



**HAL**  
open science

# Exploration de l'expérience vécue par le médecin généraliste concernant la communication lors d'une consultation d'annonce de mauvaise nouvelle

Lise Therin-Banvillet

## ► To cite this version:

Lise Therin-Banvillet. Exploration de l'expérience vécue par le médecin généraliste concernant la communication lors d'une consultation d'annonce de mauvaise nouvelle. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03120685

**HAL Id: dumas-03120685**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03120685>**

Submitted on 25 Jan 2021

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Lise THERIN-BANVILLET**

Le 19 novembre 2020

TITRE :

**« Exploration de l'expérience vécue par le médecin généraliste  
concernant la communication lors d'une consultation d'annonce  
de mauvaise nouvelle. »**

Directeur de thèse : Dr Françoise Robach

JURY

Président : Pr Philippe Lambert

Assesseurs : Pr Marc Ychou

Dr Dominique Bastide

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Lise THERIN-BANVILLET**

Le 19 novembre 2020

TITRE :

**« Exploration de l'expérience vécue par le médecin généraliste  
concernant la communication lors d'une consultation d'annonce  
de mauvaise nouvelle. »**

Directeur de thèse : Dr Françoise Robach

JURY

Président : Pr Philippe Lambert

Assesseurs : Pr Marc Ychou

Dr Dominique Bastide

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean- Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIÉ Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

## Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robert	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**PU-PH de classe exceptionnelle**

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire



DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

**PU-PH de 2ème classe**

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophtalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

#### **1<sup>re</sup> classe :**

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

#### **2<sup>ème</sup> classe :**

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÉ Laurent (Sociologie, démographie)

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

#### **1<sup>re</sup> classe :**

LAMBERT Philippe

#### **2<sup>ème</sup> classe :**

AMOUYAL Michel

## PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

## PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

## Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

### MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
GOUZI Farès	Physiologie

HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

### **Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

#### **MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe**

COSTA David

#### **MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

### **Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

## Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive



## Remerciements

Au Docteur Françoise ROBACH.

On dit toujours que les gens qui en font le plus sont ceux que l'on voit le moins. A l'époque où le féminisme fait la une des journaux, il y a au milieu des Cévennes, quelqu'un qui pendant 30 ans a endossé, à elle-seule, le rôle de maman, médecin, formatrice, sage-femme, pompier, radiologue, épouse, militante à n'importe quelle heure du jour et de la nuit, en toute discrétion. Notre génération n'a probablement pas assez conscience de tout ce que nous devons à des femmes de ta classe. Merci Madame le Docteur. Merci d'avoir été avec moi dans les situations les plus critiques, tes conseils toujours bienveillants m'ont évité bien des écueils. Merci d'être là, encore, pour cette thèse. Tu as, je le sais, passé beaucoup de temps sur ce sujet de l'annonce, du vécu et de la communication. Merci à Pierre et à ta maman de t'avoir laissé un peu de temps. Ton guidage constant toujours empreint de générosité, de conseils avisés et de bonne humeur est la clé de la réussite de ce travail qui n'aurait pas eu la même saveur. Ton expérience de la recherche qualitative m'a ouvert ce champ qui m'était inconnu. J'espère que ce travail pourra apporter à d'autres praticiens quelques pistes.

Au Docteur Dominique Bastide. Il y a des gens à qui on aimerait ressembler, tu en fais partie. Ton humanité, ton humilité et ton amour de la médecine sont un modèle, souvent dur à reproduire tellement la barre est haute !

Au Pr Marc Ychou pour m'avoir accueillie chaleureusement au sein de l'ICM, pour m'avoir fait découvrir l'oncologie au cœur, à travers des équipes empreintes de professionnalisme et d'humanité. Cette discipline qui me tient à cœur de part son intensité humaine, relationnelle et scientifique.

Au Pr Philippe Lambert, merci d'avoir accepté de présider cette thèse avec enthousiasme. J'espère que mon travail sera à la hauteur de votre exigence.

Au Docteur René Chédeville. Vous m'avez accompagnée de mes premiers jours de vie à maintenant. Si j'écris ces mots sur ce papier, vous y êtes bien pour beaucoup. René, comme on vous appelle dans l'intimité, vous nous avez épaulés, soutenus, rassurés quand il le fallait. Un jour je suis venue, en salle d'attente, un de vos patients m'a dit : « tu sais René, tu entres dans sa salle d'attente tu n'es pas bien et puis tu sors de son cabinet tu es reparti pour un tour ». J'ai compris ce jour là ce que c'était qu'un médecin. J'ai découvert toute l'émotion que vous nous portiez plus tard. Vous m'avez inspiré ce métier. Dans toutes les situations difficiles, je me demande ce que vous auriez dit. Je n'ai malheureusement pas votre intelligence ni votre culture pour si bien répondre. Prenez grand soin de vous.

A Delphine, une co-interne d'exception qui m'a guidée et soutenue dans ce stage si intense. Que notre amitié dure encore longtemps.

A Magalie qui a ponctué notre internat de son humour.

Aux équipes de médecine 1 du CH Alès pour avoir accompagné avec bienveillance mes premiers pas de FFI : Danielle, Sandrine, Pauline... Aux équipes de Cardio du CH Alès : Florent, Mr Pezzano, Adil...pour m'avoir transmis leur savoir.

A l'équipe du B3 de l'ICM pour ces moments partagés d'humanité et d'accompagnement aux patients et familles. A Xavier, Diego, Stéphane, Christine, Rachelle, Cécilia, Julie, Mélanie, Juliette, Emilie, Charlotte...

A l'équipe des urgences de Carémeau, Stéphane, Tristan, Carine, Billy, Nadine...

A la MSP de St Jean du Gard, Aurélie, Thierry, Marlène...pour avoir guidé mes premiers pas en médecine générale.

Aux 14 médecins ayant participé à cette thèse, je vous remercie d'avoir pris de votre temps pour me répondre et de m'avoir accordé votre confiance.

A GP et MP. Merci pour votre confiance Madame, Monsieur P. Je n'oublierai jamais. On gagnera des batailles, on en perdra d'autres mais l'essentiel c'est de gagner celles de l'amour et de l'humanité.

A Armand et Blanche, qui éclairent chaque jour de leur sourire et qui donnent une toute autre dimension à ma vie. J'espère être à la hauteur de ce que vous m'apportez. A Claude. Aujourd'hui plus qu'hier et bien moins que demain et aussi longtemps que le temps nous le permettra.

A mes parents. Les valeurs que vous nous avez inculquées font ce que nous sommes aujourd'hui. Vous avez fait beaucoup de sacrifices pour nous. J'espère que vous êtes fiers de ce que nous sommes devenus. Nous sommes sur de bons rails tous les 3, on sera toujours près de vous. Il est temps maintenant de profiter pour vous des années à venir.

A Aude, qui a longtemps subi mon exigence, je suis très fière de toi. Tu t'épanouis dans cette vie ligérienne avec la médecine et tes nouvelles rencontres. Reste toi-même, sois heureuse.

A Matthieu, nos années d'étude nous ont un peu privées de toi. Toutes tes passions vont te combler pour de longues années...

A mes grands-parents et en particulier Mamie Thérin, pour être toujours là, bienveillante et aimante depuis le début. Epoustouflante de sagesse et de perspicacité, merci pour la semaine partagée cet été.

A Manotte, Jean et Geneviève, nous avons eu la chance d'avoir 3 grands parents supplémentaires pour nous faire découvrir le plaisir d'être ensemble et la culture, l'histoire, la ferme...

A Chantal, Jean-Pierre, Edith et Sébastien, merci d'avoir accompagné notre enfance. Il me reste de belles images et de belles expériences.

A Camille, Jérémy, Pierre et Eugénie la vie éloigne les contacts mais pas les pensées.

# **SOMMAIRE**

1.Introduction.....	p18
1.1 La consultation d’annonce de mauvaise nouvelle.....	p18
1.2La communication.....	p19
1.3L’éthique, la vérité et l’empathie.....	p20
2.Méthodes .....	p22
2.1. Population étudiée, échantillonnage.....	p22
2.1.1 Population étudiée.....	p22
2.1.2 Echantillonnage .....	p22
2.1.2.1 Critères d’inclusion et de non-inclusion.....	p22
2.1.2.2 Taille de l’échantillon.....	p22
2.2 Choix de la méthode.....	p23
2.2.1 La recherche qualitative.....	p23
2.2.2 Les entretiens individuels semi-dirigés.....	p23
2.2.3 Analyse thématique.....	p24
2.2.4 Analyse phénoménologique.....	p25
2.2.5 Le choix des deux types d’analyses.....	p25
2.3 Déroulement pratique.....	p26
2.3.1 Recrutement.....	p26
2.3.1.1 Lieux de recherche.....	p26

2.3.1.2	Moment de l'entretien.....	p26
2.3.2	L'entretien.....	p26
2.3.2.1	Elaboration du guide d'entretien.....	p26
2.3.2.2	Test.....	p27
2.3.2.3	Organisation des entretiens.....	p27
2.3.3	Le traitement des données.....	p27
2.3.4	Identification de toutes les données à recueillir.....	p28
2.4	Aspect statistique.....	p28
3.1	Les consultations d'annonce.....	p29
3.1.1	Une difficulté constante.....	p30
3.1.1.1	L'échelle numérique.....	p30
3.1.1.2	Le panel des émotions avec diagramme.....	p31
3.1.1.2.1	Le désarroi.....	p32
3.1.1.2.2	L'angoisse.....	p33
3.1.1.2.3	La culpabilité.....	p33
3.1.1.2.4	La violence.....	p35
3.1.1.2.5	La tristesse et les pleurs.....	p35
3.1.1.2.6	Souffrance et solitude.....	p37
3.1.1.3	Zoom phénoménologique sur le désarroi.....	p37
3.1.2	La consultation d'annonce : les facteurs liés au patient et médecin majorant sa difficulté.....	p44

3.1.2.1	Les facteurs de difficultés liés au patient.....	p44
3.1.2.1.1	L'âge du patient.....	p44
3.1.2.1.2	L'engagement du pronostic vital.....	p45
3.1.2.1.3	Le profil psychologique du patient et sa capacité de résilience.....	p45
3.1.2.2	Le lien relationnel entre le patient et le médecin.....	p46
3.1.2.3	Les critères de difficultés liés au médecin.....	p46
3.1.2.3.1	L'expérience acquise.....	p46
3.1.2.3.2	La projection personnelle.....	p46
3.1.2.3.3	L'expérience personnelle et familiale.....	p47
3.1.2.3.4	La charge émotionnelle placée dans la relation par le médecin généraliste.....	p48
3.1.3	Des critères de bonnes pratiques personnelles et aléatoires.....	p48
3.1.3.1	Le temps et la disponibilité.....	p48
3.1.3.1.1	Le temps accordé.....	p49
3.1.3.1.2	La qualité de l'écoute.....	p49
3.1.3.1.3	La joignabilité.....	p49
3.1.3.1.4	La disponibilité.....	p49
3.1.3.2	Apporter des issues à la situation.....	p50
3.1.3.2.1	Un contrat de confiance entre le médecin et son patient.....	p50

3.1.3.2.2	Ouvrir vers des consultations ultérieures pour reparler de la situation actuelle.....	p51
3.1.3.2.3	Être confié à une équipe spécialisée qui a la confiance du médecin généraliste.....	p51
3.1.3.3	Le médecin généraliste dépositaire d'une connaissance unique du patient et de son environnement.....	p52
3.1.4	Le vécu du médecin généraliste.....	p52
3.1.4.1	Un rôle mal valorisé.....	p52
3.1.4.2	Moins de technique, plus d'humain et d'écoute.....	p53
3.1.4.3	Le flou empathie/sympathie/compassion.....	p53
3.1.4.3.1	Levée de l'empathie au profit de la compassion et de l'empathie.....	p54
3.1.4.3.2	Confusion des termes.....	p54
3.1.4.3.3	Submergé par l'émotion.....	p54
3.1.4.4	Dépossession par les spécialistes.....	p54
3.2	La communication.....	p56
3.2.1	L'intuition comme fil conducteur du dialogue.....	p57
3.2.1.2	L'intuition comme boussole dans le dialogue avec le patient.....	p57
3.2.1.3	Zoom phénoménologique sur l'intuition.....	p57
3.2.2	Les modalités pratiques ou l'émission en communication.....	p63
3.2.2.1	Le langage.....	p63
3.2.2.1.1	Le choix des mots.....	p63

3.2.2.1.1.1	Avec précaution.....	p63
3.2.2.1.1.2	Le niveau social du patient, un critère déterminant.....	p63
3.2.2.1.1.3	La vulgarisation.....	p64
3.2.2.1.2	La reformulation.....	p64
3.2.2.1.3	Le silence ou l'absence de langage.....	p65
3.2.2.2	La voix.....	p65
3.2.2.2.1	La tonalité comme signifiant de la gravité du message.....	p65
3.2.2.2.2	L'élocution.....	p65
3.2.2.3	Le non verbal.....	p66
3.2.2.3.1	Prise de conscience partielle de la communication non verbale du patient et du médecin.....	p66
3.2.2.3.2	Le regard.....	p66
3.2.2.3.3	La position.....	p67
3.2.2.3.4	Le toucher, vecteur d'empathie.....	p67
3.2.2.4	Les supports.....	p68
3.2.2.4.1	Le schéma directeur.....	p68
3.2.2.4.2	L'informatique, un outil à délaissier.....	p69
3.2.2.4.3	Internet, une source d'information peu fiable difficile à remettre en question.....	p70
3.2.3	La compréhension du patient ou la réception de la communication.....	p70

3.2.3.1	La capacité à entendre.....	p70
3.2.3.2	La compréhension des informations par le patient : l'énoncé versus l'énonciation.....	p71
3.2.4	La formation à la communication.....	p71
3.2.4.1	Etat des lieux de notre formation à la communication.....	p72
3.2.4.2	Les différents points de vue sur la formation à la communication.....	p72
3.2.4.2.1	Absence d'intérêt de la formation en communication.....	p72
3.2.4.2.2	L'apprentissage par l'expérience.....	p73
3.2.4.2.3	La formation à la communication, une nécessité.....	p73
3.2.4.3	Confusion entre apprentissage de la communication et de l'empathie.....	p74
3.2.4.4	Un public d'internes plus sensibilisé à la communication.....	p74
3.3	L'approche de la vérité sur l'information par les médecins.....	p75
3.3.1	Approche historique.....	p76
3.3.1.1	L'évolution du discours médical.....	p76
3.3.1.2	Les changements liés au VIH .....	p77
3.3.1.3	Un déterminant de l'évolution de la relation médecin-patient.....	p78
3.3.1.4	La médiatisation médicale.....	p78
3.3.2	Les modalités de délivrance de la vérité : hétérogénéité.....	p79
3.3.2.1	Une délivrance intégrale.....	p79
3.3.2.2	L'intégralité de l'information mais progressive sous peine de violence.....	p79



3.3.2.3	La vérité à la demande.....	p80
3.3.2.4	La vérité fonction du profil psychologique.....	p81
3.3.2.5	La vérité en fonction de la pathologie.....	p81
3.3.2.6	La tentation de minimiser.....	p81
3.3.3	Les objectifs de l’information.....	p82
3.3.3.1	Le respect de la personne.....	p82
3.3.3.1.1	Une démarche morale pour le médecin.....	p82
3.3.3.1.2	La reconnaissance du patient dans sa souffrance.....	p83
3.3.3.2	L’adhésion au plan de soins.....	p83
3.3.3.3	La préparation de l’entourage.....	p84
3.3.4	L’asymétrie de la relation, une conséquence de la position sur la vérité...p84	
3.3.4.1	L’asymétrie complète de la relation.....	p84
3.3.4.2	Un rapport de force insupportable.....	p85
3.3.4.3	L’absence de rapport de force, l’alliance médecin-patient.....	p85
4	Discussion.....	p86
4.1	Résultat principal .....	p86
4.2	Forces de l’étude.....	p86
4.3	Faiblesses de l’étude.....	p87
4.3.1	Biais de l’enquêteur .....	p87
4.3.3	Biais mono-disciplinaire.....	p87
4.3.4	Biais de mémoire.....	p87
4.4	Confrontation à d’autres thèses portant sur l’annonce de mauvaises nouvelles.....	p87
4.5	Analyse.....	p88

4.5.1	La souffrance du médecin généraliste.....	p88
4.5.2	L'écueil de la juste posture.....	p89
4.5.3	Emergence des concepts « être là » et « être avec ».....	p91
4.5.4	La communication.....	p91
4.5.5	La formation.....	p92
4.5.6	Le contenu de l'information.....	p94
4.6	Conclusion.....	p97
	Bibliographie.....	p98
	Annexe 1 : Le guide d'entretien.....	p101
	Annexe 2 : Analyse phénoménologique du désarroi.....	p103
	Annexe 3 : Analyse phénoménologique du concept de l'intuition.....	p109
	Annexe 4 : Les concepts d'empathie, sympathie et compassion selon Diane Dechièvre.....	p116
	Serment d'Hippocrate .....	p117

## **1. Introduction**

Ce travail est né du constat que nous sommes formés pendant neuf années à une démarche scientifique et médicale pointue. Néanmoins, confrontée à la pratique clinique à partir de l'internat, j'ai pu me rendre compte qu'une dimension communicationnelle sous-tendait tout propos médical auprès des patients. Cet aspect-là est beaucoup moins valorisé au cours de notre apprentissage. La parole est un acte médical engageant et engagé (2).

La consultation d'annonce de mauvaise nouvelle met particulièrement en exergue ce fait. En effet, le médecin est alors le messager d'une information qui va changer radicalement et négativement l'idée que le patient se fait de son avenir (1). Ce moment de l'annonce constitue une zone de turbulence tant pour le patient que pour le médecin.

### **1.1 La consultation d'annonce de mauvaise nouvelle**

Elle constitue l'entrée du patient dans la maladie. Les mauvaises nouvelles concernent toutes les disciplines médicales (les maladies neurodégénératives, les troubles moteurs, les malformations, les cancers, l'infertilité, les maladies chroniques endocriniennes, rénales, respiratoires, cardiaques, etc.).

Elle constitue un moment bref mais éternel (2) car ses répercussions sont longues et indélébiles pour le patient et sa façon de vivre. On oppose souvent action et parole mais dans la consultation d'annonce, la parole devient une action (3). Pour rendre l'indicible audible, le praticien devrait assurer un savoir objectif tout en s'engageant comme sujet car le ressenti de cette consultation par le patient est un déterminant pour la suite du vécu de sa maladie (4). Entre connaissance scientifique, devoir éthique et perception psychologique du patient, le médecin généraliste est amené à affronter une situation complexe de façon empirique.

Cela peut constituer une difficulté pour le médecin généraliste qui est en présence d'une parole délicate à énoncer et impossible à taire (4). Habitué à agir selon des recommandations et

des protocoles scientifiques établis, ce dernier se retrouve livré à lui-même, face à un patient avec lequel il a bien souvent noué une relation, et à qui il doit délivrer une information synonyme de rupture avec non-retour à l'état antérieur (2). Le vécu de ce moment est un défi intime et professionnel pour le praticien.

Le médecin généraliste n'est pas le seul à être confronté à cette difficulté. Les oncologues sont eux aussi particulièrement exposés aux consultations d'annonce. Les doléances des patients lors des réflexions sur les différents plans cancer ont porté sur le temps et l'écoute qui manquaient à ce moment (5). Des sociologues, philosophes et professionnels de la communication se sont alors penchés sur ce colloque singulier entre le patient et le médecin. Ces travaux ont permis de réfléchir sur la communication mise en œuvre.

## **1.2 La communication**

Communiquer, du latin *communicare*, transcrit l'action de mettre en commun, de partager quelque chose. Pour cela, il est nécessaire d'avoir deux personnes en présence : un émetteur et un récepteur (6). La situation ne se restreint pas à cela malgré tout. En effet, chacun amène dans un échange ses connaissances et son vécu.

Dans toute communication, il y a le contenu que l'on veut délivrer ou énoncé et l'énonciation c'est-à-dire la forme que l'on donne à notre contenu (6). L'émetteur se concentre bien souvent sur son énoncé tandis que le récepteur se focalise sur ces petits éléments en marge du propos qui viennent corroborer ou au contraire infirmer l'information (6).

On distingue alors 3 types de langage (2). Le langage verbal lié au sens littéral des mots. Le langage non verbal qui inclut la gestuelle, les mimiques, la présentation, la posture notamment de l'émetteur. Et le langage paraverbal qui relate l'intonation, le volume, le rythme et le timbre de la voix. Ces éléments doivent correspondre car si le langage verbal est contredit par le non verbal ou le paraverbal, l'information délivrée sera considérée comme caduque (2).

Le silence est lui-même une forme de communication non verbale. Comme disait Freud : « celui dont les lèvres se taisent bavarde avec le bout de ses doigts » (7). Il est fréquent lors des consultations d'annonce et peut constituer un moment de malaise pour les interlocuteurs.

La sémiologie (6) ou étude de la vie des signes au sein de la vie sociale a été théorisée par Pierce notamment avec la notion de tiercéité (l'interprétant, l'objet et le signe).

Ces éléments de communication auxquels le médecin n'a pas forcément été formé peuvent constituer un biais et engendrer des distorsions dans le discours perçu par le patient. Pierre Le Coz, sociologue médical, dit que l'on agit d'autant mieux que l'on a davantage conscience des ressorts de sa manière d'agir (7).

En effet, une dimension philosophique et éthique sous-tend également une consultation d'annonce.

### **1.3 L'éthique, la vérité et l'empathie**

Les émotions réactivent la force de l'engagement des médecins à mettre en œuvre les principes éthiques fondamentaux auxquels leur métier les a attachés selon Pierre Le Coz, philosophe membre de l'Académie de Médecine (7). L'éthique médicale est régie par trois principes : la bienfaisance, la non-malfaisance et l'autonomie.

La bienfaisance permet de contribuer au bien-être pour autrui (8). L'empathie ressentie par le médecin envers son patient est la source de ce principe.

La non-malfaisance veut que le médecin n'inflige pas de préjudice intentionnellement, « primum non nocere » (8).

L'autonomie, opposée au paternalisme, attribue une grandeur morale à quelqu'un et permet de le respecter (7).

Lors de la consultation d'annonce de mauvaise nouvelle, le praticien est tiraillé entre le respect de l'autonomie du patient et la non-malfaisance (9). Longtemps, on a dissimulé au patient

son état de santé. D'Hippocrate aux codes de santé publique des années 50, le mensonge a été légitimé. Des voix, comme celle de Kant au 17<sup>e</sup> siècle, ont commencé à émerger mais sont restées minoritaires (2). Beaucoup de choses ont changé avec la médiatisation de l'information mais la vérité reste une question majeure abordée notamment par la sociologue Sylvie Fainzang (9).

L'empathie est également un principe éthique, qui est une disposition personnelle à une qualité d'écoute et de communication la plus authentique possible (2). Elle transcrit une capacité à entrer dans la logique de l'autre, refuser d'influencer et de juger les propos d'un interlocuteur. Elle garantit le respect de l'altérité du patient.

Pour André Comte-Sponville, la médecine est un métier tragique au plus près de la souffrance et de la mort, un métier tragique qui travaille sur l'humain, un métier solitaire qui rappelle sa propre mort (2).

La consultation d'annonce est une esquisse de ces moments difficiles où interagissent médecine, communication et principes éthiques. Il nous a paru intéressant d'effectuer une enquête observationnelle dans l'intime de cette relation singulière et engagée qu'est la consultation d'annonce. Comment le médecin généraliste arrive à construire une annonce face au patient ? Comment perçoit-il sa communication ? Quels sont ses fragilités et ses atouts ?

Le lien entre le vécu de ces consultations par le médecin généraliste et la stratégie de communication qu'il met en œuvre est au cœur de notre recherche.

Pour cela, des entretiens individuels semi dirigés ont été réalisés auprès de médecins généralistes gardois.

## **2.Méthodes**

### **2.1. Population étudiée, échantillonnage**

#### **2.1.1 Population étudiée**

La population étudiée est des médecins généralistes du Gard installés en cabinets libéraux.

#### **2.1.2 Echantillonnage**

##### **2.1.2.1 Critères d'inclusion et de non-inclusion**

Seuls des médecins généralistes libéraux ont été inclus, quels que soient leur âge et leur expérience. Ils pouvaient travailler, seul, en cabinet de groupe ou en maison de santé pluriprofessionnelle.

##### **2.1.2.2 Taille de l'échantillon**

En recherche qualitative, la taille de l'échantillon est déterminée par l'étude (10). Le recrutement s'arrête lorsque l'on a atteint la saturation des données, c'est-à-dire qu'aucune nouvelle idée n'émerge des derniers entretiens. On arrête alors le recrutement. L'analyse a été menée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. L'échantillon n'a pas vocation à être représentatif de la population générale (11).

L'échantillon est constitué de 14 personnes. Les entretiens ont été réalisés entre octobre 2019 et juin 2020. La période de confinement liée au coronavirus a stoppé la réalisation des entretiens et la mobilisation des enquêtés a été plus compliquée au décours du déconfinement au vu du contexte sanitaire et de la réorganisation des cabinets. A la vue de l'importance de la participation du non-verbal à l'analyse, aucun entretien n'a été fait par téléphone, uniquement en présentiel.

## **2.2 Choix de la méthode**

### **2.2.1 La recherche qualitative**

La recherche qualitative n'a pas pour objet de démontrer un fait mais de comprendre un phénomène (12). L'objectif est de comprendre le sens du vécu d'une situation. Elle implique un positionnement particulier du chercheur qui ne doit pas chercher à valider ou infirmer des hypothèses, mais doit rester ouvert aux sens et interprétations que l'enquêté donne à sa pratique. L'enquêté est considéré comme un informateur dans la mesure où il est détenteur d'un savoir qui lui est propre de par son vécu et son savoir. C'est ce que l'on appelle la posture émique (11). Elle utilise des techniques spécifiques (entretien individuel, focus group...) pour recueillir des données verbales qui sont interprétées de manière inductive. Elle est utilisée dans le champ de la santé mais plus largement en sciences humaines et sociales.

Le choix de la recherche qualitative s'est fait naturellement. Elle est la seule capable d'analyser le vécu, qui est une donnée, par essence, non quantifiable, et principal objet de notre étude.

### **2.2.2 Les entretiens individuels semi-dirigés**

Ils se déroulent avec une personne enquêtée et un enquêteur, seuls lors d'une conversation animée par un guide d'entretien constitué de questions ouvertes dont les thèmes sont définis à l'avance.

On peut solliciter une personne à propos de son vécu, de son expérience ce qui produit un récit. L'objectif est de saisir le sens donné à ce vécu. Le but est de cerner le sens que la personne donne aux faits, plutôt que de juger les faits eux-mêmes (11). On considère que la personne enquêtée est « dépositaire de l'expérience » (11).

Le guide d'entretien n'est pas figé. Il doit s'adapter au cours de l'entretien en fonction des personnes interrogées, du déroulé de l'entretien et de l'apparition de notions importantes au fil de



l'enquête (11). Il doit pouvoir intégrer des problématiques émergentes que l'enquêteur n'avait pas anticipé lors de la préparation de son guide. L'ordre d'apparition des thèmes est libre et dépend du déroulement de l'entretien. Toutes les questions établies dans le guide ne sont pas forcément soumises à l'enquêté et il a le choix de ne pas vouloir répondre s'il le désire. L'enquêteur laisse venir la personne enquêtée pour qu'elle puisse parler selon une logique qui est la sienne.

Blanchet et Gotman (11) ont distingué les consignes et les interventions effectuées au cours de l'entretien. La consigne de type inaugurale, c'est-à-dire en substance le guide d'entretien, et les commentaires au cours de l'entretien, c'est-à-dire la relance. Cette dernière est une sorte de paraphrase qui vise à amener davantage d'explication. Elle permet d'aborder les points importants si l'enquêté ne les aborde pas spontanément.

L'entretien se déroule selon les règles sociales de prise de parole. Pour que la personne enquêtée livre son vécu qui fait partie de son intimité, il est nécessaire qu'elle se sente en sécurité. Une attitude bienveillante de la part de l'enquêteur est un pré requis indispensable. Il ne doit pas rejeter ce qui est dit ni la manière dont cela est dit. Les thèmes doivent être abordés crescendo du plus général au plus profond. L'enquêteur doit manifester de l'attention et de la sympathie.

L'anonymat doit impérativement être garanti pour sécuriser la personne interrogée.

L'entretien semi-dirigé a été choisi pour cette étude dans la mesure où aborder le vécu des consultations d'annonce de mauvaises nouvelles est souvent une difficulté pour les médecins généralistes. Ce sujet est délicat et intime, l'entretien semi-dirigé constitue une sécurité pour relater ces expériences douloureuses.

### **2.2.3 Analyse thématique**

Selon Mucchielli, « toute analyse qualitative passe par une certaine forme de thématisation » (10). Les données recueillies étaient en nombre très important. Pour clarifier ce

travail, une analyse thématique a été réalisée pour mettre en lumière des concepts. Les résultats les plus probants ont ensuite été passés à la loupe de l'analyse phénoménologique.

L'analyse thématique a une fonction de repérage puis de documentation. En effet, d'abord, il faut relever l'ensemble des thèmes pertinents avec le thème de la recherche puis établir des parallèles ou divergences entre les thèmes. Il en résulte un arbre thématique à chaque phénomène étudié.

Nous avons fait le choix d'une analyse continue des données. Elle consiste, par le biais de plusieurs lectures du corpus, en « une démarche ininterrompue d'attribution de thèmes et, simultanément, de construction de l'arbre thématique » (10).

#### **2.2.4 Analyse sémio pragmatique**

Nous avons décidé de faire un focus sur les 2 concepts principaux émergeant de l'analyse thématique. Une approche sémio pragmatique guidée par l'article d'Agnes Oude Engberink (13) a été mise en place. La méthode abductive utilisée nous a paru plus familière qu'une approche complètement littéraire. Suivant l'exemple de Pierce, nous avons analysé le verbatim en 3 catégories.

Tout d'abord la qualité qui intègre les sentiments, le vécu. Ensuite les faits relatant l'expérience et enfin la loi qui représente les principes, les processus généraux.

#### **2.2.5 Le choix des deux types d'analyses**

L'analyse thématique a permis de mettre en avant deux concepts clés : le désarroi des médecins lors de l'annonce et l'intuition comme fil conducteur de leur annonce. Pour préciser ces 2 notions, nous avons décidé d'effectuer un zoom phénoménologique pour mieux comprendre ce qui se jouait.

La somme de matériel récoltée étant très importante, ce document ne reflète pas l'intégralité des verbatims et des citations pour chaque résultat sous peine d'une charge de lecture

repoussante pour l'auditoire. L'enquêtrice tient l'intégralité des verbatims et des analyses à disposition des éventuels chercheurs intéressés.

## **2.3 Déroulement pratique**

### **2.3.1 Recrutement**

Des médecins généralistes du Gard, plus précisément du bassin alésien et cévenol, essentiellement, ont été contactés par mail ou/et par téléphone. L'entretien s'est déroulé sur la base du volontariat. Le thème de l'étude leur était présenté par le titre suivant : « Etudier le lien entre la communication et le vécu de la consultation d'annonce de mauvaise nouvelle faite par le médecin généraliste. »

#### **2.3.1.1 Lieux de recherche**

La recherche s'est déroulée dans le département du Gard. Les entretiens ont eu lieu dans le cabinet médical des personnes enquêtées, seul à seul dans leur bureau excepté un entretien qui a eu lieu dans la salle commune d'une MSP avec le passage de quelques professionnels de santé au cours de l'enregistrement du fait du manque de temps de l'enquêté.

#### **2.3.1.2 Moment de l'entretien**

Les entretiens ont eu lieu les jours ouvrés : les lundis et mardi à la convenance de l'enquêté ou lors de la pause déjeuner les mercredis jeudis et vendredis. Des entretiens prévus pendant la période de confinement liée à la pandémie de covid 19 ont été annulés et n'ont pu être réalisés au décours du confinement par manque de disponibilité des personnes enquêtées.

### **2.3.2 L'entretien**

#### **2.3.2.1 Elaboration du guide d'entretien**

Le guide d'entretien a été élaboré en collaboration avec le Dr Robach Françoise, directrice de thèse.

Il a été conçu pour étudier les thèmes suivants :

- Les modalités d'une consultation d'annonce
- La communication mise en œuvre
- Le vécu de ces consultations d'annonce
- Les critères de bonnes pratiques et l'évolution de ces consultations d'annonce

### **2.3.2.2 Test**

Il a été testé auprès d'un médecin généraliste, informé de ce statut test. Cet entretien après relecture a été intégré à l'échantillon.

### **2.3.2.3 Organisation des entretiens**

Les entretiens se sont déroulés sur la base du volontariat lors d'une date fixée par mail ou téléphone en accord avec l'enquêté et l'enquêtrice.

La durée de l'entretien était prévue pour environ 30 minutes.

Le lieu de l'entretien était au libre choix des enquêtés. Ils ont tous choisi leur lieu d'exercice.

L'enregistrement des données s'est fait sur un téléphone mobile avec l'accord préalable des enquêtés et l'explication de la nécessité de retranscrire l'entretien en verbatim.

### **2.3.3 Le traitement des données**

Les données audios ont été retranscrites dans un logiciel de traitement de texte. Des annotations concernant les éléments non verbaux de gestuelle étaient inscrits sur papier par l'enquêtrice si nécessaire au cours de l'entretien et retranscrits également dans le fichier texte. Les textes étaient anonymisés via un code numérique, hors entretien. Ils ont été stockés sur un ordinateur personnel et sur un espace de stockage en ligne pour garantir leur sécurité.

Le codage des données a été initié manuellement puis poursuivi avec le logiciel NVIVO.

L'arrêt des entretiens a eu lieu à saturation des données.

Le Docteur Robach a effectué une analyse manuelle des données recueillies. Un croisement des analyses ou triangulation a permis de confirmer la pertinence des analyses thématiques et phénoménologiques.

#### **2.3.4 Identification de toutes les données à recueillir**

Les 14 médecins interrogés exercent la médecine générale libérale. Le plus jeune a 31 ans et le plus âgé 67 ans. Sur les 14 enquêtés, 6 ont plus de 60 ans, 2 entre 40 et 50 ans et 6 entre 30 et 40 ans. Le plus expérimenté s'est installé en 1979 et le plus jeune en 2019. On dénombre 10 femmes pour 4 hommes.

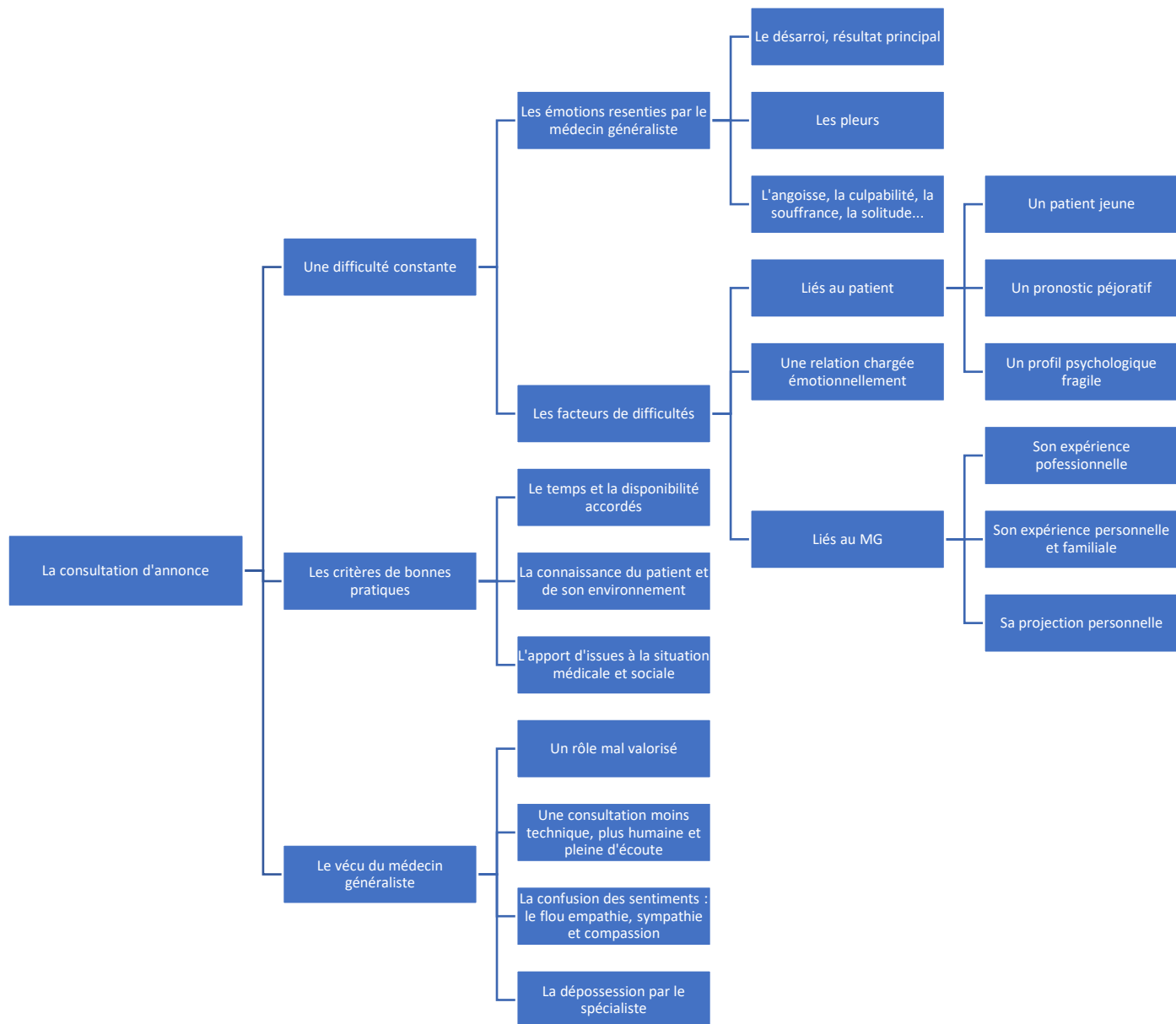
Les entretiens ont duré de 25 min à 1h20.

#### **2.4 Aspect statistique**

Une échelle numérique du vécu de ces consultations d'annonce a été réalisée. Une moyenne et les valeurs minimale et maximale ont été relevées.

## 3. Résultats

### 3.1 Les consultations d'annonce



Les consultations d'annonce de mauvaise nouvelle sont un traumatisme, une zone de turbulence (4) tant pour le patient que pour le médecin.

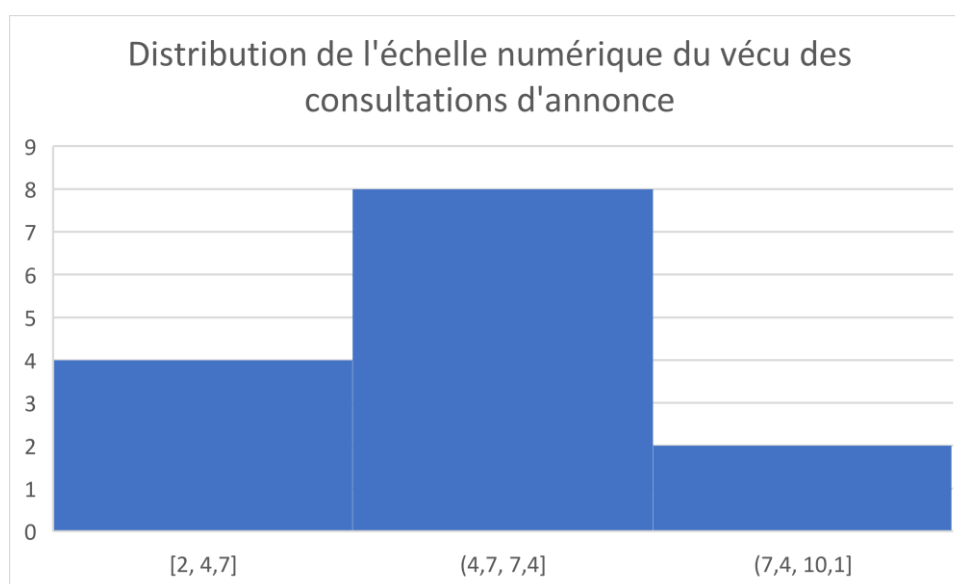
Cette première partie des résultats met en avant la difficulté constante que représente ce moment pour le praticien. Les émotions négatives sont prépondérantes. Un zoom phénoménologique sur les concepts de désarroi et d'intuition a été réalisé du fait de l'importance de ces résultats dans les entretiens.

Certains facteurs liés au patient comme au médecin aggravent la difficulté du vécu de ce moment. Des critères de bonnes pratiques de la consultation d'annonce sont personnels à chaque médecin.

Enfin, nous reviendrons plus particulièrement sur le vécu par le praticien de ce colloque si singulier.

### **3.1.1 Une difficulté constante**

#### **3.1.1.1 L'échelle numérique**

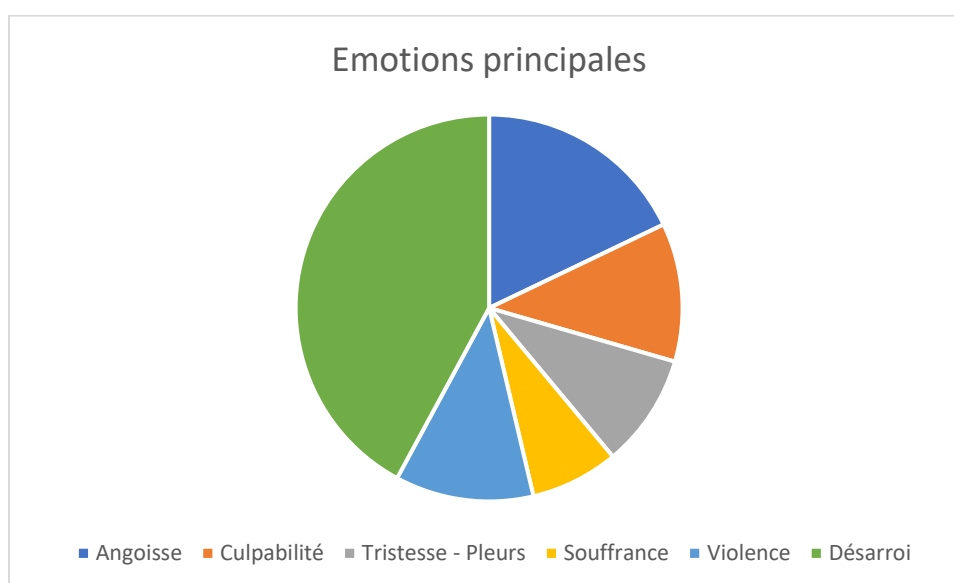


En abscisse, l'échelle numérique de la difficulté . En ordonnée le nombre d'enquêtes.

La question d'introduction du guide d'entretien portait sur l'évaluation du vécu des consultations d'annonce via une échelle numérique (EN) évaluant la difficulté du vécu entre 0 (pas de difficulté) et 10 (extrêmement difficile) à l'instar d'une EN de la douleur. Les résultats se sont étalés de 2 à 8.5 avec une moyenne à 5.6/10 sur l'ensemble de l'échantillon.

On n'a pas retrouvé de différence notable en fonction de l'expérience du médecin. En effet, les médecins de plus de 60 ans avaient une moyenne de 5.8 contre 5.6 pour les autres personnes interrogées.

### 3.1.1.2 Le panel des émotions



L'émotion est définie dans le dictionnaire Larousse (14) comme une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement.

A l'aide du logiciel NVIVO, nous avons recueilli le panel des émotions évoquées lors des entretiens. Les plus fréquentes sont représentées dans ce diagramme avec leur proportion respective suite aux occurrences relevées dans le logiciel NVIVO dans chaque entretien. On constate que ce ne sont que des émotions négatives.



### 3.1.1.2.1 Le désarroi

Le désarroi est un nom venant du vieux français qui exprime un état de désordre, de confusion. C'est un terme qui tombait en désuétude mais qui est réapparu récemment avec la pandémie de covid 19. Il est défini comme un trouble moral impliquant l'indécision, l'anxiété, l'angoisse, la détresse (14).

On retrouve ce concept dans l'intégralité des verbatims, exprimé de manière différente et plus ou moins détaillé. Il rassemble les vécus de déstabilisation intérieure, psychique et émotionnelle. On le considère comme l'un des résultats majeurs de cet étude. Il fera l'objet d'un focus avec une analyse phénoménologique dans la suite de ce travail. Il se conjugue parfois avec des émotions plus précisément nommées comme la culpabilité, la tristesse, l'angoisse etc.

Entretien 1 : « *Et souvent on en vient à l'affect et du coup ils te posent des questions sur des choses que toi, tu n'as pas envie de répondre ou tu ne sais pas répondre. **Donc pas mal de désarroi et beaucoup de compassion et pas vraiment d'empathie.** »*

Entretien 3 : « *Ça c'était **effroyable**. A chaque fois je suis sorti de ces annonces complètement **détruit** et c'est certainement quelque chose qui m'a **toujours miné**. »*

Entretien 4 : « *J'étais **très mal psychologiquement** car il y avait 3 cancers appris dans la même semaine pour des patients et **ça me mettait très mal à l'aise** de ne pas savoir comment j'allais accompagner chaque personne. »*

Entretien 6 : « *Oui je pense **que je me liquéfie quand je vois...**(rires). Oui j'ai un peu de mal à prendre sur moi et à prendre la distance qu'il faut pour ... (hésitation). »*

Entretien 10 : « *C'est un peu **ça fait chier** ??? Voilà (rire) ça m'embête un peu (rire). Le vocabulaire n'est pas très fourni là, ça m'embête fin voilà ça me ... Voilà. Plus ou moins de tristesse et puis voilà. Le truc c'est **oh putain fait chier**. »*

### 3.1.1.2.2 L'angoisse

Elle est l'émotion qui revient au second chef. Selon le dictionnaire Larousse (14), l'angoisse est une grande inquiétude, anxiété profonde née du sentiment d'une menace imminente mais vague. On retrouve différents types d'angoisse chez les enquêtés :

Entretien 2 : « J'étais **angoissée** pendant toute la consultation. »

L'angoisse anticipatoire, celle de savoir que l'on a quelque chose de péjoratif à annoncer.

Entretien 4 : « Oui il y a de **l'appréhension**, un **nœud à l'estomac** quand même. »

Entretien 9 : « Je vais **appréhender** un peu, forcément quand tu sais que tu vas la voir. »

L'angoisse de performance : la crainte de ne pas être à la hauteur de l'annonce et de ne pas réussir à communiquer l'information au patient à sa juste mesure.

Entretien 2 : « De l'angoisse, de **l'anxiété** (rires) oui. J'angoisse un petit peu d'annoncer la mauvaise nouvelle. Oui c'est surtout de **l'angoisse** et de me dire est-ce que je vais être à la **hauteur**. Comment va réagir la personne ? »

L'angoisse liée à la réaction du patient : la réaction émotionnelle créée par l'annonce chez le patient est par son imprévisibilité un facteur d'angoisse supplémentaire.

Entretien 2 : « **L'angoisse** c'est de me dire qu'il faut qu'il prenne conscience que c'est grave mais il ne faut pas non plus qu'il surréagisse, qu'il surangoisse. »

Entretien 8 : « Moi **l'angoisse** c'est quand les gens refusent de se prendre en charge alors qu'il y a une indication, quand ils sont hostiles à la prise en charge. »

### 3.1.1.2.3 La culpabilité

La culpabilité est pour beaucoup liée à la responsabilité d'être l'annonceur de la mauvaise nouvelle, « l'oiseau de mauvaise augure ». On retrouve parfois la culpabilité de découvrir des

pathologies car l'entrée dans la pathologie, notamment les maladies « silencieuses », se fait à cause du diagnostic fait par le médecin. Le patient vivait insoucieusement auparavant.

- La culpabilité du retard diagnostic

Entretien 2 : « Si le temps d'avant l'annonce a été compliqué, l'annonce va être compliquée aussi. C'est sûr que ça impacte notre propre ressenti et notre manière de communiquer. Plus tu perds du temps et tu te dis **c'est un peu ma faute**, on aurait pu aller plus vite et il y a eu une perte de chance. »

Entretien 7 : « Oui, (sourire), ce sont des consultations qui nous trottent dans la tête. Est-ce que **j'aurais dû, est-ce que j'aurais pu, est-ce que j'aurais voilà, c'est obligé.** »

- La culpabilité d'établir un diagnostic

Entretien 7 : « Bah c'est compliqué, pour moi, en tout cas. (Sourire). Parce que j'ai l'impression que l'on va lui couper l'herbe sous le pied. (Sourire). **Je suis porteuse de la mauvaise nouvelle.** Ça m'est déjà arrivée dans ma pratique de faire des diagnostics et de ne plus voir les patients derrière. Alors j'ai eu la chance d'être installée avec un médecin beaucoup plus âgé que moi avec qui je pouvais échanger et bien échanger et il m'a dit « mais **ce n'est pas de ta faute.** » [...] « Bah oui parce que quand même on leur annonce un truc...même si effectivement à froid, on se rend compte que l'on n'est pas responsable des pathologies des patients mais **on les balance un peu là-dedans** et c'est un peu brutal quoi. »

- La culpabilité d'annoncer la mauvaise nouvelle

Entretien 6 : « Parfois je vais me sentir **coupable** je pense, d'annoncer la mauvaise nouvelle, **d'être l'oiseau de mauvais augure.** »

Entretien 3 : « Mais bon, on **culpabilise** à la fois en tant que médecin et en tant qu'homme. »

#### 3.1.1.2.4 Violence

La violence ressentie est liée à la brutalité de l'annonce et à l'absence de préparation du médecin. Il existe un effet de sidération pour les médecins à l'instar des patients. Le champ lexical de la guerre, du chaos a été beaucoup retrouvé.

Entretien 1 : « *Les gens arrivent et tu as l'effet **d'une double bombe**. Car ils ont déjà presque posé leur diagnostic mais ils attendent que tu reformules avec eux.* » [...] « *Les soins palliatifs c'est nous qui les gérons **de plein fouet**.* »

Entretien 4 : « *Les **assommer**, ça fait vraiment beaucoup parfois, quand ils n'ont pas compris et que c'est sur nous que ça retombe de tout annoncer.* »

Entretien 6 : « *On se prend **de plein fouet** l'émotion des gens qui est parfois difficile à gérer, la sidération.* »

Entretien 9 : « *Après forcément sur le moment c'est « **waouh, purée** », forcément ça te touche. Après je ne sais pas, c'est difficile de te répondre.* » [...] « *Quand tu as des patients que tu suis, tu essaies de te blinder de te protéger face à tout ça mais quand ça fait des années que tu suis les gens tu te le prends en pleine tête quand même.*»

Entretien 12 : « *Oui c'est cela, sans que je n'aie pu avoir le temps de **l'avalier** entre guillemets et de le **recracher** pour le patient.* »

#### 3.1.1.2.5 La tristesse et les pleurs

La gestion des émotions est une question majeure pour les médecins généralistes avec des positions hétérogènes au cours des entretiens. La question de les laisser transparaître a été au centre des conversations. La tristesse ressentie pour le patient peut aller jusqu'aux pleurs du médecin. Ces derniers sont intervenus au cours des consultations ou lors de mon entretien à l'évocation de situations difficiles.

- Les pleurs avec les patients, une décharge émotionnelle en présence du patient pour ne pas avoir à porter seul la tristesse

Entretien 1 : « *En général, je **pleure** souvent avec les patients. », « Je vais **pleurer** avec eux de vraie tristesse souvent. », « je trouve qu'il y a des moments ça me fait du bien de pouvoir **pleurer** avec eux parce que **la douleur je la laisse avec eux et je ne la ramène pas à la maison.** »*

- La gestion de l'émotion

Entretien 9 : « *Non mais d'avoir **les larmes qui montent** oui. J'essaie de gérer au mieux. Euh après oui, les larmes aux yeux en les regardant oui je pense qu'ils ont déjà vu ce genre de choses. Après voilà, **ça ne va jamais jusqu'aux larmes, je maîtrise encore.** (Rires).* »

Entretien 12 : « *Oui, je vais essayer de baisser les yeux. Ce n'est pas que j'essaie c'est automatiquement, je suis triste donc je baisse les yeux. **J'ai peur d'avoir la petite larme qui coule parfois.** »*

- Le fardeau de la tristesse

Entretien 9 : En me disant au revoir à l'issue de l'entretien : « *moi je ne pleure pas avant ni pendant la consultation, **je pleure après.** »*

Entretien 13 : « *Mais ça ne change pas **l'éventuelle tristesse ou la compassion** que l'on peut avoir pour ces patients. »*

- Pleurs lors de l'entretien à l'évocation de souvenirs de consultation d'annonce

Entretien 12 : « *J'étais sur ...j'en ai un peu pleuré parce que j'étais choquée, ce n'était pas la tristesse mais le choc. (**Pleurs**). Du coup je n'en ai pas parlé parce que j'ai fait exprès d'oublier ça mais c'était chaud. C'est des moments où tu ne sais pas comment le dire. Tu ne veux pas l'inquiéter donc tu essaies d'avoir des paroles un peu rassurantes mais toi tu es inquiète tu sais que ça va mal se passer. C'est chaud. »*

Entretien 10 : « *J'ai pleuré avec mon patient avec le cancer du pancréas quand j'ai dû lui dire au revoir chez lui parce qu'il a dit là on arrête tout là donc j'ai dit d'accord et donc c'était*

*possiblement la dernière fois qu'on se voyait et il m'a remerciée. Il me dit merci et il me dit prenez bien soin de ma femme et de mon fils enfin moi ça m'a..., (pleurs) alors que je n'ai jamais pleuré c'est fou, c'est fou, c'est fou, bon bref. Là c'est plus, c'est voilà, ça devient plus difficile. »*

### **3.1.1.2.6 Souffrance et solitude**

Certaines situations ont entraîné une vraie souffrance, qui a duré dans le temps et qui a pu se répéter au cours de leur carrière.

Entretien 3 : « *on est forcément étreint par de l'émotion, de l'empathie voir de la **souffrance**. »*, « *Mais voilà, ça, c'est des situations où je me suis trouvé en **difficultés**. Oui moi j'ai **souffert**, j'ai **souffert**. Et ce n'est pas que celle-là mais il y en a plein. »*

Entretien 13 : « *Euh, je ne vais pas te répondre 10 mais c'est effectivement ce qu'il y a de **pire** dans notre profession. Je vais te dire 8 ou 9. »*

Entretien 14 : « *Par exemple, mes deux **pires** situations où vraiment c'était **hyper dur** c'était d'annoncer [...] Ça c'était **horrible**, voilà. Ça c'était les 2 situations où c'était **vraiment difficile** pour moi, il a fallu que je m'y prépare avant, il a fallu que j'en parle à d'autres etc. »*

### **3.1.1.3 Analyse phénoménologique du concept de désarroi**

Le désarroi est un thème prépondérant dans les résultats. Un zoom phénoménologique nous a paru intéressant au vu de sa récurrence et du vécu compliqué qu'il représente. Pour plus de clarté, un extrait du verbatim a été retranscrit et une présentation dans un tableau distinguant les catégories de la qualité, des faits et de la loi a été conçu. L'analyse phénoménologique est enfin transcrite sous ce tableau. Le reste des entretiens est présenté dans l'annexe 2.

- Entretien 1

« Quelles émotions tu ressens à ce moment-là ? »

« *Beaucoup de tristesse partagée et un grand désarroi car  $\frac{3}{4}$  du temps ils nous posent des questions auxquelles on n'a absolument pas de réponse. Parfois, ils veulent des réponses concrètes, d'un pronostic, de tout un tas de choses pour lesquelles on n'est pas armé car on n'est pas spécialiste. Du coup on n'a pas les réponses techniques à leur apporter sur tout ce qui va se*

*dérouler donc on reste toujours un peu flou. Moi souvent je leur dis que je ne sais pas car je ne suis pas le spécialiste. Et souvent on en vient à l'affect et du coup ils te posent des questions sur des choses que toi tu n'as pas envie de répondre. Ou tu ne sais pas répondre. Donc pas mal de désarroi et beaucoup de compassion et pas vraiment d'empathie. »*

La loi	Les faits	La qualité
<p><i>On n'est pas armé car on n'est pas spécialiste</i></p> <p><i>Je leur dis que je ne sais pas car je ne suis pas le spécialiste</i></p>	<p><i>¾ du temps ils nous posent des questions auxquelles on n'a absolument pas de réponse. Parfois, ils veulent des réponses concrètes, d'un pronostic, de tout un tas de choses</i></p> <p><i>Du coup on n'a pas les réponses techniques à leur apporter sur tout ce qui va se dérouler donc on reste toujours un peu flou.</i></p>	<p><i>Beaucoup de tristesse partagée et un grand désarroi</i></p> <p><i>Et souvent on en vient à l'affect et du coup ils te posent des questions sur des choses que toi tu n'as pas envie de répondre. Ou tu ne sais pas répondre. Donc pas mal de désarroi et beaucoup de compassion et pas vraiment d'empathie</i></p>

Retranscription phénoménologique :

**Le manque de réponses concrètes et la volonté de ne pas asséner une vérité trop brutale entraînent dans les faits une incapacité à répondre aux patients donnant un sentiment de désarroi au médecin.**

- Entretien 3

« Quelles émotions vous ressentez au cours de ces consultations ? »

*« [...]Le plus dur pour moi, c'est quand j'ai dû prendre en charge des drames avec des morts immédiates où il a fallu annoncer aux parents, le décès de leur enfant. Ça m'est arrivé plusieurs fois, des enfants noyés ou accidentés. Ça c'était effroyable. A chaque fois je suis sorti de ces annonces complètement détruit et c'est certainement quelque chose qui m'a toujours miné. Chaque fois que j'ai dû militer pour toute cette organisation, j'ai toujours trouvé très très dommage que les médecins généralistes surtout ruraux se retrouvent tout seuls à débriefer avec leur psychisme déjà à moitié démonté. »*

Retranscription phénoménologique :

**L'annonce d'un décès d'enfant à des parents semble être le paroxysme de la difficulté, entraînant un désarroi profond qui déstabilise le médecin généraliste d'autant plus qu'il est seul avec ses propres difficultés psychiques.**

- Entretien 4

« Comment votre attitude elle évolue dans ces consultations ? »

*« Comme elle peut. Il faut la réajuster souvent. On est tellement déroutés par la réaction des gens. On part dans une certaine optique de dire les choses et puis ils peuvent nous faire dévier complètement donc on est obligé de faire attention. Quand tu as le déni complet de quelque chose, comment on avance ? J'ai engueulé une personne une fois, je l'ai prise par les épaules, je l'ai assise sur sa chaise, j'étais en train de lui dire qu'elle faisait un infarctus, elle n'entendait pas. Elle trafiquait dans sa maison, elle me disait qu'elle n'avait pas été bien et que quand son gendre était passé elle avait eu envie de vomir et que ça l'avait serrée dans la poitrine. Je lui ai dit qu'on ferait une prise de sang et un ECG. Le surlendemain soir je monte chez elle, ce n'était pas mon jour de consultation habituel, elle trafiquait dans sa maison. J'ai fini par lui dire je suis en train*



*de vous dire quelque chose, vous vous asseyez. Je l'ai assise de force sur sa chaise, elle n'arrivait pas du tout à vouloir entendre. Je lui ai dit vous avez un infarctus, vous partez dans 30 min à l'hôpital. Il faut changer d'attitude, je pensais lui dire bah voilà votre prise de sang, votre douleur voilà...elle n'était pas du tout à l'écoute du truc, j'ai change mon fusil d'épaule. »*

Transcription phénoménologique :

**La posture de déni du patient, persistante malgré la mise en place des pratiques expérimentées de communication du médecin généraliste, déstabilise les processus d'empathie habituels et entraîne un désarroi comportemental.**

- Entretien 6

« Comment est-ce que vous vous préparez à ces consultations d'annonce ? »

*« Ça dépend des situations. Il y a eu des fois où je n'étais pas préparée. Ils nous ramènent un résultat que l'on n'avait pas forcément vu auparavant et là-bas, de but en blanc, il faut dire quelque chose. Sinon, je l'anticipe, je le mentalise quand je le sais et je sais comment je vais amener les choses, je sais à qui je vais l'adresser. J'apporte déjà des premières solutions au problème en même temps que la consultation d'annonce.*

« L'anticipation c'est de pouvoir ouvrir... »

*« Oui c'est de pouvoir ouvrir vers quelque chose et de ne pas donner une mauvaise nouvelle de but en blanc sans apporter derrière une solution ou un début de solution pour la prise en charge. »*

« Le vécu est-il différent quand c'est de but en blanc que quand il y a eu un temps de préparation ? »

*« Oui je pense que je me liquéfie quand je vois...(rires). Oui j'ai un peu de mal à prendre sur moi et à prendre la distance qu'il faut pour ...(hésitation) »*

« Ce sont les émotions qui envahissent c'est cela ? »

« Oui il y a l'émotion qui envahit mais en même temps ...les patients ce ne sont pas nos parents. Je pense que l'on a de l'empathie, la compassion y est parfois, ça dépasse l'empathie mais c'est aussi sur le comment amener les choses de but en blanc quand personne ne s'y attend : ni moi ni eux. »

« C'est la difficulté de communication ou le vécu personnel ? »

« C'est un peu les deux. Je ne peux pas dire que ça me laisse de marbre, ce n'est pas vrai. Mais après il y a la difficulté à amener les choses c'est vrai. »

« Quelles émotions vous ressentez à ce moment-là ? »

« C'est difficile à dire ça. Je suis, je pense, je suis gênée. Parfois je vais me sentir coupable je pense, d'annoncer la mauvaise nouvelle, d'être l'oiseau de mauvais augure. Parfois j'ai de la tristesse, car il y a des gens que l'on affectionne plus que d'autres, avec qui l'on a du mal à avoir le recul. Oui c'est à peu près tout ce qui me vient. De l'impuissance aussi car on annonce des trucs voilà, on sait que derrière ça va être compliqué rapidement. On n'est pas Dieu donc on n'a pas des pouvoirs surnaturels (rires) pour certaines pathologies. »

Transcription phénoménologique

**L'anticipation de la consultation d'annonce permet au praticien de préparer sa posture émotionnelle et de pouvoir proposer des ouvertures positives.**

**L'absence de cette phase préparatoire le confronte à un envahissement par des sentiments complexes (tristesse, culpabilité, impuissance) qui provoque un désarroi dans son rôle professionnel.**

#### -Entretien 10

« Comment est-ce que vous vous préparez à ces consultations d'annonce ? »

« (Hésitation) Je ne me prépare pas en fait. (rire) Souvent en fait on n'a pas toujours les résultats avant, des fois c'est le spécialiste qui a fait l'annonce et ils viennent nous voir avec le compte

*rendu mais nous on n'a pas forcément eu le compte rendu du spécialiste entre temps donc il nous demande de réinterpréter un petit peu ou de réexpliquer ce qu'a dit le spécialiste. Et ou alors quand on a les résultats comme ça moi je n'ai pas le temps forcément de me préparer en fait. »*

« Quand vous avez quelques jours avant un compte rendu avec des nouvelles qui sont mauvaises, qu'est-ce que vous ressentez comme émotion ? »

*...(réfléchi) De la tristesse pour le patient et de .... des ... un questionnement sur la suite de la prise en charge, mais ça ce n'est pas une émotion. (Hésite) ... Emotion ... c'est un peu ça fait chier ??? Voilà (rire) ça m'embête un peu (rire). »*

« Ok »

« Le vocabulaire n'est pas très fourni là, ça m'embête fin voilà ça me ... , voilà. Plus ou moins de tristesse et puis voilà. Le truc c'est oh putain fait chier. »

« Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation d'annonce ou une qui vous a marquée ? »

« D'annonce alors de mauvaise nouvelle, vous entendez quoi par mauvaise nouvelle ? »

« Alors ça peut être annonce de maladie neurologique, de cancer, ça peut être diabète, ça peut être insuffisance rénale. »

« ... (réfléchi) ... c'était il y a environ un an on va dire à peu près alors lui pour le coup c'est moi qui ai fait l'annonce c'est un monsieur que je ne suivais pas trop avant, je suivais son fils et sa femme et il est venu me voir pour des ... vous voulez que je vous raconte le truc en fait c'est ça ? »

« Oui »

« Donc il est venu me voir pour de la constipation avec des ballonnements fin voilà donc je palpe et au niveau du ventre j'avais ce que moi j'ai perçu au début comme des sortes de corde colique en fait. J'avais l'impression qu'il y avait comme une grosse constipation au niveau du cadre

*colique. Donc je débute un traitement laxatif en disant bon vous êtes bien constipé, je rappelle les règles hygiéno-diététiques tout ça et si ça ne passe pas vous revenez me voir. Il revient me voir quelques jours après et je vois à sa tête qu'il a mal que ça ne va pas mieux et voilà. Du coup ... je prescris un bilan bio, j'ai toujours le même examen clinique et je lui fais faire une échographie. Le bilan bio est normal et l'échographie montre ... c'était un peu le flou fin on ne savait pas trop voilà. Bon donc je fais un scanner rapide. Et le compte rendu du radiologue était pareil en fait pas très net plutôt carcinose. 'Fin il n'a pas dit le mot carcinose et du coup euh voilà il voyait des images qu'il n'identifiait pas trop, il ne savait pas bien. Et de l'ascite, non c'est ça à l'échographie y avait de l'ascite, n'y avait rien d'autre et au scanner du coup carcinose, enfin doute sur carcinose et le pancréas un peu douteux.*

*Bon du coup donc, il revient me voir avec ces résultats là parce que là en fait j'avais aucun spécialiste sur le coup. Et donc c'était un infirmier donc carcinose, donc il comprend à peu près. C'est lui qui m'a dit : « c'est un cancer, c'est ça ? ». Donc en fait il m'a un peu facilité le travail et du coup il a compris. Et moi j'ai pu direct dire le mot cancer et dire ben a priori, le problème c'est qu'on n'a pas de certitude histologique. Et donc il faut savoir ce que c'est exactement, il y avait une ... enfin bon bref voilà ... Et en fait c'était un cancer du pancréas avec une carcinose péritonéale et un patient jeune... qui est décédé là y a 2 mois. Donc voilà et puis dans cette histoire l'annonce a été ... voilà difficile parce que y avait sa femme en plus avec lui que je connaissais bien et ils ont un petit garçon qu'à l'âge de mon premier fils. Donc (soupir) je me doutais que ça irait..., qu'il n'irait pas très loin. Et voilà après, lui m'a plutôt dérouté parce qu'il était très factuel et dans l'acceptation on va dire très vite. Et donc il a dit « mais ok du coup il faut aller voir le spécialiste ou quoi ? » et puis après quand le diagnostic a un peu évolué ou quoi il dit : « nan mais d'façon je vais mourir, donc voilà mon fils va être élevé par quelqu'un d'autre que moi » fin il disait des trucs qui étaient vrais mais qui étaient un peu durs, assez déstabilisants pour le coup parce que les gens ne sont pas du tout là-dedans normalement, ils sont plutôt dans l'espoir ou fin voilà.*

*Lui direct il disait « ça ne sert à rien que je fasse des photos avec mon fils ou des vidéos, d'façons plus vite ça ira à la limite mieux ce sera comme ça il ne se souviendra pas de moi et voilà. De toutes façons il va être élevé par quelqu'un d'autre » (soupir). Donc voilà mais du coup là pour le coup moi je ne m'étais pas du tout préparée parce qu'en fait moi il revenait, je l'avais envoyé faire son scanner, il est revenu il avait son compte rendu, et je n'avais pas eu son compte rendu entre temps et je n'avais pas de certitudes non plus donc c'est toujours un peu difficile quand on ne sait pas exactement. »*

Transcription phénoménologique

**Dans le cadre d'un pronostic délétère, la posture d'emblée lucide et pragmatique du patient, conjuguée à l'absence de preuve formelle provoque un désarroi en déstabilisant le médecin tant sur le plan émotionnel (« fait chier ») que dans sa posture d'accompagnant et de réconfort.**

### **3.1.2 La consultation d'annonce : Des facteurs liés au patient, au médecin, et à leur qualité relationnelle majorent sa difficulté.**

#### **3.1.2.1 Les facteurs liés au patient**

Le jeune âge du patient et l'engagement du pronostic vital sont régulièrement cités. L'état psychologique préexistant, plus ou moins anxio dépressif par exemple, ou le tempérament rebelle ou résilient interfèrent dans la complexité de la consultation d'annonce.

##### **3.1.2.1.1 L'âge du patient**

Entretien 3 : « Là encore, une émotion qui peut être différente selon par exemple l'âge. C'est évident que si on annonce un cancer d'évolution péjorative à quelqu'un de **jeune**, on est forcément étreint par de l'émotion, de l'empathie voire de la souffrance. »

Entretien 11 : « *Les patients jeunes, les **enfants**, particulièrement* », « *Un **jeune** patient d'une trentaine d'année. Et donc c'était dur, c'était difficile à verbaliser* »

#### **3.1.2.1.2 L'engagement du pronostic vital**

Plus la pathologie est découverte à un stade avancé avec un pronostic péjoratif plus la sensation de difficulté est grande. La découverte fortuite est également un facteur de déstabilisation supplémentaire.

Entretien 4 : « *Le **stade** où en est la personne. Si c'est vraiment quelque chose qui leur **tombe dessus**, où ils ne s'y attendaient pas du tout. Ça va être beaucoup plus difficile de les amener à mesurer que c'est sévère.*»

Entretien 13 : « *Donc mais par contre à partir du moment où ça introduit le **pronostic vital**, car je pense que l'on est dans ce cadre-là, c'est toujours plus **difficile**.* »

Entretien 14 : « *C'est très différent quand on sait qu'on a la possibilité de faire quelque chose ou quand on sait que **c'est mal barré** quoi.* »

#### **3.1.2.1.3 Le profil psychologique du patient & sa capacité de résilience**

Un patient avec une personnalité dite fragile, angoissée est une source de difficultés supplémentaires pour celui qui annonce la mauvaise nouvelle. D'autre part, plus la réaction du patient est violente avec des émotions vives et plus le ressenti du médecin sera compliqué.

Entretien 9 : « *Tout dépend de la relation que tu as avec lui, si c'est quelqu'un de jeune ou **d'anxieux**.* »

Entretien 3 : « *Il y a ceux qui se **rebellent**, qui vivent ça comme une injustice et à partir de ce moment rien ne va : parce que les effets secondaires du traitement, parce qu'il faut que j'aille à Montpellier... et entre les deux il y a toute une série de différences.* »

### **3.1.2.2 Le lien relationnel entre le patient et le médecin**

On retrouve un vécu plus délicat lorsque le lien établi avec le patient est de longue date ou d'une intensité plus importante.

Entretien 8 : « Ça dépend aussi de la **relation** que l'on a avec lui. »

Entretien 1 : « En général, si j'en viens à ce genre de consultations où c'est moi qui shunte l'examen et qui me retrouve à annoncer c'est souvent que ce sont **des patients qui ont un lien fort avec moi**. Et qui ont le besoin de venir me consulter avant l'interlocuteur un peu plus distant. »,  
« Je ne sais pas pourquoi, il y a **des choses qui ne passent pas chez tout le monde**. Des histoires et des moments de notre vie, où je ne sais pas ça doit tomber à ce moment-là. »

### **3.1.2.3 Les critères de difficultés liés au médecin**

#### **3.1.2.3.1 L'expérience acquise**

Un consensus émerge pour dire que plus l'on a réalisé de consultations d'annonce, plus on se sent à l'aise dans le choix des mots notamment.

Entretien 1 : « Je pense que les consultations d'annonce elles évoluent dans ce sens-là, je pense être **moins frêle qu'au début** car j'ai un peu **plus de recul sur les expériences** et j'en ai gérées un peu plus donc forcément. »

Entretien 6 : « Je crois que c'est **moins difficile** car à force d'en faire, il y a une forme d'apprentissage et on se sent **plus à l'aise**. »

#### **3.1.2.3.2 La projection personnelle**

Le médecin s'identifie à la situation du patient en se disant que cela pourrait lui arriver également ou à un membre de sa famille.

Entretien 3 : « En tant qu'homme parce que quelque part ça nous renvoie à notre parcours en nous disant je ne voudrais pas que **ça m'arrive à moi**. »

Entretien 5 : « Oui ce que je veux te dire c'est ça. Ce n'est pas dans les annonces, mais dans les choix thérapeutiques, **je me mets souvent à la place du patient**. Si j'avais ça, et je lui dis, qu'est-ce que je ferais. Mais ça ce n'est plus l'annonce mais c'est le choix thérapeutique. »

Entretien 7 : « Et puis il y a des situations qui nous touchent plus. La dernière fois c'était une leucémie aigue chez une jeune femme de 36 ans qui a 2 enfants **qui font du sport avec mes enfants**. Et ben là bim. (Rires). »

### 3.1.2.3.3 L'expérience personnelle et familiale

La perception que le médecin a de la pathologie à travers son histoire personnelle individuelle ou familiale impacte également le déroulement de ces consultations.

Entretien 3 : « Ça peut arriver de se servir **d'histoires personnelles** de part la connaissance qu'ils ont de leur médecin quand on est proche comme ça, de partager des histoires personnelles qui font qu'on les associe dans cette relation à part entière. Ils **connaissent notre vie comme moi je connais la leur**. »

Entretien 14 : « le dernier cas que j'ai eu à annoncer, je n'ai pas pensé, en fait j'étais auprès de mon **papa** qui a 94 ans, et donc ce n'est pas moi son médecin il est dans le Nord. Il a une rechute d'un spino cellulaire donc pas cool et le médecin a téléphoné pendant que j'y étais pour me dire qu'ils ne passaient pas en marge saine et que voilà ça récidiverait. Donc là c'est mon propre père et ce **n'est pas cool** comme tumeur du visage. Donc **je n'en ai pas parlé de suite, je suis allée me poser**, j'en ai parlé avec une de mes frangines. Là moi je lui parlais de cellules anormales en disant c'est la même chose que quand ils t'ont opéré il y a un an et demi. Il ne m'a posé aucune question et j'ai utilisé le mot de cellules anormales mais pas le mot de cancer mais lui non plus et voilà quoi. »



#### **3.1.2.3.4 La charge émotionnelle entre le patient et son médecin**

La charge émotionnelle que le médecin place dans la relation avec son patient est un élément majorant la difficulté de l'annonce. Plus il y a de la proximité, plus c'est compliqué.

Entretien 5 : « *Disons que c'est plus embêtant si tu es intime avec le patient. Plus on est intime, plus ça te touche émotionnellement après il y a des patients où on est quand même à distance. C'est la charge émotionnelle que tu mets entre le patient et toi. C'est-à-dire qu'il y a des patients ...que que que qu'ils sont presque amicaux, qui deviennent amicaux surtout après X années. C'est sûr que, c'est la...C'est la charge émotionnelle, oui c'est ça. C'est la charge émotionnelle, c'est la relation que tu as entre le patient et toi. Oui c'est proportionnel. La charge émotionnelle est proportionnelle à la proximité avec ton patient, si on doit faire une courbe, voilà. **Plus tu es proche, plus c'est chargé.** »*

#### **3.1.3 Des critères de bonnes pratiques personnels et aléatoires**

A la question, quels sont les critères d'une bonne annonce : « *Qu'elle soit finie ! Non c'est une blague.* » ( entretien 7 )

##### **3.1.3.1 Le temps et la disponibilité**

Au premier chef, des bonnes pratiques de la consultation d'annonce de la mauvaise nouvelle, reviennent une disponibilité supérieure du médecin généraliste dans ces circonstances ; que ce soit en termes de qualité d'écoute, de temps passé ou de joignabilité avec la communication d'un numéro de téléphone par exemple.

### 3.1.3.1.1 Le temps accordé

Entretien 9 : « *c'est des consultations où il faut **prendre son temps**, pour que les informations prennent le temps de rentrer.* », « *Je pense que c'est essentiel. Tu vois là patiente là je la vois toutes les semaines et bien **je bloque 30 min à chaque fois et souvent je dépasse.*** »

Entretien 10 : « *Moi j'essaie **d'adapter mon planning** en fonction, les secrétaires elles le savent, je lui dis, **lui tu me bloques 30 minutes minimum** à chaque fois ou tu me le mets **en fin de consultation** comme ça j'ai le temps à la fin des consult, ça ne déborde pas trop.* »

### 3.1.3.1.2 La qualité de l'écoute

Entretien 1 : « *Si tu les écoutes un peu, je trouve, que tu arrives à entendre.* »

Entretien 5 : « *Oh bah pas ici. On les **transporte**, on les **porte**, on les **accompagne**. Non, non, pas ici.* »

Entretien 11 : « *J'essaie d'être **à l'écoute**. Je n'ai pas la prétention de pouvoir l'être. Par contre au niveau du temps, je pense que je prends du temps.* »

### 3.1.3.1.3 La joignabilité

Entretien 8 : « *Qu'ils puissent nous contacter. Je donne assez facilement **mon téléphone portable** et ils peuvent **me contacter.*** »

Entretien 7 : « *Que s'il y a besoin il n'y a pas de soucis, que les spécialistes vont les entourer, que moi je suis toujours là derrière voilà il n'y a pas de problème, qu'ils peuvent **m'appeler** s'ils ont des questions, des trucs comme ça au **téléphone**, il n'y a pas de soucis.* »

### 3.1.3.1.4 La disponibilité

Entretien 10 : « *Moi je leur dis vous n'hésitez pas à **revenir** si vous avez des questions vous pouvez **m'appeler**, revenir en consultation juste pour parler, il n'y a pas besoin d'avoir un problème physique ou quoi vous revenez. Voilà si vous avez des questions vous n'hésitez pas.* »

Entretien 12 : « *J'essaie d'avoir de la **disponibilité**.* »

Entretien 9 : « *Oui c'est ça et le fait de dire **je suis là**. Les gens viennent souvent me voir systématiquement, voilà c'est le boulot de généraliste.* »

### **3.1.3.2 Apporter des issues à la situation**

Les médecins interrogés font référence à des issues apportées aux patients que ce soit par l'ouverture vers d'autres consultations ou en les confiant à des équipes de médecins spécialistes en qui ils ont confiance.

Entretien 6 : « *Oui c'est de pouvoir **ouvrir vers quelque chose** et de ne pas donner une mauvaise nouvelle de but en blanc **sans apporter derrière une solution** ou un début de solution pour la prise en charge.* » [...] « En ayant je pense des éléments un petit peu optimistes et des éléments de **solutions** à apporter aux gens. Car on ne peut pas leur dire un truc en leur disant bah je ne sais pas ce que l'on va faire. »

#### **3.1.3.2.1 Un contrat de confiance entre son médecin et son patient**

Le contrat de confiance « être là », « être avec », de l'ensemble des médecins, peut aller plus loin encore. Certains expriment d'emblée leur engagement de l'accompagnement jusqu'à la fin de vie, aidée si besoin.

Entretien 3 :

« *Dans ma carrière, à chaque fois que j'ai accompagné quelqu'un, je leur ai toujours dit que **je serai là jusqu'au bout**, c'est à dire y compris s'il fallait les aider, y compris.* »

« Un contrat de confiance en fait ? »

« *Oui c'est ça, oui oui. Mais il ne fallait pas se dérober. Pour moi, si ça allait mal je ne pouvais pas partir ou il fallait que je sois joignable.* »

« C'est une forme de contrepartie à annoncer une mauvaise nouvelle ? »

« *Oui c'est ça. On peut employer le terme de contrepartie mais ça fait partie pour moi du devoir du médecin. Il accepte la prise en charge, ça fait partie de la prise en charge pour moi.* »

### **3.1.3.2.2 Ouvrir vers des consultations ultérieures pour reparler de la situation actuelle**

Cette ouverture que fait le médecin généraliste au patient lui permet de faire une annonce progressive pour éviter de l'asséner de trop d'informations en une seule entrevue. Cela lui permet de gérer l'effet de sidération qu'entraîne la mauvaise nouvelle. Cela permet également au patient d'avoir un temps de réflexion, seul ou en famille, pour réfléchir à sa nouvelle situation et le cas échéant formuler de nouvelles interrogations à son médecin.

Entretien 9 : « *Après c'est toi qui lances les premiers rendez-vous donc tu t'assures qu'ils vont bien au truc et tu les revois après avec les résultats.* », « *Et puis sinon c'est plus progressif, ça se fait en **plusieurs consultations**. Là il faut faire les bilans, attendre l'image elle est inquiétante, il faut que l'on fasse des prélèvements pour confirmer. J'essaie de faire doucement sinon c'est un peu... (Rires).* »

### **3.1.3.2.3 Être confié à une équipe spécialisée qui a la confiance du médecin généraliste**

Entretien 1 : « *Que l'on va rassurer de la suite de la technicité, en leur disant qu'on les envoie à tel endroit ou qu'ils vont être pris en charge à tel endroit et que donc **on passe la main, on a confiance**, que ça va aller.* »

Entretien 14 : « *Et en fait dans la consultation d'annonce ça a été **un élément important qu'elle ait confiance en moi et que moi j'avais confiance en l'équipe.*** »

### **3.1.3.3 Le médecin généraliste dépositaire d'une connaissance unique de son patient et de son environnement .**

L'approche environnementale du patient est un atout pour la majorité des médecins interrogés. Ils déplorent souvent que les spécialistes ne tiennent pas compte de cet aspect de la prise en charge du patient. Cela constitue une des limites à la consultation d'annonce faite à l'hôpital. Leur rôle à ce moment-là dans un travail multidisciplinaire avec le spécialiste pourrait être un apport supplémentaire à la prise en charge du patient.

Entretien 4 : « *Le fait que l'on connaisse les patients et qu'ils nous connaissent. [...] C'est notre avantage, on sait dans quel contexte ils sont.* », « *En médecine générale, on a la connaissance de l'histoire, de l'entourage, de la situation de la personne ce qui est beaucoup plus un appui.* »

Entretien 6 : « *On connaît mieux les patients et on appréhende peut-être mieux leur psychologie et on arrive à aborder les choses de manière plus personnalisée.* »

Entretien 5 : « *et puis même par rapport au patient tel qu'il est, on sait ce qu'il attend, comment il attend et qu'est-ce qu'il attend.* »

Entretien 2 : « *D'où l'importance que le médecin généraliste prenne une part dans l'annonce car le spécialiste ne le connaît pas vraiment. Certains patients trouvent les spécialistes brutaux.* », « *Il faut les cerner avant de les voir pour savoir ce que l'on va dire ou pas.* »

## **3.1.4 Le vécu du médecin généraliste**

### **3.1.4.1 Un rôle mal valorisé**

Au temps de l'hyper-spécialisation, le médecin généraliste peut se sentir mis à l'écart dans la prise en charge de ses patients. D'une part, par le patient, qui se remet à une équipe technique et qui ne donne pas forcément de nouvelle à son médecin traitant. Le lien ville-hôpital étant parfois compliqué, il n'est informé, au mieux, que quelques semaines après des événements liés à son

patient. De ce fait, quand le patient vient le voir, il n'est pas toujours au courant de sa situation et il perd en crédibilité.

Entretien 3 : « *Maintenant avec cette obligation de moyens où le patient est pris en charge par des réseaux très spécialisés, hyper-spécialisés. Maintenant, on va vers l'hyper-spécialisation, le médecin traitant est **un peu shunté.*** »

Entretien 3 : « *Maintenant, la relation de confiance avec le médecin est **sans arrêt remise en cause**, sans arrêt. Le médecin maintenant c'est un technicien, on le paie, il fait son job mais on veut, quelque part, on est en droit d'exiger.* »

#### **3.1.4.2 Moins de technique, plus d'humain et d'écoute**

Les médecins généralistes interrogés ressentent au moment de la consultation d'annonce un changement dans leur rôle. La double casquette de scientifique et d'humaniste qu'ils endossent habituellement tend plus à un rôle d'écoute, de prise en compte de la personne dans sa globalité environnementale (familial, social, financière...) pour laisser la technique scientifique de la prise en charge de la maladie au spécialiste.

Entretien 14 : « *On a un rôle **d'humanité**, on **accompagne**. On n'est pas les spécialistes mais je pense que l'on a le rôle d'accompagner et de rassurer, un peu protéger, un peu ...**on est avec eux.*** »

#### **3.1.4.3 Le flou empathie – sympathie – compassion**

Les entretiens font apparaître les termes d'empathie, sympathie et compassion. Les enquêtes semblent confondre la définition de ces trois termes.

### **3.1.4.3.1 Levée de l'empathie au profit de la compassion et de la sympathie**

Entretien 9 : « Après comme je te dis ça dépend aussi de la **relation**, c'est difficile. Ça dépend de **quel degré de compassion** tu as avec le patient »

Entretien 1 : « Tu entends quoi par **empathie** ? Si j'ai bien compris c'est être capable de comprendre l'autre en face mais de mettre une **distance**. J'ai plus de la **sympathie** des sentiments avec eux. J'ai plus de **sentiments** que d'empathie. Je vais pleurer avec eux de vraie tristesse souvent. Donc pas mal de désarroi et beaucoup de **compassion** et pas vraiment d'empathie »

### **3.1.4.3.2 Confusion des termes : la compassion - l'empathie**

Entretien 7 : « Ça dépend des patients en fait. Ça dépend si c'est des patients que l'on connaît bien ou si c'est des patients que l'on ne connaît pas trop. Ça dépend aussi de **l'empathie** que l'on a développée envers ces patients. Il y a des patients avec qui on a plus d'empathie. Voilà, du coup c'est **forcément plus compliqué** d'arriver à expliquer les choses. »

Entretien 3 : « On est forcément **étreint par de l'émotion**, de **l'empathie** voir de la **souffrance** »

### **3.1.4.3.3 Le médecin généraliste en difficultés face à ses émotions**

Entretien 6 : « Oui il y a l'émotion qui **envahit** mais en même temps ...les patients ce ne sont pas nos parents. Je pense que l'on a de l'empathie, la **compassion** y est parfois, ça dépasse l'empathie. »

### **3.1.4.4 Dépossession par les spécialistes**

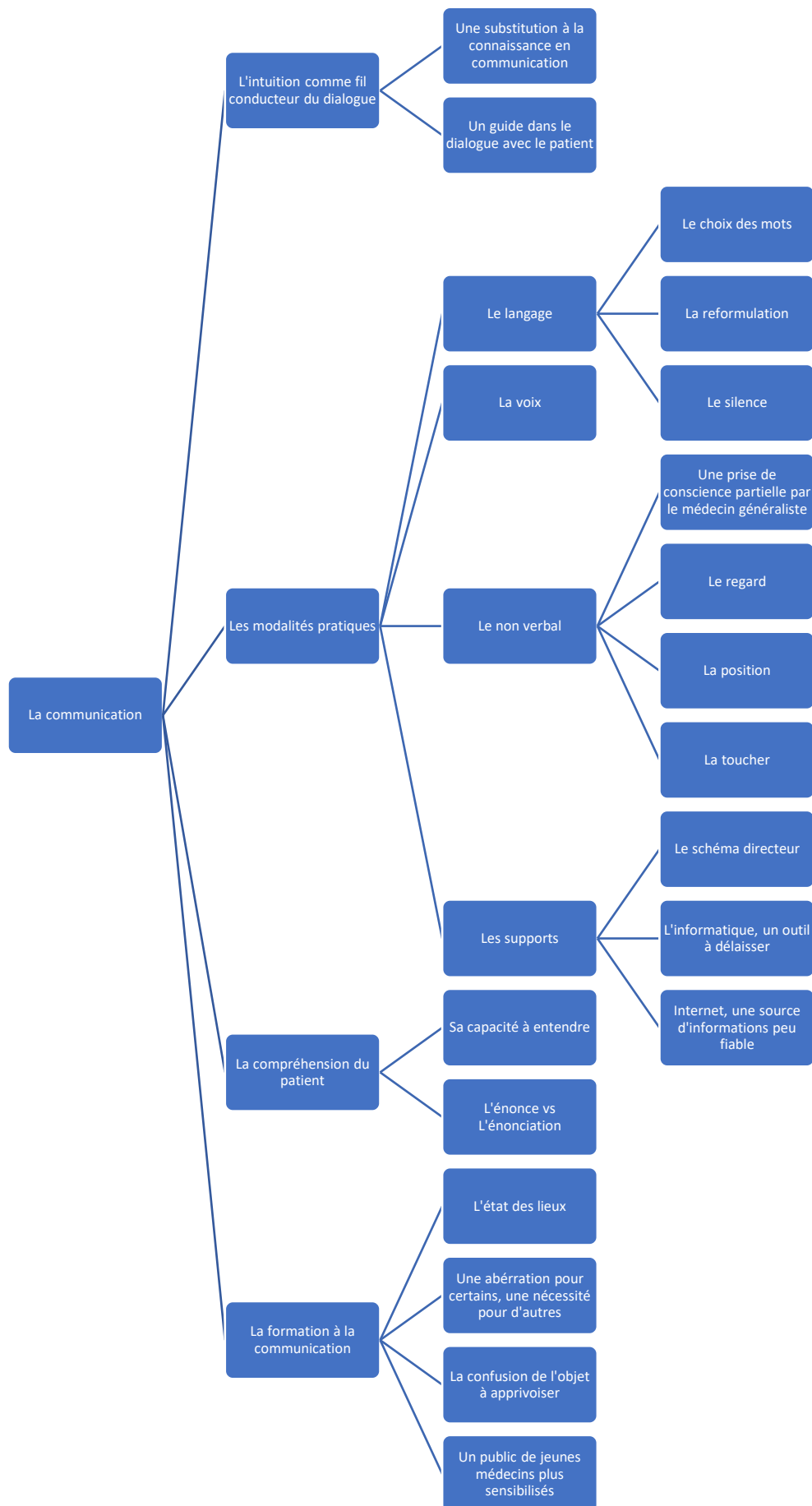
Certains médecins déplorent la perte de vue des patients suite à l'entrée dans les soins techniques gérés par les spécialistes.

Entretien 1 : « Les consultations d'annonce, la grosse difficulté, enfin je ne sais pas si c'est une difficulté mais, le vrai constat c'est qu'on leur annonce et que **l'on ne les voit plus** pendant des mois. On les voit à l'occasion, on reçoit plus de courrier que l'on ne voit nos patients. Ils sont dans le circuit des soins, on ne les voit plus. »

Entretien 12 : « C'est vrai que je suis plus dans les consultations d'annonce de diagnostic car souvent après la main est prise par l'oncologue et je n'ai pas l'occasion d'avoir ce type de consultation. Le suivi se fait avec le **spécialiste**. Pour moi, ils vont venir me voir pour des **problèmes aigus intercurrents** donc je n'ai pas l'occasion de discuter de la pathologie. Si ce n'est que je lui pose la question, comment ça se passe. »



### 3.2 La communication



### **3.2.1 L'intuition, comme fil conducteur du dialogue**

L'intuition semble régir à beaucoup d'égards la communication mise en place par les médecins généralistes. Elle dicte leur conduite et leurs propos. Elle reste toutefois un concept flou pour tous.

Entretien 1 : « *Je suis un peu **d'instinct** », « Après, je me laisse beaucoup guider par ce qui se passe, je suis **très intuitive**, franchement. », « Là je ne sais pas où je vais et je **vais me laisser porter** par mes émotions et mon rôle de technicienne il s'en va complètement car je ne suis pas technicienne dans le domaine. », « Je suis beaucoup plus intuitive. »*

Entretien 8 : « *Voilà et puis après c'est un petit peu **comme on le sent**. C'est plus comme on le sent qu'un truc très cadré, très protocolisé. »*

#### **3.2.1.2 L'intuition comme boussole dans le dialogue avec le patient**

Entretien 6 : « *Honnêtement, c'est un peu au feeling. », « Ça c'est pareil c'est un peu du feeling en fonction de ce que les gens sont prêts à entendre ou pas. »*

Entretien 9 : « *Tu essaies d'accompagner au mieux, au feeling mais bon... (sourire) », « En fait c'est du feeling, un truc dynamique sur la réaction du patient. »*

#### **3.2.1.3 Zoom phénoménologique sur l'intuition**

L'intuition, après le désarroi, a retenu notre attention dans ces résultats. Sa récurrence dans les réponses nous a amené à faire un focus sur elle avec une analyse phénoménologique.

- Entretien 1

« Comment te prépares tu à ces consultations d'annonce ? »

« *Des fois on ne s'y prépare pas. ¾ des temps je ne m'y prépare pas car elles tombent de fait. Les gens arrivent avec des examens qui n'ont souvent pas été prescrits par nous, souvent par les spécialistes qui bottent en touche à ce moment-là. Les gens arrivent et tu as l'effet d'une double*

*bombe. Car ils ont déjà presque posé leur diagnostic mais ils attendent que tu reformules avec eux. Des vraies consultations programmées préparées, honnêtement, je n'en ai pas le souvenir. Les vraies programmées préparées j'ai l'impression que ce n'est pas nous qui les faisons mais plutôt l'oncologie. Et le référent quand il a fait les choses dans l'ordre logique, et que du coup après l'examen, il savait qu'il allait y avoir probablement une mauvaise nouvelle. Il avait programmé le rendez-vous par la suite et les gens s'y attendent. Après si je dois m'y préparer, j'essaie de ... je suis un peu d'instinct, j'essaie de ne pas trop réfléchir à ces consultations car je sais toujours que si on programme un truc à l'avance, il ne va jamais se passer le déroulement prévu. »*

Analyse phénoménologique :

**Le caractère imprévisible d'une consultation d'annonce rend toute anticipation du discours vaine et contraint le médecin à ne se fier uniquement qu'à son instinct.**

*« J'essaie de me mettre à leur portée. De manière générale, pour tout un tas de choses, dans mes consultations, j'utilise beaucoup d'images, de métaphores. J'ai tendance à vouloir leur simplifier la médecine ou le fonctionnement humain à des choses simples de la vie de tous les jours, pour imaginer ce que l'on peut vivre ou ressentir. C'est vrai que dans ces consultations-là, j'ai souvent tendance à faire des parallèles, des images pour qu'ils essaient de se mettre à la portée de la compréhension. Après, je me laisse beaucoup guider par ce qui se passe, je suis très intuitive, franchement. »*

Analyse phénoménologique :

**Les procédés de vulgarisation par lequel l'enquêté cherche à rendre accessible l'information au patient sont guidés par l'intuition.**

« Oui les gens qui m'ont tenu à cœur je suis allée leur dire au revoir à l'hôpital. Certains te diront que c'était peut-être déplacé et que l'on ne peut pas aller voir à l'hôpital tous les gens mais je les compte sur les doigts de la main. Ceux-là ça m'a permis aussi de leur dire au revoir, de laisser toute l'histoire que j'avais avec eux à l'hôpital et partir avec eux et n'avoir qu'un souvenir de ce passage avec eux. Je leur laisse quoi. Le truc c'est que l'on continue à avoir ça. Souvent je continue à avoir les familles. Je veux dire ça revient quand même régulièrement. Si on n'a pas fait le deuil avec eux c'est quand même compliqué. Les consultations d'annonce elles évoluent dans ce sens. Je suis beaucoup plus intuitive. Il y a des gens avec qui je passe beaucoup moins d'énergie qu'avec d'autres parce que je sais par expérience, un peu où j'essaie d'être un peu plus orientée dans l'énergie que je peux y passer avec chacun. Il y a des gens avec qui ça ne sert à rien, des gens qui ne sont pas demandeurs. Je le respecte beaucoup plus. Je l'étais beaucoup moins au début. J'étais un peu invasive, j'apprends à l'être moins. Si on ne me demande pas, je respecte. »

Analyse phénoménologique :

**L'expérience permet de mieux cerner l'attente des patients concernant l'investissement émotionnel du médecin et nourrit le potentiel intuitif du médecin. L'intuition semble ici être nourrie par l'expérience.**

- Entretien 9

« Tout dépend du contexte ça dépend si ton patient arrive avec le scan et que tu découvres le résultat en direct. C'est tout ça qui change. Après on est tellement peu formés à ça que c'est un peu au feeling. Enfin je ne sais pas, tu dis « oh là ce n'est pas très bon ». Je n'ai pas de règle, ça va dépendre.

Là par exemple, j'ai une patiente qui est ultra dure à gérer. Elle a un cancer du poumon métastasé, elle était déjà à un stade très avancé. Elle est toujours dans le positif, dans le déni. Quand tu lui dis mais là ça ne va pas, elle te dit : « mais ne me dites pas ça ». Tu sens que si tu dis des choses comme ça, elle lâchera et que ça sera fini. Elle ne peut pas l'entendre. « Le Dr X trouve que les

*résultats sont très bons, que c'est très positif ». Plus les résultats vont et plus c'est la catastrophe et elle, elle se booste comme ça. Là c'est difficile tu ne vas pas dire « mais non là ». Tu essaies de le dire sans le dire mais il faut respecter son moyen de défense à elle. »*

Analyse phénoménologique :

**L'absence de formation à la communication fait qu'il n'y a pas de règle à l'énonciation d'une mauvaise nouvelle et que l'instinct régit tout le discours. Il s'agit d'un instinct d'adaptation à la capacité d'acceptation du patient.**

« Comment tu choisis tes mots dans ces moments-là ?

*« (Rires). Au feeling complètement, je n'ai pas de règle. Je ne veux pas anticiper la consultation, tu vois. Je vais appréhender un peu, forcément quand tu sais que tu vas l'avoir. Ça vient comme ça c'est vraiment du feeling. Et puis comment la personne va réagir. Après je dis le mot cancer ça c'est sûr, qu'il faut que l'on fasse un prélèvement pour vérifier qu'il n'y ait pas de cellule cancéreuse, l'imagerie est inquiétante...etc. Je brode un peu sans casser l'espoir, j'essaie d'annoncer progressivement, plutôt en plusieurs étapes quoi. Ah ouais, tiens, tu vois quand on réfléchit. Si là par contre, pffff. Là par contre il est parti. Tu vois un patient, 80 ans, pancréas. Bon tu vois quoi. Là si par contre, il est venu me voir. On ne voyait pas bien à l'écho, on a fait le scan et il est venu me voir avec et là c'est moi qui lui ai annoncé. Là j'ai été assez euh...je ne sais plus si j'avais vu le scan avant ou pas. Non je ne crois pas car ils avaient débarqué juste après le scanner. Là c'est quelqu'un avec qui j'avais une relation depuis 10 ans (frappe dans ses mains) et il était âgé donc une relation forte et du coup là je lui ai dit oui les images sont inquiétantes, ce n'est vraiment pas bon. Je ne sais pas comment je lui ai dit (sourire), mais là le diagnostic était sur l'imagerie (frappe dans ses mains). Je savais déjà d'entrée de jeu que ça allait être difficile (se pince les lèvres). Il était avec sa femme. Là il a pris effectivement en pleine face. »*

Analyse phénoménologique :

**L'absence d'anticipation et l'improvisation non régulée peuvent amener à des annonces brutales et traumatisantes pour les patients.**

- Entretien 7

« Comment est-ce que vous vous préparez à ces consultations d'annonce ?

*« J'essaie de me renseigner au maximum, j'essaie d'être bien carré sur la connaissance de la pathologie et de ce qui peut découler derrière, de voir par qui elle est entourée du point de vue familial et professionnel de santé, spécialiste. Voilà et puis après c'est un petit peu comme on le sent. C'est plus comme on le sent qu'un truc très cadré, très protocolisé. Comme je vous dis, ça dépend du moment. Ça dépend si on peut savoir à l'avance ou des fois on a le diagnostic des fois qui nous tombe et il faut prévenir rapidement le patient et on n'a pas forcément de préparation et c'est un peu compliqué. »*

Analyse phénoménologique

**Dans l'annonce, on distingue une part factuelle liée aux caractéristiques de la maladie et au contexte socio-professionnel du patient et une part non maîtrisée, instinctive. Cette dernière prend plus de place quand un temps de préparation du MG n'a pas pu avoir lieu.**

- Entretien 13

« Est-ce que pour vous il y a des choses qui changent dans votre voix, vos gestes, votre posture ? »

*« Oui je pense que j'essaie de m'adapter à chaque fois. Il peut même m'arriver d'hausser un petit peu la voix parce que dans certains cas tu essaies de faire passer une idée et les gens ont la tête ailleurs et ils pensent à leur mari, leurs enfants et ils ne sont pas dans le truc. Je leur dis attendez il faut vraiment que vous arriviez à bien comprendre. Mais ça c'est au feeling. »*

**L'adaptation des paramètres de communication verbale et non verbale, permettant une meilleure compréhension du patient, est régie par l'instinct.**

- Entretien 5

« Pour vous c'est mieux de dire ? »

« Ça dépend de chacun. Pour moi c'est du feeling à chaque patient. On est sur chaque patient quoi. C'est pour ça que...je m'imagine un médecin...je pense votre nouvelle génération où la médecine à mon avis de famille va disparaître comment. Tout le monde cherche un médecin donc ils vont voir le premier venu. Grosso modo, « vous me prenez comme médecin traitant oui ». Donc qu'est-ce qu'il va se passer : on va avoir des protocoles pour annoncer aux gens et qu'est-ce que ça va te faire ? euf pff souffle. Il a un cancer de la prostate, on va banaliser les choses c'est tout. Moi pour moi c'est ça. Plus tu es médecin de famille, plus tu es dans l'humanité de la personne et de la famille. Plus tu es détaché, plus à mon avis, on se détache quoi. Enfin il me semble. Moi comme je n'ai pas connu...mais je me dis un patient arrive comme ça tu ne le connais pas, il arrive avec des résultats, c'est la troisième fois que tu le vois, tu lui as fait faire un truc. Hop voilà, un PSA bizarre, un truc ...bon « monsieur écoutez vous avez...les résultats montrent que ça c'est ça c'est ça, on peut suspecter un cancer de prostate ». Mais ça ne va pas te prendre aux tripes, à mon avis hein. Même si ...parce que tu as de la distance avec les gens. Alors que ce sera ton frère, ton cousin ou ta cousine, enfin pas pour la prostate mais ton frère tu vas te dire oh punaise il a un cancer de la prostate. Là ça va te toucher. Donc tout ça c'est lié au rapport que l'on a avec les patients. Il me semble hein. Ouais.

C'est pour ça, on a une espèce de médecine déshumanisée. On le voit à l'hôpital c'est déshumanisé. Moi je me rappelle, j'ai eu un cas proche. On trouve un nodule, le radiologue trouve un cancer au sein. « Bon bah écoutez, j'ai quelque chose d'un peu suspect, prenez rendez-vous

*pour faire une biopsie ». Point barre . La personne m'est revenue, elle est partie voir ailleurs, qu'est-ce que c'est ça ?!*

*Voilà parce que personne ne lui a expliqué ce que c'était donc voilà médecine déshumanisée. Ou alors tu reçois le dossier, bon votre médecin montre que...et tu reçois par courrier. Et oulalala mauvaise nouvelle tralala. Voilà la médecine qui se fait maintenant. Moi je trouve qu'elle est déshumanisée complètement, c'est ce qui se fera maintenant. (Sourire). »*

Analyse phénoménologique : **L'impact émotionnel nécessaire du médecin conditionne la qualité humaniste de la consultation d'annonce. Une attention toute particulière est portée à la répercussion de l'annonce dans le vécu des patients. Cela tend à disparaître au prix d'une médecine plus technique.**

### **3.2.2 Les modalités pratiques ou l'émission en communication**

La communication est une science complexe. Une infinité de paramètres peuvent la faire varier. Nous nous attellerons dans cette partie à examiner les caractéristiques liées à l'émission de l'information.

#### **3.2.2.1 Le langage**

##### **3.2.2.1.1 Le choix des mots**

###### **3.2.2.1.1.1 Avec précaution**

Il est fonction essentiellement du niveau scolaire du patient. La capacité émotionnelle et l'environnement du patient sont peu évoqués. Les médecins tentent de vulgariser pour mieux faire passer leurs informations.

###### **3.2.2.1.1.2 Le niveau scolaire du patient, un critère déterminant**

Entretien 11 : « *On va dire à un patient qui est **professeur** agrégé à l'université les choses avec des mots qui vont lui parler et à un patient **mécanicien** je vais employer des mots qui vont lui parler aussi. »*



Entretien 10 : « Mais j'adapte déjà à la capacité de compréhension du patient parce qu'il y a des patients qui sont plus ou moins capables de comprendre le diagnostic et le pronostic. [...] Par rapport à leur **niveau scolaire**. »

### **3.2.2.1.1.3 La vulgarisation**

Entretien 10 : « **Méchant** » les gens en général ils comprennent un petit peu mais pas tous »

Entretien 1 : « J'essaie de me **mettre à leur portée**. De manière générale, pour tout un tas de choses, dans mes consultations, j'utilise beaucoup d'images, de métaphores. J'ai tendance à vouloir leur **simplifier la médecine** ou le fonctionnement humain à des choses simples de la vie de tous les jours, pour imaginer ce que l'on peut vivre ou ressentir. C'est vrai que dans ces consultations-là, j'ai souvent tendance à faire des parallèles, des images pour qu'ils essaient de se mettre à la portée de la compréhension. »

### **3.2.2.1.2 La reformulation**

La reformulation consiste à reprendre certains mots, idées, pour inviter le patient à poursuivre son exposé. La conversation est relancée dans un climat de confiance accentué. Elle permet de montrer de la part du médecin une écoute active et prévient les malentendus. Elle permet également de mettre à distance les réactions émotionnelles.

Lors de notre enquête, elle est souvent mentionnée. Elle est utilisée soit pour tester la compréhension du patient soit pour transmettre le langage scientifique traduit par le médecin généraliste.

Entretien 1 : « Je n'hésite pas à **reformuler** beaucoup, à demander toujours s'ils ont des questions ou s'ils ont besoin d'explications supplémentaires avant de partir. »

Entretien 7 : « C'est pour ça que j'essaie qu'ils posent des questions, qu'ils reformulent. C'est pour ça que j'essaie de ne pas balancer une information et puis débrouille-toi. J'essaie de **les faire parler** le plus possible, de leur demander ce que leur a dit le spécialiste etc. **Les faire reformuler**.

*De reprendre l'histoire (réflexion). [...] Ça permet de reformuler de voir où ils en sont ce qu'ils ont compris. »*

### **3.2.2.1.3 Le silence, l'absence de langage**

Lors des entretiens, est distingué le silence émanant du patient de celui venant du praticien. Il apparaît que le silence du patient est un temps de réflexion à respecter. Celui du praticien n'est pas justifiable en revanche, car jugé comme une incapacité à répondre à la situation. Néanmoins, ces silences semblent être parfois difficiles à respecter et la tentation de les combler grande.

Entretien 3 : « *Il y a des silences qui sont à respecter lorsqu'ils viennent du patient ou de sa famille mais le praticien lui-même quand il est interpellé ne peut pas rester silencieux car il y a une attente, une attente de sa réponse. »*

Entretien 4 : « *Ce n'est pas à proscrire. Il faudrait savoir laisser plus de temps de silence. Après ça le silence du patient, il faut savoir le respecter. Nous pas le meubler, il faut laisser le temps de poser une question. Il ne faut pas le laisser non plus complètement s'installer. On voit les gens en face qui accusent le coup et quelques fois il faut laisser le temps que ça se mette en place. »*

### **3.2.2.2 La voix**

#### **3.2.2.2.1 Les tonalités comme signifiants de la gravité du message**

Entretien 6 : « *Je pense que ça m'est déjà arrivé d'avoir la voix qui tremble. »*

Entretien 13 : « *Il peut même m'arriver d'hausser un petit peu la voix parce que dans certains cas tu essaies de faire passer une idée et les gens ont la tête ailleurs et ils pensent à leur mari, leurs enfants et ils ne sont pas dans le truc. »*

Entretien 1 : « *Et ma voix doit être plutôt plus douce. »*

#### **3.2.2.2.2 L'élocution**

Entretien 1 : « *J'essaie toujours de poser, de parler avec lenteur pour bien réfléchir à chaque mot que je vais utiliser dans ma phrase »*

### **3.2.2.3 Le non verbal**

Une prise de conscience partielle au moment où la question a été posée par l'enquêteur semble émerger. Les changements dans la communication non verbale ne sont pas des choix « actifs » mais plutôt des automatismes, plus ou moins maîtrisés, que la situation impose. Il n'y a pas de choix communicationnel ou de travail réalisé pour maîtriser cette communication non verbale. L'attention est portée sur celle du médecin et exceptionnellement sur celle du patient.

#### **3.2.2.3.1 La communication non verbale : une prise de conscience partielle de celle du praticien et du patient**

Entretien 4 : « *On n'y prête sans doute pas assez attention. [...] Effectivement de leur attitude, de leur positionnement... »*

Entretien 12 : « *C'est très important : le visage, la vue. Parfois j'inspecte un peu leurs mains, comment ils les bougent pendant que je leur parle. Et surtout la vue, certains ont un regard fuyant, d'autres me regardent droit dans les yeux. Quand on me regarde droit dans les yeux et que je ne sais pas quoi dire c'est très compliqué. C'est très important pour moi, s'il a un regard fuyant je me dis qu'il ne veut pas entendre et s'il me regarde droit dans les yeux, il veut savoir et je vais aller pousser sur l'annonce plus facilement. »*

Entretien 14 : . « *Je suis consciente du non verbal de ma part mais aussi de celui du patient.[...] Les tempéraments vraiment s'expriment à ce moment-là. »*

#### **3.2.2.3.2 Le regard**

Il est plus soutenu, moins fuyant pour transmettre l'empathie au patient. Il peut aussi trahir les émotions du médecin.

Entretien 9 : « *Après j'essaie de regarder vraiment dans les yeux ce qui n'est pas toujours facile quand on annonce un truc comme ça. Je pense que le contact est vraiment important. Sentir que tu sois posée, droite, montrer que tu es là aussi (voix chuchotée). »*

Entretien 12 : « Au niveau de la vue, je pense **que je ne regarde pas tellement** les gens. J'essaie de ne pas regarder trop les gens. Ou au contraire, je vais **regarder dans les yeux** pour essayer de les rassurer si je sens que c'est quelque chose qui n'est pas si grave ou qui est grave mais pour lequel on a une solution. Ou si je sens que le patient a besoin d'être rassuré alors je le regarde dans les yeux pour lui montrer mon empathie. Oui, je vais essayer de baisser les yeux. Ce n'est pas que j'essaie c'est automatiquement, je suis triste donc **je baisse les yeux**. J'ai peur d'avoir la petite larme qui coule parfois. »

### **3.2.2.3.3 La position**

Certains changent de place dans leur cabinet pour venir s'asseoir à côté du patient. La position du médecin dans son fauteuil change. Elle permet au médecin de manifester sa bienveillance.

Entretien 1 : « Je suis probablement plus **en recul**, je me mets plus en arrière parce que ça ne me met pas à l'aise à mon avis. Et parce que c'est un moment où j'ai envie que ce soit un peu plus **intimiste** et un peu plus délicat et où je n'ai pas à me porter sur un bureau ou à me mettre en hauteur vis-à-vis d'eux. »

Entretien 3 : « La posture aussi, c'est évident. Moi il m'est arrivé de faire le tour du bureau et de **venir prendre place à côté** pour manifester que moi aussi j'étais un homme avec ma fragilité, mon vécu. »

Entretien 9 : « Je vais me mettre comme ça dans le fauteuil (bien endossée). J'essaie de **me poser** pour être plus sûr par rapport à moi. »

### **3.2.2.3.4 Le toucher, vecteur d'empathie**

Il permet au médecin de manifester son empathie envers le patient. Certains l'intègrent dans leur pratique habituelle, d'autres le réserve uniquement à ces moments délicats.

Entretien 5 : « *Moi je suis en plus ostéopathe donc je **touche**, j'ai un touché. Il y a des femmes qui me sont **tombées dans les bras**, je peux les prendre dans mes bras, je peux les embrasser parce qu'en fonction ...je les accompagne passer **la main autour des épaules**. »*

Entretien 9 : « *Bah ouais c'est essentiel, moi je suis assez dans les gestes et tout ça, en contact et tout (chuchote). Ça va à des gens pas à d'autres. Le regard, le réconfort, **la petite main sur l'épaule en partant** (rires). »*

### **3.2.2.4 Les supports**

Ils peuvent être physiques comme mentaux. Certains n'en utilisent aucun. D'autres ont en leur possession des représentations 3D d'organes ou des planches d'anatomie pour expliquer au patient leur pathologie. Plus simplement, la majorité utilise des schémas. Internet peut-être un recours pour les patients cette fois mais étant une source d'informations non vérifiées, le net met en difficultés les médecins et génère des incompréhensions.

#### **3.2.2.4.1 Le schéma directeur**

Les réponses sont mitigées. Certains refusent catégoriquement d'avoir un plan directeur, protocolisé pour annoncer une mauvaise nouvelle. Les principales causes évoquées sont l'absence de connaissance ou la peur d'un formatage médical.

Entretien 5 : « *Non (un peu véhément) je ne suis pas du tout internet ni tout ça. On n'est **pas formaté**, moi je ne suis pas formaté. Je pense comme les anciens médecins, je ne suis pas formaté. Enfin, on n'aurait jamais eu une thèse sur un truc comme ça quoi. Je veux dire on s'en fout. (Rires). Non excuse-moi. (Souffle). »*

Entretien 13 : « *D'ailleurs, si on devait annoncer quelque chose **comme ça en déroulant un menu**, je prendrais mes cliques et mes claques et **j'irais voir ailleurs**. Ne fais pas à autrui ce que tu n'aimerais pas que l'on te fasse. »*

Pour les autres l'utilisation d'un schéma préétabli est utile pour favoriser l'adhérence du patient au plan de soins. Ce plan directeur est issu de leur seule expérience, aucune mention de référentiel n'est faite.

Entretien 1 : « *Quand j'ai des consultations importantes, où j'ai besoin de faire passer des vrais messages de profondeur. Je me rends compte que je vais le faire en 3 temps. Un premier où je dispatche l'information, un deuxième où je recentre l'information et le troisième avant qu'il parte c'est moi qui ai le dernier mot et je fais une espèce de synthèse de tout ce que j'ai dit. Je fais une espèce de résumé.* »

Entretien 3 : « *Oui. Je pense qu'il faut l'avoir. Je pense qu'il faut que l'annonce soit un peu structurée. Il faut partir déjà d'un ensemble, c'est-à-dire d'une vision pas seulement du patient mais de lui, de sa famille, de ce qui fait sa vie voilà. Et puis après, on rentre dans le diagnostic lui-même il faut l'expliquer. Après on va rentrer dans la thérapeutique : comment va se passer la prise en charge, et puis après les étapes jusqu'à arriver à annoncer qu'il y aura un moment où la médecine se déclarera impuissante. [...] Pour que le patient adhère bien au discours il faut qu'il y ait une certaine logique.* »

#### **3.2.2.4.2 L'informatique, un outil à délaissier**

L'informatique est une interface entre le médecin et le patient. C'est une surface froide ouverte à la seule vue du médecin qui nuit à la relation.

Entretien 3 : « *Notamment je pense à l'ordinateur, c'est sûr que dans ces moments-là il faut se détourner de l'ordinateur.* »

Entretien 10 : « *Là j'essaie de lâcher mon ordinateur et qu'il y ait un contact visuel plus important en fait.* »

### **3.2.2.4.3 Internet, une source d'information peu fiable difficile à remettre en question**

Entretien 13 : « Une fois qu'ils ont enregistré une information, **plus rien ne peut la remettre en cause** même si ça n'a jamais été écrit sur internet mais ils l'ont lue comme ça. Ça c'est particulièrement difficile. »

Entretien 3 : « Et là on est **complètement phagocytés par internet** par ce que les patients ils sont complètement absorbés par internet : « et pourquoi ça ça arrive et pourquoi moi je n'ai pas ça etc. ». La difficulté d'arriver à leur faire comprendre que leur voisin qui a été traité comme ça, qui a eu telle évolution ce n'est pas forcément eux, que leur cas n'est pas le même que celui qu'ils ont vu sur internet. Ça ça complique. »

## **3.2.3 La compréhension du patient ou la réception de la communication**

Maitriser la manière dont on communique est un vaste chantier mais imaginer la manière dont le message va être perçu et reçu en est encore un autre.

### **3.2.3.1 La capacité à entendre**

L'effet de sidération créé par l'annonce d'une mauvaise nouvelle est un facteur déstabilisant pour le médecin. La capacité à entendre les informations du patient se voit réduite et cela crée une difficulté chez le praticien.

Entretien 9 : « Tu essaies de le dire sans le dire mais il faut respecter **son moyen de défense** à elle. »

Entretien 7 : « On sait qu'il va y avoir des patients qui vont être plus ouverts **et plus aptes à entendre** la mauvaise nouvelle et d'autres où on sait que ça ne va pas bien se passer. Donc on ne sait pas jusqu'où on peut aller. »

### **3.2.3.2 La compréhension des informations par le patient : l'énoncé et l'énonciation**

Les médecins généralistes se plaignent de la mauvaise compréhension par les patients des informations qu'ils veulent leur donner, et se sentent impuissants à corriger ce fait .

En communication, on distingue l'énoncé, qui est le fond du propos, de l'énonciation qui correspond plus à la forme. L'énonciation prend en compte l'acte, la manière d'énoncer mais aussi la situation et l'énonciateur. Tout ce qui gravite autour du contenu à délivrer (non verbal et para verbal ) fait sens autant que le contenu lui-même. Le récepteur est libre d'accorder de l'importance plutôt à l'énonciation qu'à l'énoncé. On peut mentir sur l'énoncé mais pas sur l'énonciation. Souvent, l'émetteur traitera comme bruits parasites les signaux qui fourmillent en marge de son propos principal tandis que les récepteurs vont chercher dans cette marge errante l'essentiel de l'information.

Entretien 10 : « *Ça c'est sûr, tout le temps et c'est une **catastrophe** (rire) mais malheureusement ça c'est valable pour tout le temps pour tous les domaines de la vie il y a toujours des **incompréhensions** en fonction du référentiel des gens, de leur vécu, de leur passé familial, de leurs représentations, de plein de choses. Et ça on n'a je pense aucun, enfin, à mon niveau, avec mon expérience, je n'ai pas de moyens de faire, d'agir sur ça en fait. »*

Entretien 1 : « *C'est une **catastrophe** ! régulièrement on croit que l'on est clair, que l'on a dit les choses et qu'on les a bien verbalisées et il faut voir ce que l'on entend parfois. Oui ça c'est une réalité. »*

### **3.2.4 La formation à la communication**

La question sur la formation des médecins à la communication a suscité beaucoup de réactions. Quasi unanimement, la formation médicale socle est dépourvue de cours de communication ou un nombre d'heures infimes rapporté au nombre d'années du cursus et à ce qui serait nécessaire.



Des disparités émergent concernant la formation théorique au cours de la carrière. Certains considèrent que l'expérience « du terrain » seule suffit à être performant, d'autres aimeraient avoir des formations. Sur le plan générationnel, les médecins de plus de 60 ans maîtres de stage, constatent que les internes sont plus sensibilisés à ce sujet notamment du fait du changement du rapport à la vérité. La formation théorique serait pour beaucoup utile au début de leur pratique mais l'expérience comblerait ce manque par la suite. On note une confusion entre apprentissage théorique à la communication et apprentissage de la relation au patient.

### **3.2.4.1 Etat des lieux de notre formation à la communication**

Entretien 1 : « *Néant.* »

Entretien 3 : « *(Forts rires). De ma formation à moi ? ZERO. (Rires).* »

Entretien 11 : « *Ma dernière question, que pensez-vous de notre formation à la communication ?*

*Pas du bien. (Rires).* »

### **3.2.4.2 Les différents points de vue sur la formation à la communication**

#### **3.2.4.2.1 La formation théorique en communication, pas d'intérêt**

Certains perçoivent la formation théorique comme une forme de standardisation. Ils la rejettent car pour eux le propos est individuel.

Entretien 1 : « *Après, je ne suis pas sûre que si on me donne un mode d'emploi de comment communiquer avec le patient...ça me donnera des pistes mais des pistes que tu as déjà en réflexion, c'est tout.* »

Entretien 5 : « *Ça vous fait une année de plus, beaucoup de blablas, de tralala alors que c'est que de l'humain. Une année de plus pour ça. On pourrait 11,12,13,14 années, on trouverait toujours quelque chose à apprendre. Après à un moment, il faut y aller. Je suis peut-être un peu simpliste, primitif ou primaire.* »

### **3.2.4.2.2 L'apprentissage par l'expérience**

Pour d'autres, seul l'apprentissage par l'expérience fait foi. La formation ne serait légitime qu'en début de carrière.

Entretien 1 : « Après **ça s'apprend**, j'ai l'impression que je n'ai jamais plus appris qu'en étant sur le terrain, [...]. Je crois qu'il n'y a que ça qui fait que tu apprends, en étant sur le **terrain** avec la pratique. [...] Nous sommes dans la pratique, avec la connaissance des gens. Un cours de communication ne peut pas s'adapter à cela. C'est **l'expérience** qui nous permet d'avancer mais pas plus à mon avis. »

Entretien 12 : « Au jour d'aujourd'hui non. C'est plutôt **les externes et les internes** qui devraient être formés, avant d'entrer en contact avec les patients. C'est avec le temps, avec l'expérience que l'on va apprendre à communiquer. »

### **3.2.4.2.3 La formation à la communication, une nécessité**

D'autres sont ouverts à un apprentissage théorique et pratique à l'instar d'autres spécialités plus sensibilisées au sujet comme les oncologues.

Entretien 4 : « on n'est pas assez à l'écoute. C'est pour ça qu'il faudrait **plus de formation** pour réentendre ça. [...] La formation à la communication, c'est toujours du plus. J'avais fait en DPC des week-ends sur le thème des soins palliatifs. Je pense que c'est de l'expérience que l'on acquiert, c'est toujours du plus, ça ne fait que du bien. On en tire nous ce que l'on veut. »

Entretien 10 : Alors ça j'me, depuis quelque temps, je me dis qu'il faudrait que je me penche sur, y a **une histoire de formation** où y a la personnalité des patients, moi je trouve ça intéressant mais je n'ai pas fait la formation encore. S'ils sont travaillomane, s'ils sont empathiques, s'ils sont machins. Et en fait on peut adapter le discours en fonction de la personnalité des gens. Le travaillomane a vraiment besoin de chiffres machin, l'empathique pas du tout, le rêveur encore moins enfin bon bref. Donc ça ça m'intéresse mais je ne me suis pas encore penchée vraiment sur la question.

### **3.2.4.3 Confusion apprentissage de la communication et de l'empathie**

On note un amalgame entre l'apprentissage de la communication et de la relation humaine. Les plus expérimentés pensent que leur bagage culturel est un outil suffisant pour communiquer avec humanité.

Entretien 11 : « *Je pense qu'il n'y a pas de technique. Il n'y a **pas d'école de l'empathie**, ça n'existe pas.* »

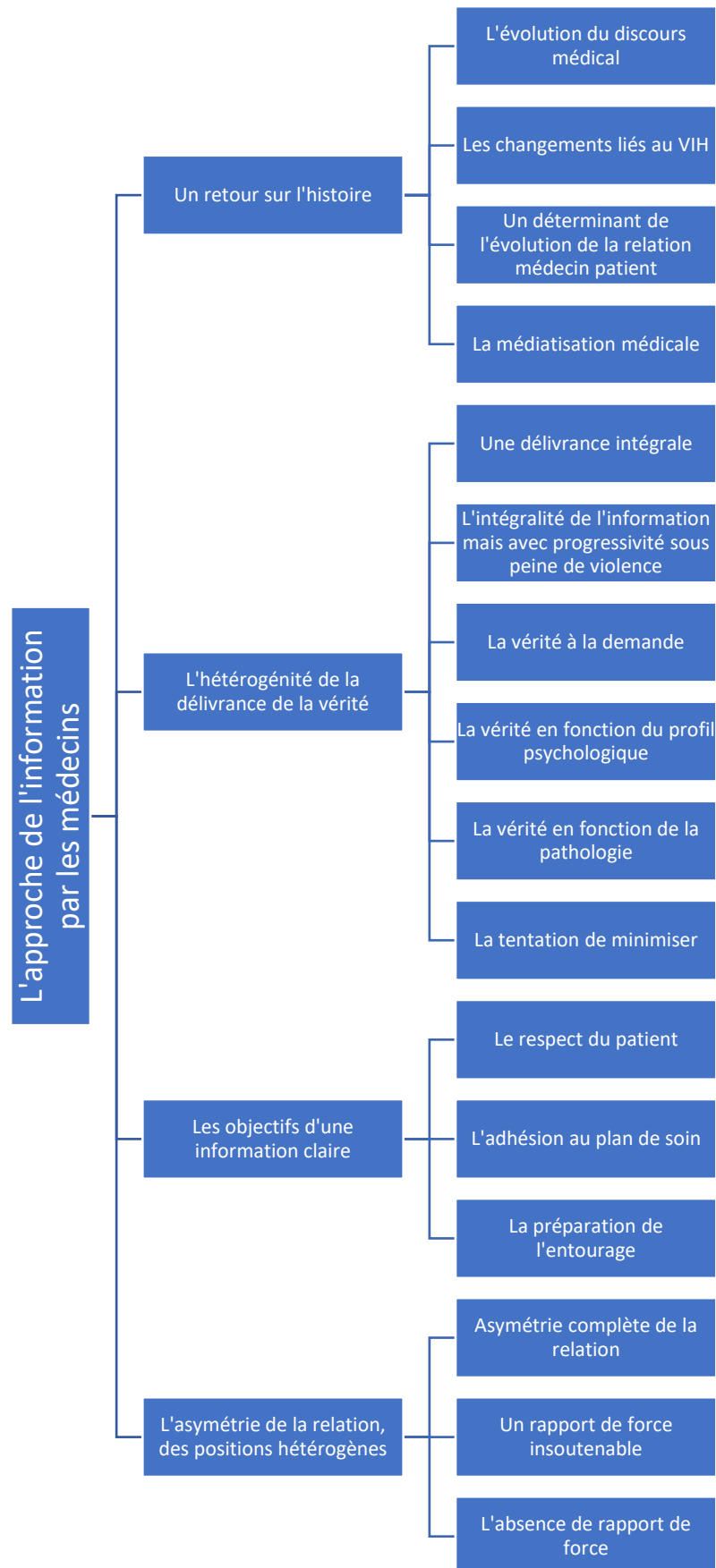
Entretien 5 : « *Mais là tellement les choses sont cloisonnées, que les gens n'ont plus de visions globales. Ils ne lisent rien, ils sont incultes. **L'humanisme ça s'apprend**, tu lis Céline, tu lis des tas de bouquin là-dessus. L'humanisme il est lu quand tu lis des poèmes, il est partout dans l'art, c'est la compréhension du monde. Et c'est le vécu du monde. Là j'ai l'impression que l'on découpe tout en petit morceaux parce que l'on a une tellement grande ignorance que l'on est obligé d'étudier des trucs. Tu vois on est obligé de vous parler un peu de ça, un peu de ça, un peu de ça. Pour moi le plus grand truc c'est l'inculture, c'est le plus grand truc : inculte. La culture dans tous les sens : cultivateur, culture, culte. Dans le grand sens de la vie quoi hein : la culture humaine c'est tout ça quoi.* »

### **3.2.4.4 Un public d'internes plus sensibilisé à la communication**

Les internes récemment formés ont été plus sensibilisés à la communication.

Entretien 14 : « *Je vois beaucoup d'internes qui quand ils arrivent ici disent ah enfin la médecine pour laquelle on a fait médecine. Je trouve que **vous êtes plus armés** que nous pour cet aspect-là pour la théorie [...] A l'époque nous **on était balancés** comme ça, moi je n'ai pas fait l'internat, il n'y avait pas besoin forcément. On était balancés du jour au lendemain dans les cabinets médicaux. J'espère n'avoir pas fait trop de bêtises.* »

### 3.3 L'approche de la vérité sur l'information comme indicateur du vécu



Cette troisième partie des résultats est consacrée à l'approche de la délivrance de l'information par les médecins. Beaucoup de choses ont changé ces dernières décennies. La transparence est de mise quand l'obscurité et le flou ont dominé pendant des siècles. Divers éléments ont concouru à ce changement : des mouvements de malades, la médiatisation etc. Pour autant, le contenu de l'information délivrée est un sujet qui taraude toujours les praticiens. Chacun a ses critères établissant les modalités de la délivrance de l'information. Le vécu des consultations d'annonce par le médecin généraliste est grandement conditionné par la manière dont il gère cette information. La relation médecin malade a été métamorphosée par ces récents changements.

### **3.3.1 Approche historique**

#### **3.3.1.1 L'évolution du discours médical**

On constate que l'évolution du vécu des médecins généralistes ayant le plus d'expérience a été grandement conditionné par l'abord de la vérité. Le mensonge qui entourait l'abord des maladies graves n'est plus légitime. Cela enlève un poids sur les épaules du médecin qui devait mentir au patient et à son entourage. Beaucoup ont été choqués par le paternalisme au cours de leurs études. La tendance est de penser que l'amélioration des pronostics de beaucoup de pathologies a facilité l'abord de la vérité : dire que la pathologie est sérieuse mais que l'on a des solutions à proposer, c'est moins compliqué que d'annoncer un pronostic péjoratif sans espoir de survie.

Entretien 3 : « *Oui c'était plus difficile au début, justement parce qu'il **fallait mentir** et presque jusqu'au bout. Dans la mesure où on était très démuni et il appartenait au médecin de gérer l'accompagnement avec les moyens du bord.* »

Entretien 5 : « *Alors de plus en plus, on dit. Il y a 40 ans, **on ne disait rien** enfin on disait « oh le polype » alors qu'il avait une tumeur du colon parce qu'on ne disait pas, maintenant on dit. Ça c'est la grosse différence. De plus en plus, enfin presque tout le temps on dit. Maintenant, c'est rare quand on ne dit plus.* »

### **3.3.1.2 Les changements liés au VIH**

Certaines pathologies ont accéléré les changements dans la manière d'informer les patients. Les médecins de la « génération SIDA » ont tous été marqués par ces modifications. Le médecin était totalement ignorant de cette nouvelle pathologie. Le patient devenait acteur de sa prise en charge. En cela le rapport médecin malade a été complètement bouleversé. La parole du médecin a été remise en question par des mouvements de malades ce qui était inédit. Ces changements ont eu vocation à bousculer l'ordre établi depuis des siècles.

Entretien 14 : « *Le SIDA a **complètement révolutionné** les choses par rapport à ça. Avant, les malades, la famille savait mais le patient ne savait pas. Le VIH c'est complètement l'inverse, le patient savait mais la famille ne savait pas. Du coup ça a réouvert tout un champ de possible et du coup c'est à nous d'adapter à la personne, à la famille, aux relations qu'il y a. (Sourires).* »

Entretien 13 : « *J'ai commencé à m'occuper de patients dans les années 80 et on est en 2020. Heureusement que ça a changé. Avec une particularité, moi je suis un médecin de la génération SIDA et puis j'étais dans un hôpital de maladie infectieuse. Le monde des maladies infectieuses c'était un monde de mandarinat avec des grands patrons machin etc[...] Et là on a été absolument **confrontés aux premières associations de patients**. Les gens venaient en consultation accompagnés d'une ou deux personnes et disaient : « mais pourquoi vous me faites ça et pas ça ? ». Et là il a bien fallu **s'adapter**. Parfois il y avait de l'agressivité, compréhensible parce que les toubibs leurs disaient « c'est comme ça : dégagez ! ». Je n'ai jamais été comme ça. J'ai été formé à cette école-là dans les années 80-90. Quand on voyait les gens arriver avec des déficits immunitaires que l'on ne connaissait pas, il faut bien le dire. Le virus n'a pas été découvert tout de suite après les premiers cas donc on est resté vachement longtemps sans savoir. On a été confronté aux premiers groupes de patients, il a bien fallu que l'on s'adapte. Les médecins qui n'ont pas voulu s'adapter ont vite été délogés du circuit du SIDA.[...] C'était **la remise en cause de la posture médicale**. »*

### **3.3.1.3 Un déterminant de l'évolution de la relation médecin-patient**

L'approche plus transparente de la pathologie dont est atteint le patient sur le plan diagnostique, thérapeutique et pronostique a bouleversé la relation du médecin et du patient. Ils font alliance ensemble quand un jeu de duperie pouvait s'instaurer entre le médecin qui faisait de la rétention d'informations et le patient qui jouait un rôle passif plus ou moins assumé. Le patient est respecté.

Entretien 4 : *« Oui. Beaucoup plus souvent on dit la **vérité** aux patients. Il n'y a quasiment plus de patients qui ne sont pas au courant de la vérité. Ma mère a eu un lymphome de grade 4. Le médecin lui a dit que ce ganglion c'était un virus et qu'on allait lui donner un traitement. J'étais moi en 4e année de médecine. Elle me dit : « **Il ne faut pas me prendre pour une conne** quand même, que l'on ne me dise pas que c'est pour traiter un virus les perfusions. Il fallait me dire que j'ai un cancer et c'est tout ». »*

### **3.3.1.4 La médiatisation médicale**

L'accès à l'information par l'utilisation d'internet et la vulgarisation dans les médias de la médecine a un effet à double tranchant. Le patient est mieux informé, plus « compétent » sur sa pathologie mais avec des sources de connaissances parfois non vérifiées. Le discours du médecin peut être remis en cause par ces informations parfois fausses.

Entretien 4 : *« Ça a changé à cause de ça, à cause de la vérité qui est dite beaucoup plus et de ce que les gens savent de par toutes les informations. Ça permet de ne pas avoir tout à expliquer, à tout reprendre point par points, ils **savent déjà beaucoup de choses**. Ça nous permet de sauter d'une étape à l'autre beaucoup plus facilement. Ils ne savent pas tout mais ils en savent beaucoup plus qu'avant. On ne les infantilise plus. »*

### **3.3.2 Les modalités de délivrance de la vérité : hétérogénéité**

Un consensus existe pour que l'accès à une information claire et loyale soit de mise. Les modalités pratiques restent cependant hétérogènes, dépendantes de la pratique de chaque médecin. Certains pensent que l'information doit être délivrée intégralement, d'autres partiellement et progressivement. Le profil psychologique du patient défini par le médecin lui-même est un déterminant pour d'autres. La pathologie est aussi un facteur faisant varier le discours pour d'autres. La tentation d'épargner le patient en minimisant la gravité de la situation existe.

#### **3.3.2.1 Une délivrance intégrale**

L'information détenue doit être délivrée dans son intégralité. Certains intègrent le pronostic dans ces informations, d'autres l'excluent car elle est une donnée trop variable selon eux. La projection personnelle sur le patient impacte cette gestion de l'information : « j'aimerais que l'on me dise alors je dis ».

Entretien 14 : « *Moi spontanément, je dirai dans son intégralité parce qu'il me semble que c'est **respecter** la personne. Maintenant, quelques fois non, il faut le faire assez finement, tu as vu les exemples que je t'ai donnés. [...] Spontanément, moi je suis plutôt claire, après c'est une histoire de tempérament et de projection car je préférerais que l'on me dise **clairement** les choses.* »

Entretien 13 : « ***Intégralement**, dans la limite de la compréhension des gens.* »

Entretien 12 : « *Oui on doit la délivrer **entièrement** mais eux ne retiennent pas la totalité.* »

#### **3.3.2.2 L'intégralité de l'information mais progressive sous peine de violence**

L'information doit être délivrée progressivement lors de plusieurs consultations avec plusieurs intervenants, plus ou moins coordonnés. Une vérité assénée trop vite est synonyme de violence pour certains. Cette progression dans l'information permet une meilleure compréhension du patient et une meilleure adhésion au plan de soins.



Entretien 8 : « Je pense qu'elle doit être délivrée dans son intégralité mais de manière **progressive**. Il faut la donner dans son intégralité mais parfois il faut **plusieurs consultations**. Je pense qu'il faut absolument toujours donner l'intégralité et ne pas dire la moitié. J'avais peur de dire la vérité oui par peur de leur faire mal. »

Entretien 13 : « C'est-à-dire qu'il y a quelque chose de particulièrement difficile de comprendre, la consultation d'annonce je la fais **en deux temps** de manière à être sûr que le premier point soit compris et que les conséquences qui sont souvent le traitement qui peut être débilitant... »

Entretien 14 : « Il y a des personnes où ça serait presque **les violer** peut-être que d'aller trop loin : « il n'y aura plus rien à faire, il reste 4 mois ». Là on est dans la **violence**, pas dans la douceur, on ne parle pas comme ça. Pouvoir dire quand on arrête des traitements, pourquoi on arrête, qu'est-ce que l'on continue. »

### **3.3.2.3 La vérité à la demande et partiellement**

La vérité est délivrée en fonction des questions du patient. Son intégralité n'est pas une obligation, on répond aux attentes du patient sans forcément devancer son propos. La justification principale est la protection du patient.

Entretien 6 : « Je pense que des fois c'est bénéfique pour les gens qu'ils n'aient **pas les mêmes informations** que nous au moment où on les a car je pense que ça serait **parfois trop dur** à prendre dans la figure. Après je pense qu'il faut savoir utiliser ce rapport à bon escient et au bon moment. Il faut délivrer les bonnes informations au moment où on peut les délivrer. »

Entretien 6 : « Ça va me permettre aussi de voir ce qu'ils sont **prêts à entendre** parce qu'il y a des gens qui ont envie qu'on leur dise les choses et d'autres à qui il faut amener les choses plus progressivement donc voilà. Je dirais **partiellement**. »

Entretien 9 : « On dit toujours qu'il faut informer les gens. Il faut aussi **entendre les gens** car certains veulent tout savoir et certains jusqu'au dernier moment ne veulent pas. »

### **3.3.2.4 La délivrance de la vérité en fonction du profil psychologique**

Le profil psychologique que le médecin établit lui-même détermine la profondeur de l'information délivrée. Certains patients sont jugés incapables de recevoir l'information dans son intégralité par le médecin.

Entretien 3 : « *Il y a des patients avec qui l'on se sent très en confiance, avec qui on peut être presque direct et d'autres avec qui on doit être plus ambivalents, plus enveloppants et il y en a même certains avec qui il faut carrément tricher. **Tricher c'est une demi-vérité**, c'est dire qu'ils sont malades et qu'on va les soigner et ne pas annoncer que peut être la situation évoluera mal.* »

Entretien 9 : « *C'est eux qui dictent le truc en fait en fonction de leur réaction. S'ils ne veulent pas en entendre trop et bien tu n'en dis pas trop. Voilà.* »

### **3.3.2.5 La vérité en fonction de la pathologie**

Certains médecins jugent qu'il n'y a pas d'intérêt à donner toute la vérité sur la pathologie à partir du moment où la mobilisation du patient ne changera rien à l'évolution de la maladie. Plus la pathologie est sombre, plus la tentation de dissimuler l'information est grande.

Entretien 14 : « ***VIIH** ce n'est pas nous qui annonçons ces choses-là maintenant. Et **Alzheimer** on essaie **d'éviter** de mettre ce mot là, ça n'a pas d'intérêt de le savoir je pense. Alors qu'il y a des pathologies pour lesquelles il est important que la personne se mobilise, mobilise ses ressources son énergie etc.* »

Entretien 6 : « ***Partiellement**, plutôt pour des **pronostics sombres**. Des fois nous on n'est pas dupes sur l'issue des choses et je pense que l'on ne peut pas dire ça aux gens lors d'une consultation d'annonce de diagnostic qui est déjà difficile à supporter sans ajouter du pessimisme etc. (Rires).* »

### **3.3.2.6 La tentation de minimiser**

Minimiser c'est ne pas asséner une vérité difficile à dire et encore plus à entendre. La tentation reste parfois grande malgré les changements récents de l'approche de la vérité.

Entretien 12 : « Si c'est quelque chose qui va dans le sens de la pathologie. Si **ça le rassure** de penser que c'est un peu moins méchant que ce que je lui explique, **ça me va**. [...] Mais si au contraire, il a compris que c'était plus grave que ce que je lui explique, je reprends l'annonce pour ne pas l'inquiéter plus que ce qu'il n'est. Mais s'il le prend plus léger que ce que je ne lui dis, au contraire, il va avoir plus de force pour lutter. »

Entretien 6 : « Oui certains le demandent : « j'en ai pour combien de temps, est-ce que c'est soignable ». Moi je n'arrive pas à dire que l'issue va être fatale de but en blanc, je ne sais pas faire ça. Je ne vais pas enjoliver les choses mais je vais dire oui effectivement c'est très grave, ce n'est pas bon mais en même temps je n'ai pas de boule de cristal. Je vais **un peu minimiser** enfin temporiser les choses sans être trop brutale. »

### **3.3.3 Les objectifs de l'information**

#### **3.3.3.1 Le respect de la personne**

Le contenu de l'information désormais délivré est aussi modulé par la manière dont on l'apporte au patient. On prend en compte sa capacité à comprendre et son droit à participer à la gestion de son existence.

##### **3.3.3.1.1 Une démarche morale pour le médecin**

Apporter une information claire à son patient est un devoir pour beaucoup de médecins qui s'engagent auprès de leur patient dans un accompagnement quelle que soit l'évolution de la maladie.

Entretien 1 : « Moi je suis plutôt cash dans ma vie, je ne sais pas dire aux gens je ne sais pas quand je sais. Je ne sais pas dire que ça va aller quand ça ne va pas aller. Après euh voilà, **je ne sais pas mentir aux gens**. »

### **3.3.3.1.2 La reconnaissance du patient dans sa souffrance**

La vérité de la situation est un dû au patient qui prend ainsi une place de malade de son point de vue et de celui du médecin.

Entretien 1 : « *Euh je pense que l'on doit dire une grosse partie des choses oui. Après je me trompe, j'accepte. Je pense que dire beaucoup de choses à quelqu'un qui a un cancer ou une maladie chronique douloureuse c'est aussi répondre à sa douleur **et mettre des mots sur ce qu'il est en train de vivre.** »*

Entretien 14 : « *Moi spontanément, je dirai dans son intégralité parce qu'il me semble que c'est **respecter la personne.** »*

### **3.3.3.2 L'adhésion au plan de soins**

Une information juste permet au patient de mieux comprendre sa maladie et de mieux adhérer à la prise en charge nécessaire surtout si les traitements sont débilissants. Elle améliore la confiance du patient pour son médecin et contribue à une meilleure relation.

Entretien 3 : « *Il y a des patients à qui on ne peut pas annoncer intégralement. On ne peut pas car vous en avez qui vous disent, ça m'est arrivé plusieurs fois, quand on commence à employer le mot de cancer : « c'est fini, je ne veux rien savoir, je vais aller me mettre un coup de fusil ». On sait qu'avec ces patients, il faut être prudent, veiller aux mots que l'on prononce pour les amener à écouter la présentation de leur cas et à **maintenir en eux un espoir** raisonnable pour qu'ils **adhèrent au plan de soin.** »*

Entretien 4 : « *Notre savoir et leur **confiance** vont permettre que l'on soit **le pilier pour les gens** et non pas internet ou ce que le copain chasseur a raconté de son autre copain. En ça c'est plus facile. [...] Oui c'est ça ils reçoivent avec leurs connaissances donc beaucoup mieux ».*

### **3.3.3.3 La préparation de l'entourage**

La vérité est donnée au patient mais également à son entourage. Cela permet à tout le monde de se préparer à l'évolution de la maladie et à ses conséquences sur la vie sociale, familiale et professionnelle.

Entretien 1 : « *Donc les patients ne sont pas idiots et le fait de dire beaucoup plus souvent la vérité ou au moins une partie de vérité dont ils ont besoin pour avancer, c'est aussi plus facile de **ne pas rester dans le mensonge vis-à-vis de la famille, de l'entourage etc.** »*

### **3.3.4 L'asymétrie de la relation, une conséquence de la position sur la vérité**

Les avis sont partagés concernant l'asymétrie de la relation médecin-patient. Certains pensent que le médecin est en « position de force » dans la mesure où il assène une information désagréable au patient et bouscule le cours de sa vie. D'autres pensent que l'évolution de l'abord de l'information fait que ce rapport de force tend à disparaître. Enfin pour les autres, le médecin et le patient ont un rapport d'égalité et ils travaillent dans ce sens, ensemble contre la pathologie.

#### **3.3.4.1 L'asymétrie complète de la relation,**

Entretien 10 : « *Euh ben c'est **complètement déséquilibré** (rire) on est vraiment pfffff au-dessus en fait à asséner des trucs à expliquer, des trucs qu'ils comprennent en plus pas trop parce que dès qu'il y a la notion de c'est grave après en général ils zappent tout ce que l'on dit derrière.* »

#### **3.3.4.2 Un rapport de force insupportable**

Entretien 13 : « *Euh. Pour moi **c'est insupportable**. Je fais tout **pour ne pas instaurer un rapport de force**. Au contraire, je m'efforce de faire comprendre à la personne que je serai toujours son premier recours pour servir de tremplin avec des gens avec qui il n'est pas toujours facile de s'exprimer. Je ne conçois pas que... Si je sens qu'il y a un rapport de force, je conseille à la personne d'aller voir quelqu'un d'autre.* »

### **3.3.4.3 Absence de rapport de force, l'alliance médecin-patient**

Entretien 2 : « *Je ne sais pas. Ce n'est pas un rapport de force. J'ai cette info, je sais que je dois la délivrer. Le tout c'est de le faire le mieux possible. Souvent, je me dis mais mince leur vie va basculer. Il va y avoir quelque chose qui va se passer.* »

Entretien 8 : « *Je ne pense pas que ce soit un rapport de force. C'est de **coopérer**, on est deux, on essaie **d'avancer ensemble**. On n'est pas l'un contre l'autre.* »

**Au total, cette troisième partie des résultats nous montre que l'approche de la vérité sur l'information est un révélateur de l'évolution du vécu des médecins généralistes au cours des dernières années. Un consensus existe sur une délivrance de l'information claire et loyale pour un meilleur respect du patient. Le vécu du médecin est meilleur lorsque son niveau d'information est proche de celui du patient. Les modalités pratiques de délivrance restent encore hétérogènes.**

## **4 Discussion**

### **4.1 Résultat principal**

La consultation d'annonce est une difficulté constante pour les médecins généralistes. Ils ressentent du désarroi de différents types mais notamment lié à la communication de l'information. Ils se réfèrent à leur intuition pour délivrer la mauvaise nouvelle aux patients. Il est important « d'être là » et « d'être avec » le patient dans cette épreuve. Ils appréhendent l'impact qu'elle va avoir dans la vie du patient. La bonne distance dans la relation médecin/patient est compliquée à trouver. Le contenu de l'information délivrée reste une question épineuse tout comme la manière de la délivrer. Un apprentissage théorique à la gestion de cette difficulté ne fait pas l'unanimité, l'empirisme reste de mise.

### **4.2 Forces de l'étude**

Nous sommes arrivés à saturation des données c'est-à-dire que dans les 2 derniers entretiens, nous n'avions plus de nouvelles idées qui émergeaient. Cela nous amène à penser que notre recrutement était suffisant et apporte donc une validité supplémentaire à notre travail.

D'autre part, notre échantillon qui, dans le cadre d'une étude qualitative, ne se veut pas représentatif, présente une hétérogénéité intéressante. En effet, tant au niveau du sexe que de l'âge et de l'expérience, nous avons recruté des médecins aux profils différents.

Un croisement des analyses avec la directrice de thèse a permis de confirmer la pertinence des analyses thématiques et phénoménologiques.

Les entretiens singuliers ont permis d'avoir des espaces de confiance où l'intime a pu souvent s'exprimer.

### **4.3 Faiblesses de l'étude**

#### **4.3.1 Biais de l'enquêteur**

Je ne suis pas formée à la recherche qualitative ni à la communication ni à la sociologie. Or ces compétences auraient pu apporter à ce travail une profondeur supplémentaire. J'ai tenté de pallier à cela par une bibliographie nourrie. Néanmoins cela ne remplace pas les compétences des personnes dont c'est le métier à part entière.

Beaucoup de médecins ont évoqué leur souffrance au cours de ce travail. La neutralité de l'enquêtrice est une condition sine qua non à la validité de cette étude. Néanmoins en présence de confrères en pleurs, la complète passivité était compliquée à conserver.

#### **4.3.3 Biais mono disciplinaire**

Ce travail aurait nécessité une approche pluridisciplinaire avec un sociologue et un professionnel de la communication pour être plus étayé. La vision d'un seul enquêteur de surcroît médecin, donc partie prenante, peut remettre en question les résultats.

#### **4.3.4 Biais de mémoire**

Du côté des participants, on peut noter un biais de mémoire lors de l'évocation de la dernière consultation d'annonce.

### **4.4 Confrontation à d'autres thèses portant sur l'annonce de mauvaises nouvelles**

La thèse de Jonathan Vivier (15) porte sur la consultation d'annonce dans sa globalité. Elle a été soutenue en 2013, quelque temps après l'actualisation du plan cancer. Elle avait pour objet d'évaluer la connaissance des médecins généralistes de ces nouvelles directives ainsi que le vécu du rôle qui leur était accordé.

Le travail de Laure Le Goff (16) analyse le vécu des médecins généralistes lors des consultations d'annonce mais via un focus group. Elle ne tient pas compte de la communication mise en œuvre.



Nos 3 thèses ont un point commun : elles pointent la souffrance des médecins généralistes et leur manque de formation. Néanmoins, notre travail diffère par notre focus sur le lien entre la communication et le vécu du médecin généraliste dans ce contexte.

## **4.5 Analyse**

### **4.5.1 La souffrance du médecin généraliste**

La détresse évoquée par l'intégralité des enquêtés est ce qui nous a le plus marqué dans ces résultats. Du désarroi émotionnel avec des pleurs au désarroi intellectuel et existentiel, il y a une même conséquence : la déstabilisation du médecin généraliste. Il paraît invraisemblable que notre médecine soit aussi technique, scientifique et intelligente (le care) et que ses acteurs soient autant désemparés lorsqu'il s'agit d'utiliser des mots. Le langage est un acte médical en lui-même, engagé et engageant (2). Mais semble-t-il, tellement plus difficile à mettre en œuvre que des protocoles.

A l'issue de la première question portant sur l'échelle numérique du vécu et après étude de l'ensemble des verbatims, on s'aperçoit que la souffrance exprimée est nettement sous-estimée par rapport à la souffrance ressentie. En effet, le panel numérique semblait rassurant avec une moyenne 5.6 / 10. Cela évoquait un vécu acceptable de la consultation d'annonce. Mais on s'aperçoit que l'évocation littérale des situations met en évidence une souffrance plus importante avec un panel d'émotions négatives larges et intenses. Cette question était en introduction du questionnaire et la confiance avec l'enquêtrice n'était pas encore établie. Le guide d'entretien avait été élaboré pour que les données sensibles, intimes du vécu soient livrées progressivement.

Il semble que c'est d'abord à lui-même que le médecin doit annoncer la mauvaise nouvelle (2) de la pathologie qu'il ne pourra peut-être pas guérir. En effet, il apparaît dans nos résultats que lorsque le médecin n'a pas pu anticiper et préparer sa consultation d'annonce, sa communication est plus délicate et la posture plus difficile à ajuster. Il vit alors la situation de manière plus violente.

La pathologie annoncée ne pourra peut-être ne pas être guérie par la médecine moderne. Lors des études médicales, on apprend les thérapeutiques mais très peu de place est laissé à ce moment où la médecine n'a plus de solution. Annoncer à un patient qu'il n'y a plus de traitement curatif possible est une autre forme d'annonce tout aussi compliquée que celle du diagnostic. Dans le livre de Marc Ychou et Serge Ouaknine (17), on retrouve une phrase très explicite : « L'annonce est un drame qui angoisse, la récurrence est une tragédie qui brise l'espoir de vivre ».

On a noté des rires et des sourires dans les verbatims. Ces éléments du langage non verbal n'avaient pas une connotation humoristique. Bien souvent, ils traduisaient la gêne, l'angoisse et de manière peut être plus profonde que le langage un désarroi et une réelle souffrance.

Ce désarroi minimisé et mal appréhendé trouve sa source de deux éléments principaux. Tout d'abord la difficulté à trouver la juste posture et ensuite la difficulté à communiquer.

#### **4.5.2 L'écueil de la juste posture**

Trouver la bonne distance dans la relation avec les patients n'est pas simple. Dans cette circonstance de la mauvaise nouvelle où le patient et le médecin sont en souffrance, ça l'est encore moins.

Nous avons été surpris que l'évocation de certaines situations amène des médecins à pleurer en ma présence. Cela m'a amenée une forme de déstabilisation sur l'instant, garder la rigueur de l'enquêtrice n'est pas toujours simple quand un consœur/confrère en souffrance est face à vous en larmes. Ils sont le témoin de cette douleur vive. La souffrance de l'autre fait souffrir, même un médecin (4), rompu à cet exercice . Ces pleurs posent de multiples questions.

Les médecins évoquent l'empathie, la sympathie et la compassion dans leurs réponses. Diane Dechièvre (18), sociologue, a théorisé ces trois concepts (Annexe 4). L'empathie permet de comprendre ce que l'autre vit en se mettant à sa place mais en gardant à l'esprit que l'on n'est pas l'autre, autrement dit sans implication émotionnelle. C'est en théorie ce que nous devrions

appliquer avec tout nos patients. La sympathie vise à chercher le bien être du patient en créant des sentiments amicaux réciproques. La compassion est un degré supplémentaire, elle fait vivre les émotions négatives au médecin. Il console la souffrance de son patient.

Ces trois postures ont été exprimées, critiquées ou revendiquées, par les différents médecins généralistes, justifiant l'une ou l'autre. En relevant les qualificatifs attribués à la posture, on s'aperçoit qu'ils ne correspondent pas toujours aux définitions de ces concepts selon le référentiel de Diane Dechièvre. Or la souffrance vient aussi de la bonne distance à trouver dans la relation. Trouver et conserver la relation nécessaire aux soins face à des gens que l'on côtoie en tant que patients et parfois dans la vie civile n'est pas un exercice facile. La connaissance du patient dans son environnement et de son entourage est certes un avantage pour sa prise en charge mais un risque supplémentaire de basculer vers la sympathie ou la compassion, source d'un vécu plus difficile.

Ensuite, celle du contre transfert. Ce phénomène désigne l'ensemble des réactions inconscientes du praticien vis-à-vis du patient et qui peuvent interférer avec son interprétation (14). Il n'y a pas de neutralité entre patient et médecin (3). Chacun réagit à la personnalité de l'autre. Chacun réagit en fonction de ses propres structures psychiques. Il est nécessaire que chaque médecin ait conscience de ce processus. En effet, on agit d'autant mieux que l'on a davantage conscience des ressorts de sa manière d'agir. Lorsque l'on ne comprend pas ce que l'on vit, on le subit (7).

Enfin, celle de l'accompagnement psychologique des médecins. De rares structures existent telle l'association MOTS mais les médecins ne les sollicitent que très tardivement à l'échelle de leur souffrance. Le compagnonnage est le principal recours. Les groupes de pairs permettent de parler d'une situation mais l'aspect collectif peut être un frein à se livrer. La même situation ne se serait peut-être pas passée en focus group par exemple.

On s'aperçoit donc que le patient est de facto en difficultés face à cette consultation d'annonce mais le médecin aussi.

#### **4.5.3 Emergence des concepts « être là » et « être avec »**

Les désarrois conjoints du patient et du médecin laissent apparaître les concepts de « être là » et « être avec ». A l'unanimité, les médecins interrogés veulent faire alliance avec le patient lors de l'annonce de la mauvaise nouvelle et du suivi de la pathologie. Bien souvent, le médecin spécialiste de la pathologie prend en charge la partie technique du diagnostic et du traitement. Revient au généraliste, le rôle d'accompagnant du patient dont il perçoit souvent mieux l'environnement que le spécialiste. Il bascule vers plus de sensibilité et son rôle devient moins technique, moins scientifique. « Être là » fait référence à la disponibilité que le médecin accorde à son patient dans ces circonstances : temps de consultation allongé, prise de rendez-vous facilitée avec lui, organisation rapide d'imagerie et de consultation avec le spécialiste... « Être avec » fait référence à un accompagnement, un soutien médical et psychologique tout au long du suivi que va générer la pathologie. Certains médecins se projettent dès l'annonce et assurent aux patients leur présence jusqu'à la fin de vie et le décès le cas échéant. On constate une mise en retrait du savoir médical pour un passage vers une relation avec plus de sensibilité.

L'émotion qui transparait peut aussi être mise en lien avec l'intuition, principal moteur de la communication mise en œuvre par les praticiens.

#### **4.5.4 La communication**

L'intuition semble régir la manière dont les médecins communiquent l'information. Deux raisons semblent expliquer cela. Tout d'abord, l'émergence d'une sensibilité accrue au cours de ces consultations d'annonce, la mise en retrait de la technique pour un échange plus proche. Ensuite, l'intuition est également le témoin de l'empirisme qui entoure la communication. Elle guide le contenu mais également la manière de délivrer l'information. Celle-ci contribue au désarroi vécu par les médecins.

L'intuition (31) est la capacité que chacun a, d'obtenir tout type d'informations et de réponse, hors raisonnement conscient, en faisant appel à nos ressentis corporels et aux idées qui arrivent à notre esprit. Elle est une « perception via l'inconscient » pour Jung. Pour Peirce, l'immédiateté intuitive est un savoir sans antériorité consciente d'un autre savoir, ce sont des pensées qui surgissent de l'inconscient. Elle fait l'objet de recherches en neurosciences. Elle n'utilise pas les voies neuronales du raisonnement classique, mais d'autres voies amygdaliennes et le cortex orbitofrontale (31), proche du réseau cérébral des émotions. Elle n'est pas réservée à certains individus mais est une capacité universelle. Elle est souvent confondue avec l'instinct qui est un processus biologique relevant de l'inné. L'intuition peut se développer, se travailler. Elle s'oppose au raisonnement qui est une analyse utilisant sa pensée de manière logique et organisée pour traiter des informations et aboutir à une conclusion, explication... Elle diffère du raisonnement inconscient qui à partir d'une expérience nourrie permet d'accéder à des conclusions rapides par une analyse neurocognitive fulgurante.

La pratique médicale est codifiée par des recommandations médicales émises notamment par la haute autorité de santé (HAS). Cependant aucun enquêté n'a mentionné le guide de l'HAS concernant l'annonce des mauvaises nouvelles (19). Personne n'a évoqué non plus le guide Cagliari ou des auteurs comme Buckman (1) ayant travaillé sur ce sujet. Étonnamment, cette difficulté n'engendre pas de curiosité pour rechercher de l'aide.

#### **4.5.5 La formation**

Le parallèle est fait qu'en plus de la mauvaise nouvelle à annoncer, ne pas savoir comment le faire est une souffrance supplémentaire. Paradoxalement, les médecins s'avouent mal formés pour communiquer, mais être formé paraît incongru ou inutile à la quasi-totalité. L'expérience est mise en avant pour justifier de cette absence de nécessité d'enseignement. L'approche théorique de la communication apparaît comme un échange sans humanité avec le patient, comme un protocole sans personnalisation. Avoir des notions clés de communication ne paraît pas

intéressant à la plupart. Ils regrettent leur souffrance comme une fatalité, sans solution, inhérente à leur métier.

Avoir des clés en communication et avoir conscience des éléments qui se jouent permettrait de mieux appréhender l'échange délicat de la consultation d'annonce et peut être même d'être plus proche des patients. Les oncologues ont été les premiers à se sensibiliser à la question de l'annonce à la suite notamment des plans cancers (30). Divers exercices sont soumis aux internes comme aux praticiens avertis dont les jeux de rôles (17). Une transposition de cette formation serait intéressante en médecine générale avec une formation continue au cours du cursus universitaire et au-delà.

Dans un échange, il y a ce que l'on veut dire – ce que l'on dit – ce qu'il entend - ce qu'il écoute - ce qu'il comprend - ce qu'il retient – ce qu'il percute – ce qui reste plusieurs jours après. Si la manière avec laquelle on véhicule notre message est la plus affûtée possible, moins il y aura de biais lors de la compréhension et cela pourrait participer à un meilleur vécu pour le patient comme pour le médecin.

Pour certains, la culture permet d'aider à communiquer car des lectures humanistes aideraient à puiser le recul nécessaire à la situation. L'apprentissage théorique de la communication apparaît pour les plus expérimentés comme un élément froid et déshumanisé, stéréotypé ne cadrant absolument pas avec la fonction d'un médecin rural.

Les techniques en communication ne pourront jamais limiter l'émotionnel. Cependant, certains outils peuvent aider le médecin à gérer ces émotions et son vécu intime. Dans l'autre sens, cela peut lui permettre de mieux contrôler la communication envers les patients.

En effet, en communication, selon Daniel Bounoux (6), philosophe, spécialiste en communication, l'acheminement du sens d'une information se fait en 2 parties : l'énoncé, ou le fond du message et l'énonciation, sa forme. Pour l'émetteur, le contenu est le plus important et l'énonciation ne contient que des bruits parasites. En revanche, le récepteur va chercher dans la

marge de ce contenu, le vrai sens de l'énoncé. Dans notre enquête, on s'aperçoit que la question sur leur attitude leur fait réaliser leur changement de comportement, de positionnement, de tonalité vocale. Un temps de latence important a été observé à la réponse à cette question comme si les praticiens prenaient conscience de ces changements sans n'y avoir réellement prêté attention au préalable.

#### **4.5.6 Le contenu de l'information**

Pour Martine Rusniewski (4), oncopsychologue spécialisée dans le suivi des médecins, le dire médical comporte 4 acteurs : le savoir médical, l'objet malade, le sujet malade et le sujet médecin. Pour pouvoir délivrer l'information, il faut une rencontre entre un patient et un médecin. Il y a besoin du savoir technique médical bien sûr mais aussi d'un objet patient c'est-à-dire le patient dans ses éléments scientifiques (taille, poids, antécédents...). Et, c'est là la singularité, la présence du sujet patient et médecin c'est-à-dire de deux personnes : le patient ancré dans sa vie, ses représentations de la maladie, ses projets et le médecin avec sa personnalité et son expérience professionnelle et personnelle.

Le contenu de l'information reste une donnée importante. Que dire, à qui le dire, quand le dire ? L'information est donnée aux patients aptes à la recevoir. Les anglais appellent cela le « noble lie », le mensonge mais sans intention dolosive, pour protéger. Pour Sylvie Fainzang (9), sociologue ayant réalisé un travail observationnel sur l'information médicale, la vérité n'est dite qu'à la personne apte à l'entendre. Le mensonge n'épargnant que ceux que le médecin juge apte à supporter la vérité. On parle de la relation d'autorité dans le fait que le médecin a un pouvoir qui l'autorise à ne pas dire la vérité.

Pour Martin Dumont (3), philosophe spécialiste des questions d'éthique médicale, mentir c'est amputer une part de sa liberté au patient, c'est le considérer comme mineur. D'où la question sur l'asymétrie de la relation dans notre questionnaire. Les réponses ont été très hétérogènes avec

des personnes considérant que c'était absurde alors que d'autres trouvaient que cette relation était très présente.

Pour Pierre le Coz (20), philosophe, membre de l'Académie de Médecine, la vérité de l'information doit être traitée en fonction de l'utilité que sa révélation peut présenter à la conscience de l'intéressé.

Pour Martine Ruzniewski (4), ne pas dire l'exhaustivité de l'information c'est laisser le patient décider de ce qu'il peut entendre et de ce qu'il veut savoir. Elle considère que laisser de l'espoir, c'est laisser le sujet patient être en vie. Pour elle, la vérité infligée par le médecin c'est sa protection, à lui seulement.

Autrement dit, il y a autant d'avis sur ce sujet, que d'auteurs, comme autant de praticiens que de manières différentes de gérer cela! Malgré toutes les postures différentes adoptées par les praticiens, l'attention est toujours portée à ce que le médecin pense que le patient peut entendre. Ils essaient d'adapter la délivrance aux capacités supposées de réceptivité du patient.

On note que les médecins plus expérimentés étaient encore plus en difficultés au début de leur carrière. En effet, le mensonge était très ancré dans les consultations d'annonce et de suivi des maladies graves il y a encore 30-40 ans. Le changement quant au contenu de l'information a aidé au moins mauvais vécu de la situation. C'est moins difficile dans la relation avec le patient depuis qu'on lui dit plus les choses. A l'opposé, désormais, la connaissance plus pointue des patients et leur accès plus facile à des informations, via internet notamment, remet en doute la parole du médecin.

Annoncer quelque chose de grave à quelqu'un c'est un conflit entre non malfeasance et principe d'autonomie (9). Il faut respecter le patient dans sa personne mais en même temps ne pas lui asséner une information, déjà lourde de conséquences, trop brutalement. Ces principes éthiques



ne peuvent exister sans la présence d'émotions de la part du praticien mais elles ne doivent pas les régir à elles seules.

Hors enregistrement, beaucoup m'ont remerciée et ont apprécié le thème de la thèse. Le questionnaire leur aurait permis de revenir sur un aspect de notre métier qui est vécu intimement. Ce moment a été pour eux l'occasion de porter un regard sur leur pratique.

Le médecin a l'habitude de revenir sur les modalités purement médicales d'une prise en charge en se disant qu'il aurait pu pratiquer de telle ou telle manière mais examiner à posteriori sa posture et sa manière de communiquer n'est pour la majorité pas dans nos pratiques. Ce retour sur expérience permet à l'instar de la démarche scientifique, d'améliorer le vécu des situations suivantes en engrangeant de l'expérience. Ce concept a été théorisé par Pierre Le Coz et est appelé révision émotionnelle (7).

Elle consiste à relativiser une émotion immédiate par une autre émotion que nous cherchons à susciter en nous par l'imagination, le souvenir et le raisonnement. Ce moment philosophique de la décision médicale est un moment de réflexion à posteriori sur les représentations cognitives et émotionnelles après une consultation. Cette rationalisation permet de prendre de la distance et de diminuer l'intensité des émotions ressenties.

La sentience ou la capacité à ressentir les choses flirte en permanence dans la consultation d'annonce avec le raisonnement médical. Ces concepts souvent opposés, sont là obligés de se côtoyer. On retrouve alors cette dichotomie de la pratique médicale, entre sciences et humanisme qui, ensemble font toute la grandeur de cette discipline.

#### **4.6 Conclusion**

Ce travail a été pour moi très enrichissant. Il est né d'une situation où j'ai été le témoin d'une annonce de cancer très violente. Très mal à l'aise dans cette situation, je me suis excusée

auprès de la patiente et j'ai longtemps eu de la colère pour mon confrère. Cette thèse m'a permis de dépasser ce sentiment et de comprendre que mon confrère était plus victime de souffrance que coupable dans cette situation. J'ai également compris que les mots peuvent blesser mais ils peuvent aussi réparer. Le vécu de ces situations d'annonce s'est amélioré depuis que la vérité est plus facilement donnée aux patients. On peut espérer que d'autres évolutions permettent un vécu encore moins difficile dans l'avenir. Une formation à la communication plus approfondie peut être une piste de réflexion dans ce sens.

Pour finir, un extrait d'un verbatim ouvrant vers d'autres perspectives.

*« Si je me suis engagée en soins palliatifs c'est que j'ai trouvé qu'il y avait beaucoup à faire par rapport à ça. Forte aussi de mon expérience avec les personnes séropositives, j'ai beaucoup appris. C'était des personnes qui voulaient vivre et être libres avec un côté extrêmement vivant en fait. Et c'est vraiment dans mon expérience, à proximité de la mort c'est extrêmement vivant et parfois plus vivant que dans la banalité du quotidien. Du coup, petit à petit, on apprend à ne pas en avoir peur et à solliciter du vivant. »*

## Bibliographie

1. Buckman R. S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades Guide du professionnel de santé. Paris : Masson ; 2007, 211 p.
2. Bouché O Ulrich B. Les annonces en cancérologie, le médecin face au malade, Témoignages et repères méthodologiques. Paris, Editions Springer, octobre 2011, 300p
3. Dumont M. L'annonce au malade. Clamecy, Edition PUF, Paris, avril 2016, 102p.
4. Ruszniewski M. Rabier G. L'Annonce – Dire la maladie grave. Paris : Dunod ; 2015, 250 p.
5. Da Cruz Nathalie, « Annonce d'une maladie grave : les mots pour le dire », Médecins Bulletin d'information de l'ordre des médecins, Numéro 19, octobre-septembre 2011, page 22
6. Bougnoux D. Introduction aux sciences de la communication. Clamecy, Edition La Découverte, 2001, 119p.
7. Le Coz P. Petit traité de la décision médicale. Paris, Edition du Seuil, 2007, 196p.
8. Professeur Gérard Dabouis, « Introduction aux principes de bioéthique. Qui est légitime pour décider », Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011, [En ligne : [http://campus.cerimes.fr/chirurgie-generale/enseignement/ethique/site/html/3\\_2.html](http://campus.cerimes.fr/chirurgie-generale/enseignement/ethique/site/html/3_2.html)]
9. Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge. Paris : Puf ; 2015, 159 p.
10. Pierre Paillé et Alex Mucchielli, L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd., Broché, 29 juin 2016, 432 p
11. Kivitz J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Editions Armand Colin. Paris. Septembre 2016, 329p

12. Dumez H. Méthodologie de la recherche qualitative, 2<sup>e</sup> édition. Mayenne, 2016, 245p.
13. Ouede A. Amouyal M. Bourrel G David M, Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. Pédagogie Médicale 2011; 12 (4): 199–212 DOI: 10.1051/pmed/2011106
14. Ouvrage collectif, Petit Larousse Illustré 2021, Edition Larousse, 2021, 2048p
15. Vivier J, L'annonce d'une maladie grave, enquête auprès de médecins généralistes de la région nancéenne. Thèse de médecine Université de Nancy. 2013
16. Chatry Legoff S, Vécu et ressenti du médecin généraliste dans l'annonce du diagnostic de cancer, étude auprès d'un échantillon de médecins généralistes de la région nantaise par la méthode de l'entretien collectif ( focus group ). Thèse de Médecine. Université de Nantes. 2007
17. Ychou M. Ouaknine S. Le nouveau serment d'Hippocrate. Paris, Editions Le Manuscrit ; Février 2017, 112 p.
18. Dechievre D. Empathie : Utopie ? Editions Broché, Paris, mars 2006, 300p
19. Recommandations Haute Autorité de Santé, Annoncer une mauvaise nouvelle Février 2008
20. Le Coz P. L'éthique médicale, Approches philosophiques. Millau, Edition PUP, 2018, 157p.
21. Galam E. Annoncer une mauvaise nouvelle, Comment assumer sa place et y rester ? La revue du praticien médecine générale Tome 19 n°704/705 du 10.10.2005
22. Silverman J. Kurtz S. Draper J. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Suisse, Editions Médecine & Hygiene, 2006, 316p.
23. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris, Edition Payot, 1988, 417p.
24. Spire A. Siri M. Cancer : le malade est une personne. Paris, Odile Jacob, 2010, 261p.

25. Barba Duarte O. Modalités de l'annonce diagnostique de la maladie d'Alzheimer. Paris, Editions universitaires européennes, 2011, 66p.
26. Martine Ruzniewski, Carole Bouleuc « L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale, épreuve pour le malade, défi pour le médecin », *Laennec* 2012/2 (Tome 60), p. 24-37. DOI 10.3917/lae.122.0024
27. Blanchet A. et Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris, Armand Colin, 2010, 128 p.
28. Derzelle M. Annoncer un cancer : points de vue d'une psychanalyste. Le nouveau cancérologue, volume 2 N°3 juillet-août-septembre 2009
29. Antoine Spire et Rollon Poinot, « L'annonce en cancérologie », *Questions de communication* [En ligne], 11 | 2007, mis en ligne le 01 juillet 2007, consulté le 01 octobre 2016. URL : <http://questionsdecommunication.revues.org/7340>
30. Plan cancer 2003-2007, Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. Mesure 40, 61-65. Institut national du cancer, 2006
31. Champion A et Couval M-E. Développez votre intuition : La méthode efficace pour éclairer votre vie. Paris, Edition Leduc S, 2018, 498p
32. Elena Sender, « Intuition : le cerveau en roue libre ». Magazine Sciences et avenir, Numéro 827, Janvier 2016
33. Puyuelo L. Cancer du Sein - Un médecin à l'épreuve de l'annonce. Paris, Edition Erès, 2022, 150p.

## Annexe 1 : Le guide d'entretien

Bonjour,

Je vous remercie d'accepter de me recevoir. Je me suis permise de vous contacter dans le cadre de ma thèse portant sur le lien entre la communication et le vécu des MG lors de l'annonce de mauvaise nouvelle.

En effet, nous passons notre temps à communiquer. Les consultations d'annonce sont dépourvues d'acte technique et sont exclusivement centrées sur la communication. Elles sont un tournant dans la vie du patient et dans le vécu qu'il aura de sa maladie. Elles sont également une étape compliquée pour le médecin généraliste. Communiquer n'est pas toujours simple dans ces situations où beaucoup d'interactions émotionnelles sont en jeu de part et d'autre.

1. Comment jugez-vous entre 0 et 10 (0 pas de difficultés et 10 extrêmement difficile ) le vécu de ces consultations ?
2. Comment vous préparez vous à une consultation d'annonce de mauvaises nouvelles ?
3. Quelles émotions ressentez-vous ?
4. Pouvez-vous me raconter la dernière consultation d'annonce ?
5. Sur le plan pratique, quels vecteurs de communication utilisez-vous ? (schéma, internet...)
6. Comment choisissez-vous vos mots ?
7. Le silence : une aide, une gêne, à bannir ?
8. Avez-vous un schéma directeur ? et quel est-il ?
9. Que pensez du rapport de force entre vous et le patient ?
10. Comment vous informez vous du niveau d'information de votre patient ?
11. Que pensez-vous de votre communication autre que celle liée à la parole?

12. Il peut y avoir une différence entre ce que l'on veut dire et ce que le patient entend, que pensez-vous de cela ?
13. Comment vérifiez-vous que le patient ait bien reçu l'information que vous vouliez lui transmettre ?
14. La consultation en médecine générale est plus improvisée car parfois nous recevons des bribes d'informations parvenues des spécialistes, comment le gérez-vous ?
15. Les annonces spécifiques : passage en soins palliatifs, évolution métastatique, quelles différences cela fait-il pour vous ?
16. En ce qui concerne l'information, pensez-vous qu'elle doit être délivrée partiellement ou dans son intégralité et pourquoi ?
17. Les doléances des associations de patients : le temps et l'écoute. Comment pensez-vous votre rôle dans ce cadre ?
18. Quels sont les critères d'une bonne annonce ?
19. Comment le vécu de ces consultations a évolué au fil de votre carrière ?
20. Que pensez vous de notre formation à la communication ?

## ANNEXE 2 : ANALYSE PHENOMENOLOGIQUE DU DESARROI

Selon la méthode de l'article de Nadine Ouede (13), en rouge **la loi**, en jaune les **faits** et en **vert** la qualité.

- **Entretien 3 :**

« Quelles émotions vous ressentez au cours de ces consultations ? »

« [...] **Le plus dur pour moi, c'est quand j'ai dû prendre en charge des drames avec des morts immédiates où il a fallu annoncer aux parents, le décès de leur enfant. Ça m'est arrivé plusieurs fois, des enfants noyés ou accidentés. Ça c'était effroyable. A chaque fois je suis sorti de ces annonces complètement détruit et c'est certainement quelque chose qui m'a toujours miné. Chaque fois que j'ai dû militer pour toute cette organisation, j'ai toujours trouvé très très dommage que les médecins généralistes surtout ruraux se retrouvent tout seuls à débriefer avec leur psychisme déjà à moitié démonté.** »

### **Retranscription phénoménologique :**

L'annonce d'un décès d'enfant à des parents semble être le paroxysme de la difficulté, entraînant un désarroi profond qui déstabilise le MG d'autant plus qu'il est seul avec ses propres difficultés psychiques.

- **Entretien 4 :**

« Comment votre attitude elle évolue dans ces consultations ? »

**Comme elle peut, Il faut la réajuster souvent. On est tellement déroutés par la réaction des gens. On part dans une certaine optique de dire les choses et puis ils peuvent nous faire dévier complètement donc on est obligé de faire attention. Quand tu as le déni complet de quelque chose, comment on avance ? J'ai engueulé une personne une fois, je l'ai prise par les épaules, je l'ai**



assise sur sa chaise, j'étais en train de lui dire qu'elle faisait un infarctus elle n'entendait pas. Elle trafiquait dans sa maison, elle me disait qu'elle n'avait pas été bien et que quand son gendre était passé elle avait eu envie de vomir et que ça l'avait serrée dans la poitrine. Je lui ai dit qu'on ferait une prise de sang et un ECG. Le surlendemain soir je monte chez elle, ce n'était pas mon jour de consultation habituel, elle trafiquait dans sa maison. J'ai fini par lui dire je suis en train de vous dire quelque chose, vous vous asseyez. Je l'ai assise de force sur sa chaise, elle n'arrivait pas du tout à vouloir entendre. Je lui ai dit vous avez un infarctus, vous partez dans 30 min à l'hôpital. Il faut changer d'attitude, je pensais lui dire bah voilà votre prise de sang, votre douleur voilà...elle n'était pas du tout à l'écoute du truc, j'ai changé mon fusil d'épaule.

### **Transcription phénoménologique :**

La posture de déni du patient, persistante malgré la mise en place des pratiques expérimentées de communication du MG, déstabilise les processus d'empathie habituels et entraîne un désarroi comportemental.

- **Entretien 6 :**

« Comment est-ce que vous vous préparez à ces consultations d'annonce ? »

« Ça dépend des situations. Il y a eu des fois où je n'étais pas préparée. Ils nous ramènent un résultat que l'on n'avait pas forcément vu auparavant et là-bas, de but en blanc, il faut dire quelque chose. Sinon, je l'anticipe, je le mentalise quand je le sais et je sais comment je vais amener les choses, je sais à qui je vais l'adresser. J'apporte déjà des premières solutions au problème en même temps que la consultation d'annonce. »

« L'anticipation c'est de pouvoir ouvrir... »

« Oui c'est de pouvoir ouvrir vers quelque chose et de ne pas donner une mauvaise nouvelle de but en blanc sans apporter derrière une solution ou un début de solution pour la prise en charge. »

« Le vécu il est différent quand c'est de but en blanc que quand il y a eu un temps de préparation ? »

« Oui je pense que je me liquéfie quand je vois... (rires). Oui j'ai un peu de mal à prendre sur moi et à prendre la distance qu'il faut pour...(hésitation) »

« Ce sont les émotions qui envahissent c'est cela ? »

« Oui il y a l'émotion qui envahit mais en même temps... les patients ce ne sont pas nos parents. Je pense que l'on a de l'empathie, la compassion y est parfois, ça dépasse l'empathie mais c'est aussi sur le comment amener les choses de but en blanc quand personne ne s'y attend : ni moi ni eux. »

« C'est la difficulté de communication plus que le vécu personnel, c'est ça ? »

« C'est un peu les deux. Je ne peux pas dire que ça me laisse de marbre, ce n'est pas vrai. Mais après il y a la difficulté à amener les choses c'est vrai. »

« Quelles émotions vous ressentez à ce moment-là ? »

« C'est difficile à dire ça. Je suis, je pense, je suis gênée. Parfois je vais me sentir coupable je pense, d'annoncer la mauvaise nouvelle, d'être l'oiseau de mauvais augure. Parfois j'ai de la tristesse, car il y a des gens que l'on affectionne plus que d'autres, avec qui l'on a du mal à avoir le recul. Oui c'est à peu près tout ce qui me vient. De l'impuissance aussi car on annonce des trucs voilà, on sait que derrière ça va être compliqué rapidement. On n'est pas Dieu donc on n'a pas des pouvoirs surnaturels (rires) pour certaines pathologies. »

### **Transcription phénoménologique**

L'anticipation de la consultation d'annonce permet au praticien de préparer sa posture émotionnelle et de pouvoir proposer des ouvertures positives.

L'absence de cette phase préparatoire le confronte à un envahissement par des sentiments complexes (tristesse, culpabilité, impuissance) qui provoque un désarroi dans son rôle professionnel.

- **Entretien 10**

« Comment est-ce que vous vous préparez à ces consultations d'annonce ? »

« ... Je ne me prépare pas en fait. (rire) Souvent en fait on n'a pas toujours les résultats avant, des fois c'est le spécialiste qui a fait l'annonce et ils viennent nous voir avec le compte rendu mais nous on n'a pas forcément eu le compte rendu du spécialiste entre temps donc il nous demande de réinterpréter un petit peu ou de réexpliquer ce qu'a dit le spécialiste. Et ou alors quand on a les résultats comme ça moi je n'ai pas le temps forcément de me préparer en fait. »

« Quand vous avez quelques jours avant un compte rendu avec des nouvelles qui sont mauvaises, qu'est-ce que vous ressentez comme émotion ? »

« ... (réfléchi) De la tristesse pour le patient et de .... des ... un questionnement sur la suite de la prise en charge, mais ça ce n'est pas une émotion. (Hésite) ... Emotion ... c'est un peu ça fait chier ??? Voilà (rire) ça m'embête un peu (rire). »

-« Ok »

« Le vocabulaire n'est pas très fourni là, ça m'embête fin voilà ça me ... , voilà. Plus ou moins de tristesse et puis voilà. Le truc c'est oh putain fait chier. »

« Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation d'annonce ou une qui vous a marqué ? »

« ... D'annonce alors de mauvaise nouvelle, vous entendez quoi par mauvaise nouvelle ? »

« Alors ça peut être annonce de maladie neurologique, de cancer, ça peut être diabète, ça peut être insuffisance rénale. »

« ... (réfléchi) ... c'était il y a environ un an on va dire à peu près alors lui pour le coup c'est moi qui ai fait l'annonce c'est un monsieur que je ne suivais pas trop avant, je suivais son fils et sa femme et il est venu me voir pour des ... vous voulez que je vous raconte le truc en fait c'est ça ? »

« Oui »

« donc il est venu me voir pour de la constipation avec des ballonnements fin voilà donc je palpe et au niveau du ventre j'avais ce que moi j'ai perçu au début comme des sortes de corde colique en fait. J'avais l'impression qu'il y avait comme une grosse constipation au niveau du cadre colique. Donc je débute un traitement laxatif en disant bon vous êtes bien constipé, je rappelle les règles hygiéno diététiques tout ça et si ça ne passe pas vous revenez me voir. Il revient me voir quelques jours après et je vois à sa tête qu'il a mal que ça ne va pas mieux et voilà. Du coup ... je prescris un bilan bio, j'ai toujours le même examen clinique et je lui fais faire une échographique. Le bilan bio est normal et l'échographie montre ... c'était un peu le flou fin on ne savait pas trop voilà. Bon donc je fais un scanner rapide. Et le compte rendu du radiologue était pareil en fait pas très net plutôt carcinose. 'Fin il n'a pas dit le mot carcinose et du coup euh voilà il voyait des images qu'il n'identifiait pas trop, il ne savait pas bien. Et de l'ascite non c'est ça à l'échographie y avait de l'ascite, n'y avait rien d'autre et au scanner du coup carcinose, enfin doute sur carcinose et le pancréas un peu douteux.

Bon du coup donc, il revient me voir avec ces résultats là parce que là en fait j'avais aucun spécialiste sur le coup. Et donc c'était un infirmier donc carcinose, donc il comprend à peu près. C'est lui qui m'a dit c'est un cancer, c'est ça ? Donc en fait il m'a un peu facilité le travail et du coup il a compris. Et moi j'ai pu direct dire le mot cancer et dire ben a priori, le problème c'est qu'on n'a pas de certitude histologique. Et donc il faut savoir ce que c'est exactement, il y avait une ... enfin bon bref voilà ... Et en fait c'était un cancer du pancréas avec une carcinose

péritonéale et un patient jeune... qui est décédé là y a 2 mois. Donc voilà et puis dans cette histoire l'annonce a été ... voilà difficile parce que y avait sa femme en plus avec lui que je connaissais bien et ils ont un petit garçon qui a l'âge de mon premier fils. Donc (soupir) je me doutais que ça irait..., qu'il n'irait pas très loin. Et voilà après, lui m'a plutôt dérouté parce qu'il était très factuel et dans l'acceptation on va dire très vite. Et donc il a dit « mais ok du coup il faut aller voir le spécialiste ou quoi ? » et puis après quand le diagnostic a un peu évolué ou quoi « il dit nan mais d'façon je vais mourir, donc voilà mon fils va être élevé par quelqu'un d'autre que moi » fin il disait des trucs qui étaient vrais mais qui étaient un peu durs, assez déstabilisants pour le coup parce que les gens ne sont pas du tout là-dedans normalement, ils sont plutôt dans l'espoir ou fin voilà.

Lui direct il disait « ça ne sert à rien que je fasse des photos avec mon fils ou des vidéos, d'façons plus vite ça ira à la limite mieux ce sera comme ça il ne se souviendra pas de moi et voilà. De toutes façons il va être élevé par quelqu'un d'autre » (soupir). Donc voilà mais du coup là pour le coup moi je ne m'étais pas du tout préparée parce qu'en fait moi il revenait, je l'avais envoyé faire son scanner, il est revenu il avait son compte rendu, et je n'avais pas eu son compte rendu entre temps et je n'avais pas de certitudes non plus donc c'est toujours un peu difficile quand on ne sait pas exactement. »

### **Transcription phénoménologique**

Dans le cadre d'un pronostic délétère, la posture d'emblée lucide et pragmatique du patient, conjuguée à l'absence de preuve formelle provoque un désarroi en déstabilisant le médecin tant sur le plan émotionnel (« fait chier ») que dans sa posture d'accompagnant et de réconfort.

### ANNEXE 3 : ANALYSE PHENOMENOLOGIQUE DU CONCEPT DE L'INTUITION

L'intuition, après le désarroi, a retenu notre attention dans ces résultats. Sa récurrence dans les réponses nous a amené à faire un focus sur elle avec une analyse phénoménologique.

- Entretien 1

« Comment te prépares tu à ces consultations d'annonce ? »

*« Des fois on ne s'y prépare pas. 3/4 des temps je ne m'y prépare pas car elles tombent de fait. Les gens arrivent avec des examens qui n'ont souvent pas été prescrits par nous, souvent par les spécialistes qui bottent en touche à ce moment-là. Les gens arrivent et tu as l'effet d'une double bombe. Car ils ont déjà presque posé leur diagnostic mais ils attendent que tu reformules avec eux. Des vraies consultations programmées préparées, honnêtement, je n'en ai pas le souvenir. Les vraies programmées préparées j'ai l'impression que ce n'est pas nous qui les faisons mais plutôt l'oncologie. Et le référent quand il a fait les choses dans l'ordre logique, et que du coup après l'examen, il savait qu'il allait y avoir probablement une mauvaise nouvelle. Il avait programmé le rendez-vous par la suite et les gens s'y attendent. Après si je dois m'y préparer, j'essaie de ... je suis un peu d'instinct, j'essaie de ne pas trop réfléchir à ces consultations car je sais toujours que si on programme un truc à l'avance, il ne va jamais se passer le déroulement prévu. »*

#### Analyse phénoménologique

Le caractère imprévisible d'une consultation d'annonce rend toute anticipation du discours vaine et contraint le médecin à ne se fier uniquement qu'à son instinct.

*« J'essaie de me mettre à leur portée. De manière générale, pour tout un tas de choses, dans mes consultations, j'utilise beaucoup d'images, de métaphores. J'ai tendance à vouloir leur simplifier*

la médecine ou le fonctionnement humain à des choses simples de la vie de tous les jours, pour imaginer ce que l'on peut vivre ou ressentir. C'est vrai que dans ces consultations-là, j'ai souvent tendance à faire des parallèles, des images pour qu'ils essaient de se mettre à la portée de la compréhension. Après, je me laisse beaucoup guider par ce qui se passe, je suis très intuitive, franchement. »

### Analyse phénoménologique

Les procédés de vulgarisation par lequel l'enquêté cherche à rendre accessible l'information au patient sont guidés par l'intuition.

« Oui les gens qui m'ont tenu à coeur je suis allée leur dire au revoir à l'hôpital. Certains te diront que c'était peut-être déplacé et que l'on ne peut pas aller voir à l'hôpital tous les gens mais je les compte sur les doigts de la main. Ceux-là ça m'a permis aussi de leur dire au revoir, de laisser toute l'histoire que j'avais avec eux à l'hôpital et partir avec eux et n'avoir qu'un souvenir de ce passage avec eux. Je leur laisse quoi. Le truc c'est que l'on continue à avoir ça. Souvent je continue à avoir les familles. Je veux dire ça revient quand même régulièrement. Si on n'a pas fait le deuil avec eux c'est quand même compliqué. Les consultations d'annonce elles évoluent dans ce sens. Je suis beaucoup plus intuitive. Il y a des gens avec qui je passe beaucoup moins d'énergie qu'avec d'autres parce que je sais par expérience, un peu où j'essaie d'être un peu plus orientée dans l'énergie que je peux y passer avec chacun. Il y a des gens avec qui ça ne sert à rien, des gens qui ne sont pas demandeurs. Je le respecte beaucoup plus. Je l'étais beaucoup moins au début. J'étais un peu invasive, j'apprends à l'être moins. Si on ne me demande pas, je respecte. »

### Analyse phénoménologique

L'expérience permet de mieux cerner l'attente des patients concernant l'investissement émotionnel du médecin et nourrit le potentiel intuitif du médecin. L'intuition semble ici être nourrie par l'expérience.

- **Entretien 9**

« Tout dépend du contexte ça dépend si ton patient arrive avec le scan et que tu découvres le résultat en direct. C'est tout ça qui change. Après on est tellement peu formés à ça que c'est un peu au feeling. En fin je ne sais pas, tu dis « oh là ce n'est pas très bon ». Je n'ai pas de règle, ça va dépendre.

Là par exemple, j'ai une patiente qui est ultra dure à gérer. Elle a un cancer du poumon métastasé, elle était déjà à un stade très avancé. Elle est toujours dans le positif, dans le déni. Quand tu lui dis mais là ça ne va pas, elle te dit mais ne me dites pas ça. Tu sens que si tu dis des choses comme ça, elle lâchera et que ça sera fini. Elle ne peut pas l'entendre. LE Dr X trouve que les résultats sont très bons, que c'est très positif. Plus les résultats vont et plus c'est la catastrophe et elle, elle se booste comme ça. Là c'est difficile tu ne vas pas dire « mais non là ». Tu essaies de le dire sans le dire mais il faut respecter son moyen de défense à elle. »

### **Analyse phénoménologique**

L'absence de formation à la communication fait qu'il n'y a pas de règle à l'énonciation d'une mauvaise nouvelle et que l'instinct régit tout le discours. Il s'agit d'un instinct d'adaptation à la capacité d'acceptation du patient.

« Comment tu choisis tes mots dans ces moments-là ? »

« Rires. Au feeling complètement, je n'ai pas de règle. Je ne veux pas anticiper la consultation, tu vois. Je vais appréhender un peu, forcément quand tu sais que tu vas l'avoir. Ça vient comme ça c'est vraiment du feeling. Et puis comment la personne va réagir. Après je dis le mot cancer ça



*c'est sûr, qu'il faut que l'on fasse un prélèvement pour vérifier qu'il n'y ait pas de cellule cancéreuse, l'imagerie est inquiétante...etc. Je brode un peu sans casser l'espoir, j'essaie d'annoncer progressivement, plutôt en plusieurs étapes quoi. Ah ouais, tiens, tu vois quand on réfléchit. SI là par contre, pffff. Là par contre il est parti. Tu vois un patient, 80 ans, pancréas. Bon tu vois quoi. Là si par contre, il est venu me voir. On ne voyait pas bien à l'écho, on a fait le scan et il est venu me voir avec et là c'est moi qui lui ai annoncé. Là j'ai été assez euh...je ne sais plus si j'avais vu le scan avant ou pas. Non je ne crois pas car ils avaient débarqué juste après le scanner. Là c'est quelqu'un avec qui j'avais une relation depuis 10 ans (frappe dans ses mains) et il était âgé donc une relation forte et du coup là je lui ai dit oui les images sont inquiétantes, ce n'est vraiment pas bon. Je ne sais pas comment je lui ai dit (sourire), mais là le diagnostic était sur l'imagerie (frappe dans ses mains). Je savais déjà d'entrée de jeu que ça allait être difficile (se pince les lèvres). Il était avec sa femme. Là il a pris effectivement en pleine face. »*

### **Analyse phénoménologique**

Il y a une marge d'improvisation importante dans le choix des mots qui est cependant modulé par l'objectif d'annonce avec le maintien de l'espoir, la réaction des patients, et adapté en étapes progressives .

L'absence d'anticipation et l'improvisation non régulée peuvent amener à des annonces brutales et traumatisantes pour les patients.

- **Entretien 7**

« Comment est ce que vous vous préparez à ces consultations d'annonce ? »

*« J'essaie de me renseigner au maximum, j'essaie d'être bien carré sur la connaissance de la pathologie et de ce qui peut découler derrière, de voir par qui elle est entourée du point de vue familial et professionnel de santé, spécialiste. Voilà et puis après c'est un petit peu comme on le*

*sent. C'est plus comme on le sent qu'un truc très cadré, très protocolisé. Comme je vous dis, ça dépend du moment. Ça dépend si on peut savoir à l'avance ou des fois on a le diagnostic des fois qui nous tombe et il faut prévenir rapidement le patient et on n'a pas forcément de préparation et c'est un peu compliqué. »*

### **Analyse phénoménologique**

Dans l'annonce, on distingue une part factuelle liée aux caractéristiques de la maladie et au contexte socio-professionnel du patient et une part non maîtrisée, instinctive. Cette dernière prend plus de place quand un temps de préparation du MG n'a pas pu avoir lieu.

- **Entretien 13**

« Est-ce que vous il y a des choses qui changent dans votre voix, vos gestes, votre posture ? »

*« Oui je pense que j'essaie de m'adapter à chaque fois. IL peut même m'arriver d'hausser un petit peu la voix parce que dans certains cas tu essaies de faire passer une idée et les gens ont la tête ailleurs et ils pensent à leur mari, leurs enfants et ils ne sont pas dans le truc. Je leur dis attendez il faut vraiment que vous arriviez à bien comprendre. Mais ça c'est au feeling. »*

### **Analyse phénoménologique**

L'adaptation des paramètres de communication verbale et non verbale, permettant une meilleure compréhension du patient, est régie par l'instinct.

- **Entretien 5**

« Pour vous c'est mieux de dire ? »

*« Ça dépend de chacun. Pour moi c'est du feeling à chaque patient. On est sur chaque patient quoi. C'est pour ça que...je m'imagine un médecin...je pense votre nouvelle génération où la médecine*

à mon avis de famille va disparaître comment. Tout le monde cherche un médecin donc ils vont voir le premier venu. Grosso modo, « vous me prenez comme médecin traitant oui ». Donc qu'est ce qu'il va se passer : on va avoir des protocoles pour annoncer aux gens et qu'est ce que ça va te faire ? euf pff souffle. IL a un cancer de la prostate, on va banaliser les choses c'est tout. Moi pour moi c'est ça. Plus tu es médecin de famille, plus tu es dans l'humanité de la personne et de la famille. Plus tu es détaché, plus à mon avis, on se détache quoi. Enfin il me semble. Moi comme je n'ai pas connu...mais je me dis un patient arrive comme ça tu ne le connais pas, il arrive avec des résultats, c'est la troisième fois que tu le vois, tu lui as fait faire un truc. Hop voilà, un PSA bizarre, un truc ...bon « monsieur écoutez vous avez...les résultats montrent que ça c'est ça c'est ça, on peut suspecter un cancer de prostate ». Mais ça ne va pas te prendre aux tripes, à mon avis hein. Même si ...parce que tu as de la distance avec les gens. Alors que ce sera ton frère, ton cousin ou ta cousine, enfin pas pour la prostate mais ton frère tu vas te dire oh punaise il a un cancer de la prostate. Là ça va te toucher. Donc tout ça c'est lié au rapport que l'on a avec les patients. Il me semble hein. Ouais.

C'est pour ça, on a une espèce de médecine déshumanisée. On le voit à l'hôpital c'est déshumanisé. Moi je me rappelle, j'ai eu un cas proche. On trouve un nodule, le radiologue trouve un cancer au sein. Bon bah écoutez, j'ai quelque chose d'un peu suspect, prenez rendez-vous pour faire une biopsie. Point barre . La personne m'est revenue, elle est partie voir ailleurs, qu'est-ce que c'est ça.

Voilà parce que personne ne lui a expliqué ce que c'était donc voilà médecine déshumanisée. Ou alors tu reçois le dossier, bon votre médecin montre que...et tu reçois par courrier . Et oulalala mauvaise nouvelle tralala. Voilà la médecine qui se fait maintenant. Moi je trouve qu'elle est déshumanisée complètement, c'est ce qui se fera maintenant. (Sourire). »

## **Analyse phénoménologique**

L'impact émotionnel nécessaire du médecin conditionne la qualité humaniste de la consultation d'annonce. Une attention toute particulière est portée à la répercussion de l'annonce dans le vécu des patients. Cela tend à disparaître au prix d'une médecine plus technique.

## Annexe 4 : Les concepts d'empathie, sympathie et compassion selon Diane Dechièvre

Diane Dechièvre a théorisé ces trois concepts en 2006 avec le tableau simplifié suivant.

	<b>Objectif</b>	<b>Manière</b>	<b>Implication émotionnelle</b>	<b>Conséquences probables</b>
<b>Empathie</b>	La compréhension de l'interlocuteur. Qu'il s'agisse de choses <u>positives</u> comme de choses <u>négatives</u> .	Se mettre à la place de l'autre tout en gardant à l'esprit que l'on n'est pas l'autre (pas de projection).	Idéalement : aucune ! Neutralité.	L'optimisation de la communication, par la prise en considération de ce qui est exprimé par l'autre. La qualité de l'accueil de l'autre.
<b>Sympathie</b>	Le bien-être de son interlocuteur. Sa séduction pour un retour de sentiment positif. Créer des sentiments <u>positifs</u> .	Sourire, compliments, invitation à faire « avec », à partager. Créer un climat de confiance et un esprit d'équipe avec son interlocuteur.	Emotions positives chez l'interlocuteur éveillées par celui qui est sympathique.	Création de sentiments d'amour ou d'amitié réciproques. Un meilleur esprit d'équipe. Risques : - hypocrisie - manipulation
<b>Compassion</b>	La consolation de la souffrance de son interlocuteur. Vivre des sentiments <u>négatifs</u> .	Se confondre avec l'interlocuteur pour vivre les mêmes émotions négatives que lui.	Emotions négatives véhiculées par celui qui souffre et vécues comme telles par celui qui compatit.	Un lien confidentiel très fort. Risques ultérieurs : - dépendance psychologique ; - abus de faiblesse.

© Diane Dechièvre, 2006

On distingue différents types d'empathie :

- L'empathie morale qui est un élan spontané pour autrui avec un souci de disponibilité et d'attention pour son prochain.
- L'empathie affective qui est une expérimentation subjective du ressenti d'autrui.
- L'empathie cognitive qui consiste à adopter la perspective d'autrui pour analyser et comprendre son expérience.
- L'empathie comportementale qui rend compte au patient de la préoccupation et de la compréhension

L'empathie est considérée comme une relation cognitive alors que la sympathie est une relation affective.

## SERMENT

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
- Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
- Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

## **Résumé : Explorer l'expérience vécue par les médecins généralistes concernant la communication lors de l'annonce de mauvaises nouvelles**

La consultation d'annonce est un moment difficile pour le patient comme pour le praticien. Notre étude qualitative porte sur le lien entre le vécu de ces consultations d'annonce par le médecin généraliste et la communication qu'il met en œuvre. Des entretiens individuels ont été réalisés avec 14 médecins généralistes gardois et analysés en mode thématique avec des focus phénoménologiques sur les thèmes phares émergents.

Leur vécu est marqué par de la souffrance. Le désarroi qu'il soit émotionnel, intellectuel ou existentiel entraîne la déstabilisation du praticien.

Ils éprouvent des difficultés à communiquer et se fient à leur intuition pour délivrer l'information.

De ce fait, le savoir médical est mis en retrait pour une approche plus sensible de la relation avec le patient. Les concepts « d'être là » et « d'être avec » le patient sont une réponse aux difficultés du médecin messenger de l'information et à son destinataire le patient.

Le médecin généraliste a une relation singulière avec son patient de par la connaissance de son environnement et de son entourage.

La juste posture est délicate à trouver, notamment lorsque l'on est amené à côtoyer le patient dans la vie civile. La préparation mentale à une consultation d'annonce aide à adapter le contenu de son discours et à trouver une plus juste distance dans la relation.

L'enquête a permis à chacun de poser un regard sur sa propre pratique avec une prise de conscience partielle de la communication non verbale en jeu.

Le contenu de l'information délivrée est hétérogène mais avec la volonté de l'adapter aux capacités supposées de réceptivité du patient.

La formation théorique ne paraît pas utile à la majorité, car elle ne prendrait sens que dans l'expérience vécue

Un enseignement des bases de la communication, pendant les études médicales, interférant avec la pratique clinique naissante est une piste à explorer.

**MOTS CLEFS : vécu, consultation d'annonce, communication, relation médecin/malade, formation**