



**HAL**  
open science

# Le médecin urgentiste face à l'annonce d'un mauvais pronostic : exploration du vécu des médecins urgentistes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

Émilie Raudin

► **To cite this version:**

Émilie Raudin. Le médecin urgentiste face à l'annonce d'un mauvais pronostic : exploration du vécu des médecins urgentistes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04757664

**HAL Id: dumas-04757664**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04757664v1>**

Submitted on 29 Oct 2024

**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.

**Le médecin urgentiste face à l'annonce d'un mauvais pronostic : exploration  
du vécu des médecins urgentistes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de  
Marseille**

# **T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 11 Octobre 2024**

**Par Madame Émilie RAUDIN**

**Née le 18 janvier 1998 à Troyes (10)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MEDECINE D'URGENCE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur MICHELET Pierre**

**Président**

**Madame le Professeur DAUMAS Aurélie**

**Assesseur**

**Madame le Docteur MEYNIER Vanessa**

**Directeur**



**Le médecin urgentiste face à l'annonce d'un mauvais pronostic : exploration  
du vécu des médecins urgentistes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de  
Marseille**

# **T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 11 Octobre 2024**

**Par Madame Émilie RAUDIN**

**Née le 18 janvier 1998 à Troyes (10)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MEDECINE D'URGENCE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur MICHELET Pierre**

**Président**

**Madame le Professeur DAUMAS Aurélie**

**Assesseur**

**Madame le Docteur MEYNIER Vanessa**

**Directeur**

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

### **Assesseurs :**

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC	:	Pr. Gabrielle SARLON
➤ Développement DPC	:	Pr. Frédéric CASTINETTI Pr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PASS - LAS	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Pr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Patrick DESSI
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Lily BLANC-PACCHIONI

## ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur : Pr. Bruno FOTI

Directeurs adjoints : Pr. Michel RUQUET  
: Pr. Anne RASKIN

### *Chargés de mission*

- Formation initiale : Pr. Michel RUQUET
- Recherche : Pr. Anne RASKIN
- Formation continue : Pr. Frédéric BUKIET
- Relations internationales : Pr. Hervé TASSERY
- Internat et diplômes d'études spécialisées : Pr. Virginie MONNET-CORTI
- Affaires générales : Dr. Alain TOSELLO

## ÉCOLE DE MAIEUTIQUE

Directrice : Madame Carole ZAKARIAN

### *Chargés de mission*

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : Pr. Laurent BENSOUSSAN

Directrice Adjointe : Pr. Valérie AGHABABIAN

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : Pr. Sébastien COLSON

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEJOU Jacques
	ALBANESE Jacques		DELPERO Jean-Robert
	ALDIGHERI René		DESSEIN Alain
	ALESSANDRINI Pierre		DELARQUE Alain
	ALLIEZ Bernard		DENIS Danièle
	AMBROSI Pierre		DESSI Patrick
	AQUARON Robert		DEVIN Robert
	ARGEME Maxime		DEVRED Philippe
	ASSADOURIAN Robert		DJIANE Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		DONNET Vincent
	AUTILLO-TOUATI Amapola		DUCASSOU Jacques
	AZORIN Jean-Michel		DUFOUR Michel
	BAILLE Daniel		DUMON Henri
	BAILLE Yves		DURAND Jean-Marc
	BARROT Jacques		ENJALBERT Alain
	BARROT André		ERARD Jacques
	BERARD Pierre		FAUGERE Gérard
	BERGOIN Maurice		FAVRE Roger
	BERLAND Yvon		FIECHI Marius
	BERNARD Dominique		FARNARIER Georges
	BERNARD Jean-Louis		FIGARELLA Jacques
	BERNARD Pierre-Marie		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERTRAND Edmond		FONTES Michel
	BISSET Jean-Pierre		FOUREL Jean
	BLANC Bernard		FRANCES Yves
	BLANC Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BOLLINI Gérard		FUENTES Pierre
	BONGRAND Pierre		GABRIEL Bernard
	BONNEAU Henri		GALINIER Louis
	BONNET Jean-Louis		GALLAIS Hervé
	BONNOIT Jean		GAMERRE Marc
	BORY Michel		GARCIN Michel
	BOTTA Alain		GARNIER Jean-Marc
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GAUTHIER André
	BOUBLI Léon		GERARD Raymond
	BOURGEADE Augustin		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOUVENOT Gilles		GIUDICELLI Sébastien
	BOUYALA Jean-Marie		GOUDARD Alain
	BREMOND Georges		GOUIN François
	BRICOT René		GRILLO Jean-Marie
	BRUNET Christian		GRIMAUD Jean-Charles
	BUREAU Henri		GRISOLI François
	CAMBOULIVES Jean		GROB Jean-Jacques
	CARTOUZOU Guy		GROULIER Pierre
	CAU Pierre		GUYS Jean-Michel
	CHABOT Jean-Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	CHAMLIAN Albert		HARLE Jean-Robert
	CHARPIN Denis		HASSOUN Jacques
	CHARREL Michel		HEIM Marc
	CHAUVEL Patrick		HOUEL Jean
	CHOUX Maurice		HUGUET Jean-François
	CIANFARANI François		JAQUET Philippe
	CLAVERIE Jean-Michel		JAMMES Yves
	CLEMENT Robert		JOUBE Paulette
	COMBALBERT André		JUHAN Claude
	CONTE-DEVOLX Bernard		JUIN Pierre
	CORRIOL Jacques		KAPHAN Gérard
	COULANGE Christian		KASBARIAN Michel
	CURVALE Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CRAVELLO Ludovic		LACHARD Jean
	DALMAS Henri		LAFFARGUE Pierre
	DE MICO Philippe		LAUGIER René

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	LE TREUT Yves	MM	RAOULT Didier
	LEGRE Régis		REBOUL Maurice
	LECHEVALLIER Eric		RICHAUD Christian
	LEVY Samuel		RIDINGS Bernard
	LOUCHET Edmond		ROCHAT Hervé
	LOUIS René		ROHNER Jean-Jacques
	LUCIANI Jean-Marie		ROUDIER Jean
	MAGALON Guy		ROUX Hubert
	MAGNAN Jacques		ROUX Michel
	MALLAN- MANCINI Josette		RUFO Marcel
	MALMEJAC Claude		SAHEL José
	MARANINCHI Dominique		SALAMON Georges
	MARIANI Paul		SALDUCCI Jacques
	MARTIN Claude		SALVADORI André
	MARTINI Louis		SAMBUC Roland
	MATTEI Jean François		SAN MARCO Jean-Louis
	MERCIER Claude		SANKALE Marc
	MICHEL Jean		SARACCO Jacques
	MICHOTEY Georges		SARLES Jacques
	MIRANDA François		SARLES - PHILIP Nicole
	MONFORT Gérard		SASTRE Bernard
	MONGES André		SCHIANO Alain
	MONGIN Maurice		SEBAHOUN Gérard
	MOULIN Guy		SEITZ Jean-François
	MUNDLER Olivier		SERMENT Gérard
	NAZARIAN Serge		SIMEONI Horace
	NICOLI René		SIMON Jean
	NOIRCLERC Michel		SOULAYROL René
	OLIVE Daniel		TAMALET Jacques
	OLMER Michel		TARANGER-CHARPIN Colette
	OREHEK Jean		THIRION Xavier
	ORTHLIEB Jean-Daniel		THOMASSIN Jean-Marc
	PANUEL Michel		TRIGLIA Jean-Michel
	PAPY Jean-Jacques		UNAL Daniel
	PAULIN Raymond		VAGUE Philippe
	PELOUX Yves		VAGUE/JUHAN Irène
	PENAUD Antony		VANUXEM Paul
	PIANA Lucien		VERVLOET Daniel
	PICAUD Robert		VIALETTES Bernard
	PIGNOL Fernand		WEILLER Pierre-Jean
	POGGI Louis		ZATTARA Henri
	POITOUT Dominique		
	PONCET Michel		
	POUGET Jean		
	PRIVAT Yvan		
	QUILICHINI Francis		
	RANQUE Jacques		
	RANQUE Philippe		

## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

## EMERITAT

### 2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

### 2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

### 2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

### 2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

### 2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

## EMERITAT

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

### 2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

### 2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023
M. le Professeur	DEJOU Jacques	31/08/2023
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2023

### 2023

M. le Professeur	AMBROSI Pierre	31/08/2026
M. le Professeur	OLIVE Daniel	31/08/2026
M. le Professeur	ROUDIER Jean	31/08/2026
Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2024
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2024
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2024
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2024
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2024
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2024
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2024

## EMERITAT

2024

Mme le Professeur	DENIS Danièle	31/08/2027
M. le Professeur	DESSI Patrick	31/08/2027
M. le Professeur	AMBROSI Pierre	31/08/2026
M. le Professeur	OLIVE Daniel	31/08/2026
M. le Professeur	ROUDIER Jean	31/08/2026
Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2025
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2025
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2025
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2025

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUYOT-CECCALDI Laurent
AMABILE Philippe	COUDERC Anne-Laure	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	HABIB Gilbert
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
ASTOUL Philippe	CUNY Thomas	HOUVENAEGHEL Gilles
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HRAIECH Sami
AUDOIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	JACQUIER Alexis
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	JOURDE-CHICHE Noémie
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JOUVE Jean-Luc
AZULAY Jean-Philippe	DAUMAS Aurélie	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DAVID Thierry	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'ERCOLE Claude	<i>KERBAUL François (détachement)</i>
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DEHARO Jean-Claude	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DELAPORTE Emmanuel	LAGIER David
BARTOLI Michel	DEVILLIER Raynier	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BAT Flora	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBOURG Grégory	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUBUS Jean-Christophe	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFFAUD Florence	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DUFOUR Henry	LE GALL Michel
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	ESCLASSAN Rémi	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FABRE Alexandre	LOOSVELD Marie
BIRNBAUM David	FAKHRY Nicolas	MACE Loïc
BLAISE Didier	FAURE Alice	MAGNAN Pierre-Edouard
BLANC Julie	FELICIAN Olivier	MANCINI Julien
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence	MEGE Jean-Louis
BLONDEL Benjamin	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BOISSIER Romain	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FOTI Bruno	MEYER/DUTOUR Anne
BONELLO Laurent	FOURNIER Pierre-Edouard	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOULATE David	FRANCESCHI Frédéric	MICHEL Fabrice
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Gérard
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Justin
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHELET Pierre
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MILH Mathieu
BRUDER Nicolas	<i>GARCIA Stéphane (disponibilité)</i>	MILLION Matthieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MOAL Valérie
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MONNET-CORTI Virginie
BUKIET Frédéric	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MOUTARDIER Vincent
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	NAUDIN Jean
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLLAS Richard
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	NGUYEN Karine
CERMOLACCE Michel	GIOVANNI Antoine	OLLIVIER Matthieu
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	OUAFIK L'Houcine
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	PADOVANI Laetitia
CHANEZ Pascal	GONZALEZ Jean- Michel	PAGANELLI Franck
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRAILLON Thomas	PAPAZIAN Laurent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	PAROLA Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	PELLETIER Jean
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric	PERRIN Jeanne
CHOSSEGROS Cyrille	GUIEU Régis	PESENTI Sébastien

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PETIT Philippe	RUQUET Michel	TROPIANO Patrick
PHAM Thao	SALAS Sébastien	<i>TSIMARATOS Michel (détachement)</i>
PHILIP-ALLIEZ Camille	SARLON-BARTOLI Gabrielle	TURRINI Olivier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VALERO René
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VELLY Lionel
POINSO François	SIELEZNEFF Igor	VEY Norbert
RADULESCO Thomas	SIMON Nicolas	VIDAL Vincent
RANQUE Stéphane	STEIN Andréas	VIENS Patrice
RASKIN Anne	SUISSA Laurent	VILLA Antoine
REGIS Jean	TABOURET Emeline	VILLANI Patrick
REYNAUD/GAUBERT Martine	TAIEB David	VITON Jean-Michel
REYNAUD Rachel	TARDIEU Corinne	VITTON Véronique
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TARDIVO Delphine	<i>VIEHWEGER Heide Elke (détachement)</i>
<i>RICHERI Raphaëlle (disponibilité)</i>	TASSERY Hervé	<i>VIVIER Eric (disponibilité)</i>
ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCH Antoine	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCHWERGER Richard	TOMASINI Pascale	
ROLL Patrice	TOSELLO Barthélémy	
ROSSI Dominique	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

---

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ABOUT Imad  
ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
COLSON Sébastien  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

### PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques  
JANCZEWSKI Aurélie

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah ( <i>disponibilité</i> )	GAUBERT Jacques	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	GAUDRY Marine	NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle
ANTEZACK Angéline	GELSI/BOYER Véronique	NOUGAIREDE Antoine
APPAY Romain	GIRAUD Thomas	PAULMYER/LACROIX Odile
ARCANI Robin	GIRAUDEAU Anne	PEDINI Pascal
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	PIZZO Francesca
BALLESTER Benoit	GOROKHOVA Svetlana	POMMEL Ludovic
BARON Sophie	GOURIET Frédérique	PRECKEL Bernard-Eric
BEGE Thierry	GRIMALDI Stéphan	PROST Solène
BELLONI Didier	GUERIN Carole	RE Jean-Philippe
BENYAMINE Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	RESSEGUIER Noémie
BLANCHET Isabelle	GUIBVARC'H Maud	ROBERT Philippe
BOBOT Mickael	GUIVARCH Jokthan	ROBERT Thomas
BOHAR Jacques	HABERT Paul	ROCHE-POGGI Philippe
BONINI Francesca	HAK Jean-François	ROCHIGNEUX Philippe
BOUCRAUT Joseph	HAUTIER Aurélie	ROMANET Pauline
BOULAMERY Audrey	HEIM Xavier	SABATIER Renaud ( <i>disponibilité</i> )
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	SARI-MINODIER Irène ( <i>détachement</i> )
BOUSSEN Salah Michel ( <i>détachement</i> )	JACQUOT Bruno	SAULTIER Paul
BUFFAT Christophe	JALOUX Charlotte	SAVEANU Alexandru
CAMILLERI Serge	JARROT Pierre-André	SILVESTRI Frédéric
CAMOIN Ariane	KASPI-PEZZOLI Elise	STELLMANN Jan-Patrick
CAMPANA Fabrice	KORCHIA Théo	STEPHAN Grégory
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	SUCHON Pierre
CASAZZA Estelle	LABIT-BOUVIER Corinne	TOSELLO Alain
CASSAGNE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TROUDE Lucas
CATHERINE Jean-Hugues	LAGARDE Stanislas	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHOPINET Sophie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VELY Frédéric
CHRETIEN Anne-Sophie	LAMBERT Isabelle	VENTON Geoffroy
COZE Carole	LAN Romain	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAURENT Michel	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEHARO Pierre	LORENZO Diane	
DELLIAUX Stéphane	LUCIANI Léa	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DUCONSEIL Pauline	MALISSEN Nausicaa	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André ( <i>disponibilité</i> )	
ELDIN Carole	MEGE Diane	
FOLETTI Jean- Marc	MENSE Chloé	
FRANKEL Diane	MENU Estelle	
FROMNOT Julien	MORAND-HUGUET Aurélie	
GARCIAZ Sylvain	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
GASTALDI Marguerite	NETTER Antoine	

---

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	LAVERNY Oskar	THOLLON Lionel
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	ZAKARIAN Carole
DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie	
DESNUES Benoit	RUEL Jérôme	

**MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

CASANOVA Ludovic  
JEGO SABLIER Maëva

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BERNAL Alexis  
FIERLING Thomas  
DE LAPEYRIERE Camille  
FORTE Jenny  
GUERCIA Olivier  
GUILLOT Laure  
MIGLIARDI Jonathan  
MITILIAN Eva  
THERY Didier

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline  
LAZZAROTTO Sébastien  
LUCAS Guillaume  
MATHIEU Marion  
MAYENS-RODRIGUES Sandrine  
MELLINAS Marie  
MORIN-GALFOUT Sara  
ROMAN Christophe  
TRINQUET Laure  
VILLA Milène

**CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION**

**FORMATION ERGOTHERAPIE**

BLANC Catheline  
DESPRES Géraldine  
GIRAUDIER Anaïs  
PAVE Julien

**FORMATION PODOLOGIE**

GRIFFON Patricia  
PETITJEAN Aurélie

**FORMATION ORTHOPTIE**

MONTICOLO Chloé

**FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE**

AUTHIER Guillaume  
CAORS Béatrice  
CHAULLET Karine  
ERCOLANO Bruno  
HENRY Joannie  
HOUDANT Benjamin  
MIRAPEIX Sébastien  
MULLER Philippe  
ROSTAGNO Stéphane

**CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES**

CHAYS-AMANIA Audrey

**CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS**

GILSINN Amanda

**ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

PARDOUX Eric  
SACHAU-CARCEL Géraldine

**CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE**

CLADY Emilie  
FREMONDIERE Pierre  
MATTEO Caroline  
MONLEAU Sophie  
MUSSARD-HASSLER Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS  
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
*GARCIA Stéphane (PU-PH) disponibilité*  
XERRI Luc (PU-PH)

APPAY Romain (MCU-PH)  
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
*MAUES DE PAULA André (MCU-PH) disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LAGIER David (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)  
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

*BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) détachement*

**ANGLAIS 11**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
DUBOURG Grégory (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

*AHERFI Sarah (MCU-PH) disponibilité*  
*ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité*  
BARON Sophie (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
LUCIANI Léa (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MARLINGE Marion (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)  
 GUYE Maxime (PU-PH)  
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
 GIORGI Roch (PU-PH)  
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)  
 LAVERNY Oskar (MCF)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

PROST Solène (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 TABOURET Emeline (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

ROCHIGNEUX Philippe (MCU-PH)  
 SABATIER Renaud (MCU-PH) disponibilité

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
 BONELLO Laurent (PU PH)  
 CUISSET Thomas (PU-PH)  
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
 HABIB Gilbert (PU-PH)  
 PAGANELLI Franck (PU-PH)  
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

**CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)  
 BIRNBAUM David (PU-PH)  
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
 SEBAG Frédéric (PU-PH)  
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
 CHOPINET Sophie (MCU-PH)  
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
 GUERIN Carole (MCU PH)  
 MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

FAURE Alice (PU PH)  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 PESENTI Sébastien (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT-CECCALDI Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

BOULATE David (PU-PH)  
 COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)  
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)  
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GONZALEZ Jean-Michel ( PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

LORENZO Diane (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704****DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 NGYUEN Karine (PU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GOROKHOVA Svetlana (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BLANC Julie (PU-PH)  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (PU-PH)

NETTER Antoine (MCU-PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 DEVILLIER Raynier (PU PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 LOOSVELD Marie (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

GARCIAZ Sylvain (MCU-PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 PEDINI Pascal (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)  
 VENTON (MCU-PH)

### IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH) *disponibilité*

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 HEIM Xavier (MCU-PH)  
 JARROT Pierre-André (MCU PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

### MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)  
 TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

### MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

### MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)  
 KERBAUL François (PU-PH) *détachement*  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

### MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

### MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)  
 VILLA Antoine (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH) *détachement*

### MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 COUDERC Anne-Laure (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH) *Retraite 1/12/2024*  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

**MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)  
JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)  
JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
DE LAPEYRIERE Camille (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
GUERCIA Olivier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
GUILLOT Laure (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
MIGLIARDI Jonathan (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

**NUTRITION 4404**

BELIARD Sophie (PU-PH)  
DARMON Patrice (PU-PH)  
VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DAVID Thierry (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  
MICHEL Julie (PU-PH)  
Direction Administrative - RH

**NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)  
BURTEY Stéphane (PU-PH)  
DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)  
ROBERT Thomas (MCU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)  
FUENTES Stéphane (PU-PH)  
GAILLON Thomas (PU PH)  
REGIS Jean (PU-PH)  
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
TROUDE Lucas (MCU-PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
FELICIAN Olivier (PU-PH)  
PELLETIER Jean (PU-PH)  
SUISSA Laurent (PU-PH)

GRIMALDI Stéphan (MCU-PH)  
MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

BAT Flora (PU-PH)  
DA FONSECA David (PU-PH)  
POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

NICOLLAS Richard (PU-PH)  
RADULESCO Thomas (PU-PH)

BLIN Olivier (PU-PH) disponibilité  
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
MENU Estelle (MCU-PH)

PARDOUX Eric (ATER)

**PEDIATRIE 5401**

**PHYSIOLOGIE 4402**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
BARLOGIS Vincent (PU-PH)  
CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
FABRE Alexandre (PU-PH)  
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
MICHEL Gérard (PU-PH)  
MILH Mathieu (PU-PH)  
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)  
REYNAUD Rachel (PU-PH)  
TOSELLO Barthélémy (PU-PH)  
TSIMARATOS Michel (PU-PH) détachement

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
BREGEON Fabienne (PU-PH)  
GABORIT Bénédicte (PU-PH)  
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

COZE Carole (MCU-PH)  
MORAND-HUGUET Aurélie (MCU-PH)  
SAULTIER Paul (MCU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)  
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)  
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)  
LAMBERT Isabelle (MCU-PH)  
PIZZO Francesca (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

CERMOLACCE Michel (PU-PH)  
LANCON Christophe (PU-PH)  
NAUDIN Jean (PU-PH)  
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH) disponibilité  
KORCHIA Théo (MCU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
CHANEZ Pascal (PU-PH)  
GREILLIER Laurent (PU PH)  
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)  
TOMASINI Pascale (PU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**RHUMATOLOGIE 5001**

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
GIRARD Nadine (PU-PH)  
JACQUIER Alexis (PU-PH)  
PETIT Philippe (PU-PH)  
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)  
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
PHAM Thao (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

HABERT Paul (MCU PH)  
HAK Jean-François (MCU PH)  
STELLMAN Jean-Benoît (MCU PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)  
VILLANI Patrick (PU-PH)

ARCANI Robin (MCU-PH)

MAJ 01.09.2024

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
 HRAIECH Sami (PU-PH)  
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
 ROCH Antoine (PU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
 BOISSIER Romain (PU-PH)  
 KARSENTY Gilles (PU-PH)  
 ROSSI Dominique (PU-PH)

**SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91**

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume  
 BLANC Catheline  
 CAORS Béatrice  
 CHAULLET Karine  
 ERCOLANO Bruno  
 GRIFFON Patricia  
 GIRAUDIER Anaïs  
 GRIFFON Patricia  
 HENRY Joannie  
 HOUDANT Benjamin  
 MIRAPEIX Sébastien  
 MONTICOLO Chloé  
 MULLER Philippe  
 PAVE Julien  
 PETITJEAN Aurélie  
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**MAÏEUTIQUE 90**

CLADY Emilie  
 FREMONDIERE Pierre  
 MATTEO Caroline  
 MONLEAU Sophie  
 MUSSARD-HASSLER Pascale  
 REPELLIN David

ZAKARIAN Carole (MCF)

**SCIENCES INFIRMIERES 92**

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 VILLA Milène (MAST)  
 AMANIA Audrey (LRU)  
 SCHWINGROUBERT Jocelyn (LRU)

**ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01**

LE GALL Michel (PU-PH)  
 PHILIP-ALLIEZ Camille (PU-PH)  
 TARDIEU Corinne (PU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCU-PH)  
 BOHAR Jacques (MCU-PH)  
 CAMOIN Ariane (MCU-PH)  
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)  
 NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01**

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)  
 ANTEZACK Angéline (MCU-PH)  
 BELLONI Didier (MCU-PH)  
 CAMPANA Fabrice (MCU-PH)  
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)  
 ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

**PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02**

FOTI Bruno (PU-PH)  
 TARDIVO Delphine (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 65**

ABOUT Imad (PR)

**DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01**

BUKIET Frédéric (PU-PH)  
 ESCLASSAN Rémi (PU-PH)  
 RASKIN Adrien (PU-PH)  
 Direction Administrative - RH

RUQUET Michel (PU-PH)  
TASSERY Hervé (PU-PH)  
TERRER Elodie (PU-PH)

BALLESTER Benoît (MCU-PH)  
CASAZZA Estelle (MCU-PH)  
GIRAUD Thomas (MCU-PH)  
GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)  
GUIVARC'H Maud (MCU-PH)  
JACQUOT Bruno (MCU-PH)  
LAURENT Michel (MCU-PH)  
MENSE Chloé (MCU-PH)  
POMMEL Ludovic (MCU-PH)  
PRECKEL Bernard-Eric (MCU-PH)  
RE Jean-Philippe (MCU-PH)  
SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)  
STEPHAN Grégory (MCU-PH)  
TOSELLO Alain (MCU-PH)

## Remerciements

À **Monsieur le Professeur Pierre Michelet**, qui me fait l'honneur de présider mon jury. Je vous remercie pour le temps accordé à mon travail, en espérant que celui-ci sera à la hauteur de votre exigence.

À **Madame le Professeur Aurélie Daumas**, qui a accepté de faire partie de mon jury. Je te remercie d'avoir accepté de participer à la dernière étape de mon internat après m'avoir accompagné lors de mon premier semestre dans le service du Professeur Villani. Tu m'as marqué par tes connaissances et ton engagement envers la formation des étudiants, qu'ils soient internes ou externes.

À ma directrice de thèse, **Madame le Docteur Vanessa Meynier**. Merci pour tout. Pour m'avoir aidé à construire ce travail de thèse, pour m'avoir soutenue et guidée durant sa réalisation et surtout pour m'avoir rassurée lorsque je doutais. J'espère que ce travail est à la hauteur de tes espérances.

Aux médecins ayant participé à ce travail de thèse. Merci pour votre disponibilité, votre enthousiasme et l'intérêt que vous avez porté au sujet étudié. Sans votre participation, ce document n'existerait pas.

À Célia, qui a accepté de se lancer avec moi dans le vaste monde de l'étude qualitative, très flou au départ. Merci d'avoir été un soutien durant la réalisation de ce travail, comme tu l'as été pendant tout l'internat.

À toutes les équipes, médicales et paramédicales, avec qui j'ai pu travailler et apprendre durant mon internat.

À tous les internes croisés durant ces 3 années.

## **Merci à ma famille,**

À toi, Maman, d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir donné les moyens de réussir. Merci pour ton implication dans mes études et dans ma vie personnelle. Dès la première année de médecine, tu as été là pour m'aider à réviser. Ces derniers mois, tu as été là pour m'aider dans l'écriture de ce travail. La boucle est bouclée. Cette thèse est aussi la tienne.

Ps : tu avais raison : « Essayer, c'est ne pas regretter ».

À toi, Papa. Merci d'avoir été un papa si attentionné, toujours là pour me dire de ralentir et prendre du temps pour moi durant ces années de travail. J'espère que tu me vois au quotidien et que tu es fier de moi là où tu es. En tout cas moi je suis fière de toi et je te dédie ce travail.

À Jérem, mon Jéjé. Merci pour tout. Pour ton amour, ton soutien, ta bonne humeur et tes attentions. Merci pour la vie que l'on s'est construit. La vraie vie va pouvoir commencer, accroches toi.

Merci aussi à ta famille, Murielle, Éric, Dorian, Charlène et tous les autres, pour m'avoir si bien accueillie et soutenue.

À toi aussi mon Lolo. Merci d'être le frère incroyable que tu es. Merci pour notre complicité, nos rires et tous les bons moments partagés. Sans le savoir, tu as été un de mes plus gros soutiens durant ces études.

À Chris. Merci de toujours me faire rire avec tes histoires sorties de nulle part. Prépare toi, maintenant que cette thèse est sur papier, j'aurai tout le temps nécessaire pour faire la police et te surveiller.

Katia, merci pour tout. Tout simplement.

À Martine. Merci pour tous les cierges déposés pendant ces 9 années d'études. Ils m'ont probablement sauvée à plusieurs reprises... J'espère que tu es en forme pour fêter la fin de ce travail.

À Brigitte. Merci pour ta joie de vivre, ton soutien et pour la fierté que je voyais dans tes yeux lorsque tu parlais de mes études. J'espère que tu peux me voir de là où tu es et que tu es fière de moi.

### **Merci à ma famille de cœur,**

Mes « greluches », Adèle, Chloé, Clara, Inès et Pauline. Merci pour toutes ces années et celles à venir. Merci pour les fous rires, qui continuent d'exister même à plusieurs centaines de kilomètres les unes des autres. Merci pour le soutien que nous nous sommes apporté quand il le fallait. Merci d'avoir été là dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci d'être les sœurs que je n'ai pas eues. Vous me manquez chaque jour.

Jeannot, merci d'exister tout simplement. Merci de m'avoir laissée squatter ton lit quand j'en avais besoin. Tu as été un immense soutien pour moi. Merci aussi d'avoir trouvé Antoine et de l'avoir fait rentrer dans ma vie, il est exceptionnel.

Mes frères de cœur, Alex, Nico et Jojo. Étant donné que je n'avais pas assez d'un frère à la maison, Lolo a décidé de m'en trouver d'autres. Il vous a bien choisis. Merci pour votre folie.

Héloïse, merci pour toutes ces années depuis le collège. Merci pour tous les bons moments partagés.

Marina, merci pour ton amitié. Sans ton soutien des débuts, je n'aurais pas pu avoir le plaisir (...) d'écrire ce travail un jour dans ma vie. Il y a 9 ans, nous ne pensions pas en être capables mais nous l'avons fait. Je suis fière de nous.

Duncan, qui l'aurai cru au collège, qu'un jour tu paieras une nourrisse pour ta fille pendant que moi je paierai toujours mon inscription à la fac ? Je sais que je pourrai toujours compter sur toi et merci pour ça.

Danaé et Édouard, merci pour votre bonne humeur constante et les moments passés ensemble.

Léna et Martin, merci pour vos sourires et votre dose de folie.

### **Merci aux copains marseillais,**

Iris, Louis et Célia (encore toi !), merci pour ces 3 années et tous les instants passés ensemble. Merci d'avoir poursuivi ma diversification alimentaire et surveillé mes siestes, telle votre enfant. Pas merci pour les parties de Mario Kart, une réelle humiliation. Merci pour toutes les soirées passées autour d'un (ou plusieurs...) verre(s) mais pas merci pour les lendemains difficiles en stage... Pas merci pour les soirées Casino à perdre l'équivalent d'un VD. Merci d'être ce que vous êtes.

Mathieu, Axel, Camille, que j'ai découvert aux urgences et dans le service de « Cradiologie », merci d'avoir partagé votre joie de vivre et vos meilleures blagues (parfois aussi les pires...). Merci à tous les autres, marseillais et non marseillais.

## Table des matières

<b>1. Introduction</b>	<b>3</b>
<b>2. Méthodologie</b>	<b>5</b>
2.1. Type d'étude	5
2.2. Caractéristiques des chercheuses	5
2.3. Population	6
2.3.1. Critères d'échantillonnage	6
2.3.2. Méthode d'échantillonnage	6
2.3.3. Information et consentement des participants	6
2.3.4. Caractéristiques des participants	6
2.4. Recueil des données	7
2.4.1. Modalité de recueil des données	7
2.4.2. Guide d'entretien	7
2.4.3. Traitement et conservation des données	7
2.5. Analyse	8
2.6. Éthique	8
<b>3. Résultats</b>	<b>9</b>
3.1. Recrutement	9
3.2. Caractéristiques de la population étudiée	10
3.3. Réalisation des entretiens	11
3.4. Retranscription des entretiens	11
3.5. Analyse des entretiens	12
3.5.1. Représentation d'une situation d'annonce de mauvais pronostic	12
3.5.2. Vécu du médecin	13
3.5.3. Évolution avec l'expérience	26
3.5.4. Ce qu'apporterait une formation à l'annonce de mauvais pronostic	28
<b>4. Discussion</b>	<b>30</b>
4.1. Résultats principaux	30
4.1.1. Le médecin face à ses émotions	30
4.1.2. Empathie cognitive et empathie affective	31
4.1.3. Impacte de la réaction des familles	32
4.1.4. Particularités liées à l'urgence et aux urgences	32
4.1.5. Contraintes organisationnelles	32

<b>4.2.</b>	<b><i>Discussion des choix et méthodes</i></b> .....	<b>34</b>
<b>4.3.</b>	<b><i>Forces et limites de l'étude</i></b> .....	<b>34</b>
<b>4.3.1.</b>	<b><i>Forces de l'étude</i></b> .....	<b>34</b>
<b>4.3.2.</b>	<b><i>Limites de l'étude</i></b> .....	<b>35</b>
<b>4.4.</b>	<b><i>Perspectives</i></b> .....	<b>36</b>
<b>4.4.1.</b>	<b><i>Pour la recherche</i></b> .....	<b>36</b>
<b>4.4.2.</b>	<b><i>Pour l'enseignement et la formation</i></b> .....	<b>36</b>
<b>4.4.3.</b>	<b><i>Pour l'amélioration des pratiques</i></b> .....	<b>37</b>
<b>5.</b>	<b><i>Conclusion</i></b> .....	<b>38</b>
<b>6.</b>	<b><i>Bibliographie</i></b> .....	<b>40</b>
<b>7.</b>	<b><i>Annexes</i></b> .....	<b>42</b>

## 1. Introduction

En médecine, nous parlons de pronostic lorsque le médecin apprécie l'évolution d'une maladie et son issue (1). En fonction de la situation du patient, le pronostic peut être jugé « bon » ou « mauvais ». Le mauvais pronostic est un pronostic dit défavorable et associé à une évolution péjorative à court, moyen ou long terme. Comme l'annonce d'une mauvaise nouvelle, l'annonce d'un mauvais pronostic va changer « radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son [...] avenir » (2). En fonction de ses expériences personnelles et professionnelles, chaque médecin aura sa propre représentation d'un mauvais pronostic et y associera des pathologies différentes.

Comme le stipule la loi Kouchner du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ». Cette information « incombe à tout professionnel de santé » (3) et doit être claire, loyale et appropriée (4). Tout médecin sera donc amené, au cours de sa carrière, à informer un patient du diagnostic retenu et parfois, du mauvais pronostic qui y est associé.

Pour de nombreux professionnels de santé, l'annonce d'un mauvais pronostic est un moment délicat, souvent redouté et parfois angoissant (5). Pour certains d'entre eux, l'annonce de mauvaises nouvelles représente la partie la plus difficile de leur métier (2).

Des études réalisées auprès de médecins généralistes (6) et spécialistes tels que les pédiatres (7) ont montré que l'annonce d'une mauvaise nouvelle ou d'un mauvais pronostic est difficile. Dans ces études, les difficultés les plus rapportées sont l'identification du médecin au patient, de par ses expériences personnelles et familiales et la différence d'interprétation du terme « gravité » entre le médecin et son patient. Les réactions des patients tel que le déni de la maladie peuvent également mettre le médecin en difficulté. Michael Buckman, oncologue américain, a mis en avant les sentiments de peur ressentis par certains médecins (8) : la peur personnelle de la maladie ou de la mort, la peur d'être blâmé et rendu responsable de ce qui arrive au patient, la peur de la réaction du patient et de devenir « le médecin qui fait pleurer », la peur de ses émotions avec pour certains la peur que l'émotionnel gêne l'énonciation de toutes les informations à délivrer, la peur de ne pas avoir toutes les réponses, etc... D'après lui, plus on maîtrise les domaines pour lesquels nous avons été formés (c'est-à-dire les prises en

charge médicales pures), plus nous avons peur des situations pour lesquels nous n'avons pas été formés (la communication et l'annonce). Cela générerait un sentiment d'insécurité et d'anxiété pour le médecin.

À ce jour, peu d'études se sont intéressées au vécu du médecin urgentiste. Pourtant, au vu de la symptomatologie très variée de nombreuses maladies graves, il est très fréquent que leur diagnostic soit fait aux urgences. Devant une augmentation quasi-constante du nombre de passages aux urgences depuis la fin du XXème siècle avec une activité supérieure de 3,3% par an en moyenne d'après la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du ministère de la santé, les médecins urgentistes seront de plus en plus confrontés à l'annonce de mauvais pronostics.

Au Service d'Accueil des Urgences (SAU) et en Service d'Aide Médicale d'Urgences (SAMU), les médecins sont amenés à faire des diagnostics et à en établir un pronostic dans un temps parfois très court. Ils sont le plus souvent le premier contact médical et font des annonces inattendues à des patients et familles qu'ils ne reverront jamais, avant de passer le relai aux autres spécialistes.

Les particularités de la médecine d'urgence impliquent que les résultats des études déjà réalisées à ce sujet ne soient peut-être pas adaptées à cette spécialité.

Une étude réalisée à l'aide de questionnaires dans le Service d'Accueil des Urgences (SAU) et le Service d'Aide Médicale d'Urgences (SAMU) du CHU de Poitiers (9), a mis en évidence que l'annonce d'une mauvaise nouvelle déclenche stress, insatisfaction et inquiétude chez les équipes, peu importe le poste occupé par la personne interrogée. Ces émotions seraient majorées lorsque l'annonce concerne un enfant et atténuées pour les soignants ayant le plus d'expérience (plus de 5 annonces dans cette étude).

Aucune étude qualitative basée sur la réalisation d'entretiens et portant sur le vécu du médecin urgentiste face à l'annonce d'un mauvais pronostic n'a été trouvée.

Forts de ce constat, nous nous sommes posé la question de recherche suivante : « Quel est le vécu du médecin urgentiste face à l'annonce d'un mauvais pronostic aux urgences et en urgence ? ».

Notre étude a pour objectif principal d'explorer le vécu et le ressenti des médecins urgentistes face à l'annonce d'un mauvais pronostic.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique (IPA), centrée sur le vécu des individus (10).

Ce travail de recherche a été élaboré afin de respecter les critères de qualité « Consolidated criteria for REporting Qualitative studies » (COREQ) (11) (Annexe 1).

Aucune hypothèse n'a été élaborée initialement puisque les chercheuses ont fait le choix d'une approche inductive.

### 2.2. Caractéristiques des chercheuses

Cette étude a été réalisée par Madame Émilie RAUDIN, doctorante en médecine d'urgence et novice en matière de recherche qualitative. L'investigatrice principale et autrice de ce travail a été accompagnée de Madame Célia LAHETJUZAN, également doctorante en médecine d'urgence et du Docteur Vanessa MEYNIER, Praticien Hospitalier à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) et directrice de ce travail de thèse, pour la construction de cette étude.

## 2.3. Population

### 2.3.1. Critères d'échantillonnage

Les médecins exerçant dans un des deux Services d'Accueil des Urgences (SAU) ou dans le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) de l'AP-HM étaient la cible de cette étude.

Les critères d'exclusion étaient :

- Avoir une activité SAU/SAMU partagée
- Être docteur junior
- Être interne

### 2.3.2. Méthode d'échantillonnage

Le recrutement a été réalisé sur la base du volontariat auprès des médecins urgentistes de l'AP-HM, lorsque ceux-ci ne remplissaient aucun critère d'exclusion. Ces derniers ont été contactés par mail (Annexe 2) sur leur adresse professionnelle.

### 2.3.3. Information et consentement des participants

Une fiche d'information (Annexe 3) était adressée aux médecins dès le premier contact afin de leur décrire les modalités de l'étude et une fiche de consentement (Annexe 4) était signée par les médecins volontaires avant leur participation.

### 2.3.4. Caractéristiques des participants

Une fiche d'informations démographiques (Annexe 5) était remplie à la fin de l'entretien par chaque participant. Elle permettait de recueillir son sexe, son âge, sa formation initiale, son nombre d'année d'expérience au SAU ou au SAMU, son type d'activité professionnelle, la fréquence à laquelle il annonce des mauvais pronostics, le temps qu'il consacre aux annonces et les conditions dans lesquelles il réalise les annonces.

## 2.4. Recueil des données

### 2.4.1. Modalité de recueil des données

Afin de faciliter l'expression du vécu et des émotions des participants, des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés par la chercheuse principale (ER). Le vouvoiement était utilisé durant chaque entretien. Les entretiens ont été réalisés en présentiel.

Un bureau médical avec fenêtre à l'hôpital Nord et une salle de staff ouverte sur une cour intérieure par l'intermédiaire de baies vitrées à l'hôpital de la Timone, étaient mis à disposition pour les entretiens. Un autre lieu pouvait être choisi par les participants. Dès que cela était possible, le médecin était installé face aux fenêtres.

La chercheuse principale était habillée en civile et portait un badge d'identification.

La collecte des données a été arrêtée lorsque celles-ci ont été jugées suffisantes.

### 2.4.2. Guide d'entretien

Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien évolutif, adapté tout au long de l'étude jusqu'à l'obtention d'un guide final (Annexe 6). Celui-ci interrogeait les médecins sur l'image qu'ils ont d'une situation d'annonce de mauvais pronostic, les conditions dans lesquelles ils réalisent les annonces, la préparation en amont s'il y a lieu, les émotions ressenties lors des annonces et l'évolution de leur vécu avec l'expérience professionnelle. Un entretien test a été réalisé au préalable afin de s'assurer de la clarté des questions.

### 2.4.3. Traitement et conservation des données

Les entretiens ont été enregistrés simultanément sur l'application dictaphone d'une tablette et d'un téléphone portable.

La retranscription ad integrum et anonyme des entretiens a été réalisée à l'aide de la fonction « dictée » de Word avant d'être relue et corrigée manuellement. Les éléments non verbaux jugés intéressants ont également été ajoutés.

Afin d'assurer l'anonymat des participants, des noms propres, des lieux, des anecdotes trop personnelles ont été supprimés ou modifiés si la chercheuse le jugeait nécessaire. De plus les entretiens ont été numérotés de M1 à Mx et une table de correspondance était conservée le temps de l'étude afin de garantir le droit de retrait des participants.

Il était possible pour les participants d'avoir accès à la retranscription de leur entretien pendant toute la durée de l'étude.

Les enregistrements ont été supprimés après retranscription, soit dans les 15 jours suivant l'entretien.

## 2.5. Analyse

Dans un premier temps, une lecture flottante des verbatims a été réalisée afin de se familiariser avec les données. Ensuite, des annotations dans la marge ont permis d'isoler des unités de sens. Ces dernières ont été triées en « Thèmes », eux-mêmes classés en « Catégories » (Annexe 7).

L'analyse des verbatims a été réalisée par la chercheuse principale (ER). L'interprétation des résultats a ensuite été discutées avec les co-chercheuses (CL et VM).

Aucun logiciel de codage n'a été utilisé.

## 2.6. Éthique

Cette étude a été réalisée après accord du Comité Éthique et Scientifique de l'AP-HM, enregistré sous le numéro CSE24-4.

### 3. Résultats

#### 3.1. Recrutement

Au total, 25 médecins urgentistes de l'APHM ont été contactés (Figure 1). Sept demandes de participation sont restées sans réponse et 18 médecins ont accepté de réaliser un entretien. Soit un taux de réponse de 72%. Aucun refus n'a été exprimé.

Treize entretiens ont été réalisés entre Mars 2024 et Mai 2024. Parmi eux, un entretien n'a pas été analysé et servait d'entretien test.

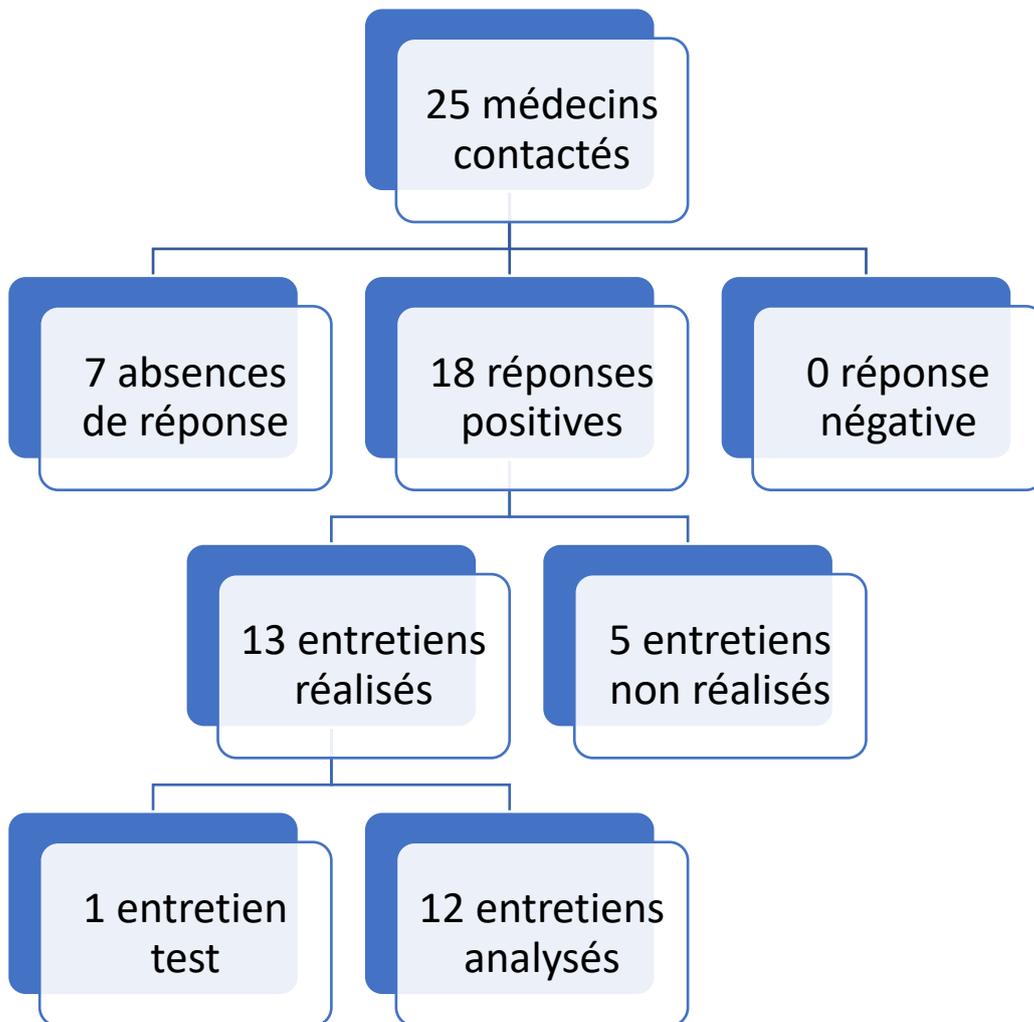


Figure 1 : Flow chart

### 3.2. Caractéristiques de la population étudiée

Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau 1. La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 42,6 ans. La totalité des médecins rencontrés avaient une formation initiale en médecine générale, avec pour la majorité, un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires en Médecine d'Urgences (DESC MU) (n = 8 ; 66,7%). La majorité des participants étaient des femmes (n = 8 ; 66,7%) et les médecins expérimentés (10 ans d'expérience et plus ; n = 10 ; 83,3%) étaient plus nombreux que les médecins peu expérimentés (moins de 10 ans d'expérience : n = 2 ; 16,7%). La plupart des médecins avaient une activité professionnelle au SAU (n = 11 ; 91,7%) et parmi eux, une majorité (n = 7 ; 63,6%) était issue du SAU Nord. La fréquence des annonces de mauvais pronostic variait entre moins d'une fois par mois ( n = 3 ; 25%) et plus d'une fois par semaine ( n = 2 ; 16,7%). La majorité des participants annonçaient des mauvais pronostics accompagnés d'un collègue (n = 7 ; 58,3%).

	Population (n=12)
<b>Sexe, n (%)</b>	
⇒ Homme	4 (33,3%)
⇒ Femme	8 (66,7%)
<b>Âge, moyenne en année</b>	42,6
<b>Formation, n (%)</b>	
⇒ Diplôme d'Études Spécialisées en Médecine d'Urgence (DES MU)	0 (0%)
⇒ Diplôme d'Études Spécialisées en Médecine Générale (DES MG)	12 (100%)
○ Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires en Médecine d'Urgence (DESC MU)	8 (66,7%)
○ Capacité en Médecine d'Urgence	3 (25%)
○ Autre	1 (8,3%)
⇒ Autre	0%
<b>Expérience, n (%)</b>	
⇒ Moins de 2 ans	0 (0%)
⇒ De 2 à 5 ans non inclus	1 (8,3%)
⇒ De 5 à 10 ans non inclus	1 (8,3%)
⇒ 10 ans et plus	10 (83,3%)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

<b>Activité, n (%)</b>	
⇒ Service d'accueil des Urgences (SAU)	11 (91,7%)
○ Timone	4 (36,4%)
○ Nord	7 (63,6%)
⇒ Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1 (8,3%)
<b>Fréquence de l'annonce, n (%)</b>	
⇒ Jamais	0 (0%)
⇒ Moins d'une fois par mois	3 (25%)
⇒ Moins d'une fois par semaine	3 (25%)
⇒ Une fois par semaine	4 (33,3%)
⇒ Plus d'une fois par semaine	2 (16,7%)
⇒ Quotidienne	0 (0%)
<b>Conditions, n (%)</b>	
⇒ Seul(e)	4 (33,3%)
⇒ Accompagné(e)	7 (58,3%)
⇒ Ne sait pas	1 (8,3%)

Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée (suite)

### 3.3. Réalisation des entretiens

Six entretiens (50%) ont été réalisés dans les locaux prévus par la chercheuse principale, 5 (41,7%) ont eu lieu dans les bureaux respectifs des participants à leur demande et un médecin (8,3%) a été rencontré à l'extérieur des locaux de l'APHM pour des raisons qui lui sont propres. Les entretiens ont duré de 13 à 32 minutes avec une moyenne de 23 minutes. Un entretien a été interrompu 5 minutes par un appel destiné à l'enquête.

### 3.4. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits au fur et à mesure de leur réalisation. En moyenne, la retranscription d'un entretien prenait entre 3 et 4 heures.

Aucun des participants n'a souhaité modifier la retranscription de son entretien.

## 3.5. Analyse des entretiens

### 3.5.1. Représentation d'une situation d'annonce de mauvais pronostic

Lorsque les médecins interrogés évoquent un mauvais pronostic, ils pensent à : une Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA), un arrêt cardio-respiratoire, un décès, une pathologie oncologique, une maladie vasculaire, un patient polytraumatisé, une détresse respiratoire sur terrain neurologique chronique ou encore un transfert en service de réanimation.

*M1 : « Probable décès proche »*

*M1 : « Rupture d'anévrisme aorte abdominale »*

*M3 : « Découverte de masse »*

*M6 : « niveau d'engagement sur un arrêt cardiaque »*

*M6 : « un syndrome de West et qui est très handicapé {...} si jamais il se dégrade, on est obligé quand même de, d'aborder le sujet avec la famille »*

*M7 : « Hémorragie cérébrale »*

*M7 : « un AVP où le pronostic est incertain »*

*M8 : « une mort ou un décès {...} inattendu »*

*M11 : « des patients âgés qui arrivent en détresse et qui, au final, sont limités »*

*M11 : « un passage en réa d'un patient jeune »*

Pour la très grande majorité des enquêtés, l'annonce de mauvais pronostic est vue comme un devoir. Les médecins ont la responsabilité d'informer patients et familles du diagnostic et du pronostic qui y est associé et se voient comme des missionnaires chargés d'annoncer. Pour certains d'entre eux, l'annonce fait partie intégrante de la prise en charge des patients.

*M1 : « notre mission »*

*M2 : « Ça fait partie de, de notre travail »*

*M5 : « On doit le faire »*

*M7 : « il faut le faire »*

*M8 : « Pas le choix »*

*M9 : « La prise en charge d'un patient ne s'arrête pas à lui prescrire doliprane, un antibio {...} l'annonce aux familles fait partie de notre travail en fait ! »*

*M12 : « je serai obligée de leur dire »*

L'annonce de mauvais pronostic représente une épreuve pour les médecins, notamment sur le plan émotionnel, et ces derniers l'apparentent parfois à un combat.

*M1 : « il faut l'affronter »*

*M3 : « je trouve que c'est compliqué pour nous à faire »*

*M7 : « c'est quelque chose qui n'est pas facile »*

*M9 : « Toujours un moment difficile »*

*M12 : « C'est une situation difficile »*

*M7 : « c'est... une confrontation déjà avec la famille »*

*M9 : « C'est vraiment un jeu entre celui qui reçoit l'annonce et celui qui {...} la donne. Celui qui fait l'annonce et celui qui la reçoit ! »*

*M10 : « On fait un ou une personne contre une personne »*

Certains médecins insistent sur le fait que les annonces de mauvais pronostics sont particulières aux urgences, de par le côté imprévisible et inattendu du diagnostic et de ce fait, du mauvais pronostic.

*M3 : « c'est très délicat comme, comme truc aux urgences »*

*M8 : « Il y a les annonces diagnostics de l'oncologue et il y a les annonces diagnostics qu'on a aux urgences, où c'est plus brutal {...} c'est pas la même chose ! »*

*M8 : « ce que j'ai pu apprendre à l'époque dans cette formation (annonce en oncologie), je ne suis pas sûr que ça me serve énormément {...} parce que nous c'est plus brutal »*

*M9 : « Sur des situations aiguës et brutales »*

*M9 : « Nous, notre souci c'est l'annonce brutale et aiguë sur une pathologie aiguë. Voilà ! »*

### 3.5.2. Vécu du médecin

Il a été difficile pour quelques praticiens d'aborder ce sujet. Certains riaient nerveusement à chaque question, d'autres ne parvenaient pas à poser des mots et exprimer les émotions ressenties en situation d'annonce de mauvais pronostic.

*M7 : « avant et pendant {...} Je n'arriverai pas forcément à mettre de mots en tout cas. Enfin pas d'émotion »*

*M8 : « Je sais pas comment exprimer ça »*

*M12 à la question : Est-ce que vous arriveriez à mettre des mots sur les émotions que vous pouvez ressentir {...} ?*

*Médecin : « Je ne préfère pas »*

Certains médecins admettent s'interdire de ressentir des émotions ou encore de les montrer aux patients et familles lors des annonces.

*M2 : « je mets une barrière {...} faut pas que ça me, ça me touche moi »*

*M2 à la question : « quand vous prenez votre rôle de médecin il y a un peu moins d'émotions ? »*

*Médecin : « Il faut oui »*

*M3 : « J'essaie de rester dans l'empathie. Le truc de notre posture quoi. J'essaie de garder de la distance {...} de pas me laisser aller à leur peine, à leur douleur »*

*M4 : « être empathique et de pas être un robot, mais de pas non plus me laisser déborder par mes émotions ou le ressenti »*

*M5 : « je pense qu'il n'en faut pas non »*

*M8 : « Le but, c'est pas {...} d'écouter tout ce qu'on ressent à l'intérieur quoi »*

*M12 : « il faut essayer d'éviter de ressentir autre chose » (que de l'empathie)*

*M5 : « pas devant eux »*

*M6 : « tu ne peux pas le montrer hein »*

*M7 : « il ne faut pas pleurer en même temps que la famille »*

D'autres semblent accepter leurs émotions.

*M1 : « c'est un sentiment {...} qu'il faut accepter et je le gère toute seule »*

*M8 : « on peut pas complètement se détacher »*

*M11 : « ça m'affecte aussi ! Mais je pense que c'est normal »*

Bien que le mot « empathie » n'ait pas été prononcé par tous les médecins interrogés, un certain nombre d'entre eux insistent sur l'importance d'être empathique avec les patients et leur famille. Pour certains, l'empathie est la seule émotion ressentie lors des annonces de mauvais pronostic.

*M3 : « j'essaie de rester dans l'empathie. Le truc de notre posture quoi »*

*M6 : « il faut de l'empathie »*

Plusieurs participants expriment clairement qu'il s'agit d'une partie du métier qu'ils n'apprécient pas.

*M2 : « J'aime pas. Personne n'aime annoncer ce genre de nouvelle en fait »*

*M3 : « ma vision c'est quand même plutôt d'abord de me dire : « Ah non pas ça » »*

*M8 : « c'est pas un bon moment à passer »*

*M9 : « J'aime pas en fait ! J'aime pas, j'aime pas ! »*

*M11 : « C'est un mauvais moment à passer ! »*

#### ◇ **Avant l'annonce**

La majorité des médecins interrogés appréhendent l'annonce d'un mauvais pronostic.

*M4 : « j'ai toujours un petit moment d'appréhension, un peu comme quand on va sauter dans le vide »*

*M7 : « il y a forcément un peu d'appréhension »*

*M8 : « C'est du stress »*

*M9 : « Anxiété ! Ouais, je suis anxieux »*

*M10 : « ça peut être de l'angoisse, ça peut être un peu de stress »*

*M11 : « Ça me stresse »*

Ils expriment certaines craintes tel que :

- La peur de la rencontre avec la famille et surtout la peur de ses réactions.

*M9 : « En fait c'est le premier contact ! L'arrivée... c'est au premier contact. J'aime pas y aller, mais il faut y aller ! Donc l'anxiété, elle est sur ça ! »*

*M8 : « ce qui fait peur en fait, c'est la famille »*

*M8 : « ce qui est anxiogène, c'est la réaction de la famille »*

*M11 : « C'est le stress de savoir comment la famille va réagir »*

- La peur de faire pleurer.

*M9 : « la peur {...} de les rendre tristes »*

- La peur de ne pas savoir répondre aux questions des patients et de leur famille, ce qui pourrait mettre le médecin mal à l'aise.

*M3 : « pour répondre à leurs questions ce n'est pas toujours simple »*

*M4 : « s'ils ont des questions, on ne peut pas ne pas pouvoir y répondre alors qu'on leur fait une annonce grave »*

*M8 : « il y a des questions auxquelles je pourrais pas forcément répondre parce que j'ai pas les compétences de le faire »*

- La peur de mal faire tout en sachant qu'ils ne reverront pas les patients et ne pourront donc pas revenir sur leurs dires. Ils ont aussi peur de ne pas se faire comprendre.

*M3 : « ce que je trouve dur c'est que derrière {...} tu vas pas derrière pouvoir {...} revenir sur ce que t'as dit, répondre à leurs questions dans un second temps »*

*M8 : « Est ce qu'ils vont comprendre ? »*

*M9 : « j'ai toujours peur de pas utiliser les bons mots »*

- La peur de leurs propres émotions, qui pourraient prendre le dessus sur l'annonce et le professionnalisme dont ils veulent faire preuve.

*M4 : « parfois on peut, on peut dire des choses qui dans l'émotion qui ne sont pas... qui peuvent donner de faux espoirs »*

*M8 : « sinon ce serait dépassé probablement {...} par les sentiments et on n'y arrivera pas »*

*M7 : « On n'a jamais appris à {...} avoir des émotions »*

- La peur de leurs propres angoisses et craintes.

*M3 : « de la tristesse et cette angoisse de la mort »*

*M3 : « ça te renvoie à la mort en fait. Et à ta propre vie et à celle de tes proches en fait »*

*M5 : « se confronter à la mort quoi {...} C'est l'angoisse d'une vie et d'une société entière {...} Ça fait peur à tout le monde, c'est normal »*

Cependant, la préparation de l'entretien semble rassurer les médecins vis-à-vis de leurs angoisses. Ils tentent de maîtriser le dossier du patient et d'obtenir des informations sur la famille afin de préparer leur discours. Ceci permet d'atténuer l'anxiété liée à la rencontre et aux questions auxquelles ils pourraient être confrontés.

*M6 : « on regarde bien le dossier médical »*

*M8 : « je me prépare un peu {...} sur les mots que je vais employer »*

*M9 : « Je prépare un peu, oui, ce que vais dire »*

*M11 : « je relis le dossier si il me manque des infos et pour être sûr que je connais bien l'histoire du patient »*

*M8 : « on sait un petit peu via le médiateur ou via le médecin du SAMU {...} un peu l'état de la famille »*

*M9 : « J'essaie aussi un peu de savoir s'ils vont arriver seul, s'ils vont arriver à plusieurs {...} des enfants, des petits enfants »*

*M9 : « J'ai besoin de savoir ça parce que je vais adapter {...} mon discours ! »*

Rares sont les soignants qui se sentent confiants avant l'annonce mais s'ils ont l'impression de connaître le dossier et d'avoir des certitudes, ils ne ressentiront pas le besoin de s'y préparer.

*M7 : « Du moment qu'on sait le où on en est, le diagnostic, le pronostic... Non, je ne me prépare pas forcément »*

Parfois, les médecins ne ressentent aucune émotion et semblent indifférents, résignés.

*M7 « je me sens pas mal. Voilà, il faut le faire quoi »*

Avant l'annonce, les médecins peuvent être attristés par la situation du patient et par l'idée d'annoncer un mauvais pronostic.

*M5 : « Ça me rend triste. Pour eux, pour le malade, pour la famille »*

*M9 : « de la tristesse {...} je vais pas annoncer une bonne nouvelle »*

Que ce soit dans les locaux des urgences ou sur le terrain en SMUR, les participants semblent tous préoccupés à l'idée de trouver le temps pour faire l'annonce et surtout à l'idée de trouver un lieu adapté.

*M2 : « même s'il y a du monde, {...} même si c'est Beyrouth aussi, et même si on est en train de faire autre chose {...} à un moment il faut prendre juste ce temps-là pour la famille en fait »*

*M9 : « Toujours essayer de trouver un endroit calme, pour que justement, qu'on puisse parler, que ça soit audible. Parce que {...} les gens sont assez perturbés par le moment ! »*

*M9 : « salle spécifique (appui sur le mot) »*

Ils peuvent se sentir mal à l'aise lorsque la salle dédiée aux annonces se trouve à une certaine distance, créant donc un moment de gêne pour le médecin lorsqu'il marche en compagnie du patient ou de la famille sans pouvoir leur donner plus d'informations.

*M1 : « c'est une situation qui n'est pas forcément hyper confortable parce que forcément... si on veut leur parler et qu'on veut les installer dans un endroit cosy, un peu à l'abri des autres, c'est que forcément on va annoncer quelque chose de... de pas très agréable »*

*M1 : « pas forcément évident {...} on peut être dans un endroit et devoir marcher très très longtemps pour arriver jusqu'à la salle des familles avec la famille qui nous suit »*

Le fait de ne pas avoir de lieu spécifique ajoute une charge supplémentaire aux urgentistes qui se doivent de trouver un endroit adapté. Ce qui peut les mettre en difficulté.

*M3 : « c'est dur de le faire dans de bonnes conditions, de trouver parfois le bon lieu »*

*M8 : « Je me suis toujours {...} acharné en tout cas à faire en sorte de les recevoir {...} dans un lieu isolé, et seuls »*

*M11 : « j'essaie que ce soit dans un lieu isolé et calme où en gros on sera pas embêté, interrompu »*

*M12 : « C'est une situation difficile ! {...} il faut savoir s'adapter et {...} en plus nous {...} Nous on est en plus chez les gens, dans leur intimité, chez eux, dans le 3 quart du temps pour annoncer une mauvaise nouvelle »*

*M12 : « On doit toujours essayer, tant que faire se peut, de trouver un endroit à l'abri, protégé, comme on peut »*

Les médecins peuvent aussi être mis en difficulté par le rythme intense des urgences. En effet, malgré le fait qu'ils essaient d'être disponibles et de ne pas être interrompus au moment des annonces, certains avouent manquer parfois de temps.

*M2 : « on prend le temps... mais on prend le temps aux urgences, tout est relatif »*

*M3 : « c'est dur de le faire dans de bonnes conditions {...} de prendre le temps »*

*M2 : « j'essaie de faire en sorte de pas l'être (dérangée). Après je ne dis pas que j'y arrive tout le temps »*

*M4 : « C'est un peu dérangent de se dire qu'on peut {...} donner l'impression de pas être disponible en fait »*

*M8 : « on peut pas se permettre de, de rester longtemps avec eux »*

Il est important de souligner que malgré ces contraintes de temps et d'espace, les médecins parviennent la majorité du temps à réaliser les annonces de mauvais pronostic dans un lieu qu'ils jugent adaptés et dans un temps adapté.

*M3 : « tu trouves toujours du temps pour ce genre de choses quoi »*

*M12 : « Il y a toujours un endroit isolé où on peut se mettre »*

#### ◇ **Pendant l'annonce**

Les médecins donnent l'impression de se protéger de leurs émotions en se concentrant sur la technique d'annonce, les faits et les détails de la prise en charge du patient.

*M2 : « je pense qu'on se cache un peu dans le... alors pas la technicité mais le, le, le, 'il va y avoir ça', 'on va vous prendre comme ça en charge', 'vous allez être dans tel service', 'vous allez faire ces examens-là' »*

*M8 : « il y a moins ce côté euh... {...} Je pense que je suis plus concentré au moment de l'annonce »*

Un des participant s'interroge sur le fait qu'il soit plus simple d'annoncer un mauvais pronostic à un patient qu'il connaît ou un patient qu'il ne connaît pas et compare sa pratique à celle d'un médecin généraliste qui suit ses patients depuis plusieurs années parfois. Par la suite, il exprime la difficulté qu'il a rencontré lors d'une annonce de mauvais pronostic à une patiente avec qui il existait une relation. Un second médecin reconnaît que le fait de ne pas connaître les patients apporte une certaine facilité à l'annonce.

*M3 : « moi je vais dire, c'est d'autant plus difficile quand tu connais pas les gens et que tu ne les suis pas. Mais je sais pas parce qu'en fait quelque part on peut dire que c'est plus facile que pour un médecin traitant qui suit quelqu'un qu'il connaît très bien, de lui annoncer »*

*M3 : « J'ai été confrontée à une annonce, c'était très compliqué {...} émotionnellement {...} c'était beaucoup plus fort parce que {...} Je ne connaissais pas la patiente, mais je connais sa fille »*

*M10 : « même si on peut s'attacher, même si on peut avoir une sympathie par rapport à d'autres patients... le ressenti il est beaucoup plus facile par rapport à une personne qu'on suit {...} Ça je l'avais vécu un peu, donc... C'est vrai que en comparant les 2, c'est plus facile... Moins on voit le patient, voilà, plus ça aide ! »*

En fonction des situations rencontrées, les médecins peuvent transposer la vie du patient sur la leur, ce qui les rend plus sensibles lors des annonces.

*M3 : « j'ai dû projeter probablement de manière inconsciente {...} ma propre mort et de voir mes enfants tristes »*

*M9 : « Son vécu personnel {...} qui est pas évident ! On a nos soucis à nous aussi ! »*

*M11 : « me dis que ça pourrait être mes grands-parents »*

Certains médecins sont plus sensibles à certaines situations telles que les découvertes de masses, les morts subites du nourrisson.

*M3 : « ça me plombe régulièrement l'onco. Je trouve que c'est déprimant. C'est une chose horrible »*

*M12 : « Il y en a un qui me touche beaucoup, c'est évidemment la mort subite du nourrisson »*

Le vécu des praticiens au cours des annonces de mauvais pronostic semble influencé par les réactions des patients et leur famille.

En effet, la tristesse des médecins face à la situation du patient est décuplée lorsque ces derniers sont confrontés à celle des familles. Ceci est majoré par le fait que la rencontre avec la famille peut rendre le patient plus « réel » pour les médecins.

*M8 : « je suis triste pour eux »*

*M10 : « Y a toujours une part de tristesse »*

*M10 : « De la peine »*

*M1 : « de la tristesse {...} parce que on voit la réaction de la famille quoi.*

*Souvent c'est la famille {...} qui est touchante »*

*M3 : « quand il y a la famille ou le patient qui s'écroule alors là des fois moi je sens que (mime un calin) j'ai envie de pleurer »*

*M11 : « les petits papis et mamie. Si ils pleurent, c'est sûr que je pleure ! Que je pleure avec »*

*M12 : « on peut verser une larme avec la famille »*

*M7 : « de voir la réaction des gens et de réaliser {...} que le patient avait aussi tout un entourage, était aimé »*

Face au déni et à l'incompréhension des patients et familles, les médecins peuvent ressentir de la frustration.

*M10 : « Faut pas qu'on laisse transparaître de l'énerverment. Même si on peut l'être au fond de nous »*

*M11 : « ils sont dans le déni {...} c'est surtout la frustration (pour le médecin) »*

*M11 : « quand ils comprennent pas ce qu'on veut faire {...} je me sens un peu frustrée »*

En revanche, ils parlent de soulagement lorsque les patients et leur famille comprennent et acceptent ce qu'ils leur annoncent.

*M11 : « je peux être soulagée si je vois {...} que ils sont entre guillemets {...} satisfaits de ce que je leur propose »*

L'absence de réaction de la part des patients et familles, lorsqu'ils sont sous le choc de l'annonce par exemple, permet aux médecins de ne pas être confrontés à la détresse et

l'émotion de ces derniers. D'ailleurs, malgré que cela puisse les mettre mal à l'aise, l'absence de diagnostic facilite parfois l'annonce pour le médecin. En effet, l'absence de diagnostic précis protège les patients d'une annonce brutale et donc les soignants d'une réaction intense de leur part.

*M4 : « souvent les gens ils sont un peu {...} sidérés, donc ils n'ont pas de questions, pas trop de réactions. Mais d'un côté je pense que ça m'arrange un peu aussi »*

*M3 : « je trouve que c'est bien ce truc de rester un petit peu large {...} ça permet que le patient n'ai pas l'annonce de façon brutale. Ça {...} leur laisse du temps d'assimilation quoi »*

*M3 : « Mais je trouve que c'est bien ce truc de rester un petit peu large. De dire qu'il y a plusieurs trucs possibles, ça nous protège »*

*M8 : « pour le diagnostic {...} par exemple un diagnostic de cancer, on n'a jamais assez d'éléments donc on arrive un peu à tourner autour du pot, c'est plus facile »*

Cette relation entre les réactions des familles et celles des médecins peut justifier les craintes présentées précédemment, notamment la peur de la rencontre et des réactions auxquelles ils seront confrontés. D'ailleurs, des médecins affirment se détendre dans les minutes qui suivent la rencontre avec la famille.

*M8 : « ce stress part petit à petit en fait »*

*M9 : « quand le discours commence {...} la pression finalement elle baisse »*

*M10 : « Le plus dur c'est de commencer à parler »*

*M10 : « y a un peu de stress et après une fois qu'on est parti {...} c'est comme {...} le premier coup de pédale quand on veut apprendre à faire du vélo »*

Cette relation peut aussi expliquer le fait que des médecins soient mis en difficultés par les annonces concernant des patients jeunes et en bonne santé.

*M1 : « un jeune {...} il avait 30 ans, il a fait un AVP {...} il a fait l'arrêt aux urgences. Donc il a fallu qu'on l'annonce aux parents. Et ça a été, je pense, sûrement l'annonce la plus difficile de toute ma carrière. »*

*M2 : « quand c'est un enfant {...} c'est plus compliqué »*

*M8 : « quand il s'agit d'annoncer un décès chez un jeune {...} enfin un jeune ou pas jeune hein {...} mais bon, quand ils sont jeunes c'est encore plus dur je pense »*

*M9 : « Quand c'est des gens plus jeunes {...} Là, c'est encore plus dur »*

*M10 : « Moi j'ai plus de difficultés avec les patients jeunes que... les patients un peu âgés »*

En effet, il semble adapté de dire que plus une information est inattendue et brutale, plus la réaction des personnes qui la reçoivent sera intense et pourra submerger le médecin qui y sera confronté. C'est ce qui fait la particularité et la difficulté des annonces aux urgences et en urgence.

*M11 : « Le pire c'est quand ils s'y attendent pas et que c'est quelque chose de brutal où là c'est encore plus compliqué »*

*M11 : « il y a des moments où c'est plus facile que d'autres, notamment quand les gens s'y attendent »*

De plus, des médecins décrivent un sentiment d'impuissance face à la réaction et la détresse des patients et familles, eux qui ont pour vocation d'aider et soulager. Un enquêté exprime d'ailleurs son aversion pour les annonces téléphoniques et la justifie par le fait qu'il ne peut aider et exprimer sa solidarité envers la famille lorsqu'il ne les voit pas.

*M8 : « on peut pas faire grand-chose, on aimerait aider {...} on est impuissant »*

*M8 : « je me sens impuissant quoi ! C'est peut-être ça {...} le sentiment prépondérant »*

*M9 : « je pense que le non verbal est très important ! Et au téléphone euh... »*

*M9 : « le soutien, ça passe aussi par le regard je pense »*

Certaines situations peuvent mettre les médecins dans une position inconfortable. Par exemple, lorsqu'ils sont interrompus ou lorsqu'ils annoncent un pronostic incertain.

*M4 : « là où je suis mal à l'aise c'est quand je n'ai pas de certitude »*

*M7 : « Je trouve que ce n'est pas très correct pour la famille quoi, d'être interrompu »*

Au-delà de la peur de ne pas savoir répondre aux questions posées par les patients et leur famille, les médecins éprouvent un sentiment de culpabilité quand ils ne sont pas en capacité de leur donner des réponses.

*M3 : « Tu sais pas du tout quelle thérapie va être proposée en fonction de la spécialité {...} on a quand même souvent pas les connaissances sur chaque tumeur »*

*M3 : « les gens tu sens que tu les laisses quand même angoissés quoi. C'est pas très agréable. »*

*M4 : « s'ils avaient des questions {...} je trouve ça délicat parce que j'ai pas l'impression d'avoir la main sur les réponses en fait »*

*M4 : « là où je vais être mal à l'aise c'est dans des situations où {...} ça dépasse un peu mes compétences, que je suis incapable de dire qu'est ce qui va leur arriver »*

Les médecins culpabilisent également de ne pas suivre les patients après leur avoir annoncé un mauvais pronostic. Ils ont l'impression d'abandonner le patient et sa famille et de ne pas les épauler dans l'épreuve qu'ils traversent.

*M3 : « tu vas leur annoncer quelque chose mais que derrière t'es plus du tout là toi pour, pour soutenir, apporter des réponses parce que tu vas le mettre dans un service »*

La majorité des médecins interrogés sont rassurés quand ils sont accompagnés de collègues lors des annonces de mauvais pronostic. Ils comptent les uns sur les autres pour prendre le relai si besoin.

*M1 : « Ça peut m'arriver de demander au réanimateur de m'aider ou un autre sénior des urgences de m'aider {...} C'est plus confortable »*

*M4 : « Je sais que si je ne suis pas comprise, que je n'arrive pas à en arriver où je veux. Je vais avoir un collègue qui va pouvoir {...} répéter, mais avec d'autres mots »*

*M10 : « c'est bien de se sentir un peu soutenu »*

*M12 : « on essaie d'être deux, comme ça c'est plus facile, c'est évident »*

## ◇ Après l'annonce

Comme pendant l'annonce, le vécu des médecins après l'annonce dépend en parti de la réaction du patient ou la famille. Ils sont nombreux à décrire un sentiment de soulagement et certains parlent de satisfaction. En fonction des réactions, les médecins estiment que l'annonce a été « bien faite » et sont rassurés vis-à-vis de leur capacité à faire une annonce.

*M5 : « après tout dépend, comment a réagi la famille »*

*M8 : « du soulagement parce que c'est fait »*

*M9 : « Une sensation {...} de soulagement »*

*M11 : « du soulagement que ce soit terminé »*

*M1 : « Si ça se passe bien finalement pour la famille {...} c'est satisfaisant.*

*On a rempli la mission de rassurer la famille »*

*M12 : « si c'est bien fait, on a une certaine satisfaction »*

*M9 : « On va dire que soulagement quand {...} je me dis 'bon ça s'est bien passé, ils ont compris', j'ai pas fait... J'ai fait attention {...} J'ai fait attention à eux »*

Certaines réactions amènent les médecins à se remettre en question.

*M3 : « En fonction des réactions que le patient a eu, des fois je me disais « tiens, peut être que j'aurais dû le formuler autrement » »*

*M4 : « si c'est de la colère et du déni, c'est plus dur à encaisser parce que du coup, il y a quand même un peu de remise en question »*

*M11 : « quand ils comprennent pas ce qu'on veut faire {...} je me dis que c'est peut être que je l'ai mal expliqué »*

Il arrive que les médecins culpabilisent et se sentent responsables de la détresse du patient et sa famille. Ceci nous ramène à la peur de faire pleurer, citée précédemment.

*M3 : « c'est dur parce que t'as un poids quand même de ce qu'il vient de se passer. C'est quand même lourd »*

Pour certains d'entre eux, la charge émotionnelle est plus importante après l'annonce. C'est après que les médecins s'autorisent à avoir des émotions, souvent de la tristesse. Il arrive que ce soit après l'annonce, en y repensant, qu'ils comprennent ce qu'ils ont ressenti pendant

l'annonce. Le plus souvent, ils prennent conscience du transfert qu'ils ont fait sur leur propre vie et leur famille.

*M4 : « c'est plus le après {...} qui va être plus ou moins lourd émotionnellement »*

*M7 : « Plus après, je dirais parce qu'avant c'est... ça fait un peu partie de notre métier »*

*M3 : « après des fois on y pense un peu après. Ça peut nous attrister quoi »*

*M6 : « après de la peine »*

*M3 : « quand j'y repense, des fois je me dis mais en fait j'étais émue parce que ça peut me faire penser à quelqu'un de l'âge de, je sais pas, ma mère ou à mon âge. »*

*M3 : « elle m'avait touché cette situation avec ses fils en pleurs {...} ça m'avait bouleversé. Et après je me suis dit, j'ai réalisé : moi j'ai 2 garçons. {...} je pense que j'ai dû projeter probablement de manière inconsciente {...} ma propre mort et de voir mes enfants tristes »*

Après l'annonce, il est facile pour certains médecins de passer à autre chose et prendre en charge un nouveau patient. Ceci semble être facilité par le rythme des urgences.

*M2 : « après, je repasse euh... Malheureusement on est avalés par ce qu'on fait au quotidien aussi »*

*M3 : « Sur le coup, aller voir d'autres patients et tout, finalement, je trouve ça pas forcément si compliqué parce que ça te fait passer à autre chose »*

*M4 : « ça peut être très bref parce que bah il faut se replonger dans l'activité »*

*M8 : « J'arrive vraiment pour le coup à me détacher moi complètement de {...} de cet événement »*

*M8 : « après j'arrive à faire la part des choses et je vais continuer mon travail »*

### 3.5.3. Évolution avec l'expérience

Avec l'expérience, certains médecins trouvent les annonces de mauvais pronostic plus simples. Ils sont notamment rassurés car ils estiment connaître les mots à utiliser et avoir acquis des habitudes consistant à utiliser la même ligne directrice à chaque annonce.

*M4 : « c'est plus facile de poser des mots »*

*M5 : « On sait mieux faire, dire les choses quoi »*

*M10 : « On est mieux préparé donc on sait mieux y faire face ! Mais du coup on le vit moins difficilement »*

*M11 : « On apprend à formuler différemment »*

*M1 : « on a un peu toujours les mêmes phrases et on sait celles qui marchent pour le coup et celles qui marchent plus »*

*M8 : « ça me rassure d'avoir une trame très facile à refaire à chaque fois »*

*M10 : « c'est un peu de répétition »*

Il existe cependant une ambivalence pour certains d'entre eux qui admettent trouver les annonces plus simples au fil des années, mais affirment ensuite que celles-ci leur paraissent encore difficiles.

*M1 : « c'est plus simple {...} on sait la pratique, on sait les outils, on a les outils, on sait comment les utiliser et on sait... on sait ce qu'il faut dire ou quelle attitude il faut avoir pour que ça se passe au mieux »*

*M1 : « Même si on a les phrases, qu'on sait ce qu'on va dire {...} c'est toujours un peu difficile »*

*M9 : « ça fait 25 ans que je fais des urgences donc j'en ai {...} j'ai déjà vécu ! Donc c'est un peu plus simple »*

*M9 : « Quand j'en discute avec mes collègues qui sont dans mon ordre d'ancienneté, c'est pas beaucoup plus facile »*

Ces éléments laissent supposer que les annonces de mauvais pronostic paraissent mieux vécues avec l'expérience, notamment par le fait que les médecins savent comment s'exprimer, connaissent le comportement à adopter, maîtrisent le vocabulaire et les différentes prises en charge. En revanche, il semble toujours difficile pour eux de vivre le moment et d'être confrontés à l'émotion des patients et de leur famille.

À contrario, d'autres interviewés ne rapportent aucune évolution.

*M9 : « je suis jamais à l'aise avec ça {...} Depuis le temps jamais »*

*M12 : « je crois qu'on ne s'y habituera jamais. Je suis toujours mal »*

Un certain nombre affirme ressentir moins d'anxiété avant la rencontre avec la famille et des participants ont l'impression d'avoir appris à gérer leurs émotions.

*M6 : « Bien moins d'appréhension {...} qu'au tout début, quand j'étais assistante »*

*M10 : « qu'il y aura toujours une part de stress et d'appréhension »*

*M11 : « je pense que je le gère mieux et que au final, ça me stresse peut-être même moins qu'avant, mais... toujours un peu »*

*M7 : « je pense que malheureusement aussi, avec le temps, on se blinde un peu émotionnellement parlant quoi »*

*M11 : « on apprend à se blinder, à gérer différemment »*

En revanche, la sensibilité des médecins lors des annonces de mauvais pronostic n'est pas modifiée voire s'intensifie avec les années. En effet, les participants semblent s'identifier plus facilement au patient ou à la famille, ce qui les ramène à leur expérience personnelle et familiale.

*M8 : « Je pense que même après 10 ans de PH, si je dois annoncer qu'un jeune de 30 ans est mort sur un accident de la route, je le vivrai toujours aussi mal »*

*M11 : « je pense que je serai jamais blindée »*

*M11 : « C'est pas comme je te dirai 'la suture, oui bah à force d'en faire maintenant, ça ne me stress plus'. Tu vois ça c'est impossible ! {...} on aura beau en faire, il y a trop d'émotion en jeu pour être de marbre quoi »*

*M1 : « il y a encore plus de sensibilité en vieillissant parce que justement on est un peu plus attentifs à nos parents qui vieillissent, à nos enfants qui naissent »*

*M9 : « d'avoir vieilli fait que peut être qu'on {...} le vit un peu plus à titre personnel ! Parce qu'il nous est arrivé des choses »*

*M9 : « on se met plus, beaucoup plus, à la place de la personne {...} avec qui on discute ! A qui on annonce ça ! »*

### 3.5.4. Ce qu'apporterait une formation à l'annonce de mauvais pronostic

La grande majorité des médecins interrogés affirme ne pas avoir été formée à l'annonce de mauvais pronostic et estime qu'il est important de se former, notamment aux spécificités de l'annonce en médecine d'urgence. Pour certains, cela permettrait de vivre les situations d'annonce de manière plus sereine.

*M3 : « j'ai jamais eu de cours théoriques »*

*M7 : « on a pas, moi en tout cas à mon époque, eu de formation, sur comment communiquer »*

*M8 : « à mon époque il y en avait pas du tout »*

*M8 : « ce serait intéressant d'avoir une formation là-dessus »*

*M9 : « je pense qu'il faut ! Sous la forme de TP, de formation pratique ! Ça fait partie de la communication de... Oui une formation en communication »*

*M9 : « C'est ultra important, j'en suis convaincu. »*

*M9 : « Sur des situations aiguës et brutales. »*

*M9 : « il y a une spécificité »*

*M9 : « on a une particularité »*

*M3 : « je pense que si tu as eu aucun conseil, que tu navigues à vue là-dedans, tu te prends encore plus de... peut être d'émotionnel tu vois »*

*M9 : « le fait {...} qu'on vous apprenne une forme de communication {...} Je suis formé, on m'a donné des clés pour avoir une communication audible, cohérente, adaptée. Donc ça fait diminuer... Moi j'en suis convaincu ! {...} mon anxiété, comme je disais, elle vient surtout aussi la peur de mal faire »*

*M12 : « je mets beaucoup moins de ma rate et de mon foie et de mes nerfs et de tout ce que vous voulez, depuis que je fais de la communication »*

## 4. Discussion

### 4.1. Résultats principaux

Bien que l'annonce d'un mauvais pronostic soit difficile à entendre pour un patient et sa famille, il existe une difficulté à délivrer cette information pour les médecins (12).

Comme cela a été mis en avant dans des études réalisées auprès de médecins généralistes (13) et pédiatres (7), les médecins urgentistes interrogés dans ce travail ont décrit l'épreuve que représente une situation d'annonce de mauvais pronostic et le stress que celle-ci peut engendrer.

En plus de l'appréhension et de l'inquiétude décrites dans l'étude réalisée à l'aide de questionnaires au CHU de Poitiers (9), ce travail de thèse a permis de mettre en évidence d'autres émotions telles que : la tristesse, la gêne, la frustration, la satisfaction... Les médecins interrogés ont admis être plus sensibles et plus en difficulté lorsque l'annonce de mauvais pronostic concerne un enfant ou un patient jeune, ce qui est également en accord avec l'étude précédemment citée.

Les craintes exprimées par les participants, justifiant en partie l'angoisse présente avant les annonces de mauvais pronostic, correspondent aux peurs décrites par Michael Buckman en 1984.

#### 4.1.1. Le médecin face à ses émotions

Durant les entretiens, la chercheuse principale a rencontré des difficultés pour amener les médecins à parler de leurs émotions. Certains d'entre eux s'étendaient sur « comment faire l'annonce » et ne décrivaient pas leur ressenti. Pour les participants, il a été difficile d'exprimer et de décrire les émotions ressenties lors des annonces de mauvais pronostic. Certains ont avoué ne pas ressentir d'émotion particulière face à une annonce de mauvais pronostic (que ce soit avant, pendant ou après) ou en tout cas, se l'interdire.

Cela peut être expliqué en partie par le fait que l'apprentissage des médecins est en majorité axé sur des compétences techniques et scientifiques, ce qui laisse peu de place à la gestion

des émotions ou l'expression de celles-ci. De plus, les études de médecine, souvent éprouvantes et exigeant de nombreux sacrifices, peuvent amener les étudiants et les médecins à ne plus écouter leurs émotions et à s'en détacher.

Aussi, les responsabilités qui pèsent sur les médecins peuvent les inciter à contrôler leurs émotions afin de rester concentrés et professionnels. De plus, il peut s'agir d'un moyen de défense. En effet, d'après le Docteur Lemogne, professeur en psychiatrie : « le partage des émotions des patients peut entraîner un risque d'épuisement professionnel chez les médecins ».

#### 4.1.2. Empathie cognitive et empathie affective

D'après le dictionnaire Larousse, l'empathie correspond à la capacité à se mettre à la place d'autrui et de percevoir ce qu'il ressent. Au fil du temps, 3 types d'empathie ont été définis (14) :

- L'empathie émotionnelle ou affective, qui s'apparente à de la sympathie. C'est-à-dire que la personne ressent l'émotion qu'elle identifie chez son interlocuteur.
- L'empathie cognitive, qui est la capacité à identifier les sentiments de l'autre tout en contrôlant ses propres émotions.
- L'empathie mature, qui combine les deux types d'empathie précédentes.

Dans cette étude, plusieurs médecins expriment la nécessité d'être empathiques sans pour autant se laisser submerger par les émotions des familles. Ils font preuve d'empathie cognitive. D'autres semblent manifester de l'empathie émotionnelle en partageant la tristesse des familles, ce qui les amènent parfois à pleurer avec elles.

Cependant, il arrive que les médecins s'identifient au patient ou à la famille en fonction de leur histoire personnelle et familiale. Dans ce cas, ils peuvent rapidement passer de l'empathie cognitive à l'empathie affective.

### 4.1.3. Impacte de la réaction des familles

Plusieurs médecins interrogés dans le cadre de cette étude ont exprimé une appréhension avant d'annoncer un mauvais pronostic, principalement en lien avec la rencontre des familles. Ils ont décrit l'angoisse associée à cette interaction, soulignant que ce qui est le plus difficile n'est pas l'annonce elle-même, mais la confrontation aux réactions des proches. Selon la manière dont l'annonce est reçue, leur ressenti peut varier, allant de la frustration à la satisfaction.

### 4.1.4. Particularités liées à l'urgence et aux urgences

Les similitudes entre les résultats de cette étude et des études réalisées auprès d'autres spécialistes suggèrent que les émotions ressenties par les médecins avant, pendant et après une annonce de mauvais pronostic peuvent être similaires.

Cependant, les médecins interrogés ont mis en évidence des particularités liées à leur spécialité.

L'annonce de mauvais pronostic faisant partie intégrante de la prise en charge des patients et de leur pathologie, les médecins urgentistes annoncent des diagnostics et mauvais pronostics sans être amenés à suivre le patient ensuite. Bien que les médecins aient fait ce choix de spécialité en ayant conscience de cette particularité, un certain nombre d'entre eux expriment de la culpabilité et une impression d'abandon du patient ou de la famille après l'annonce.

De plus, le caractère brutal et imprévu de la situation du patient est associé à une intensité émotionnelle accrue de la part du patient et de sa famille, ce qui joue un rôle prépondérant sur le vécu du médecin lors des annonces.

### 4.1.5. Contraintes organisationnelles

Buckman et ses pairs ont créé un protocole, initialement dédié aux oncologues, afin de guider les professionnels de santé dans les annonces de mauvaise nouvelle. Il s'agit du protocole « SPIKES » ou « EPICES » en français qui énumère les 6 étapes à respecter lors d'une annonce :

- **Setting ou Environnement** : l'environnement doit être propice à l'annonce, être calme, intimiste, à l'abri des nuances sonores ou interventions extérieures.

- **Patient's perception ou Perception du patient sur la situation.**
- **Invitation** (pour le français et l'anglais) : chercher à connaître ce que le patient veut savoir.
- **Knowledge ou Connaissances** : transmettre l'information médicale au patient, ce que le médecin sait de la situation.
- **Empathic ou Empathie** : répondre aux émotions du patient ou de la famille avec empathie.
- **Strategy and Summary ou Stratégie et Synthèse** : exposer la suite des événements au patient ou la famille, les stratégies de traitements, les examens complémentaires et cetera...

Or, il est parfois difficile pour les médecins urgentistes de suivre ce cheminement et de remplir toutes les conditions propices au bon déroulement d'une annonce.

C'est le cas dès la première étape. En effet, les urgentistes décrivent une contrainte de temps et d'espace qui semble leur être spécifique. Il leur paraît parfois difficile de se rendre disponibles pour un « temps calme » auprès des patients et familles alors que la pression de devoir retourner rapidement auprès d'autres patients se fait ressentir. Cette impression d'indisponibilité peut mettre le médecin mal à l'aise face à ses interlocuteurs.

En plus de ce manque de temps, le manque d'espace dédié parfois ou les interruptions de tâches fréquentes dans les services d'urgences compliquent encore davantage la situation. Bien que la majorité des participants réussit à trouver un lieu et un moment approprié, la pression organisationnelle des urgences est présente.

De plus, en dehors des heures ouvrables permettant l'accès à des avis spécialisés, la médecine d'urgence requière l'exercice de la médecine en situation d'incertitude : incertitude sur le diagnostic parfois, incertitude sur le pronostic souvent. Cette pratique, inhérente à cette spécialité, entraîne un sentiment de culpabilité retrouvé chez les médecins interrogés de laisser parfois les patients et leur famille angoissés et sans réponse à leurs interrogations.

À contrario, le fait de « ne pas savoir » semble faciliter leur annonce, protégeant les patients et familles d'une vérité douloureuse et protégeant donc le médecin de réactions intenses de la part de ses interlocuteurs.

## 4.2. Discussion des choix et méthodes

Le choix a été fait de parler de « mauvais pronostic » et non de « mauvaise nouvelle » afin d'élargir le champ des situations imaginées par les participants. En effet, les chercheuses ont jugé qu'en parlant de « mauvaise nouvelle », les participants s'arrêteraient à l'annonce d'un décès et ne considèreraient pas les autres situations d'annonce rencontrées (pathologies oncologiques, découverte de maladies graves ou chroniques, etc...).

Lors des entretiens les participants étaient installés face aux fenêtres afin de leur permettre de « s'échapper » de l'entretien en regardant vers l'extérieur.

## 4.3. Forces et limites de l'étude

### 4.3.1. Forces de l'étude

Aucune étude portant sur le vécu des médecins urgentistes face à l'annonce d'un mauvais pronostic et étant basée sur la réalisation d'entretien n'a été trouvée lors des recherches bibliographiques, ce qui fait de cette étude une étude originale.

Pour commencer, le choix d'une étude basée sur l'analyse phénoménologique est adapté pour ce travail de recherche qui s'intéresse à la manière dont l'annonce d'un mauvais pronostic est vécue et ressentie par les médecins urgentistes de l'AP-HM.

De plus, la méthode d'échantillonnage de cette étude est pertinente. En effet, en analyse phénoménologique, l'échantillonnage est dit ciblé et homogène, c'est-à-dire qu'il se concentre sur une population exposée à un phénomène étudié, ici l'annonce d'un mauvais pronostic. En revanche, il est recommandé de faire varier les caractéristiques des participants tel que l'âge, le sexe et cetera... C'est pourquoi, seuls des médecins thésés, hors Docteur Junior ont été contactés afin de garantir un minimum d'expérience en matière d'annonce de mauvais pronostic. Ensuite, les caractéristiques des participants ont varié en ce qui concernent l'âge, le sexe, les années d'expérience, le lieu d'exercice, la formation initiale...

Afin de limiter les biais d'interprétation et d'analyse inhérents à la méthode de recherche qualitative, les résultats ont été discutés avec les co-chercheuses (CL, VM).

La création d'un guide d'entretien avec questions de relance assurait une reproductibilité entre les entretiens tout en laissant une liberté de réponse aux participants.

La réalisation d'entretiens individuels a permis une intimité entre la chercheuse principale et les participants, propice à l'expression du ressenti et des émotions des médecins interrogés.

Cette étude respecte les critères de qualité « COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies » (COREQ) (11) (Annexe 1).

#### 4.3.2. Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites qui méritent d'être soulignées, notamment celle liée à la méthode de recherche qualitative. En effet, la réalisation de ce type d'étude nécessite une certaine maîtrise des techniques d'entretien et une capacité à établir un rapport de confiance avec les participants afin d'obtenir des données riches et pertinentes. Cependant, le manque d'expérience de la chercheuse principale, novice en recherche qualitative, a pu influencer la qualité des interactions et, par conséquent, la profondeur des informations recueillies. De plus, un biais de subjectivité a pu être présent lors des entretiens et a pu orienter les réponses des participants.

Pour pallier à ce manque d'expérience, la chercheuse principale s'est formée à la réalisation d'entretien semi dirigé par le biais de supports de formation en recherche qualitative (10,15) et a testé son guide d'entretien et ses questions de relance avant le début de l'étude.

Afin de limiter les biais d'interprétation et d'analyse inhérents à la méthode de recherche qualitative, les résultats ont été discutés avec les co-chercheuses (CL, VM). Néanmoins, le manque d'expérience de la chercheuse principale dans le domaine des sciences humaines et sociales, a pu limiter l'analyse des données.

Le recrutement basé sur le volontariat a pu sélectionner des médecins intéressés par le sujet, créant un biais de recrutement.

Cinq participants connaissaient la chercheuse principale, ce qui a pu influencer et limiter leurs réponses. Pour pallier ce biais, les entretiens se sont basés sur le même guide, la chercheuse principale a gardé une posture neutre et aucun des participants n'a exprimé de gêne durant les rencontres. L'utilisation du vouvoiement a permis de garantir l'anonymat des participants en cachant l'existence d'une relation enquêtrice/enquêtée.

## 4.4. Perspectives

### 4.4.1. Pour la recherche

Il serait pertinent de poursuivre l'analyse des données ou encore de mener une recherche basée sur la même méthodologie, en collaboration avec des experts en sociologie, philosophie ou psychologie, afin d'offrir une analyse plus approfondie de l'expérience et des sentiments des participants.

Célia Lahetjuzan, co-chercheuse, a mené un travail de recherche portant sur vécu des proches des patients lors de l'annonce d'un mauvais pronostic. Il serait intéressant de savoir si les familles perçoivent les émotions des médecins au moment des annonces.

### 4.4.2. Pour l'enseignement et la formation

Bien que le sujet ne soit pas abordé par la chercheuse principale, de nombreux médecins ont exprimé un manque de formation sur l'annonce de mauvais pronostic. Ils jugent qu'une formation de communication, notamment au sujet des annonces difficiles, leur permettrait probablement de moins appréhender la rencontre, d'atténuer leur peur de mal faire et peut être même de mieux se protéger des émotions négatives ressenties habituellement. Leur hypothèse est en accord avec l'étude ACACIAS 1 réalisée en 2021 auprès d'étudiants en oncologie et chirurgie digestive (16) qui a mis en évidence que le stress ressenti lors d'une annonce de mauvais pronostic était significativement moins important après une formation en simulation.

Des séances de simulation avec retour sur expérience pourraient améliorer la qualité des pratiques médicales mais aussi le vécu des médecins et des familles.

#### 4.4.3. Pour l'amélioration des pratiques

La poursuite de cette étude et de l'étude portant sur le vécu des familles pourrait permettre, à terme, de rédiger des recommandations à destination des médecins urgentistes.

## 5. Conclusion

Dans la littérature, l'annonce de mauvais pronostic est décrite comme une tâche complexe et source d'émotions négatives pour les médecins.

Bien que l'annonce de mauvais pronostic semble particulière pour les médecins urgentistes, du fait du rythme intense des urgences et du caractère incertain des diagnostics, peu d'études se sont intéressées à cette spécialité.

Le but de ce travail de recherche consistait à explorer le vécu et le ressenti des médecins urgentistes de l'APHM face à l'annonce d'un mauvais pronostic et s'est basée sur la réalisation d'entretiens semi-dirigés.

Les résultats montrent que l'annonce, bien que perçue comme un devoir, est une source de stress et d'appréhension pour les médecins. Il s'agit d'une épreuve pour les soignants, tant sur le plan technique qu'émotionnel. La spécialité de la médecine d'urgence impose un rythme soutenu et des contraintes organisationnelles qui peuvent rendre difficile la création d'un environnement propice à ces annonces. Toutefois, malgré ces difficultés, les médecins réussissent généralement à mener ces échanges dans des conditions qu'ils jugent adaptées. De nombreuses émotions ont été décrites par les participants, telles que la tristesse, la culpabilité, la frustration, la peur, le soulagement et la satisfaction, mais certains médecins semblent se protéger et tenter de préserver leur professionnalisme en enfouissant leurs sentiments.

L'expérience joue un rôle important dans la gestion de ces annonces, notamment en rendant les médecins plus à l'aise sur le plan technique. Toutefois, la sensibilité face à ces situations reste intacte, voire amplifiée avec l'âge et les expériences de vie personnelle des praticiens qui les amènent à s'identifier davantage au patient ou à sa famille.

Une formation dédiée à la communication des mauvais pronostics et adaptée à la médecine d'urgence pourrait diminuer le stress et la peur de mal faire des médecins.

De plus, des séances de simulations avec retours sur expériences, pourraient aider les médecins à améliorer leurs pratiques, mais aussi leur permettre de mieux gérer leurs émotions et celles des familles.

La chercheuse principale n'ayant reçu qu'une formation purement médicale, il pourrait être intéressant d'approfondir l'analyse des données à l'aide d'experts en sociologie, philosophie et psychologie, ce qui apporterait peut-être d'autres conclusions.

## 6. Bibliographie

1. Définition pronostic [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/P/pronostic>
2. www.unitheque.com. Unithèque. S'asseoir pour parler. Disponible sur: <https://www.unitheque.com/asseoir-pour-parler/elsevier-masson/Livre/466>
3. Article 11 - LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000001262582](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001262582)
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019. Article 35 - Information du patient. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-35-information-patient>
5. Ruzniewski M, Bouleuc C. L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin: [Internet]. Vol. Tome 60. 2012. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-laennec-2012-2-page-24.htm?ref=doi>
6. Tougard B. Annonce d'une maladie grave: difficultés des médecins généralistes et impact de l'annonce sur la relation médecin-patient: enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes installés dans le Calvados.
7. Aubert-Godard A, Scelles R, Gargiulo M, Avant M, Gortais J. Des médecins parlent de leur expérience de l'annonce. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. déc 2008;524-9.
8. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *BMJ*. 26 mai 1984;1597-9.
9. Annonce mauvaise nouvelle en pré hospitalier et aux urgences [Internet]. Disponible sur: [https://www.sfm.org/upload/70\\_formation/02\\_formation/02\\_congres/Urgences/urgences2013/donnees/communications/resume/posters/CP046.pdf](https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/communications/resume/posters/CP046.pdf)
10. www.unitheque.com. Unithèque. Initiation à la recherche qualitative en santé - CNGE. Disponible sur: <https://www.unitheque.com/initiation-recherche-qualitative-sante-cnge/global-media-sante-gmsante/Livre/359725>
11. Gedda M. Critères COREQ [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012314004331>
12. mauvaisenouvelle\_vf.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf)
13. Vivier J. L'annonce d'une maladie grave. Enquête auprès de médecins généralistes de la région nancéenne.

14. Schaeverbeke PT. Les biais émotionnels et les biais cognitifs en médecine [Internet]. Rhumatos. 2024. Disponible sur: <https://rhumatos.fr/les-biais-emotionnels-et-les-biais-cognitifs-en-medecine/>
15. Etude qualitative .pdf.
16. Deluche E, Salle H, Leobon S, Facchini-Joguet T, Fourcade L, Taibi A. ACACIAS 1 : impacts physiologiques et subjectifs de la simulation haute-fidélité lors de l'annonce de mauvaises nouvelles. J Chir Viscérale. oct 2023;160(5):355-62.

## 7. Annexes

### Annexe 1 : Fiche COREQ

#### COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	Page 7
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	Page 5
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	Page 5
Gender	4	Was the researcher male or female?	Page 5
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	Page 5
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	Page 35
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Page 6
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Page 6
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Page 5
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Page 6
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Page 6
Sample size	12	How many participants were in the study?	Page 9
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	Page 9
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Page 11
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	Page 7
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	Page 10
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Page 7
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	Page 7
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Page 7
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	Page 7
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	Page 11
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	Page 7
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	Page 8

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	Page 8
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Page 8
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	Page 8
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	Page 8
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	Page 11
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Page 12
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Page 12
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Page 12
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Page 12

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

## Annexe 2 : Mail contact

Objet : Invitation à un entretien explorant le vécu des médecins urgentistes face à l'annonce d'un mauvais pronostic

Bonjour Docteur X,

Actuellement en troisième année d'internat de médecine d'urgence, je réalise un travail de thèse sous la supervision du Dr Vanessa MEYNIER (PHC dans le service d'urgence de l'Hôpital Nord). Ce travail est destiné à analyser le vécu des médecins urgentistes confrontés à l'annonce d'un mauvais pronostic.

Pour cela, j'ai choisi une méthodologie qualitative à travers des entretiens individuels afin de recueillir vos témoignages.

Vous trouverez ci joint une fiche d'information concernant le déroulement de ces entretiens qui dureront entre 30 minutes et 1 heure. Ils se dérouleront dans les locaux de l'APHM (site Nord ou site Timone), dans une pièce dédiée afin de ne pas être interrompus.

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux de vos expériences afin de proposer des axes d'amélioration pour les médecins des services d'urgence de l'APHM (formation, protocole, training au travers d'exercice de simulation, etc).

Votre participation est donc indispensable pour la cohérence et la pertinence de nos conclusions.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous pourrions convenir d'un rendez-vous selon vos disponibilités. Je m'engage à être flexible et à m'adapter à vos contraintes professionnelles.

Je vous remercie sincèrement pour l'intérêt que vous porterez à ma demande.

Je reste à votre disposition pour tout complément d'information et espère une réponse favorable de votre part très prochainement.

Cordialement,

Emilie RAUDIN

Interne de DESMU 5ème semestre

**Le médecin urgentiste face à l'annonce d'un mauvais pronostic : exploration du vécu des médecins urgentistes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille**

Madame, Monsieur, Docteur,

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche dans le cadre du travail de thèse de Mme Émilie RAUDIN (interne en 3ème année de DESMU), sous la supervision du Dr Vanessa MEYNIER (Praticien Hospitalier Contractuel de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille).

Ce projet d'étude est destiné à évaluer le vécu des médecins urgentistes dans les situations d'annonce de mauvais pronostic afin de proposer des axes d'amélioration pour les services d'urgence de l'APHM.

Cette étude se présente sous la forme d'une étude qualitative réalisée à l'aide d'entretiens semi-dirigés.

Les entretiens seront réalisés par Émilie RAUDIN, suivant vos disponibilités, dans les locaux de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Ils dureront environ 1 heure et seront enregistrés avant d'être retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits et les transcriptions gardées de façon sécurisée. Il vous sera possible d'avoir accès à la transcription et d'y apporter les modifications que vous jugerez nécessaires.

L'analyse des données sera réalisée par un groupe de recherche dédié, composé d'Émilie RAUDIN, de Célia LAHETJUZAN (également interne en 3ème année de DESMU) et du Docteur Vanessa MEYNIER.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse intitulée : « Le médecin urgentiste face à l'annonce d'un mauvais pronostic : exploration du vécu des médecins urgentistes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille » et pourront faire l'objet d'une publication.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à tout moment et sans justification. L'équipe de recherche se tient à votre disposition pour tout complément d'information.

Nous vous remercions de l'intérêt porté à notre projet et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, Docteur, l'expression de nos meilleurs sentiments

#### Annexe 4 : Fiche de consentement

**Titre du projet :** Le médecin urgentiste face à l'annonce d'un mauvais pronostic : exploration du vécu des médecins urgentistes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

**Chercheurs :** RAUDIN Émilie sous la supervision du Dr MEYNIER Vanessa

**Consentement :**

Je soussigné(e), ..... confirme avoir lu et compris la lettre d'information ci-dessus et accepte de participer à l'étude. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de l'entretien, ainsi qu'à l'utilisation éventuelle et totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse, une présentation ou une publication. J'atteste que ma participation est entièrement basée sur le volontariat et comprends que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment.

NOM, Prénom, date et signature

## Annexe 5 : Fiche d'information démographique

**Entretien numéro : .....**

- ❖ Âge : .....
- ❖ Genre :
  - Femme
  - Homme
- ❖ Formation initiale :
  - Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine d'Urgence (DES MU)
  - Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale (DES MG)
  - Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires en Médecine d'Urgence (DESC MU)
  - Capacité de Médecine d'Urgence
  - Autres :  
.....
- ❖ Expérience comme urgentiste :
  - Moins de 2 ans après l'internat
  - Entre 2 et 5 ans après l'internat
  - Entre 5 et 10 ans après l'internat
  - Plus de 10 ans après l'internat
- ❖ Activité :
  - Service d'Accueil des Urgences (SAU)
  - Service d'Aide Médicale d'Urgences (SAMU)
- ❖ Habitude de l'annonce d'un mauvais pronostic :
  - Jamais
  - Moins d'une fois par mois
  - Moins d'une fois par semaine
  - Une fois par semaine
  - Plus d'une fois par semaine
  - Tous les jours
- ❖ Temps consacré à l'annonce en moyenne : .....
- ❖ Le plus souvent, êtes-vous :
  - Seul
  - Accompagné(e)
    - Par : .....

## Annexe 6 : Guide d'entretien final

Tout d'abord, je tenais à vous remercier pour votre participation à cette étude.

Pour rappel, l'objectif de ce travail est d'analyser le vécu des médecins urgentistes dans les situations d'annonce de mauvais pronostic aux urgences et en urgence.

L'objectif secondaire de cette étude étant d'identifier et d'évaluer les difficultés rencontrées s'il y en a.

Je vous rappelle que cet entretien sera enregistré avant d'être retranscrit mot à mot de façon anonyme. L'enregistrement sera ensuite détruit.

Vous pourrez avoir accès à la retranscription de l'entretien si vous le souhaitez.

Avez-vous des questions ou remarques avant que l'on débute notre entretien ?

Question 1 : Pouvez-vous me dire ce que représente une situation d'annonce de mauvais pronostic à vos yeux ?

*Quelle image vous avez de ces situations ?*

*Pouvez-vous me donner quelques exemples ?*

Question 2 : Le plus souvent, à qui faites-vous l'annonce du mauvais pronostic et dans quelles conditions ? (Patient directement ? Famille ?)

*Par quel moyen (direct, par téléphone...), temps consacré, lieu, stimulation extérieure...*

Question 3 : Vous préparez vous avant l'annonce ?

*Est-ce que votre vécu change si vous ne vous préparez pas ?*

*Est-ce que cela vous permet d'être plus à l'aise ? Pourquoi ?*

Question 4 : Pourriez-vous me décrire ce que vous ressentez le plus souvent avant, pendant et après l'annonce d'un mauvais pronostic ?

*Quelles émotions ressentez-vous ?*

Question 5 : Avez-vous l'impression que votre vécu des annonces de mauvais pronostic a évolué au fil des années et de votre expérience ?

Question 6 : Voulez-vous revenir sur une réponse ?

Question 7 : Voulez-vous ajouter quelque chose à cet entretien ?

## Annexe 7 : Analyse globale des verbatims M1 à M12

Thème	Catégorie	Unité de sens	Verbatim
Représentation d'une annonce de mauvais pronostic	Pathologies citées	Décès	M1 : « Probable décès proche » M1 : « Décès » M5 : « La mort » M8 : « une mort ou un décès {...} inattendu » M10 : « décès » M12 : « arrêts cardiaques non récupérés » M12 : « mort subite du nourrisson »
		Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives Fin de vie	M1 : « Probable décès proche » M5 : « des fins de vie qui étaient un peu prévues » M7 : « une personne âgée qui est {...} en sepsis grave ou enfin sévère » M11 : « des patients âgés qui arrivent en détresse et qui, au final, sont limités » M11 : « une limitation »
		Arrêt cardio-respiratoire	M1 : « Arrêt cardiaque » M6 : « niveau d'engagement sur un arrêt cardiaque » M7 : « arrêt cardiaque... même récupéré » M11 : « On a aussi des patients jeunes {...} Qui vont très bien et qui d'un coup ne vont pas bien ou font l'arrêt » M11 : « on peut être aussi amené à annoncer un arrêt »
		Pathologie oncologique	M3 : « Découverte de masse » M3 : « Découverte de cancer » M10 : « un cancer » M11 : « au final on fait pas que ça ! On n'est pas non plus un service d'onco » M11 : « souvent des patients d'Onco » M11 : « le plus souvent c'est quand même du patient Onco »
		Maladie vasculaire	M1 : « Rupture d'anévrisme aorte abdominale » M7 : « Hémorragie cérébrale »
		Traumatologie grave	M7 : « un AVP où le pronostic est incertain »
		Transfert en réanimation	M11 : « un passage en réa d'un patient jeune »
		Détresse respiratoire sur pathologie neurologique chronique	M6 : « un syndrome de West et qui est très handicapé {...} si jamais il se dégrade, on est obligé quand même de, d'aborder le sujet avec la famille »

	Un devoir pour le médecin	Le médecin est obligé de réaliser des annonces de mauvais pronostic	<p>M1 : « notre mission »  M1 : « D'un point de vue professionnel, je pense que c'est ce qu'on doit faire »  M1 : « une mission, presque une obligation »  M1 : « c'est quelque chose qu'on doit faire »  M2 : « Ça fait partie de de notre travail »  M2 : « ça fait partie du job »  M3 : « quand t'es séniors ça fait partie des trucs qui d'un coup t'incombent »  M5 : « c'est comme ça, c'est voilà, faut le faire quoi »  M5 : « de toute façon on n'a pas le choix »  M5 : « Il faut bien parler à la famille donc on a pas le choix »  M5 : « On doit le faire »  M5 : « c'est le job »  M5 : « il faut le faire, il faut que je le fasse »  M5 : « ils attendent ça de moi la famille, donc il faut le faire »  M6 : « C'est la continuité du soin »  M7 : « c'est obligatoire »  M7 : « il faut le faire »  M7 : « Ça fait partie du métier »  M7 : « ça fait partie de notre devoir, de donner l'information aux gens »  M7 : « il faut le faire »  M8 : « quand on doit annoncer un diagnostic difficile »  M8 : « je considère que ça fait partie {...} de notre travail »  M8 : « ça fait partie du job »  M8 : « mon boulot je l'ai fait »  M8 : « Pas le choix »  M9 : « on est obligé »  M9 : « il faut y aller ! »  M9 : « La prise en charge d'un patient ne s'arrête pas à lui prescrire doliprane, un antibio {...} l'annonce aux familles fait partie de notre de notre travail en fait ! »  M10 : « la prise en charge c'est un travail d'équipe, l'annonce {...} ça fait partie aussi de ce travail »  M11 : « fait partie en gros de notre travail »  M12 : « Ça fait partie du travail »  M12 : « ça fait partie du travail »  M12 : « Il faut le faire »  M12 : « c'est obligatoire »  M12 : « je serai obligée de leur dire »</p>
	Un acte médical comme un autre		<p>M4 : « c'est un peu comme un acte technique en fait »  M4 : « L'annonce en elle-même, je n'ai pas l'impression que ça modifie parce que pour moi c'est vraiment, c'est vraiment comme un geste technique »</p>

	Une épreuve pour le médecin	L'annonce est une situation difficile	<p>M1 : « il faut l'affronter »</p> <p>M1 : « humainement c'est toujours compliqué hein »</p> <p>M1 : « humainement c'est toujours un peu compliqué parce qu'on s'y, on ne s'y habitue jamais je pense »</p> <p>M3 : « C'est quand même une épreuve pour moi {...} d'annoncer »</p> <p>M3 : « je trouve que c'est compliqué pour nous à faire »</p> <p>M3 : « c'est très délicat comme, comme truc aux urgences »</p> <p>M3 : « je me dis « je sens que ça va être compliqué » »</p> <p>M3 : « émotionnellement toujours un peu difficile quoi »</p> <p>M3 : « émotionnellement ça me ramène quand même à des trucs difficiles »</p> <p>M6 : « Ce n'est pas évident »</p> <p>M6 : « C'est toujours particulier »</p> <p>M6 : « pas évidente à gérer en fonction des situations »</p> <p>M7 : « c'est quelque chose qui n'est pas facile »</p> <p>M7 : « ce n'est jamais très agréable »</p> <p>M7 : « Ce n'est pas très agréable »</p> <p>M7 : « ce n'est pas {...} un moment qui est... qui est évident et qui est facile »</p> <p>M8 : « toujours un peu compliqué »</p> <p>M8 : « c'est pas un moment facile »</p> <p>M9 : « Toujours un moment difficile »</p> <p>M9 : « à chaque moment {...} c'est compliqué »</p> <p>M9 : « c'est compliqué, c'est difficile ! »</p> <p>M9 : « Ça reste toujours difficile. »</p> <p>M9 : « c'est quand même un moment qui est pas simple »</p> <p>M9 : « ça reste toujours difficile »</p> <p>M9 : « ce que je vois, c'est que pour les plus jeunes... c'est compliqué pour vous ! C'est difficile pour nos jeunes seniors, certains DJ »</p> <p>M9 : « dans tous les cas, je connais personne qui y va la fleur au fusil ! »</p> <p>M10 : « C'est toujours un moment un petit peu... un petit peu délicat »</p> <p>M10 : « c'est pas toujours facile »</p> <p>M11 : « quelque chose qui va être compliqué... à gérer »</p> <p>M12 : « C'est une situation difficile »</p> <p>M12 : « C'est difficile »</p> <p>M12 : « on y va... C'est difficile »</p>
		Un acte qui n'est pas techniquement difficile mais qui l'est sur le plan émotionnel	M1 : « professionnellement, ça ne doit pas l'être ( <i>compliqué</i> ), mais humainement »

	Le médecin n'apprécie pas de faire des annonces	<p>M2 : « J'aime pas. Personne n'aime annoncer ce genre de nouvelle en fait »</p> <p>M3 : « à chaque fois que je tombe sur un mauvais pronostic {...} Je me dis « Oh non » »</p> <p>M3 : « Ce que je me dis c'est que j'ai pas du tout envie »</p> <p>M3 : « ma vision c'est quand même plutôt d'abord de me dire « Ah non pas ça » »</p> <p>M3 : « mon premier truc qui viendrait c'est « Oh non » »</p> <p>M8 : « c'est toujours euh... désagréable »</p> <p>M8 : « c'est pas un bon moment à passer »</p> <p>M8 : « c'est quand même un fardeau à porter je pense »</p> <p>M8 : « C'est quand même très désagréable quoi »</p> <p>M9 : « J'aime pas en fait ! J'aime pas, j'aime pas ! »</p> <p>M9 : « J'aime pas y aller »</p> <p>M10 : « c'est pas quelque chose d'agréable »</p> <p>M11 : « c'est pas un bon moment à passer ! »</p> <p>M11 : « C'est un mauvais moment à passer ! »</p> <p>M11 : « principalement, c'est ça ! C'est un mauvais moment à passer »</p> <p>M12 : « ce n'est jamais agréable d'aller dire »</p>
	L'annonce est un combat	<p>M7 : « c'est... une confrontation déjà avec la famille »</p> <p>M7 : « c'est une confrontation »</p> <p>M8 « on est quand même bien protégé, c'est à dire que même avant le COVID, les familles rentraient pas comme ça »</p> <p>M8 : « On est quand même très protégé »</p> <p>M9 : « C'est vraiment un jeu entre celui qui reçoit l'annonce et celui qui {...} la donne. Celui qui fait l'annonce et celui qui la reçoit ! »</p> <p>M10 : « On fait un ou une personne contre une personne »</p>
	Le médecin veut « protéger » l'interne de ces situations d'annonce	<p>M1 : « On essaie de pas y mettre les internes au milieu {...} faire porter cette charge émotionnelle à l'interne, ce n'est pas forcément adapté quoi »</p> <p>M2 : « Ce qu'il faut comprendre sur certaines situations, c'est qu'il n'ait pas envie non plus. C'est peut-être un peu un côté protecteur ou de mère de famille, j'en sais rien »</p> <p>M9 : « si il veut pas, je le force pas, par contre ! »</p> <p>M11 : « surtout ne pas traumatiser mon interne »</p> <p>M11 : « je veux pas que ça repose sur lui {...} je le fais pas {...} intervenir »</p> <p>M11 : « je veux pas que ça repose sur lui {...} s'il y a des questions... »</p>
	L'annonce est parfois jugée simple	<p>Il est facile de faire une annonce pour le médecin lorsque l'information est attendue</p> <p>M1 : « seule quand c'est quelque chose de simple à annoncer et qui est à priori attendu »</p>
	Une situation fréquente	<p>Le médecin réalise souvent des annonces de mauvais pronostic</p> <p>M11 : « On en fait pas mal »</p> <p>M11 : « On le fait très souvent »</p> <p>M11 : « c'est clairement quelque chose qu'on fait souvent »</p> <p>M12 : « on ne peut pas dire c'est le quotidien pour les médecins du SMUR, mais bon, pour nous c'est très fréquent »</p> <p>M12 : « c'est une grosse part de notre travail »</p> <p>M12 : « on a beaucoup de situations d'annonces de mauvaises nouvelles malheureusement »</p>

	Une situation particulière en situation d'urgence	L'annonce de mauvais pronostic en médecine d'urgence est plus violente	<p>M3 : « c'est très délicat comme, comme truc aux urgences »</p> <p>M8 : « Il y a les annonces diagnostics de l'oncologue et il y a les annonces diagnostics qu'on a aux urgences, où c'est plus brutal {...} c'est pas la même chose ! »</p> <p>M8 : « ce que j'ai pu apprendre à l'époque dans cette formation (annonce en oncologie), je ne suis pas sûr que ça me serve énormément {...} parce que nous c'est plus brutal »</p> <p>M9 : « Sur des situations aiguës et brutales »</p> <p>M9 : « Nous, notre souci c'est l'annonce brutale et aiguë sur une pathologie aiguë. Voilà ! »</p>
		Elle touche tous les corps de métiers	<p>M12 : « Je pense que tout le personnel, que ce soit ambulancier, infirmier {...} sont impactés par ça »</p> <p>M12 : « en plus nous {...} chaque membre d'un équipage d'une ambulance de réanimation est concerné »</p> <p>M12 : « le personnel, il a besoin lui aussi d'avoir son annonce de mauvaise nouvelle »</p> <p>M12 : « L'annonce d'une mauvaise nouvelle ce n'est pas que pour les gens extérieurs, c'est pour nous aussi. »</p>
		L'annonce a un impact sur le patient, sa famille mais aussi sur le médecin et les soignants	<p>M12 : « je mets beaucoup moins de ma rate et de mon foie et de mes nerfs et de tout ce que vous voulez, depuis que je fais de la communication »</p> <p>M12 : « Je pense que tout le personnel, que ce soit ambulancier, infirmier {...} sont impactés par ça »</p> <p>M12 : « le personnel, il a besoin lui aussi d'avoir son annonce de mauvaise nouvelle »</p> <p>M12 : « L'annonce d'une mauvaise nouvelle ce n'est pas que pour les gens extérieurs, c'est pour nous aussi. »</p>
	Émotions	Situation chargée en émotions	<p>M1 : « charge émotionnelle »</p> <p>M3 : « émotionnellement toujours un peu difficile quoi »</p> <p>M3 : « émotionnellement ça me ramène quand même à des trucs difficiles »</p> <p>M9 : « Beaucoup d'émotion »</p> <p>M9 : « Vous voyez, beaucoup d'émotion à chaque fois »</p> <p>M9 : « presque une sure empathie »</p> <p>M9 : « c'est presque trop en fait »</p>
		L'image qu'a le médecin des situations d'annonce varie en fonction des situations	<p>M6 : « Le patient, l'âge, l'âge du patient, les antécédents »</p> <p>M6 : « qui tu as en face de toi »</p> <p>M6 : « ça dépend de {...} de la famille que tu as en face de toi »</p> <p>M6 : « En fonction de plusieurs paramètres, c'est plus difficile à aborder »</p>
		Le médecin urgentiste doute de son rôle	<p>M1 : « sur une découverte d'une maladie à priori à mauvais pronostic, je ne suis pas sûre que ce soit nous au niveau des urgences qui devons aborder ce sujet-là {...} on ne peut pas trop se prononcer à priori sur le pronostic tout de suite. Plus sur la gravité éventuelle mais pas sur le pronostic »</p> <p>M1 : « toutes les autres pathologies qu'on rencontre ou qu'on découvre, c'est difficile je trouve aux urgences de dire d'emblée 'vous êtes dans la merde quoi'. Je ne crois pas que ce soit notre travail, en tout cas aux urgences, de leur apprendre comme ça »</p>

Difficultés rencontrées par le médecin et moyen d'adaptation	Difficultés liées au patient	Le médecin se sent en difficulté lors des annonces concernant des patient jeune		<p>M1 : « Ça peut m'arriver de demander au réanimateur de m'aider ou à un autre sénior des urgences de m'aider. Surtout quand c'est des sujets peut-être un peu plus jeunes »</p> <p>M1 : « un jeune {...} il avait 30 ans, il a fait un AVP {...} il a fait l'arrêt aux urgences. Donc il a fallu qu'on l'annonce aux parents. Et ça a été, je pense, sûrement l'annonce le plus difficile de toute ma carrière. »</p> <p>M2 : « quand c'est un enfant {...} c'est plus compliqué »</p> <p>M7 : « si c'est des jeunes bon, là c'est un peu dur je trouve »</p> <p>M8 : « quand il s'agit d'annoncer un décès chez un jeune {...} enfin un jeune ou pas jeune hein {...} mais bon, quand ils sont jeunes c'est encore plus dur je pense »</p> <p>M9 : « Quand c'est des gens plus jeunes {...} Là, c'est encore plus dur »</p> <p>M9 : « c'est quand même un moment qui est pas simple. Pas simple ! Comme on le disait tout à l'heure pour les plus jeunes »</p> <p>M10 : « Moi j'ai plus de difficultés avec les patients jeunes que... les patients un peu âgés »</p> <p>M10 : « quand c'est un jeune dans la fleur de l'âge, c'est toujours un peu plus compliqué »</p> <p>M11 : « les enfants, les bébés, c'est mort ! Je pense que c'est aussi peut-être pour ça que je retourne pas au SAMU ! C'est que vraiment la pédiatrie, moi je peux pas ! »</p> <p>M12 : « Annoncer le décès d'une personne de 98 ans, grabataire depuis 6 mois n'est pas du tout la même chose que d'annoncer la mort d'un enfant dans un accident de voiture »</p>
		L'annonce de mauvais pronostic est difficile quand il n'est pas attendu		M9 : « la personne âgée qui était en super santé, qui décède d'un coup, on sait pas trop pourquoi, ça reste une grande brutalité et pas facile aussi pour les familles »
	Difficultés liées à la famille	L'annonce à la famille est plus difficile que l'annonce au patient		M1 : « c'est toujours un peu compliqué {...} Plus d'ailleurs pour {...} la famille que pour le patient »
		La rencontre avec la famille rend le patient « réel »		<p>M7 : « réaliser que cette personne a un vécu, une famille, a toute une vie »</p> <p>M7 : « de voir la réaction des gens et de réaliser {...} que le patient avait aussi tout un entourage, était aimé »</p>
		La réaction de la famille peut mettre le médecin en difficulté	Agressivité	M1 : « Si je sens qu'il va y avoir un peu de... de complexité dans l'annonce avec pourquoi pas de l'agressivité {...} ça peut m'arriver de demander au réanimateur de m'aider ou à un autre sénior des urgences de m'aider »
			Réactions intenses	<p>M7 : « c'est plutôt de voir la détresse de la famille »</p> <p>M8 : « il y a des familles {...} il faut qu'ils pleurent, qu'ils crient {...} C'est très difficile {...} à gérer parce que ça crie de partout »</p> <p>M8 : « ça c'est des situations qui seront pas faciles à gérer »</p> <p>M10 : « chez un jeune {...} c'est toujours... la réaction est toujours un peu plus... exacerbée ! Que ce soit chez les proches, ou même chez le déclarant »</p> <p>M11 : « le côté culturel il joue pas mal »</p> <p>M11 : « Y a {...} des cultures où tu sais que {...} ils vont rester de marbre {...} d'autres où vraiment tu sais que ça va être l'explosion d'un service »</p> <p>M11 : « Là tu sais que ces patients là ça sera plus difficile, parce que {...} ils font passer les anciens en priorité »</p>
	Déni	<p>M8 : « Il y a des familles qui sont plus ou moins faciles {...} Il y a des familles qui veulent pas entendre »</p> <p>M8 : « il y a des familles qui veulent rien entendre »</p> <p>M8 : « quand ils comprennent pas ou qu'ils veulent pas l'entendre »</p>		

	Le médecin a parfois du mal à se faire comprendre		M9 : « quelqu'un d'âgé c'est difficile ... c'est toujours les problèmes de termes en fait »	
	Lorsque la famille/le patient ne s'attend pas à cette information, l'annonce est plus difficile		M11 : « Le pire c'est quand ils s'y attendent pas et que c'est quelque chose de brutal où là c'est encore plus compliqué » M11 : « il y a des moments où c'est plus facile que d'autres, notamment quand les gens s'y attendent » M11 : « la famille s'y attend pas »  Et aux urgences, personne ne s'y attend	
	Difficultés liées aux urgences	Avoir un lieu adapté	Accompagner la famille dans un lieu éloigné met le médecin mal à l'aise	M1 : « c'est une situation qui n'est pas forcément hyper confortable parce que forcément... si on veut leur parler et qu'on veut les installer dans un endroit cosy, un peu à l'abri des autres, c'est que forcément on va annoncer quelque chose de... de pas très agréable » M1 : « pas forcément évident {...} on peut être dans un endroit et devoir marcher très très longtemps pour arriver jusqu'à la salle des familles avec la famille qui nous suit »
			Le médecin juge le lieu dédié non adapté	M5 : « il y a une petite salle {...} mais qui n'est pas terrible parce qu'elle est fermée, y a pas de fenêtre, {...} une petite banquette, {...} t'es au milieu des autres malades. Pffff... Ce n'est pas terrible » M5 : « c'est vrai qu'il manque une salle. Une salle dédiée quoi »
		Ne pas avoir de lieu dédié ajoute de la charge mentale pour le médecin	M1 : « quand il est disponible, parce que jusqu'à il n'y a pas longtemps il n'était pas disponible parce qu'on avait plus accès à la salle des familles » M1 : « on se prépare tout simplement sur le papier {...} l'endroit où je vais l'annoncer si la salle n'est pas disponible » M3 : « c'est dur de le faire dans de bonnes conditions, de trouver parfois le bon lieu » M8 : « Je me suis toujours {...} acharné en tout cas à faire en sorte de les recevoir {...} dans un lieu isolé, et seuls » M9 : « Toujours essayer de trouver un endroit calme, pour que justement, qu'on puisse parler, que ça soit audible. Parce que {...} les gens sont assez perturbés par le moment ! » M9 : « salle spécifique ( <i>appui sur le mot</i> ) » M9 : « j'arrive toujours à le trouver en fait ( <i>le lieu dédié</i> ) {...} C'est pas facile ! » M9 : « Je suis toujours gêné quand je ne peux pas l'utiliser ( <i>la salle des familles</i> ) » M9 : « quand il y avait pas la salle, j'étais un peu gêné parce que laisser des gens-là un peu au milieu {...} Il y a quand même toujours un peu de passage malgré les endroits un peu au calme qu'on peut trouver » M9 : « Ça me plaisait pas ! » M9 : « C'était pas parfait ! » M9 : « J'aimais pas le moment ! » M11 : « j'essaye que ce soit dans un lieu isolé et calme où en gros on sera pas embêté, interrompu » M12 : « C'est une situation difficile ! {...} il faut savoir s'adapter et {...} en plus nous {...} Nous on est en plus chez les gens, dans leur intimité, chez eux, dans le 3 quart du temps pour annoncer une mauvaise nouvelle » M12 : « On doit toujours essayer, tant que faire se peut, de trouver un endroit à l'abri, protégé, comme on peut »	

	Trouver le temps	Le médecin doit trouver le temps malgré le rythme intense des urgences	M2 : « on prend le temps... mais on prend le temps aux urgences, tout est relatif » M2 : « même s'il y a du monde, {...} même si c'est Beyrouth aussi, et même si on est en train de faire autre chose {...} à un moment il faut prendre juste ce temps-là pour la famille en fait » M3 : « c'est dur de le faire dans de bonnes conditions {...} de prendre le temps » M6 : « de manière un peu plus précipitée si c'est le cas d'un arrêt cardiaque »
		Le médecin tente de se rendre disponible	M2 : « les interruptions de tâches » M2 : « j'essaie de faire en sorte de pas l'être ( <i>dérangée</i> ). Après je ne dis pas que j'y arrive tout le temps » M4 : « C'est un peu dérangent de se dire qu'on peut {...} donner l'impression de pas être disponible en fait » M6 : « Moi ce qui m'importe le plus, c'est de ne pas être dérangée, par les téléphones, par quelqu'un qui rentre » M7 : « Souvent je donne mon téléphone comme ça je ne suis pas dérangée et je ne crains pas que le téléphone au sonne au milieu » M9 : « On abandonne tout, c'est à dire que je laisse tout tomber. J'explique {...} faut pas m'embêter, pendant une certaine période »
		Le médecin manque de temps	M2 : « on prend le temps... mais on prend le temps aux urgences, tout est relatif » M3 : « c'est dur de le faire dans de bonnes conditions {...} de prendre le temps » M8 : « on peut pas se permettre de, de rester longtemps avec eux » M12 : « nous on est à chaud et il faut le faire très... »
	Les conditions de travail parfois inconfortables des urgences rendent les annonces plus difficiles pour le médecin	M1 : « si je suis dans un couloir avec du monde partout, avec une famille qui me hurle dessus {...} que c'est 6 h du matin, que j'ai pas mangé, pas pissé, pas dormi, oui. Ce sera forcément moins bien perçu {...} parce qu'on a moins d'objectivité et que les sentiments sont un peu plus à fleur de peau et qu'on a moins la barrière pour... pour se blinder. » M1 : « si on est dans la pire situation avec les pires conditions externes, le vécu sera beaucoup plus compliqué. » M2 : « Les seules préparations c'est de me dire « voilà, ne sois pas trop embêtée par tout l'environnement qui est polluant dans les urgences » » M2 : « les interruptions de tâches » M2 : « j'essaie de faire en sorte de pas l'être ( <i>dérangée</i> ). Après je ne dis pas que j'y arrive tout le temps » M3 : « c'est dur de le faire dans de bonnes conditions » M4 : « C'est toujours un peu plus gênant de trouver les bons mots quand il y a du bruit, quand il y a des gens qui passent, qui nous saluent » M4 : « C'est un peu dérangent de se dire qu'on peut {...} donner l'impression de pas être disponible en fait » M4 : « On se dit qu'ils peuvent peut-être être limités dans leurs paroles {...} Il y a moins cette intimité » M6 : « Moi ce qui m'importe le plus, c'est de ne pas être dérangée, par les téléphones, par quelqu'un qui rentre » M9 : « c'est une mise en retrait de l'agitation du service et pour pouvoir ne pas être pollué par d'autres éléments »	
En SMUR le médecin est « seul » et dans l'intimité des patients	M12 : « ce n'est pas tout à fait comme à l'hôpital où on peut être plusieurs médecins pour décider comment on va faire » M12 : « C'est une situation difficile ! {...} Nous on est en plus chez les gens, dans leur intimité, chez eux, dans le 3 quart du temps pour annoncer une mauvaise nouvelle »		

	Difficultés liées au médecin	Le médecin est en difficulté lorsqu'il s'identifie au patient	<p>M2 : « ça peut me perturber en fait quand il y a un rapport d'âge avec moi »</p> <p>M2 : « son rapport de l'âge à soi aussi, là forcément ça c'est aussi compliqué, mais il faut le faire »</p> <p>M3 : « ça te renvoie à la mort en fait. Et à ta propre vie et à celle de tes proches en fait »</p> <p>M3 : « j'ai dû projeter probablement de manière inconsciente {...} ma propre mort et de voir mes enfants tristes »</p> <p>M9 : « Son vécu personnel {...} qui est pas évident ! On a nos soucis à nous aussi ! »</p> <p>M10 : « il y a toujours cette part de personnel qui fait que... ça peut le rendre compliqué »</p> <p>M11 : « quand c'est un patient jeune {...} On se retrouve plus dans la situation »</p> <p>M11 : « me dis que ça pourrait être mes grands-parents »</p>
		L'annonce est plus difficile quand le médecin se reproche la prise en charge	<p>M8 : « L'important je pense que c'est pas de regretter quelque chose sur la prise en charge. C'est pour ça que j'essaie de prendre bien le temps de leur expliquer »</p> <p>M8 : « Le but je pense, c'est vraiment pas avoir de regrets, notamment sur la prise en charge, quelque chose qu'on aurait vraiment mal fait quoi »</p> <p>M10 : « ça dépend aussi de la prise en charge »</p> <p>M10 : « des fois, on pense qu'on a fait ce qu'il fallait {...} ça aide un peu à annoncer la nouvelle »</p>
		Le médecin est mis en difficulté lorsqu'il annonce quelque chose qu'il n'accepte pas lui-même	<p>M9 : « y a des fois j'accepte pas »</p> <p>M9 : « C'est sa propre acceptation qui est difficile, aussi, en même temps »</p> <p>M11 : « on se dit {...} 'c'est mieux pour lui'. Donc dans ces cas-là, c'est plus facile »</p>
	Difficultés liées à l'existence d'une relation patient/médecin	L'annonce est plus difficile pour le médecin lors qu'il a échangé avec le patient	<p>M1 : « si {...} j'ai eu une relation avec le patient, verbale, et qu'on a pu un peu échanger au départ. Ça va forcément être plus dur pour moi. »</p> <p>M6 : « je ne savais pas où aller. Elle demandait notre avis. Et c'est vrai que c'est difficile »</p> <p>M10 : « Même si on essaie de se mettre toujours en retrait et de garder le rôle de soignant, il y a toujours une part {...} d'affection qui fait que ça peut rendre la situation plus compliquée »</p>

	Ce qui peut rendre l'annonce plus simple pour le médecin	Le médecin se fait aider par des collègues	<p>M1 : « quand c'est un peu compliqué, on essaie de le faire à plusieurs »</p> <p>M1 : « Ça peut m'arriver de demander au réanimateur de m'aider ou un autre sénior des urgences de m'aider {...} C'est plus confortable »</p> <p>M1 : « ça c'était très difficile et on était à deux »</p> <p>M3 : « Si on n'est pas dans un contexte très clair, souvent je demande aux réa de m'accompagner pour discuter avec la famille »</p> <p>M3 : « On prend un temps à plusieurs pour leur dire {...} Ça fait front (<i>rire</i>) »</p> <p>M4 : « je peux faire appel à un collègue quand la situation me semble plus délicate »</p> <p>M4 : « une double opinion médicale, ça peut aider les gens à accepter l'annonce »</p> <p>M4 : « pour que si jamais je ne trouvais pas les mots justes, quelqu'un d'autre puisse prendre le relais »</p> <p>M4 : « Je sais que si je ne suis pas comprise, que je n'arrive pas à en arriver où je veux. Je vais avoir un collègue qui va pouvoir {...} répéter, mais avec d'autres mots »</p> <p>M5 : « il y a eu des annonces des fois de don d'organes, proposition de don d'organe. Mais là, je ne suis pas seul »</p> <p>M5 : « je laisse un peu faire »</p> <p>M5 : « Je commence et puis après je les laisse faire ce qu'il faut »</p> <p>M6 : « C'est bien aussi d'être accompagnée »</p> <p>M8 : « selon les situations je pense qu'il faut être plusieurs »</p> <p>M8 : « Si {...} on sait qu'il y a une incompréhension. Je pense que c'est important d'être à plusieurs »</p> <p>M8 : « si c'est vraiment quelque chose de très très brutal {...} de quelqu'un de très jeune {...} on va le voir avec les médecins qui l'ont pris en charge, ou avec leur réanimateur »</p> <p>M8 : « pour les limitations. {...} Je pense que c'est important d'être à plusieurs »</p> <p>M8 : « c'est important pour moi selon la situation d'avoir les différents intervenants »</p> <p>M10 : « Si là y a des gens un peu plus stoïques, c'est bien d'avoir quelqu'un qui est un peu plus dans l'émotion {...} Mais eux (<i>la famille</i>)...ce moment-là, il va rester gravé ! Donc si être à plusieurs ça peut apporter de l'humanité, ça peut être que bénéfique »</p> <p>M10 : « Ce qui va faire en sorte qu'il vaut mieux aller à plusieurs ou pas, c'est aussi le nombre d'intervenants à qui on doit parler. S'il y a une foule de 10 personnes, il faut jamais y aller tout seul ! Même y aller à... 5, 6... Qu'on voit qu'il y a des gens en face ! »</p> <p>M10 : « pour un décès c'est toujours mieux d'y aller à plusieurs »</p> <p>M10 : « Ça peut être une aide même pour le... le déclarant hein ! Savoir qu'il est pas tout seul »</p> <p>M10 : « Vu que {...} la prise en charge c'est un travail d'équipe, l'annonce {...} ça fait partie aussi de ce travail »</p> <p>M10 : « Reformuler et prendre un peu le relais »</p> <p>M10 : « Ça peut être bien (<i>d'être accompagné</i>) quand c'est des situations un peu compliquées »</p> <p>M10 : « c'est vrai que ça peut aider »</p> <p>M10 : « sur ces situations où c'était les jeunes, ça m'a aidé ! »</p> <p>M10 : « c'est bien de se sentir un peu soutenu »</p> <p>M12 : « on essaie d'être deux, comme ça c'est plus facile, c'est évident »</p>
--	--	--	---

	Le médecin se prépare	Il veut maîtriser le dossier	<p>M6 : « on regarde bien le dossier médical »</p> <p>M6 : « On regarde les différents passages qui ont pu avoir lieu »</p> <p>M8 : « je me mets en tout cas en condition psychologique je pense »</p> <p>M8 : « je me prépare un peu {...} sur les mots que je vais employer »</p> <p>M9 : « Je prépare un peu, oui, ce que vais dire »</p> <p>M9 : « j'y réfléchis avant de toute façon »</p> <p>M9 : « c'est bien de chercher les mots »</p> <p>M11 : « je relis le dossier si il me manque des infos et pour être sûr que je connais bien l'histoire du patient {...} en général c'est déjà le cas. Quand on en vient à aller faire l'annonce à la famille, c'est que on a pris le temps {...} de se poser un peu sur le patient »</p> <p>M11 : « je relis le dossier si il me manque des infos et pour être sûr que je connais bien l'histoire du patient »</p>
		Il se prépare en fonction de ce qu'il sait de la famille	<p>M8 : « Il y a toujours un peu une préparation en amont {...} on sait un peu comment la famille va réagir »</p> <p>M8 : « on sait un petit peu via le médiateur ou via le médecin du SAMU {...} un peu l'état de la famille »</p> <p>M8 : « que la famille a compris et cetera en amont, je sais à peu près juger »</p> <p>M8 : « on s'adapte un petit peu »</p> <p>M9 : « J'essaie aussi un peu de savoir s'ils vont arriver seul, s'ils vont arriver à plusieurs {...} des enfants, des petits enfants »</p> <p>M9 : « Je vais adapter le discours en fonction de l'âge de la personne en face aussi »</p> <p>M9 : « J'ai besoin de savoir ça parce que je vais adapter {...} mon discours ! »</p> <p>M9 : « Est-ce que la famille a été mis au courant ou pas ? »</p>
		Comme un acte technique	<p>M9 : « déjà c'est se mettre en position »</p> <p>M10 : « un moment qu'il faut préparer »</p>
	L'absence de diagnostic certain protège le médecin d'une réaction intense du patient/de la famille	<p>M3 : « je trouve que c'est bien ce truc de rester un petit peu large {...} ça permet que le patient n'ai pas l'annonce de façon brutale. Ça {...} leur laisse du temps d'assimilation quoi »</p> <p>M3 : « ça protège un petit peu ça quelque part de dire peut être que c'est infectieux »</p> <p>M3 : « Mais je trouve que c'est bien ce truc de rester un petit peu large. De dire qu'il y a plusieurs trucs possibles, ça nous protège »</p> <p>M8 : « pour le diagnostic {...} par exemple un diagnostic de cancer, on n'a jamais assez d'éléments donc on arrive un peu à tourner autour du pot, c'est plus facile »</p>	
Lorsque le mauvais pronostic est attendu, l'annonce est plus simple pour le médecin	<p>M9 : « quelqu'un qui a 90 ans {...} C'est quand même moins difficile à exprimer parce que les gens comprennent un peu plus »</p> <p>M9 : « C'est pas qu'ils comprennent ou qu'ils comprennent pas {...} l'acceptation est plus facile ! »</p> <p>M9 : « C'est un peu plus facile pour moi {...} en sachant que la famille est un peu préparée à l'avance »</p> <p>M10 : « C'est plus facile d'annoncer ça chez une personne qui est en... plus ou moins fin de vie ou un âge assez avancé ou qui est grabataire avec des troubles cognitifs... que chez un jeune »</p>		
L'acceptation de la famille rend l'annonce plus simple pour le médecin			
L'absence de réaction de la part de la famille arrange le médecin	<p>M4 : « souvent les gens ils sont un peu {...} sidérés, donc ils n'ont pas de questions, pas trop de réactions. Mais d'un côté je pense que ça m'arrange un peu aussi »</p>		

	Le médecin se protège de la détresse de la famille en passant rapidement le relai	M8 : « je pense pas que je sois capable {...} de les accompagner {...} Je pense pas que j'ai les capacités de le faire, alors je sais pas si c'est parce que je suis comme ça ou si c'est parce que c'est un mécanisme de défense. {...} je vais vite passer le relais au médiateur »
	Le médecin se protège de ses émotions en se concentrant sur l'annonce	M2 : « je pense qu'on se cache un peu dans le... alors pas la technicité mais le, le, le, 'il va y avoir ça', 'on va vous prendre comme ça en charge', 'vous allez être dans tel service', 'vous allez faire ces examens-là' » M2 : « 'Ça y est je lui ai dit' c'est maintenant on avance sur autre chose {...} je le programme pour l'hospitaliser » M4 : « c'est vraiment plutôt la technique, vraiment toutes les données médicales » M8 : « Je vais me concentrer plutôt sur leurs réactions et le choix de mes mots » M8 : « il y a moins ce côté euh... {...} Je pense que je suis plus concentré au moment de l'annonce »
	Le médecin réprime ses émotions	M5 : « Peut-être aussi parce que j'enfoui tout donc je zappe après tu vois pour pas garder des trucs » M7 : « On n'a jamais appris à {...} avoir des émotions »
	Le médecin se met à la place de la famille/du patient	M5 : « C'est ce que moi j'aimerais qu'on fasse si j'étais à leur place » M5 : « Si j'étais à leur place, je n'aimerais pas qu'on me le dise dans le couloir, à l'arrache entre 2 patients et le téléphone qui sonne » M5 : « Je m'imagine à la place des gens » M5 : « j'essaie de faire {...} comme si c'était à moi que je parlais quoi, à ma famille » M5 : « moi j'aimerais que ce soit un médecin qui soit pas en train d'avoir les larmes aux yeux, qui soit pas non plus énervé, qu'il soit pas... qui soit neutre, qui m'annonce les choses directement mais de façon correcte et pas violente » M6 : « Tu te dis si ça t'arrive, peut être que t'aurais eu besoin » M9 : « j'essaie de me dire comment j'aimerais qu'on le fasse pour moi »
	Mettre à l'aise la famille pour se sentir à l'aise ?	M7 : « Je leur propose un verre d'eau, je ne sais pas. J'essaie de les mettre {...} un minimum confortable »
	L'absence de la famille dans les urgences permet au médecin de se préparer à l'annonce	M6 : « ils sont en salle d'attente. On a le temps de gérer le patient, de se faire un peu une idée de ce qu'il va se passer » M6 : « un peu mieux pour nous {...} enfin depuis que les familles ne sont pas présentes dès l'arrivée du patient » M8 : « on est quand même bien protégés, c'est à dire que même avant le COVID, les familles rentraient pas comme ça » M8 : « On est quand même très protégés » M10 : « quand ça se fait par téléphone... on peut toujours se mettre en condition plus facilement ! » M10 : « quand il y a le patient à côté ou la famille qui est à côté... la mise en situation est bah... beaucoup plus courte »
	Le fait de ne pas connaître le patient rend l'annonce plus simple	M10 : « aux urgences {...} je pense que c'est toujours un peu plus facile parce que le temps où on côtoie le patient, il est quand même assez bref » M10 : « même si on peut s'attacher, même si on peut avoir une sympathie par rapport à d'autres patients... le ressenti il est beaucoup plus facile par rapport à une personne qu'on suit {...} Ça je l'avais vécu un peu, donc... C'est vrai que en comparant les 2, c'est plus facile... Moins on voit le patient, voilà, plus ça aide ! »

		Le médecin s'aide du non verbal	<p>M9 : « je pense que le non verbal est très important aussi »  M9 : « le soutien, ça passe aussi par le regard je pense »  M9 : « je pense que le non verbal est très important ! »  M9 : « le soutien, ça passe aussi par le regard »  M9 : « parfois le non verbale {...} peut me faire modifier mes mots »</p>
		Le médecin passe à autre chose grâce au rythme des urgences	<p>M2 : « après, je repasse euh... Malheureusement on est avalés par ce qu'on fait au quotidien aussi »  M2 : « il y a le flux et il faut continuer en fait »  M3 : « Sur le coup, aller voir d'autres patients et tout, finalement, je trouve ça pas forcément si compliqué parce que ça te fait passer à autre chose »  M3 : « Tu te remets sur un autre dossier. Sur le coup, c'est dur parce que t'as un poids quand même de ce qu'il vient de se passer. C'est quand même lourd. Et puis tu te remets dans un autre dossier et je trouve que finalement ça me coûte pas tant que ça moi »  M4 : « ça peut être très bref parce que bah il faut se replonger dans l'activité »  M8 : « on peut pas se permettre de, de rester longtemps avec eux {...} Et puis moi je pense pas que je sois capable non plus de faire ça, de les accompagner »»</p>
		Le médecin parvient à trouver le temps et un lieu adapté	<p>M3 : « tu trouves toujours du temps pour ce genre de choses quoi »  M3 : « soit il est dans un box seul et c'est bon. Soit {...} on a une petite salle des familles aux urgences qui peut être dédiée aux annonces. Ou je fais sortir le voisin »  M3 : « Je pense qu'en fait je choisis vraiment le moment quoi »  M4 : « S'il faut faire prendre le relais, parfois par un collègue, une infirmière, quelqu'un qui les fait patienter »  M5 : « je fais évacuer et je m'installe dedans »  M6 : « Toujours assis et au calme »  M6 : « On trouvait le moyen de les isoler, de les faire patienter et ensuite {...} on allait les voir »  M8 : « si on en a pas, on se débrouille parce qu'à un moment on en avait pas (<i>de salle des famille</i>), donc {...} on demande {...} de nous amener les familles dans une salle où ils sont seuls »  M8 : « Je me suis toujours {...} acharné en tout cas à faire en sorte de les recevoir {...} dans un lieu isolé, et seuls »  M12 : « C'est obligatoire »  M12 : « Il y a toujours un endroit isolé où on peut se mettre »  M12 : « Il suffit de regarder »  M12 : « il y a toujours un endroit »  M12 : « On peut trouver, toujours »</p>

Vécu du médecin	Le médecin et ses émotions	Le médecin accepte d'avoir des émotions	<p>M1 : « c'est un sentiment {...} qu'il faut accepter et je le gère toute seule »</p> <p>M1 : « ça passe, c'est triste, mais c'est comme ça »</p> <p>M8 : « on peut pas complètement se détacher »</p> <p>M11 : « ça m'affecte aussi ! Mais je pense que c'est normal »</p>
		Le médecin ne s'autorise pas à avoir des émotions	<p>M2 : « je mets une barrière {...} faut pas que ça me, ça me touche moi »</p> <p>M2 : « Pendant c'est : je suis professionnelle »</p> <p>M2 : « il y a des moments où on est plus trop médecin. Ou en fait on est un être humain »</p> <p>Moi : « quand vous prenez votre rôle de médecin il y a un peu moins d'émotions ? »</p> <p>Médecin : « Il faut oui »</p> <p>M3 : « j'essaie de rester dans l'empathie. Le truc de notre posture quoi. J'essaie de garder de la distance {...} de pas me laisser aller à leur peine, à leur douleur »</p> <p>M4 : « je suis concentrée, c'est vraiment j'essaie d'être hyper concentrée, hyper objective et à l'écoute »</p> <p>M4 : « je suis un peu dans ma bulle »</p> <p>M4 : « être empathique et de pas être un robot, mais de pas non plus me laisser déborder par mes émotions ou le ressenti »</p> <p>M5 : « moi j'aimerais que ce soit un médecin qui soit pas en train d'avoir les larmes aux yeux, qui soit pas non plus énervé, qu'il soit pas... qui soit neutre, qui m'annonce les choses directement mais de façon correcte et pas violente »</p> <p>M5 : « le rôle que {...} j'imagine être le plus approprié pour ce genre de moment-là quoi »</p> <p>M5 : « je pense qu'il n'en faut pas non »</p> <p>M5 : « il faut garder de la distance »</p> <p>M5 : « Essayer d'être neutre »</p> <p>M5 : « Il ne faut pas pleurer, ce n'est pas possible »</p> <p>M5 : « vraiment détaché »</p> <p>M7 : « ça fait un peu partie de notre métier » <i>quand il dit qu'il n'a pas vraiment d'émotion avant et pendant l'annonce</i></p> <p>M8 : « de toute façon on y va avec une carapace »</p> <p>M8 : « Le but, c'est pas {...} d'écouter tout ce qu'on ressent à l'intérieur quoi »</p> <p>M8 : « je suis très focus sur l'annonce {...} ce que je ressens, je le mets de côté »</p> <p>M12 : « il faut essayer d'éviter de ressentir autre chose » (que de l'empathie)</p> <p>M12 : « il faut éviter »</p> <p>M12 : « Ce n'est pas le but »</p> <p>M12 : « on ne doit pas être des éponges. On a un travail à faire, on est pas des éponges sentimentales... émotionnelles »</p>
		Le médecin ne veut pas montrer ses émotions	<p>M5 : « pas devant eux »</p> <p>M6 : « tu ne peux pas le montrer hein »</p> <p>M6 : « je ne le montre pas »</p> <p>M7 : « il ne faut pas pleurer en même temps que la famille »</p>

Le vécu du médecin dépend des situations		<p>M3 : « on a quand même pas les mêmes ressentis en fonction des patients »  M3 : « il y a quand même toujours des histoires, des histoires de vie qui te touchent plus pour des raisons que tu comprends pas toujours d'ailleurs »  M3 : « je trouve que c'est très très très dépendant des situations »  M8 : « toutes les situations sont différentes évidemment »  M8 : « Si le patient est jeune selon les conditions, c'est pas du tout la même chose qu'un patient de 85 ans »  M8 : « il y a déjà la situation, il y a la typologie du patient »  M8 : « Il y a des familles qui sont plus ou moins faciles »  M8 : « je pense que chaque situation est différente {...} il y a des situations qui sont plus difficiles que d'autres »  M8 : « c'est surtout la situation qui va changer {...} mon ressenti je pense ! »</p>
	L'annonce est plus intense en émotion lorsque la prise en charge a mis le médecin en difficulté	<p>M1 : « j'aurais peut-être plus d'émotions dans mon annonce {...} si la prise en charge se passe mal »</p>
	La situation personnelle du médecin le rend plus sensible	<p>M11 : « en ce moment {...} alors du coup je pleure pour rien ! Ça c'est un gros problème »  M11 : « la semaine dernière à l'UHCD {...} j'ai pleuré ! Voilà (<i>pleure</i>) et tu vois juste de t'en parler »  M11 : « Encore plus en ayant un gosse »</p>
	Le médecin est plus sensible à certaines situations médicales	<p>M3 : « moi ça me déprime profondément l'oncologie »  M3 : « ça me plombe régulièrement l'onco. Je trouve que c'est déprimant. C'est une chose horrible »  M3 : « tu as des situations qui te touchent vachement plus et c'est pas évident sur le coup »  M12 : « Il y en a un qui me touche beaucoup, c'est évidemment la mort subite du nourrisson »</p>
	L'annonce est plus intense en émotion lorsque le médecin a eu le temps de créer une relation avec le patient	<p>M1 : « j'aurais peut-être plus d'émotions dans mon annonce {...} si {...} j'ai eu une relation avec le patient, verbale, et qu'on a pu un peu échanger au départ »  M1 : « Il y aura plus d'émotions, de tristesse et d'empathie au moment de l'annonce à la famille »</p>
	L'annonce est plus intense en émotion lorsque le médecin connaît le patient ou quelqu'un de sa famille	<p>M3 : « J'ai été confrontée à une annonce, c'était très compliqué {...} émotionnellement {...} c'était beaucoup plus fort parce que {...} Je ne connaissais pas la patiente, mais je connais sa fille »</p>
	En fonction des situations, le médecin est à l'aise	<p>M1 : « si {...} c'est une situation simple {...} ça ne me dérange pas du tout d'être seule »  M3 : « je suis plus à l'aise si je suis dans les conditions optimales »  M4 : « je me sens plutôt à l'aise »  M4 : « Je suis plutôt à l'aise quand j'ai {...} un dossier dont j'ai vraiment pu faire le tour, où j'ai des certitudes »  M4 : « plus on a des éléments pour dire c'est grave et que ça va mal se passer, plus c'est facile »  M4 : « là où je suis le moins à l'aise on va dire, ce n'est pas forcément les annonces graves imminentes »  M4 : « je suis plutôt à l'aise »</p>

		Le vécu de la situation dépend de la réaction de la famille et du patient	<p>M4 : « Ça dépend aussi de la famille qu'on a en face, de leur niveau de compréhension, de {...} leurs attentes, de leurs pensées, de ce qu'il se passe »</p> <p>M6 : « ça dépend {...} surtout de, de ce que la, les familles peuvent transparaître {...} et les patients aussi »</p> <p>M8 : « Il y a des familles qui sont plus ou moins faciles »</p> <p>M11 : « ça dépend comment la famille réagit justement »</p> <p>M11 : « il y a des fois où c'est plus difficile que d'autres à gérer, même sur le plan émotionnel »</p> <p>M11 : « ça dépend de la réaction des familles »</p>
		Le médecin peut être mal à l'aise lorsqu'il ne gère pas l'annonce et que celle-ci est réalisée par un collègue	<p>M3 : « Ce qu'il peut me mettre mal à l'aise, c'est quand il y a l'intervention d'un spécialiste {...} c'est lui qui va faire l'annonce à sa sauce et pas forcément comme moi je l'aurais fait {...} clairement je sors de ma zone de confort quoi. Du coup là je subis le, l'annonce quoi »</p>
		Le médecin est plus sensible lorsque l'histoire du patient lui rappelle son histoire personnelle ou ses proches	<p>M1 : « personnellement, moi j'ai mon père qui en a fait une {...} Donc c'est quelque chose forcément qui me touche un peu plus »</p> <p>M3 : « ça te renvoie à la mort en fait. Et à ta propre vie et à celle de tes proches en fait »</p> <p>M3 : « j'ai dû projeter probablement de manière inconsciente {...} ma propre mort et de voir mes enfants tristes »</p> <p>M3 : « quand j'y repense, des fois je me dis mais en fait j'étais émue parce que ça peut me faire penser à quelqu'un de l'âge de, je sais pas, ma mère ou à mon âge. »</p> <p>M3 : « elle m'avait touché cette situation avec ses fils en pleurs {...} ça m'avait bouleversé. Et après je me suis dit, j'ai réalisé : moi j'ai 2 garçons. {...} je pense que j'ai dû projeter probablement de manière inconsciente {...} ma propre mort et de voir mes enfants tristes »</p> <p>M6 : « on transpose parfois »</p>
	Le médecin a peur	Il a peur de ne pas savoir répondre aux questions de la famille	<p>M1 : « Si je sens qu'il va y avoir un peu de... de complexité dans l'annonce avec {...} beaucoup de questionnements. Ça peut m'arriver de demander au réanimateur de m'aider ou à un autre sénior des urgences de m'aider »</p> <p>M3 : « tu n'as pas toutes les réponses à leurs questions »</p> <p>M3 : « Tu sais pas du tout quelle thérapie va être proposée en fonction de la spécialité {...} on a quand même souvent pas les connaissances sur chaque tumeur »</p> <p>M3 : « pour répondre à leurs questions ce n'est pas toujours simple »</p> <p>M4 : « s'ils ont des questions, on ne peut pas ne pas pouvoir y répondre alors qu'on leur fait une annonce grave »</p> <p>M4 : « s'ils avaient des questions {...} je trouve ça délicat parce que j'ai pas l'impression d'avoir la main sur les réponses en fait »</p> <p>M8 : « il y a des questions auxquelles je pourrais pas forcément répondre parce que j'ai pas les compétences de le faire »</p> <p>M8 : « ça me gênerait de pas pouvoir répondre à une question de la famille »</p> <p>M11 : « parce que je me dis que si... en général je sais répondre aux questions {...} Mais {...} je trouve que c'est bien qu'on soit 2. Si y en a un qui bloque sur la réponse »</p>
		Il a peur de ne pas plaire à la famille	<p>M1 : « Peut-être la manière dont je vais parler ou la manière dont je suis ne va pas convenir à la famille »</p>
		Il a peur de la rencontre avec la famille	<p>M9 : « En fait c'est le premier contact ! L'arrivée... c'est au premier contact. J'aime pas y aller, mais il faut y aller ! Donc l'anxiété, elle est sur ça ! »</p> <p>M9 : « je les vois, ça va mieux »</p> <p>M9 : « Quand je les vois, ça va mieux ...bizarrement »</p>

	Le médecin a peur des réactions de la famille	<p>M8 : « ce qui fait peur en fait, c'est la famille »</p> <p>M8 : « Ce qui va m'angoisser au moment de l'annonce du décès, ça va être la réaction de la famille, c'est pas le fait de l'annoncer »</p> <p>M8 : « ce qui est anxiogène, c'est la réaction de la famille »</p> <p>M8 : « comment ils vont agir ? »</p> <p>M8 : « c'est toujours un peu stressant je pense, parce que on sait jamais comment ils vont réagir »</p> <p>M8 : « C'est du stress »</p> <p>M8 : « c'est stressant »</p> <p>M8 : « un peu d'anxiété au moment où on va le faire »</p> <p>M8 : « c'est anxiogène, c'est désagréable »</p> <p>M11 : « ça me stresse aussi parce que je me demande toujours comment la famille réagit, va réagir »</p> <p>M11 : « C'est le stress de savoir comment la famille va réagir »</p>
	Il a peur de mal s'exprimer sachant qu'il ne pourra pas compléter ou modifier son annonce	<p>M3 : « ce que je trouve dur c'est que derrière {...} tu vas pas derrière pouvoir {...} revenir sur ce que t'as dit, répondre à leurs questions dans un second temps »</p> <p>M8 : « Est ce qu'ils vont comprendre ? »</p> <p>M8 : « est ce qu'on utilise les bons mots »</p> <p>M9 : « j'ai toujours peur de pas utiliser les bons mots »</p> <p>M9 : « anxieux de mal faire, de me tromper {...} sur mes mots...utiliser des mots qui peuvent choquer »</p> <p>M9 : « la peur de faire mal, la peur d'être brutal, la peur {...} de se tromper, de les rendre tristes, de pas faire comme il faut »</p> <p>M9 : « mon anxiété, comme je disais, elle vient surtout aussi la peur de mal faire »</p>
	Le médecin a peur de faire pleurer la famille	<p>M9 : « la peur {...} de les rendre tristes »</p> <p>M9 : « On sait que les gens vont être tristes, ils vont être blessés, ça va être dur {...} j'ai pas envie de surajouter {...} en étant un peu à côté quoi »</p>
	Il a peur que ses émotions perturbent l'annonce	<p>M4 : « j'essaie que mes propos ils ne soient pas vraiment liés, pas liés à l'émotionnel »</p> <p>M4 : « parfois on peut, on peut dire des choses qui dans l'émotion qui ne sont pas... qui peuvent donner de faux espoirs »</p> <p>M8 : « sinon ce serait dépassé probablement {...} par les sentiments et on n'y arrivera pas »</p>
	Le médecin pense à ses propres peurs  (L'annonce du MP le renvoi à ses propres peurs)	<p>M3 : « de la tristesse et cette angoisse de la mort »</p> <p>M5 : « se confronter à la mort quoi {...} C'est l'angoisse d'une vie et d'une société entière {...} Ça fait peur à tout le monde, c'est normal »</p>
	Le médecin est en colère	<p>Le médecin est en colère lorsqu'il n'accepte par lui-même la situation</p> <p>M1 : « il y avait plutôt de la colère parce que j'avais envie qu'on fasse quelque chose pour ce monsieur qui était complètement autonome, qui allait très bien juste avant. Et au moment de l'annonce, oui, c'était extrêmement triste »</p> <p>M5 : « ça me met en colère qu'il meurt sur un brancard avec des bips et des patients à côté »</p> <p>M5 : « en colère par rapport à toute la structure, l'institution {...} qui ne peut pas arriver à absorber ça quoi. À gérer ça »</p>

	Le médecin est rassuré	Le médecin est rassuré par la présence de ses collègues	<p>M3 : « ça me rassure vachement parce qu'ils apportent autre chose avec leur casquette réa »</p> <p>M3 : « sur les décisions de LATA {...} dans la mesure du possible, je leur demande de venir (<i>les réanimateurs</i>) »</p> <p>M3 : « ça donne plus de poids le fait qu'il y ait une discussion collégiale »</p> <p>M3 : « ça montre que il y a eu quand même un échange, une discussion, c'est pas un truc qu'on a décidé sur un coin de table »</p> <p>M3 : « Ils connaissent très bien quoi »</p> <p>M3 : « On prend un temps à plusieurs pour leur dire {...} Ça fait front (<i>rire</i>) »</p> <p>M3 : « Les réa ils ont vraiment un truc à apporter {...} ils connaissent très bien »</p> <p>M4 : « pour que si jamais je ne trouvais pas les mots justes, quelqu'un d'autre puisse prendre le relais »</p> <p>M4 : « Je sais que si je ne suis pas comprise, que je n'arrive pas à en arriver où je veux. Je vais avoir un collègue qui va pouvoir {...} répéter, mais avec d'autres mots »</p> <p>M4 : « une double opinion médicale, ça peut aider les gens à accepter l'annonce »</p> <p>M5 : « il y a eu des annonces des fois de don d'organes, proposition de don d'organe. Mais là, je ne suis pas seul »</p> <p>M5 : « ceux du don d'organe ils ont un discours, ils ont un discours orienté déjà... déjà béton »</p> <p>M5 : « je laisse un peu faire »</p> <p>M5 : « Je commence et puis après je les laisse faire ce qu'il faut »</p> <p>M6 : « C'est bien aussi d'être accompagnée »</p> <p>M6 : « J'aimerais aller avec le réa s'il y a le réa qui est intervenu, l'interne des urgences »</p> <p>M6 : « Tu te dis si ça t'arrive, peut être que t'aurais eu besoin, juste qu'il y ait 2 visages différents du corps médical, paramédical après qui vont dans le même sens »</p> <p>M6 : « qu'elle puisse avoir 2 personnes qui vont dans le même sens {...} Parce que c'est une décision qui est théoriquement réfléchie, collégiale »</p> <p>M8 : « Si {...} on sait qu'il y a une incompréhension. Je pense que c'est important d'être à plusieurs »</p> <p>M8 : « si c'est vraiment quelque chose de très très brutal {...} de quelqu'un de très jeune {...} on va le voir avec les médecins qui l'ont pris en charge, ou avec leur réanimateur »</p> <p>M8 : « pour les limitations. {...} Je pense que c'est important d'être à plusieurs »</p> <p>M8 : « c'est important pour moi selon la situation d'avoir les différents intervenants »</p> <p>M8 : « les réanimateurs, quand je fais appel à eux, je suis quand même plutôt content qu'ils soient là. {...} Je pense que ça m'aide {...} quand la prise en charge est complexe »</p> <p>M10 : « Reformuler et prendre un peu le relais »</p> <p>M10 : « Ça peut être bien (<i>d'être accompagné</i>) quand c'est des situations un peu compliquées »</p> <p>M10 : « c'est vrai que ça peut aider »</p> <p>M10 : « sur ces situations où c'était les jeunes, ça m'a aidé ! »</p> <p>M10 : « c'est bien de se sentir un peu soutenu »</p> <p>M11 : « En général je le fais pas toute seule ! J'essaye toujours qu'on soit plusieurs »</p> <p>M11 : « j'essaie de les voir avec les spécialistes »</p> <p>M11 : « Si y a vraiment personne de dispo, j'irai avec mon interne »</p> <p>M11 : « j'aime bien (rires) qu'il y ait un autre senior »</p> <p>M11 : « je trouve que c'est plus facile ! On se soutient »</p> <p>M11 : « je trouve que c'est bien qu'on soit 2. Si y en a un qui bloque sur la réponse ou pour reformuler »</p> <p>M11 : « l'autre va pouvoir le dire d'une autre manière avec d'autres mots et une autre formulation et ce sera mieux compris »</p> <p>M11 : « je le vis moins bien, je me sens moins »</p> <p>M11 : « je me sens soutenue »</p> <p>M11 : « On se soutient quoi »</p> <p>M11 : « le fait d'y aller à 2, au minimum, ça me donne de l'assurance »</p>
--	------------------------	---	---

		Le médecin se sent en sécurité dans la salle des famille	M9 : « c'est peut-être pour moi que ça rassure ( <i>la salle des famille</i> ) »
		Le médecin se sent en sécurité dans les locaux des urgences, il se sent protégé par « sa blouse »	M3 : « Je trouve que c'est un peu moins fort aux urgences, c'est un peu moins violent ce qu'on ressent puisque on est un peu protégé par l'hôpital, la blouse blanche, le malade il est en tenue d'hôpital, on n'est pas chez eux. {...} est un peu plus protégé je trouve qu'en SMUR émotionnellement. »
	Le médecin culpabilise	Le médecin culpabilise de ne pas avoir toutes les réponses	M3 : « tu n'as pas toutes les réponses à leurs questions » M3 : « Tu sais pas du tout quelle thérapie va être proposée en fonction de la spécialité {...} on a quand même souvent pas les connaissances sur chaque tumeur » M3 : « pour répondre à leurs questions ce n'est pas toujours simple » M3 : « les gens tu sens que tu les laisses quand même angoissés quoi. C'est pas très agréable. » M4 : « s'ils avaient des questions {...} je trouve ça délicat parce que j'ai pas l'impression d'avoir la main sur les réponses en fait » M4 : « là où je vais être mal à l'aise c'est dans des situations où {...} ça dépasse un peu mes compétences, que je suis incapable de dire qu'est ce qui va leur arriver »
		Le médecin culpabilise de ne pas accompagner le patient après l'annonce	M3 : « tu vas leur annoncer quelque chose mais que derrière t'es plus du tout là toi pour, pour soutenir, apporter des réponses parce que tu vas le mettre dans un service » M3 : « ce que je trouve dur c'est que derrière {...} tu ne vas pas les suivre {...} les soutenir » M3 : « ce que je trouve dur c'est que derrière {...} tu vas pas répondre à leurs questions dans un second temps »
	Avant	Le médecin n'appréhende pas	M6 : « pas de peur, pas de crainte »
		Le médecin est confiant quand il est sûr de ce qu'il doit annoncer	M7 : « Du moment qu'on sait le où on en est, le diagnostic, le pronostic... Non, je ne me prépare pas forcément »
		Le médecin est résigné	M7 : « je n'ai pas de difficulté à les annoncer parce qu'en fait il le faut de toute façon » M7 « je me sens pas mal. Voilà, il faut le faire quoi »

		<p>Le médecin appréhende</p>	<p>M1 : « Je pense qu'il y a de la peur. Je ne sais pas si l'appréhension de dire ? Non ce n'est pas une émotion. Il y a de la peur, de l'angoisse »  M1 : « c'est toujours un peu angoissant d'annoncer mais on n'est pas du tout tristes parce que c'est une évidence que la personne va décéder »  M4 : « j'ai toujours un petit moment d'appréhension, un peu comme quand on va sauter dans le vide »  M4 : « on dit « allez j'ai peur, mais j'y vais ». »  M7 : « il y a forcément un peu d'appréhension »  M8 : « C'est du stress »  M8 : « c'est stressant »  M8 : « un peu d'anxiété au moment où on va le faire »  M8 : « c'est anxiogène, c'est désagréable »  M9 : « Anxiété ! Ouais, je suis anxieux »  M9 : « beaucoup d'anxiété »  M9 : « En fait c'est le premier contact ! L'arrivée... c'est au premier contact. J'aime pas y aller, mais il faut y aller ! Donc l'anxiété, elle est sur ça ! »  M9 : « mon anxiété, comme je disais, elle vient surtout aussi la peur de mal faire »  M10 : « c'est pas vraiment du stress »  M10 : « ça peut être de l'angoisse, ça peut être un peu de stress »  M10 : « qu'il y aura toujours une part de stress et d'appréhension »  M11 : « je suis stressée »  M11 : « Ça me stresse »  M12 : « c'est toujours mal »  M12 : « Je suis toujours mal »  M12 : « On est toujours mal »  M12 : « Angoissé »</p>
		<p>Il appréhende la réaction de la famille</p>	<p>M4 : « on ne sait pas {...} comment vont réagir les gens »  M8 : « Ce qui va m'angoisser au moment de l'annonce du décès, ça va être la réaction de la famille, c'est pas le fait de l'annoncer »  M8 : « ce qui est anxiogène, c'est la réaction de la famille »  M8 : « comment ils vont agir ? »  M11 : « ça me stresse aussi parce que je me demande toujours comment la famille réagit, va réagir »  M11 : « C'est le stress de savoir comment la famille va réagir »  M12 : « bien sûr la réaction de la famille »  M12 : « elle peut être très importante » (la réaction)</p>
		<p>Le médecin est attristé par la situation du patient</p>	<p>M5 : « Ça me rend triste. Pour eux, pour le malade, pour la famille »  M9 : « de la tristesse {...} je vais pas annoncer une bonne nouvelle »  M9 : « beaucoup de tristesse »</p>

Pendant	Le médecin est triste	Il est triste	<p>M3 : « ça peut m'arriver d'avoir la gorge qui serre, la gorge serrée ou, ou les larmes aux yeux »</p> <p>M6 : « Parfois, tu as des petites larmes qui te viennent hein quand même »</p> <p>M8 : « on est un peu peiné quand même pour la famille »</p> <p>M8 : « C'est plus de la peine {...} qui prend la place du côté anxieux de l'annonce »</p> <p>M8 : « je suis triste pour eux »</p> <p>M8 : « la tristesse »</p> <p>M8 : « la peine, elle y sera »</p> <p>M10 : « Y a toujours une part de tristesse »</p> <p>M10 : « De la peine »</p>
		Le médecin est attristé par la réaction du patient / de la famille	<p>M1 : « de la tristesse {...} parce que on voit la réaction de la famille quoi. Souvent c'est la famille {...} qui est touchante »</p> <p>M1 : « Et au moment de l'annonce, oui, c'était extrêmement triste. Parce qu'en plus, il faisait preuve d'une grande sagesse en disant : « très bien j'ai bien compris, il n'y a pas de problème » »</p> <p>M2 : « Ça m'est arrivé de pleurer avec un petit vieux qui me dit je suis resté 60 ans avec ma femme »</p> <p>M3 : « elle m'avait touché cette situation avec ses fils en pleurs et tout. Elle est en fin de vie. Je me suis dit « c'est horrible » et ça m'avait bouleversé »</p> <p>M3 : « quand il y a la famille ou le patient qui s'écroule alors là des fois moi je sens que (<i>mime un calin</i>) j'ai envie de pleurer »</p> <p>M9 : « je pleure hein avec eux... souvent (<i>rires gênés</i>) »</p> <p>M11 : « je sais qu'il y a des situations vraiment, où je sais, pertinemment, que si la personne elle pleure, je pleure »</p> <p>M11 : « les petits papis et mamie. Si ils pleurent, c'est sûr que je pleure ! Que je pleure avec »</p> <p>M11 : « ça m'est déjà arrivé de pleurer avec une famille »</p> <p>M12 : « on peut verser une larme avec la famille »</p>
		Le médecin est attristé par la situation du patient	<p>M3 : « C'est vraiment de la tristesse comme émotion »</p> <p>M4 : « de la tristesse {...} quand c'est des sujets jeunes »</p> <p>M6 : « Parfois, tu as des petites larmes qui te viennent hein quand même »</p>
		Le médecin est plus triste quand il est spectateur de l'annonce	<p>M7 : « Pendant, ça m'est déjà arrivé d'avoir envie de pleurer, d'avoir des larmes qui montaient, mais surtout quand j'étais interne où ce n'était pas moi qui parlais »</p> <p>M7 : « quand on prend la main et que c'est nous qui parlons, je trouve que ça va à peu près quoi »</p>
		Le médecin est attristé car il sait ce que le patient va traverser	<p>M3 : « toi tu sais après parce que tu as vu ce que ça fait des patients suivis en onco et des complications, des machins. Et tu sais que là, leur vie va basculer et ils vont entrer dans un parcours hyper dur »</p>
	Le médecin est gêné d'annoncer quelque chose sans être sûr	<p>M4 : « là où je suis mal à l'aise c'est quand je n'ai pas de certitude »</p> <p>M4 : « là où je vais être mal à l'aise c'est dans des situations où {...} ça dépasse un peu mes compétences, que je suis incapable de dire qu'est ce qui va leur arriver »</p>	

		<p>Le médecin est mal à l'aise car il se sent inutile pour la famille</p>	<p>M8 : « c'est gênant un peu »  M8 : « sensation de gêne »  M8 : « on peut pas faire grand-chose, on aimerait aider {...} on est impuissant »  M8 : « je me sens impuissant face à la situation »  M8 : « une gêne »  M8 : « un peu de l'impuissance par rapport à leur {...} tristesse »  M8 : « On peut pas faire grand-chose »  M8 : « je me sens impuissant quoi ! C'est peut-être ça {...} le sentiment prépondérant »</p>
		<p>Le médecin est mal à l'aise</p>	<p>M9 : « je suis jamais à l'aise avec ça »</p>
		<p>Le médecin a peur de ne pas se faire comprendre</p>	<p>M8 : « Est ce qu'ils vont comprendre ? »  M8 : « est ce qu'on utilise les bons mots »</p>
		<p>Le médecin est mal à l'aise lors des annonces par téléphone car il ne parvient pas à montrer son soutien à la famille</p>	<p>M9 : « J'aime pas, j'aime pas ! Surtout si on doit le faire par téléphone ! {...} au téléphone, c'est terrible en fait ! C'est terrible »  M9 : « Il y a y quelque chose qui me manque en fait ! D'avoir le contact avec la personne ! Le contact visuel et l'échange »  M9 : « parce que le soutien, ça passe aussi par le regard je pense. Et être en empathie {...} je trouve que c'est plus difficile par le téléphone »  M9 : « je pense que le non verbal est très important ! Et au téléphone euh... »  M9 : « le soutien, ça passe aussi par le regard je pense »</p>
		<p>Le médecin est frustré quand la famille/le patient ne comprends pas, est dans le déni</p>	<p>M10 : « Faut pas qu'on laisse transparaître de l'énerverment. Même si on peut l'être au fond de nous »  M11 : « ils sont dans le déni {...} c'est surtout la frustration (pour le médecin) »  M11 : « pour moi c'est évident ! {...} je me sens frustrée parce que {...} finalement c'est qu'ils ont pas compris le message que je veux leur faire passer »  M11 : « quand ils comprennent pas ce qu'on veut faire {...} je me sens un peu frustrée »  M11 : « c'est plus de la frustration »  M11 : « c'est frustrant »</p>
		<p>Le médecin est gêné s'il est interrompu durant l'annonce</p>	<p>M7 : « Je trouve que ce n'est pas très correct pour la famille quoi, d'être interrompu »</p>
		<p>Le médecin est soulagé quand la famille comprend et accepte l'annonce</p>	<p>M11 : « je peux être soulagée si je vois qu'ils s'y attendaient »  M11 : « je peux être soulagée si je vois {...} que ils sont entre guillemets {...} satisfaits de ce que je leur propose »</p>

	Le médecin se sent mieux au fur et à mesure de l'annonce	<p>M8 : « ce stress part petit à petit en fait »</p> <p>M9 : « quand le discours commence {...} la pression finalement elle baisse »</p> <p>M9 : « je les vois, ça va mieux »</p> <p>M9 : « Quand je les vois, ça va mieux ...bizarrement »</p> <p>M10 : « Le plus dur c'est de commencer à parler »</p> <p>M10 : « une fois qu'on commence à parler bah là... tout vient tout seul »</p> <p>M10 : « le plus du dur, c'est vraiment de commencer ! »</p> <p>face</p>
	Le médecin fait preuve d'empathie et de bienveillance	<p>M5 « je me mets toujours à leur place en disant, j'aimerais bien qu'il y ait quand même quelqu'un qui ne soit pas loin, qui me propose de l'eau, une chaise, un truc, enfin des petites choses »</p> <p>M6 : « il faut de l'empathie »</p> <p>M6 : « il faut rester empathique »</p> <p>M9 : « On leur doit vraiment ce moment-là {...} de les protéger au mieux par rapport à une annonce difficile »</p> <p>M9 : « la volonté de les apaiser ! D'essayer de leur apporter un peu d'apaisement, en fait ! »</p>
Après	Le médecin est satisfait de son annonce	<p>M1 : « Si ça se passe bien finalement pour la famille {...} c'est satisfaisant. On a rempli la mission de rassurer la famille »</p> <p>M1 : « Je ne vais pas dire qu'on est heureux, mais en tout cas on est contents de ce qu'on a fait pour le patient et pour la famille. Parce qu'ils partent de là apaisés »</p> <p>M1 : « ça va de la tristesse extrême, à la satisfaction »</p> <p>M12 : « Si on l'a bien fait, ça va »</p> <p>M12 : « si c'est bien fait, on a une certaine satisfaction »</p>
	Le médecin est soulagé	<p>M2 : « ça y est, je l'ai dit »</p> <p>M2 : « Ça y est je lui ai dit » c'est maintenant on avance sur autre chose {...} je le programme pour l'hospitaliser »</p> <p>M4 : « après quand on souffle on fait 'bon ok, bah ça va, je suis passée à autre chose, je passe à autre chose' »</p> <p>M4 : « après quand on souffle on fait « Non, c'était dur » »</p> <p>M8 : « du soulagement parce que c'est fait »</p> <p>M8 : « Moi je suis soulagé après l'annonce parce que c'est quelque chose qui est pas agréable »</p> <p>M8 : « si ça s'est fait et que ça s'est bien fait, on est quand même soulagé »</p> <p>M8 : « quand on l'a fait, et en plus quand ça s'est bien passé {...} ça lève d'un poids quand même important »</p> <p>M9 : « j'ai besoin de le dire ! 'Voilà ça c'est bien passé', 'ils sont au courant' »</p> <p>M9 : « Une sensation {...} de soulagement »</p> <p>M9 : « Ouais, vide, soulagement »</p> <p>M9 : « Une sensation un peu de vide »</p> <p>M9 : « c'est un soulagement et... mais un vide »</p> <p>M10 : « y a une part de soulagement »</p> <p>M10 : « C'est fait ! »</p> <p>M10 : « c'est un petit 'ouf' »</p> <p>M11 : « du soulagement que ce soit terminé »</p> <p>M11 : « une fois que c'est fait, je me dit 'bon ! voilà, ça c'est fait. C'est plus à faire' »</p>
	Le médecin est rassuré d'avoir bien fait	<p>M9 : « On va dire que soulagement quand {...} je me dis 'bon ça s'est bien passé, ils ont compris', j'ai pas fait... J'ai fait attention {...} J'ai fait attention à eux »</p>

Le médecin est triste en repensant à son annonce	<p>M3 : « après des fois on y pense un peu après. Ça peut nous attrister quoi »</p> <p>M4 : « je peux zapper et passer à autre chose mais y repenser le soir en rentrant chez moi ou le lendemain {...} de la tristesse »</p> <p>M6 : « après de la peine »</p> <p>M7 : « c'est après où se on se dit {...} 'ça fait de la peine', {...} 'c'est triste', 'quelle horreur' »</p> <p>M8 : « ça empêche pas qu'on est triste »</p> <p>M11 : « Y a aussi parfois un peu de la tristesse »</p>
Les émotions du médecin dépendent des réactions de la famille	<p>M5 : « après tout dépend, comment a réagi la famille »</p> <p>M5 : « être touché par l'émotion de la famille »</p>
Le médecin comprend les émotions qu'il a pu ressentir	<p>M3 : « quand j'y repense, des fois je me dis mais en fait j'étais émue parce que ça peut me faire penser à quelqu'un de l'âge de, je sais pas, ma mère ou à mon âge. »</p> <p>M3 : « elle m'avait touché cette situation avec ses fils en pleurs {...} ça m'avait bouleversé. Et après je me suis dit, j'ai réalisé : moi j'ai 2 garçons. {...} je pense que j'ai dû projeter probablement de manière inconsciente {...} ma propre mort et de voir mes enfants tristes »</p>
Le médecin culpabilise d'avoir annoncé un mauvais pronostic	<p>M3 : « c'est dur parce que t'as un poids quand même de ce qu'il vient de se passer. C'est quand même lourd »</p>
Le médecin ne regrette jamais	<p>M8 : « Non regretté non »</p> <p>M8 : « pas de regret »</p>
Le médecin s'autorise des émotions Il s'autorise à sortir de son rôle de médecin	<p>M2 : « Au tout départ, c'est très professionnel. Après, il y a la part, une fois qu'on a tout annoncé et tout ça, il y a la part plus euh {...} Là il y a une part où, il y a des moments où on est plus trop médecin. Ou en fait on est un être humain qui, qui, qui partage quelque chose qui n'est pas bien même si on ne connaît pas la personne »</p> <p>M7 : « c'est après où se on se dit {...} « ça fait de la peine », {...}« c'est triste », « quelle horreur ». »</p>
Le médecin a plus d'émotions après l'annonce	<p>M1 : « Quand on est un peu plus poussé dans nos retranchements émotionnels. C'est quelque chose après qu'on ressasse »</p> <p>M4 : « c'est plus le après {...} qui va être plus ou moins lourd émotionnellement »</p> <p>M7 : « Plus après, je dirais parce qu'avant c'est... ça fait un peu partie de notre métier »</p>
Le médecin repense au fait que l'annonce est une épreuve pour lui	<p>M2 : « C'est 'j'aime pas'. Personne n'aime annoncer ce genre de nouvelle en fait »</p>
Le médecin repense à l'annonce	<p>M6 : « J'y pense même après, juste après, en rentrant à la maison, le lendemain »</p>
Le médecin n'a pas d'émotions	<p>M5 : « Je n'ai pas plus de sentiments que ça après quoi »</p>

		Le médecin se remet en question	M3 : « En fonction des réactions que le patient a eu, des fois je me disais « tiens, peut être que j'aurais dû le formuler autrement » » M3 : « j'y repense surtout selon la réaction que les gens ont eu quoi » M4 : « si c'est de la colère et du déni, c'est plus dur à encaisser parce que du coup, il y a quand même un peu de remise en question » M11 : « quand ils comprennent pas ce qu'on veut faire {...} je me dis que c'est peut être que je l'ai mal expliqué »
		Le médecin passe facilement à autre chose	M8 : « après, j'arrive à faire la part des choses et je vais continuer mon travail » M8 : « J'arrive vraiment pour le coup à me détacher moi complètement de {...} de cet événement » M8 : « J'arrive à me détacher après quand je rentre à la maison »
		Le médecin doit accepter la façon dont l'annonce a été faite	M1 : « pouvoir le faire {...} et l'assumer après derrière »
Évolution avec l'expérience	L'annonce en elle-même	Le fait de savoir comment le faire rend l'annonce plus facile	M1 : « c'est plus simple {...} on sait la pratique, on sait les outils, on a les outils, on sait comment les utiliser et on sait... on sait ce qu'il faut dire ou quelle attitude il faut avoir pour que ça se passe au mieux » M4 : « c'est plus facile de poser des mots » M5 : « On sait mieux faire, dire les choses quoi » M5 : « Je sais à peu près quoi, comment dire les choses » M5 : « je sais à peu près comment parler » M9 : « à force, avec le temps, je sais {...} Qu'est-ce qu'ils veulent entendre » M9 : « je sais à peu près déjà mon cadre du discours » M9 : « ça fait 25 ans que je fais des urgences donc j'en ai {...} j'ai déjà vécu ! Donc c'est un peu plus simple » M9 : « Le côté médical, c'est bon, je gère. La construction du discours, c'est bon, je gère » M10 : « On est mieux préparé donc on sait mieux y faire face ! Mais du coup on le vit moins difficilement » M11 : « On apprend à formuler différemment » M11 : « au fur à mesure on apprend {...} à tourner différemment les choses, à mieux expliquer » M12 « c'est plus simple, ce n'est jamais facile »
		Le médecin sait s'adapter	M5 : « ça dépend la famille, comment ils sont, dans quel état ils sont. S'ils sont prêts, pas prêts. Je ne me prépare pas, {...} je m'adapte et j'adapte mon discours en fonction »
		L'annonce est toujours aussi difficile	M1 : « Même si on a les phrases, qu'on sait ce qu'on va dire {...} c'est toujours un peu difficile » M1 : « quelque chose pour lequel on ne s'habitue jamais » M9 : « je vois qu'au bout de 25 ans les choses n'ont pas véritablement beaucoup bougé » M9 : « Quand j'en discute avec mes collègues qui sont dans mon ordre d'ancienneté, c'est pas beaucoup plus facile » M9 : « ça fait 25 ans que je fais des urgences donc j'en ai {...} j'ai déjà vécu ! Donc c'est un peu plus simple. Mais après passer le cap de la difficulté d'une annonce, parce que j'ai pas l'habitude d'annoncer, via la difficulté par rapport au vécu... » M9 : « Le côté médical, c'est bon, je gère. La construction du discours, c'est bon, je gère. {...} Et derrière, vient se surajouter le vécu personnel » M12 « c'est plus simple, ce n'est jamais facile »

		Le médecin a besoin de moins de préparation	M1 : « ça dure quelques secondes parce que moi ça fait 17 ans bientôt que je suis sénior donc c'est vrai qu'on a un peu toujours les mêmes phrases et on sait celles qui marchent pour le coup et celles qui marchent plus » M3 : « Je le faisais quand j'ai commencé à être senior. Je me rappelle que je réfléchissais à ce que j'allais dire et aux mots que j'allais choisir {...} Maintenant je ne le fais plus trop {...} je ne me prépare pas, pas longtemps » M5 : « Plus trop maintenant, avec le temps, avec l'expérience »
		Le regard des patients et famille sur le médecin le met en confiance	M5 : « mon aisance, ma physiologie plus vieux » M5 : « les familles ont un regard différent avec moi parce que je suis plus vieux, je suis plus assuré » M5 : « ils n'ont pas {...} le même regard {...} la même attente » M5 : « Ça rassure plus les gens quand il y a un vieux médecin » M9 : « Plus facile parce que euh... ben même par mes cheveux gris »
		Le médecin se sert de son expérience personnelle pour améliorer ses annonces	M5 : « tu vis des deuils {...} tu te projettes un peu là-dedans et tu dis ce que les gens aimeraient entendre {...} la façon dont les gens aimeraient l'entendre »
		Le médecin a acquis des habitudes	M1 : « on a un peu toujours les mêmes phrases et on sait celles qui marchent pour le coup et celles qui marchent plus » M8 : « au fil des années, moi j'ai développé une façon {...} de présenter les choses qui est toujours un peu la même » M8 : « moi c'est toujours à peu près la même chose que je dis » M8 : « j'ai développé une façon {...} de présenter les choses qui est toujours un peu la même. Je sais pas si c'est bien ou pas bien » M10 : « Les premières fois c'est toujours un peu compliqué. Après, c'est un rodage » M10 : « c'est un peu de répétition »
Le vécu de l'annonce		Le médecin appréhende moins	M1 : « Ce qui change c'est plus l'appréhension à le faire. On va peut-être être moins euh... moins freinés pour le faire parce qu'on sait qu'il faut le faire » M6 : « Bien moins d'appréhension {...} qu'au tout début, quand j'étais assistante » M10 : « ça diminue un peu {...} on sait comment s'y préparer, comment l'annoncer » M11 : « je pense que je le gère mieux et que au final, ça me stresse peut-être même moins qu'avant, mais... toujours un peu »
		Le médecin appréhende toujours un peu	M10 : « qu'il y aura toujours une part de stress et d'appréhension »
		Le médecin se sent plus à l'aise	M4 : « je suis passée d'être très mal à l'aise à me sentir à l'aise » M4 : « quand on commence c'est pas évident de dire qu'on limite les gens. Moi maintenant je suis un peu plus à l'aise avec ça. » M5 : « C'est beaucoup plus simple, maintenant, d'annoncer les choses que, qu'avant »
		Le médecin n'est toujours pas à l'aise	M9 : « je suis jamais à l'aise avec ça {...} Depuis le temps jamais » M12 : « je crois qu'on ne s'y habituera jamais. Je suis toujours mal »

		<p>Le médecin est plus sensible parce qu'il s'identifie plus aux patients ou aux familles</p>	<p>M1 : « il y a encore plus de sensibilité en vieillissant parce que justement on est un peu plus attentifs à nos parents qui vieillissent, à nos enfants qui naissent »  M9 : « Le côté médical, c'est bon, je gère. La construction du discours, c'est bon, je gère. {...} Et derrière, vient se surajouter le vécu personnel »  M9 : « d'avoir vieilli fait que peut être qu'on {...} le vit un peu plus à titre personnel ! Parce qu'il nous est arrivé des choses »  M9 : « on se met plus, beaucoup plus, à la place de la personne {...} avec qui on discute ! A qui on annonce ça ! »</p>
		<p>Le médecin est toujours aussi sensible</p>	<p>M8 : « les émotions je pense pas ! Les émotions je pense pas ! »  M8 : « Ça reste toujours quelque chose de désagréable que j'aime pas faire »  M8 : « toujours cette sensation-là de mal-être »  M8 : « un peu d'anxiété au moment où on va le faire »  M8 : « c'est surtout la situation qui va changer {...} mon ressenti je pense ! Plus que les années qui passent quoi »  M8 : « Je pense que même après 10 ans de PH, si je dois annoncer qu'un jeune de 30 ans est mort sur un accident de la route, je le vivrai toujours aussi mal »  M11 : « Je suis pas totalement blindée non plus hein ! Sinon je pleurerai pas avec les familles »  M11 : « je pense que je serai jamais blindée »  M11 : « on n'est pas des robots {...} Ça reste difficile ! »  M11 : « C'est pas comme je te dirai 'la suture, oui bah à force d'en faire maintenant, ça ne me stress plus'. Tu vois ça c'est impossible ! {...} on aura beau en faire, il y a trop d'émotion en jeu pour être de marbre quoi »</p>
		<p>Le médecin a appris à gérer ses émotions</p>	<p>M3 : « Après je me rends compte qu'avec le temps {...} l'expérience on va dire, je passe plus vite à autre chose qu'avant »  M3 : « je me rappelle que plus jeune médecin, c'est des trucs que je ramenaient un peu à la maison »  M3 : « je les ramenaient à la maison ces situations, que j'avais besoin d'en parler. Et je me rappelle que j'en parlais beaucoup avec mon compagnon et que je racontais en détail les situations difficiles... plus longuement. Et je ne le fais plus du tout parce que clairement oui j'ai appris à, à le gérer autrement »  M3 : « En rentrant j'avais besoin d'en parler, de débriefer »  M7 : « peut être que je suis moins émotive »  M7 : « je pense que malheureusement aussi, avec le temps, on se blinde un peu émotionnellement parlant quoi »  M10 : « Avec les années, on perd quand même un peu en humanité ! {...} moins on va être sensible à ça »  M10 : « Plus on y fait face, plus ça se normalise »  M10 : « On est mieux préparé donc on sait mieux y faire face ! Mais du coup on le vit moins difficilement »  M11 : « Je pense que j'arrive mieux à le gérer »  M11 : « on apprend à se blinder, à gérer différemment »  M11 : « On apprend à se blinder »</p>
		<p>Le médecin est rassuré d'utiliser toujours la même façon de faire</p>	<p>M8 : « ça me rassure d'avoir une trame très facile à refaire à chaque fois »</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">La formation</p>	<p>La formation des médecins/internes</p>	<p>L'interne apprend en assistant à des annonces de mauvais pronostic</p>	<p>M1 : « il faut qu'il s'habitue à le faire {...} si c'est un interne un peu ancien, je pense que c'est plutôt au senior de le faire avec l'interne à côté »  M2 : « je pense que ça fait partie de la formation aussi {...} c'est moi qui vais parler mais il faut qu'il écoute aussi »  M3 : « Je trouve que c'est bien que l'interne y assiste »  M3 : « c'est un truc qui est difficile ça le passage interne à senior {...} parce que quand tu es interne tu le fais pas. {...} Et d'un coup quand t'es séniors ça fait partie des trucs qui d'un coup t'incombent »  M3 : « c'est {...} pas forcément inné quoi »  M5 : « je propose {...} aux internes de venir avec moi {...} Pour qu'ils apprennent le métier, quoi. Enfin qu'ils connaissent ces situations-là »  M5 : « après c'est soi-même »  M7 : « C'est important aussi {...} pour la formation en fait »  M7 : « voir comment {...} on aborde la situation, comment on fait parce que je pense que moi je fais différemment que quelqu'un d'autre et il faut que lui aussi ai {...} son propre avis de comment {...} faire une annonce »  M8 : « je pense que c'est bien pour lui de le faire »  M9 : « ça peut être intéressant aussi pour lui de voir »  M9 : « Je pense que c'est bien qu'il vienne aussi ! »  M9 : « c'est important parce qu'ils seront amenés un jour »  M10 : « Qu'il voit comment ça se passe {...} ça prépare jamais à 100% mais ça peut aider. Parce que le jour où ce sera à lui ou elle de le faire, cette annonce, en ayant vu plusieurs, on sait un peu comment s'y prendre, voilà ! Et d'avoir le comportement un peu adapté... c'est pas forcément inné »  M12 : « c'est quelque chose de primordial et qu'il faut apprendre »  M12 : « ça s'apprend. C'est clair. »  M12 : « Je pense que tout le monde devrait apprendre ça (<i>la communication</i>) »</p>
---	---	---	---

	Il manque des cours sur comment annoncer un mauvais pronostic	<p>M3 : « un truc un peu « annonce grave » et en toucher deux mots à un moment donné quoi. Ne serait-ce que de dire : un endroit dédié, d'annoncer d'abord quelque chose de pas trop précis »</p> <p>M3 : « Ça t'aide quoi ! Quand tu as un peu une ligne directrice dans ta tête quoi. Tu sais où tu vas quand même »</p> <p>M5 : « Elle est nulle ! Nulle. Nulle »</p> <p>M5 : « il n'y a rien, il n'y a rien »</p> <p>M5 : « C'est nul, zéro »</p> <p>M5 : « qu'il y ait des gens un peu expérimentés qui nous donnent les trucs et astuces pour savoir... surtout ce qu'il ne faut pas dire, dans quelle situation »</p> <p>M5 : « des petits réflexes pour se préparer et se conditionner pour pas dire des conneries, pas choquer les gens »</p> <p>M7 : « il n'y en a pas »</p> <p>M7 : « Il n'y en a pas de cours, il n'y a pas de mise en situation d'annonce »</p> <p>M7 : « on apprend sur le tas quoi »</p> <p>M7 : « On n'a jamais appris à parler vraiment aux gens »</p> <p>M7 : « Il y a des temps, je pense à respecter, il y a des mots à employer, il y a des questions à poser. {...} Je pense que ce ne serait pas mal d'avoir un truc {...} pour que les gens ils encaissent le diagnostic {...} qu'ils aient de temps de poser leurs questions »</p> <p>M7 : « marquer du coup que les internes, les externes aient des formations de communication d'annonces »</p> <p>M8 : « Je pense qu'en termes de formation on pêche un peu là-dessus »</p> <p>M8 : « il y a des recommandations qui ont été faites là-dessus {...} mais ça, on n'en a pas du tout connaissance »</p> <p>M8 : « je pense que la façon d'annoncer ça reste quand même un petit peu la même chose et que ce serait relativement simple au moins de présenter les bases d'une annonce »</p> <p>M8 : « ce serait intéressant d'avoir une formation là-dessus »</p> <p>M9 : « je pense qu'il faut ! Sous la forme de TP, de formation pratique ! Ça fait partie de la communication de... Oui une formation en communication »</p> <p>M9 : « il faudrait une formation, que ça soit aux urgentistes ou aux autres, totalement ! »</p> <p>M9 : « C'est ultra important, j'en suis convaincu. »</p>
	Avoir une formation protégerait le médecin de ces situations difficiles	<p>M3 : « je pense que si tu as eu aucun conseil, que tu navigues à vue là-dedans, tu te prends encore plus de... peut être d'émotionnel tu vois »</p> <p>M7 : « On n'a jamais appris à {...} avoir des émotions »</p>
	Les médecins urgentistes doivent avoir une formation adaptée à leur pratique	<p>M9 : « Sur des situations aiguës et brutales. »</p> <p>M9 : « il y a une spécificité »</p> <p>M9 : « on a une particularité »</p>
	La formation du médecin interrogé	<p>Le médecin n'a jamais été formé</p> <p>M3 : « je me demande si c'est enseigné à la fac maintenant parce que moi à l'époque il y avait pas grand chose là-dessus »</p> <p>M3 : « j'ai jamais eu de cours théoriques »</p> <p>M5 : « quand j'ai fait mon internat, il n'y avait rien non plus »</p> <p>M7 : « on a pas, moi en tout cas à mon époque, eu de formation, sur comment communiquer »</p> <p>M8 : « à mon époque il y en avait pas du tout »</p>
	Le médecin estime avoir eu une formation de mauvaise qualité	<p>M5 : « quand j'ai été formé, il y avait un truc {...} C'était dans les modules d'éthique {...} il y avait un truc sur le deuil, l'annonce je crois {...} truc tout pourri »</p>

	Le médecin a été formé en simulation en pense que c'est une bonne façon d'apprendre	M8 : « j'avais pendant mon externat, eu une formation {...} de mauvaise annonce {...} ils nous avaient fait passer avec un acteur. Et on devait faire une annonce {...} j'avais trouvé ça bien » M8 : « Ça reste de la simulation avec acteur donc ça c'est très bien de le faire, ça devrait être plus fait » M8 : « la simulation avec acteur ce serait pas mal ! Je pense que c'est la meilleure méthode »
	Le médecin est formé à la communication et il est plus à l'aise	M12 : « depuis que j'ai fait la formation d'hypnose et que je travaille sur la communication, beaucoup moins » M12 : « je suis prête, je connais mes mots » M12 : « Je sais comment je dois le faire » M12 : « je mets beaucoup moins de ma rate et de mon foie et de mes nerfs et de tout ce que vous voulez, depuis que je fais de la communication » M12 : « Depuis que j'ai appris à communiquer avec les gens {...} J'avoue que c'est beaucoup, beaucoup plus facile »
	Le médecin forme ses équipes au SAMU	M12 : « C'était des formations avec tous les corps de métiers qu'on a au SAMU, donc on a tous eu une formation sur ça »
	La formation aide mais ne rend pas les annonces faciles	M12 : « Je pense qu'on est assez habitué à ça... et préparer. Enfin, on n'est jamais assez préparé à ces choses-là, mais en tout cas on s'y prépare. Voilà. Du mieux qu'on peut »
	Le médecin apprend de ses erreurs	M8 : « quand j'étais jeune {...} j'avais pas utilisé le bon mot {...} Mais j'avais essayé de faire ça un peu en douceur {...} du coup, ils avaient pas du tout compris » M8 : « la fois où j'avais pas utilisé les bons mots. Là je l'ai regretté » M8 : « depuis, j'essaie d'utiliser des mots {...} beaucoup plus évidents » M8 : « là ça m'a vraiment gêné mais c'est la seule fois parce qu'après je l'ai pas refait »
	Le médecin souhaite être formé	M9 : « même moi {...} s'il y avait une formation, pourquoi pas la faire » M9 : « le fait {...} qu'on vous apprenne une forme de communication {...} Je suis formé, on m'a donné des clés pour avoir une communication audible, cohérente, adaptée. Donc ça fait diminuer... Moi j'en suis convaincu ! {...} mon anxiété, comme je disais, elle vient surtout aussi la peur de mal faire »
	Le médecin a remarqué que le sujet intéresse de plus en plus	M12 : « à la SFMU l'année dernière, ils en ont parlé. Et il y avait tout un chapitre de communication là-dessus. Alors qu'il y a quelques années on en parlait pas du tout » M12 : « il y a de l'évolution, ça commence »
	Le médecin apprend en présence de ses collègues	M7 : « eux ( <i>les réanimateurs</i> ) je pense qu'ils ont malheureusement, beaucoup l'habitude d'annoncer {...} des mauvais pronostics. Et du coup ça apprend aussi la manière de, d'évoluer, de s'améliorer »

Sujet difficile pour le médecin		Le médecin espère me dire ce que je veux entendre	M1 : « Je ne sais pas si j'ai répondu bien à la question mais c'est ce que je ressens » M1 : « Ça vous va ? » <i>Sourit</i> M3 : « Je sais pas si il répond à la question » M3 : « je sais pas si ça répond à la question » M5 : « La mort, c'est ça non ? Que ? »
		Le médecin ne parvient pas à mettre des mots sur ses émotions	M6 : « J'avais quand même une certaine sensibilité, j'étais un peu touchée. » M7 : « avant et pendant {...} Je n'arriverai pas forcément à mettre de mots en tout cas. Enfin pas d'émotion » M7 : « c'est après où se on se dit {...} Mais avant et pendant, non, pas forcément. Je n'arriverai pas forcément à mettre de mots en tout cas. » M8 : « Je sais pas comment exprimer ça » M8 : « c'est difficile d'exprimer ses sentiments » M8 : « après, savoir ce qu'on ressent, c'est difficile parce que de toute façon on y va avec une carapace » M8 : « c'est une sensation un peu désagréable quoi d'annoncer quelque chose » M8 : « c'est pas une sensation très agréable" » M10 : « C'est que des sentiments un peu négatifs » M10 : « c'est toujours des sentiments un peu négatifs »
		Le médecin semble mal à l'aise de parler de ce sujet et surtout de ses émotions	M2 : rires nerveux tout au long de l'entretien M2 : « Je sais pas ? » <i>Rire nerveux</i> M12 à la question : Est-ce que vous arriveriez à mettre des mots sur les émotions que vous pouvez ressentir {...} ? Médecin : « Je ne préfère pas »
Autre		Le médecin trouve que les annonces se passent bien en général	M1 : « ça se passe toujours généralement bien quoi » M1 : « Ça m'arrive très peu, très rarement, d'avoir une mauvaise réaction de la famille » M7 : « Globalement ça se passe bien quand même j'ai l'impression. Pour les praticiens il n'y a pas d'annonce mal, enfin, mal vécue »
		Le médecin se demande si les annonces sont plus simples quand on connaît le patient	M3 : « moi je vais dire, c'est d'autant plus difficile quand tu connais pas les gens et que tu ne les suis pas. Mais je sais pas parce qu'en fait quelque part on peut dire que c'est plus facile que pour un médecin traitant qui suit quelqu'un qu'il connaît très bien, de lui annoncer »
		Le médecin se demande si tous les médecins réalisent les annonces de la même façon	M8 : « Ce serait intéressant de voir comment les urgentistes présentent leur annonce de décès. Est-ce que tout le monde fait le même chose {...} si c'est en accord avec les fameuses RFE là qui sont sorties il y a pas longtemps »

	Il n'y a pas de temps dédié au débriefing	<p>M3 : « En rentrant j'avais besoin d'en parler, de débriefier parce qu'on n'a pas ce temps quand même à l'hôpital »</p> <p>M3 : « On en parle comme ça, mais c'est pas formalisé »</p> <p>M3 : « je me suis toujours dit qu'il faudrait formaliser des fois des temps de, de d'échange, de... je ne trouve pas le mot... de supervision en fait ! D'équipe. »</p> <p>M5 : « des staffs éthiques là, avec un psychologue, où tu discutes des cas complexes »</p> <p>M5 : « Je ne dis pas qu'il soit là pendant l'annonce {...} Mais par contre qu'ils débriefent des situations un peu chaudes avec les équipes »</p> <p>M5 : « c'est un axe de travail de débriefier les équipes qui ont assisté au décès ou accompagné de décès ou la mauvaise annonce »</p> <p>M5 : « Qu'il y ai un débrief, ce serai sympa »</p> <p>M5 : « savoir que c'est un truc où tu peux venir ce jour-là et parler sereinement, avec tout le monde, de façon apaisée »</p> <p>M5 : « Ils ont peut-être été choqués sur des mots, sur des façons de faire, sur des trucs »</p> <p>M5 : « comme ça tu vois le regard des autres sur comment eux ils ont vécu le truc »</p> <p>M5 : « après t'en parles à ta famille, enfin t'es chez toi, à tes amis, mais ils s'en foutent. Enfin, ce n'est pas pareil quoi »</p> <p>M10 : « c'est surtout le débriefing qui fait qui fait du bien »</p>
	Le médecin a besoin d'un temps après l'annonce	M11 : « parfois, j'ai aussi besoin d'aller prendre l'air, parce que... c'est trop dur »
	Les fins de vie ne devraient pas être gérées aux urgences	<p>M5 : « Ce n'est jamais évident parce qu'on n'a pas les locaux pour (<i>accueillir des fins de vie</i>) »</p> <p>M5 : « c'est toujours un peu, un peu délicat »</p> <p>M5 : « Il n'aurait peut-être pas aimé, être en souffrance dans un brancard à moitié à poils. Enfin, avec des autocollants partout, des perfusions. Voilà ce n'est pas... je pense que ce n'est ni ce que le malade aurait voulu, ni forcément la famille »</p> <p>M5 : « un peu les mêmes sentiments qu'avant toujours quoi. Ce n'est pas, ce n'est pas bien quoi »</p> <p>M5 : « Aux urgences on ne devrait pas le faire souvent... en tout cas dans un box comme ça »</p> <p>M5 : « il devrait y avoir une structure qui devrait être plus adaptée où il n'y a pas de scope {...} une intimité où on peut mourir seul avec sa famille, tranquillement quoi »</p> <p>M5 : « que tu sois là et que pendant plusieurs heures, comme ça peut arriver dans les urgences, dans un box {...} tu commences à mettre les sédations et tout. {...} Ça ce n'est pas bien »</p> <p>M5 : « personne n'a l'expérience de ça »</p> <p>M5 : « Une unité de soins pall, ça serait top »</p> <p>M5 : « Ça, c'est l'avenir. Une unité de soins pall plein de lit, plein de médecins, plein d'infirmières dedans »</p> <p>M5 : « Le jour où il y aura des unités de soins palliatifs. On pourra faire des entrées rapides, tu vois ? Et il y aura du personnel là-dedans. Ce sera peut-être plus simple. »</p>
	Le médecin est plus sensible à la situation qu'à l'annonce	M7 : « c'est plus la situation que l'annonce en elle-même »
	Le médecin pense qu'il y a des règles à respecter	<p>M6 : « se conditionner à rester simple dans le, dans le discours que tu vas apporter à des gens en face qui n'appartiennent pas au milieu médical. »</p> <p>M6 : « Toujours, dans ta tête, rester assez simple dans l'explication »</p> <p>M7 : « apporter des mots justes qui ne sont pas trop compliqués »</p> <p>M7 : « il ne faut pas pleurer en même temps que la famille »</p> <p>M7 : « il y a des mots en fait. Il y a des temps, je pense à respecter, il y a des mots à employer, il y a des questions à poser »</p>

	Ce que fait le médecin	Le médecin adapté son discours et son comportement à la réaction de la famille	M9 : « Suivant comment elle va réagir, on peut adapter son annonce » M9 : « parfois le non verbale ou ce que je ressens peut me faire modifier mes mots »
--	------------------------	--	--

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.