types de soutien et d'amour, le tien s'exprime plutôt par des actes. Oui, oui des tonnes de cartons soulevés quand je n'avais même pas la possibilité d'être présente pour mon propre déménagement, qui n'était que le 4^e en 2 ans... Nos moments ensemble, absolument essentiels, sont toujours des soupapes de légèreté et de retour à la vie réelle et familiale. Merci d'être présent. Je t'aime.

A **Matthieu et Paul** : jamais pour moi, vous ne serez des *demi*-frères. Ce que nous partageons est différent mais très précieux. Souvenez-vous que nous sommes là pour vous et pour toujours. A **Sophie** : le rôle d'une belle-mère ne doit pas être évident mais tu as réussi en nous apportant et redonnant notre place. Merci.

A **Papy et Mamie** : votre participation à notre épanouissement est primordiale. Vous êtes toujours présents pour moi et sans condition, malgré parfois, des difficultés à y répondre autant que je le souhaiterais. J'espère vous apporter de la joie et des rires pour encore très longtemps. Je vous aime et je vous dis un grand merci.

A **Grand-mère** et aux **Grenier** : nous ressemblons à une tribu en perpétuelle évolution dont le noyau central est gran-gran. Alors que les réunions de famille continuent et s'élargissent avec le temps. Gros Bisous.

A **Carlo** : il est difficile d'exprimer l'importance que tu as dans ma vie et dans celle de Béreng, ni même la place, toute particulière, que tu occupes. Quoi qu'il en soit ta présence, ton soutien et ton amour sont indispensables, peu importe la distance ou le temps. Pour toujours. Je t'aime.

Table des abréviations

AIHB : Association des Internes des Hôpitaux de Bordeaux
ARS : Agence régionale de Santé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIP : Chambre Implantée Percutanée
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DES : Diplôme d'Etude Spécialisée
DESC : Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire
PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé
PM : Pace Maker
Prat : Praticien, médecin généraliste maitre de stage pour les internes
Réa : Réanimateur
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgente
Sénior : Médecin chef de l'interne dans le service hospitalier
SIMGA : Syndicat des Internes de Médecine Générale d'Aquitaine
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
UFR : Unité de Formation et de Recherche

Résumé

Introduction : L'annonce d'un décès aux proches des patients est un moment important dans l'exercice de la médecine, engendrant de forts ressentis pour la personne recevant cette information. L'interne, au statut particulier à mi-chemin entre médecin et étudiant, est formé autour d'un savoir théorique, pauvre concernant l'annonce et la mort, et un savoir pratique en cours de construction au sein du vaste système de soins hospitaliers et ambulatoires. Ce parallèle, peu compatible, rendait l'étude de ce temps d'annonce intéressant. L'objectif de cette étude était donc de décrire les vécus des internes en médecine générale face à une annonce de décès à un proche.

Méthode : Une étude observationnelle transversale qualitative par 14 entretiens semi dirigés, menés entre juillet et août 2018, a été réalisée auprès d'internes de médecine générale. Un codage axial et ouvert a ensuite été effectué à l'aide du logiciel Nvivo selon la méthode de Théorisation Ancrée.

Résultats : Cinq composantes importantes ont été identifiées dans les vécus des internes. Leurs ressentis pleins d'émotions et sentiments autant positifs que négatifs ont été rapportés très fortement par leur nombre ou leur intensité. Puis a été retrouvée l'expression d'une relation, d'un échange de sensation matérialisée par des outils de communication ou l'adoption d'attitudes peu maîtrisées. Dans un troisième temps, plusieurs difficultés issues des deux premiers points, sont apparues, qu'elles soient liées au patient, au proche, au décès, au rythme hospitalier ou encore à l'interne. Il a été souligné l'absence de formation initiale avec un apprentissage qui se réalise sur le tas mais permet l'apparition au fur et à mesure de l'expérience, d'une forme d'avancement, tant tôt positif, tant tôt négatif. Enfin certains internes ont laissé entendre qu'il existerait une forme de tabou concernant le sujet d'étude au sein de la profession.

Conclusion : L'annonce de décès apparaît comme un moment empreint d'une surcharge émotionnelle particulière pour les internes, conduisant au besoin de développer une intelligence émotionnelle et de libérer la parole sur les émotions. Les étudiants se retrouvent en difficulté face à l'élaboration d'une congruence à l'autre dans la rencontre, la communication et les attitudes à adopter. Enfin la collégialité, la co-construction et le retour sur expérience par le debriefing apparaissent comme nécessaires à développer en tant qu'apprentissage.

Table des matières

Avant-propos :.....	10
Introduction	12
1 De l'interne en formation et relation à l'annonce du décès et ses cataclysmes.....	14
1.1 L'interne en médecine, chenille ouvrière à l'hôpital	14
1.1.1 Son parcours, un sentier défini.....	14
1.1.2 Sa formation, une trame manquant de souplesse.....	15
1.1.3 Ses rôles et fonctions, un concept.....	16
1.2 Son exercice en relations complexes et diverses.....	17
1.2.1 Avec le patient, centre du projet de soin.....	17
1.2.2 Avec les proches, personnes incontournables	18
1.2.3 Avec l'équipe, ressource nécessaire.....	19
1.3 Sa confrontation à la mort.....	19
1.3.1 Le mourir et la mort, rencontre incongrue.....	19
1.3.2 L'annonce du décès	21
1.3.3 Les vécus.....	21
2 Les vécus de l'interne lors des annonces de décès dévoilés.....	23
2.1 Object de recherche, population.....	23
2.1.1 Objet de recherche	23
2.1.2 Population et METHODE.....	23
2.2 Caractéristiques de la prise de parole des internes en entretiens : Résultats	27
2.2.1 L'échantillon, des internes, jeunes médecins aux particularités spécifiques.....	27
2.2.2 Les entretiens, parenthèse unique de paroles libres	28
2.3 Leurs paroles en codage thématique.....	29
2.3.1 Entre pressentiments et ressentis, plongeon dans le subjectif.....	31
2.3.2 Expression d'une relation et échange de sensations.....	35
2.3.3 Difficultés, limites par rapport à soi.....	39
2.3.4 Ressources : les acquis et l'apport de l'expérience.....	42
2.3.5 L'expression des vécus par les internes : un tabou ?	44
3 Recul et mise en représentations : DISCUSSION.....	45
3.1 Limites et forces d'étude	45
3.1.1 Les points forts :	45
3.1.2 Les points faibles :	45
3.2 L'annonce de décès par l'interne, source de ressentis.....	46
3.2.1 De l'émotion à l'intelligence émotionnelle.....	46
3.2.2 Recherche de congruence dans la rencontre.....	49
3.2.3 Un apprentissage critiqué et fantasmé.....	52

4	PRECONISATION pour agir.....	56
4.1	Clefs pour la reconnaissance émotionnelle	56
4.2	Le retour sur situation en groupes Balint	56
4.3	Modèles d'enseignement en communication	56
5	Conclusion	58
6	Références.....	59
7	Annexes.....	64

« Mais, dans la mort d'un homme, un monde inconnu meurt, et je me demandais quelles étaient les images qui s'effaçaient avec lui. »

Antoine de Saint-Exupéry

« Vivre bien, avec et pour autrui, dans des institutions justes »

Paul Ricœur

« Accompagner la personne jusqu'où elle peut aller et un peu plus »

Wilhelm Reich

Avant-propos :

Tout le monde a déjà répondu durant son enfance à la question « *Qu'est-ce que tu veux faire quand tu seras grand(e) ?* ». Des dires de l'ensemble de ma famille et des souvenirs que je possède au plus loin de ma mémoire, ma réponse a toujours été, je veux être médecin. Effectivement je l'avoue, il y a une période où j'ai fait preuve d'hésitation avec un avenir de cuisinière, mais cela n'a pas duré et nous faisons tous des erreurs. C'est donc naturellement que j'ai choisi de m'orienter vers des études scientifiques puis de m'inscrire à la faculté de médecine. En attendant les résultats de ma deuxième présentation au concours de première année, je me suis posée pour la première fois la question : « *Que vais-je bien pouvoir faire si je ne rentre pas en médecine ?* ». Sans réponse, j'ai de toute évidence été soulagée d'apprendre que la deuxième fois était la bonne. Il faut dire que la pomme ne tombe pas bien loin de l'arbre, avec une maman infirmière nous ayant appris l'importance du travail, du mérite, de l'entraide et plus spécifiquement du soin, il était évident pour moi que mon épanouissement dépendait d'une activité centrée sur l'autre. C'est alors dans cet état d'esprit que je me suis lancée dans mes études de médecine.

J'ai vogué au gré des stages dans différentes spécialités sans coup de cœur évident, sans cette révélation que d'autre vivait autour de moi. Puis est arrivé le moment de me lancer, durant l'externat, dans la gériatrie. Et là, l'écho de mon éducation a refait surface. Oui être médecin, œuvrer pour le soin de l'autre, c'est aussi et surtout prendre en charge le corps, l'esprit, et cette toile d'araignée tissée autour de nous par nos proches, notre culture et les impératifs sociaux et économiques. Voilà alors la médecine que je souhaitais exercer. Celle de l'approche globale et entière, aux antipodes de la prise en charge spécifique d'une défaillance d'organe. Je choisis donc la médecine générale et advienne que pourra.

La famille est alors centrale dans ma vie. J'ai deux petits frères en pleine croissance et surtout en plein épanouissement et construction des hommes qu'ils deviendront un jour. Je ne veux pas tout manquer, alors je reste à Bordeaux, mais c'était sans compter sur les impératifs de répartition des postes à l'internat. Je me retrouve alors, quasiment par accident, et toute jeune interne (donc morte de peur et complètement inexpérimentée) dans un service hospitalier de Villeneuve-sur-Lot. On commence doucement par m'allier à un des chefs de gastro-entérologie. C'est un exercice sympathique mais éloigné de ce qui m'avait fait vibrer. Arrive alors ma première garde, moment mêlé de panique intense et de grande fierté, où je reçois pour la toute première fois cet appel particulier : on me demande dans les étages pour constater un décès.

Premier être humain que je voyais décédé. A quoi cela va-t-il me confronter ? Est-ce difficile de voir un mort ? Comment dois-je m'y prendre pour affirmer que la vie l'a quittée ? Je me rends auprès de ce patient et constate le décès. Finalement je m'en suis sortie. C'est alors que l'infirmière me tend son téléphone et me dit « *Bon, tu préviens la famille s'il te plait ?* ». Mais comment suis-je censée, moi, Mathilde interne depuis une semaine, n'ayant que très peu vécu la mort à titre personnel et jamais à titre professionnel, savoir annoncer une pareille nouvelle. Je ne connais absolument pas les circonstances du décès, ni les proches qui entouraient cet homme décédé devant moi... Finalement je fais, ce que sûrement tous les internes avant moi ont fait : petite lecture du dossier, recherche du numéro de téléphone de la personne référente et j'appelle. Je dis des phrases courtes, simples, je laisse des temps de blanc pour donner à cette sœur explorée l'opportunité de reprendre sa respiration, je pose les deux, trois questions qui me sont soufflées par l'infirmière du service pour l'organisation de la suite, puis je raccroche. Autant dire que je me trouve en dessous de tout et chamboulée sans pouvoir pour autant exprimer ce que je ressens. A posteriori je crois pouvoir dire que c'est une des composantes les plus intenses de notre métier. L'annonce d'un décès est un temps crucial pour le proche qui reçoit l'information, c'est une évidence. Mais cela constitue probablement aussi un des vécus les plus complexes de l'interne.

Puis le temps passe et à mi-stage nous changeons de poste et de spécialité. Je suis alors placée en binôme avec le médecin responsable des lits identifiés soins palliatifs de l'hôpital. Et cette révélation tant attendue me frappe de plein fouet. C'est dur, intense, rapide et lent, complexe et simple, solitaire et partagé... Difficile de décrire ce que sont les soins palliatifs.

Quoi qu'il en soit, je décide de mettre toutes les chances de mon côté pour en faire ma pratique future. Je m'inscris alors au DESC de médecine de la douleur et médecine palliative et saute dans l'inconnu.

Introduction

Être interne à l'université de Bordeaux signifie voguer potentiellement du pays basque jusqu'aux confins du Périgord noir. La maquette d'un interne de médecine générale a la particularité de faire évoluer les étudiants dans un panel de services hospitaliers et ambulatoires aux horizons et pratiques divers. En France, l'UFR des sciences médicales accueille chaque année plus de 12 000 étudiants, de la PACES au 3e cycle ainsi qu'en formation continue soit environ 600 internes de médecine générale par an. Comme décrit dans le Code de Santé Publique article R6153-3 (1), « *l'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève* ». C'est donc un étudiant et un docteur en médecine en devenir qui se forme au contact des patients, de leurs proches et des équipes.

Le Larousse dit que la médecine est « *l'ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tous ordres mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités* ». Il ne le précise pas, mais c'est aussi la confrontation à la mort. On estime à presque 600 000 (581 073) le nombre de décès en France métropolitaine en 2016. Parmi ces décès plus de 55% ont lieu dans un établissement spécialisé (hôpital ou clinique). Comme le rappelle le Code de Déontologie, « *Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage* » (2). Cela signifie donc que le rôle de l'interne est également de réaliser ce constat de la mort et de faire preuve de respect et de dignité envers les proches.

Comme dans toute profession l'autonomie et les qualifications s'acquièrent par le travail et les études. On pourrait donc s'attendre à ce que la formation de l'externe en médecine contienne des enseignements sur le propos de la mort en générale et plus précisément sur l'annonce de décès. Ce n'est malheureusement pas le cas. Un rapport national réalisé aux Etats-Unis concernant l'état de la formation des étudiants en médecine sur les soins de fin de vie en 2003, montrait que beaucoup d'étudiants et résidents disaient n'être « *pas très bien* » ou « *pas du tout* » préparés pour prendre en charge les pensées et les craintes des patients mourants, pour aborder des questions culturelles et spirituelles liées à la fin de vie, pour gérer leurs propres sentiments face à la mort des patients, ou pour aider les familles face à la perte de leur proche (3).

Une étude réalisée aux Etats-Unis ayant pour objectif d'évaluer la perception des étudiants concernant leur préparation, la qualité de leur enseignement et de leurs attitudes face à une prise en charge de fin de vie révèle que la moitié des étudiants de l'étude, n'ont jamais personnellement annoncé de mauvaises nouvelles et un peu moins de la moitié de ces étudiants n'ont reçu aucun retour de leur travail. De plus la majorité déclarent ne pas avoir eu d'enseignement sur la façon d'aider le patient et la famille à dire au revoir ainsi que sur l'accompagnement de la famille dans le deuil (4). Enfin on constate que les étudiants reçoivent encore comme message de la part de leurs enseignants, que la mort d'un patient est un échec médical et qu'il n'est pas adapté d'exprimer ses sentiments lors du décès d'un patient.

Sur les études bien moins nombreuses, réalisées en France, on constate les mêmes faits, Colombar Lutz lors de son travail de thèse en janvier 2017 à l'université de Lyon (5) montre que plus de 80% des internes interrogés estimaient leur formation théorique en soins palliatifs à moins de 5h et que 81.2% des internes estimaient insuffisante leur formation théorique et 67% leur formation pratique. De plus, lors du passage entre externat et internat on constate un grand décalage de responsabilité, comme le montrait Jessica Garling en 2015 (6) : « *l'externe n'est pas impliqué dans le suivi du malade, il est mis de côté. Il assiste rarement à une annonce de pronostic grave ou de décès, étant considéré comme trop jeune ou de trop dans cette situation délicate et bouleversante pour tous* ». Dans ce contexte, il est aisé

de penser que la sphère entourant le décès des patients est probablement source de difficultés et que l'annonce du décès génère des sentiments forts pour l'interne.

Pour témoignage de ces difficultés, une résidente du Wisconsin a publié un article dans l'*American Family Physician*, on ne peut plus explicite, nommé « Annonce de décès : conseil de survie pour les résidents » (7). Elle déclare : « *Où les résidents apprennent-ils à annoncer un décès ? Les émissions télévisées à la mode rendent séduisant les sauvetages dramatiques, mais pas le moment de déclarer un décès, tout seul au milieu de la nuit. Les étudiants en médecine reçoivent un mélange varié et non officiel d'enseignement sur l'annonce d'un décès. Les résidents rapportent tout, de l'observation d'un sénior exécutant un examen neurologique du patient pour déterminer qu'il est effectivement décédé au sentiment d'être incapable de fournir du réconfort à la famille et de gérer les documents adaptés* ». Ces propos démontrent clairement la complexité de ce moment. On retrouve des conclusions identiques dans l'étude du stress induit par les gardes aux urgences chez les jeunes internes. Ils rapportent des difficultés à communiquer sur la mort et n'avoir jamais rencontré les familles pendant leur externat alors qu'ils se voient brutalement chargé d'annoncer « *la nouvelle la plus difficile qui soit* » (6).

Il est donc intéressant de s'interroger sur l'interne et le temps de l'annonce de décès aux proches.

L'objectif de cette étude est de décrire les vécus des internes en médecine générale face à une annonce de décès à un proche du patient.

La première partie de cette thèse sera descriptive, et permettra de définir ce qu'est un interne, un sujet de connaissances, croyances et expériences, mis en relations avec l'équipe, le patient et les proches et finalement confronté au mourir, au temps crucial de l'annonce et aux vécus engendrés.

La deuxième partie présentera la méthodologie avec l'élaboration d'un guide d'entretien et les résultats de l'analyse de contenu d'entretiens semi-dirigés menés auprès des internes.

La troisième partie tentera d'interpréter les résultats obtenus par rapport à des repères théoriques.

Enfin la quatrième partie proposera des améliorations potentielles à apporter en réponse à l'analyse des vécus des internes.

1 De l'interne en formation et relation à l'annonce du décès et ses cataclysmes.

Cette première partie a pour objectif de présenter l'interne comme un acteur au sein de la structure hospitalière et ambulatoire de manière globale puis plus précisément comme un auteur de relations complexes avec le patient, ses proches et les divers intervenants dans le soin. Enfin elle explicitera les conditions et situations de confrontation de l'interne à la mort, à l'annonce du décès aux proches des patients et aux réactions que cela suscite.

1.1 L'interne en médecine, chenille ouvrière à l'hôpital

Pour comprendre et s'intéresser à l'interne comme étudiant en médecine, il est primordial de retracer le chemin qu'il emprunte et d'identifier les missions dont il est investi.

1.1.1 Son parcours, un sentier défini.

Puisque le sujet de l'étude s'attache profondément à l'interne et ses vécus, il semble normal de commencer par faire un rappel historique de l'évolution des études de médecine et plus spécifiquement de l'internat qui permet l'élaboration des fondements de ce médecin en devenir (8).

Si la date officielle de la création de l'Internat des hôpitaux est le 4 ventôse de l'an X, autrement dit, le 10 février 1802, c'est un rapport rédigé un an plus tôt par cinq « *citoyens* » et adopté par un décret du Consulat sous Bonaparte qui lui a véritablement donné naissance. Il est composé de 121 articles décrivant l'essentiel des caractéristiques de l'école de médecine. Ils font état d'une pratique hospitalière indépendante des examens de faculté, qu'il était nécessaire de passer avec succès pour avancer dans le cursus universitaire mais précisaient également le recrutement et l'attribution des internes.

Avec le développement des hôpitaux, le nombre de places mises au concours a considérablement augmenté au fil des ans. D'une vingtaine au début, il est passé à une quarantaine sous le Second Empire, une soixantaine à la fin du 19^e siècle, près de 80 à la fin de la Seconde Guerre Mondiale pour s'élever progressivement jusqu'à nos jours.

La création en 1958 des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU), qui instaure le plein temps hospitalier, intègre dans un même corps les enseignants de médecine et les médecins des hôpitaux publics, désormais recrutés par un concours commun dans chaque spécialité. En 1982, le concours de l'Internat devient universitaire puisqu'il est dès lors, le seul moyen d'accéder aux spécialités médicales, y compris les spécialités non soignantes comme la santé publique.

A l'heure actuelle, un interne est un étudiant ayant accompli les 6 premières années des études de médecine. Elles regroupent un premier cycle composé d'une première année, permettant une sélection par le concours de fin de premières années, puis de deux ans de formation purement théorique. Le second cycle lui, comprend les trois années d'externat, période durant laquelle l'étudiant devient hospitalier et partage son temps, à parts égales, entre les cours magistraux de la faculté et les stages en services hospitaliers où il est majoritairement observateur.

Depuis la mise en place de ce format, différentes réformes ont été appliquées au 3^e cycle des études médicales (définissant la période de l'internat). Selon la dernière forme en vigueur (9), la durée du troisième cycle des études de médecine est comprise entre trois et six ans. Il est organisé en trois phases (10) à l'exception des spécialités dont la durée est de trois ans et qui comprennent deux phases, les phases 1 et 2. C'est notamment le cas de la médecine générale.

Chaque phase comprend une formation en stage et une formation hors stage.

- La phase 1 dite phase socle correspond à l'acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession.
- La phase 2 dite phase d'approfondissement correspond à l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie.
- La phase 3 dite phase de consolidation correspond à la consolidation de l'ensemble des connaissances et des compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la spécialité.

L'organisation spatiale s'effectue en circonscriptions géographiques dénommées « régions ». Chaque région comprend une ou plusieurs subdivisions qui constituent un espace géographique comportant un ou plusieurs centres hospitaliers universitaires (CHU) (11).

La faculté ou subdivision de Bordeaux dépend de la juridiction de l'ARS de Nouvelle Aquitaine et regroupe l'ex-région Aquitaine, la Nouvelle Calédonie et la Polynésie. C'est donc dans ce cadre que les internes de Bordeaux évoluent entre les centres hospitaliers de Bayonne, Périgueux ou Pau en passant par Arcachon ou Blaye.

1.1.2 Sa formation, une trame manquant de souplesse.

Leur formation repose alors, après 6 ans d'enseignement centrés sur la théorie et la transmission de savoir des pairs vers leurs étudiants, sur une logique de l'apprentissage par compétence via l'extraction d'expérience et le retour sur erreur, en dégagant presque par soi-même les solutions aux problèmes posés. Durant cette phase du 3^e cycle, l'interne utilise donc les connaissances théoriques, apprises durant le 2^e cycle via la préparation aux épreuves nationales classantes, en contexte réel et sous le regard des séniors.

Ces connaissances ont été sélectionnées afin de regrouper le socle indispensable de toutes les spécialités, dans l'optique d'apporter à tout médecin français une connaissance minimale globale de chaque domaine pour ensuite s'approprier dans les moindres détails, le savoir d'une spécialisation.

Concernant la formation relative à l'annonce d'un décès à un proche de patient, il est à noter que peu de cours magistraux peuvent s'y rattacher. En effet parmi les 362 items constituant la base du savoir médical en fin de 6^e année, seuls 5 peuvent théoriquement participer à la formation de l'étudiant en médecine.

- Item 1 : La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluriprofessionnelle. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins. La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale.
- Item 8 : Éthique médicale
- Item 9 : Certificats médicaux. Décès et législation. Prélèvements d'organes et législation
- Item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale. Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques.
- Item 141 : Deuil normal et pathologique.

Plusieurs domaines peuvent conduire, durant le cursus universitaire à un apprentissage mobilisable lors de ce temps d'annonce particulier. Le premier auquel l'on peut penser est l'étude des soins palliatifs. En pratique lorsqu'on demande aux étudiants s'ils s'estiment préparés au cours de l'ensemble de leur cursus médical pour la prise en charge de leurs patients en soins palliatifs (12), 79 %

s'estiment préparés de façon insuffisante. Associé à cela, on note que les demandes principales de formation dans ce domaine sont centrées en partie sur la communication (56 %) et le deuil (41 %).

Un autre domaine de compétence pouvant être utilisé au moment de l'annonce est celui de l'éthique dans sa grande globalité. Or on constate qu'elle est abordée en première années par le module de SHS (sciences humaines et sociales) puis avec parcimonie et essentiellement lors de formations optionnelles (13).

On constate donc que l'interne acquière un savoir vaste et étendu mais parfois peu spécifique dans une branche donnée. Concernant l'annonce de décès, il semblerait donc que la formation en cours de nos jours, ne comprenne pas ou peu d'apprentissage sur le sujet.

Ainsi se développe l'interne en tant que professionnel et soignant. C'est sur ces fondations, majoritairement théoriques, que repose l'âme professionnel de ces étudiants et leur bagage pour accomplir leur devoir en tant qu'interne.

1.1.3 Ses rôles et fonctions, un concept.

Lors de la création de l'internat, l'objectif était d'aider les médecins et les chirurgiens des hospices par de jeunes médecins qui, tout en se rendant utiles, seraient par la même occasion, formés. Ils étaient appelés les « *Compagnons internes* » (8).

De nos jours et conformément à l'évolution de la société occidentale actuelle, les rôles et fonctions de l'interne sont définis par les différents codes issus du Droit français. Ainsi selon le code de santé publique, l'interne est « *un agent public* ». Praticien en formation spécialisée, il consacre la totalité de son temps à sa formation médicale en stage et hors stage (14). L'ensemble des connaissances et des compétences acquises, nécessaires à l'exercice de la spécialité choisie est mentionné dans le cadre du contrat de formation défini à l'article R. 632-26 (15).

L'interne a néanmoins un statut ambigu de par sa situation, décrite comme telle dans le Code du Travail : « *l'interne est un praticien en formation à temps plein* ». Autrement dit il est à la fois médecin et étudiant. Selon le décret du 10 novembre 1999 (16) et plus récemment d'après le code de Santé Publique Article R6153-3 (1), il « *exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève* ». Il doit combiner la fin de ses études avec la réalisation d'un mémoire et d'une thèse, et développer sa pratique au cours de ses stages afin de jouir d'une expérience professionnelle et d'une autonomie.

La circulaire DGS/554/OD du 8 décembre 1988 (17) fixait les conditions selon lesquelles les internes en médecine peuvent être habilités à signer certaines prescriptions pour les malades hospitalisés et pour les consultants externes des établissements hospitaliers où ils sont affectés. Ainsi, sans qu'il soit besoin d'une autorisation expresse du praticien dont ils relèvent, les internes sont admis à signer valablement des ordonnances de prescription de médicaments (à l'exception formelle des médicaments inscrits sur la liste des stupéfiants), de traitements (y compris les cures thermales) et d'appareils, par « *délégation tacite* ». Le praticien responsable peut cependant restreindre ou retirer l'exercice de cette faculté par décision motivée.

Toutefois, la délégation ne saurait comprendre la faculté de signer les certificats et documents mentionnés à l'article R. 4127-76 du Code de la santé publique (18), dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires et qui peuvent comporter des effets juridiques. Les internes ne sont pas habilités notamment, dans la mesure où ils n'ont pas la pleine capacité d'exercice, à signer les certificats de décès (sauf s'ils bénéficient d'une licence de remplacement dûment enregistrée à l'Ordre).

Il serait donc admis, que l'interne dans sa globalité n'est pas en droit de déclarer une personne comme décédées. L'interne n'est alors pas légalement reconnu apte à annoncer, auprès des instances françaises, le décès d'une personne. Néanmoins, il n'est fait mention nulle part d'une interdiction de l'annoncer aux proches des patients. Ce paradoxe en lui-même, bien qu'il ne soit absolument pas l'unique justificatif, rend légitime le questionnement sur ce temps d'annonce par l'interne.

Le rôle de l'interne repose donc essentiellement sur les besoins des lieux de stages et sur les consignes et coutumes du praticien dont il relève. Il semble donc assez variable et probablement parfois en dehors des limites nettes imposées par le décorum législatif.

1.2 Son exercice en relations complexes et diverses

L'interne dans le cadre de ses fonctions, est inclus dans le vaste système que sont les services hospitaliers et la médecine ambulatoire. C'est par cette immersion qu'il s'approprie diverses expériences relationnelles bien au-delà de la description du rôle conceptuel qu'on lui attribue. Il semble alors naturel que cela induise de multiples ressentis.

1.2.1 Avec le patient, centre du projet de soin.

L'interne interagit en premier lieu avec le patient dans toute sa globalité. Il construit alors une relation humaine unique en tête à tête, en rentrant dans son intimité pour le comprendre, l'accompagner et intervenir auprès de lui dans le respect de ce qui le définit comme une âme singulière.

Ce qui se construit alors s'appelle la relation médecin/patient. De nombreuses études se sont attachés à la comprendre (19), (20) afin d'en maîtriser son élaboration et sa qualité pour permettre d'entreprendre une meilleure médecine. Pourtant il reste difficile de codifier ou théoriser une relation, un partage entre deux personnes individuelles.

La relation médecin-patient, la communication et d'autres facteurs émotionnels ont longtemps été considérés comme des composantes essentielles de la qualité des soins de santé (21). Parmi les caractéristiques souhaitées du médecin, on retrouve la capacité à rassurer et à soutenir, l'amabilité, de bonnes aptitudes à la communication (par exemple, utiliser des mots compréhensibles, écouter, poser des questions ouvertes) et des compétences non verbales efficaces (posture, orientation corporelle, contact visuel) (22).

L'un des aspects de la relation médecin-patient qui a été de plus en plus étudié est l'empathie. Les recherches s'accumulent, suggérant que l'empathie chez les médecins est associée à une meilleure qualité de vie, des compétences cliniques avérées, de meilleurs résultats cliniques et la satisfaction chez les patients (23).

Dans son travail de thèse, Marie-Cécile Dedianne (24) s'accorde un temps spécifique d'observation des aspects interpersonnels et du vécu relationnel et affectif des médecins, au sein de l'exercice de la médecine générale. Elle identifie alors 5 thèmes importants dans la relation médecin/patient : le premier s'attache au fondement du médecin de famille, à « *mon* » médecin, vient ensuite l'importance de la réassurance et la construction d'un partenariat (à mi-chemin entre paternalisme et autonomie). Un contact honnête et franc en considérant le patient comme une personne, semble être une dimension primordiale, tout comme la reconnaissance de qualité au médecin (écoute, attention...). Enfin l'absence de jugement forme le dernier point à construire dans la relation entre le soignant et le patient.

La maîtrise de l'ensemble de ces thématiques ne s'acquière pas en un jour, cela nécessite du temps et de l'entraînement, que l'étudiant exerce durant l'internat. Cet apprentissage est progressif et est particulièrement lié à l'acquisition d'expériences. Ce lien intime entre les internes et les patients ne possède aucune évidence, que cela concerne sa création, son utilisation ou encore son maintien.

Les compétences de l'interne ne se limitent donc pas à un savoir appris et appliqué, purement médical. Ils se forgent aussi comme un être humain professionnel, en relation et en échange verbal et non verbal avec le patient, lui-même empreint de caractéristiques psychologiques et émotionnelles, dans le but d'acquérir toutes ces qualités dans leur relation médecin/malade.

Existe-t-il un échange professionnel plus pourvoyeur de vécu, d'émotions et sentiments ? Quoi qu'il en soit, l'interne se construit par cet échange riche et déroutant, entre le patient et lui.

1.2.2 Avec les proches, personnes incontournables

Cependant dans la médecine d'aujourd'hui, où la communication et l'information semblent centrales, le docteur et donc l'interne, sont amenés à considérer un patient comme un vaste ensemble. Son corps et son esprit bien sûr, mais également l'environnement socio-économique et surtout sa famille. Il n'est plus admis de nos jours, de s'entretenir avec une personne unique, il est plutôt demandé de transmettre et d'entourer, par l'inclusion et la participation des proches du patient à chaque étape de la prise en charge.

Dans ce contexte la loi française et les droits des malades ont beaucoup évolué ces dernières années avec notamment une volonté de renforcer les droits à l'information et au consentement par la loi du 4 mars 2002 (25). Elle définit alors un nouvel acteur par la « *personne de confiance* », interlocuteur désormais évident pour tout étudiant en médecine.

L'article L 1111-6 du code de santé publique (26) explique que « *toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions* ». Il est alors précisé que cette désignation doit être proposée au patient lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé.

Ces textes sont conformes à l'opinion de 90 % des français qui souhaitent que les familles participent aux décisions médicales en cas d'incompétence lors de leur propre admission en réanimation (27), service dans lequel on retrouve le plus d'étude relative à l'importance des proches.

Il semble donc normal que l'interne forge une relation privilégiée non seulement avec le patient, mais également avec les personnes définies comme ressources et importantes par celui-ci. Partant donc d'un savoir théorique médical pur et d'une mince expérience de terrain, l'étudiant en médecine apprend alors, au cours de l'internat, à construire un échange triangulaire entre le patient, les proches et le médecin dans le respect de la relation médecin/patient, du devoir d'information et des droits du patient.

Cependant par automatisme, inclure encore plus d'interlocuteur dans une relation où les ressentis sont exacerbés engendre plus de difficultés, pour un jeune médecin, à gérer les sentiments de chacun. Encore un défi que l'interne se doit de relever.

1.2.3 Avec l'équipe, ressource nécessaire.

Ce n'est pas tout, l'étudiant en médecine apprend à s'épanouir dans une relation au sein d'une équipe soignante. A l'hôpital comme au cabinet de médecine générale, le soin ne s'exécute pas seul, il est issu d'un lien entre spécialistes et généralistes, entre médecins et infirmières et entre médicaux et paramédicaux.

Cet échange représente encore un nouvel apprentissage humain et essentiel pour la pratique future des internes. C'est dans ce contexte que Pougnet (28) explique que « *l'exercice de la médecine suppose d'entrer en relation intersubjective avec de nombreuses personnes ; et en premier lieu avec les patients et leurs familles. Toutefois, les médecins sont de plus en plus amenés à travailler ensemble et cela est particulièrement vrai au sein des hôpitaux et des universités pour les médecins terminant leur formation, que l'on appelle les internes, et les médecins amenés à les encadrer, que l'on appelle communément médecins séniors* ».

Oui, comment se forger en tant que futur praticien, sans l'accompagnement, l'aide ou la transmission que peuvent apporter les séniors et tous les autres acteurs de santé ?

Les canadiens semblent avoir beaucoup étudié le travail en équipe (29) dont les éléments clefs incluent la responsabilité, la coordination, la communication, la coopération, l'affirmation de soi, l'autonomie et la confiance, et le respect mutuel. C'est ce partenariat qui crée une équipe interprofessionnelle conçue pour travailler sur des objectifs communs afin d'améliorer les résultats pour les patients.

C'est pourquoi le temps de l'internat représente une opportunité cruciale, d'observation de l'environnement de travail, de l'emploi des compétences professionnelles... du rôle des personnes dans l'équipe qu'ils suivent et complètent. Les interactions entre médecins et infirmières et la communication sont des composantes essentielles de l'environnement des soins de santé. Les étudiants en médecine doivent donc reconnaître l'importance de bonnes aptitudes à la communication et une sensibilisation accrue aux rôles et relations médecin-infirmière et avec l'ensemble des équipes de soins.

Cela représente donc un travail important sur les vécus et les ressentis des étudiants en médecine, qui construisent avec les autres et pour le patient, des liens forts, professionnels mais par défaut, également personnels.

1.3 Sa confrontation à la mort

Il n'est plus à démontrer que l'activité de soin place ses acteurs face à de multiples événements de vie importants et bouleversants. Il y existe notamment, ce temps de la fin de la vie, du mourir et bien sûr de la mort.

1.3.1 Le mourir et la mort, rencontre incongrue.

Pour un étudiant en médecine, la seule confrontation au corps mort avant son apprentissage hospitalier, se fait pendant le temps de la dissection anatomique. Depuis longtemps maintenant la dissection représente une activité emblématique et importante de l'apprentissage et de la recherche en médecine, centrée surtout sur l'acquisition de notions en anatomie. Cependant cette expérience représente par-dessus tout, le premier contact des étudiants avec la mort et le corps mort.

Comme le dit Mme Emmanuelle Godeau, anthropologue à Toulouse, (30) les exercices de dissection semblent être « *le cadre obligé d'une expérience spécifique, le lieu et le moment d'acquisition d'un savoir « autre », qui fait le médecin* ». Le nom même donné aux étudiants en médecine, les carabins, les associe à la violence meurtrière et aux manipulations de cadavres. Au XVI^e siècle, ce terme désignait « *un soldat de cavalerie légère* » dont l'efficacité pour liquider les ennemis était réputée

(Littré 1877), puis par extension « *une personne qui agit par boutade, en tiraillleur, sans mettre de suite dans ses actions* » (Larousse 1866-1879). Appliqué à l'univers médical, il a d'abord désigné les aides chirurgiens, avant de s'élargir, au siècle dernier, à l'ensemble des étudiants en médecine. Faire de tout étudiant en médecine un carabin, n'est-ce pas, dès lors, l'inscrire dans une relation particulière à la mort et aux morts ?

Il y a alors une forme d'anticipation anxieuse à la confrontation entre l'étudiant et la mort. Il s'agit d'une vraie difficulté car aborder la mort peut faire résonner de nombreuses peurs. Ainsi Benoit Tudrej, médecin à Poitiers (31) nous explique : « *Ma première confrontation à la mort au cours de mes études médicales s'est révélée être une appréhension. Je guettais le jour où je devrais être face à un mort. Cette appréhension était tellement forte et partagée avec des amis que nous nous interrogeons régulièrement sur cette question : « alors, as-tu eu ton premier mort ? ».*

Mlle Notredame, ancienne interne à Lille, raconte (32) un vécu similaire sur le domaine de l'anxiété et de la violence de la rencontre : « *Je me souviens avoir fait pour la première fois la toilette d'un défunt lors du stage infirmier de deuxième année. J'avais manqué de faire un malaise en basculant le corps tandis que l'infirmier lui nettoyait le dos. Je n'étais pas préparé à une telle confrontation. Je ne m'y attendais pas. J'avais à l'époque dix-neuf ans et sortais à peine de mon adolescence* ».

Charlotte Gorgiard, une chef de clinique en médecine légale à Paris, s'est lourdement intéressée aux fondements de la mort, du décès et du deuil dans la construction d'un médecin en devenir. Elle transmet alors son expérience lors de la 15^e Journée de la Société française et francophone d'éthique médicale (33).

Elle s'interroge notamment sur le cheminement intellectuel et clinique qu'emprunte l'interne en médecine dans l'élaboration de son rapport au décès. Il faut comprendre que le poids du diagnostic de mort place le médecin dans une position unique : par le diagnostic de la mort et par la rédaction du certificat de décès, le médecin crée le lien entre la mort biologique et la mort civile. Mais, l'apprentissage de la mort pour l'étudiant en médecine est une succession d'étapes.

L'abord de la mort évolue tout au long du cursus universitaire. Initialement, l'étudiant en médecine de première année doit appréhender le concept de mort « *biologique* ». Il s'agit de la mort cellulaire ou « *apoptose* », succession de cascades enzymatiques aboutissant à l'autodestruction physiologique de la cellule. Dans un second temps, après cet aspect très scientifique de la mort, l'étudiant en médecine apprend les signes des maladies, la sémiologie médicale. Il commence également à étudier les moyens pour traiter ces maladies. Force est de constater qu'il existe peu de cours, en dehors de certains enseignements optionnels, pour former le futur médecin à la mort. La formation initiale enseigne davantage à repousser la mort qu'à l'accepter. Ainsi, le concept de la mort ne s'approche réellement que durant l'internat. La première annonce de décès à une famille et le premier constat de décès sont autant d'étapes nécessaires et indispensables à l'apprentissage de la fonction de médecin. Mais, quel interne n'a donc pas hésité avant d'inscrire que « *la mort semble réelle et constante* » ?

L'acceptation de la mort, en tant que jeune médecin, est longue et difficile, car elle renvoie à sa propre réalité. Au cours des études, la mort est présentée comme un défi. Les étudiants sont peu formés à faire accepter la mort, à eux-mêmes en tant qu'individu de la société, mais également aux patients et à leur famille. Cela s'inscrit dans l'évolution de notre société.

1.3.2 L'annonce du décès

Au cours des dernières décennies, la médecine a évolué d'un modèle paternaliste traditionnel à une médecine de l'autonomisation du patient. C'est dans cette mouvance actuelle que plusieurs questions se sont posées, notamment sur les préférences des patients concernant la révélation d'un diagnostic terminal. Ainsi on voit que de 50 à 90% des patients souhaitent actuellement une divulgation complète de l'information (34). Face à cette volonté de transparence et de communication, nombre d'études et d'ajustements se sont portées sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

En France, légalement, ce type d'annonce est devenue plus encadrée depuis la loi du 4 mars 2002 (35) relative à l'information des malades. Avec le plan cancer (36) lancé par le gouvernement en 2003, on retrouve une impulsion particulière aux annonces en cancérologie. On voit alors émerger parmi les enseignements en médecine, des cours spécifiques aux annonces de cancer issus des différents protocoles de la littérature (37), (38).

Pendant il semblerait qu'il n'existe à l'heure actuelle, aucune formation pour les étudiants en médecine concernant l'annonce d'un décès (4), (5). Pourtant il existe des publications dont l'objectif est de fournir des aides à sa réalisation.

On identifie notamment un guide pour l'annonce à la famille d'un décès dans le contexte des urgences hospitalières et pré-hospitalière (39) qui affirme qu'une annonce d'un décès à l'entourage ne doit pas s'improviser. Elle requiert un apprentissage individuel et de la préparation, tout particulièrement chez les jeunes médecins qui « *se doivent de confronter leurs expériences, surtout blessantes, avec celles des anciens car l'intensité du stress ressenti lors du deuil d'un conjoint ou d'un enfant est maximale sur l'échelle du stress. C'est un événement sans équivalent dans l'histoire d'un individu* ». Il est important de comprendre l'importance de ce moment pour les proches de défunt, importance qui impose forcément une réaction émotionnelle de la part de l'acteur qui annonce le décès.

Mme Marie-Frédérique Bacqué, Professeur en Psychopathologie à Strasbourg (40) explique donc que l'annonce de la mort ou d'une maladie grave engendre un traumatisme lorsqu'aucune distance n'existe plus entre le fait de se savoir brutalement atteint par la mort (sous forme de la perte d'un proche ou de l'atteinte par une maladie) et l'impression de se trouver en danger de mort immédiat. L'annonce de la mort d'un proche est un événement stressant au sens strictement biologique du terme.

Ceci explique sûrement pourquoi de nombreux témoignages d'étudiants, se retrouvant en difficultés lors de ce moment particulier qu'est l'annonce du décès aux proches des patients, sont publiés. Pour exemple Paloma Torrès (41) raconte : « *En un instant, Mr K. ne bouge plus, son regard est vide, son dernier souffle vital s'est envolé. Je me retrouve pour la première fois face à la mort. Les 3 enfants sont arrivés environ une demi-heure après, le regard grave, le médecin s'est isolé avec eux dans une petite salle, pour annoncer le décès de leur père. Je n'étais pas présente lors de l'annonce, mais leurs regards tristes à la sortie m'ont marqué. Ils sont alors allés se recueillir auprès de leur père, puis environ un quart d'heure après, je repartais chez moi, sous les conseils du médecin « après cette rude matinée »* ».

1.3.3 Les vécus

Après la maîtrise de la mort au sens médical, l'interne en médecine doit apprendre à comprendre les réactions des patients, de leur famille et à réagir face au deuil (33). La mort suscite des réactions complexes chez les patients. Le déni, la colère, toutes ces réactions mettent en difficulté le jeune médecin.

C'est après avoir donné la parole aux étudiants que le Dr Parent (42) s'est interrogé sur le vécu des violences rapportées par les étudiants. Il met alors en évidence que les compétences théoriques et

pratiques transmises par les études de médecine en France sont quasi exclusivement fondées par le discours scientifique et par le modèle biomédical de la maladie. Référée uniquement par la maladie comme objet de science, ce modèle exclut de son champ théorique, la maladie comme expérience subjective et aussi l'apprentissage de l'étudiant puis la pratique du métier comme « *expérience subjective : personnelle, sociale et existentielle* ».

Cependant les expériences propres des internes liées à la maladie grave, à la souffrance ou à la mort constituent pour eux, de façon toujours singulière, à la fois un apprentissage et une source de questionnement, voire de malaise dans certains cas.

Face à la mort de son patient, le médecin peut donc être doublement affecté. En tant qu'individu, il est ramené à l'appréhension de sa propre mort, celle de ses proches ou au souvenir des décès antérieurs qu'il a pu connaître. En tant que soignant, il est confronté au deuil représenté par le décès d'une personne qu'il a apprise à apprécier, qu'il a accompagnée et à qui, il a tenté de redonner de la dignité, du bien-être et du soulagement dans les derniers moments de sa vie. Ainsi, pour le jeune médecin, la mort d'un patient pose toujours questions, qu'il s'agisse de ses actes, « *ai-je bien fait ?* », « *ai-je tout fait ?* », ou de l'accompagnement du patient et de sa famille, avant, pendant et après le décès.

De plus l'attitude que le médecin a, vis-à-vis de la mort et de la maladie mortelle, est aussi tributaire de sa spécialité (43) : un radiologue, un néphrologue, un réanimateur ou un hématologue ne partagent pas la même vision sur une pathologie de médecine générale, par exemple l'insuffisance cardiaque chez le sujet âgé. D'autres paramètres rentrent également en compte, l'existence d'un lien de parenté avec le patient, son degré d'autorité médicale, s'il agit d'un médecin plus âgé, plus gradé dans l'échelon professionnel ou simplement plus assuré. Autant d'éléments qui peuvent intervenir dans les vécus de l'étudiant en médecine de par son simple statut.

L'interne se retrouve donc en balance entre cet impératif qu'est l'apprentissage de l'annonce des décès aux proches et l'ensemble de ces facteurs pouvant susciter l'émergence de nombreux ressentis via la confrontation à la mort, à la famille et au deuil.

Alors que se passe-t-il vraiment dans l'esprit des étudiants au moment de l'annonce d'un décès ? Quels sont les vécus des internes en médecine générales face à l'annonce de décès aux proches des patients ?

2 Les vécus de l'interne lors des annonces de décès dévoilés.

2.1 Object de recherche, population.

2.1.1 Objet de recherche

Tout interne en médecine générale sera confronté dès le début de ses études à l'annonce de décès dans le cadre de ses fonctions. Il semble donc pertinent de donner la parole aux internes pour s'exprimer sur le sujet.

La question de recherche était donc :

Quels sont les vécus des internes de médecine générale de la faculté de Bordeaux en 2018, face aux annonces de décès aux proches des patients ?

Objectifs :

- Principal : Explorer les vécus des internes de médecine générale lors d'annonces de décès
- Secondaires :
 - o Identifier les difficultés principales de l'interne lors d'une annonce de décès
 - o Repérer les modalités d'accompagnement de l'interne lors d'une annonce de décès

2.1.2 Population et METHODE.

2.1.2.1 Type de l'étude

Il s'agissait ici d'une enquête transversale qualitative utilisant une démarche hypothético-inductive progressive, appelée Théorisation ancrée ou « *Grounded theory* ».

La théorisation ancrée, c'est dégager le sens d'un événement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière. En fait, théoriser c'est d'abord aller vers ; donc beaucoup plus un processus qu'un résultat. Elle se définit par une comparaison constante entre la réalité observée et l'analyse en émergence (44).

L'une des caractéristiques majeures était la simultanéité de la collecte et de l'analyse qui permet de mieux orienter les entretiens ou les observations, s'inscrivant dans un processus de questionnement. Contrairement à ce qu'exigerait une recherche à caractère plus positiviste, le fait de ne pas poser les mêmes questions d'une entrevue à l'autre pourra être un signe du progrès de la recherche plutôt qu'un défaut (45).

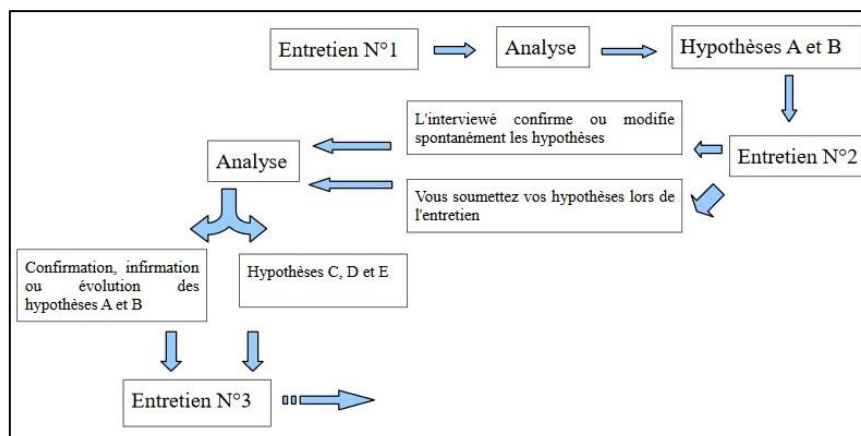


Figure 1 : Comparaison constante entre analyse et réalité

On pouvait isoler six grandes étapes :

- La codification : étiqueter l'ensemble des éléments présents dans le corpus initial,
- La catégorisation : nommer les aspects les plus importants du phénomène à l'étude,
- La mise en relation : début de l'analyse
- L'intégration : moment central où l'essentiel du propos doit être cerné,
- La modélisation : reproduction de la dynamique du phénomène analysé,
- Et la théorisation : tentative de construction minutieuse et exhaustive de la « *multi-dimensionnalité* » et de la « *multi-causalité* » du phénomène étudié.

Il n'y avait donc pas d'hypothèse initiale, celles-ci apparaissant au fur et à mesure de l'avancement de la recherche.

Le chercheur principal était le thésard et rédacteur du travail, exerçant une activité d'interne en médecine générale. Il a été assisté du Pr BURUCOA Benoit (Professeur associé de médecine palliative et chef de service d'accompagnement et de soins palliatifs) directeur de thèse.

Le recueil de données, débutés en Juillet 2018 et terminés en Août 2018, a été obtenu grâce à la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés par un guide d'interview évolutif.

2.1.2.2 *Préalable à la recherche.*

L'analyse des données concernait des informations personnelles sur les vécus de professionnels en cours d'exercice de leurs fonctions et sur des renseignements de santé personnels, relatifs aux patients. De ce fait, un engagement de conformité a été déposé auprès de la CNIL et dans ce but, une « *étude de protection des personnes* » a été rédigée conformément à la méthodologie MR-003.

De plus l'avis d'un comité de protection des personnes n'a pas été demandé dans la mesure où l'étude n'était pas une « *recherche organisée et pratiquées sur l'être humain en vue de développer des connaissances biologiques ou médicales* » selon l'article L.1121-1 du code de Santé Publique (46).

2.1.2.3 *Population*

La population étudiée était composée d'internes en cours de cursus à la faculté de Bordeaux. Etaient donc exclus les internes ayant soutenu leur thèse ou terminé leur maquette de formation. Pour mener l'étude de façon adaptée nous avons appliqué un seul critère d'inclusion : l'interne devait avoir au moins une fois annoncé un décès. Il n'y avait pas de critère d'exclusion autre. Afin d'obtenir des réponses complètes et fidèles, les internes interrogés étaient des internes de médecine générale de tout semestre.

Selon les prérogatives d'une étude hypothético-inductive, les internes ont été sélectionnés pour un échantillon en variation maximale. C'est-à-dire qu'une randomisation ou la notion d'échantillon représentatif ne convient pas à ce genre d'étude. Pour cela nous avons déterminé un talon sociologique nécessitant d'être diversifié de façon à interroger des internes d'avis, de vécu et de sentiments multiples et hétérogènes.

L'échantillonnage s'est terminé lorsque que nous nous sommes rapprochées au maximum de la saturation des données (45), c'est-à-dire l'absence d'émergence de nouveaux nœuds sur trois entretiens consécutifs.

Description du talon sociologique selon :

- Age, sexe, situation familiale
- Catégorie professionnelle : nombre de semestres effectués, historique des stages et formation complémentaire

2.1.2.4 Recherche documentaire

L'ensemble de la bibliographie a été réalisé à partir de recherches informatiques, prolongées tout au long du travail de thèse. Les liens recensés dans la section « *bibliothèque – thématique santé et sciences de l'homme* » de l'espace numérique de travail de l'université Bordeaux 2 ont été les plus utilisés.

Les ressources consultées regroupaient :

- Des moteurs de recherches spécialisés ou non :
 - . CISMEF, PubMed, Docdocpro (Egora Doc), EM-Premium, SciencesDirect (ebooks et revues), Thèse.fr
 - . Google, Pages jaunes
- Des sites officiels :
 - . Haute Autorité de Santé (HAS) : <http://www.has-sante.fr/portail/>
 - . Conseil National de l'Ordre des médecins : <https://www.conseil-national.medecin.fr/>
 - . Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques : <https://www.insee.fr/fr/accueil>
 - . Centre d'Epidémiologie sur les Causes Médicales de Décès : <http://www.cepidc.inserm.fr/>
 - . Légifrance / Code de santé publique : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Les mots clefs choisis étaient :

- En français : interne / annonce de décès / vécus / ressenti / soins palliatifs / émotions / annonces de mauvaises nouvelles
- En anglais: medical students / end-of-life / death pronouncement-notification / breaking bad news

2.1.2.5 Réalisation de l'enquête

▪ Recrutement =

Les participants ont été recrutés par le biais d'une première information via les réseaux sociaux, obtenus auprès des syndicats étudiants (SIMGA). Dans un deuxième temps, une sollicitation par mail a été relayée par le secrétariat du département de médecine générale. Enfin le bouche à oreille au sein des internes s'est avéré utile afin de pouvoir fournir un échantillon tendant vers la variabilité maximale. Le principe de volontariat a alors été respecté. Il leur a été remis à chacun un exemplaire de l'information préalable à l'entretien afin de pouvoir recontacter le thésard à tout moment si nécessaire.

▪ Déroulement des entretiens =

Les entretiens ont été réalisés par le thésard uniquement et au domicile des participants ou du thésard, en services hospitaliers ou ambulatoires (lieu d'exercice des internes) ou dans un lieu de rendez-vous public convenu au préalable. Les échanges ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone numérique ou d'un téléphone et des notes « *de terrain* » ont également été prises.

Une fiche introductive rédigée selon les recommandations de la Direction générale de la recherche et de l'innovation concernant l'étude, l'objectif et le chercheur a été délivrée afin de présenter le propos. Elle a été lue par le participant avant le début de chaque entretien. Le recueil du consentement oral a été systématique.

L'entretien s'est ensuite appuyé sur un guide regroupant des questions ouvertes faisant office de maquette de discussion, afin de guider le propos vers l'objectif et enrichir les réponses. Il s'agissait d'un encadrement neutre de l'échange sans contraindre l'interviewé. Les principaux thèmes abordés ont concerné : le talon sociologique de l'interne avec sa catégorie professionnelle, les modalités d'annonce de décès et bien sûr les difficultés et le vécu occasionné par ce moment.

Le guide d'entretien a été transformé au fur et à mesure des interviews afin de l'enrichir de nouvelles questions visant à explorer les hypothèses dégagées lors des précédentes entrevues. L'approche hypothético-inductive progressive a ainsi été respectée, permettant une comparaison constante des propos précédemment recueillis avec le guide d'entretien ultérieurement proposé.

- Analyse des données :

L'analyse a été réalisée au fur et à mesure, au fil des entretiens. La simultanéité du recueil de données et de l'analyse était la prérogative de la théorisation ancrée (44).

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité sur logiciel de traitement de texte (Word), exception faite des éléments ayant pu lever l'anonymat des participants. Le verbatim ainsi rédigé constituait le support à analyser.

Puis, l'analyse en théorisation ancrée a été appliquée en réalisant une boucle constante dans les différentes étapes qui ne sont pas successives mais intégrées. Dans un premier temps, un travail de codage consistant à donner du sens et thématiser mot à mot le verbatim initial, a été appliqué de façon ouverte et axiale.

Dans une seconde étape, les nœuds du codage initial ont été regroupés afin de dégager des occurrences linguistiques plus riches constituant des thèmes ou catégories plus larges. La mise en relation de ces catégories permettra de modéliser les différents phénomènes mis en lumière pour finalement les théoriser (44).

L'ensemble de ce processus a été réalisé jusqu'à tendre vers la saturation des données, c'est à dire lorsque au moins 3 entretiens successifs n'ont plus apporté d'éléments nouveaux. De ce fait le nombre préalable d'entretiens nécessaires ne peut être défini en amont. Une triangulation a été effectuée de façon indépendante grâce à la participation du chercheur et d'un médecin connaissant la méthode permettant de mettre en lumière les codages convergents apportant, une plus grande validité interne à l'étude.

Le logiciel Nvivo a été utilisé comme outil aidant au codage.

Les entretiens retranscrits n'ont pas été retournés aux participants pour commentaire mais ces derniers ont été informés de leur droit d'accès, de rectification ou d'opposition, sans aucune justification nécessaire.

- Financement :

Le financement de cette étude (achat du matériel d'enregistrement, achat du logiciel Nvivo et frais de déplacement) a été un investissement personnel de l'investigateur principal (thésard).

2.2 Caractéristiques de la prise de parole des internes en entretiens : Résultats

In fine, 14 entretiens ont été réalisés en tête à tête et sur l'été 2018, systématiquement seuls et dans un lieu dédié.

NOMBRE DE REPONSES ENVOYÉES PAR LES INTERNES		31
REPONSES POSITIVES (= NOMBRE D'ENTRETIENS)		14
COORDONNÉES NON UTILISÉES	Absence de disponibilité de l'interne	3
	Exclusion de l'interne	3
	Difficulté géographique, distance	7
	Recherche d'une meilleure variabilité de l'échantillon	2
	Perte de vue	2
	TOTAL	17

Tableau 1 : Récapitulatif de participation

2.2.1 L'échantillon, des internes, jeunes médecins aux particularités spécifiques.

L'ensemble des internes en médecine générale en 1^e, 2^e et 3^e années ont été contactés par un mail envoyé par le département de médecine générale à la demande du thésard. 31 internes ont répondu et exprimé leur intérêt parmi lesquels 14 ont participé. 3 internes ont été exclus devant la non satisfaction du critère d'inclusion (réalisation d'au moins une annonce de décès).

Les internes participants étaient largement répartis sur le territoire (Bordeaux Nord, Bouscat, Bagatelle, CHU de Bordeaux, Bayonne, Bergerac, Blaye, Marmande...) ce qui satisfait au critère de variation maximale sur le plan de la diversité de lieux de sollicitation.

Cependant il est rapidement devenu nécessaire au cours du recrutement, de contacter de manière plus rapprochée les internes, via les réseaux sociaux du syndicat puis de chaque groupe d'internes au sein des différentes villes de Nouvelle Aquitaine. Cela a permis d'obtenir des réponses favorables dans un temps plus restreint.

L'âge moyen des internes était de 27 ans, avec une majorité de femmes et des niveaux d'études variables, collant toujours au concept majeur de variation maximale. Sans recherche quelconque de représentativité, inadaptée dans une recherche qualitative, on peut noter que la proportion hommes – femmes tant à ressembler à celle de la population des étudiants en médecine générale à Bordeaux (environ 35% d'hommes et 65% de femmes (47)).

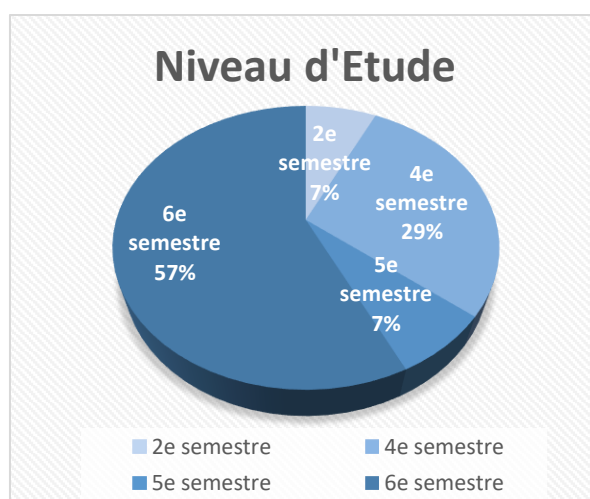


Figure 2 : Diagramme, Niveau d'étude

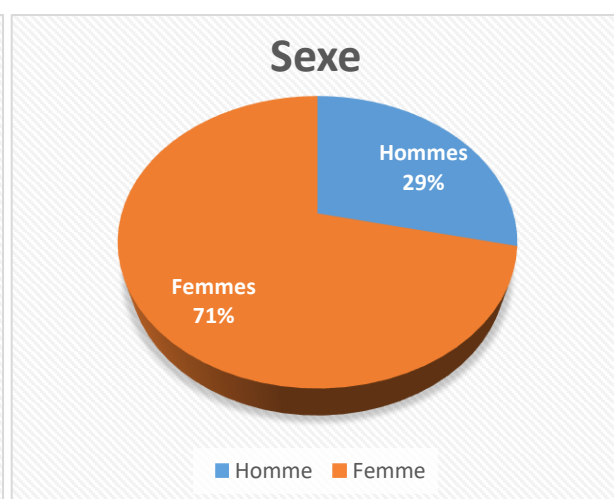


Figure 3 : Diagramme, Sexe

Au vu de l'important nombre d'internes sur l'université de Bordeaux, il est possible de fournir de manière plus détaillée, les caractéristiques du talon sociologique (annexe 3), sans remettre en question l'anonymat des participants.

2.2.2 Les entretiens, parenthèse unique de paroles libres

Les entretiens ont duré en moyenne 20 minutes allant d'un peu plus de 12 minutes à 32 minutes pour le plus long.

Tous les entretiens ont été réalisés en face à face. Un seul entretien (numéro 10) a été réalisé dans un lieu public, bruyant, mais sans interruption et isolément du reste des personnes présentes. Ils ont tous été terminés sans interruption ou dérangement en dehors de l'entretien numéro 8, qui a été grevé du passage dans la pièce, à trois reprises, d'une tierce personne, ce qui n'a cependant pas arrêté l'interne dans ses réponses, supposant que cela n'a pas altéré la relation et l'échange en place.

ENTRETIEN	DUREE	LIEU	INTERRUPTIONS
1	12min 25s	Bureau des Internes / Lieu de stage	Aucune
2	13min 21s	Domicile du Chercheur	Aucune
3	15min 29s	Domicile du Chercheur	Aucune
4	19min 02s	Domicile de l'interviewé	Aucune
5	20min 09s	Pièce télé de l'internat	Aucune
6	23min 14s	Domicile du Chercheur	Aucune
7	20min 15s	Salle commune de l'internat	Aucune
8	29min 39s	Salle commune de l'internat	3 passages d'un médecin intérimaire
9	20min 03s	Au cabinet / Lieu de stage	Aucune
10	17min 43s	A la terrasse d'un café	Aucune
11	21min 12s	Jardin de la faculté à Bordeaux	Aucune
12	32min 40s	Bureau des Internes / Lieu de stage	Aucune
13	17min 14s	Bureau des Internes / Lieu de stage	Aucune
14	19min 40s	Domicile de l'interviewé	Aucune
MOYENNE : 20MIN		Total : 4h 42min 6s	

Tableau 2 : Récapitulatif des entretiens

Les internes 1, 6 et 10 ont semblé initialement soucieux de « bien répondre » aux questions, mais après réassurance sur l'absence de bonnes ou mauvaises réponses, se sont rapidement détendus, permettant de mener à bien les entretiens.

Tous les internes interrogés ont semblé, globalement, à l'aise et en confiance, permettant qu'ils se livrent le plus librement possible. L'ensemble des étudiants, qui par défaut, s'étaient portés spontanément volontaires, ont semblé intéressés par le sujet et enthousiastes à l'idée de répondre aux questions posées.

2.3 Leurs paroles en codage thématique

L'annonce du décès d'un patient à ses proches est logiquement un sujet qui a résonné dans l'esprit des internes en médecine générale de Bordeaux, la mort faisant partie intégrante du soin et de l'exercice de la médecine. L'objectif de ce travail était de formuler une hypothèse, d'extraire une théorie à partir du recueil des vécus des internes lors de l'annonce d'un décès aux proches des patients. Leurs ressentis ont été variés et complexes, aucun d'entre eux n'a évoqué l'existence d'une seule et unique direction à son vécu concernant cet acte particulier.

Par la retranscription de leurs paroles en verbatim, il a été possible par un mécanisme répétitif et stéréotypé à chaque exécution, d'extraire du sens en restant ancré aux données en cours de dévoilement. Le sujet principal des vécus des annonces de décès a donc été dépassé, laissant libre cours aux paroles des internes qui ont alors mis en évidence d'autres grandes idées s'y rattachant. Comme expliqué plus haut, c'est là tout l'avantage et la richesse de cette méthodologie, qui permet l'émergence d'hypothèses.

Ont donc été révélés plusieurs sujets remarquables par la fréquence de répétition des occurrences, par l'intensité de parole lors de leur expression ou encore par leur singularité. Environ une soixantaine de « *nœuds* » a alors été extrait lors du codage, réunis en grands ensembles, eux même regroupés en grandes idées présentés ci-après. Afin de réaliser un travail le plus fidèle et complet possible, il est alors arrivé que certaines paroles constituent le fondement de plusieurs nœuds simultanément, expliquant la répétition de certaine citation dans les résultats.

Lors de la retranscription, les déclarations des internes sont symbolisées par un I majuscule suivis du numéro de l'entretien (suivant la chronologie). Les prénoms des internes parfois cités lors de paroles rapportées ou les noms de leurs proches sont désignés par des lettres majuscules ne correspondant pas à leur initiale pour respecter leur anonymat. Enfin une sélection partielle mais plus complète, du verbatim, est présentée en annexe pour une meilleure lecture des résultats, invitant donc à s'y référer pour plus d'illustration ou pour une meilleure explication.

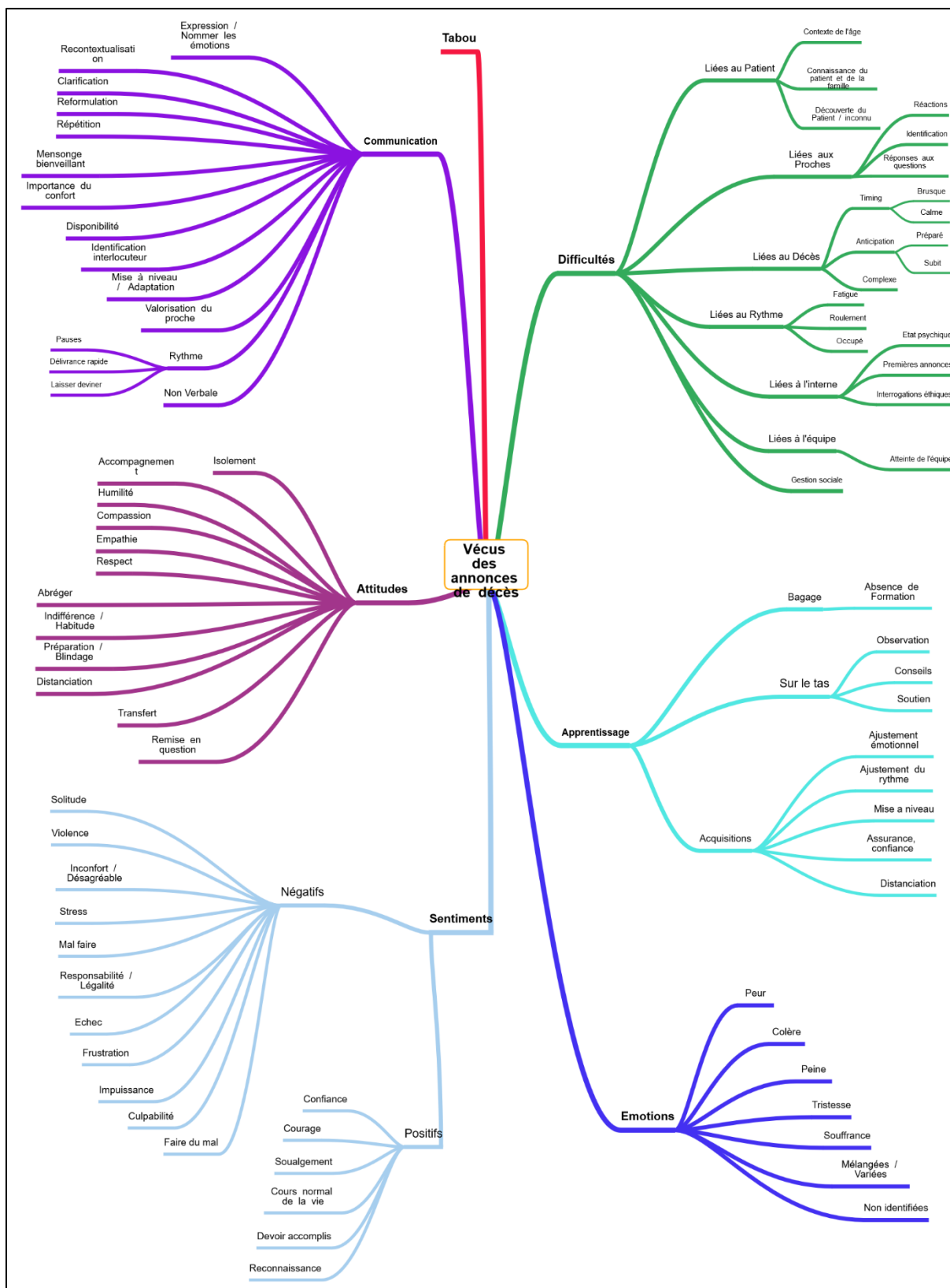


Figure 4 : Carte mentale représentant les Nœuds issus du processus de codage thématique

2.3.1 Entre pressentiments et ressentis, plongeons dans le subjectif.

Au cours des entretiens, deux types de vécus ont pu être isolés. Il s'agit premièrement de l'expression de différentes émotions, ressenties profondément sans pour autant être toujours en mesure de les nommer puis plutôt de celle de sentiments très variés et entrecoupés les uns les autres, qu'ils soient positifs ou négatifs.

2.3.1.1 Les émotions

Différentes émotions ont été rapportées par les internes, et ce de façon assez unanime sur certains points et de façon beaucoup plus personnelle pour d'autres.

On retrouve ainsi, en premier lieu, la notion de **PEUR**, qui est rapportée par un grand nombre d'internes et à différents moments de l'entretien. Elle concerne différents aspects de l'annonce mais semble présente, régulièrement, dans les propos des étudiants. « *Je crois que mes premières annonces de décès, j'étais un peu paniquée (I1). J'ai toujours peur qu'elle soit au volant ou ailleurs (I3). J'avais peur d'être submergé par l'émotion, et j'avais peur de la réaction des gens. (...) Oui, c'est toujours extrêmement anxiogène surtout quand on ne sait pas vraiment comment s'y prendre et qu'on fait un peu n'importe comment (I4). Oui. J'avais toujours pas peur mais j'aime pas faire ça, j'aime pas annoncer (I13) ».*

On trouve aussi beaucoup la notion de **TRISTESSE**, qui semble évidente mais bien ressentie par les internes, en intensité similaire à la peur. Parfois ils l'expriment simplement comme projetée sur la famille. « *J'ai eu un petit sanglot pendant mon annonce. (...) C'est plus la souffrance des familles que je trouve difficile à... Je suis triste parce que, eux sont tristes (I2). Je me sens triste pour eux, parce que la plupart du temps c'est quand même triste (I14) ».* D'autre fois comme une émotion globale, inhérente à ce moment. « *De la tristesse, moi ça me rend vraiment triste d'annoncer les décès, tu vois à chaque fois c'est pff... (I1). Plus d'une fois je me suis pris les boules même pendant la visite, de fermer la porte pleurer un coup aux toilettes et ressortir (I4) ».*

D'autres émotions ont moins régulièrement été exprimées comme la **COLERE** bien moins fréquente. « *J'étais un peu révoltée, de me dire qu'il avait 30 ans, pas greffé pour bon pour moi... Je peux l'entendre, après j'ai eu du mal à comprendre. (...) Je me suis dit il a 30 ans quasiment mon âge et une greffe aurait pu le sauver (I13) ».*

Ou encore la **PEINE**, très proche de la tristesse mais révélant malgré tout une autre sensibilité. « *Parce que la famille c'était la première fois que j'étais confronté à autant de... En fait juste la peine des gens en face de moi (I5) ».*

Mais on retrouve aussi la notion de **SOUFFRANCE** qui est plus globalement liée à la notion de mort et d'épreuve. « *Je sais mieux faire parce que je sais les conséquences que ça peut avoir sur la vie des proches à qui on annonce un décès et puis je sais les réactions mais du coup ça entraîne plus de souffrance de se rendre compte (I1). Mais je sais qu'il y a beaucoup beaucoup de co-internes qui peuvent souffrir un peu que ce soit des décès ou des diagnostics difficiles de par l'aspect utile. (...) Il y en a plein qui se sont mis à chialer en disant que c'était dur le stage, qu'il y avait tout le temps des décès et tout, et il n'y avait pas assez de soutien derrière (I5) ».*

Et enfin, information importante, beaucoup d'extraits du verbatim se sont rapportés à des émotions **MULTIPLES**. « *C'est vraiment très varié et pour l'instant je n'ai pas réussi à développer une méthode infaillible (I6). C'est une étape, pas forcément facile et jamais la même. Il ne faut jamais se dire que c'est toujours pareil et gagné d'avance que c'est un décès parmi d'autre et qu'on en aura toute notre vie et voilà (I8) ».*

Ou simplement **NON IDENTIFIABLES** ou qualifiables par les internes les ayant ressenties. « *C'est vrai que c'était un moment très curieux (I4). C'est difficile comme question, c'est super difficile... (...) C'est difficile comment question ! Super difficile ! (...) Comment dire, j'essaie d'être proche d'eux et en même temps assez loin et j'essaie de les épauler mais c'est une peu difficile à dire les sentiments qu'on a soit même... (I5) ».*

2.3.1.2 Les sentiments Positifs

Il faut absolument souligner les sentiments positifs qui se sont dégagés des annonces de décès. Le premier mis en lumière par les internes est le sentiment du **DEVOIR ACCOMPLI**, très présent dans leur propos. « *Il faut le faire, c'est à nous de le faire donc voilà c'est un côté pas drôle de la médecine mais il faut bien que quelqu'un le fasse. (...) C'est une des casquettes du médecin et quand j'ai fini, je retire la casquette du médecin et de l'urgentiste pour mettre celle de repos de garde quand j'ai fini (I5). Et tu te sens vivant, tu te dis je suis là pour ça je suis médecin ça fait partie des tâches ingrates difficiles mais valorisantes aussi pour moi, pas pour la famille, mais pour moi de me dire, j'en suis capable (I7). C'est au médecin de le faire donc on le fait même si on n'aime pas ça (I14) ».*

Il s'accompagne du sentiment de **RECONNAISSANCE** même s'il n'a pas été souvent soulignée. « *Parfois quand même un peu de valorisation (...) Ils sont quand même reconnaissants d'avoir quand même quelqu'un en face d'eux qui leur parle, qui prenne le temps (I1). Après les gens ils sont gentils au téléphone, ils disent « merci de votre appel » et puis voilà (I5) ».* Rapporté parfois avec une forme de délicatesse. « *J'ai eu plusieurs cas, il y en a qui étaient très reconnaissants de la prise en charge qu'il y avait eu dans le service et là ça a plus tendance à m'émouvoir sans m'expliquer pourquoi. (...) J'ai plutôt été touché par le fait que les gens soient reconnaissants, par la gratitude qu'ils peuvent ressentir (I11) »,* ou d'ébranlement « *Et c'est surtout le fait que la famille m'a remercié comme si j'étais le sauveur en fait, juste parce que j'avais mis de la morphine et de l'Hypnovel® pour soulager le monsieur (...) donc j'ai commencé et j'ai fini par pleurer après, c'est la seule fois où j'ai pleuré parce que j'ai fait la chose normale que chaque médecin devrait faire (I6) ».*

Puis il y a la notion, peut-être plus terre à terre, de cycle naturel de la vie. « *La majorité des décès que j'ai eu, était plutôt des personnes âgées, beaucoup de décès attendu, et que donc pour moi ça fait partie de la vie (I2). Donc t'as une forme pas de justice mais c'est plus facile de l'annoncer à la fille si c'est une personne de 80 ans qu'à une maman que son gamin il est mort. Donc t'as une forme pas de justice mais une forme de karma, de « c'est la vie » ou ce que tu veux qui fait que c'est plus facile à entendre (I7) ».* Les étudiants ont mis en évidence l'importance de ce sentiment dans la gestion de l'annonce des décès : la mort s'inscrit également dans la **NORMALITE**. « *Il y a une espèce de fatalité, je pense que ce serait un enfant ou un jeune adulte ce serait peut-être différent (I4). Moi à partir du moment où ça va dans la logique des choses entre guillemets ça ne m'affecte pas particulièrement. Ça va dans la logique... (I9) ».*

Existe également de façon assez prédominante, la manifestation du **SOULAGEMENT**. « *Une fois l'annonce passée il y a aussi un soulagement car « ça s'est fait c'est bon et ça s'est bien passé » je peux marquer l'annonce est faite (I6). Toujours à la fin, une sorte de soulagement, une fois que c'est dit et que je suis sortie de la chambre, dans le couloir, tout seul je suis vide et je sors. Truc de : bon c'était à faire, c'est fait (I7) ».* Rapporté de manière assez unique par l'interne 2 : « *Souvent de me dire que si j'avais été le patient j'aurais peut-être voulu mourir avant... ».*

Enfin deux autres sentiments importants, mais en dimension plus restreinte, ont fait leur apparition... La **CONFIANCE**. « *Et puis en fait j'ai l'impression qu'il y a de la confiance, donc moi je peux lâcher un peu la bride en disant, il s'est passé ça, c'est triste mais voilà (16). Arriver à bien faire la part des choses, ma personnalité. (...) Je pense qu'il y a différentes méthodes mais celle que j'utilise elle doit être pas trop mal parce que voilà je suis juste délicat avec les patients... (15) ».*

Et le **COURAGE**. « *Et donc du coup j'avais annoncé, j'avais sorti mes couilles, et j'ai pris la responsabilité de dire « là ça s'aggrave », bon j'en étais sûr, on en avait discuté le matin avec mon chef, mais là « il n'y en a plus pour très longtemps » et du coup l'annonce de décès s'était très bien passée, ils s'y attendaient et étaient un peu préparés (17) ».*

2.3.1.3 Les sentiments négatifs

Cependant, il n'est pas envisageable de ne pas montrer l'étendue, bien plus vaste, des sentiments négatifs qui font surface au cœur des étudiants au moment d'annoncer un décès.

L'un d'eux, bruyant et lourd par rapport aux autres sentiments relevés, est la **SOLITUDE**. « *Zéro personne, jamais (11). On est un peu seul. (...) Moi j'aurais bien voulu être accompagnée d'avantage par des chefs ou autre (13) ».* Transmise par deux internes de manière criante lors de l'entretien. « *Jamais on ne vient te voir en disant « j'ai senti que ça a été difficile pour toi, j'ai senti que ça t'a marqué, voilà est-ce que tu veux qu'on en reparle ». Mais vraiment jamais on ne m'a tendu cette perche-là. (...) Mais à aucun moment c'est vrai qu'on nous accompagne là-dedans (14). Il n'y a pas vraiment d'aide, on est toujours tout seul (...) A cette époque je me disais « on laisse vachement les internes dans la merde, il n'y a aucun suivi, aucune aide quand on en a besoin ». De toute façon on en est tous passé par là, et puis voilà. C'est un peu n'importe quoi en fait (15) ».*

Vient ensuite la notion de **VIOLENCE**, que ce soit de la situation « *Moi j'ai trouvé que c'est hyper brutal la première fois (11) »*, de l'annonce en elle-même « *Et je me dis « quelle violence », c'était hyper particulier et j'ai trouvé cette annonce... (silence) (14) »*, du décès « *Là je ne l'attendais pas donc j'étais chamboulée (12) »*. Ou même en miroir à la réaction des personnes en présence (proches, soignants...). « *Parce que c'est vrai que Mr Y lui c'était la vieille école « bon il est mort ! » et du coup elle avait vu que cela nous avait choquée (...) Il est rentré, a à peine dit bonjour, a posé son stéthoscope et il a sorti ses oreilles, je le revois encore avec ses petites lunettes, et il a dit « elle est morte », à la fille et son mari. Donc là la fille pas du tout préparée, s'est roulée par terre en criant, ce qui était très choquant (112) ».*

Apparaît, pour poursuivre, un sentiment d'inconfort « *Des fois c'est un peu l'inconfort de la situation (...) donc il faut faire face (112) »*, désagréable « *C'est désagréable (11) »*, souvent rapporté par la sensation d'être **MAL A L'AISE...** « *Le faire par téléphone, ça me rend très mal à l'aise, (...) et ça me met mal à l'aise d'un point de vue éthique, et ça me met mal à l'aise... (17). Bah je ne suis pas très à l'aise avec ça, pour tout te dire (113). Le vécu c'est qu'on se sent toujours mal à l'aise, on ne sait jamais comment annoncer ces choses-là (14).*

On ne peut, bien sûr, pas échapper au classique **STRESS** qui suit les étudiants en médecine partout. « *Du stress. (...) Au départ avant de passer le coup de fil, j'étais un peu stressée, je savais pas comment faire de base (11). Avant j'étais plutôt égoïste parce que très stressées donc je parlais, je parlais, je parlais, et puis je disais « bon ok salut merci aurevoir » (16). Des fois c'est du stress, moi ça me stresse. Après de l'inconfort, pas de tristesse parce que souvent je me détache, donc plutôt du stress. (...) Ensuite t'as le stress de te dire, moi ça me stresse à chaque fois (112) ».*

Lié à cette appréhension, il semble assez normal de constater l'apparition du sentiment de **MAL FAIRE**, comme une idée en contradiction avec celle du devoir accomplis décrite plus tôt... « *J'avais la crainte de ne pas être adaptée dans la situation, de marquer les patients par rapport à l'annonce du décès de leur proches (I3). J'ai compris l'importance de le faire vraiment correctement et que ça changeait un peu toute la donne, et ce qui m'a le plus frappé c'est d'avoir assisté à des annonces de décès que j'avais trouvé cataclysmique (I4). J'ai une espèce de sensation de rester sur sa faim dans le sens où t'as quand même l'impression d'avoir fait ce qui était de ton mieux mais quand même c'était pas optimal. (I10)* ».

Plus en lien avec la médecine actuelle et la société dans laquelle on vit, les étudiants ont rapporté avoir un problème avec la **RESPONSABILITE** et les conséquences légales qui peuvent survenir à la suite d'une annonce de décès. « *Et c'est là que tu réalises, purée c'est hyper fragile et on reste responsable de ces gens et moi en tant que petit interne de premier semestre, est-ce que j'étais vraiment en capacité de gérer ça ? (I4). Oui la crainte, je ne sais pas quand je ne connais pas le dossier ou que j'ai l'impression qu'il y a une couille dans le dossier ou une forme de responsabilité médicale, un raté ou un truc pas clair, j'ai la crainte (...) Je croise les doigts (I7)* ». Cela apparaît comme persistant, flottant sur le travail de l'interne. « *Sur le moment je me suis demandé s'il était pas du genre de porter plainte pour je sais pas quelle raison (I11)* ». Avec un questionnement redondant sur la réaction légale de la famille. « *Si la famille vient elle va vouloir regarder le dossier et elle verra que quelqu'un avait merdé et c'était moi. Donc le côté légal, la responsabilité... (...) J'avais la trouille (I6). La réaction de la famille va être comment, est-ce qu'ils vont nous tomber dessus, nous faire un procès... ? (I14)* ».

Persiste encore à l'heure actuelle, un sentiment d'**ECHEC** face à la mort et donc lié à l'annonce de décès. « *Même pour nous personnellement, d'avoir un décès c'est quand même, quand on est jeune médecin, c'est encore un échec quoi, donc en plus il faut encaisser cet échec là (I1). Parce que nous on est des médecins, on est là pour soigner et pas pour faire l'annonce d'un décès. Enfin si aussi, mais je considère qu'on est plus là pour soigner c'est une étape un peu particulière du parcours (I3)* ».

Sentiment accompagné de près par la **FRUSTRATION**. « *Non c'est plus de la frustration que de la crainte je trouve. (...) Le sentiment d'être démunie aussi, impuissant parce qu'on ne peut pas atténuer le chagrin des gens à qui on a dit ça (I1)* ».

Ainsi que l'**IMPUISSANCE** qui se dégage lors de la mort via sont officialisation lors de l'annonce. « *C'est bon, on continu comme ça et juste avant de quitter la chambre, je lui ai dit « bon je reviens vous voir tout à l'heure » et elle m'a dit « ok donc vous allez me laisser crever ici » (I4). Ils m'ont appelé en gériatrie et elle gaspait déjà donc il n'y avait plus rien à faire. (...) Et du coup c'est l'accompagnement avec le monsieur qui était plus difficile parce qu'il avait vraiment l'air perdu après que je lui ai annoncé que, déjà elle était en train de mourir, mais aussi que je ne pouvais rien faire (I14)* ».

Allant même parfois jusqu'à un véritable sentiment de **CULPABILITE**. « *Culpabilité, tristesse, parfois frustration. (...) De la culpabilité pour un des décès, celle de 65 ans, de pas avoir réussi ou de pas avoir vu l'urgence ou de ne pas avoir assez insisté auprès de mon chef, et souvent en fait, c'est un sentiment qui revient en fait (I4). Il y a toujours une sorte de recherche de culpabilité, rechercher c'est la faute à qui s'il est mort (I8)* ».

Et pour finir on note le sentiment, voire parfois la conviction de **FAIRE DU MAL** qui semble peser lourd sur le cœur des internes. « *On fait tellement de mal au gens quand on annonce ça que c'est très difficile je trouve, en tant que soignant (I1). La plus grande (crainte) c'est de marquer la personne à vie. Qu'elle se souvienne toujours de ta voix ou de ton... Parce que là du coup c'était que ma voix. Comme un truc qui a fait basculer sa vie en une seconde tu vois. Truc qu'on connaît tous un jour. J'avais pas envie d'être l'objet de ça... (I10)* ».

Ce moment particulier de l'exercice médical, semble donc engendrer des vécus nombreux et multiples, dans une sphère positive comme négative du domaine des sentiments et des émotions. Cela s'étend du simple stress ou sentiment de solitude, à de la reconnaissance et de la confiance, en passant par des notions plus neutres comme l'inconfort ou la sensation de mal faire...

2.3.2 Expression d'une relation et échange de sensations.

De manière à surmonter, améliorer ou diversifier les différents vécus de l'interne et finalement d'accomplir cette tâche avec une meilleure maîtrise, il est apparu comme primordial de déployer des outils de communication. Les étudiants en médecine ont lourdement enrichi la discussion des méthodes qu'ils manient lors des annonces de décès. Mais ils ont également usé de constructions d'attitudes pouvant être défensives, réactionnelles ou simplement d'ajustement à la situation mais prenant tout autant leur place dans les vécus et les ressenties de la situation.

2.3.2.1 Communication, procédé par lesquels un esprit peut en affecter un autre.

Pour débiter, il est apparu que les étudiants semblent avoir recours de manière naturelle à bon nombre de moyens de communication ou de techniques d'entretien, assez connus et utilisés dans toutes sortes de conditions.

On relèvera l'utilisation de la **COMMUNICATION NON VERBALE**. « *Mettre une main sur une épaule, le contact, de demander si elles ont besoin de s'asseoir (...)* Pas juste faire l'annonce et basta (13). *Par exemple je touche toujours les gens en face de moi j'ai toujours un contact sur l'épaule ou dans le dos juste pour montrer qu'il y a quelqu'un (15)* ». Elle s'inscrit pleinement dans la démarche, cependant elle reste réservée aux conditions d'une annonce en face à face semblant largement minoritaire.

Ensuite on retrouve une grande utilisation de la **RECONTEXTUALISATION**, qui paraît introduire fréquemment le propos des internes. « *Je recontextualise un petit peu son hospitalisation mais tout ça en 30-40 secondes moins d'une minute (11). Je n'ai pas dit tout de suite qu'il était décédé, j'ai dit que j'étais interne que je l'avais vu en début de journée... (12). Déjà je commence par me présenter en premier, je dis où on est, ce qu'on fait, pour n'importe quel stage, je leur dis... (19)* ».

Mais également la **CLARIFICATION**, en l'occurrence pour le sujet qui nous intéresse, c'est souvent une explication sur le décès, sur ce qui s'est passé et se passe. « *Et j'explique ce qui s'est passé en disant « voilà elle est venue au départ parce qu'elle était gênée pour respirer et finalement la maladie l'a emportée parce que si, parce que ça » et voilà (14). Mais j'ai du bien rester une heure sur ma garde entre minuit et une heure, pour bien leur expliquer (16). On était à l'écoute, on leur avait expliqué « voilà on l'a retrouvé décédé au tour de contrôle et au vu de sa pathologie on pense à telle pathologie fulgurante et qui est arrivée d'un coup mais on n'a pas d'explication comme ça (18)* ».

Ou encore la **REFORMULATION**, afin d'éclairer le propos. « *Eventuellement de la reformulation sur les questions où les gens demandent si cela s'est bien passé. Donc je reformule la question pour bien savoir ce qu'ils recherchent (I11). Souvent s'il me pose des questions j'utilise des formulations ouvertes où ils peuvent s'exprimer plutôt que des questions fermées. Et après je reformule souvent pour voir s'ils ont bien compris (I12)* ». Ou pour aider les proches à prendre conscience de la situation. « *Petit à petit reformuler les émotions qu'ils expriment (I1)* ».

Et bien sûr, toute communication réussie s'accompagne d'un peu de **REPETITION**. « *J'ai dû leur réannoncer que leur mère et femme était morte (I1). J'ai refait l'annonce en vrai et ça s'est très bien passé j'ai réexpliqué toute l'après-midi donc voilà (I2)* ».

S'impose pour continuer, une attention primordiale au RYTHME, avec en premier lieu l'utilisation de **PAUSES** très fréquentes. « *Je fais plus de blancs. J'attends pendant le moment où je ne parle plus et j'essaie de voir si eux, n'ont pas des choses à dire, qui n'arrivent pas tout de suite (I2). Je fais une pause sans donner trop d'informations (I5). En général je leur laisse un petit temps pour qu'ils puissent intégrer (I6)* ».

Mais certains semblent également opter pour une **DELIVRANCE RAPIDE** de l'information concernant le décès du proche. « *J'essaie de leur dire rapidement que c'est pour le décès que j'appelle. (...) Non c'est plutôt un mode direct quoi et c'est tout. (...) Je ne préfère pas laisser durer. (...) Je vois pas trop l'intérêt d'attendre (I9). Autant leur dire directement (I14)* ».

Ou a contrario mais en proportion égale, ils usent d'une forme de suspension et d'attente en **LAISSANT DEVINER** pour faciliter l'intégration de l'information. « *Ils ont compris avant, dès qu'on se présente quand c'est au milieu de la nuit, parce que, comment dire. (...) J'ai beaucoup eu de cas où ils s'y attendaient, ou alors ils avaient compris le contexte (I9). J'ai trouvé que personnellement je le vivais mieux si la personne l'amenait elle-même. Donc c'est pour ça qu'après j'ai un peu pris la stratégie de d'abord laisser venir l'annonce, ou de faire comprendre que la mauvaise nouvelle allait venir, et les gens comprennent rapidement et l'énoncent et moi je confirme (I11)* ».

Ils accompagnent ordinairement leurs paroles d'**EXPRESSIONS**, qui semble **NOMMER** à minima **LES RESENTIS**, chacun à leurs manières. « *« Je vous appelle pour vous annoncer une triste nouvelle » et en générale je leur laisse me dire, et s'ils ne comprennent pas je leur dis « voilà Mr est parti, il était avec l'équipe... » (I2). Je dis toujours une phrase, « j'ai le regret de leur annoncer qu'un tel est parti, est décédé dans le service » (I3). Toutes mes condoléances (I8). Que je l'appelais à propos de « sa maman », qui était hospitalisée et j'étais « navré de lui apprendre qu'elle était décédée cette nuit » (I10)* ».

Les étudiants mettent un point d'honneur à donner une place au proche. Tout d'abord en s'assurant de bien **IDENTIFIER** (LE PROCHE). « *Tu n'avais même pas pris le temps de le voir venir que tout d'un coup tu n'as pas prévenu la bonne personne, c'est le bordel, c'est la cata... (I1). J'essaie de bien identifier la personne que j'ai au téléphone en disant « vous êtes bien l'épouse de untel » et de bien identifier le patient parce qu'il peut y avoir des erreurs (I3). Donc j'ai appelé comme ça en disant « vous êtes bien Mme Machin, la fille de madame truc » (I10)* ».

Puis en se mettant à son niveau, en **ADAPTANT** le discours à l'interlocuteur. « *Je vois comment ça se passe et comment les gens... qu'est-ce qu'ils demandent ou qu'est-ce qu'ils répondent, je ne donne pas de détails, j'essaie juste d'être proche d'eux dans ce que je dis, et puis c'est tout en fait (I5). Je me laisse guider par les familles. S'ils partent sur le sentiment j'essaie de les rassurer. (...) Si je vois qu'ils sont pratiques, très bien je reste pratique, c'est leur mécanisme de défense donc je reste dans le truc (I6). Je leur dis, et en fonction de la réaction je vois. (...) Rien de particulier c'est plus réactionnel à la réaction de la famille et du contexte, du moment (I9). Et après cela dépend de leur réaction, mais je leur dis « surtout n'hésitez pas à venir ou à nous appeler si vous avez des questions », je laisse toujours une ouverture (I12)* ».

L'interne 4 va même jusqu'à **VALORISER** la famille : « J'aime bien valoriser le rôle que la famille, elle a dans l'accompagnement. (...) Et vraiment là où je suis à l'aise, c'est de leur dire « bravo, bravo d'être là et de ce que vous faites, c'est une belle fin, il était accompagné jusqu'au bout et entouré d'amour ». C'est hyper important ça, donc je joue plus sur ça. (...) Mais voilà la technique juste la valorisation de la famille ».

Tout en restant toujours le plus **DISPONIBLE** possible. « Je dis toujours que toutes les équipes restent disponibles aux moindres questions, aux moindres soucis, on reste là (15). Pareil je dis que je reste à disposition (16). Je reçois tout le monde quitte à faire l'annonce plusieurs fois, et généralement je m'expands moins. Je prends toujours le temps (18). Souvent je dis et même si c'est des gens que je ne connais pas « si vous avez des questions en arrivant à l'hôpital, n'hésitez pas à me faire appeler je me relèverai » (112) ».

Une partie des étudiants ont souligné l'importance de **RAPPORTER LE CONFORT** des derniers moments. « Comme en général ils partent plutôt dans le calme et sereinement, non douloureux, j'ai quand même que des décès où je trouvais que les patients partaient dignement donc je pouvais dire aux familles qu'il est parti sans douleur et accompagné (12). C'est surtout ça, le confort qui m'a marqué (16). Surtout il y a une attente de la famille qui n'est pas celle, que je pense les médecins veulent donner. L'attente c'est savoir s'il a eu une belle mort. Pas savoir s'il s'est vidé, s'il a souffert, s'il y a eu des difficultés médicales, ils s'en fichent. Ce qu'ils veulent savoir c'est : est-ce qu'il a souffert, est-ce qu'il s'est rendu compte de ce qui s'est passé... et au final si on arrive à répondre à ces questions, à exprimer et expliquer ça, il n'y a pas de soucis (18) ».

Quitte parfois à utiliser une forme de **MENSONGE BIENVEILLANT**. « Il est probable que j'aurais quand même dit que cela s'est passé calmement. En fait je me dis que les familles sont assez traumatisées et ce n'est peut-être pas la peine de leur dire qu'il est mort en s'étouffant dans son propre sang (16). J'essaie toujours d'embrayer rapidement pour leur parler de confort. Peu importe que ce soit vrai ou non d'ailleurs. (...) Pas mentir parce qu'en général on essaie de faire les choses bien, mais tu sais bien au fond de toi que ce n'est pas possible que ça se soit aussi bien passé que ce que tu vends à la famille... (17). J'essaie de dire qu'il n'y a pas eu de soucis, que la personne est partie dans de bonnes conditions, qu'elle n'a pas souffert. (...) J'enrobe (113) ».

Finalement pour souligner l'**IMPORTANT DE LA COMMUNICATION** dans le soin et dans l'annonce de décès, on note la réflexion de l'interne 8 : « Les seules fois où on rencontre des problèmes, c'est sur les problèmes de communication ou un message pas passé, des choses comme ça ».

2.3.2.2 Attitudes, prédisposition mentale à agir expliquant les réactions devant une tâche.

Les internes possèdent bien évidemment bon nombre de moyens de communication pour délivrer leur message, mais ils ont aussi conté et analysé de multiples attitudes utilisées pour l'annonce du décès.

Tout d'abord par considération pour les proches, ils leur semblent évident de faire preuve d'**EMPATHIE**. « L'empathie (11). Je ressens de l'empathie pour la famille et voilà (13). Plus d'empathie pour les gens en fait (19). De la tristesse mais plus pour les familles, de l'empathie par rapport à leur douleur à eux. Moi personnellement bon ça ne me touche pas plus que ça mais oui de la tristesse et de l'empathie par rapport aux familles forcément (113) ».

Et de **RESPECT** envers le proche « Autant pour la personne elle-même j'ai toujours un immense respect quand je rentre dans les chambres, autant pour la personne que j'ai eu au bout du fil ou en face de moi, beaucoup d'empathie (15). J'appelle la famille pour les prévenir, je ne tombe sur personne du coup je ne laisse pas de message (...) et c'est normal de ne pas laisser de message... (18) ». Mais aussi envers le

patient, même décédé. « Je pense qu'il aurait fallu que je ne dise rien pour respecter le souhait du patient car même décédé il faut le respecter (I12) ».

Et de **COMPASSION** « En fait c'était en plein orage, vraiment un orage d'été, comme on en a beaucoup eu avec beaucoup de pluie et j'étais, je me suis dit il n'y a personne pour amener la fille du patient sur St Jean de Luz et il y a une demi-heure de route, elle va prendre sa voiture, elle n'est pas en état émotionnel correct pour prendre sa voiture et il y a un orage donc j'avais juste peur pour elle (I14) ».

Apparaît aussi l'importance de l'**HUMILITE**. « Rester humble, c'est la chose la plus importante qu'on a à faire, que ce soit sur les annonces diagnostiques, pronostiques, d'enfoncement ou de décès. Être capable d'être humble, c'est une des qualités les plus importantes à garder quand on fait une annonce (I8) ».

Pour respecter ces idées, certains internes **ACCOMPAGNENT** physiquement les proches, au chevet du défunt. « Je les ai accompagnés et je leur ai proposé de rester avec lui (I12). Après quand j'ai eu à faire des annonces de décès en face à face, on est dans la chambre, en plus il y a le patient qui est là (I13). Et après je les ai vu, j'ai refait une annonce avec eux dans la chambre (I14) ».

Concernant cette fois, la réalisation concrète de l'annonce, ils développent des mécanismes vis-à-vis d'eux même. On note qu'ils s'**ISOLENT**. « Je me mets dans une pièce toute seule avec le téléphone toute seule, pour avoir le temps et pour moi, être toute seule dans ma tête pour me couper de tout le reste de mes activités. Je pense que je suis plus disponible (I1). On les reçoit, on s'isole, on est que nous, personne d'autre, pas de raison d'être interrompu et on explique (I8) ».

Quand ils le peuvent, ils se **PREPARENT** à la tâche sur le plan médical « Après un peu d'anticipation avant... (...) je vais revoir le dossier, je me prépare, je me blinde un peu, je prépare le dossier, avec une certaine forme d'appréhension, on va dire à quelqu'un, la famille que... pas en chantant (I7) », sur le plan émotionnel « J'essayais d'être le plus apaisé possible, de m'apaiser moi-même pour apaiser la dame (I10) » ou enfin sur le plan social et éthique quand cela s'impose « Bref je le connaissais un petit peu et je m'étais dit « bon lui quand il va mourir ça va être compliqué parce qu'il y a ce problème du VIH », et heureusement j'avais un peu anticipé la situation, je m'étais renseigné (I12) ».

Mais surtout ils mettent en place une **DISTANCIATION** protectrice. « Moi je le vis bien parce que j'ai toujours réussi à me démarquer, d'enlever la blouse et je passe à autre chose donc je m'en fou, enfin non ce n'est pas que je m'en fou mais il y a une séparation entre tout ce qui s'est passé à l'hôpital, que ce soit décès ou autre et le moment où je sors et ça c'est moi quoi (I5). Le fait de pouvoir cloisonner les sentiments (I6). Ecoute sur le plan psychologique, j'arrive à me détacher, à ne pas trop prendre les choses à cœur (I13). Après je mets quand même pas mal de recul, je ne m'investis par trop, (...) la plupart du temps il y a de la distance, donc émotionnellement je ne m'implique pas trop (I14) ».

Et quand cela ne suffit pas, ou est dépassé, les internes peuvent **ABREGER** la situation, comme l'interne 12 : « Oui des fois, parce que quand les situations me stressent trop, que t'es pas à l'aise avec le patient, ou pas à l'aise avec les familles, des fois tu peux abrégé un peu la conversation ».

Oui bien, en arriver à une forme d'**INDIFFERENCE** ou de routine habituelle. « C'est quelque chose qui est une habitude maintenant, pas de soucis particuliers (I8). Ça me dérange pas trop en général. Maintenant j'en ai fait tellement que... (...) Moi ça me fait pas grand-chose. (...) Moi j'ai pas besoin de beaucoup plus d'interaction quoi (I9) ».

Cela les amène parfois à se **REMETTRE EN QUESTION**, de manière assez profonde. « *Si on n'arrive pas à lâcher prise et dire que le patient est décédé, pas parce qu'on a fait quelque chose de mal ou s'il y a eu quelque chose de mal mais qu'on est capable de dire voilà, on se remet en question et discuter de qu'est-ce qui pourrait être mieux fait, on n'avance pas, il faut arrêter le métier (I8)* ». Ou plutôt dans la sphère professionnelle. « *Voilà je suis demandée par téléphone, est-ce qu'on peut vraiment le faire comme ça, est-ce qu'il ne faut pas insister pour que la personne vienne, ou de rappeler voilà (I4). Je me dis que des fois ce serait peut-être mieux que ce soit le médecin qui connaît le patient qui le fasse pour les familles parce qu'elles doivent se sentir plus à l'aise avec quelqu'un qu'elles connaissent (I12)* ».

Enfin, plusieurs des paroles du verbatim ont mise en évidence un fort processus de **TRANSFERT** au sens large, modulant les vécus des internes. A noter que c'est l'attitude la plus fréquemment retrouvée. « *Il y a beaucoup de transfert, enfin on s'identifie énormément, on s'attache à nos patients... enfin voilà. Donc ça fait toute la beauté et toute la complexité de ce moment (I4). Un patient qui ressemblait à mon papi qui était décédé c'était plus dur (I5). Je pense que le fait d'avoir vécu des décès comme ça, pas traumatique, moi je le vis pas traumatiquement (I9). Si c'est une situation qui peut me renvoyer moi, à quelque chose que j'ai pu vivre personnellement, ça peut être plus dure de prendre un peu de distance (I11). Après ça c'est peut-être moi qui me projette aussi... (I12)* ».

Les vécus s'accompagnent toujours de mécanismes d'adaptation. Ici pour l'annonce d'un décès, cela se traduit par des attitudes réponses comme la distanciation ou l'expression de compassion et de respect. Mais en premier lieu, cela sous-tend une maîtrise de la communication au sens large, par l'utilisation de techniques telles que la reformulation et la disponibilité. Ainsi les internes ressentent et vivent ce moment de manière plus personnalisée et singulière.

2.3.3 Difficultés, limites par rapport à soi.

2.3.3.1 Liées au patient

Les étudiants ont, à plusieurs reprises, montré qu'il paraissait pour eux, plus simple de gérer l'annonce lorsque l'**AGE** du patient était avancé. « *Après j'ai été confronté qu'à des décès de personnes âgées ou plus ou moins âgées genre cinquante ans, mais là je suis en pédiatrie et c'est sûr que s'il y a un décès là, je ne le prendrais pas super bien, donc c'est sûr qu'en fonction de l'âge ça joue beaucoup (I5). Forcément un jeune, un enfant ou un truc comme ça c'est je pense plus difficile. Je n'ai jamais fait mais j'imagine que c'est plus difficile qu'une personne âgées inconnue...(I7)* ».

De même, en fonction de la **CONNAISSANCE ANTERIEURE DU PATIENT ET DE LA FAMILLE**, amenant dans les deux cas, connu ou inconnu, des difficultés différentes :

- Difficultés de l'inconnu : « *Je préfère faire l'annonce de décès de mes patients, aux familles qui me connaissent (I2). Après quand je connais le patient par extension je connais la famille après qu'ils viennent le voir ou ils appellent. (...) Donc ce sont des choses qui peuvent m'aider purement (I6). D'autant qu'on ne connaît pas le patient non plus. C'est aussi difficile pour ça (I12). Moi je fais des gardes dans un endroit où je ne connais pas ni les familles, ni les patients donc c'est toujours délicat. Et du coup j'arrive juste avec « ah ben non je ne vous connais pas, je suis juste le médecin de garde pour vous dire qu'il est décédé ». Donc c'est pas très facile mais on le fait quand même (I14)* ».

- Difficultés de la connaissance : « *Quand je serai médecin généraliste et que ce sera un patient que je suis depuis des années ça clairement ça va être un peu plus dur à vivre (15). Après quand on a suivi vraiment le patient, quand on le connaît bien c'est pas pareille que quand on est en garde où ce n'est pas très compliqué. Je trouve que c'est ça le plus difficile, quand on connaît à la fois le patient et la famille (19). Si c'est une famille que tu connais j'ai l'impression que c'est plus douloureux, mais tu les accompagnes mieux parce que j'ai envie qu'ils soient bien, que ça se passe bien. J'ai peut-être plus d'empathie pour eux on va dire (112) ».*

2.3.3.2 Liées aux proches

Certains internes sont confrontés à des difficultés lors de l'**IDENTIFICATION** et le **CONTACT DU PROCHE** et ce, malgré l'existence de la personne de confiance. « *Ça me saoule juste quand il n'y a pas le nom de la personne de confiance dans les dossiers pour les patients gériatriques... Ça c'est juste insupportable. C'est quand même leur boulot ! (15). Tu vois globalement c'est le premier numéro que je trouve sauf s'il en a un marqué en gros (rire) (19). Du coup j'ai un peu galéré et en retrouvant les patients qui étaient passés aux urgences, j'ai réussi à retrouver la fille qui était passée pour elle-même et avec son nom marital en plus (110) ».* Cela m'ait arrivé une fois de ne pas savoir qui appeler parce qu'il n'avait vraiment pas de famille et du coup on s'était retrouvé... « *voilà on fait quoi ?* » (114) ».

Mais la difficulté semblant prendre une grande ampleur et énormément cités par les internes, est la **GESTION DE LA REACTION** des proches. Qu'elle soit sous la forme du déni « *La troisième (difficulté) c'est quand il y a des réactions de déni : typiquement « votre papa est mort », « non » (16) ».* Ou encore du choc « *Donc là, la fille pas du tout préparée, s'est roulée par terre en criant, ce qui était très choquant et je n'ai pas su quoi dire ou faire mais lui est parti. Je suis restée un peu mais ne sachant pas quoi faire je suis partie aussi (112) »*, de la tristesse « *Et là elle a explosé en larmes en me disant « oui mais si on m'avait dit je serais restée, je voulais être là, je ne voulais pas qu'il soit tout seul, et tout ». Mais moi non plus je n'avais pas prévu... (12) »*, de la sidération... ou simplement l'inconnu de ce qu'elle va être : « *C'est vraiment la seule réaction dans ce contexte-là, c'est des émotions fortes : des grosses tristesses, de la colère, des choses comme ça et je trouve que c'est difficile de s'y... de rester stoïque fasse à tout ça (11) ».*

Cela associé à l'obligation de **REPONDRE AUX QUESTIONS** des proches : « *Il faut répondre aux questions, et dire ce qu'on a fait (18). Tu sais pas quoi répondre parce que ça sert à rien et en plus tu connais pas le dossier (110) ».* Ce qui paraît induire chez les internes la sensation de devoir se **JUSTIFIER** : « *Après moi c'était un patient que je n'avais pas pris en charge moi-même donc je pouvais pas vraiment répondre. Sur le moment je me suis senti un peu agressé, après j'ai donné ce que j'ai pu en réponse, expliquer pourquoi ceci ou cela, et il s'est détendu et cela c'est mieux... enfin je me suis senti un peu plus soulagé quand j'ai vu que ça retombait (111). Il faut donner des explications (112) ».*

2.3.3.3 Liées au décès

Les circonstances du décès, de la mort à proprement parler, peuvent engendrer des difficultés. Trois aspects rentrent en compte d'après les étudiants interrogés. En premier lieu les décès **BRUSQUES** comparés à un départ plus calme : « *Quand c'était tranquille c'est moins difficile parce que nous, on est plus en accord, on est plus serein à annoncer un décès qui s'est fait tranquillement (11). Et ce qui va changer c'est si c'est attendu ou pas. La brutalité du décès... (14). L'autre situation c'est un décès brutal qu'on doit annoncer, où la famille était pas du tout au courant et doit s'organiser pour venir, ça c'est des situations plus compliquées (19) ».*

De plus, il apparaît que des difficultés se présentent quand le décès n'est **PAS** du tout **PREPARE** en amont. « *Souvent c'est des patients palliatifs multi-métastatiques donc attendus et aussi préparés, c'est aussi pour ça que ça se passe bien (17). C'est juste de l'anticipation, être au clair avec les patients et surtout leur famille (18). Le plus dur c'est ça, quand les familles ne comprennent pas avant qu'il soit décédé, le deuil débute plus facilement quand la maladie est mieux acceptée quoi (19) ».*

Enfin quand la situation est **COMPLEXE**, que le côté bio-médical n'est déjà pas clair pour les internes, ils rapportent avoir plus de soucis à annoncer le décès : « *J'ai eu un mauvais souvenir sur un patient où cela s'est très mal passé et j'ai été laissé tout seul, mais elle a agonisé toute la nuit et personne ne m'a filé un coup de main pour l'aider. Ça par contre je suis intransigeant maintenant sur le confort (15). Non la dernière en date que j'ai eu qui m'a posé problème, c'est un patient sur une garde que je ne connaissais pas, dossier compliqué (...), retrouvé mort par l'équipe infirmière... (18) ».*

2.3.3.4 Liées au rythme et à l'interne

Une des entraves relevée par les étudiants est secondaire à la grande fréquence des annonces durant les gardes. En effet, plusieurs ont relevé la difficulté d'être souvent très **OCUPE** au moment où ils doivent faire les annonces. « *Entre temps j'ai eu le choc hémorragique plus septique sur une dame qui m'a occupé de 16h à 5h du matin. (...) Bon voilà, et là quand j'étais en train de transfuser la dame de l'autre côté et que j'avais un problème d'identito-vigilance et que le réa ne voulait pas me la prendre et que c'était affreux, là on me dit « PP, Mr Machin je crois qu'il est mort... (12). Parce que tu es en garde et tu es en train de suturer un petit vieux qui est tombé et s'est fracassé le crâne et là il y a l'infirmière qui te tient l'appareille à l'oreille (...) Donc c'est un peu compliqué de faire 3 choses en même temps (16) ».*

Allant avec cet aspect, les internes ont également exprimé des difficultés liées à la **FATIGUE** : « *Finallement j'ai appelé sa fille à 5h00 du matin, sans avoir dormi des dernières 24h et donc je lui ai annoncé que ça mère était décédée. (...) Oui sur mon état de fatigue (11). Et de l'heure ! (12). Après c'est assez banal, mais ne pas faire les annonces à 3h00 du matin, ça aide aussi... (16). Sur un coup de téléphone à 6h du matin alors que les gens ont la gueule dans le cul et moi aussi c'est pas facile (110) ».*

Enfin le **ROULEMENT** d'équipes et de médecins référents, imposé par le fonctionnement de l'hôpital et la continuité des soins assurée par les internes la nuit, semble avoir été un ennui : « *En plus à la base elles voulaient absolument parler au médecin qui a fait l'annonce alors que bah il était en repos de garde, c'était quelqu'un d'un autre service et ce n'est pas forcément évident donc voilà. Et les filles voulaient vraiment parler à l'équipe soignante qui était présente et ça ce n'est juste pas possible. Le lendemain les gens qui bossent la nuit sont en repos... (13) ».*

De façon plus intime, l'interne peut tout simplement, ne **PAS** être **PSYCHIQUEMENT DISPONIBLE** pour un tel acte à tout moment. « *Peut-être que l'état dont on est psychologiquement, on est aussi des êtres humains, on a aussi nos mauvaises périodes je pense et ça oui, je pense qu'il y a des moments où je me dis, dans cette période-là il ne valait mieux pas que je sois dans un stage où j'annonce des décès ou où je suis face à des situations difficiles (14). Il est décédé au moment des fêtes de Noël dans le service, un week-end où j'étais de garde mais c'était mon service donc je le connaissais (13) ».*

Ils sont parfois en difficulté devant un **QUESTIONNEMENT ETHIQUE** qui peut être très variable, mais trouble énormément l'interne quand cela arrive. « *Donc déjà ça m'a choqué qu'on puisse mettre à une personne morte un masque à oxygène pour faire croire qu'il était vivant. J'ai été choquée et ça c'était le premier truc. (...) Et puis j'étais choquée certes du décès mais surtout de la réaction de mon chef... Celui-ci j'oublierai jamais je crois... (112). Enfin des raisons qui à mon sens au départ m'ont révoltées (...) il n'y avait absolument pas de contre-indication à la greffe, mais d'un point de vue social, étant donné qu'il n'avait pas de travail, enfin pour la suite après, la prise des médicaments antirejet machin... (113) ».*

Et pour finir, il reste le fameux problème de la **PREMIERE FOIS**... « *Parce que la première fois que j'ai dû annoncer un décès par téléphone on ne sait pas trop comment faire, on est perdu, pas aidé (I3). Ça m'a marqué, même maintenant je m'en souviens très bien parmi tous les décès que j'ai fait (I5). La première fois on s'en fait toute une montagne (I7). C'est lors des premières gardes, il y a des décès dans les services (...) et ensuite on ne sait pas, est-ce qu'on doit appeler, les familles nous demandent souvent qu'est-ce qu'il faut amener... Bah j'en sais rien moi de ce qu'il faut amener... (I14) ».*

2.3.3.5 Autre

Enfin il a été relevé deux dernières difficultés plus singulières et moins fréquentes exprimées par les interviewés. La première relève parfois de questionnement sur la **GESTION SOCIALE**, car il arrive que le décès s'accompagne de conséquences socio-économiques : « *En plus l'équipe IDE m'a expliqué que c'était compliqué parce que son conjoint vivait avec elle mais qu'elle était son revenu. Lui-même vivait à ses crochets, et c'était le mettre socialement dans la merde (I11) ».*

Deuxièmement l'interne 9 a soulevé le problème de l'**IMPLICATION** parfois proche de membre **DE L'EQUIPE** dont il se sent appartenir : « *Surtout que le chauffeur du SMUR ce soir-là, c'était un ami de la famille, donc il était très choqué. (...) Dans l'équipe on est plus touché pour les autres (I9) ».*

La complexité de vécus, fait alors écho à celle de l'annonce en elle-même, exprimée ici par divers accroc que sont l'absence de préparation du décès, la réponse aux interrogations des familles ou encore l'effet de la fatigue sur l'accomplissement du travail demandé. Encore un reflet de l'origine des vastes ressentis du jeune médecin lors de ce temps précis.

2.3.4 Ressources : les acquis et l'apport de l'expérience.

2.3.4.1 Bagage de l'interne, héritage du chemin passé.

Le Nœud le plus redondant dans le verbatim, toutes catégories confondues, est l'expression de l'**ABSENCE DE FORMATION**. « *On est quand même assez démunie parce que justement on n'a jamais appris à le faire, qu'on n'a pas de technique (I1). Ce n'est pas évident en tant qu'interne parce qu'on n'a pas de formation, on ne nous montre pas forcément, on ne nous explique pas, on est un peu seul (I3). Ah oui je n'en ai pas parlé mais je n'avais jamais vu d'annonce de décès avant, c'était « prend le téléphone et annonce à la famille le décès », et ce n'est pas normal quoi... Je pense que la spé « annonce de décès » elle est complètement mise à part, complètement oubliée par tout ce qu'on peut apprendre au fur et à mesure de nos études (I5). Durant l'externat on est vraiment détaché. On est jamais confronté à ça ou invité à participer et au contraire peut-être que ça serait bien (I12) ».*

2.3.4.2 Apprentissage, initiation par l'expérience.

Il existe alors, d'après ce que le verbatim apporte, quatre moyens d'évoluer et d'apprendre selon les internes. Le premier concept est qu'ils apprennent « **SUR LE TAS** ». « *Non, c'est venu au feeling (I5). Cela s'est relativement bien passé même si j'apprends sur le tas, sur mes erreurs, mes erreurs que je ressens après coup (I7). Non (rire), t'apprends sur le terrain. En faisant, au final tu fais ça au feeling (I12). Sur le tas quoi... (I13). Sur le tas, (rire) comme on fait beaucoup (I14) ».*

Ensuite ils utilisent l'**OBSERVATION** de l'équipe infirmière « *Quand je vois comment les infirmières justement communiquent avec les proches, j'essaie de faire pareil (I3) »* ou des co-internes le plus souvent « *De façon involontaire, quand des co-internes appellent et que je suis à côté, mais pas par un chef. (...) Je pense que vraiment ce qui est important, c'est la formation avec les pairs, nos co-internes*

en fait. (I6) ». Ou plus rarement, du chef « *J'avais vu mon chef l'avoir fait une ou deux fois un peu en retrait les mains dans le dos dans la chambre, j'essayais de m'imprégner du truc (I7) ».*

Parfois ils bénéficient de **CONSEILS** qui semblent se faire plus rares. « *En fait moi les conseils qu'on m'a dits, de plusieurs urgentistes, c'est qu'en fait c'est un peu de juger et de savoir en gros, d'essayer d'arriver à juger la personne (I7). Déjà on en avait beaucoup discuté avec mes co-internes quand on était en deuxième semestre à Xavier Arnosan (I9). Après j'avais bien demandé à ma chef si on lui apprenait au téléphone ou si je lui demandais de venir à l'hôpital (I10) ».*

Et parfois ils profitent pleinement d'un peu de **SOUTIEN** qui dans ce verbatim est uniquement apporté par l'équipe infirmière. « *Heureusement il y avait une infirmière un peu âgée qui était là (I3). Donc il y a toujours une infirmière qui est plus ou moins dans le secteur et avec laquelle on peut parler si nécessaire (I9). Je trouve que le fait d'avoir une équipe cela soutient (I12) ».*

2.3.4.3 Apport de l'expérience et des vécus par l'interne.

Concernant leur évolution, les étudiants semblent s'adapter différemment. Germe de temps à autre, une nouvelle **ASSURANCE, CONFIANCE** : « *Je suis beaucoup moins perdue, j'ai plus confiance en moi. J'ai développé des techniques (I3). On est plus sûr de soi quand on est en dernier semestre qu'en premier. Après je pense que cela s'est modifié un petit peu, j'ai dû prendre plus d'assurance (I14) ».*

Ils ressentent également des **MODIFICATIONS EMOTIONNELLES** de leurs vécus par l'acquisition d'une forme de sagesse « *C'est un moment à part. L'expérience fait que... profiter est pas un bon mot mais ça reste un moment intense (I7) ».* Ou de façon assez paradoxale car souvent vers une meilleure prise de conscience et donc plus de profondeur dans les vécus. « *Pas forcément en bien, je pense que je me rends plus compte qu'au début, j'ai plus de prise de conscience sur ce que ça... ce que tu... (...) mais du coup ça entraîne plus de souffrances de se rendre compte (I1). C'est bizarre mais je ne sais pas je suis peut-être devenu plus sensible avec l'âge (I5). Quand on est jeune on se sent plus invincible et peut être aussi qu'en médecine on grandit plus vite parce qu'on est confronté à des choses pas forcément faciles... (I12) ».*

Donc par association, cela dégage plus de **DISTANCIATION** : « *La première fois (...) je n'étais pas très bien alors que maintenant, je me rendors (I2). Je crois avoir quand même réussi à le faire et justement à m'oublier un peu (I4). On arrive à mieux le gérer émotionnellement je pense, parce qu'on en a eu plusieurs, donc au bout d'un moment c'est pas qu'on est blasé mais on apprend à faire avec quoi (I14) ».*

Ils racontent développer une meilleure **MAITRISE DU RYTHME** allant surtout vers plus de temps de pause. « *J'ai l'impression que je laisse davantage de temps de parole aux familles (I6) Je suis plus serein, je prends plus le temps (I7) ».*

Et une meilleure **MISE A NIVEAU** des interlocuteurs : « *Ah, elle a utilisé un terme savant, elle sait de quoi elle parle. Et derrière en plus elle sait me l'expliquer », c'est quand même vachement bien (I6). On arrive mieux à communiquer et échanger, on a les mots peut être les plus justes, si on peut définir un mot juste... Les moins blessants et heurtants (I12) ».*

Malgré ou peut-être plutôt grâce, à toute la variabilité et la complexité des vécus, on retrouve une grande dynamique de progression, exprimée initialement par l'absence de formation préparatoire puis par l'acquisition de processus évolutifs comme le maniement du rythme du langage...

2.3.5 L'expression des vécus par les internes : un tabou ?

Pour terminer, en analysant le verbatim et en tentant de catégoriser et thématiser les paroles des internes, est apparue une forme d'interdit, de tabou ou d'absence de considération sur les vécus des internes lors de l'annonce des décès par le corps professionnel qui les forment :

« En plus je n'en parle pas de ça, de la difficulté de l'annonce... Si mes proches, mon copain, mon coloc. Mais extérieur à l'hôpital (I1). Je trouve ça cool de faire une thèse dessus. Parce que c'est un truc qu'on n'aborde pas de base. Il y a une espèce d'omerta sur tout ce qui est communication au patient en général, sur ses droits, sur les annonces, les maladies graves, l'accompagnement en fin de vie (I10) ».

Que dire de ce point, de ce vécu puissant ? La sensation d'avoir effleuré un sujet tabou a été rapporté par certains internes.

3 Recul et mise en représentations : DISCUSSION

3.1 Limites et forces d'étude

3.1.1 Les points forts :

La méthodologie choisie a été respectée. La triangulation des données a permis de dégager les points clés et de balayer un maximum de thématiques et l'utilisation du logiciel Nvivo pour le codage a permis d'être plus systématique dans l'analyse. Les entretiens semi-dirigés et ouverts ont, dans l'ensemble été riches, comme en témoignent le nombre de nœuds dégagés, avec un respect du cours de la pensée des internes interrogés. Ils ont été réalisés de façon systématique en tête à tête, ce qui a probablement participé à les mettre à l'aise et à libérer la parole des étudiants. Le tutoiement s'est rapidement révélé indispensable du fait de la proximité entre le chercheur et les étudiants renforçant aussi l'aisance des interviewés.

La réalisation de focus groups auraient probablement permis un plus large débat concernant les aspects concrets de l'étude et des rebondissements intéressants mais compte tenu du caractère parfois intime du sujet et de l'importance de se mettre à nu afin de répondre honnêtement aux questions, les internes auraient pu se censurer avec une telle méthode.

Bien qu'ayant mentionné au préalable le titre de l'étude aux participants, aucune précision sur les différents thèmes ou sur le contenu du guide d'entretien n'a été dévoilée par avance évitant au maximum le biais de connaissance. Il n'a d'ailleurs pas été ressenti lors des interviews.

3.1.2 Les points faibles :

Bien que le choix de la méthode qualitative soit très adapté à l'analyse de comportements humains face à une problématique de santé, ce travail a probablement quelques limites. Certains biais sont donc à questionner :

- Biais de sélection

La représentativité n'est pas adaptée à l'analyse qualitative, les résultats ne sont donc pas généralisables à l'ensemble de la population cible, d'autant que le recrutement s'est fait parmi une population restreinte (internes de médecine générale) bien que largement répartie sur le territoire et recouvrant des territoires urbains comme semi-ruraux.

Des profils diversifiés ont cependant été recherchés permettant d'obtenir une certaine diversité de milieu. Les internes avaient des âges et des sexes différents. Cependant il est à noter que les « jeunes » internes (2^e semestre) ont été sous représentés du fait de l'absence du critère d'inclusion. La réforme du 3^e cycle des études médicales, par l'attribution de poste aux urgences ou en cabinet de médecine générale à ces internes, est possiblement à l'origine de cette particularité.

De plus la proportion homme/femme est largement en faveur de ces dernières. Il est cependant à noter que, même si dans une étude qualitative il n'est pas cohérent de rechercher un effectif représentatif, cette balance est également déséquilibrée en ce sens parmi les étudiants en médecine de façon plus générale.

- Biais de déclaration et de désirabilité

L'analyse est appuyée sur les réponses spontanées des participants, ce qui ne peut exclure que certains n'aient pas exposé l'ensemble de leur point de vue (peur du jugement, réserve...). C'est pourquoi le guide d'entretien a été construit et pensé afin de balayer le plus de facettes possibles sur l'annonce de décès, avec des relances encourageantes pour l'interviewé.

- Biais d'investigation

Il est extrêmement compliqué de laisser de côté le système de pensée déductif fermement inculqué tout au long des études de médecine. Ceci est d'autant plus vrai qu'il s'agit d'un premier travail qualitatif.

Par ailleurs bien que les questions aient au maximum été construites de façon neutres et ouvertes, on ne peut pas exclure que certaines tournures de phrases formulées de façon spontanée au fil de l'échange aient pu influencer les réponses afin de rechercher les notions qu'instinctivement on suspecte. C'est le cas notamment quand une question a dû être reformulée car l'interlocuteur ne l'a pas comprise, en utilisant entre autres des exemples concrets pour illustrer le propos ou des doubles négations.

Lors du premier entretien, le vouvoiement instauré initialement lors de la rédaction du guide d'entretien a été abandonné quasi immédiatement, devant l'étrange distance créée entre l'étudiant interrogé et le thésard. Cela peut être remis en cause dans les deux sens, amélioration permettant aux interviewés de répondre librement, ou proximité influençant excessivement la parole... Le guide d'entretien et surtout les tournures de phrases des questions ont cependant été améliorées au long des entretiens et de l'acquisition d'une plus grande maîtrise du guide par le chercheur.

- Biais d'analyse

Comme le biais de désirabilité, l'analyse a pu être influencée par un chercheur débutant, interne et donc ayant sa propre opinion professionnelle et personnelle sur l'annonce de décès. Il a cependant été atténué par la triangulation des données.

Il existe des biais identifiables dans ce travail de thèse, seulement ils sont difficilement évitables. La variabilité maximale de l'échantillon ainsi que la saturation des données ont été obtenues.

3.2 L'annonce de décès par l'interne, source de ressentis.

Il est possible de discuter plusieurs des informations émanant de ces résultats. Certains d'entre eux semblent avoir plus de poids par la fréquence de répétition au sein du verbatim ou bien par la force par laquelle ils ont été contés. C'est alors sur la base de ces renforcements qu'il est possible de réfléchir et d'envisager une mise en représentation du sujet d'étude.

3.2.1 De l'émotion à l'intelligence émotionnelle.

3.2.1.1 Situation de reconnaissance émotionnelle.

Le parcours des internes interrogés s'inscrit dans la continuité d'un long passé du contrôle des émotions pour garantir en médecine, « *la bonne distance* ». Cet écart idéal, de l'approche la plus professionnelle des patients, est expliqué, entre autres, par le pédiatre F. Bourdeaut (48). Depuis longtemps, on considérait en philosophie, en psychologie et en sciences, les émotions ou les sentiments comme un danger pour la raison, comme un conflit entre affect et pensée. Or cela constituerait un risque de perte de contrôle des processus intellectuels et critiques, formants la base de la médecine occidentale. De même, l'égard que nous portons aux situations par nature fragiles, des personnes soignées exigerait que rien de leur joie, de leur légèreté ou de leur peine ne soit grevé ou froissé par le poids des états d'âmes propres aux soignants. Enfin de manière plus moderne, planait

encore l'idée qu'un investissement émotionnel puisse conduire à l'usure de l'équipe médicale et à son épuisement.

Pourtant les risques d'une telle considération des vécus de l'interne sont multiples. Il ne serait pas souhaitable de glisser vers l'absence de ressenti, comme une forme de fuite des émotions qui pourrait renforcer le sentiment de solitude pour le soignant comme pour la famille, qui est pourtant déjà très présent : I 5 : *J'ai toujours tout fait tout seul. (...) A cette époque je me disais « on laisse vachement les internes dans la merde, il n'y a aucun suivi, aucune aide quand on en a besoin »*. Il ne faudrait pas aboutir à une normalisation de la distance patient-soignant-proches. Enfin, et cela a clairement été pointé du doigt par les étudiants, il se pourrait que l'absence de prise en compte des ressentis, amène à l'occultation de la fonction éthique des sentiments, spécialement dans un moment comme l'annonce d'un décès.

C'est pourquoi, il apparaît nécessaire de se tourner, dans le cadre de la nécessité de reconnaissance émotionnelle, vers le développement de l'intelligence émotionnelle qui est une construction psychologique multidimensionnelle qui associe l'effet à la cognition et à la socialisation. Déjà en 1997, Mayer et Salovey (49) fournissaient un cadre la définissant comme un « *sous-ensemble de l'intelligence sociale impliquant la capacité de surveiller ses sentiments et émotions, ainsi que ceux des autres et à utiliser cette information pour guider ses pensées et ses actions* ». Ils décrivaient alors quatre capacités qui sous-tendent l'intelligence émotionnelle :

- La perception de l'émotion en soi et des autres (conscience émotionnelle),
- L'évaluation de ces émotions complexes (compréhension émotionnelle),
- L'organisation et la régulation des émotions en soi et des autres (gestion émotionnelle),
- Et l'intégration de ces émotions pour faciliter la pensée et la performance (facilitation émotionnelle).

C'est parfaitement le besoin qui se dégage des résultats de l'analyse des vécus des internes lors de l'annonce d'un décès : I 8 : *Je n'aime pas cette situation parce qu'on n'a pas de face à face et j'ai toujours du mal à ressentir les émotions et à guider mon entretien quand on est au téléphone. / I 7 : C'est un peu de juger et de savoir en gros, d'essayer d'arriver à juger si la personne est hyper fragile et déstabilisée mentalement c'est d'essayer de ne pas le dire alors que si tu sens que c'est à la maison, de leur dire d'essayer de s'asseoir et tu le fais de sorte qu'ils ne soient pas en voiture ou en situation à risque*. Cette nécessité transversale d'une reconnaissance des ressentis personnels et de l'interlocuteur apparaît comme nécessaire et passe donc par une meilleure maîtrise de cette intelligence émotionnelle qui a, par ailleurs, fait ses preuves.

Cela semble d'autant plus concret que la littérature fournit d'ores et déjà un fort consensus selon lequel l'intelligence émotionnelle est un ensemble de compétences développables, donc enseignables, et à la base des compétences interpersonnelles et de communication. Il existe des preuves d'amélioration des compétences par l'inclusion d'une formation sur l'intelligence émotionnelle dans le cursus médical (le Conseil d'accréditation de l'enseignement médical supérieur, système britannique (50)) avec une augmentation de manière significative de la prise de conscience de ses propres émotions, de la reconnaissance des émotions chez les autres et de la gestion des émotions des autres (51). Il est rapporté également la mise en évidence d'une corrélation de l'intelligence émotionnelle à la croissance personnelle et à l'amélioration des interactions sociales (52), (53). Arora et al. (50) fournissent même des preuves que « *l'intelligence émotionnelle supérieure est positivement associée à des soins aux patients plus empathiques et compatissants (soins aux patients), des évaluations de connaissances plus élevées (connaissances médicales) et une gestion efficace du leadership organisationnel (apprentissage et amélioration basés sur la pratique et pratique systémique)*. Elle a

également contribué à améliorer le travail d'équipe et la communication médecin-patient (compétences interpersonnelles et de communication et professionnalisme) ».

3.2.1.2 Mais aussi de surcharge émotionnelle.

Ce travail met en évidence que les vécus des internes lors de l'annonce de décès aux proches des patients sont variables, complexes et intenses. Il existe probablement des ressentis qui n'ont malheureusement pas pu être recueillis dans le cadre de cette étude, mais les nombreux sentiments et émotions qui en émanent, qu'ils soient positifs ou négatifs, sont la preuve d'un moment fort et profond.

Très peu d'études se sont, antérieurement, préoccupées des vécus des internes. La seule se rapportant directement au même type de sujet (54) a pu mettre en évidence en 2017 que les émotions les plus fréquemment rapportées par les étudiants en médecine, finlandais et cette fois dans le cadre de la délivrance de mauvaises nouvelles, sont l'anxiété, la tristesse, l'empathie, la frustration et l'insécurité. Elle confirme également que la connaissance des émotions des étudiant en médecine est peu abordée dans le domaine de la recherche et des études scientifiques. Cela tend à donner du poids aux résultats présentés ici, qui semblent, dans les grandes lignes, aller dans une direction commune de surcharge affective.

La charge émotionnelle des futurs praticiens lors de l'annonce des décès est donc considérable et ce, à tous niveaux du recueil des données, pour chacun des nœuds : I 6 : *C'est vraiment très varié et pour l'instant je n'ai pas réussi à développer une méthode infaillible (...)* J'ai quand même attendu d'être chez les infirmières pour pleurer là-bas... C'était la première fois qu'ils me voyaient pleurer donc ils pensaient que je faisais un break down (sourire). / I 4 : *Et je me dis « quelle violence », c'était hyper particulier et j'ai trouvé cette annonce... (silence).*

Grâce à une étude néerlandaise de 2013 (55), on sait pourtant déjà, que traiter les émotions est une caractéristique essentielle du comportement professionnel. Ces professeurs ont notamment montré, lors de leur exploration des facteurs affectant les émotions des étudiants en médecine, que des émotions fortes découlent des « *expériences impressionnantes* » issues de l'exercice de leurs fonctions et créant ainsi des tensions. Ils ont isolé de nombreux facteurs qui influencent la manière dont les étudiants soulagent leurs tensions. Leurs attributs personnels et leurs relations sociales, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la communauté médicale, apparaissaient comme importants.

Ainsi une équipe australienne (56) propose de prendre au sérieux les émotions inhérentes aux bonnes pratiques cliniques éthiques et, en particulier, les émotions accrues suscitées par des situations cliniques exigeantes sur le plan éthique, ce qui est absolument applicable à l'annonce d'un décès. Ils soutiennent que l'approche appropriée « *ne consiste pas à ignorer ou à mettre complètement de côté ces émotions, mais à les reconnaître, à y réfléchir et à les utiliser pour améliorer la prise de décision éthique. Les aspects émotionnels de la pratique clinique devraient être délibérément incorporés dans l'enseignement de l'éthique* ». Cela pourrait signifier que chaque professionnel de santé devrait s'efforcer de comprendre et interpréter la signification de ses propres émotions, d'autant plus lorsque la situation submerge et dépasse le praticien.

3.2.1.3 Pour une libération de la parole.

Que de motifs de s'intéresser aux vécus des jeunes médecins, comme des plus expérimentés. Cependant il existe des freins manifestes à la reconnaissance émotionnelle d'autant plus quand elle s'inscrit, comme ici, dans un contexte de surcharge.

Ce travail expose les difficultés des internes à exprimer leurs ressentis profonds. A plusieurs reprises, on a pu noter qu'il est complexe, pour eux, de répondre à des questions simples mais relevant de leur

être interne : I 14 : *Ou alors je ne sais pas comment les exprimer. / I 5 : C'est mitigé l'empathie, un peu de tristesse. C'est difficile comment question ! Super difficile ! (...) Comment dire, j'essaie d'être proche d'eux et en même temps assez loin et j'essaie de les épauler mais c'est une peu difficile à dire les sentiments qu'on a soit même...*

De même, en plus d'être dans l'embarras lors de la délivrance de leurs sensibilités, il est également arrivé qu'ils les expriment à travers une projection sur les co-internes, comme s'il existait une forme de mise en danger à les dévoiler en leur nom : I 5 : *Mais je sais qu'il y a beaucoup beaucoup de co-internes qui peuvent souffrir un peu que ce soit des décès ou des diagnostics difficiles de par l'aspect utile, ils sont tout le temps tout seul. Il n'y a jamais de chef... (...) Enfin je me rappelle une soirée, on était un peu alcoolisés malheureusement avec consommation modérée, où il y en a plein qui se sont mis à chialer en disant que c'était dur le stage, qu'il y avait tout le temps des décès et tout, et il n'y avait pas assez de soutien derrière. Cette notion émanait plutôt d'un processus inconscient, amenant à se questionner sur les entraves qu'ils ressentent à se livrer sur leurs perceptions des annonces de décès et en parallèle le besoin de le faire malgré tout.*

Il est également arrivé qu'ils semblent étonnés qu'un temps d'expression leur ait été accordé : I 10 : *Je trouve ça cool de faire une thèse dessus. Parce que c'est un truc qu'on n'aborde pas de base. Est-ce un signe qu'il serait nécessaire de libérer la parole, de permettre une ouverture sur ce domaine pour mieux identifier les affects des internes ? Ce phénomène est illustré encore plus intensément lorsque qu'il a été relevé la notion de tabou, concernant leurs vécus dans la discussion intra-hospitalière. Comme si les étudiants appartenant à ceux qui ne ressentent par de difficultés à s'exprimer, se heurtaient ensuite à l'absence d'un droit à la parole sur eux-mêmes : I 1 : *En plus je n'en parle pas de ça, de la difficulté de l'annonce... Si mes proches, mon copain, mon coloc. Mais extérieur à l'hôpital.**

Il pourrait alors être profitable de prendre un temps spécifique pour étudier et s'interroger sur les ouvertures à la parole des internes et sur leurs considérations dans le registre des vécus. Toutes ces informations amènent à penser qu'il serait certainement bénéfique pour les internes, dans leur gestion des émotions émanant de l'annonce d'un décès, comme dans bien d'autres facettes de leur exercice médical, d'introduire un moment de discussion honnête et libre.

Les vécus, émotions, sentiments des étudiants en médecine lors de l'annonce d'un décès aux proches des patients sont complexes, intenses et variés et pourtant se trouvent passés sous silence. Ils submergent les internes et engendrent des questionnements sur leurs capacités à les maîtriser. Pour prétendre y répondre, il pourrait donc être nécessaire de comprendre les émotions, les exprimer et échanger autour d'elles afin de libérer la parole des internes et les délier de ce carcan qui les entraves. Tout ce processus reprend le principe de l'intelligence émotionnelle (reconnaitre, comprendre et utiliser les ressentis) plébiscité indirectement par les internes dans cette étude.

3.2.2 Recherche de congruence dans la rencontre.

3.2.2.1 Libération de l'information indélébile

Ce temps de l'annonce d'un décès est par défaut associé à la conception d'une mauvaise nouvelle, probablement une des pires qui soient. La divulgation de cette information est invariablement accompagnée d'un vécu négatif pour le proche la recevant. Or les internes en ont la pleine conscience et expriment, à tous niveaux, le sentiment d'être presque, malgré eux, l'acteur de ce traumatisme chez

les familles, par cet aveu du décès : I 10 : *La plus grande (crainte) c'est de marquer la personne à vie. Qu'elle se souvienne toujours de ta voix ou de ton... Parce que là du coup c'était que ma voix. Comme un truc qui a fait basculer sa vie en une seconde tu vois. Truc qu'on connaît tous un jour. J'avais pas envie d'être l'objet de ça...*

Ils deviennent donc précautionneux pour les proches certes, mais également pour eux, essayant d'alléger leur rôle, quitte à abréger la rencontre : I 12 : *Oui des fois, parce que quand les situations me stressent trop, que t'es pas à l'aise avec le patient, ou pas à l'aise avec les familles, des fois tu peux abréger un peu la conversation. Tu vas peut-être pas autant être ouvert et accompagnant. Certains vont même parfois jusqu'à forcer la mise en place d'une distance : I 14 : *Après je mets quand même pas mal de recul, je ne m'investis pas trop dans leur peine, voir même créer une forme d'indifférence protectrice : I 9 : *Moi ça me dérange pas trop en général. Maintenant j'en ai fait tellement que... (...) Moi ça me fait pas grand-chose. (...) Moi j'ai pas besoin de beaucoup plus d'interaction quoi.***

Ce phénomène a déjà été étudié dans des contextes plus connus comme la dimension émotionnelle du burn out (57) ou les conséquences psychologiques de situations de stress chez les médecins urgentistes (58). Mais pas à l'échelle de l'interne en situation d'annonce de décès ou de mauvaise nouvelle. On retrouve cependant une construction commune aux résultats présentés ici. Ces situations peuvent conduire à une dégradation de la relation aux autres amenant l'individu à se désinvestir des relations sociales, à se distancier d'autrui et à manifester un comportement traduisant une absence d'émotion ou un détachement, appelé distanciation. La distanciation de la relation au patient, et ici aux proches, semble être une des stratégies pour faire face aux situations de stress.

Cette particularité d'une nouvelle invariablement dévastatrice, a été soulignée par les internes, presque à tous moments des entretiens via l'expression d'un inconfort et d'une forme de fatalité rendant l'exercice de communication, quasiment impossible à réaliser de manière satisfaisante à leurs yeux : I 1 : *Le sentiment d'être démunie aussi, impuissant parce qu'on ne peut pas atténuer le chagrin des gens à qui on a dit ça. Sentiment probablement lié à l'apprentissage immuable du « Primum non nocere » dès les prémices de leurs études, principe non applicable malgré toutes les bonnes intentions dont ils pourraient se doter.*

Ce ressenti désagréable peut même pousser les internes à aller jusqu'à une remise en question d'eux-mêmes, mettant clairement en lumière l'impact qu'à la divulgation d'une telle nouvelle : I 12 : *Mais c'est difficile parce qu'on ne sait pas comment les gens vont réagir et on a peur de ne pas utiliser les bons mots et les formulations. On se demande s'ils vont bien comprendre, est-ce qu'ils sont prêts à entendre ce qu'on va leur dire. C'est plutôt ça qui me gêne en fait, c'est pas facile.*

3.2.2.2 Déploiement de la narration

Ils tentent alors de mettre en place une série d'attitudes et de stratégies de communication visant à atténuer ce ressenti. Ils essaient d'enrober le discours, de l'adoucir et le rendre plus supportable : I 13 : *J'essaie de dire qu'il n'y a pas eu de soucis, que la personne est partie dans de bonnes conditions, qu'elle n'a pas souffert. Chercheur : Quelle que soit la façon dont elle est partie ? I13 : Oui. J'enrobe.*

Il existe un consensus général dans la littérature médicale (59), (60) sur le fait que la divulgation complète, l'empathie et l'honnêteté sont nécessaires pour délivrer une mauvaise nouvelle. De même, la présentation des mauvaises nouvelles, comme une suite logique d'événements, a été souligné comme un moyen efficace de divulgation. C'est nettement imagé par l'interne 3 : *C'est quelque chose de très important pour les proches, ça peut les marquer donc c'est important de bien présenter et être empathique parce que je pense que ça peut avoir des répercussions après sur la vie, sur l'acceptation du décès, sur les différentes étapes du deuil.* Cette approche par étapes est particulièrement

importante lorsque les nouvelles sont inattendues, car fournir un contexte peut réduire le choc et l'incrédulité des destinataires de nouvelles.

C'est alors avec cet objectif, plus inconscient que maîtrisé, que les internes tentent d'ajouter de la narration dans leurs annonces : de la recontextualisation, de la répétition... et de choisir leurs mots de façon soignée et expressive : I 8 : « *Toutes mes condoléances* ». *C'est un truc que j'ai remarqué que je fais toujours, il n'y a pas grand-chose de médical, c'est juste humain, ça fait partie de la société et qui fait, au final, qu'on n'a pas besoin de quoi que ce soit de plus.*

L'analyse sociologique de récits narratifs de mauvaises nouvelles dans les interactions médicales et non médicales (61) a identifié trois approches théoriquement dérivées de la mauvaise diffusion des nouvelles. La franchise : la diffusion de mauvaises nouvelles sans préambule, la prévision : la préparation du destinataire pour les mauvaises nouvelles avant la livraison, et caler : éviter les mauvaises nouvelles. Bien qu'elles n'aient pas encore été évaluées de manière empirique, ces classifications concordent avec l'utilisation signalée de tirs d'avertissement, la fourniture d'informations dans une séquence logique et les mauvaises nouvelles soudaines.

Ainsi les résultats sur l'annonce d'un décès retrouvés ici, semblent en adéquation avec les différentes études réalisées dans le cadre vaste de la délivrance de mauvaises nouvelles, puisqu'on retrouve un mélange, dans cette étude, de ces différentes approches narratives : I 9 : *J'essaie de leur dire rapidement que c'est pour le décès que j'appelle. Je leur dis « il est décédé » en générale. / I 11 : En générale je n'amène pas forcément moi-même le terme « il est décédé ». Je dis « j'ai une mauvaise nouvelle à vous annoncer », je laisse un petit intervalle de temps libre pour voir si la personne dernière intervient et en générale elle dit « il est mort ».*

3.2.2.3 *Mise en contact, rencontre espérée*

Les étudiants ont conscience qu'ils rencontrent alors plus qu'un individu mais une autre personne dans toutes les dimensions de son être. Cette rencontre n'est donc pas le fruit du hasard, mais un véritable événement, au caractère exceptionnel, s'inscrivant dans la temporalité du proche.

Si le patient se dévoile au médecin, s'expose à son regard, à sa connaissance, à sa science, il en appelle à sa responsabilité. Il attend donc du médecin, en tant que personne, qu'il le respecte, voire qu'il le protège (engagement scellé par le serment médical inspiré du serment d'Hippocrate). Cet engagement s'étend alors ensuite aux proches, d'autant plus dans un moment comme l'annonce d'un décès où le médecin n'est plus « *tant dans « le faire » que dans « l'être », il ne se situe plus tant dans le savoir, que dans la relation* » (62).

Confrontés à l'insécurité et au manque de contrôle, ces personnes (autant l'étudiant que le proche) cherchent avant tout à créer une relation dotée d'un pouvoir de protection. Bien entretenue, « *la relation externe peut ensuite constituer une structure d'aide préconsciente dans le monde interne du proche, capable de réduire le désespoir* » (61). C'est ce qu'essaie d'appliquer les internes : I 3 : *Mettre une main sur une épaule, le contact, de demander si elles ont besoin de s'asseoir être plus dans le réconfort, ne pas hésiter à leur dire qu'ils peuvent rappeler dans le service quand ils veulent, ça c'est vraiment ce que les infirmiers ou les équipes soignantes font dans leur propos je trouve. Pas juste faire l'annonce et basta.*

Il semble important de reconnaître la relation et la rencontre comme un concept central et de ne pas considérer le temps de l'annonce comme une information en soi. On retrouve même, dans la littérature, des mises en garde rappelant que la communication de mauvaises nouvelles par téléphone est une entreprise exigeante et sensible et que l'utilisation du téléphone se prête facilement à des fautes professionnelles (63) : I 14 : *Et après je les ai vu, j'ai refait une annonce avec eux dans la*

chambre, parce qu'il était tard et c'était pas du tout attendu donc je voulais leur expliquer un peu mieux et je trouve qu'au téléphone on ne peut pas expliquer, en plus ils pensent totalement à autre chose les gens, ils ne sont pas du tout en mesure d'avoir une information donc voilà.

En réalité, ce que recherchent les internes, c'est l'atteinte d'une congruence authentique et intime entre eux et les proches des patients, dans l'espoir d'arriver à un embellissement de cet instant indélébile. Ils font le pari quasiment impossible d'une rencontre contact, avec mise en scène d'une bonne distance et d'une juste proximité pour dépasser le choc de cette annonce bouleversante et la difficulté de cette narration. C'est grâce à cette prospection que certains internes ont eu les capacités de se rapprocher d'une adéquation de vécus quel qu'en soit le registre : I 4 : *Et vraiment là où je suis à l'aise, c'est de leur dire « bravo, bravo d'être là et de ce que vous faite, c'est une belle fin, il était accompagné jusqu'au bout et entouré d'amour ». C'est hyper important ça, donc je joue plus sur ça. (...) Mais voilà la technique juste la valorisation de la famille. / I 6 : Et c'est surtout le fait que la famille que j'ai vue pendant 2 heures m'a remerciée comme si j'étais le sauveur en fait, juste parce que j'avais mis de la morphine et de l'Hypnovel pour soulager le monsieur. C'est surtout ça, le confort qui m'a marqué avec la famille qui me remerciait avec les larmes aux yeux, donc j'ai commencé et j'ai fini par pleurer après.*

L'annonce de décès est donc un moment de délivrance d'une information brute par l'interne, qui ressent les implications d'un tel rôle et tente de s'en départir. Premièrement pour lui, dans son approche du rôle qui lui incombe, mais aussi pour les proches, en s'hasardant à utiliser diverses techniques de narration. Cependant ce qui se joue véritablement, c'est probablement la recherche d'une rencontre, d'une congruence des vécus, pour traverser ce temps particulier.

3.2.3 Un apprentissage critiqué et fantasmé.

3.2.3.1 Absence d'opération, manque d'objectif et de stratégie

Au cours des entretiens, une des notions revenant indépendamment de la question posée, était le manque de cadre et de connaissance de la méthode voir même de l'objectif à atteindre, lors d'une annonce de décès : I 3 : *Parce que la première fois que j'ai dû annoncer un décès par téléphone on ne sait pas trop comment faire, on est perdu, pas aidé / I 14 : Sur le tas, (rire) comme on fait beaucoup. (...) Et puis non, on ne nous a jamais dit « il faut dire comme ça les choses ». Non on se débrouille.*

Cela a été le point de départ d'une demande constante de plus d'apprentissage sur le sujet qu'est l'annonce de décès : I 5 : *Ah oui je n'en ai pas parlé mais je n'avais jamais vu d'annonce de décès avant, c'était « prend le téléphone et annonce à la famille le décès », et ce n'est pas normal quoi... Je pense que la spé « annonce de décès », elle est complètement mise à part, complètement oubliée par tout ce qu'on peut apprendre au fur et à mesure de nos études.* Pourtant les étudiants en médecine et les résidents transmettent fréquemment des mauvaises nouvelles aux patients et aux familles. Cette responsabilité commence tôt dans la formation. Malgré leur inexpérience, beaucoup ne semblent pas recevoir de conseils ou de soutien adéquats au cours de leurs premières expériences de formation (64). Les rares informations recueillies auprès des étudiants en médecine et confirmant les résultats présentés ici, suggèrent qu'ils se perçoivent comme étant insuffisamment formés pour délivrer des mauvaises nouvelles.

Or grâce au travail réalisé dans le cadre du plan Cancer (2003–2007) et de l'émission des recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer (65), il apparaît maintenant évident qu'il est nécessaire de suivre une trame. Un plan préliminaire à l'entretien, visant à annoncer une mauvaise nouvelle, le distinguant alors d'une discussion. Dans le cadre de l'annonce d'un cancer, il est alors recommandé de suivre 4 étapes distinctes (un temps médical d'annonce diagnostique et proposition de traitement ; un temps d'accompagnement soignant et d'information ; un temps de soutien et un temps d'articulation avec la médecine de ville). Ce concept aurait probablement mérité d'être extrapolé à l'annonce d'un décès et transmis aux internes.

Les étudiants interrogés dans cette étude, désiraient franchement la diffusion de cette direction à suivre afin de réaliser leur métier et ce, avant de se lancer dans l'internat et de découvrir cet exercice : *I 13 : Cela serait bien qu'on soit plus formés. Comme tout le monde a dû te répondre qu'on soit plus accompagnés, au moins sur les premiers et deuxièmes semestres, quand tu débarques interne de 1e semestre, que tu n'as jamais fait ça et surtout jamais vu quand tu es externe c'est compliqué de trouver les mots, de ne pas être maladroit et d'avoir les bons mots pour les familles et pour les rassurer. Que l'annonce se passe dans de bonnes conditions, que la formation... / I 14 : C'est lors des premières gardes, il y a des décès dans les services donc bah là on se dit « déjà je sais même pas comment voir que le patient est bien décédé »... donc on se dit « oui, il est bien décédé à priori » et ensuite on ne sait pas, est-ce qu'on doit appeler, les familles nous demandent souvent qu'est-ce qu'il faut amener... Bah j'en sais rien moi de ce qu'il faut amener... c'est la première question qu'ils ont et on ne sait jamais répondre surtout que ça dépend des services et des chambres mortuaires.*

Il apparaît franc, qu'en plus d'être un moment empreint d'émotions diverses, exigeant des outils de communication et la recherche d'une rencontre, c'est une expérience pour laquelle, ils n'ont en amont aucun code de base transmis par leur enseignement antérieur.

3.2.3.2 Poursuite de la co-construction et de la collégialité

Mais plus qu'une demande de formation, qu'ils définissent eux-mêmes comme difficile à mettre en œuvre (*I 10 : Oui moi j'aurai trouvé ça cool mais aussi avant de la faire du coup... plus qu'après. Ou pour les deux. Oui j'aurai aimé mais je pense que les chefs n'ont pas été formés non plus donc du coup c'est aussi délicat, eux de nous enseigner des trucs alors qu'eux aussi ont appris sur le tas...*), ils semblent rechercher un accompagnement par la présence de pairs ou de séniors en mesure de leur transmettre leurs expériences sur le sujet.

La littérature montre qu'un des principes de la formation médicale est qu'il faut « *apprendre par la pratique* » (64), parce que l'éducation en amphithéâtre, bien qu'importante, est insuffisante. Cette approche implique l'obligation de superviser les stagiaires afin de guider leur apprentissage tout en assurant de bons soins aux patients. Ceci est nettement exprimé par l'interne 6 : *De façon involontaire, quand des co-internes appellent et que je suis à côté, mais pas par un chef. Non je n'ai jamais assisté à un chef qui annonce un décès ou quelque chose comme ça. (...) Ce n'était pas structuré. J'ai vu que la personne X faisait ça comme ça, et plutôt bien, donc je me suis dit « ah je vais refaire » pour la personne Z. Puis j'ai vu que la personne Y faisait ça, comme ça et que ça se passait aussi bien donc j'essaye de faire une sorte de melting-pot de ce que faisait mes co-internes et j'en suis là... (...) Je pense que vraiment ce qui est important, c'est la formation avec les pairs, nos co-internes en fait.*

Le manque de soutien de la part des autres membres de l'institution hospitalière a également été cité à plusieurs reprises comme un obstacle par les canadiens, pionniers sur de nombreux domaines de l'enseignement et la communication (66). Les résidents auraient décrit le besoin de soutien de leurs collègues, de leurs superviseurs et d'autres professionnels de la santé. Les personnes interrogées auraient de plus, suggéré que non seulement les patients et les membres de la famille ont besoin de

soutien, mais aussi les résidents eux-mêmes. I 3 : *Ce n'est pas évident en tant qu'interne parce qu'on n'a pas de formation, on ne nous montre pas forcément, on ne nous explique pas, on est un peu seul (...). Ça serait bien qu'on ait des formations parce que même si je disais tout à l'heure que le rôle des médecins c'est de soigner les patients, il y a aussi un moment où le patient décède, la fin de vie, donc c'est important qu'on ait une bonne formation sur la fin de vie, sur l'annonce de décès, sur comment accompagner les proches, comment nous, gérer nos sentiments, notre vécu... Moi j'aurais bien voulu être accompagnée davantage par des chefs ou autre.*

On retrouve alors une concordance et un parallélisme entre les différentes études de la littérature internationale sur la délivrance de mauvaises nouvelles et ce travail relatif aux vécus des internes lors d'annonces de décès. Ils recherchent dans ces deux cas une collégialité et l'appropriation d'expériences co-construites, avec les co-internes, collègues et supérieurs possédant un recul et une pratique qu'ils n'ont pas encore : I 12 : *Durant l'externat on est vraiment détaché. On est jamais confronté à ça ou invité à participer et au contraire peut-être que ça serait bien. (...) Je trouve que le fait d'avoir une équipe cela soutient. Les infirmières, les aides-soignantes, elles ont leur expérience et souvent elles en connaissent, dans ces cas, plus que toi et niveau technique (combien de temps il reste en chambre etc.).* Notion qui fait probablement écho à ce sentiment de solitude participant lourdement à cette surcharge émotionnelle.

3.2.3.3 Retour sur situation, le débriefing

C'est alors pour pallier ce manque de structure du savoir théorique et cette absence d'accompagnement physique et intellectuel qu'il serait probablement profitable d'introduire le partage de vécus et le retour sur expérience au sein des lieux de stage, redonnant la parole aux internes. Ils ont ainsi été nombreux à suggérer la nécessité d'une forme de débriefing : I 4 : *Le manque d'accompagnement face aux situations difficiles de l'annonce de décès ou de l'après pour pouvoir débriefer en parler, ça, ça a été difficile.*

Une étude finlandaise (54) rapporte sur ce plan, que les étudiants se sentent ambivalents dans un contexte de délivrance d'une mauvaise nouvelle et ont du mal à trouver un équilibre entre les émotions personnelles et les attentes qu'ils ont pour eux-mêmes. Ils affirment alors également que « *les sentiments troublants des internes doivent être pris en compte et les élèves doivent recevoir un soutien pour relever ces défis* ». Des moyens éducatifs sont ainsi proposés pour favoriser l'empathie et l'adaptation, par exemple, dans l'apprentissage par l'expérience, les sciences humaines médicales, les interventions basées sur la pleine conscience, l'écriture réflexive et les groupes Balint. Méthodes étonnamment proposées spontanément par les internes de ce panel : I 12 : *Je trouve dommage qu'il n'y ait pas dans notre formation de temps d'échange sur ça. Qu'à la fac, dans nos cours on n'ait pas, sur les décès ou même les situations difficiles, de temps d'échange ou je sais pas, avec un psychologue qui assisterait, pour savoir comment les internes, le vivent, parce que c'est peut-être plus difficile pour certains que pour d'autres. (...) Les groupes Balint pour ça c'est peut-être bien justement. C'est bien aussi parce que tu parles de ton moi professionnel. On a trop tendance à, hop repartir dans une situation personnelle sauf que ça embue le problème qui est professionnel même si le personnel retentit. On résout notre problème personnel sans se soucier du professionnel et du coup on avance pas dans le bon chemin.*

Après analyse de publications existantes (64), on découvre de surcroît, la preuve scientifique de l'intérêt de telles démarches puisque lorsque des discussions ont eu lieu avec des médecins plus expérimentés, avant ou après la rencontre, elles ont été jugées utiles environ 80% du temps. Ajouté à cela, une simple observation de l'annonce d'une mauvaise nouvelle réalisée par une tierce personne est pratiquement toujours jugée utile par les étudiants qui ne sont, que très peu, à avoir pu le faire si l'on en croit les médecins de Boston.

Or comme expliqué ici : I 12 : *En fait on en parle souvent en débriefant au petit déjeuner avec les infirmières, le « qui est mort cette nuit », ou avec les co-internes on en parle, et le chef plus rarement on va dire. Avec ses amis et des fois avec CC (conjoint). Je pense que ce sont les choses qui nous tracassent, parce qu'on ne parle pas de toutes les annonces de décès...*, les annonces pour lesquelles il semble presque indispensable aux internes, d'avoir le droit et la possibilité d'en parler sont justement, celles ayant engendré une surcharge émotionnelle particulièrement grande. Ce sont, de plus, celles pour lesquelles ils auraient, le plus, eu besoin de faire appel à leur intelligence émotionnelle et d'utiliser les compétences acquises via la maîtrise de la communication lors de la rencontre.

Il n'est pas aisé de trouver des clefs susceptibles de diminuer cette tension émotionnelle qui est proportionnée. Pour autant, il pourrait être proposé différentes améliorations dans le domaine de l'apprentissage pour lui permettre d'acquérir des capacités d'attention à ses émotions, pour si possible les transformer en capacité relationnelle. Il apparaît ainsi vraiment utile de prévoir un compagnonnage de l'interne pour l'annonce de décès (avant, pendant et après).

4 PRECONISATION pour agir

4.1 Clefs pour la reconnaissance émotionnelle

Dans l'optique d'une meilleure compréhension des surcharges émotionnelles secondaires à la pratique médicale, les enseignants australiens (56) proposent un guide de réflexion constitué d'une série de questions que les étudiants doivent se poser :

- Quelle sorte d'émotion je ressens ?
- Quelles sont mes émotions ? (Sont-elles orientées vers moi-même, d'autres personnes ou une caractéristique de la situation ?)
- Pourquoi je ressens ces émotions ?
- Quelles sont les émotions que ressentent les autres et comment cela m'aide-t-il à comprendre mes propres émotions ?
- Comment ces émotions se rapportent-elles aux autres caractéristiques éthiquement importantes de la situation ?

Cela semble plutôt simple et pourrait être utilisé par les étudiants français.

4.2 Le retour sur situation en groupes Balint

Le concept des groupes Balint, apporte un excellent modèle de mise en place d'instant de ce type. Dans les années 1950, le psychanalyste Michael Balint a organisé des séminaires pour les médecins généralistes, appelés plus tard « groupes Balint » (67). Initialement, dans les groupes Balint, les généralistes et / ou autres professionnels (para) médicaux exploraient les interactions difficiles avec les patients par le biais de présentations de cas et de discussions. Les participants présentent des cas qui sont ensuite commentés par les membres du groupe, exprimant leurs pensées, leurs idées et leurs émotions. Ce processus peut aider les participants à élargir leur point de vue sur la difficulté initiale qu'ils ont vécue et peut influencer leur perception globale de leur pratique et leurs interactions avec les patients.

Appliquée au sujet de ce travail et aux internes, les groupes Balint pourraient constituer la clef pour donner un moment de partage et de réflexion. Cette perspective a déjà été proposée dans le cadre d'une étude centrée sur un déclin de l'empathie au cours des études de médecine (68). L'auteur, psychiatre et professeur à la Sorbonne, évoque plusieurs solutions, notamment à travers la promotion d'enseignements dédiés : psychologie médicale, médecine narrative et groupes Balint. Ces résultats ont de plus été vérifiés (69), suggérant que les groupes Balint peuvent permettre aux étudiants en médecine de mieux gérer des situations cliniques difficiles. Les auteurs vont jusqu'à encourager l'évaluation des initiatives de formation conçues pour aider les jeunes étudiants en médecine à prendre en compte la composante émotionnelle d'une relation médecin-patient.

4.3 Modèles d'enseignement en communication

Concernant le domaine de l'enseignement et de l'accompagnement, celui regroupant toutes les compétences en communication est clairement à développer... Il n'existe aucun cours concret sur la communication au cours des 1^e et 2^e cycles des études médicales en France alors qu'on retrouve partout dans la littérature, des preuves de leurs efficacités cliniques et psychiques dans l'exercice de la médecine par les étudiants.

Au Royaume-Uni, la communication clinique est devenue un élément essentiel de la formation médicale (70). Elle est dispensée par divers enseignants issus de milieux cliniques, psychologiques, sociologiques, anthropologiques et éducatifs. Un important groupe, le Conseil britannique de l'enseignement de la communication dans l'enseignement médical de premier cycle, a même été créé

en tant que « *communauté de pratique* » composée de représentants de la plupart des écoles de médecine britanniques. Cela a permis de commencer le travail sur un programme national de communication clinique, « *nécessaires à connaître* » dans l'enseignement médical moderne.

Aux USA comme au Canada, les compétences en communication sont considérées comme un domaine de compétence essentiel tant pour les résidents que pour les médecins en exercice, avec une obligation de l'intégrer à la formation médicale par un enseignement et une évaluation (71). La communication occupe une place importante dans l'USMLE (The United States Medical Licensing Examination) ainsi que dans l'examen des compétences cliniques administré par le Conseil Médical du Canada (MCC) (72).

Enfin les Finlandais vont plus loin (54) dans l'appropriation des défis émotionnels lors de rencontres cliniques. Plusieurs méthodes d'apprentissage par l'expérience sont utilisées dans les études de compétences en communication (jeux de rôles, simulations avec des acteurs, entretiens avec des patients enregistrés et véritables rencontres de patients). L'annonce de mauvaise nouvelle fait partie intégrante des études de compétences en communication au cours de la quatrième année d'études. Le cours obligatoire commence par deux cours d'introduction suivis de séances en petits groupes avec des patients simulés qui sont des acteurs professionnels et un enseignant clinique guidant les séances. Après chaque simulation, il y a une discussion de réflexion et à la fin du cours, les étudiants réfléchissent à leur apprentissage des compétences en communication.

Il semble alors incontestable, aux vues des résultats de la présente étude, que l'intérêt d'une meilleure maîtrise de la communication améliorerait grandement les vécus des annonces de décès et aplanirait les difficultés rencontrées par les internes. Alors pourquoi ne pas aller dérober les techniques des voisins, déjà développées et fructueuses ?

5 Conclusion

La mort est malheureusement une incontournable de l'exercice du soin et plus spécifiquement de la médecine. Il est impossible de s'attacher à maintenir la vie sans parfois se heurter à l'impossible et assister au mourir d'un être.

L'interne n'est qu'un acteur de cette scène humaine mais est voué à obtenir un rôle plus central. Il est mu par une source de savoir, certes vaste, mais insuffisante lorsqu'il s'agit de traiter de ressentis. Annoncer un décès est alors inévitablement un exercice redouté et en équilibre au sein de multiples vents d'émotions, sentiments créant un vécu singulier et unique, autant pour le proche que pour l'interne. Ce moment est pourtant peu introduit auprès d'eux et encore moins encadré.

Il ne fait maintenant plus de doute que l'étudiant, cherchant ses marques et construisant son expérience, est empreint lors de cette annonce, d'un infini ressenti, complexe, variable et intense. Cela ne rend que plus important, le besoin d'apprendre à utiliser l'intelligence émotionnelle, nouvelle corde à l'arc de l'interne, puisqu'elle devient indispensable dans cet échange. Il n'existe plus de dichotomie entre raison et émotion mais un continuum entre les deux permettant une utilisation positive des vécus. Et pour y parvenir, il apparaît nécessaire d'en parler, libérer la parole des internes sur leurs émotions. Il est important de pouvoir se livrer, au sein du monde professionnel, sur son être intérieur pour en sortir grandi.

Seulement ce moment n'est pas qu'une simple délivrance d'information, c'est plutôt une révélation, dans le sens d'un partage grave d'une nouvelle indélébile qui marque. Par la brusque communication d'un décès, l'interne use de mots qu'il sait, plein de conséquences. Il se construit alors une coque bienfaisante par l'utilisation de l'entretien, étoffé ainsi de techniques de narration. Il arrondi, enrobe et travaille cet échange pour atteindre une forme d'embellissement du moment. Il tente donc, sans toujours y parvenir, d'atteindre une congruence à l'autre, forme de réunion avec et pour le proche du défunt.

L'ensemble de cette complexité met en lumière, les lacunes de l'apprentissage de l'interne, totalement dépourvu d'enseignement théorique et pratique sur le sujet. Une annonce nécessite d'être préparée, schématisée, construite dans le but de cette délivrance importante. Or les étudiants ne semblent même pas connaître pleinement l'objectif réelle d'une telle annonce. On constate une absence d'opération dans cette tâche, un manque de stratégie. On relève un vigoureux appel au partage dans l'élaboration des connaissances menant à annoncer un décès. Il apparaît comme important de fournir une collégialité et permettre la co-construction entre étudiants et séniors ou équipes soignantes. En ce sens, le retour sur situation s'impose comme une pratique à développer. Le debriefing revêt alors de multiples fonctions très probablement emplies de bénéfice pour l'interne.

Des évolutions sont donc à prévoir. Comme toujours en médecine, il y aura du nouveau et du renouveau qui pourrait être porté par de futurs projets de recherche approfondissant cette thématique des vécus et de l'annonce du décès qui semble, pour l'instant, relativement mise de côté.

« Il est possible de développer diverses capacités émotionnelles en s'engageant dans des actions associées de façon caractéristique à des émotions particulières... et après un certain temps et d'efforts, les émotions elles-mêmes peuvent venir plus naturellement »

Aristote

6 Références

1. Code de la santé publique - Article R6153-3. Code de la santé publique.
2. Code de la santé publique - Article R4127-38. Code de la santé publique.
3. Sullivan AM, Lakoma MD, Block SD. The Status of Medical Education in End-of-life Care. *J Gen Intern Med.* 2003;18(9):685-95.
4. Billings ME, Engelberg R, Curtis JR, Block S, Sullivan AM. Determinants of Medical Students' Perceived Preparation To Perform End-of-Life Care, Quality of End-of-Life Care Education, and Attitudes Toward End-of-Life Care. *J Palliat Med.* 2010;13(3):319-26.
5. Lutz C. Les internes de médecine générale, en fin de cursus, se sentent-ils compétents pour prendre en charge des patients en fin de vie ? [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
6. Garling J. Phénoménologie du stress des jeunes internes de garde aux urgences : la confrontation à l'impuissance et à la mort. [Nice]: Université Sophia Antipolis; 2015.
7. Marchand LR, Kushner KP, Siewert L. Death Pronouncement: Survival Tips for Residents. *Am Fam Physician.* 1998;58(1):284.
8. AAIHP - Histoire de l'Internat [Internet]. 2018 [cité 7 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.aaihp.fr/Histoire.php>
9. Code de l'éducation - Article R632-20. Code de l'éducation.
10. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016-1597 nov 25, 2016.
11. Code de l'éducation - Article R632-12. Code de l'éducation.
12. Poinceaux S, Texier G. Internes de médecine générale : quelles compétences en soins palliatifs ? *Médecine Palliat.* 2016;15(1):15-26.
13. Boch A-L. L'enseignement de l'éthique au cours des premier et deuxième cycles des études médicales. État des lieux dans les facultés de médecine françaises. *Éthique Santé.* 2010;7(3):117-22.
14. Code de la santé publique - Article R6153-2. Code de la santé publique.
15. Code de l'éducation - Article R632-26. Code de l'éducation.
16. Décret n°99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie. 99-930 nov 10, 1999.
17. APHP DAJ. Circulaire n° DGS/554/OD du 8 décembre 1988 [Internet]. 1988 [cité 3 juill 2018]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dgs554od-du-8-decembre-1988-relative-a-la-fixation-des-conditions-selon-lesquelles-les-internes-en-medecine-les-residents-et-les-etudiants-designes-pour-occuper-a-titre-provisoir/>
18. Code de la santé publique - Article R4127-76. Code de la santé publique.

19. Dedienne M-C, Bornet- L, Hauzanneau P, Labarère J. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. Rev Prat. 2004;18(674-675):1495-8.
20. Mino C. Relation ou interaction médecin-malade ? Rev Prat. 2002;16(563):210-3.
21. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PLOS ONE. 2014;9(4):e94207.
22. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. J Am Board Fam Pract. 2002;15(1):25-38.
23. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. Br J Gen Pr. 2013;63(606):e76-84.
24. Dedienne M-C. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups [Internet]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2001. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00784221/document>
25. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
26. Code de la santé publique - Article L1111-6. Code de la santé publique.
27. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Bollaert P-E, Brun F, et al. Opinions about surrogate designation: a population survey in France. Crit Care Med. 2003;31(6):1711-4.
28. Pougnet R, Pougnet L. Apports de l'amitié aristotélicienne pour l'éthique de la relation entre internes et médecins séniors. Éthique Santé. 2017;14(4):225-30.
29. Bridges D, Davidson RA, Odegard PS, Maki IV, Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. Med Educ Online. 2011;16(1):6035.
30. Godeau E. « Dans un amphithéâtre... ». La fréquentation des morts dans la formation des médecins. Terrain Anthropol Sci Hum. 1993;(20):82-96.
31. Tudrej BV. La mort en médecine générale, la somme de toutes les peurs. Témoignage. Ethics Med Public Health. 2017;3(1):159-61.
32. Notredame C-E. L'étudiant en médecine, un apprenant en violence. Éthique Santé. 2013;10(3):144-8.
33. Gorgiard C. Quelques notions fondamentales sur les notions de vie et de mort et leurs réalités quotidiennes. Ethics Med Public Health. 2017;3(1):157-8.
34. VandeKieft G. Breaking Bad News. Am Fam Physician. 2001;64(12):1975.
35. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
36. Institut National du Cancer. Les 17 objectifs du Plan - Plan cancer 2014-2019, de quoi s'agit-il ? | Institut National Du Cancer [Internet]. 2014 [cité 17 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.e->

cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Plan-cancer-2014-2019-de-quoi-s-agit-il/Les-17-objectifs-du-Plan

37. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
38. Buckman RA. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncol*. 2005;2(2):138-42.
39. Laborie J-M, Haegel A, Carli P. L'annonce à la famille d'un décès dans le contexte des urgences hospitalières et pré-hospitalières. *Masson*. 2002;(15):5-14.
40. Bacqué M-F. L'annonce de la mort. *Études Sur Mort*. 2008;(134):99-104.
41. Torres P. Témoignage sur le vécu de la mort à l'hôpital pour les professionnels. *Ethics Med Public Health*. 2017;3(1):166-8.
42. Parent K. Que faire des violences rapportées par les étudiants ? *Éthique Santé*. 2013;10(3):155-62.
43. Nikiforaki D. De la communication en médecine à l'épreuve de la mort. *Éthique Santé*. 2018;15(1):15-20.
44. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;(23):147-81.
45. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine [Internet]. [cité 6 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.theorisationancree.fr/guide.pdf>
46. Code de la santé publique - Article L1121-1. Code de la santé publique.
47. Université de Bordeaux. DES de Médecine générale [Internet]. Collège santé de l'université de Bordeaux. 2018 [cité 8 sept 2018]. Disponible sur: <http://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Tout-sur-vos-etudes/Medecine/DES-de-Medecine-generale>
48. Bourdeaut F. Les émotions dans la relation de soin : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression. *Éthique Santé*. 2006;3(3):133-7.
49. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence ? New York: Harper Collins. New York: In P. Salovey & D. J. Sluyter; 1997. 3-34 p. (Emotional development and emotional intelligence: Educational implications).
50. Arora S, Ashrafian H, Davis R, Athanasiou T, Darzi A, Sevdalis N. Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies. *Med Educ*. 2010;44(8):749-64.
51. Borges NJ, Kirkham K, Deardorff AS, Moore JA. Development of emotional intelligence in a team-based learning internal medicine clerkship. *Med Teach*. 2012;34(10):802-6.
52. Jordan PJ, Lawrence SA. Emotional intelligence in teams: Development and initial validation of the short version of the Workgroup Emotional Intelligence Profile (WEIP-S). *J Manag Organ*. 2009;15(4):452-69.
53. Clarke N. Emotional intelligence and learning in teams. *J Workplace Learn*. 2010;22(3):125-43.
54. Toivonen AK, Lindblom-Ylänne S, Louhiala P, Pyörälä E. Medical students' reflections on emotions concerning breaking bad news. *Patient Educ Couns*. 2017;100(10):1903-9.

55. Helmich E, Bolhuis S, Laan R, Dornan T, Koopmans R. Medical students' emotional development in early clinical experience: a model. *Adv Health Sci Educ.* 2014;19(3):347-59.
56. Gillam L, Delany C, Guillemin M, Warmington S. The role of emotions in health professional ethics teaching. *J Med Ethics.* 2014;40(5):331-5.
57. Grebot E, Berjot S. Défenses et dépersonnalisation de la relation enseignante et soignante. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2012;170(8):554-61.
58. Laurent A, Chahraoui K, Carli P. Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU. Étude portant sur 50 intervenants SAMU. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2007;165(8):570-8.
59. Randall TC, Wearn AM. Receiving bad news: patients with haematological cancer reflect upon their experience. *Palliat Med.* 2005;19(8):594-601.
60. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Lobb EA, Pendlebury SC, Leighl N, et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2005;23(6):1278-88.
61. Shaw J, Dunn S, Heinrich P. Managing the delivery of bad news: An in-depth analysis of doctors' delivery style. *Patient Educ Couns.* 2012;87(2):186-92.
62. Romefort B. Le médecin peut-il annoncer l'échéance de sa mort au malade ? *Éthique Santé.* 2011;8(1):28-35.
63. Salander P. Bad news from the patient's perspective: an analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients. *Soc Sci Med.* 2002;55(5):721-32.
64. Orlander JD, Fincke BG, Hermanns D, Johnson GA. Medical residents' first clearly remembered experiences of giving bad news. *J Gen Intern Med.* 2002;17(11):825-40.
65. Ministère de la santé. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé, Mesure 40 du plan cancer. Ministère; 2005.
66. Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ.* 2001;35(3):197-205.
67. Van Roy K, Vanheule S, Inslegers R. Research on Balint groups: A literature review. *Patient Educ Couns.* 2015;98(6):685-94.
68. Lemogne C. L'empathie en médecine, nécessaire mais non dénuée de risques. *Rev Prat.* 2015;65(8):1027-30.
69. Airagnes G, Consoli SM, De Morlhon O, Galliot A-M, Lemogne C, Jaury P. Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: A preliminary study. *J Psychosom Res.* 2014;76(5):426-9.
70. Brown J. How clinical communication has become a core part of medical education in the UK. *Med Educ.* 2008;42(3):271-8.
71. Batalden P, Leach D, Swing S, Dreyfus H, Dreyfus S. General Competencies And Accreditation In Graduate Medical Education. *Health Aff (Millwood).* 2002;21(5):103-11.

72. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, et al. Physician Scores on a National Clinical Skills Examination as Predictors of Complaints to Medical Regulatory Authorities. *JAMA*. 2007;298(9):993-1001.

7 Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien initial et final

GUIDE D'ENTRETIEN

« Vécus des annonces de décès : étude qualitative auprès d'internes.
Faculté de médecine de Bordeaux en 2018 »

Remise de la feuille d'information préalable à l'entretien.

Présentation : « Bonjour je m'appelle Mathilde GRENIER, interne en médecine Générale, inscrite au DESC médecine de la douleur et médecine palliative, je vous propose de participer à mon travail de thèse visant à étudier les vécus des internes dans le cadre de l'annonce de décès aux proches des patients chez les étudiants de la faculté de Bordeaux. Je vous invite donc à échanger sur l'annonce de décès pendant l'internat »

Préambule à l'entretien guidé lui-même :

Peux-tu te présenter s'il te plaît ? En précisant :

- Age, sexe, état civil
- Catégorie professionnelle :
 - o Nombre de semestres effectués,
 - o Historique des stages
 - o Formations complémentaires

Question principale 1 :

Concernant tes dernières expériences de l'annonce d'un décès à un proche, que voudrais-tu exprimer en premier ?

Relances :

Peux-tu me raconter comment l'un d'elle s'est déroulée ?

~~*A quel moment cette annonce se déroule-t-elle par rapport au décès ? = M1*~~

Réalises-tu cette annonce seul(e) ? Sinon avec qui ?

Question principale 2 :

Comment pratiques-tu une annonce de décès à un proche ? Et pourquoi ?

Relances :

Peux-tu me rapporter le type de paroles échangés ?

Utilises-tu une technique, une stratégie d'entretien particulière ?

Quel(s) moyen(s) de communication utilises-tu ?

A qui annonces-tu le décès ? As-tu eu des difficultés avec cela ? = M4

As-tu bénéficié d'un compagnonnage ou d'un apprentissage pour cela ?

As-tu reçu une formation spécifique ?

Comment as-tu appris à faire ces annonces ? = M3

Question principale 3 :

Concernant ton expérience de l'annonce d'un décès à un proche, que veux-tu exprimer de tes vécus psychologiques ?

Relances :

Quelles émotions as-tu ressenties ? Quels sentiments as-tu éprouvés ?

Ces sentiments/émotions ont-ils changés tes attitudes ou comportements ? = M1

As-tu rencontré des difficultés ? Ont-elles influencé tes vécus de la situation ?

Avais-tu des craintes ?

Qu'est-ce qui t'as soutenu durant ces moments ?

As-tu déjà eu besoin de parler d'annonces que tu avais faite avec quelqu'un et pourquoi ? = M2

As-tu vécu des annonces qui t'ont particulièrement marqué ? = M3

En quoi était-elle différente dans tes ressentis ? = M4

Question principale 4 :

~~Concernant l'annonce d'un décès, existe-t-il des facteurs déterminant des différences dans vos vécus de l'annonce ?~~ Existe-t-il des facteurs déterminant des différences dans tes vécus de l'annonce ? Et Pourquoi ? = M1

Relances :

Vis-tu l'annonce différemment en fonction des patients ou des proches ?

Vis-tu l'annonce différemment en fonction de ton histoire personnelle ?

L'expérience acquise avec le temps a-t-elle changée tes vécus des annonces de décès ?

Pour terminer as-tu quelque chose à ajouter ?

Modifications progressives :

- Premières modifications (après entretien 1 et 2) = M1 + tutoiement
- Deuxième série de modifications (après entretien 3 et 4) = M2
- Troisième série de modifications (après entretien 5-6 et 7) = M3
- Quatrième série de modifications (après entretien 8-9-10 et 11) = M4

Annexe 2 : Protocole de validation

<i>Concept / Objet</i>	<i>Dimensions</i>	<i>Composantes</i>	<i>Indicateurs</i>
<p><i>Vécus</i></p> <p><i>Internes de Médecine Générale</i></p> <p><i>Annonce : de décès</i></p>	Technique	Contenant	<ul style="list-style-type: none"> - Où : espace virtuel, chambre, salon dédié... - Quand : temporalité, moment par rapport au décès, nuit / jour... - Qui : acteurs recevant et donnant l'information (personne de confiance, présence des séniors, de l'infirmière...)
		Comment	<ul style="list-style-type: none"> - Verbal : présentiel, téléphonique, autre (vidéo / numérique) - Ecrit ?
		Contenu	<ul style="list-style-type: none"> - L'information : causes, conditions et suite du décès - La narration (tampon psychique) : récit concernant le décès / la personne - Le temps d'expression émotionnel, le non verbal : pleur, enlacement...
	Psycho- relationnel	Réaction émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - 5 émotions principales : colère / peur / tristesse / joie / paix - Sentiments / affects : gêne, impuissance, culpabilité, stress, malaise, inquiétude...
		Facteurs déterminants l'impact	<ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques du patient - Relation préalable interne/patient et interne/proche contacté - Connaissances et représentations du décès de l'interne - Identification au proche ou projection sur le proche de l'interne
		Attitudes, comportements (Conscients)	<ul style="list-style-type: none"> - Evitement, fuite, froideur, rational, mensonge, fausse réassurance, humour, hyperactivité, écoute attentive, patience, apaisement...

Annexe 3 : Description du talon sociologique

Interne	Age	Sexe	Etat civil	Nombre de semestres effectués	Historique des stages	Formations complémentaires
1	27 ans	Femme	En couple	6 ^e semestre	Cardiologie à Agen, praticien à Oloron Sainte Marie, urgence à Pellegrin, médecine interne à Marmande, maternité Langon et soins palliatifs et médecine polyvalente à La Réole	Aucune
2	27 ans	Femme	Pacsée	6 ^e semestre	SSR gériatrique CHU, médecine interne et maladie infectieuse à Périgueux, urgences à Pellegrin, praticien à Floirac, maternité à Bagatelle, Plaies et cicatrisation à Bagatelle.	DU plaie et cicatrisation.
3	28 ans	Femme	Pacsée	5 ^e semestre	Robert Piqué en hépato-gastro, Libourne en médecine interne, Langon aux urgences, Gériatrie à Xavier Arnosan, et en MSP à Targon.	DU de nutrition et diététique thérapeutique
4	26 ans	Femme	En couple	4 ^e semestre	Médecine interne, maladie infectieuse à Périgueux, Urgences de Dax, Praticien à Castillon la bataille, Urgences Pédiatrique à Bordeaux	DU VIH et hépatite
5	27 ans	Homme	En couple	6 ^e semestre	Médecine interne à Agen, Neurologie à Périgueux, Praticien à Agen, Urgences à Bordeaux Nord, médecine interne au CHU, Gynécologie-Pédiatrie à Bergerac.	DU Thérapeutiques anti-infectieuse et DU études approfondies des polyarthrites et maladies systémiques
6	27 ans	Femme	En couple	4 ^e semestre	Urgences à Robert Piqué, médecine interne au CHU, SSR gériatrique Xavier Arnosan, Praticien à Pessac.	Aucune
7	26 ans	Homme	En couple	4 ^e semestre	Gériatrie Libourne, Urgences à Pellegrin, Praticien dans les Landes, Médecine interne Marmande.	Aucune
8	28 ans	Homme	En couple	6 ^e semestre	Endocrinologie à Agen, Médecine interne à Agen, Praticien à St Silvestre sur Lot, Urgences à Pellegrin, Pédiatrie à Agen, Gériatrie à Marmande	Aucune
9	28 ans	Femme	Pacsée	6 ^e semestre	Cardiologie à Oloron St Marie, Gériatrie à Xavier Arnosan, Urgences à Orthez, Praticien à Pau, Maternité à Langon, SSR Xavier Arnosan	Aucune

10	26 ans	Femme	Célibataire	2 ^e semestre	Praticien dans le Béarn et le Pays Basque, Urgences à Blaye.	Aucune
11	27 ans	Homme	En couple	4 ^e semestre	Robert Piqué : aile post-urgence puis post-urgence gériatrique, urgences à Pellegrin, Praticien dans le Médoc, Gériatrie à Bergerac.	Aucune
12	28 ans	Femme	En couple	6 ^e semestre	Médecine interne Agen, Pédiatrie et gynécologie à Bergerac, Urgences à Pellegrin, Praticien à Targon, SASPAS à Bordeaux, Alcoologie et diabétologie au Bouscat.	DU de médecine générale de l'enfant, DU gynécologie obstétrique
13	27 ans	Femme	Pacsée	6 ^e semestre	Médecine polyvalente à Blaye, Urgences à Blaye, cardiologie Haut Lévêque, Praticien dans le médoc, Maternité à Libourne, Addictologie au Bouscat	DU gynécologie obstétrique
14	27 ans	Femme	Célibataire	6 ^e semestre	Médecine polyvalente à Villeneuve sur Lot, Rhumatologie à Bergerac, Praticien à Pomarez et Amou, Urgences de St André, Pédiatrie à Bayonne, Gériatrie à Bayonne.	Aucune
Moyenne : 27,07 ans						

Annexe 4 : Extrait partiel du Verbatim, thématisé pour les résultats

Entre pressentiments et ressentis, plongeon dans le subjectif.

Les émotions

PEUR :

- I 1 : *Je crois que mes premières annonces de décès, j'étais un peu paniquée.*
- I 3 : *Si c'est la journée, je demande toujours si la personne est au calme ou chez elle parce que j'ai toujours peur qu'elle soit au volant ou ailleurs.*
- I 4 : *C'est globalement un moment que j'ai toujours un petit peu appréhendé, mais j'ai compris l'importance de le faire vraiment correctement et que ça changeait un peu toute la donne, et ce qui m'a le plus frappé c'est d'avoir assisté à des annonces de décès que j'avais trouvé cataclysmique. (...) J'avais peur d'être submergé par l'émotion, et j'avais peur de la réaction des gens. La colère, comment gérer par exemple la colère et l'agressivité. Oui, c'est toujours extrêmement anxiogène surtout quand on ne sait pas vraiment comment s'y prendre et qu'on fait un peu n'importe comment.*
- I 6 : *Je me dis, peut être qu'un jour je vais me prendre un pain, on ne sait pas qui va être la personne en face de moi, bon une mamie de 80 ans j'ai moins peur...*
- I 13 : *Oui. J'avais toujours pas peur mais j'aime pas faire ça, j'aime pas annoncer. Surtout la plupart du temps c'est toujours en pleine nuit donc réveiller les gens et l'annoncer par téléphone c'est jamais la meilleure façon donc voilà j'aime pas faire ça, et j'aimerais jamais faire ça. Donc voilà de l'appréhension d'appeler les familles.*

TRISTESSE :

- I 1 : *De la tristesse, moi ça me rend vraiment triste d'annoncer les décès, tu vois à chaque fois c'est pff...*
- I 2 : *J'ai eu un petit sanglot pendant mon annonce. (...) C'est plus la souffrance des familles que je trouve difficile à.... Je suis triste parce que, eux sont tristes*
- I 4 : *Plus d'une fois je me suis pris les boules même pendant la visite, de fermer la porte pleurer un coup aux toilettes et ressortir.*
- I 5 : *Je suis toujours un peu triste, c'est toujours difficile de perdre un proche mais ce n'est pas pour autant que je vais être triste non plus...*
- I 14 : *Je me sens triste pour eux, parce que la plupart du temps c'est quand même triste.*

COLERE :

- I 13 : *J'étais un peu révoltée, de me dire qu'il avait 30 ans, pas greffé pour bon pour moi... Je peux l'entendre, après j'ai eu du mal à comprendre. Pour moi c'était pas trop recevable, mais c'était leur protocole et voilà, mais quand j'ai constaté le décès et que je l'ai annoncé, je me suis dit il a 30 ans quasiment mon âge et une greffe aurait pu le sauver.*

PEINE :

- I 5 : *Parce que la famille c'était la première fois que j'étais confronté à autant de... En fait juste la peine des gens en face de moi. On voit les gens en face et ça m'avait bien marqué.*

SOUFFRANCE :

- I 1 : *Donc maintenant je fais plus attention, je sais mieux faire parce que je sais les conséquences que ça peut avoir sur la vie des proches à qui on annonce un décès et puis je sais les réactions mais du coup ça entraîne plus de souffrance de se rendre compte.*
- I 5 : *Mais je sais qu'il y a beaucoup beaucoup de co-internes qui peuvent souffrir un peu que ce soit des décès ou des diagnostic difficiles de par l'aspect utile, ils sont tout le temps tout seul. Il n'y a jamais de chef... (...) Enfin je me rappelle une soirée, on était un peu alcoolisé malheureusement avec consommation modérée, où il y en a plein qui se sont mis à chialer en disant que c'était dur le stage, qu'il y avait tout le temps des décès et tout, et il n'y avait pas assez de soutien derrière.*

MULTIPLES / NON IDENTIFIABLE :

- I 4 : *C'est vrai que c'était un moment très curieux.*
- I 5 : *Quelles émotions as-tu ressenties ? C'est difficile comme question, c'est super difficile... (...) Je suis toujours un peu triste, c'est toujours difficile de perdre un proche mais ce n'est pas pour autant que je vais être triste non plus... C'est mitigé l'empathie, un peu de tristesse. C'est difficile comment question ! Super difficile ! (...) Comment dire, j'essaie d'être proche d'eux et en même temps assez loin et j'essaie de les épauler mais c'est un peu difficile à dire les sentiments qu'on a soit même...*
- I 6 : *C'est vraiment très varié et pour l'instant je n'ai pas réussi à développer une méthode infaillible.*
- I 7 : *Difficile cette question.*
- I 8 : *C'est une étape, pas forcément facile et jamais la même. Il ne faut jamais se dire que c'est toujours pareil et gagné d'avance que c'est un décès parmi d'autre et qu'on en aura toute notre vie et voilà.*

Les sentiments Positifs

DEVOIR ACCOMPLIS :

- I 5 : *Il faut le faire, c'est à nous de le faire donc voilà c'est un côté pas drôle de la médecine mais il faut bien que quelqu'un le fasse. (...) Encore une fois, il faut le faire et puis c'est tout. C'est une des casquettes du médecin et quand j'ai fini, je retire la casquette du médecin et de l'urgentiste pour mettre celle de repos de garde quand j'ai fini.*
- I 7 : *Donc oui, une forme d'appréhension qui se traduit par une forme de soulagement quand c'est fini et de satisfaction aussi quand j'ai l'impression d'avoir bien fait les choses, quand ça s'est bien passé. (...) Et tu te sens vivant, tu te dis je suis là pour ça je suis médecin ça fait partie des tâches ingrates difficiles mais valorisantes aussi pour moi, pas pour la famille, mais pour moi de me dire, j'en suis capable.*
- I 9 : *Petit à petit on se rend compte que c'est pas si difficile et qu'on le fait comme une autre tâche médicale qu'on doit faire.*
- I 14 : *C'est toujours un moment difficile, et comme on dit, on doit faire avec, alors c'est au médecin de le faire donc on le fait même si on n'aime pas ça.*

RECONNAISSANCE :

- I 1 : *Parfois quand même un peu de valorisation parce que quand on discute avec eux, qu'on leur explique que la personne est partie tranquillement, ils sont quand même reconnaissants d'avoir quand même quelqu'un en face d'eux qui leur parle, qui prend le temps.*
- I 5 : *Après les gens ils sont gentils au téléphone, ils disent « merci de votre appel » et puis voilà.*

- I 6 : *Et c'est surtout le fait que la famille que j'ai vue pendant 2 heures m'a remerciée comme si j'étais le sauveur en fait, juste parce que j'avais mis de la morphine et de l'Hypnovel pour soulager le monsieur. C'est surtout ça, le confort qui m'a marqué avec la famille qui me remerciait avec les larmes aux yeux, donc j'ai commencé et j'ai fini par pleurer après, c'est la seule fois où j'ai pleuré parce que j'ai fait la chose normale que chaque médecin devrait faire. (...) voilà j'étais... Voilà c'est normal, pas besoin de me remercier je fais littéralement mon travail...*
- I 11 : *J'ai eu plusieurs cas, il y en a qui étaient très reconnaissants de la prise en charge qu'il y avait eu dans le service et là ça a plus tendance à m'émouvoir sans m'expliquer pourquoi. Les gens sont là « merci beaucoup », ils ramènent des chocolats et là c'est plus difficile. (...) J'ai... non j'ai plutôt été touché par le fait que les gens soient reconnaissants, par la gratitude qu'ils peuvent ressentir.*

NORMALITE :

- I 2 : *La majorité des décès que j'ai eu, était plutôt des personnes âgées, beaucoup de décès attendu, et que donc pour moi ça fait partie de la vie.*
- I 4 : *Après j'ai toujours eu des décès plus de gens âgés, donc c'est aussi plus simple parce que finalement c'est aussi la vie. Il y a une espèce de fatalité, je pense que ce serait un enfant ou un jeune adulte ce serait peut-être différent.*
- I 7 : *Donc t'as une forme pas de justice mais c'est plus facile de l'annoncer à la fille si c'est une personne de 80 ans qu'à une maman que son gamin il est mort. Donc t'as une forme pas de justice mais une forme de karma, de « c'est la vie » ou ce que tu veux qui fait que c'est plus facile à entendre.*
- I 9 : *C'est pas le genre de chose qui me touche surtout que j'ai fait beaucoup de personnes âgées ou des personnes jeunes mais malades donc voilà. Moi à partir du moment où ça va dans la logique des choses entre guillemet ça ne m'affecte pas particulièrement. Ça va dans la logique...*
- I 12 : *Oui, si c'est un patient qui décède, c'est bête, d'une maladie cancéreuse et tout ça, je me dirai que c'est l'évolution logique et heureusement pour lui*

SOULAGEMENT :

- I 2 : *Souvent de me dire que si j'avais été le patient j'aurai peut-être voulu mourir avant...*
- I 6 : *Une fois l'annonce passée il y a aussi un soulagement car « ça s'est fait c'est bon et ça s'est bien passé » je peux marquer l'annonce est faite. Pas vraiment de la fierté, juste « c'est fait ».*
- I 7 : *Toujours à la fin, une sorte de soulagement, une fois que c'est dit et que je suis sortie de la chambre, dans le couloir, tout seul je suis vide et je sors. Truc de : bon c'était à faire, c'est fait.*
- I 11 : *Sur le moment je me suis sentie un peu agressé, après j'ai donné ce que j'ai pu en réponse, expliquer pourquoi ceci ou cela, et il s'est détendu et cela c'est mieux... enfin je me suis senti un peu plus soulagé.*

CONFIANCE et COURAGE :

- I 4 : *C'est fait de manière plus apaisée et fluide si on connaît la famille et qu'on sent qu'elle a confiance en nous et en la prise en charge et qu'on n'ait pas peur justement d'un jugement, d'une colère, d'une agressivité face à une famille qui ne s'est pas sentie accompagné et qui n'a pas compris. Ça c'est hyper important.*

- I 5 : Arriver à bien faire la part des choses, ma personnalité. Je n'ai pas eu besoin de soutien derrière, j'essaie de faire ça de mon mieux et derrière ben, ce n'est jamais forcément une bonne nouvelle, je pense qu'il y a différentes méthodes mais celle que j'utilise elle doit être pas trop mal parce que voilà je suis juste délicat avec les patients...
- I 6 : Et puis en fait j'ai l'impression qu'il y a de la confiance, donc moi je peux lâcher un peu la bride en disant, il s'est passé ça, c'est triste mais voilà.
- I 7 : Et donc du coup j'avais annoncé, j'avais sorti mes couilles, et j'ai pris la responsabilité de dire « là ça s'aggrave », bon j'en étais sûr, on en avait discuté le matin avec mon chef, mais là « il n'y en a plus pour très longtemps » et du coup l'annonce de décès s'était très bien passée, ils s'y attendaient et étaient un peu préparés.

Les sentiments négatifs

SOLITUDE :

- I 1 : Zéro personne, jamais. (...) On est quand même assez démunie parce que justement on n'a jamais appris à le faire.
- I 3 : Ce n'est pas évident en tant qu'interne parce qu'on n'a pas de formation, on ne nous montre pas forcément, on ne nous explique pas, on est un peu seul. (...) Moi j'aurais bien voulu être accompagnée d'avantage par des chefs ou autre.
- I 4 : C'est vrai que je me dis que quand j'étais externe ou en réa jamais, jamais on ne vient te voir en disant « j'ai senti que ça a été difficile pour toi, j'ai senti que ça t'a marqué, voilà est-ce que tu veux qu'on en reparle ». Mais vraiment jamais on a entendu cette perche-là. (...) Mais à aucun moment c'est vrai qu'on nous accompagne là-dedans. (...) Le manque d'accompagnement face aux situations difficiles de l'annonce de décès ou de l'après pour pouvoir débriefer en parler, ça, ça a été difficile.
- I 5 : Petit à petit on s'améliore au contact, parce qu'avec les gens, en contact des différentes personnes on s'améliore mais sur le tas. Il n'y a pas vraiment d'aide, on est toujours tout seul. (...) Chercheur : As-tu bénéficié d'un compagnonnage ou d'un apprentissage pour cela ? I 5 : Non jamais (rire). J'ai toujours tout fait tout seul. (...) A cette époque je me disais « on laisse vachement les internes dans la merde, il n'y a aucun suivi, aucune aide quand on en a besoin ». De toute façon on en est tous passé par là, et puis voilà. C'est un peu n'importe quoi en fait.
- I 11 : Je pense que j'en ai fait exclusivement seul
- I 12 : Bah oui. Pas toujours il y a eu des fois où j'étais avec des chefs mais la quasi-totalité c'est seul.

VIOLENCE :

- I 1 : Moi j'ai trouvé que c'est hyper brutale la première fois. (...) Je me rappelle pas la première fois précisément mais c'est un jour où on te donne le téléphone une nuit en garde et l'infirmière te dit « moi j'appelle pas les famille » c'est toi qui le fais quoi.
- I 2 : Là je ne l'attendais pas donc j'étais chamboulée.
- I 4 : Et je me dis « quelle violence », c'était hyper particulier et j'ai trouvé cette annonce...
- I 6 : Ça se passe, du moins à l'hôpital, beaucoup au téléphone, tu réveilles les gens en pleine nuit, on leur dit « bonjour excusez-moi mais votre maman est décédée ».
- I 12 : Parce que c'est vrai que Mr Y lui c'était la vieille école « bon il est mort » et du coup elle avait vu que cela nous avait choquée avec ma co-interne et comme elle aimait les soins palliatifs elle nous avait aidée. (...) Je suis allé chercher mon chef, autrement dit Mr Y qui avait 50 ans d'expérience derrière lui. Donc lui, a eu beaucoup moins de tact que moi, il est rentré à à peine dit bonjour, a posé son stéthoscope et il a sorti ses oreilles, je le revois encore avec ses

petites lunettes, et il a dit « elle est morte », à la fille et son mari. Donc là la fille pas du tout préparée, s'est roulée par terre en criant, ce qui était très choquant et je n'ai pas su quoi dire ou faire mais lui est parti. Je suis resté un peu mais ne sachant pas quoi faire je suis partie aussi.

MAL A L'AISE... :

- I 1 : *C'est désagréable.*
- I 7 : *Le faire par téléphone, ça me rend très mal à l'aise, j'en ai discuté justement avec un de mes chefs, sur ce problème un peu éthique ou notamment aux urgences t'es là et t'annonce un truc ou alors c'est une nouvelle grave et ça va aller très vite avec un probable décès derrière et ça me mets mal à l'aise d'un point de vue éthique, et ça me met mal à l'aise...*
- I 8 : *Je n'aime pas cette situation parce qu'on n'a pas de face à face et j'ai toujours du mal à ressentir les émotions et à guider mon entretien quand on est au téléphone.*
- I 12 : *Des fois c'est un peu l'inconfort de la situation, parce qu'à l'hôpital souvent on annonce des décès pour des patients qu'on n'a pas forcément suivis et donc il faut faire face.*
- I 13 : *Bah je ne suis pas très à l'aise avec ça, pour tout te dire.*
- I 14 : *Le vécu c'est qu'on se sent toujours mal à l'aise, on ne sait jamais comment annoncer ces choses-là.*

STRESS :

- I 1 : *Du stress. (...) Au départ avant de passer le coup de fil, j'étais un peu stressée, je savais pas comment faire de base. Après c'est venu tout seul mais au moment où ça sonne t'es là « qu'est-ce que je vais dire, est-ce qu'elle va répondre, est-ce que c'est bien elle ? ».*
- I 6 : *Avant j'étais plutôt égoïste parce que très stressées donc je parlais, je parlais, je parlais, et puis je disais « bon ok salut merci aurevoir ».*
- I 7 : *La première fois on s'en fait toute une montagne, même aujourd'hui je m'en fais toute une montagne mais à chaque fois cela se passe relativement bien.*
- I 11 : *Cela m'a paru stressant la première fois, ou on m'a dit... j'étais dans la partie gériatrique avec un décès à moitié attendu et puis mon chef qui avait fait « oh c'est GG qui va l'annoncer, avec sa voix calme ça va bien se passer ».*
- I 12 : *Des fois c'est du stress, moi ça me stress. Après de l'inconfort, pas de tristesse parce que souvent je me détache, donc plutôt du stress. (...) Ensuite t'as le stress de te dire, moi ça me stress à chaque fois.*

MAL FAIRE :

- I 3 : *J'avais la crainte de ne pas être adaptée dans la situation, de marquer les patients par rapport à l'annonce du décès de leur proches.*
- I 4 : *C'est globalement un moment que j'ai toujours un petit peu appréhendé, mais j'ai compris l'importance de le faire vraiment correctement et que ça changeait un peu toute la donne, et ce qui m'a le plus frappé c'est d'avoir assisté à des annonces de décès que j'avais trouvé cataclysmique.*
- I 6 : *C'est vraiment très varié et pour l'instant je n'ai pas réussi à développer une méthode infaillible.*
- I 7 : *Je ne sais pas si, vu que c'est hyper compliqué, t'essaye de voir si la personne en face va s'écrouler, ou se tirer une balle de suite ou prendre sa voiture et venir au milieu de la nuit... Il n'y a pas de bonne réponse (...) C'est que je ne contrôle pas après la suite, je ne sais pas ce qui peut se passer... (...) Une fois je me suis senti très con, en gériatrie en premier semestre, où la veille j'avais dit que non ça allait mieux. Je n'avais pas encore intégré le mieux avant la fin. (...)*

Et le lendemain la famille a pas du tout demandé à voir l'interne, mais le médecin chef parce qu'ils ne comprenaient pas pourquoi leur papa était décédé quoi... Là je me suis senti très con, j'étais content que ce soit le chef qui réponde aux questions et moi j'étais très en retrait.

→ I 10 : *J'ai une espèce de sensation de rester sur sa faim dans le sens où t'as quand même l'impression d'avoir fait ce qui était de ton mieux mais quand même c'était pas optimal. Je pense que ça aurait pu être mieux pour sa fille.*

RESPONSABILITE :

→ I 4 : *Il y avait un mot de l'interne de garde de la nuit qui avait mis « d'après l'interne DD, pas d'antibiothérapie ». Il avait été appelé la nuit parce qu'il se dégradé avec une fièvre et des signes de mauvaise tolérance de la fièvre et il avait mis ça en disant « c'est elle qui a dit qu'il ne fallait pas mettre d'antibio » alors que c'est pas ce que j'avais formulé, moi j'expliquais que les jours d'avant, on en avait pas mis et c'est là que tu réalises, purée c'est hyper fragile et on reste responsable de ces gens et moi en tant que petit interne de premier semestre, est-ce que j'étais vraiment en capacité de gérer ça ?*

→ I 6 : *Notamment il y avait pareil une dame avec un dossier compliqué, plus une famille compliquée en mettant son nez partout. J'avais été appelé pour cette dame en début de soirée pour des marbrures depuis 4 jours, examen normal... et 1h du matin pouf elle est décédée. Et je ne pouvais pas effacer mon observation de 22h disant qu'elle allait bien et j'avais peur du côté, mais si la famille vient elle va vouloir regarder le dossier et elle verra que quelqu'un avait merdé et c'était moi. Donc le côté légal, la responsabilité. Finalement cela s'est très bien passé, mais pour ce cas-là j'avais la trouille.*

→ I 7 : *Oui la crainte, je ne sais pas quand je ne connais pas le dossier ou que j'ai l'impression qu'il y a une couille dans le dossier ou une forme de responsabilité médicale, un raté ou un truc pas clair, j'ai la crainte que, la famille me mette en difficulté par rapport à ce qui s'est passé, par rapport au fait que je ne puisse pas répondre à leurs questions après la crainte, non ça s'est toujours bien passé pour le moment. Je croise les doigts.*

→ I 8 : *J'appelle la famille pour les prévenir, je ne tombe sur personne du coup je ne laisse pas de message parce que ce n'est pas voilà, ce n'est pas ce qui faut faire ce n'est pas bien, et du coup rien de plus. Donc pas d'annonce à faire finalement et limite j'ai appris plus tard que cela avait été reproché au service, comme quoi ils n'avaient pas été prévenu alors que j'ai appelé et que je n'ai juste pas laissé de message et c'est normal de ne pas laisser de message... Donc voilà.*

→ I 10 : *Je n'ai pas trouvé ça très classe, déjà que ce soit l'interne qui le fasse alors qu'on n'est pas le médecin de garde, après moi ça me dérange pas de prendre la responsabilité du médecin... Ma chef est intervenue avec moi sur l'arrêt, tu vois je n'étais pas toute seule pour la réa, il y avait le sénior et moi et c'est moi qui ai téléphoné et ça me dérange pas mais étant donné que c'était elle le sénior qui était intervenu sur l'arrêt j'aurai trouvé ça plus logique que ce soit elle qui le fasse.*

→ I 11 : *Sur le moment je me suis demandé s'il était pas du genre de porter plainte pour je sais pas quelle raison. Par exemple dans ces récriminations il y avait qu'il voulait qu'on lui mette les barrières au lit alors qu'on l'avait pas fait et je lui avais expliqué qu'en gériatrie on le faisait pas, que les gens avaient juste tendance à tomber de plus haut, mais il y a eu plusieurs récriminations et il a dit à l'équipe « je veux pas qu'on fasse ça » et finalement il revenait et c'était fait. (...) J'en ai eu un aussi où c'était plus l'inverse, il était plus revendicateur, parce qu'il y avait des choses de la pris en charge lors de l'hospitalisation qui lui avait pas plu donc c'est le moment où c'était ressorti. Après moi c'était un patient que j'avais pas pris en charge moi-même donc je pouvais pas vraiment répondre. Sur le moment je me suis sentie un peu agressé,*

après j'ai donné ce que j'ai pu en réponse, expliquer pourquoi ceci ou cela, et il s'est détendu et cela c'est mieux... enfin je me suis senti un peu plus soulagé quand j'ai vu que ça retombait.

- I 14 : *Donc la balance bénéfice risque était plutôt comme ça. Et une partie de la famille, pas tous, nous en avait voulu et nous avait dit « non mais vous voulez le tuer », ce qui n'est pas très agréable à entendre et en effet il est décédé quelque temps plus tard. Mais du coup, là c'était difficile parce qu'on se disait... la réaction de la famille va être comment, est-ce qu'ils vont nous tomber dessus, nous faire un procès... Enfin plein de question.*

ECHEC :

- I 1 : *Même pour nous personnellement, d'avoir un décès c'est quand même, quand on est jeune médecin, c'est encore un échec quoi, donc en plus il faut encaisser cet échec là et en plus annoncer quelque chose qui va entraîner une tristesse chez les gens*
- I 3 : *Parce que nous on est des médecins, on est là pour soigner et pas pour faire l'annonce d'un décès. Enfin si aussi, mais je considère qu'on est plus là pour soigner c'est une étape un peu particulière du parcours.*
- I 4 : *Donc je suis sortie et effectivement deux heures plus tard elle gaspait dans la chambre, donc j'ai massé, enfin j'ai appelé les infirmières et on a massé, appelé le SAMU, il y a eu une réanimation de 30 min qui n'a pas marché...*
- I 12 : *De ne pas savoir exactement de quoi son décédé les gens. Ne pas savoir la cause, parce que les familles te disent alors il est mort de quoi... Bon... On dit « la maladie l'a emportée » on essaie d'enrober la chose, (...) Bon toi dans ta tête tu te dis « médicalement bon il a fait quoi, un trouble du rythme ou... » et toi tu le sais jamais en fait.*

FRUSTRATION et l'IMPUISSANCE :

- I 1 : *Non c'est plus de la frustration que de la crainte je trouve. (...) Le sentiment d'être démunie aussi, impuissant parce qu'on ne peut pas atténuer le chagrin des gens à qui on a dit ça.*
- I 4 : *C'est bon, on continu comme ça et juste avant de quitter la chambre, je lui ai dit « bon je reviens vous voir tout à l'heure » et elle m'a dit « ok donc vous allez me laisser crever ici ».*
- I 14 : *Ils m'ont appelé en gériatrie et elle gaspait déjà donc il n'y avait plus rien à faire. Sauf qu'il y avait le compagnon qui était là, et ce n'était pas son mari, c'était son compagnon qui avait 80 et quelques années aussi. Et du coup il était là lors des derniers moments donc moi ce que j'ai fait c'est juste « on va attendre mais on va être ensemble », je lui ai dit... Enfin je l'ai accompagné plus lui qu'elle. « Mettez-vous à côté, je vais vous laisser un instant seul si vous préférez ». Et du coup c'est l'accompagnement avec le monsieur qui était plus difficile parce qu'il avait vraiment l'air perdu après que je lui ai annoncé que déjà elle était en train de mourir mais que je ne pouvais rien faire. Donc voilà pareil c'était compliqué pour gérer le proche qui était présent et du coup c'était assez compliqué.*

CULPABILITE :

- I 2 : *Bon voilà, et là quand j'étais en train de transfuser la dame de l'autre côté et que j'avais un problème d'identito-vigilance et que le réa ne voulait pas me la prendre et que c'était affreux, là on me dit PP, Mr Machin je crois qu'il est mort. Donc j'ai couru dans la chambre et il était déjà un peu froid donc je n'ai rien pu faire, et là il était minuit, et là j'ai fait « je n'ai pas vu la famille ! ». (...) Là je ne l'attendais pas donc j'étais chamboulée parce que je n'aurais pas fait les choses à ma manière... Si j'avais senti... Si pour moi il était vraiment plus précaire que ce que moi j'avais ressenti en début d'après-midi, je ne l'aurais pas fait de la même manière et j'aurais parlé avec la famille.*

- I 4 : Culpabilité, tristesse, parfois frustration. (...) De la culpabilité pour un des décès, celle de 65 ans, de pas avoir réussi ou de pas avoir vu l'urgence ou de ne pas avoir assez insisté auprès de mon chef, et souvent en fait, c'est un sentiment qui revient en fait.
- I 8 : Il y a toujours une sorte de recherche de culpabilité, rechercher c'est la faute à qui s'il est mort. Mais non, ce n'est pas la faute à qui, il est décédé parce qu'il y avait ça, ça, ça, on a mis ces traitements en place, il a cet âge-là qui fait que les traitements n'ont pas aboutis, on vous a reçu pour vous expliquer qu'il s'enfonçait et qu'on avait décidé en collégialité avec les médecins du service et d'autre qu'il n'y avait pas d'intérêt à mettre en place une réanimation des choses comme ça donc non il n'y a pas de faute, c'est un décès.

FAIRE DU MAL :

- I 1 : On fait tellement de mal au gens quand on annonce ça que c'est très difficile je trouve, en tant que soignant.
- I 3 : C'est quelque chose de très important pour les proches, ça peut les marquer donc c'est important de bien présenter et être empathique parce que je pense que ça peut avoir des répercussions après sur la vie, sur l'acceptation du décès, sur les différentes étapes du deuil.
- I 10 : La plus grande (crainte) c'est de marquer la personne à vie. Qu'elle se souvienne toujours de ta voix ou de ton... Parce que là du coup c'était que ma voix. Comme un truc qui a fait basculer sa vie en une seconde tu vois. Truc qu'on connaît tous un jour. J'avais pas envie d'être l'objet de ça...

Expression d'une relation et échange de sensations.

Communication, procédé par lesquels un esprit peut en affecter un autre.

COMMUNICATION NON VERBALE :

- I 3 : Mettre une main sur une épaule, le contact, de demander si elles ont besoin de s'asseoir être plus dans le réconfort, ne pas hésiter à leur dire qu'ils peuvent rappeler dans le service quand ils veulent, ça c'est vraiment ce que les infirmiers ou les équipes soignantes font dans leur propos je trouve. Pas juste faire l'annonce et basta.
- I 5 : Par exemple je touche toujours les gens en face de moi j'ai toujours un contact sur l'épaule ou dans le dos juste pour montrer qu'il y a quelqu'un.

RECONTEXTUALISATION :

- I 1 : Je recontextualise un petit peu son hospitalisation mais tout ça en 30-40 secondes moins d'une minute.
- I 2 : Je n'ai pas dit tout de suite qu'il était décédé, j'ai dit que j'étais interne que je l'avais vu en début de journée, qu'il y avait de l'infection dans la prise de sang qu'il y avait beaucoup de, je ne sais pas quelle bactérie ça pouvait être, donc qu'on avait mis des lourds antibiotiques, que j'avais vu avec la sénior.
- I 9 : Déjà je commence par me présenter en premier, je dis où on est ce qu'on fait, pour n'importe quel stage, je leur dis...
- I 12 : Je me présente déjà, donc je dis que je suis l'interne de garde ou l'interne du service, cela dépend des fois.
- I 14 : En général j'explique au patient qui je suis déjà, donc je leur dis que je suis le médecin de garde ou le médecin du service.

CLARIFICATION :

- I 4 : *Et j'explique ce qui s'est passé en disant « voilà elle est venue au départ parce qu'elle était gênée pour respirer et finalement la maladie l'a emportée parce que si, parce que ça » et voilà.*
- I 6 : *Mais j'ai du bien rester une heure sur ma garde entre minuit et une heure, pour bien leur expliquer que ça pouvait arriver et que ce n'est pas forcément la faute de quelqu'un, qu'il avait une grippe et qu'à cet âge cela peut arriver.*
- I 8 : *On était à l'écoute, on leur avait expliqué « voilà on l'a retrouvé décédé au tour de contrôle et au vu de sa pathologie on pense à telle pathologie fulgurante et qui est arrivée d'un coup mais on n'a pas d'explication comme ça ».*
- I 14 : *Et après je les ai vu, j'ai refait une annonce avec eux dans la chambre, parce qu'il était tard et c'était pas du tout attendu donc je voulais leur expliquer un peu mieux et je trouve qu'au téléphone on ne peut pas expliquer, en plus ils pensent totalement à autre chose les gens, ils ne sont pas du tout en mesure d'avoir une information donc voilà.*

REFORMULATION :

- I 1 : *Petit à petit reformuler les émotions qu'ils expriment.*
- I 11 : *Eventuellement de la reformulation sur les questions ou les gens demande si cela s'est bien passé. Donc je reformule la question pour bien savoir ce qu'il recherche. Par exemple « vous voulez savoir s'il a souffert ? » et les gens reprecise alors ce qui les inquiète.*
- I 12 : *Souvent s'il me pose des questions j'utilise des formulations ouvertes où ils peuvent s'exprimer plutôt que des questions fermées. Et après je reformule souvent pour voir s'ils ont bien compris.*

REPETITION :

- I 1 : *J'ai dû leur ré annoncer que leur mère et femme était morte.*
- I 2 : *Après la fille n'arrivait plus à parler donc j'ai eu la petite fille, j'ai ré expliqué en disant que pour moi il n'avait pas... Que j'appelais très facilement les familles quand je ne sentais pas les trucs et que je pense que si je n'avais pas eu d'autre soucis je les aurais appelés. (...) J'ai refait l'annonce en vrai et ça s'est très bien passé j'ai réexpliqué toute l'après-midi donc voilà.*
- I 11 : *Moi cela a été essentiellement des annonces par téléphone, je ne me rappelle pas en avoir fait en live, ou éventuellement à la fin d'une garde ou en reprenant une garde, annoncé par téléphone puis complété par une annonce en vraie, mais jamais lorsqu'une famille est à côté dans la chambre.*

RYTHME / PAUSES :

- I 2 : *Je fais plus de blancs. J'attends pendant le moment où je ne parle plus et j'essaie de voir si eux, n'ont pas des choses à dire, qui n'arrivent pas tout de suite.*
- I 5 : *J'appelle, je me présente, en général les gens se doutent. On est tard dans la nuit, je dis « voilà je suis au regret de vous annoncer le décès de X ou Y », je fais une pose sans donner trop d'information. Je laisse les gens, en général je les entends pleurer au bout du téléphone ou me dire « ce n'est pas possible ce n'est pas possible », et après généralement ils parlent « qu'est-ce que je fais maintenant ? ».*
- I 6 : *En général je leur laisse un petit temps pour qu'ils puissent intégrer.*
- I 11 : *J'ai laissé passer un peu de temps et je l'ai rappelé pour le demander s'il voulait venir et s'il souhaitait en discuter à ce moment-là.*

DELIVRANCE RAPIDE :

- I 9 : *J'essaie de leur dire rapidement que c'est pour le décès que j'appelle. Je leur dis « il est décédé » en général. (...) Non c'est plutôt un mode direct quoi et c'est tout. (...) On les appelle pour leur annoncer au téléphone et auquel cas je préfère pas laisser durer, parce qu'une fois qu'ils ont compris qui les appelle, ils attendent de savoir pourquoi. Surtout que souvent les familles appellent à l'hôpital mais nous on les appelle pas beaucoup. Donc souvent quand on les appelle, ils savent que... Je vois pas trop l'intérêt d'attendre.*
- I 14 : *La plupart du temps c'est au téléphone parce qu'en garde, et les gens ne sont pas à côté. Et de toute façon on les appelle souvent pour leur dire soit venez dans le service soit en générale on leur dit qu'il est décédé au téléphone parce que venir dans le service ils se doutent de quelque chose de toute façon donc autant leur dire directement.*

LAISSANT DEVINER :

- I 9 : *Soit ils ont compris avant, dès qu'on se présente quand c'est au milieu de la nuit, parce que, comment dire. (...) J'ai beaucoup eu de cas où ils s'y attendaient, ou alors ils avaient compris le contexte.*
- I 11 : *En générale je n'amène pas forcément moi-même le terme « il est décédé ». Je dis « j'ai une mauvaise nouvelle à vous annoncer », je laisse un petit intervalle de temps libre pour voir si la personne dernière intervient et en générale elle dit « il est mort » donc là je réponds oui effectivement et j'explique brièvement, je dis si on l'a soulagé avant... (...) J'étais l'interne de garde et quand j'ai appelé la personne a tout de suite senti et l'a dit d'elle-même et j'ai trouvé que personnellement je le vivais mieux si la personne l'amenait elle-même. Donc c'est pour ça qu'après j'ai un peu pris la stratégie de d'abord laisser venir l'annonce, ou de faire comprendre que la mauvaise nouvelle allait venir, et les gens comprennent rapidement et l'énonce et moi je confirme.*

EXPRESSIONS / NOMMER LES RESENTIS :

- I 2 : *On vient de m'appeler pour voir « qu'il était parti ». (...) Quand c'est des décès plus attendus on va dire, « je vous appelle pour vous annoncer une triste nouvelle » et en générale je leur laisse me dire, et s'ils ne comprennent pas je leur dis « voilà Mr est parti, il était avec l'équipe... ».*
- I 3 : *Je dis toujours une phrase, « j'ai le regret de leur annoncer qu'un tel est parti, est décédé dans le service ».*
- I 4 : *Du coup au téléphone je lui ai dit, enfin je me suis présenté puis j'ai dit « j'ai le regret de vous annoncer le décès de votre maman » en lui expliquant. (...) En générale je commence en disant « j'ai le regret de vous annoncer que votre maman est partie » ou « que votre papa est parti » ou « qu'il est décédé », des fois j'emploie ce terme aussi. (...).*
- I 8 : *« Toutes mes condoléances ». C'est un truc que j'ai remarqué que je fais toujours, il n'y a pas grand-chose de médical, c'est juste humain, ça fait partie de la société et qui fait, au final, qu'on n'a pas besoin de quoi que ce soit de plus.*
- I 10 : *Que je l'appelais à propos de « sa maman », qui était hospitalisée et j'étais « navré de lui apprendre qu'elle était décédée cette nuit ».*
- I 14 : *Je leur dis que « j'ai le regret de les informer que la personne qui leur ait proche est décédé ». J'utilise souvent le « j'ai le regret de vous informer que Mr Machin, votre mari est décédé... ».*

IDENTIFIER LE PROCHE :

- I 1 : *Tu ne sais pas dans quoi tu vas tomber les premières fois, tu ne penses pas à regarder en plus, donc tu te retrouves dans des trucs... Tu n'avais même pas pris le temps de le voir venir que tout d'un coup tu n'as pas prévenu la bonne personne, machin et tout, enfin ce n'est pas à moi que c'est arrivé mais je connais des gens pour qui s'est arrivé de ne pas prévenir le bon patient, d'annoncer un décès à la mauvaise personne tellement c'est le bordel, c'est la cata... bref.*
- I 3 : *J'essaie de bien identifier la personne que j'ai au téléphone en disant « vous êtes bien l'épouse de untel » et de bien identifier le patient parce qu'il peut y avoir des erreurs.*
- I 8 : *Quand c'est au téléphone, je vérifie que je suis bien avec la bonne personne parce que c'est un peu compliqué d'annoncer un décès par téléphone même si c'est très demandé et voilà.*
- I 10 : *Donc j'ai appelé comme ça en disant « vous êtes bien Mme Machin, la fille de madame truc ».*
- I 12 : *Je dis « je suis le médecin de garde, je me permets de vous appeler, c'est au sujet de votre frère / votre sœur », je redis bien pour être sûr d'être avec la bonne personne.*

ADAPTATION :

- I 5 : *Voilà je leur disais mais en fonction de comment il réagissait, il y en a qui était plus fort, donc on précise toutes les démarches papiers « apportez l'état civil » mais s'ils étaient en larme je ne disais rien et je finissais à chaque fois par « en vous présentant mes sincères condoléances », ce genre de terme, (...) Et puis je leur dis « bah écoutez bon courage pour la suite » ou « bonne nuit » en fonction des cas et puis on raccroche. (...) je vois comment ça se passe et comment les gens... qu'est-ce qu'ils demandent ou qu'est-ce qu'ils répondent, je ne donne pas de détail, j'essaie juste d'être proche d'eux dans ce que je dis, et puis c'est tout en fait.*
- I 6 : *Il y a certaines personnes qui commence à poser des questions, certains restent très pratiques « ok, je viens quand, qu'est-ce qu'il faut amener, quels sont les papiers », alors je me laisse guider par les familles. S'ils partent sur le sentiment j'essaie de les rassurer. (...) Si je vois qu'ils sont pratiques, très bien je reste pratique, c'est leur mécanisme de défense donc je reste dans le truc.*
- I 7 : *En fait moi les conseils qu'on m'a dits, de plusieurs urgentistes, c'est qu'en fait c'est un peu de juger et de savoir en gros, d'essayer d'arriver à juger si la personne est hyper fragile et déstabilisée mentalement c'est d'essayer de ne pas le dire alors que si tu sens que c'est à la maison, de leur dire d'essayer de s'asseoir et tu le fais de sorte qu'ils ne soient pas en voiture ou en situation à risque.*
- I 9 : *Je leur dis, et en fonction de la réaction je vois. (...) Rien de particulier c'est plus réactionnel à la réaction de la famille et du contexte, du moment.*
- I 12 : *Et après cela dépend de leur réaction, mais je leur dis « surtout n'hésitez pas à venir ou à nous appeler si vous avez des questions », je laisse toujours une ouverture.*

VALORISATION :

- I 4 : *Quand je vois avant la famille et qu'il y a un décès qui se fait à la fin, j'aime bien valoriser le rôle que la famille, elle a dans l'accompagnement. En fait j'ai remarqué que les gens sont très sensibles à ça et ont aussi besoin de reconnaissance surtout ceux qui sont présents. Et vraiment là où je suis à l'aise, c'est de leur dire « bravo, bravo d'être là et de ce que vous faite, c'est une belle fin, il était accompagné jusqu'au bout et entouré d'amour ». C'est hyper important ça, donc je joue plus sur ça. (...) Mais voilà la technique juste la valorisation de la famille.*

DISPONIBLE :

- I 5 : *Je dis toujours que toutes les équipes restent disponibles aux moindres questions, aux moindres soucis, on reste là.*
- I 6 : *Si jamais je vois que la personne est complètement désemparée je dis « asseyez-vous tranquillement, prenez un verre d'eau, ne restez pas seul, si vous souhaitez peut-être que j'appelle votre fils (admettons que j'appelais l'épouse) si vous préférez », je donne le numéro du service ou le patient est décédé. (...) Pareil je dis que je reste à disposition et si c'est en garde je dis que par contre je ne suis pas le médecin du service, donc « si vous voulez discuter avec le médecin du service qui le connaît mieux que moi, il faut rappeler le lendemain vers 9h00 » et je donne le numéro.*
- I 8 : *Une famille qui a besoin de faire son deuil, je reçois tout le monde quitte à faire l'annonce plusieurs fois, et généralement je m'expand moins. Je fais une grosse annonce et après je limite mon entretien sans pour autant le bâcler, mon but ce n'est pas ça. J'ai déjà vu « bah non j'ai déjà dit que votre père et décédé, j'ai vu votre mère », non ça m'avait un peu choqué sur le fond donc je prends toujours le temps.*
- I 12 : *Souvent je dis et même si c'est des gens que je ne connais pas « si vous avez des questions en arrivant à l'hôpital, n'hésitez pas à me faire appeler je me relèverai » et souvent je ne suis pas appelé donc je me dis que...*

RAPPORTER LE CONFORT :

- I 2 : *Comme en général ils partent plutôt dans le calme et sereinement, non douloureux, j'ai quand même que des décès ou je trouvais que les patients partaient dignement donc je pouvais dire aux familles qu'il est parti sans douleur et accompagné.*
- I 6 : *Et c'est surtout le fait que la famille que j'ai vue pendant 2 heures m'a remerciée comme si j'étais le sauveur en fait, juste parce que j'avais de la Morphine et de l'Hypnovel pour soulager le monsieur. C'est surtout ça, le confort qui m'a marqué, avec la famille qui me remerciait avec les larmes aux yeux, donc j'ai commencé et j'ai fini par pleurer après, c'est la seule fois où j'ai pleuré parce que j'ai fait la chose normale que chaque médecin devrait faire.*
- I 8 : *Surtout il y a une attente de la famille qui n'est pas celle, que je pense les médecins veulent donner. L'attente c'est savoir s'il a eu une belle mort. Pas savoir s'il s'est vidé, s'il a souffert, s'il y a eu des difficultés médicales, ils s'en fichent. Ce qu'ils veulent savoir c'est : est-ce qu'il a souffert, est-ce qu'il s'est rendu compte de ce qui s'est passé... et au final si on arrive à répondre à ces questions, à exprimer et expliquer ça, il n'y a pas de soucis.*
- I 11 : *J'essaie d'expliquer ce qui s'est passé, pourquoi on pense qu'il est mort et si on s'en est rendu compte à temps, si on a mis un peu de Morphine pour le soulager.*
- I 13 : *« Malheureusement le parent /le proche est décédé, qu'il est parti sans souffrance ». J'essaie de dire qu'il n'y a pas eu de soucis, que la personne est partie dans de bonne condition qu'elle n'a pas souffert.*

MENSONGE BIENVEILLANT :

- I 6 : *En générale, je leur dis que cela s'est passé tranquillement qu'il n'avait pas souffert et pour l'instant je n'ai pas eu à mentir sur ce sujet-là, je n'ai pas eu de décès très dramatique, donc je n'ai pas eu à mentir. Mais il est probable que j'aurais quand même dit que cela s'est passé calmement. En fait je me dis que les familles sont assez traumatisées et ce n'est peut-être pas la peine de leur dire qu'il est mort en s'étouffant dans son propre sang. Ça traumatise suffisamment les gens autour.*

- I 7 : Là souvent j'embraye en disant dans tous les cas « il n'a pas souffert, tout a été pris en charge, cela s'est bien passé, il était endormi à la fin, on avait mis les antalgiques pour la douleur etc... ». J'essaie toujours d'embrayer rapidement pour leur parler de confort. Peu importe que ce soit vrai ou non d'ailleurs. (...) Pas mentir parce qu'en général on essaie de faire les choses bien, mais tu sais bien au fond de toi que ce n'est pas possible que ça se soit aussi bien passé que ce que tu vends à la famille...
- I 13 : J'essaie de dire qu'il n'y a pas eu de soucis, que la personne est partie dans de bonnes conditions, qu'elle n'a pas souffert. Chercheur : Quelle que soit la façon dont elle est partie ? I13 : Oui. J'enrobe.

IMPORTANCE DE LA COMMUNICATION :

- I 8 : Les seules fois où on rencontre des problèmes, c'est sur les problèmes de communication ou un message pas passé, des choses comme ça.

Attitudes, prédisposition mentale à agir expliquant les réactions devant une tâche.

EMPATHIE :

- I 1 : L'empathie.
- I 3 : C'est vrai que untel soit décédé dans tel chambre ça me touche pas trop donc c'est vraiment... Je ressens de l'empathie pour la famille et voilà.
- I 9 : Juste les familles qu'on connaît quoi, mais je fais beaucoup d'annonce en garde. Plus d'empathie pour les gens en fait. Quand je ne connais pas les patients ou les familles j'ai moins d'empathie pour eux même si je sais que c'est quelque chose qui n'est pas évident pour eux, je les imagine pas donc voilà. Alors que quand c'est quelqu'un qu'on connaît, qu'on a suivi les processus, c'est un peu plus... plus d'empathie, affecté dans le sens de l'empathie : on ressent qu'il va être triste voilà, essayer d'un peu plus, du coup, les soutenir, si on peut.
- I 13 : De la tristesse mais plus pour les familles, de l'empathie par rapport à leur douleur à eux. Moi personnellement bon ça ne me touche pas plus que ça mais oui de la tristesse et de l'empathie par rapport aux familles forcément. Parce que j'ai toujours essayé même dès le départ d'avoir une voix posée, d'avoir le plus d'empathie possible, d'écouter les familles si elles avaient besoin de parler au moment de l'annonce et tout donc...
- I 14 : Ou alors je ne sais pas comment les exprimer. Parce que oui on nous apprend à être empathique enfin on nous dit qu'il faut l'être et qu'il faut amener les choses progressivement et expliquer mais après c'est pas... pour moi il n'y a pas vraiment de technique.

RESPECT :

- I 12 : Je pense qu'il aurait fallu que je ne dise rien pour respecter le souhait du patient car même décédé il faut le respecter.
- I 5 : Autant pour la personne elle-même j'ai toujours un immense respect quand je rentre dans les chambres, autant pour la personne que j'ai eu au bout du fil ou en face de moi, beaucoup d'empathie.
- I 8 : J'appelle la famille pour les prévenir, je ne tombe sur personne du coup je ne laisse pas de message parce que ce n'est pas voilà, ce n'est pas ce qui faut faire ce n'est pas bien, et du coup rien de plus. Donc pas d'annonce à faire finalement et limite j'ai appris plus tard que cela avait été reproché au service, comme quoi ils n'avaient pas été prévenu alors que j'ai appelé et que je n'ai juste pas laissé de message et c'est normal de ne pas laisser de message... Donc voilà.

COMPASSION et HUMILITE :

- I 10 : *Par contre, je lui ai dit de bien prendre son temps avant de prendre la voiture, de toute façon ce n'est pas la peine de se dépêcher...*
- I 14 : *Et le souci c'était qu'ils voulaient quand même venir à l'hôpital ce que je comprends tout à fait et en fait c'était en plein orage, vraiment un orage d'été, comme on en a beaucoup eu avec beaucoup de pluie et j'étais, je me suis dit il n'y a personne pour amener la fille du patient sur St Jean de Luz et il y a une demi-heure de route, elle va prendre sa voiture, elle n'est pas en état émotionnel correct pour prendre sa voiture et il y a un orage donc j'avais juste peur pour elle. Mais en même temps je ne pouvais pas l'empêcher de venir, donc je lui ai dit plusieurs fois « il n'y a vraiment personne qui pourrait venir vous chercher parce que j'ai pas envie que vous preniez la route quand même ? ». Mais ça s'est bien passé mais du coup j'étais quand même en état de stress pour ça.*
- I 8 : *Rester humble, c'est la chose la plus importante qu'on a à faire, que ce soit sur les annonces diagnostiques, pronostiques, d'enfoncement ou de décès. Être capable d'être humble, c'est une des qualités les plus importantes à garder quand on fait une annonce.*
- I 11 : *J'ai... non j'ai plutôt été touché par le fait que les gens soient reconnaissants, par la gratitude qu'ils peuvent ressentir*

ACCOMPAGNEMENT :

- I 12 : *Ils s'y attendaient et après on est allé voir le patient, après sa dernière toilette. Je les ai accompagnés et je leur ai proposé de rester avec lui, ils sont restés un peu puis sont venu nous voir.*
- I 13 : *Après quand j'ai eu à faire des annonces de décès en face à face, on est dans la chambre, en plus il y a le patient qui est là, donc c'est un peu plus compliqué et oui, là les familles commencent à pleurer et tout, donc moi ça me touche un peu plus et forcément on compatie plus. Il y a plus d'empathie. C'est un peu plus compliqué...*
- I 14 : *Et après je les ai vu, j'ai refait une annonce avec eux dans la chambre, parce qu'il était tard et c'était pas du tout attendu donc je voulais leur expliquer un peu mieux et je trouve qu'au téléphone on ne peut pas expliquer, en plus ils pensent totalement à autre chose les gens, ils ne sont pas du tout en mesure d'avoir une information donc voilà.*

ISOLEMENT :

- I 1 : *Anticipation, je prends le temps de me poser pour faire l'annonce. (...) Je me mets dans une pièce toute seule avec le téléphone toute seule, pour avoir le temps et pour moi, être toute seule dans ma tête pour me couper de tout le reste de mes activités. Je pense que je suis plus disponible.*
- I 8 : *On les reçoit, on s'isole, on est que nous, personne d'autre, pas de raison d'être interrompue et on explique.*

PREPARATION :

- I 7 : *Après un peu d'anticipation avant... Je sais que j'ai la famille dans la chambre pour la dernière ou j'étais de garde une nuit et je vais revoir le dossier, je me prépare, je me blinde un peu, je prépare le dossier, avec une certaine forme d'appréhension, on va dire à quelqu'un, la famille que... pas en chantant.*
- I 10 : *J'essayais d'être le plus apaisé possible, de m'apaiser moi-même pour apaiser la dame. C'est un petit transfert comme ça.*

- I 12 : *Je le connaissais un peu parce que sur plusieurs de mes gardes avant, il se dégradait, donc on était appelé pour des soins de confort et bon, sur une de mes gardes il est décédé. Bref je le connaissais un petit peu et je m'étais dit « bon lui quand il va mourir ça va être compliqué parce qu'il y a ce problème du VIH », et heureusement j'avais un peu anticipé la situation, je m'étais renseigné parce qu'il y a quelques années on avait appris que ces personnes-là n'avaient pas le droit aux soins de corps et qu'il fallait direct les mettre en bière.*

DISTANCIATION :

- I 5 : *Moi je le vis bien parce que j'ai toujours réussi à me démarquer, d'enlever la blouse et je passe à autre chose donc je m'en fou, enfin non ce n'est pas que je m'en fou mais il y a une séparation entre tout ce qui s'est passé à l'hôpital, que ce soit décès ou autre et le moment où je sors et ça c'est moi quoi. (...) Encore une fois, il faut le faire et puis c'est tout. C'est une des casquettes du médecin et quand j'ai fini je retire la casquette du médecin et de l'urgentiste pour mettre celle de repos de garde quand j'ai fini. (...) Encore une fois je mets de la distance.*
- I 6 : *Le fait de pouvoir cloisonner les sentiments, j'arrive à rester professionnel même dans les cas où j'ai pleuré, j'ai quand même attendu d'être chez les infirmières pour pleurer là-bas... C'était la première fois qu'il me voyaient pleurer donc ils pensaient que je faisais un break down (sourire).*
- I 13 : *Ecoute sur le plan psychologique, j'arrive à me détacher, à ne pas trop prendre les choses à cœur.*
- I 14 : *Après je mets quand même pas mal de recul, je ne m'investis par trop dans leur peine. A part des patients que j'ai vraiment suivi longtemps pour lesquels je suis un peu plus touché. Mais la plupart du temps il y a de la distance, donc émotionnellement je ne m'implique pas trop.*

ABREGER :

- I 12 : *Oui des fois, parce que quand les situations me stressent trop, que t'es pas à l'aise avec le patient, ou pas à l'aise avec les familles, des fois tu peux abrégé un peu la conversation. Tu vas peut-être pas autant être ouvert et accompagnant.*

INDIFFERENCE :

- I 8 : *Rien. C'est quelque chose qui est une habitude maintenant, pas de soucis particuliers. (...) Je ne sais pas si j'ai eu de la chance d'avoir eu la bonne méthode directement mais au final je n'ai jamais rencontré vraiment de problème sur les annonces.*
- I 9 : *Moi ça me dérange pas trop en général. Maintenant j'en ai fait tellement que... (...) Moi ça me fait pas grand-chose. (...) Après si c'est un patient que j'ai jamais vu, que je vois mort et bon effectivement il est décédé, je le dis à la famille et je vais me coucher. Moi j'ai pas besoin de beaucoup plus d'interaction quoi.*

REMETTRE EN QUESTION :

- I 4 : *Voilà je suis demandée par téléphone, est-ce qu'on peut vraiment le faire comme ça, est-ce qu'il ne faut pas insister pour la personne vienne, ou de rappeler voilà.*
- I 8 : *Si on n'arrive pas à lâcher prise et dire que le patient est décédé, pas parce qu'on a fait quelque chose de mal ou s'il y a eu quelque chose de mal mais qu'on est capable de dire voilà, on se remet en question et discuter de qu'est-ce qui pourrait être mieux fait, on n'avance pas, il faut arrêter le métier.*

- I 12 : Il faut bien que quelqu'un le fasse, mais je trouve cela gênant d'appeler de familles dans la nuit, surtout qu'ils ne te connaissent pas, pour annoncer des choses qui sont si importante. Je me dis que des fois ce serait peut-être mieux que ce soit le médecin qui connaît le patient qui le fasse pour les familles parce qu'elles doivent se sentir plus à l'aise avec quelqu'un qu'elles connaissent.

TRANSFERT :

- I 4 : C'est extrêmement compliqué et c'est je pense un des trucs les plus compliqué parce qu'il y a beaucoup de transfert, enfin on s'identifie énormément, on s'attache à nos patients... enfin voilà. Donc ça fait toute la beauté et toute la complexité de ce moment. (...) Je suis fille unique, beaucoup fille à papa aussi et je me suis beaucoup identifié à la relation père fille. Quand c'était une fille qui perdait son père ça s'était des choses qui tout de suite..., j'étais dans le transfert je le sentais avec « oh lala moi ça va être terrible ». Je repère facilement que je suis dans le transfert et dans ce sens-là du coup, pour la perte des parents, l'angoisse de la perte des parents et du coup c'est plus compliqué à ces moments-là
- I 5 : Un patient qui ressemblait à mon papi qui était décédé c'était plus dur, en plus le patient je l'ai suivi pendant 2 mois, avec une histoire compliquée et des symptômes un peu...
- I 6 : Peut-être parce que là j'ai un membre de ma famille qui a une maladie et a refusé le traitement, donc je sais que le décès c'est pour dans pas très longtemps. Mais il est cool avec ça et nous aussi, ça fait trois ans... Donc pour le coup je suis dans la peau de la famille et je sais qu'un jour quelqu'un va appeler pour dire que X est décédé, donc ok comment est-ce que moi je vais réagir ? pour que ça m'aide avec le petit fils de la personne, quelles sont les différentes réactions... C'est plus concret. J'ai la vision blouse blanche et la vision personnelle.
- I 9 : Déjà, moi j'ai perdu mes grand parents jeune et on a toujours été accompagné, moi je ne l'ai jamais mal vécu. Et mes parents nous ont beaucoup soutenu moi et ma sœur. Enfin ce n'est pas quelque chose que j'ai vécu comme triste de par mon expérience. (...) Je pense que le fait d'avoir vécu des décès comme ça, pas traumatique, moi je le vis pas traumatiquement.
- I 10 : Je me suis mise à la place de la dame et apprendre le décès de ma mère par téléphone, je sais pas si moi j'aurai apprécié. Oui c'était de l'empathie vers sa fille, en plus un truc pas prévu. Moi j'aimerais pas apprendre ça par téléphone. Après est-ce que c'est mieux de faire venir les gens... pour au final leur dire que... Je ne sais pas si ça, c'est mieux. (...) Oui. Moi j'ai connu dans ma famille quelqu'un qui était très jeune qui est mort dans un accident de moto, dont j'étais très proche, décès brusque et oui cela joue vachement. Pour moi c'était assez traumatisant et pour toute ma famille aussi donc du coup oui... C'est peut-être ça aussi le côté où j'ai pas envie que ça marque les gens de manière...
- I 11 : Si c'est une situation qui peut me renvoyer moi, à quelque chose que j'ai pu vivre personnellement, ça peut être plus dure de prendre un peu de distance. Ça m'est pas forcément arrivé sur des annonces de décès en soi, mais en amont sur des situations palliatives, je sais pas, par exemple un père qui était avec toute sa famille et c'est arrivée brutalement.
- I 12 : Après ça c'est peut-être moi qui me projette aussi... (...) Dans le couloir, je vois arriver sa fille et son mari et je me dis il ne faudrait pas qu'ils rentrent commença, elle était blanche, pas jolie à voir. Donc je me dis que si c'était ma mère j'aimerais pas qu'on me laisse rentrer comme ça, donc je me dis : je vais les accompagner.

Difficultés, limites par rapport à soi.

Liées au patient

AGE :

- I 5 : *Après j'ai été confronté qu'à des décès de personnes âgé ou plus ou moins âgés genre cinquante an, mais là je suis en pédiatrie et c'est sûr que s'il y a un décès là, je ne le prendrai pas super bien, donc c'est sûr qu'en fonction de l'âge ça joue beaucoup.*
- I 7 : *Forcément un jeune, un enfant ou un truc comme ça c'est je pense plus difficile. Je n'ai jamais fait mais j' imagine que c'est plus difficile qu'une personne âgés inconnue...*
- I 9 : *Quand ils sont vieux c'est dans la logique des choses.*
- I 12 : *Et si c'était un enfant, ce serait plus difficile, on doit probablement projeter sur si c'était les siens et puis même, un enfant c'est difficile quoi qu'il arrive.*

CONNAISSANCE ANTERIEURE DU PATIENT ET DE LA FAMILLE :

Inconnu :

- I 2 : *Parce que j'ai un lien avec le patient, je le connais d'avant j'ai pu jouer sur sa prise en charge, alors que quand on appel parce que Mr est mort ben il n'y a aucun lien qui se crée entre moi et le corps alors que quand c'est mon patient, ce n'est pas pareil et surtout que quand c'est moi, j'ai déjà vu la famille et c'était surtout en gériatrie ou même en médecine interne quand c'est moi qui faisait l'accompagnement de la famille c'était plus dans l'ordre des choses. Je préfère faire l'annonce de décès de mes patients, aux familles qui me connaissent.*
- I 6 : *Après quand je connais le patient par extension je connais la famille après qu'ils viennent le voir ou ils appellent, donc je sais déjà à quoi m'attendre je peux me préparer, je sais par exemple que la dame est un peu stressée ou je sais que le fils en a rien à faire de son père. Donc ce sont des choses qui peuvent m'aider purement.*
- I 12 : *Des fois c'est un peu l'inconfort de la situation, parce qu'à l'hôpital souvent on annonce des décès pour des patients qu'on n'a pas forcément suivis et donc il faut faire face. (...) . Souvent c'est vraiment des gens qu'on connaît pas, des familles... et donc on ne sait pas quoi leur dire. D'autant qu'on ne connaît pas le patient non plus. C'est aussi difficile pour ça.*
- I 13 : *De ne pas trop savoir quoi leur dire, parce que c'est des familles que je ne connais pas, moi je suis là, j'arrive, je constate et j'appelle juste pour prévenir mais si elles ont des questions plus approfondies c'est compliqué.*
- I 14 : *Surtout qu'on ne les connaît pas. Moi je fais des gardes dans un endroit où je ne connais pas ni les familles, ni les patients donc c'est toujours délicat. Et du coup j'arrive juste avec « ah ben non je ne vous connais pas, je suis juste de médecin de garde pour vous dire qu'il est décédé ». Donc c'est pas très facile mais on le fait quand même.*

Connu :

- I 5 : *Encore une fois si c'est un patient que je vois en aigue ou quand je serai médecin généraliste et que ce sera un patient que je suis depuis des années ça clairement ça va être un peu plus dur à vivre. J'ai des expériences de mes prat quand j'étais à Agen qui disait « oui je suis peut-être trop proche de mes patients mais, à chaque fois qu'il y en a une qui meurt je pleure » mais c'est comme ça quoi.*
- I 9 : *Après quand on a suivi vraiment le patient, quand on le connaît bien c'est pas pareille que quand on est en garde ou c'est pas très compliqué. Je trouve que c'est ça le plus difficile, quand on connaît à la fois le patient et la famille. (...) Quand je ne connais pas les patients ou les familles j'ai moins d'empathie pour eux même si je sais que c'est quelque chose qui n'est pas évident pour eux, je les imagine pas donc voilà. Alors que quand c'est quelqu'un qu'on connaît, qu'on a suivi les processus, c'est un peu plus... plus d'empathie, affecté dans le sens de*

l'empathie : on ressent qu'il va être triste voilà, essayer d'un peu plus du coup les soutenir si on peut.

- I 12 : *Si c'est une famille que tu connais j'ai l'impression que c'est plus douloureux, mais tu les accompagne mieux parce que j'ai envie qu'ils soient bien, que ça se passe bien. J'ai peut-être plus d'empathie pour eux on va dire.*

Liées aux proches

IDENTIFICATION DU PROCHE :

- I 5 : *Ça me soule juste quand il n'y a pas le nom de la personne de confiance dans les dossiers pour les patients gériatriques... Ça c'est juste insupportable. C'est quand même leur boulot !*
- I 9 : *J'appelle la personne à prévenir, et quand il n'y en a pas bah le numéro que je trouve dans le dossier. Tu vois globalement c'est le premier numéro que je trouve sauf s'il en a un marqué en gros (rire). (...) La plus grande difficulté c'est trouver le numéro des familles. Quand j'en trouve pas j'appelle pas. Je laisse un mot pour le service pour qu'ils se débrouillent le lendemain matin. Et de ne pas savoir si on doit les appeler ou pas, la nuit.*
- I 10 : *Au départ il y a eu un souci parce qu'on n'avait pas le numéro de la fille dans le dossier, aucun numéro, aucun contact et il était 6h du matin. Du coup j'ai un peu galéré et en retrouvant les patients qui étaient passé aux urgences, j'ai réussi à retrouver la fille qui était passé pour elle-même et avec son nom marital en plus. Mais le nom de sa mère. Donc j'étais pas sûr. Donc l'infirmier a pris le téléphone portable de la patiente qui était décédée pour trouver le dernier appel et c'était le même prénom et numéro de téléphone de la fille.*
- I 12 : *Oui parce que souvent les patients ne font pas la distinction entre personne de confiance et personne référente et même le personnel soignant, ne fait pas la différence. Souvent la personne référente est présentée comme la personne de confiance mais pas avec la définition de la personne de confiance telle qu'elle est dans les textes. Souvent c'est celle qu'on appelle en cas de problème mais, des fois, on est embêté alors si c'est un décès à la rigueur mais même si ce n'est pas tout à fait le décès on doit faire des choses et on s'adresse à la personne référente comme à une personne de confiance, mais la personne, le patient ne l'a pas désignée avec la définition de la personne de confiance. Après on veut être puriste mais souvent les gens ne sont pas contre le fait qu'on en parle à la personne référente.*
- I 14 : *Cela m'ait arrivé une fois de ne pas savoir qui appeler parce qu'il n'avait vraiment pas de famille et du coup on s'était retrouvé... « voilà on fait quoi ? »*

GESTION DE LA REACTION :

- I 1 : *Le mari était dans le désespoir le plus total, il avait besoin d'hurler sur quelqu'un, donc c'est sur moi que c'est tombé. Voilà. (...) C'est vraiment la seule réaction dans ce contexte-là, c'est des émotions fortes : des grosses tristesses, de la colère, des choses comme ça et je trouve que c'est difficile de s'y... de rester stoïque fasse à tout ça.*
- I 2 : *Et là elle a explosé en larme en me disant « oui mais si on m'avait dit je serai resté, je voulais être là, je ne voulais pas qu'il soit tout seul, et tout ». Mais moi non plus je n'avais pas prévu...*
- I 3 : *Souvent les familles ont des sentiments très forts qui ne sont pas très facile à maîtriser encore une fois par téléphone ou en direct, quand ils pleurent, quand ils sont perdus, quand ils sont sidérés. (...) C'est plus d'émotion à gérer et à canaliser parce qu'ils sont choqués, effondrés.*
- I 5 : *Parce que la famille c'était la première fois que j'étais confronté à autant de... En fait juste la peine des gens en face de moi. On voit les gens en face et ça m'avait bien marqué.*

- I 6 : Chercheur : *as-tu rencontré des difficultés ? (...) La troisième c'est quand il y a des réactions de déni : typiquement « votre papa est mort », « non ». (...) Du coup les réactions des gens vont de « ah bon », à « je n'ai pas compris » ou panique totale. C'est vraiment très varié et pour l'instant je n'ai pas réussi à développer une méthode infaillible. Je pense que je le vis mieux avec des familles qui réagissent plutôt « bon on amène quoi comme papier, qu'est-ce qu'il faut comme habit, à quelle heure est-ce que l'on vient », des gens qui restent très calmes.*
- I 11 : *J'en ai eu un aussi ou c'était plus l'inverse, il était plus revendicateur, parce qu'il y avait des choses de la pris en charge lors de l'hospitalisation qui ne lui avait pas plu donc c'est le moment ou c'était ressorti. Après moi c'était un patient que je n'avais pas pris en charge moi-même donc je ne pouvais pas vraiment répondre. Sur le moment je me suis senti un peu agressé, après j'ai donné ce que j'ai pu en réponse, expliquer pourquoi ceci ou cela, et il s'est détendu et cela c'est mieux... enfin je me suis senti un peu plus soulagé quand j'ai vu que ça retombait.*
- I 12 : *Mais c'est difficile parce qu'on ne sait pas comment les gens vont réagir et on a peur de ne pas utiliser les bons mots et les formulations. On se demande s'ils vont bien comprendre, est-ce qu'ils sont prêts à entendre ce qu'on va leur dire. C'est plutôt ça qui me gêne en fait, c'est pas facile. (...) Donc là, la fille pas du tout préparée, s'est roulée par terre en criant, ce qui était très choquant et je n'ai pas su quoi dire ou faire mais lui est parti. Je suis resté un peu mais ne sachant pas quoi faire je suis partie aussi.*
- I 14 : *Il a souvent beaucoup de pleurs, de « c'est pas possible, c'est pas possible ». Du coup cela nous émeut un peu plus parce qu'on annonce une très, très mauvaise nouvelle qui n'était pas du tout attendu donc cela fait un choc.*

REPONDRE AUX QUESTIONS / se JUSTIFIER :

- I 6 : *La deuxième c'est quand la cause de décès est difficilement identifiable. Ça m'est arrivée en gériatrie, la personne est arrivée la veille, on n'a pas encore eu le temps de faire le tour et puis bim elle est morte dans la nuit. Et donc « de quoi elle est morte docteur », et bien « de quelque chose » et ça s'est compliqué. Le diagnostic qui est difficile, ne pas savoir répondre aux questions.*
- I 8 : *Il faut répondre aux questions, et dire ce qu'on a fait.*
- I 10 : *Oui elle m'a demandé « voilà est-ce que... ça doit être ça les malaises qu'elle a fait à Bordeaux, ça doit être ça... », et typiquement ça c'est un truc que j'aurai bien aimé que la chef réponde. Tu sais pas quoi répondre parce que ça sert à rien et en plus tu connais pas le dossier.*
- I 11 : *Après moi c'était un patient que je n'avais pas pris en charge moi-même donc je pouvais pas vraiment répondre. Sur le moment je me suis sentie un peu agressé, après j'ai donné ce que j'ai pu en réponse, expliquer pourquoi ceci ou cela, et il s'est détendu et cela c'est mieux... enfin je me suis senti un peu plus soulagé quand j'ai vu que ça retombait.*
- I 12 : *Souvent on est appelé pour constater un décès pour un patient qu'on ne connaît pas et de suite il faut potasser le dossier parce qu'il y a la famille qui arrive très vite et puis il faut donner des explications.*

Liées au décès

BRUSQUES :

- I 1 : *Les circonstances du décès, quand c'était tranquille c'est moins difficile parce que nous, on est plus en accord, on est plus serein à annoncer un décès qui s'est fait tranquillement qu'un décès où le patient, il a souffert.*

- I 2 : *Pour moi sa bio n'était pas plus cata et l'équipe m'a dit qu'il était comme d'habitude. (...) Là je ne l'attendais pas donc j'étais chamboulée.*
- I 4 : *Et ce qui va changer c'est si c'est attendu ou pas. La brutalité du décès...*
- I 9 : *L'autre situation c'est un décès brutal qu'on doit annoncer, ou la famille était pas du tout au courant et doit s'organiser pour venir, ça c'est des situations plus compliquées.*
- I 12 : *Après c'est plus difficile pour les accidents de la route, les décès brutaux.*
- I 14 : *Alors que quand c'est une mort inattendue même sur une personne âgée c'est tout de suite plus dur, ils ne s'y attendent pas du tout et il a souvent beaucoup de pleurs, de « c'est pas possible, c'est pas possible ». Du coup cela nous émeut un peu plus parce qu'on annonce une très, très mauvaise nouvelle qui n'était pas du tout attendu donc cela fait un choc.*

PAS DE PREPARATION :

- I 6 : *Sinon quand le patient à une maladie chronique à long terme qui va le tuer... bah c'est le côté que le patient lui sait qu'il va y passer et qu'il l'accepte... Et pour la famille c'est pareil. Certaines savent que papi à un cancer et qu'il a refusé le traitement donc à un moment donné la maladie va avoir raison de papi. Donc la famille est calme et cool voilà. (...) Ce qui était vraiment pour moi compliqué, c'était de leur faire accepter la mort de quelqu'un qui allait bien la veille.*
- I 7 : *Souvent c'est des patients palliatifs multi-métastatiques donc attendus et aussi préparé, c'est aussi pour ça que ça se passe bien, je n'ai jamais eu de décès à annoncer brutal, sur un accident de la route ou un jeune, donc j'avoue que j'ai peut-être été un peu protégé des annonces violentes...*
- I 8 : *C'est juste de l'anticipation, être au clair avec les patients et surtout leur famille parce que généralement, sauf si le patient refuse que la famille soit au courant, on peut toujours trouver des moyens de leur expliquer, exprimer ce qui se passe.*
- I 9 : *Mais bon après ça dépend du contexte, c'est très différent en fonction des gens ou de la famille, s'ils sont préparés ou pas préparés. (...) Du coup on essaie d'enrober, sauf que je me suis rendu compte que ça ne changeait rien à leur réaction, au final, de les préparer ou de pas les préparé. Sauf si on le fait avant voilà. (...) Le plus dur c'est ça, quand les familles ne comprennent pas avant qu'il soit décédé, le deuil débute plus facilement quand la maladie est mieux acceptée quoi...*
- I 11 : *Cela a pu m'inciter, le fait de voir que les gens soient reconnaissant après, cela a pu m'inciter à souvent c'était dans des cas où on a bien pris le temps de dialoguer avec eux, souvent dans les situations palliative, avant, pour expliquer ce qu'on allait faire pour que cela se passe bien, c'est dans les cas où on a pris le temps d'expliquer tout ça qu'ils ont l'air le plus reconnaissant donc ça m'incite dans les situations où je vois que le décès est envisageable rapidement de prendre le temps de bien discuter avec la famille, qu'il comprennent ce qui se passe, ce qui peut se passer...*

COMPLEXE :

- I 5 : *Après si c'est des patients dans le service, c'est aussi en fonction de la prise en charge surtout les patients de soins palliatifs. J'ai eu un mauvais souvenir sur un patient ou cela s'est très mal passé et j'ai été laissé tout seul, mais elle a agonisé toute la nuit et personne ne m'a filé un coup de main pour l'aider. Ça par contre je suis intransigeant maintenant sur le confort des patients en fin de vie de façon concrète. Clairement ça va m'énerver si je vois que la patiente, elle est en limitation de soin et qu'il n'y a rien qui a été fait pour son confort, ça, ça va m'énerver au plus haut point !*

- I 6 : *Oui j'avais... notamment il y avait pareil une dame avec un dossier compliqué, plus une famille compliquée en mettant son nez partout. J'avais été appelé pour cette dame en début de soirée pour des marbrure depuis 4 jours, examen normal... et 1h du matin pouf elle est décédée.*
- I 8 : *Non la dernière en date que j'ai eu qui m'a posé problème, c'est un patient sur une garde que je ne connaissais pas, dossier compliqué avec finalement un choc septique pour lequel il ne se passe rien de particulier dans le cadre d'une endocardite à staph sur prothèse valvulaire aortique et une CIP dans le cadre d'un cancer et d'un pace maker. Donc ils avaient été obligés de tout retirer, de ce fait sur le retrait ils avaient mis un nouveau PM en épigastrique et le patient avait encore ces points et a fait le choc septique puis est décédé, retrouvé mort par l'équipe infirmière...*
- I 12 : *C'était un monsieur qui était là en fin de vie, en soins palliatifs, il avait un cancer. La particularité chez ce monsieur c'est qu'il avait une hépatite C et le VIH, sa famille n'était pas au courant. C'était un monsieur qui n'était pas marié et qui je pense, était homosexuel mais qui ne l'a jamais dit à sa famille et du coup il avait ce secret pour lui. (...) Je m'étais dit, bon lui quand il va mourir ça va être compliqué.*

Liées au rythme et à l'interne

OCCUPÉ :

- I 2 : *Oui c'était ma garde de samedi de la semaine dernière, (...) il y avait un patient qui était à l'EHPAD hospitalisé en gériatrie il y a un mois pour une prostatite, 3 semaines d'antibiotique, et là il revient parce qu'il re chauffe, il a pris 100 points de CRP, (...) On le met sous TIENAM[®] parce qu'il avait des antibios de malade avant et des BMR, (...) Entre temps j'ai eu le choc hémorragique plus septique sur une dame qui m'a occupé de 16h à 5h du matin. (...) Bon voilà, et là quand j'étais en train de transfuser la dame de l'autre côté et que j'avais un problème d'identito-vigilance et que le réa ne voulait pas me la prendre et que c'était affreux, là on me dit « PP, Mr Machin je crois qu'il est mort ». Donc j'ai couru dans la chambre et il était déjà un peu froid donc je n'ai rien pu faire, et là il était minuit, (...) Et donc je l'ai appelé, la fille, donc alors comment dire ?...*
- I 6 : *On appelle la personne, elle n'est pas là et elle te rappelle au moment où cela te convient pas du tout parce que tu es en garde et tu es en train de suturer un petit vieux qui est tombé et s'est fracassé le crâne et là il y a l'infirmière qui te tiens l'appareille à l'oreille, parce que la personne veut absolument te parler c'est urgent. Donc c'est un peu compliqué de faire 3 choses en même temps. Et la personne « ah non, non vous ne pouvez pas me rappeler plus tard ». Voilà...*
- I 9 : *Si c'est en pleine garde que j'ai autre chose à faire ça me soule de reconforter la famille pendant trois heures alors que j'ai autre chose à faire.*

FATIGUE :

- I 1 : *C'est moi qui l'ai prise en charge, j'ai appelé son mari qui n'a pas répondu, finalement j'ai appelé sa fille à 5h00 du matin, sans avoir dormi des dernières 24h et donc je lui ai annoncé que ça mère était décédée, ce n'était pas tout à fait prévu puisque la dame était hospitalisée et que ça n'avait pas été plus que ça discuté au préalable donc elle a beaucoup pleurée au téléphone et m'a dit qu'elle allait venir. Du coup, moi je suis allé me coucher et ils sont arrivés avec le mari, à 7h du matin, on m'a réveillé pour que je vienne les voir, j'ai dû leur réannoncer. (...) Oui sur mon état de fatigue.*
- I 2 : *Et de l'heure ! à 6h00 du matin ça me casse les pieds concrètement...*

- I 6 : *Après c'est assez banal, mais ne pas faire les annonces à 3h00 du matin, ça aide aussi... quand on est réveillé dans les heures de travail et pas tiré de son lit c'est mieux. Pareil c'est très situationnel mais quand ce n'est pas le rush c'est mieux...*
- I 10 : *J'essaie de le faire progressif mais sur un coup de téléphone à 6h du matin alors que les gens ont la gueule dans le cul et moi aussi c'est pas facile d'y aller progressivement sachant que le but du coup de fil c'est de voilà...*

ROULEMENT :

- I 3 : *Il y en a une qui m'a marquée c'était en gériatrie, un patient que je suivais qui est décédé dans la nuit donc c'est l'interne de garde dans notre service qui s'en est occupé, a téléphoné à la famille et a fait l'annonce au téléphone. Et les filles de ce patient sont venues le lendemain dans l'après-midi pour avoir des informations, pour parler avec un médecin du service et du coup ce n'est pas forcément évident... En plus à la base elles voulaient absolument parler au médecin qui a fait l'annonce alors que bah il était en repos de garde, c'était quelqu'un d'un autre service et ce n'est pas forcément évident donc voilà. Et les filles voulaient vraiment parler à l'équipe soignante qui était présente et ça ce n'est juste pas possible. Le lendemain les gens qui bossent la nuit sont en repos...*
- I 6 : *Pareil je dis que je reste à disposition et si c'est en garde je dis que par contre je ne suis pas le médecin du service, donc « si vous voulez discuter avec le médecin du service qui le connaît mieux que moi, il faut rappeler le lendemain vers 9h00 » et je donne le numéro.*
- I 12 : *Donc j'ai dit « vous verrez avec le médecin demain et avec les pompes funèbres » mais ils voulaient que ce soit les pompes funèbres du Portugal qui vienne et bref je ne savais plus trop quoi faire. Et ils étaient fatigués donc ils sont rentrés dormir heureusement (rire)... Et le lendemain je ne sais pas comment ils ont fait.*

INDISPONIBILITE PSYCHIQUE :

- I 4 : *Peut-être que l'état dont on est psychologiquement, on est aussi des êtres humains, on a aussi nos mauvaises périodes je pense et ça oui, je pense qu'il y a des moments où je me dis, dans cette période-là il ne valait mieux pas que je sois dans un stage où j'annonce des décès ou où je suis face à de situations difficiles. (...) Et aussi je suis toujours en thérapie et en fonction de la psychothérapie, il y a des émotions qui remontent plus ou moins et il y a donc des moments plus compliqués que d'autres.*
- I 11 : *Donc j'avais appelé le chef de pneumologie qui suivait cette patiente pour voir un peu. Il était pas trop tard qu'on j'ai pu voir avec lui et il était très sympas donc il m'a dit que c'était une situation compliquée donc que c'est lui qui allait prendre en charge l'annonce de décès. Donc oui, des fois il faut souffler un petit peu.*
- I 13 : *Il est décédé au moment des fêtes de Noël dans le service, un week-end ou j'étais de garde mais c'était mon service donc je le connaissais.*

QUESTIONNEMENT ETHIQUE :

- I 7 : *Le faire par téléphone, ça me rend très mal à l'aise, j'en ai discuté justement avec un de mes chefs, sur ce problème un peu éthique ou notamment aux urgences t'es là et t'annonce un truc ou alors c'est une nouvelle grave et ça va aller très vite avec un probable décès derrière et ça me mets mal à l'aise d'un point de vue éthique, et ça me met mal à l'aise...*

- I 12 : Et là ils me disent « il faut que tu le ramène dans le service » et le brancardier dit « on ne peut pas le transporter comme ça », donc pour faire style et ne pas choquer les autres patients, ils lui ont mis un masque à oxygène. Moi ça m'a choquée, pour le remonter dans le couloir devant tout le monde parce qu'il fallait le ramener dans sa chambre. Donc déjà ça m'a choqué qu'on puisse mettre à une personne morte un masque à oxygène pour faire croire qu'il était vivant. J'ai été choqué et ça c'était le premier truc. (...) Donc lui a eu beaucoup moins de tact que moi, il est rentré à peine dit bonjour, a posé son stéthoscope et il a sorti ces oreilles, je le revois encore avec ces petites lunettes, et il a dit « elle est morte », à la fille et son mari. (...) Et puis j'étais choquée certes du décès mais surtout de la réaction de mon chef... Celui-ci j'oublierai jamais je crois...
- I 13 : Et donc, jeune patient de 32 ans, qui avait une insuffisance cardiaque terminale sur une cardiopathie congénitale, qui avait été refusé pour une greffe cardiaque pour diverses raisons. Enfin des raisons qui à mon sens au départ m'ont révoltées, mais qui en, en parlant avec mes chefs après j'ai compris un peu les choses. Mais c'était un patient maghrébin qui parlait pas français, venu en France pour se faire soigner, d'un point de vue médicale il n'y avait absolument pas de contre-indication à la greffe, mais d'un point de vue social, étant donné qu'il n'avait pas de travail, enfin pour la suite après, la prise des médicaments antirejet machin... voilà donc cela pour eux, dans leur protocole c'est une contre-indication à la greffe.
- I 14 : En plus au final, la personne de confiance, enfin il y avait un compagnon mais c'était le fils, qui n'était pas le fils de monsieur, donc il fallait que je le prévienne et il y avait une sorte de..., quand je l'ai appelé il s'en foutait en fait que sa mère était décédée en gros et ce monsieur était là tout seul en train de pleurer la femme qu'il aimait... Donc c'était assez brutal, il y avait la version du monsieur qui était tout... enfin il pleurerait parce que voilà il venait de perdre sa compagne et le fils qui en avait rien à faire, enfin au téléphone en tout cas il donnait l'impression d'en avoir rien à faire. Donc c'était assez brutal la comparaison des deux.

PREMIERE FOIS :

- I 3 : Parce que la première fois que j'ai dû annoncer un décès par téléphone on ne sait pas trop comment faire, on est perdu, pas aidé.
- I 5 : Mais, en plus j'étais premier semestre, je ne savais pas comment ça allait se passer après, c'était la première fois qu'en plus j'avais vraiment les personnes devant moi pour annoncer le décès sans qu'on soit au téléphone où c'est complètement impersonnel. Ça m'a marqué, même maintenant je m'en souviens très bien parmi tous les décès que j'ai fait.
- I 7 : La première fois on s'en fait toute une montagne même aujourd'hui je m'en fais toute une montagne mais à chaque fois cela se passe relativement bien.
- I 9 : Là j'arriverai pas à décrire comment j'étais au début et comment je le vis maintenant mais c'était différent quand j'étais en premier semestre, oui forcément. On était perdu, on découvrait tout et ça fait partie des grosses étapes à passer des choses à faire.
- I 14 : C'est lors des premières gardes, il y a des décès dans les services donc bah là on se dit « déjà je sais même pas comment voir que le patient est bien décédé »... donc on se dit « oui, il est bien décédé à priori » et ensuite on ne sait pas, est-ce qu'on doit appeler, les familles nous demandent souvent qu'est-ce qu'il faut amener... Bah j'en sais rien moi de ce qu'il faut amener... c'est la première question qu'ils ont et on ne sait jamais répondre surtout que ça dépend des services et des chambres mortuaires.

Autre

GESTIONS SOCIALE :

- I 11 : *On constate le décès et heureusement, j'étais un peu embêté déjà parce que je savais pas trop qui prévenir parce que les numéros n'étaient pas dans le dossier et en plus l'équipe IDE m'a expliqué que c'était compliqué parce que son conjoint vivait avec elle mais qu'elle était son revenu. Lui-même vivait à ces crochets, et c'était le mettre socialement dans la merde.*
- I 12 : *Par exemple on avait une patiente qui était décédée et qui voulait être enterrée au Portugal. Du coup, là c'était bien, la famille était très ouverte et ils sont restés dans la chambre jusqu'à ce qu'elle décède mais après je me suis dit ça c'est un décès qui va bien se passer. Sauf qu'au final la situation s'est un peu retournée parce que la fille voulait l'amener au Portugal juste comme ça, alors qu'on ne doit pas pouvoir sortir un corps comme ça du territoire et tout. J'ai fait une recherche sur internet mais je n'ai pas trouvé.*

IMPLICATION DE L'EQUIPE :

- I 9 : *Mais il y a eu un décès qui était brutal et patient jeune (bon ok 60 ans), mais il s'est levé pour aller aux toilettes et il est décédé sur le coup, il a fait une hypotension / un arrêt sur la chaise pot aux urgences. Bon on était aux urgences donc les urgentistes l'ont réanimé et tout mais c'est vrai que ça c'est quelque chose de brutal et surtout que le chauffeur du SMUR ce soir-là, c'était un ami de la famille, donc il était très choqué. Ça c'est un contexte particulier mais après moi je n'ai pas annoncé le décès, il y avait les chefs et tout, mais dans l'équipe on est plus touché pour les autres.*

Ressources : les acquis et l'apport de l'expérience.

Bagage de l'interne, héritages du chemin passé.

ABSENCE DE FORMATION :

- I 1 : *On est quand même assez démunie parce que justement on n'a jamais appris à le faire, qu'on n'a pas de technique.*
- I 3 : *Ce n'est pas évident en tant qu'interne parce qu'on n'a pas de formation, on ne nous montre pas forcément, on ne nous explique pas, on est un peu seul (...) Ça serait bien qu'on ait des formations parce que même si je disais tout à l'heure que le rôle des médecins c'est de soigner les patients, il y a aussi un moment où le patient décède, la fin de vie, donc c'est important qu'on ait une bonne formation sur la fin de vie, sur l'annonce de décès, sur comment accompagner les proches, comment nous gérer nos sentiments, notre vécu... Moi j'aurais bien voulu être accompagnée d'avantage par des chefs ou autre.*
- I 4 : *Pas du tout, ça, c'est compliqué aussi. Je sens des chefs aussi qui sont démunis parce qu'ils n'ont pas non plus de clefs à m'apporter. (...) Non. Des cours théorique médecine générale, l'annonce d'un cancer. Mais oui en fait l'annonce d'un décès il n'y a pas en fait... (...) Je pense que t'as mis le doigt dessus. C'est vrai l'importance de... En fait c'est en en parlant je me rends compte, l'annonce d'un cancer on a des cours théoriques là-dessus, on va en cancéro, mais l'annonce d'un décès qui nous l'a appris, zéro, rien... Personne. C'est vrai. Jamais*
- I 5 : *Ah oui je n'en ai pas parlé mais je n'avais jamais vu d'annonce de décès avant, c'était « prends le téléphone et annonce à la famille le décès », et ce n'est pas normal quoi... Je pense que la spé « annonce de décès » elle est complètement mise à part, complètement oubliée par tout ce qu'on peut apprendre au fur et à mesure de nos études.*

- I 9 : *Quand t'as évoqué ça, ça me faisait rire parce qu'on a toujours eu des formations sur comment remplir les certificats de décès, dans tous les hôpitaux où j'ai été on nous a fait une formation sur comment remplir les certificats de décès mais on n'aborde pas la question de l'annonce du décès et c'est vrai que peut être qu'en parallèle ça pourrait être sympas pour les premiers semestres. (...) ça peut être intéressant de dire « il faut faire ça », « on risque de vous poser ça comme question ». Parce qu'au début on ne sait pas du tout répondre, plus un peu les aspects techniques ou émotionnels.*
- I 10 : *En théorie, sur l'annonce d'un truc grave, oui, on a des formations, sur l'annonce d'un décès non. Mais c'est vrai qu'on peut regrouper quelques notions. (...) Oui moi j'aurai trouvé ça cool mais aussi avant de la faire du coup... plus qu'après. Ou pour les deux. Oui j'aurai aimé mais je pense que les chefs n'ont pas été formé non plus donc du coup c'est aussi délicat, eux de nous enseigner des trucs alors qu'eux aussi on apprend sur le tas...*
- I 11 : *On avait je crois en 6e années, un cours sur l'annonce des mauvaises nouvelles mais c'était plus je crois, l'annonce d'un cancer ou d'une maladie grave et pas sur le décès. Après il peut y avoir des choses intéressants à reprendre sur les stratégies de communication mais je n'ai pas eu de cours spécifique sur les annonces de décès.*
- I 12 : *Durant l'externat on est vraiment détaché. On n'est jamais confronté à ça ou invité à participer et au contraire peut-être que ça serait bien. (...) Je trouve dommage qu'il n'y ait pas dans notre formation de temps d'échange sur ça. Qu'à la fac, dans nos cours on n'ait pas, sur les décès ou même les situations difficiles, de temps d'échange ou je sais pas, avec un psychologue qui assisterait, pour savoir comment les internes, le vivent, parce que c'est peut-être plus difficile pour certains que pour d'autre. (...) Les groupes balint pour ça c'est peut-être bien justement. C'est bien aussi parce que tu parles de ton moi professionnel. On a trop tendance à hop repartir dans une situation personnelle sauf que ça embue le problème qui est professionnel même si le personnel retenti. On résout notre problème personnel sans se soucier du professionnel et du coup on avance pas dans le bon chemin.*
- I 13 : *Cela serait bien qu'on soit plus formé. Comme tout le monde a dû te répondre qu'on soit plus accompagné, au moins sur les premiers et deuxièmes semestres, quand tu débarques interne de 1e semestre, que tu n'as jamais fait ça et surtout jamais vu quand tu es externe c'est compliqué de trouver les mots, de ne pas être maladroit et d'avoir les bons mots pour les familles et pour les rassurer. Que l'annonce se passe dans de bonnes conditions, que la formation...*

Apprentissage, initiation par l'expérience.

« SUR LE TAS » :

- I 5 : *Non, c'est venu au feeling. Je sais comment fonctionner en général avec les gens donc c'est assez intuitif, mais en général j'y vais à tâtons.*
- I 7 : *A chaque fois, cela s'est relativement bien passé même si j'apprends sur le tas, sur mes erreurs, mes erreurs que je ressens après coup.*
- I 9 : *Petit à petit, c'est venu comme tout le reste, comme j'ai appris à prescrire des médicaments... J'ai galéré au début et petit à petit ça s'est fait.*
- I 10 : *Le bon sens quoi. Après je dis pas que je l'ai bien fait mais ça m'a paru être le plus de bon sens possible.*
- I 12 : *Non (rire), t'apprends sur le terrain. En faisant, au final tu fais ça au feeling. On ne t'a pas dit il faut faire ça comme ça. Et chaque situation est unique donc tu t'adapte...*
- I 13 : *Sur le tas quoi...*

- I 14 : Sur le tas, (rire) comme on fait beaucoup. (...) Et puis non, on ne nous a jamais dit « il faut dire comme ça les choses ». Non on se débrouille.

OBSERVATION :

- I 3 : Quand je vois comment les infirmières justement communiquent avec les proches, j'essaie de faire pareil.
- I 4 : Même de l'entendre des chefs ou des formules plus... Par exemple « votre maman ou votre papa est parti » j'ai trouvé la formulation assez jolie et pas trop violente et ça c'est une chef que j'avais vu le dire d'une manière très douce. Et je m'étais dit que j'aimais bien cette formulation, après ils étaient très croyants donc peut-être que je ne sais pas il y a une dimension plus... bref je ne sais pas mais j'ai pris ce petit truc.
- I 6 : De façon involontaire, quand des co-internes appel et que je suis à côté, mais pas par un chef. Non je n'ai jamais assisté à un chef qui annonce un décès ou quelque chose comme ça. (...) Ce n'était pas structuré. J'ai vu que la personne X faisait ça comme ça, et plutôt bien, donc je me suis dit « ah je vais refaire » pour la personne Z. Puis j'ai vu que la personne Y faisait ça, comme ça et que ça se passait aussi bien donc j'essaye de faire une sorte de melting-pot de ce que faisait mes co-internes et j'en suis là... (...) Je pense que vraiment ce qui est important, c'est la formation avec les pairs, nos co-internes en fait.
- I 7 : J'avais vu mon chef l'avoir fait une ou deux fois un peu en retrait les mains dans le dos dans la chambre, j'essayais de m'imprégner du truc. (...) Bah non j'ai appris en regardant les autres, les chefs. L'externat forcément t'es pas du tout impliqué de la même façon donc j'ai vraiment découvert ça à l'internat surtout en gériatrie au début, et oui j'ai découvert ça en observant et après en me lançant et petit à petit en essayant d'y aller quoi.

CONSEILS :

- I 7 : En fait moi les conseils qu'on m'a dits, de plusieurs urgentistes, c'est qu'en fait c'est une peu de juger et de savoir en gros, d'essayer d'arriver à juger si la personne est hyper fragile et déstabilisée mentalement c'est d'essayer de ne pas le dire alors que si tu sens que c'est à la maison, de leur dire d'essayer de s'asseoir et tu le fais de sorte qu'ils ne soient pas en voiture ou en situation à risque.
- I 9 : Déjà on en avait beaucoup discuté avec mes co-internes quand on était en deuxième semestre à Xavier Arnosan, c'était assez fréquent et on avait une de nos co-interne qui n'était pas du tout à l'aise avec ça et donc il y avait des plus anciens qui nous avaient dit, « il faut vraiment dire qu'on appelle pour le décès, parce que les familles n'ont pas besoin de savoir qu'il a pris des médicaments il y a deux jours si au final il est décédé ».
- I 10 : Après j'avais bien demandé à ma chef si on lui apprenait au téléphone ou si je lui demandais de venir à l'hôpital et une fois qu'elle était à l'hôpital je lui disais à l'hôpital, quelle était la meilleure façon de faire parce que j'y connais rien, et elle a dit « non, non tu lui dis par téléphone ».
- I 14 : Après le stage ou j'apprends le plus à communiquer c'est le stage où je suis actuellement parce que justement les chefs sont assez présents même si on est en dernier semestre, notamment pour aller voir les familles et du coup. (...) Donc aussi pour les annonces de décès ou les aggravations de patient, j'ai une chef qui me permet quand même de bien amener les choses.

SOUTIEN :

- I 3 : Heureusement il y avait une infirmière un peu âgée qui était là, la cinquantaine, qui a un peu repris les rênes pour être adaptée, pour vraiment répondre de façon adaptée à la famille.

- I 6 : Lorsque j'ai pleuré où on m'a apporté une montagne de verre d'eau. Sinon non, mais c'est plus de savoir que c'est possible. Je pouvais aller dans la salle de repos et m'effondrer avec des gens autour qui m'apporterai des gâteaux... (rire)
- I 9 : Donc il y a toujours une infirmière qui est plus ou moins dans le secteur et avec laquelle on peut parler si nécessaire. C'est d'ailleurs plutôt elles qui ont besoin de soutien quand elles connaissent le patient mais l'échange est souvent bénéfique à ce moment-là et c'est tout.
- I 12 : Je trouve que le fait d'avoir une équipe cela soutient. Les infirmières, les aides-soignantes, elles ont leur expérience et souvent elles en connaissent, dans ces cas, plus que toi et niveau technique (combien de temps il reste en chambre etc.). (...) En fait on en parle souvent en débriefant au petit déjeuner avec les infirmières, le « qui est mort cette nuit », ou avec les co-internes on en parle, et le chef plus rarement on va dire. Avec ses amis et des fois avec CC (conjoint). Je pense que ce sont les choses qui nous tracassent, parce qu'on ne parle pas de toutes les annonces de décès...
- I 13 : Après si j'avais eu besoin, les infirmières du service sont toujours là...
- I 14 : L'équipe paramédical souvent. Elle est à côté de toi, « est-ce que tu veux qu'on reste ? ». Oui l'équipe paramédical souvent elle est bien, enfin la plupart.

Apport de l'expérience et des vécus par l'interne.

ASSURANCE, CONFIANCE :

- I 3 : Je suis beaucoup moins perdue, j'ai plus confiance en moi. J'ai développé des techniques donc j'ai plus confiance en moi.
- I 5 : Mais je pense surtout que les annonces, je les fais mieux maintenant parce que j'en ai plus l'expérience parce qu'à certain moment je sais quoi dire, ça déroule un peu tout seul pour les mots de réassurance, je sais qu'il y a des choses qui coulent un peu plus facilement mais ça n'a pas vraiment changé depuis ces trois ans.
- I 14 : On est plus sûr de soi quand on est en dernier semestre qu'en premier. Après je pense que cela s'est modifié un petit peu, j'ai dû prendre plus d'assurance.

MODIFICATIONS EMOTIONNELLES :

- I 1 : Pas forcément en bien, je pense que je me rends plus compte qu'au début, j'ai plus de prise de conscience sur ce que ça... ce que tu... après je fais plus attention pour le coup donc c'est mieux mais heu... Je crois que mes premières annonces de décès, j'étais un peu paniquée, je ne comprenais pas trop ce que je faisais et ce que ça pouvait entraîner pour les gens quoi... (...) Donc maintenant je fais plus attention, je sais mieux faire parce que je sais les conséquences que ça peut avoir sur la vie des proches à qui on annonce un décès et puis, je sais les réactions mais du coup ça entraîne plus de souffrance de se rendre compte.
- I 5 : C'est bizarre mais je ne sais pas je suis peut-être devenu plus sensible avec l'âge mais en soit c'est quasiment pareil, j'ai toujours eu une attitude à la fois distante et à la fois proche.
- I 7 : C'est un moment à part. L'expérience fait que... profiter est pas un bon mot mais ça reste un moment intense et donc le fait d'avoir un peu plus d'expérience fait que c'est un moment intense et du partage avec quelqu'un dans une situation compliquée et l'expérience joue beaucoup je pense.
- I 9 : Je ne sais pas si au début j'étais plus touchée je ne pense pas, mais par contre le fait d'être plus direct maintenant je pense que c'est venu petit à petit. Ce n'était pas forcément pour me protéger moi mais pour protéger les gens au début on se dit « oh la la, on va leur annoncer, ils vont être triste et tout... ».

- I 12 : *Mes deux premières annonces c'est vrai qu'elles étaient catastrophiques mais d'un autre côté cela m'a permis, vu que c'était catastrophiques et atypique, peut être que c'était plus facile d'un côté de pas avoir ce recul. (...) Parce que là actuellement avec le recul que j'ai, ça m'aurait encore plus choqué. Ce qu'on vit c'est pas plus facile même peut être un peu plus douloureux parce qu'on se dit encore un décès etc. Mais d'un autre côté j'ai l'impression qu'on le fait beaucoup mieux... Heureusement (rire). Oui on est moins détaché, c'est mieux pour la famille et le patient. (...) Oui en vieillissant, enfin en avançant je crois qu'on a plus d'empathie, on réfléchit plus aux choses. Quand on est jeune on se sent plus invincible et peut être aussi qu'en médecine on grandit plus vite parce qu'on est confronté à des choses pas forcément faciles...*

DISTANCIATION :

- I 2 : *La première fois c'était un patient attendu, dément... je ne m'en souviens pas très, très bien mais je n'étais pas très bien alors que maintenant, je me rendors. Je fais le constat de décès, j'appelle la famille et je me rendors. Donc j'y pense plus.*
- I 4 : *Je crois avoir quand même réussi à le faire et justement à m'oublier un peu, vraiment au moment de l'annonce pour réussir à ne pas transmettre ces choses-là mais peut-être qu'il y avait un peu trop de tristesse ou en tout cas que ça se transférait, que j'étais profondément attristée pour eux et que peut être un peu trop.*
- I 14 : *Oui je pense qu'on le fait plus mécaniquement peut être. Je pense qu'on le vit mieux, après ça dépend des situations, on arrive à mieux le gérer émotionnellement je pense, parce qu'on en a eu plusieurs, donc au bout d'un moment c'est pas qu'on est blasé mais on apprend à faire avec quoi.*

MAITRISE DU RYTHME :

- I 6 : *J'ai l'impression que je laisse davantage de temps de parole aux familles. Avant j'étais plutôt égoïste parce que très stressées donc je parlais, je parlais, je parlais, et puis je disais bon ok salut merci aurevoir. Je pense que je me projette d'avantage, je me demande ce que la personne peut ressentir donc je fais plus de pause, une phrase / une pause. Comme ça si la personne en face veut dire quelque chose elle peut. Pareil je ne saurais pas dire à quel moment j'ai commencé à le faire, mais de plus en plus je le fais.*
- I 7 : *Je suis plus serein, je prends plus le temps.*
- I 14 : *Déjà je ne mets pas trois heures devant le téléphone à me dire « il faut que j'appelle, il faut que j'appelle, il faut que j'appelle... ». En premier semestre oui, on n'a pas envie, parce qu'on ne sait pas comment faire les choses. Donc on reste devant le téléphone à faire des phrases dans la tête, si je dis comme ça, est-ce que ça va être bien et si je dis comme ça ? Oui des fois j'ai pu rester pendant 10 min devant le téléphone à ne pas savoir quoi dire...*

MISE A NIVEAU :

- I 6 : *Je suis plus détendue, je pense que je suis aussi devenue un peu plus pro en quelque sorte. Souvent avant ce que je faisais c'est que je n'utilisai aucun terme médical, alors que là je ne sais pas si c'est un mécanisme de défense que j'ai mis en place mais je dis souvent « bon il est mort d'une pneumopathie, ça veut dire une infection du poumon ». Je mets le terme à la famille, peut être que c'est aussi ça qui les aide à me faire confiance. « Ah, elle a utilisé un terme savant, elle sait de quoi elle parle. Et derrière en plus elle sait me l'expliquer », c'est quand même vachement bien.*
- I 12 : *On arrive mieux à communiquer et échanger, on a les mots peut être les plus justes, si on peut définir un mot juste... Les moins blessants et heurtants.*

L'expression des vécus par les internes : un tabou ?

- I 1 : *En plus je n'en parle pas de ça, de la difficulté de l'annonce... Si mes proches, mon copain, mon coloc. Mais extérieur à l'hôpital.*
- I 4 : *Le manque d'accompagnement face aux situations difficiles de l'annonce de décès ou de l'après pour pouvoir débriefer en parler, ça, ça a été difficile.*
- I 10 : *Je trouve ça cool de faire une thèse dessus. Parce que c'est un truc qu'on n'aborde pas de base. Il y a une espèce d'omerta sur tout ce qui est communication au patient en général, sur ses droits, sur les annonces, les maladies graves, l'accompagnement en fin de vie. Il y a une grosse omerta. On infantilise beaucoup beaucoup les patients. On se veut une médecine moderne, mais finalement quand tu regardes dans les hôpitaux et encore pire dans les CHU c'est très paternaliste comme médecine donc c'est intéressant. Je trouve que la démarche de faire une thèse dessus ça veut dire qu'on se pose des questions sur comment on annonce donc comment on communique et donc comment on considère le patient et sa famille. C'est assez moderne.*
- I 12 : *Et Voilà donc c'était choquant, j'en ai parlé à ma co interne, le chef lui n'était pas du tout choqué, et c'est peut-être ça qui a amené mon autre chef à nous faire des mini cours. Mais lui il nous a dit « de toute façon des décès t'en verras d'autre ». Donc j'étais choquée, parce que deux annonces de décès dans la même matinée avec une situation éthique qui me choque et ensuite t'as le stress de te dire, moi ça me stresse à chaque fois. Et puis j'étais choquée certes du décès mais surtout de la réaction de mon chef... Celui-ci j'oublierai jamais je crois...*

Annexe 5 : Retranscription d'un Entretien (N° 12)

Chercheur : Peux-tu te présenter s'il te plait ? En précisant : Age, sexe, état civil, Catégorie professionnelle : Nombre de semestres effectués / Historique des stages / Formations complémentaires

Interne 12 : 28 ans, femme, en couple. Médecine interne Agen, Pédiatrie et gynécologie à Bergerac, Urgences à Pellegrin, Praticien à Targon, SASPAS à Bordeaux, Alcoologie et diabétologie au Bouscat. DU de médecine générale de l'enfant, DU gynécologie obstétrique.

Chercheur : Concernant tes dernières expériences de l'annonce d'un décès à un proche, que voudrais-tu exprimer en premier ?

Interne 12 : Alors... Des fois c'est un peu l'inconfort de la situation, parce qu'à l'hôpital souvent on annonce des décès pour des patients qu'on n'a pas forcément suivis et donc il faut faire face. Souvent on est appelé pour constater un décès pour un patient qu'on ne connaît pas et de suite il faut potasser le dossier parce qu'il y a la famille qui arrive très vite et puis il faut donner des explications. C'est une situation qui est pas très confortable. En plus c'est une situation qui n'est pas forcément très agréable non plus puisque c'est un décès donc c'est pas la meilleure des situations. Mais c'est plutôt une situation inconfortable je dirai.

Chercheur : Quel(s) moyen(s) de communication utilises-tu ? Utilises-tu une technique, une stratégie d'entretien particulière ?

Interne 12 : Donc par exemple la dernière. C'était un monsieur qui était là en fin de vie, en soins palliatifs, il avait un cancer. La particularité chez ce monsieur c'est qu'il avait une hépatite C et le VIH, sa famille n'était pas au courant. C'était un monsieur qui n'était pas marié et qui je pense, était homosexuel mais qui ne l'a jamais dit à sa famille et du coup il avait ce secret pour lui. Donc c'est particulier parce que il avait comme personne de confiance un de ces frères. Quand il est décédé c'était sur une de mes gardes. Je le connaissais un peu parce que sur plusieurs de mes gardes avant il se dégradé donc on était appelés pour des soins de confort et bon, sur une de mes garde il est décédé, bref je le connaissais un petit peu et je m'étais dit, bon lui quand il va mourir ça va être compliqué parce qu'il y a ce problème du VIH, et heureusement j'avais un peu anticipé la situation, je m'étais renseigné parce qu'il y a quelques années on avait appris que ces personnes-là n'avaient pas le droit au soins de corps et qu'il fallait direct les mettre en bière. Heureusement la loi a changé depuis janvier et donc il avait droit au soin de corps. Mais sinon j'aurais été très embêté de dire à la famille « bon ben voilà on le met direct en bière », mais est-ce que j'aurais dû dire qu'il avait cette pathologie-là, parce qu'il m'aurait demandé pourquoi, ou je pense qu'il aurait fallu que je ne dise rien pour respecter le souhait du patient car même décédé il faut le respecter. Du coup la situation ne s'est pas produite heureusement.

Je m'étais renseigné avant, je sentais, je voyais le patient se dégradé donc voilà. Donc quand il est décédé j'ai appelé son frère qui était très au fait de la situation il était juste sur le parking donc je lui ai dit qu'il fallait qu'il vienne, je lui ai pas dit qu'il était mort, je ne savais pas qu'il était sur le parking. Je lui ai dit que son frère était dans une situation critique et qu'il fallait qu'il vienne à l'hôpital. Et là il m'a dit qu'il était sur le parking donc je lui ai dit « parfait montez ». Là je lui ai annoncé le décès en face à face et il y avait son autre frère aussi. Donc je pense que c'était une bonne situation pour eux, ils s'y attendaient et après on est allé voir le patient après sa dernière toilette. Je les ai accompagnés et je leur ai proposé de rester avec lui, ils sont restés un peu puis sont venu nous voir. Ils étaient très

préoccupés par les démarches administratives, donc là l'infirmière a pris le relais parce qu'il fallait expliquer le temps de rester en chambre, le temps de rester en chambre froide en bas et ça cela dépend des hôpitaux et ensuite ils ont demandé des coordonnées de pompes funèbres et voilà. Ils étaient contents parce qu'on a pu les renseigner. J'avais l'impression que cela c'était bien passé.

Chercheur : Réalises-tu cette annonce seul(e) ? Sinon avec qui ?

Interne 12 : Bah oui. Pas toujours il y a eu des fois où j'étais avec des chefs mais la quasi-totalité c'est seul.

Chercheur : Comment pratiques-tu une annonce de décès à un proche ? Et pourquoi ?

Interne 12 : Je me présente déjà, donc je dis que je suis l'interne de garde ou l'interne du service, cela dépend des fois, ensuite cela dépend s'ils sont au téléphone ou qu'ils sont chez eux ou la nuit, je leur dit quand je les appelle. Donc je dis « je suis le médecin de garde, je me permets de vous appeler, c'est au sujet de votre frère / votre sœur », je redis bien pour être sûr d'être avec la bonne personne et après je leur dis « je suis désolé de vous annoncer le décès de... », ou « je vous appelle pour vous annoncer le décès ». Et après cela dépend de leur réaction, mais je leur dis « surtout n'hésitez pas à venir ou à nous appeler si vous avez des questions », je laisse toujours une ouverture.

Chercheur : Utilises-tu une technique, une stratégie d'entretien particulière ?

Interne 12 : Oui. Souvent s'il me pose des questions j'utilise des formulations ouvertes où ils peuvent s'exprimer plutôt que des questions fermées. Et après je reformule souvent pour voir s'ils ont bien compris.

Chercheur : A qui annonces-tu le décès ?

Interne 12 : La personne notée comme la personne de confiance dans le dossier ou la personne référente quand il n'y en a pas.

Chercheur : Cela t'a déjà posé problème ce point-là ?

Interne 12 : Oui parce que souvent les patients ne font pas la distinction entre personne de confiance et personne référente et même le personnel soignant, ne fait pas la différence. Souvent la personne référente est présentée comme la personne de confiance mais pas avec la définition de la personne de confiance telle qu'elle est dans les textes. Souvent c'est celle qu'on appelle en cas de problème mais des fois on est embêté alors si c'est un décès à la rigueur mais même si ce n'est pas tout à fait le décès on doit faire des choses et on s'adresse à la personne référente comme à une personne de confiance, mais la personne, le patient ne l'a pas désignée avec la définition de la personne de confiance. Après on veut être puriste mais souvent les gens ne sont pas contre le fait qu'on en parle à la personne référente. Et pareil pour les directives anticipées, souvent on n'en parle pas du tout et on ne l'explique pas. Alors qu'aller à l'hôpital ça pourrait être un bon moyen de justement mettre un pied dedans, même si c'est pas une fin de vie. Ce serait le moment de la faire.

Chercheur : As-tu bénéficié d'un compagnonnage ou d'un apprentissage pour cela ?

Interne 12 : Oui au début, par mes chefs de services, parce que mon premier service ils faisaient des soins palliatifs et Mme X au début elle m'avait aidé. Elle a fait une ou deux annonces avec moi. Parce que c'est vrai que Mr Y lui c'était la vieille école « bon il est mort » et du coup elle avait vu que cela nous avait choquée avec ma co-interne et comme elle aimait les soins palliatifs elle nous avait aidée.

Chercheur : Donc tu penses que c'est plutôt en réaction à vos vécus qu'elle a voulu vous aider ?

Interne 13 : Oui, oui peut être et parce qu'elle aimait cela donc elle a voulu nous le transmettre.

Chercheur : As-tu reçu une formation spécifique ?

Interne 12 : Non (rire), t'apprends sur le terrain.

Chercheur : Comment as-tu appris à faire ces annonces ?

Interne 12 : En faisant, au final tu fais ça au feeling. On ne t'as pas dit il faut faire ça comme ça. Et chaque situation est unique donc tu t'adaptes...

Chercheur : Concernant ton expérience de l'annonce d'un décès à un proche, que veux-tu exprimer de tes vécus psychologiques ?

Interne 12 : Je trouve que c'est toujours difficile une annonce de décès, parce qu'au final c'est pas gaie, ça c'est sûr, et même si on est soignant et qu'on doit se détacher du patient... C'est quand même la fin d'une vie donc c'est un peu difficile, enfin c'est pas la partie de la médecine que je préfère. Mais bon après cela fait partie de notre métier. Mais c'est difficile parce qu'on ne sait pas comment les gens vont réagir et on a peur de ne pas utiliser les bons mots et les formulations. On se demande s'ils vont bien comprendre, est-ce qu'ils sont prêts à entendre ce qu'on va leur dire. C'est plutôt ça qui me gêne en fait, c'est pas facile. Souvent c'est vraiment des gens qu'on connaît pas, des familles... et donc on ne sait pas quoi leur dire. D'autant qu'on ne connaît pas le patient non plus. C'est aussi difficile pour ça.

Difficile parce que ce n'est pas très gai, et puis difficile parce que c'est une situation complexe au final.

Chercheur : Quelles émotions as-tu ressenties ? Quels sentiments as-tu éprouvés ?

Interne 12 : Des fois c'est du stress, moi ça me stress. Après de l'inconfort, pas de tristesse parce que souvent je me détache, donc plutôt du stress.

Chercheur : As-tu rencontré des difficultés ? Ont-elles influencé tes vécus de la situation ?

Interne 12 : De ne pas savoir exactement de quoi son décédé les gens. Ne pas savoir la cause, parce que les familles te disent alors il est mort de quoi... Bon... On dit « la maladie l'a emportée » on essaie d'enrober la chose, mais souvent les familles sont très contentes et ça leur suffit, n'ont pas envie d'en entendre plus mais bon toi dans ta tête tu te dis médicalement bon il a fait quoi, un trouble du rythme ou... et toi tu le sais jamais en fait.

Chercheur : Ces sentiments/émotions ont-ils changés tes attitudes ou comportements ?

Interne 12 : Oui des fois, parce que quand les situations me stressent trop, que t'es pas à l'aise avec le patient, ou pas à l'aise avec les familles, des fois tu peux abréger un peu la conversation. Tu vas peut-être pas autant être ouvert et accompagnant qu'avec un patient que tu connais mieux et où tu es sûr de toi, tu connais bien le dossier donc tu peux les accompagner. Comme dans la chambre là, je n'y serai peut-être pas allé si c'était quelque qu'un que je ne connaissais pas. Là le monsieur je l'avais vu plusieurs fois et même si c'était pas mon patient, j'y avais réfléchi de s'il décédait alors qu'est-ce qu'il fallait faire avec cette histoire de VIH. J'avais anticipé donc j'étais à l'aise et du coup je trouve que j'ai fait un bon accompagnement, alors que des fois t'es pas à l'aise donc voilà, tu les appelle au téléphone et voilà c'est l'infirmière qui les accueille.

Chercheur : Cela te pose problème justement ce côté-là quand on est de garde et qu'on a des choses à faire ?

Interne 12 : Oui, il faut bien que quelqu'un le fasse, mais je trouve cela gênant d'appeler des familles dans la nuit, surtout qu'ils ne te connaissent pas, pour annoncer des choses qui sont si importantes. Je me dis que des fois ce serait peut-être mieux que ce soit le médecin qui connaît le patient qui le fasse pour les familles parce qu'elles doivent se sentir plus à l'aise avec quelqu'un qu'elles connaissent.

Après ça c'est peut-être moi qui me projette aussi... Après j'ai pas l'impression qu'ils soient mécontents, ils te demandent ton nom, que je laisse toujours, et souvent je dis et même si c'est des gens que je ne connais pas « si vous avez des questions en arrivant à l'hôpital, n'hésitez pas à me faire appeler je me relèverai » et souvent je ne suis pas appelé donc je me dis que... Et c'est vrai que si c'était un patient que je connaissais bien je resterais probablement éveillé jusqu'à ce que la famille arrive...

Chercheur : Avais-tu des craintes ?

Interne 12 : Peut-être de ne pas avoir une réaction appropriée, soit d'être trop détaché soit au contraire d'être trop impliquée je ne sais pas... comment se placer, il ne faut pas être trop intrusif ou détaché, la juste mesure c'est ça.

Chercheur : Qu'est-ce qui t'as soutenu durant ces moments ?

Interne 12 : Je trouve que le fait d'avoir une équipe cela soutient. Les infirmières les aides-soignants, elles ont leur expérience et souvent elles en connaissent dans ces cas plus que toi et niveau technique (combien de temps il reste en chambre etc...). Et c'est tous ces trucs-là qui me stressent, souvent les familles veulent savoir.

Par exemple on avait une patiente qui était décédée et qui voulait être enterrée au Portugal du coup, là c'était bien la famille était très ouverte et ils sont restés dans la chambre jusqu'à ce qu'elle décède mais après je me suis dit ça c'est un décès qui va bien se passer. Sauf qu'au final la situation s'est un peu retournée parce que la fille voulait l'amener au Portugal juste comme ça, alors qu'on ne doit pas pouvoir sortir un corps comme ça du territoire et tout.

J'ai fait une recherche sur internet mais je n'ai pas trouvé, donc j'ai dit « vous verrez avec le médecin demain et avec les pompes funèbres » mais ils voulaient que ce soit les pompes funèbres du Portugal qui viennent et bref je ne savais plus trop quoi faire. Et ils étaient fatigués donc ils sont rentrés dormir heureusement (rire)... Et le lendemain je ne sais pas comment ils ont fait.

Chercheur : As-tu déjà eu besoin de parler d'annonces que tu avais faites avec quelqu'un et pourquoi ?

Interne 12 : En fait on en parle souvent en débriefant au petit déjeuner avec les infirmières « le qui est mort cette nuit », ou avec les co-internes on en parle, et le chef plus rarement on va dire. Avec ses amis et des fois avec Seb (conjoint). Je pense que ce sont les choses qui nous tracassent, parce qu'on ne parle pas de toutes les annonces de décès...

Chercheur : As-tu vécu des annonces qui t'ont particulièrement marquées ?

Interne 12 : Oui ma première annonce ! Parce que je trouvais ça complètement foireux !

Pareil c'était une dame en premier semestre en soins palliatifs mais dont le décès n'était pas attendu rapidement, elle était juste là pour un accompagnement et au final...

En fait déjà c'était une matinée foireuse, j'arrive à l'hôpital 8h30 et on m'appelle parce que je devais descendre aux fibroscopies parce que mon patient avait fait un arrêt sur table. Et donc déjà j'ai pas compris pourquoi on m'appelait pour aller voir ça. Bref j'y suis allée et juste pour qu'ils me disent que mon patient était mort, qu'ils avaient essayé de le réanimer mais qu'il était mort... Bon du coup bien mais ... Et là ils me disent il faut que tu le ramènes dans le service et le brancardier dit on ne peut pas le

transporter comme ça, donc pour faire style et « ne pas choquer les autres patients » ils lui ont mis un masque à oxygène, moi ça m'a choquée, pour le remonter dans le couloir devant tout le monde parce qu'il fallait le ramener dans sa chambre. Donc déjà ça m'a choqué qu'on puisse mettre à une personne morte un masque à oxygène pour faire croire qu'il était vivant. J'ai été choqué et ça c'était le premier truc.

Et bon là on appelle la famille, je crois que c'est le chef qui l'a fait. Sa fille est venue, il était âgé donc elle a compris.

On continue la matinée par un staff et la patiente donc je te parlais était pas bien et donc on l'avait scopée je sais plus pourquoi. Mais avec un scope portatif qui n'a pas de répéteur et donc ça sert à rien surtout chez une dame en soin palliatif... mais bon elle était scopée. Et puis le staff finit et dans le couloir je vois arriver sa fille et son mari et je me dis il ne faudrait pas qu'ils rentrent commença, elle était blanche, pas jolie à voir. Donc je me dis que si c'était ma mère j'aimerais pas qu'on me laisse rentrer comme ça, donc je me dis je vais les accompagner.

Sauf que là je rentre, et eux n'avaient pas capté mais moi j'ai tout de suite compris, que t'avais toutes les lignes du scope qui étaient plates. En gros elle était morte mais eux n'ont pas compris, ils se sont assis auprès d'elle, moi j'ai fait une tête de 4 pieds de longs, donc ils m'ont dit « il y a un souci. J'ai dit « oui votre maman, et j'ai trouvé que ça à dire, est dans un état précaire », certes elle était très précaire (rire) et je suis allé chercher mon chef, autrement dit Mr Y qui avait 50 ans d'expérience derrière lui. Donc lui a eu beaucoup moins de tact que moi, il est rentré à à peine dit bonjour, a posé son stéthoscope et il a sorti ces oreilles, je le revois encore avec ces petites lunettes, et il a dit « elle est morte », à la fille et son mari. Donc là la fille pas du tout préparée, s'est roulée par terre en criant, ce qui était très choquant et je n'ai pas su quoi dire ou faire mais lui est parti. Je suis resté un peu mais ne sachant pas quoi faire je suis partie aussi.

Et Voilà donc c'était choquant, j'en ai parlé à ma co interne, le chef lui n'était pas du tout choqué, et c'est peut-être ça qui a amené mon autre chef à nous faire des mini cours. Mais lui il nous a dit « de toute façon des décès t'en verra d'autre ».

Donc j'étais choquée, parce que deux annonces de décès dans la même matinée avec une situation éthique qui me choque et ensuite t'as le stress de te dire, moi ça me stresse à chaque fois. Et puis j'étais choquée certes du décès mais surtout de la réaction de mon chef... Celui-ci j'oublierai jamais je crois...

Chercheur : Existe-t-il des facteurs déterminant des différences dans tes vécus de l'annonce ? Vis-tu l'annonce différemment en fonction des patients ou des proches ?

Interne 12 : Oui, si c'est un patient qui décède, c'est bête, d'une maladie cancéreuse et tout ça, je me dirai que c'est l'évolution logique et heureusement pour lui. Après c'est plus difficile pour les accidents de la route, les décès brutaux. Et si c'était un enfant, ce serait plus difficile, on doit probablement projeter sur si c'était les sien et puis même, un enfant c'est difficile quoi qu'il arrive.

Si c'est une famille que tu connais j'ai l'impression que c'est plus douloureux, mais tu les accompagne mieux parce que j'ai envie qu'ils soient bien, que ça se passe bien. J'ai peut-être plus d'empathie pour eux on va dire.

Vis-tu l'annonce différemment en fonction de ton histoire personnelle ?

Interne 12 : Oui en vieillissant, enfin en avançant je crois qu'on a plus d'empathie, on réfléchit plus aux choses. Quand on est jeune on se sent plus invincible et peut être aussi qu'en médecine on grandit plus vite parce qu'on est confronté à des choses pas forcément faciles...

Chercheur : L'expérience acquise avec le temps a-t-elle changée tes vécus des annonces de décès ?

Interne 12 : En étant plus empathique et à l'écoute, pour comprendre les gens et ce qu'ils veulent. Oui ça c'est durant l'internat qu'on a appris tout ça. Durant l'externat on est vraiment détaché. On n'est jamais confronté à ça ou invité à participer et au contraire peut-être que ça serait bien parce que mes deux premières annonces c'est vrai qu'elles étaient catastrophiques mais d'un autre côté cela m'a permis, vu que c'était catastrophiques et atypique, peut être que c'était plus facile d'un côté de pas avoir ce recul.

Parce que là actuellement avec le recul que j'ai ça m'aurait encore plus choqué. Ce qu'on vit c'est pas plus facile même peut être un peu plus douloureux parce qu'on se dit encore un décès etc. mais d'un autre côté j'ai l'impression qu'on le fait beaucoup mieux... Heureusement (rire). Oui on est moins détaché, c'est mieux pour la famille et le patient.

On arrive mieux à communiquer et échanger qu'on a les mots peut être les plus juste si on peut définir un mot juste... Les moins blessant et heurtant.

Chercheur : Pour terminer as-tu quelque chose à ajouter ?

Interne 12 : Je trouve dommage qu'il n'y ait pas dans notre formation de temps d'échange sur ça. Qu'à la fac dans nos cours on n'ait pas, sur les décès ou même les situations difficiles, de temps d'échange ou je ne sais pas, avec un psychologue qui assisterai, pour savoir comment les internes, le vivent, parce que c'est peut-être plus difficile pour certains que pour d'autre.

Ça éviterait qu'il y en ait qui dérive vers d'autres problèmes psychiatriques... Enfin on fait un métier qui n'est pas facile, les annonces de décès, de maladie grave tout ça c'est pas... Les groupes balint pour ça c'est peut-être bien justement. C'est bien aussi parce que tu parles de ton moi professionnel. On a trop tendance à hop repartir dans une situation personnelle sauf que ça embue le problème qui est professionnel même si le personnel retenti. On résout notre problème personnel sans se soucier du professionnel et du coup on avance pas dans le bon chemin. Et le Balint c'est ça...

Annexe 6 : Lettre d'information aux internes

Note d'information aux Participants : Travail de thèse de Médecine Générale

Interne, cher collègue,

Je m'appelle Mathilde GRENIER, interne en Médecine Générale, inscrite au DESC médecine de la douleur – Médecine palliative, je m'adresse à vous afin de vous proposer de participer à mon travail de thèse visant à étudier les vécus des internes dans le cadre de l'annonce de décès aux proches des patients chez les étudiants de la faculté de Bordeaux.

1) L'étude :

La thèse consiste en une étude qualitative par entretien semi-dirigé auprès des internes de médecine générale de différents semestres à Bordeaux. Il s'agira de rencontrer des étudiants en face à face, afin de recueillir leurs vécus d'une situation me semblant singulière et importante, que chacun d'entre nous rencontrera durant sa formation.

L'entretien de 15 à 30 min sera avec votre accord, enregistré et guidé par des questions préalablement sélectionnées dans le but de comprendre la façon dont vous vivez ce temps d'annonce. Vos paroles seront retranscrites le plus fidèlement possible et feront ensuite l'objet d'une analyse.

Cette enquête n'aura aucune conséquence sur votre parcours étant indépendante de votre formation.

2) Droits :

Cette étude est menée conformément à la loi information et liberté (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée). La participation est libre et le recrutement se fait sur la base du volontariat.

Il vous est possible d'interrompre l'entretien à tout moment ou de vous retirer de l'étude si vous le désirez. De plus vous avez le droit d'accéder aux données à tout moment et d'en demander des rectifications sans besoin de justification de votre part. Il est possible, si vous le souhaitez, de ne pas répondre à certaines questions.

L'entretien sera retranscrit le plus fidèlement possible, de façon anonymisé et sur un support informatisé protégé. L'accès à ce support sera limité à moi et mon directeur de thèse uniquement.

Les conclusions de l'étude pourront être communiquées par le biais de publications scientifiques ou de communication en congrès mais ne serviront dans aucun autre cadre. De plus elles pourront vous être communiquées si vous le demandez.

Pour vous permettre de faire valoir les droits sus-décrits il est possible de m'envoyer vos requêtes par mail ou téléphone.

Mathilde GRENIER

En vous remerciant.

Annexe 7 : Engagement de conformité - CNIL

ENGAGEMENT DE CONFORMITE SELON LA METHODOLOGIE MR-003

Thèse de médecine Générale

1) Contexte :

Ce document a pour objectif de justifier une déclaration CNIL via un engagement de conformité concernant la rédaction d'une thèse de Médecine générale. La méthodologie MR-003 sera utilisée avec notamment le respect de l'information des participants à l'étude.

Il s'agit d'une étude transversale non interventionnelle qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès d'interne de la faculté de Bordeaux actuellement en poste.

L'objectif principale est d'analyser le vécu et le ressenti des internes de la faculté de Bordeaux lors d'annonce de décès afin d'identifier des perspectives d'amélioration.

L'analyse de données concerne des informations personnelles. Le recours à un comité de protection des personnes n'est pas nécessaire car le projet relève des sciences humaines et sociales et est exclu du champ d'application de la loi sur les « recherches organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales » article L. 1121-1 du code de Santé Publique, visant à évaluer « les mécanismes de fonctionnement de l'organisme humain normal ou pathologique ou l'efficacité et la sécurité de réalisation d'actes ou de l'utilisation ou de l'administration de produits dans un but diagnostique, de traitement ou de prévention d'états pathologiques », décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 article 2.

2) Analyse des données :

Le thésard s'engage à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de la recherche.

Les informations traiteront du ressenti et du vécu de l'annonce de décès effectué par les internes à la faculté de bordeaux. De ce fait l'étude sera faite dans le respect de l'anonymat des participants, dont l'identité sera conservée dans une table de correspondance uniquement accessible au deux investigateur (thésard et directeur de thèse) qui seront soumis au secret professionnel.

Les éléments permettant d'identifier les participants seront donc supprimés du verbatim et nous veillerons à ne pas procéder à l'enregistrement audio du nom de l'interviewé.

Description du talon sociologique recueilli :

- Age, sexe, état civil
- Catégorie professionnelle : type de DES, nombre de semestre effectué, historique des stages et formation complémentaire

Les données numériques seront sécurisées sur un ordinateur personnel dont les connections WIFI ne se feront qu'en cas de nécessité et dont la protection est assurée par un mot de passe, un anti-virus à jour ainsi qu'un anti-malware. Elles ne seront échangées entre les chercheurs que via une clef USB unique. La sauvegarde sera réalisée sur disque dur externe conservé au domicile du thésard et accessible par lui seul.

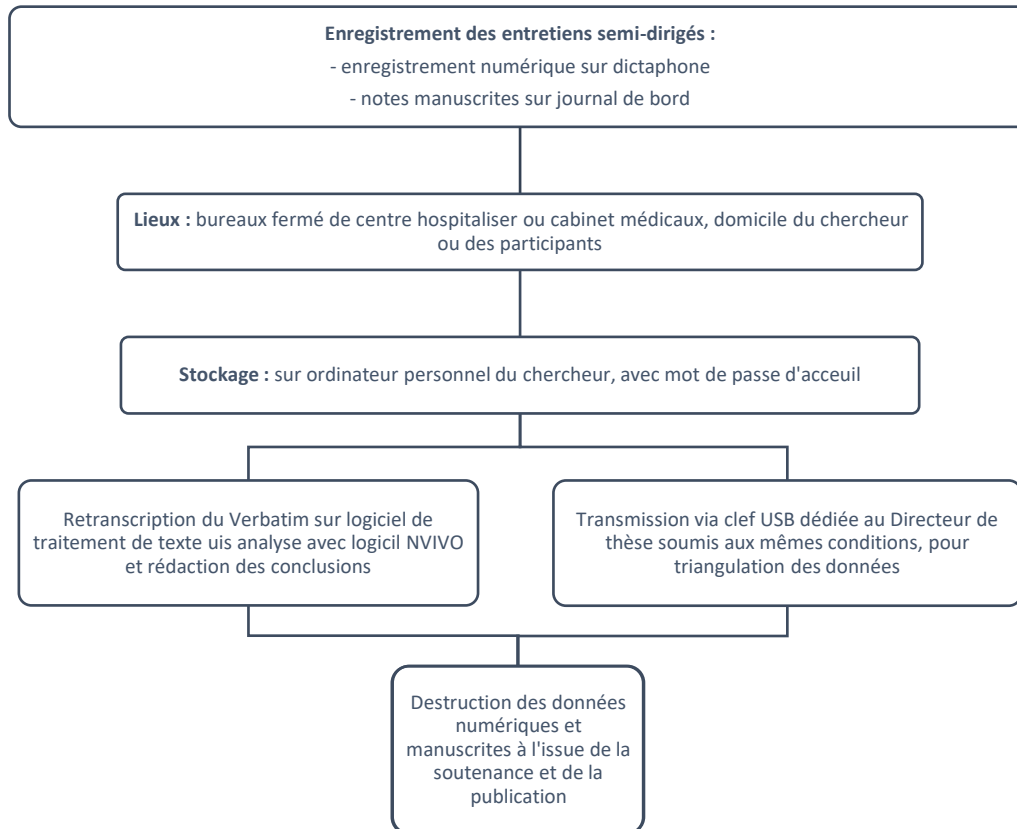
Les données manuscrites seront conservées dans un seul carnet également accessible par le seul thésard. Il sera utilisé lors de chaque entretien. L'ensemble des données sera détruit à l'issue de la soutenance ou de la publication des résultats.

3) Chercheurs :

- L'interne en thèse : GRENIER Mathilde, Université de Bordeaux II
App C17, Res Hameau de St Pierre, 34 rue Peydavant TALENCE 33400

- Le directeur de thèse : Pr BURUCOA Benoit, professeur associé de médecine palliative et chef de service d'accompagnement et de soins palliatifs, Service d'accompagnement et de soins palliatifs / 1, rue Jean Burguet 33075 BORDEAUX Cedex, CHU-Université
+33 556795840
benoit.burucoa@chu-bordeaux.fr
- Le promoteur : Département de médecine Générale de l'université de Bordeaux,
 - o responsables de l'enseignement Pr Jean-Philippe JOSEPH et Dr William Durieux
 - o responsable administration, Mme Chantal BONNIN
 146 rue Léo Saignat, Case 148, 33076 BORDEAUX. 05 57 57 13 11

SCHEMA FONCTIONNEL DU TRAITEMENT DES DONNEES



MESURES DE SECURITE MISES EN OEUVRE

Catégorie de mesures sur les données du traitement	description
Enregistrement audio des entretiens	<ul style="list-style-type: none"> - utilisation d'un dictaphone dédié et unique - pseudonymisation : noms des participants non enregistrés sur le fichier audio qui sera identifié par la date et l'heure - recueil des données strictement nécessaires à l'étude en conformité avec la méthodologie choisie. - retranscription du verbatim mots à mots avec suppression des passages permettant une identification de l'interviewé en son nom propre
Notes manuscrites	<ul style="list-style-type: none"> - utilisation d'un carnet de bord unique et dédié, propriété du thésard - table de correspondance et agenda des RDV, propriété du thésard

Catégorie de mesures générales sur le système d'information	<i>description</i>
Accès aux données	- <u>données numériques</u> : accessibles seulement aux 2 investigateurs - <u>données manuscrites</u> : accessibles à l'investigateur principal seulement (thésard)
Supports	- <u>données numériques</u> : . travail sur le PC personnel de chaque investigateur dont ils sont les seuls utilisateurs, sous windows 10 . protection par mot de passe non trivial et anti-virus régulièrement mis à jour, ordinateur récemment acquis donc sécurisé. . connexion WIFI utilisée si besoin (recherche bibliographique etc...) . travail grâce au logiciel Nvivo, licence personnelle d'un an . une sauvegarde sur disque dur externe unique et dédié, qui permettra également les échanges en mains propres entre investigateurs . le tout conservé en lieu sécurisé (domicile ou bureau fermé à clé lors des entretiens) - <u>données manuscrites</u> : conservées en lieu sécurisé (idem), emmenées à chaque entretien

Catégorie de mesures organisationnelles	<i>description</i>
Gestion des données	- nombre très limité d'investigateurs, soumis à la confidentialité dans le cadre du secret professionnel - pas de transferts de données sensible (verbatim et son analyse) par mail entre les investigateurs - destruction de l'ensemble du recueil de données après la soutenance et/ou publication des résultats
Droit des participants	- lettre d'information écrite remise à chaque début d'entretien, en complément de l'information orale : décrit les modalités d'opposition, d'accès aux données et de retrait à faire valoir par les participants s'ils le souhaitent.

Violation potentielle des données du traitement	Gravité	Menaces rendant possibles les violations de données	Justification
<i>Accès illégitime aux données</i>	limitée	négligeable	Matériel dédié, limité et sécurisé, seulement 2 investigateurs
<i>Modifications non désirées des données</i>	négligeable	négligeable	Risque de piratage à distance ou d'accès physique aux données limité par les mesures mises en place
<i>Disparition des données</i>	négligeable	négligeable	1 sauvegarde sur support hors réseau en lieu sécurisé

Le serment d'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

« L'interne en médecine et l'annonce de décès à un proche : ses vécus.
A partie de 14 entretiens guidés à Bordeaux en 2018 »

RESUME en français :

Introduction : L'annonce d'un décès aux proches des patients est un moment important dans l'exercice de la médecine, engendrant de forts ressentis pour la personne recevant cette information. L'interne, au statut particulier à mi-chemin entre médecin et étudiant, est formé autour d'un savoir théorique, pauvre concernant l'annonce et la mort, et un savoir pratique en cours de construction au sein du vaste système de soins hospitaliers et ambulatoires. Ce parallèle, peu compatible, rendait l'étude de ce temps d'annonce intéressant. L'objectif de cette étude était donc de décrire les vécus des internes en médecine générale face à une annonce de décès à un proche.

Méthode : Une étude observationnelle transversale qualitative par 14 entretiens semi dirigés, menés entre juillet et août 2018, a été réalisée auprès d'internes de médecine générale. Un codage axial et ouvert a ensuite été effectué à l'aide du logiciel Nvivo selon la méthode de Théorisation Ancrée.

Résultats : Cinq composantes importantes ont été identifiées dans les vécus des internes. Leurs ressentis pleins d'émotions et sentiments autant positifs que négatifs ont été rapportés très fortement par leur nombre ou leur intensité. Puis a été retrouvée l'expression d'une relation, d'un échange de sensation matérialisée par des outils de communication ou l'adoption d'attitudes peu maîtrisées. Dans un troisième temps, plusieurs difficultés issues des deux premiers points, sont apparues, qu'elles soient liées au patient, au proche, au décès, au rythme hospitalier ou encore à l'interne. Il a été souligné l'absence de formation initiale avec un apprentissage qui se réalise sur le tas mais permet l'apparition au fur et à mesure de l'expérience, d'une forme d'avancement, tantôt positif, tantôt négatif. Enfin certains internes ont laissé entendre qu'il existerait une forme de tabou concernant le sujet d'étude au sein de la profession.

Conclusion : L'annonce de décès apparaît comme un moment empreint d'une surcharge émotionnelle particulière pour les internes, conduisant au besoin de développer une intelligence émotionnelle et de libérer la parole sur les émotions. Les étudiants se retrouvent en difficulté face à l'élaboration d'une congruence à l'autre dans la rencontre, la communication et les attitudes à adopter. Enfin la collégialité, la co-construction et le retour sur expérience par le debriefing apparaissent comme nécessaire à développer en tant qu'apprentissage.

Titre Anglais : Medical student and death disclosure to relatives : Their experiences. From 14 guided interviews. Bordeaux in 2018.

Discipline : Diplôme d'État de Docteur en Médecine spécialité Médecine Générale

Mots Clés : Annonce de décès, interne, vécus

Intitulé et adresse de l'UFR ou du Laboratoire :

Université de bordeaux

UFR des sciences médicales, Département de médecine générale

146 rue Léo Saignat, Case 148, 33076 Bordeaux cedex