



UNIVERSITE D'ANGERS

---

FACULTE DE MEDECINE

---

Année 2015

N° .....

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

*Adrien DALMIERES*

Né le 15 novembre 1987 à Le Mans

---

Présentée et soutenue publiquement le : 16 décembre 2015

---

*LE VECU DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE D'ANGERS EN  
DEBUT D'INTERNAT QUANT A L'ANNONCE D'UNE MAUVAISE  
NOUVELLE A UN PATIENT*

---

Président : Madame le Professeur BARON Céline

Directeur : Madame le Docteur PLESSIS Anne

# **LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS**

---

**Doyen**

Pr. RICHARD

**Vice doyen recherche**

Pr. PROCACCIO

**Vice doyen pédagogie**

Pr. COUTANT

**Doyens Honoraire**s : Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

**Professeur Émérite** : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

**Professeurs Honoraire**s : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GINIÈS, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

<b>ABRAHAM Pierre</b>	Physiologie
<b>ASFAR Pierre</b>	Réanimation
<b>AUBÉ Christophe</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>AUDRAN Maurice</b>	Rhumatologie
<b>AZZOUI Abdel-Rahmène</b>	Urologie
<b>BARON Céline</b>	Médecine générale
<b>BARTHELAIX Annick</b>	Biologie cellulaire
<b>BATAILLE François-Régis</b>	Hématologie ; Transfusion
<b>BAUFRETON Christophe</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
<b>BEAUCHET Olivier</b>	Gériatrie et biologie du vieillissement
<b>BEYDON Laurent</b>	Anesthésiologie-réanimation
<b>BIZOT Pascal</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>BONNEAU Dominique</b>	Génétique
<b>BOUCHARA Jean-Philippe</b>	Parasitologie et mycologie
<b>BRIET Marie</b>	Pharmacologie
<b>CAILLIEZ Éric</b>	Médecine générale
<b>CALÈS Paul</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
<b>CAMPONE Mario</b>	Cancérologie ; radiothérapie
<b>CAROLI-BOSC François-Xavier</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
<b>CHABASSE Dominique</b>	Parasitologie et mycologie
<b>CHAPPARD Daniel</b>	Cytologie et histologie
<b>CONNAN Laurent</b>	Médecine générale
<b>COUTANT Régis</b>	Pédiatrie
<b>COUTURIER Olivier</b>	Biophysique et Médecine nucléaire
<b>CUSTAUD Marc-Antoine</b>	Physiologie
<b>DARSONVAL Vincent</b>	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
<b>de BRUX Jean-Louis</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
<b>DESCAMPS Philippe</b>	Gynécologie-obstétrique
<b>DIQUET Bertrand</b>	Pharmacologie
<b>DUVERGER Philippe</b>	Pédopsychiatrie
<b>ENON Bernard</b>	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

<b>FANELLO Serge</b>	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>FOURNIER Henri-Dominique</b>	Anatomie
<b>FURBER Alain</b>	Cardiologie
<b>GAGNADOUX Frédéric</b>	Pneumologie
<b>GARNIER François</b>	Médecine générale
<b>GARRÉ Jean-Bernard</b>	Psychiatrie d'adultes
<b>GOHIER Bénédicte</b>	Psychiatrie
<b>GRANRY Jean-Claude</b>	Anesthésiologie-réanimation
<b>GUARDIOLA Philippe</b>	Hématologie ; transfusion
<b>HAMY Antoine</b>	Chirurgie générale
<b>HUEZ Jean-François</b>	Médecine générale
<b>HUNAULT-BERGER Mathilde</b>	Hématologie ; transfusion
<b>IFRAH Norbert</b>	Hématologie ; transfusion
<b>JEANNIN Pascale</b>	Immunologie
<b>JOLY-GUILLOU Marie-Laure</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>LACCOURREYE Laurent</b>	Oto-rhino-laryngologie
<b>LASOCKI Sigismond</b>	Anesthésiologie-réanimation
<b>LAUMONIER Frédéric</b>	Chirurgie infantile
<b>LEFTHÉRIOTIS Georges</b>	Physiologie
<b>LEGRAND Erick</b>	Rhumatologie
<b>LERMITE Emilie</b>	Chirurgie générale
<b>LEROLLE Nicolas</b>	Réanimation
<b>LUNEL-FABIANI Françoise</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>MARTIN Ludovic</b>	Dermato-vénéréologie
<b>MENEI Philippe</b>	Neurochirurgie
<b>MERCAT Alain</b>	Réanimation
<b>MERCIER Philippe</b>	Anatomie
<b>MILEA Dan</b>	Ophtalmologie
<b>PELLIER Isabelle</b>	Pédiatrie
<b>PICHARD Eric</b>	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
<b>PICQUET Jean</b>	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
<b>PODEVIN Guillaume</b>	Chirurgie infantile
<b>PROCACCIO Vincent</b>	Génétique
<b>PRUNIER Fabrice</b>	Cardiologie
<b>REYNIER Pascal</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>RICHARD Isabelle</b>	Médecine physique et de réadaptation
<b>RODIEN Patrice</b>	Endocrinologie et maladies métaboliques
<b>ROHMER Vincent</b>	Endocrinologie et maladies métaboliques
<b>ROQUELAURE Yves</b>	Médecine et santé au travail
<b>ROUGÉ-MAILLART Clotilde</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>ROUSSEAU Audrey</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>ROUSSEAU Pascal</b>	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
<b>ROUSSELET Marie-Christine</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>ROY Pierre-Marie</b>	Thérapeutique
<b>SAINT-ANDRÉ Jean-Paul</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>SENTILHES Loïc</b>	Gynécologie-obstétrique
<b>SUBRA Jean-François</b>	Néphrologie
<b>UGO Valérie</b>	Hématologie ; transfusion

<b>URBAN Thierry</b>	Pneumologie
<b>VERNY Christophe</b>	Neurologie
<b>WILLOTEAUX Serge</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>ZAHAR Jean-Ralph</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>ZANDECKI Marc</b>	Hématologie ; transfusion

#### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

<b>ANNWEILER Cédric</b>	Gériatrie et biologie du vieillissement
<b>AUGUSTO Jean-François</b>	Néphrologie
<b>BEAUVILLAIN Céline</b>	Immunologie
<b>BELIZNA Cristina</b>	Médecine interne
<b>BELLANGER William</b>	Médecine générale
<b>BIGOT Pierre</b>	Urologie
<b>BLANCHET Odile</b>	Hématologie ; transfusion
<b>BOURSIER Jérôme</b>	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
<b>CAPITAIN Olivier</b>	Cancérologie ; radiothérapie
<b>CASSEREAU Julien</b>	Neurologie
<b>CHEVAILLER Alain</b>	Immunologie
<b>CHEVALIER Sylvie</b>	Biologie cellulaire
<b>CRONIER Patrick</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>de CASABIANCA Catherine</b>	Médecine générale
<b>DINOMAIS Mickaël</b>	Médecine physique et de réadaptation
<b>DUCANCELLE Alexandra</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>FERRE Marc</b>	Biologie moléculaire
<b>FORTRAT Jacques-Olivier</b>	Physiologie
<b>HINDRE François</b>	Biophysique
<b>JEANGUILLAUME Christian</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>JOUSSET-THULLIER Nathalie</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>KEMPF Marie</b>	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
<b>LACOEUILLE Franck</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>LETOURNEL Franck</b>	Biologie cellulaire
<b>MARCHAND-LIBOUBAN Hélène</b>	Histologie
<b>MAY-PANLOUP Pascale</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
<b>MESLIER Nicole</b>	Physiologie
<b>MOUILLIE Jean-Marc</b>	Philosophie
<b>PAPON Xavier</b>	Anatomie
<b>PASCO-PAPON Anne</b>	Radiologie et Imagerie médicale
<b>PENCHAUD Anne-Laurence</b>	Sociologie
<b>PETIT Audrey</b>	Médecine et Santé au travail
<b>PIHET Marc</b>	Parasitologie et mycologie
<b>PRUNIER Delphine</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>SIMARD Gilles</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>TANGUY-SCHMIDT Aline</b>	Hématologie ; transfusion
<b>TURCANT Alain</b>	Pharmacologie

# **COMPOSITION DU JURY**

**Président du jury :**

**Madame le Professeur BARON Céline**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur PLESSIS Anne**

**Membres du jury :**

**Madame le Docteur PLESSIS Anne**

**Madame CHATRON Ingrid**

**Monsieur le Professeur CONNAN Laurent**

**Monsieur le Docteur HUREAUX José**

**Madame le Docteur PENCHAUD Anne-Laurence**

## **Remerciements**

A Madame le Professeur BARON qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez en remerciée et soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur PLESSIS qui a accepté de diriger cette thèse. Merci pour ton aide précieuse et ton soutien sans faille.

Aux membres du jury :

Madame CHATRON, je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Veuillez croire en ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur CONNAN, je vous remercie d'avoir accepté de prêter attention à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur HUREAUX, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury ainsi que pour l'intérêt que vous portez sur ce sujet. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur PENCHAUD, merci d'avoir accepté avec enthousiasme de participer à ce jury de thèse. Sois assurée de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur MARAIS, merci pour tous vos conseils lors de nos séances de tutorat.

Merci à tous les médecins qui m'ont aidé à en devenir un.

A tous les internes qui ont accepté de réaliser ces entretiens.

A mes parents, merci pour votre présence durant toutes ces années. Vous m'avez fait grandir, vous m'avez soutenu et fait confiance depuis le début.

A mon grand frère Antoine, Yue-Yue et le petit Maël. Vous pouvez maintenant arrêter de me demander « c'est pour quand la thèse »

A ma petite sœur Amélia. J'ai confiance en toi, tu réussiras quoi que tu fasses.

A mes grands-parents, merci pour tous vos encouragements et tous les bons moments passés ensemble.

A tous mes amis rencontrés sur les bancs de la fac et avant : Paul, Valentin et Thomas (et Pauline, Caro et Anne Claire évidemment), en attendant de vous revoir tous revenir enfin à Angers. François-Guillaume, Benoit, Cyril et tous ceux de l'époque de l'externat. Les amis de Montesquieu, Baptiste, Victor, Hervé, Benjamin, Romain,...

A tous les amis rencontrés depuis les premiers pas d'interne à Cholet: Camille et Nico, Yasmina et Adrien, Luc, Cathy, Barbara, Wlad, Claire, Cécile, et tous les autres internes de Cholet ou du Mans. Merci aussi à tous les co-internes de choc : Marco, Yohan, Virginie, PF,...

A tous les amis musiciens, merci de supporter toutes mes fausses notes : Anne et Paul, Ben et Clem, Thomas et Amélie, Mathieu, Vincent et Sophie, Jean, Carlos, Cédric, Anne-Laurence, Anne-ju, Dédé et Charlotte, Aniko et tous les autres.

## **ABREVIATIONS**

CHU : Centre Hospitalo Universitaire

ED : Enseignement Dirigé

FFI : Faisant Fonction d'Interne

MG : Médecine Générale

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires et Autonomie Supervisée

# **PLAN**

INTRODUCTION

MATERIEL ET METHODES

RESULTATS

- 1) Caractéristiques entretiens
- 2) Thématiques

DISCUSSION

- 1) Critique de la méthode
- 2) Le vécu de l'annonce
- 3) La construction de la compétence à l'annonce

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

## **Introduction**

L'annonce d'une mauvaise nouvelle fait partie de la compétence « Relation, Communication, Approche centrée patient », une des six compétences du Référentiel Métier et Compétences des Médecins généralistes (1). Légalement ce type d'annonce est devenue plus encadrée en France depuis la loi du 4 mars 2002 (2) relative à l'information des malades ou pour les annonces relatives à la cancérologie, avec le plan cancer de 2003(3).

La mauvaise nouvelle en médecine ne concerne pas uniquement la cancérologie puisque comme le définit Buckman (4) la mauvaise nouvelle est « une nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son être [...] et de son avenir ». En soins primaires cela comprend d'autres domaines que la cancérologie ou bien encore la maladie d'Alzheimer, dont les annonces dédiées ont été formalisées via les consultations d'annonce du plan cancer (3) et du plan Alzheimer (5).

De plus les caractéristiques des soins primaires (6) font que le médecin généraliste connaît déjà le patient avant l'annonce. Il a également pu être à l'origine des examens révélant le diagnostic, il a pu faire l'annonce lui-même et il sera l'interlocuteur de premier recours de son patient après l'annonce pour son suivi.

L'annonce de mauvaise nouvelle est une compétence liée à la communication qui peut s'enseigner par l'intermédiaire de différentes formations. Cette formation prend la forme par exemple d'ateliers de simulation au CHU d'Angers (7) pour l'annonce en cancérologie, formation proposée aux internes de spécialité hospitalière. On peut également citer l'utilisation du théâtre à Montpellier pour les étudiants de 4ème année ou de jeux de rôles entre externes à Limoges (8).

Ces formations viennent en complément des mises en situations vécues en stage pendant le cursus des étudiants en médecine. Or souvent le médecin senior, préfère pour ce qui concerne l'annonce d'une mauvaise nouvelle, réaliser la tâche avec le moins d'observateurs possible (9). Le plus souvent le jeune interne se retrouve alors confronté avec le « do one » sans être passé par le « see one » lorsqu'il est confronté à devoir réaliser lui même l'annonce d'une mauvaise nouvelle lors de ses premiers semestres. C'est pourquoi cette formation dédiée semble être souhaitée plutôt en début d'internat (10).

Les formations à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, diverses dans leur forme, existent déjà dans de nombreuses facultés ou pays mais peu s'intéressent au vécu initial des internes. Ceci est décrit comme une erreur pédagogique par M.Gros dans sa thèse (9). Une étude canadienne datant de 2001 a déjà exploré les difficultés ressenties par les internes lors de leur expérience personnelle (11). Il s'agissait d'une étude qualitative en focus group ce qui avait pour biais rapporté par les auteurs de limiter une libre parole lorsqu'il s'agissait de raconter devant un groupe une expérience difficile d'annonce de mauvaise nouvelle. Par ailleurs l'étude incluait des internes de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année de spécialité médicale et chirurgicale.

Notre objectif a été d'explorer le vécu initial des internes de médecine générale quant à l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

L'objectif pédagogique sous-jacent est de tirer de ce vécu initial des thématiques pouvant entrer dans le cadre de l'enseignement dédié à l'annonce de mauvaise nouvelle.

Nous nous intéressons spécialement aux internes de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année car c'est lors de leurs premiers stages qu'ils sont pour la première fois en situation de responsabilité.

## **Matériel et méthode**

Nous avons choisi la méthode qualitative pour explorer le vécu des internes et plus précisément la méthode des entretiens individuels afin d'avoir une parole la plus libre et spontanée possible.

La population cible était les internes en 1ère et 2ème année de médecine générale à la faculté de médecine d'Angers.

Les internes ont été recrutés par volontariat après invitation via la mailing list des internes en médecine générale à Angers. Devant le besoin de réaliser d'autres entretiens une nouvelle invitation a été réalisée lors d'un cours de module A en juin 2015 à la faculté d'Angers.

Les entretiens ont été réalisés dans un lieu neutre laissé à la convenance de l'interne.

Les entretiens individuels ont été semi-dirigés. Initialement nous avons explicité le déroulé et le caractère anonyme et enregistré de l'entretien.

Le guide d'entretien (disponible en annexe), réalisé après lecture d'un ouvrage référent sur les entretiens qualitatifs (12) a été construit selon le schéma suivant : dans un premier temps laisser libre parole à l'interne en lui demandant de raconter un cas d'annonce de mauvaise nouvelle puis explorer les différentes étapes de l'annonce au travers de son récit (4). Ensuite d'autres questions exploraient la formation antérieure ou future de l'interne, son ressenti quant à sa capacité à annoncer en tant que professionnel de soins primaires, son vécu personnel pour lui ou des proches d'annonces de mauvaises nouvelles. Enfin l'entretien se terminait par une invitation à ajouter un point qui lui paraissait important sur le sujet traité.

La grille d'entretien a été modifiée après relecture de l'entretien test avec la directrice de thèse.

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement par écrit ultérieurement.

Les verbatims obtenus ont été analysés afin d'en extraire des unités de sens puis des thématiques via une grille d'analyse. L'analyse a été faite en triangulation avec la directrice de thèse.

Onze entretiens (disponibles en annexe) ont été réalisés entre 05/2014 et 07/2015, d'une durée allant de 15 à 35 minutes.

## Résultats

### I) Caractéristiques entretiens

#### 1) Population des internes

Interne	Age	Sexe	Externat	Semestre	Stage chez le praticien	Stage en cours
n°1	36	F	Angers	1er	non	Gynéco CHU
n°2	26	F	Angers	2ème	non	Urgences CHU
n°3	26	H	Bordeaux	2ème	non	Médecine poly CHU
n°4	26	F	Amiens	2ème	non	Médecine poly CHU
n°5	25	F	Tours	2ème	en cours	stage prat Sarthe
n°6	26	F	Angers	2ème	non	Gynéco Saumur
n°7	25	F	Toulouse	2ème	non	Urgences Laval
n°8	27	H	Brest	4ème	fait	Pédiatrie Cholet
n°9	25	F	Angers	2ème	en cours	stage prat Sarthe
n°10	27	F	Poitiers	4ème	en cours	stage prat Maine et Loire
n°11	26	F	Dijon	2ème	en cours	stage prat Maine et Loire

#### 2) Caractéristiques des cas d'annonce

Les exemples d'annonces décrits par les internes interviewés étaient variés car malgré une majorité (7 sur 11) traitant de cancérologie il a également été question d'une fausse couche, d'une insuffisance rénale, d'une hémorragie méningée et d'une suspicion de méningite.

Les patients concernés par ces annonces étaient principalement des hommes et femmes de plus de 50 ans, il y a eu également 2 cas concernant des femmes jeunes et un concernant un enfant de 10 ans.

Deux annonces avaient été faites au cabinet du praticien, les autres à l'hôpital dont 4 aux urgences.

Concernant le rôle de l'interne et les personnes présentes au moment de l'annonce là aussi les situations décrites étaient variées : l'interne seul avec le patient, l'interne avec un senior et un rôle passif ou semi-actif, l'interne avec des membres de la famille du patient.

## II) Thématiques

### 1) La représentation de l'annonce

Les internes avaient une idée de ce à quoi devait ressembler l'annonce, qu'ils soient l'annonciateur ou non. Cette représentation est venue se confronter à la réalité de la mise en pratique par plusieurs aspects.

#### 1 – Réaction du patient par rapport à celle attendue

Plusieurs types de réaction du patient ont été décrits à travers les différentes annonces. Du mutisme pour l'interne n°1 « *un très long silence et puis euh... des larmes très silencieuses en fait, il y avait pas de questions, il y avait pas de réaction verbale* » et le n°5 « *Il y a eu des gros blancs* ». De la sidération pour le n°4 « *On voyait au niveau de son visage, enfin elle s'est un peu figée quoi* », le n°10 « *il était pas mal dans la sidération, il était "bah qu'est-ce que je vais devenir"* » et le n°11 « *c'est vrai que ça l'a un peu tassé quoi* ». Des pleurs pour le n°2 « *elle a fondu en larmes* ». De la surprise pour le n°3 « *je crois que sa première réaction ça a été vraiment la surprise, du désarroi, quand je lui ai parlé de dialyse* » et le n°9 « *de la surprise parce que je pense qu'elle s'attendait pas forcément à quelque chose comme ça* ». Du calme pour le n°6 « *je pense qu'elle devait être inquiète, mais elle maîtrisait bien je trouvais,*

*elle gardait bien son sang-froid » et le n°8 « il était, bah hyper calme, pas stressé, il avait bien compris pourtant ». Du désespoir enfin pour l'interne n°7 « elle m'a demandé de l'achever, (...) de faire ce que je pouvais mais de pas m'inquiéter ».*

Ces réactions ont pu étonner certains internes qui pouvaient s'imaginer des réactions différentes comme pour l'interne n°2 « *je pensais qu'elle allait être très froide (...) je sais pas pourquoi ça m'a rassurée, peut-être que je me suis identifiée beaucoup, moi j'aurai réagi comme ça* », le n°6 « *ça m'a surpris qu'elle soit aussi calme* », le n°7 « *Je m'attendais pas du tout à cette réaction là en fait* », le n°8 « *moi j'étais un peu surpris de voir que ça se passe vraiment, tout, de manière lisse, qu'il y ait pas un peu de colère ou un peu d'inquiétude* » ou le n°11 « *c'est vrai elle s'est pas effondrée en pleurant* ».

Ces réactions ont pu également être mal vécues comme pour le n°7 « *J'ai du retenir de pas (...) me mettre à pleurer* », le n°10 « *on avait presque les larmes aux yeux* » et le n°9 « *je me sentais pas très à l'aise* ».

D'autres ont modifié leur attitude, adapté leur discours, en réponse à cette réaction, attendue ou non : l'interne n°1 en respectant le silence « *j'ai donné des mouchoirs à la maman, puis après le papa a commencé à pleurer aussi donc j'ai donné des mouchoirs au papa, je suis resté avec eux un moment en silence* », le n°2 « *j'ai essayé de la rassurer, de dédramatiser un peu les choses, de lui expliquer pourquoi c'était absolument nécessaire (la dialyse)* » ou le n°3 « *de lui expliquer le plus clairement possible, qu'effectivement c'était grave, et que enfin j'ai essayé (...) de lui expliquer dans des termes assez simples* ».

## 2 – Les actions mises en place pour effectuer l'annonce

Les internes rapportent avoir pensé au préalable la réalisation de leur annonce. On retrouve la notion du temps de l'annonce, que nous approfondirons plus bas. L'interne n°1 rapporte « *Tout mon travail ça a été de faire en sorte qu'ils puissent prendre le temps, dans la pièce où on avait annoncé* » et le n°10 dit s'être « *mis dans une pièce dédiée, avec beaucoup de questions, du temps pour les silences, des mots, des vrais mots* ». Celui-ci intègre aussi dans sa préparation le lieu de l'annonce comme l'interne n°6 « *Finalement comme elle restait la nuit je savais qu'elle aurait une chambre seule donc je me suis dit que je ferai ça dans la chambre* ».

Deux internes ont pris en compte les tiers concernés. Par exemple l'interne n°10 dit avoir attendu « *qu'il y ait toute la famille réunie* ».

### 3 – Regard critique sur leur récit

Deux étaient globalement satisfaits. L'interne n°3 « *je vois rien que j'aurais pu faire différemment, donc c'était pas une annonce parfaite hein... mais là comme ça je vois pas* » et le n°10 « *là ça s'est très bien passé* ».

Parmi les motifs d'insatisfaction nous avons retenu tout d'abord le contenu de l'annonce en lui même, que ce soit le vocabulaire utilisé par l'annonciateur comme pour l'interne n°7 « *J'aurais peut-être demandé un peu plus à un chef de me dire exactement quels mots utiliser* », le n°9 « *j'aurais dit ponction lombaire déjà* », le ton de l'annonce pour le n°11 « *Je pense que j'aurais fait peut-être avec un petit peu plus de douceur* » ou le contenu quantitatif de l'annonce pour l'interne n°8 « *J'aurais peut-être pas expliqué tout de suite la chimio* ».

Le contexte de l'annonce a pu être décrit comme motif d'insatisfaction. Le lieu, le temps ou les personnes présentes au moment de l'annonce ont pu poser problème. Ainsi l'interne n°2 aurait souhaité « *définir un moment, que elle (la patiente) puisse être ou non accompagnée de son mari parce que finalement elle était toute seule* » et « *une pièce dédiée* ». La présence d'un tiers a également posé question au n°6 « *je sais pas trop, si il fallait parler à la patiente toute seule ou si il fallait avoir quelqu'un avec, enfin, un accompagnant.* »

### 4 – Représentations de la place du médecin

Le médecin a été décrit comme la personne référente pour assurer le suivi. L'interne n°1 pensait que « *le travail qui peut se faire en médecine générale c'est sur le suivi* » et l'interne n°11 parlait de « *rester humain, d'être là et d'être assez prévenant pour les gens et d'être là pour eux quoi* ». Le médecin a même été comparé à un guide ou un compagnon pour l'interne n°8 « *Pour expliquer vraiment bien les choses, pour que le patient sache où on va, qu'il comprenne qu'on a l'habitude, voilà qu'on est un peu sa personne référente* ». Il va jusqu'à utiliser l'expression « *qu'il (le patient) puisse s'accrocher un peu à nous* ».

Les internes ont décrit un aspect dangereux de l'annonce pour le médecin. L'interne n°1 « *pense que c'est des moments qui sont très douloureux pour les patients mais qui peuvent être très douloureux pour les médecins aussi, quelle que soit l'expérience qu'on a* », en insistant sur la nécessité de garder une distance pour se préserver. Ainsi, pour l'interne n°4 il faut « *faire en sorte que les affects des gens ne nous affectent nous* » et « *il faut effectivement arriver à se préserver en bien dichotomisant la situation extérieure du patient et sa propre expérience* ».

## 5 – Les mots pour décrire l'annonce

Certains internes ont utilisé des expressions et figures de styles pour parler de l'annonce de mauvaise nouvelle.

L'interne n°9 emploie le terme de « *gros mots qui font peur* » pouvant évoquer un langage enfantin tandis que le n°10 utilise le terme de « *vrais mots* » mettant peut-être en avant son besoin d'authenticité dans la relation à ce moment précis.

« *Des résultats qui étaient pas sympathiques* », une litote, a été retrouvé dans le discours de l'interne n°1, façon d'éviter le terme de mauvaises nouvelles.

## 2) Le temps et l'annonce

Une thématique qui est revenue fréquemment est celle du temps. Comme nous l'avons déjà développé elle a pu être source de difficulté ou bien prise en compte par l'interne dans sa préparation de l'annonce.

Au delà du temps de l'annonce, d'autres intervalles temporels étaient évoqués.

### 1 – Le temps entre le diagnostic su et le diagnostic révélé

Ce laps de temps, pendant lequel l'interne connaît le diagnostic au contraire du patient, a pu être difficile à appréhender. L'interne n°6 a trouvé que ce délai était « *une période un*

*peu floue où il y avait des gens qui savaient, des gens qui savaient pas ». Alors le fait de différer l'annonce était délicat, toujours pour l'interne n°6 « ce qui allait pas être évident c'est de différer l'annonce entre le moment où moi j'ai su et le moment où (...) on a pu bien se mettre en condition pour lui dire » ou pour le n°7 « j'étais partagée entre l'idée d'attendre, d'avoir les informations, toutes les informations, voir si elle allait ou pas être transférée avant de lui annoncer parce que du coup j'étais obligée de lui donner une information complètement partielle », quitte à devoir mentir pour le n°6 « j'avais pas envie de lui dire dans le couloir les résultats que je savais donc je lui ai dit que, en fait c'est un peu un mensonge, enfin c'est un mensonge je lui disais que c'était en cours ».*

Par ailleurs, ce temps a pu être perçu comme trop court, l'interne pouvant se sentir dans l'obligation d'annoncer.

La raison était technique pour l'interne n°1 qui devait annoncer une fausse couche directement après la fin de l'examen échographique : « *il y avait une sorte de télescopage entre le moment du diagnostic et le moment de l'annonce, ce n'était pas comme lorsqu'on reçoit par courrier un compte rendu anapath ou quelque chose comme ça, où on a le temps de préparer ses mots là il fallait tout de suite que je dise ce que j'avais vu* ». Nous voyons ici que l'interne aurait eu besoin d'assimiler le diagnostic pour préparer son annonce.

Cette obligation d'annoncer se faisait aussi ressentir chez l'interne n°7, cette fois ci en raison du pronostic vital de la patiente « *Je me suis dit que je pouvais pas faire attendre plus longtemps parce que là, je voulais qu'elle soit informée avant, au cas où elle se dégrade* ».

L'initiation du traitement a été la raison invoquée par le n°2 « *Il fallait qu'on aille assez vite parce qu'elle était assez jeune pour lancer tout le processus donc on a annoncé le diagnostic assez rapidement* ».

Enfin pour le n°5 c'était l'insistance du patient « *Je savais pertinemment qu'on était un vendredi soir mais j'étais coincée ça faisait 3-4 fois qu'il me demandait ce qu'il y avait sur l'écho* ».

Cette problématique a été observée en ambulatoire par l'interne n°9 : « *quand on faisait des jeux de rôle on annonçait souvent un cancer, donc plutôt quelque chose où les patients ils ont déjà bien cheminé avant, (...) il y a quand même un laps de temps qui est quand même pas celui de la consult (...) où là le temps pour cheminer est infiniment moindre* ».

## 2 – La gestion de la temporalité lors de l'annonce

Malgré ce temps qui a pu échapper à leur contrôle les internes ont essayé d'avoir une emprise sur celui-ci. Le fait d'essayer, voire de réussir à prendre du temps pendant l'annonce a d'ailleurs toujours été perçu comme positif comme l'a décrit l'interne n°3 « *C'est une annonce qui s'est plutôt bien passé faut dire que j'avais du temps donc j'avais pris le temps d'en parler avec elle* » ou le n°10 « *j'avais pas le chronomètre en main, si je passais du temps je passais du temps* ».

L'interne n°1 a préparé également l'après-annonce « *Tout mon travail ça a été de faire en sorte qu'ils puissent prendre le temps, dans la pièce où on avait annoncé* ».

Au contraire le fait de ne pas réussir à prendre le temps souhaité a été perçu comme un échec pour l'interne n°4 « *C'est le manque de temps, c'est ça qui m'a posé un peu des problèmes* », voire comme quelque chose de violent « *Il y a une consultation d'annonce qui prends déjà du temps, et après on peut revoir le patient alors que là, paf on a balancé notre diagnostic* ».

Enfin, le fait d'avoir un rythme plus lent qu'à une consultation lambda a pu avoir été à l'origine d'un vécu difficile pour l'annonceur comme l'a dit l'interne n°1 « *Il y a eu un moment un peu lent et j'ai du faire face à ma propre émotion qui était vraiment pas simple* ».

## 3) Les non-dits de l'annonce

Devant ces annonces difficiles à exprimer les internes ont souvent intégré dans leur annonce des éléments qui n'étaient pourtant pas verbalisés par le patient ou par eux-mêmes.

### 1 – Le non-dit et son interprétation

Les internes ont pu ne pas avoir à expliciter longuement la mauvaise nouvelle car pour plusieurs d'entre eux le patient devait déjà savoir ce qu'il se passait sans pour autant que celui-ci l'exprime. Ainsi l'interne n°1 n'a « *pas eu vraiment à donner d'explication hein parce qu'ils savaient très bien au final ce qui se passait* ». Le n°4 « *A mon avis elle s'en rendait*

*compte, comme c'était paralysé, je pense qu'au fond d'elle , elle savait, enfin je pensais qu'elle devait savoir que c'était un AVC mais seulement, étant jeune, elle devait pas vouloir y croire », le n°6 « elle devait se douter qu'il y avait quelque chose de pas normal », et le n°11 « pour moi il le savait déjà, enfin, on sentait que, on enfonçait un peu une porte ouverte quoi » pensaient tous comme une évidence que leur interlocuteur connaissait leur état de santé.*

Par ailleurs même lorsque le patient a pu dire le contraire ça n'était pas ce qu'il pensait réellement, ainsi pour l'interne n°2 quand le patient a dit qu'il ne savait pas pour son état de santé elle raconte : « *j'ai pas voulu rompre ses mécanismes de défense (...) alors que je savais très bien qu'elle devait le savoir* ».

De plus certains internes ont décrypté le langage non verbal, comme l'interne n°3 « *J'ai vu surtout la surprise et puis un peu l'abnégation un peu aussi sur son visage, un peu une façon de dire la dialyse, non, pas moi, jamais, j'en veux pas et donc j'ai essayé de la rassurer* », ou à propos d'un autre patient : « *C'est là que j'avais vu l'horreur se dépeindre sur son visage, qui comprenait pas, qui avait rien compris* ». Cette interprétation des attitudes a aussi ponctué le discours de l'interne n°4 « *j'ai vu qu'elle avait compris, que bah quelque chose qui va, qui grignote un peu autour, bah c'est pas bon quoi* » ou du n°5 « *je revois ce moment de blanc où je vois les yeux qui tournent et, en train de se dire ça y est je suis cuit quoi* ».

L'interne n°4 a même été plus loin en interprétant le sentiment de sa patiente par rapport à sa propre attitude de professionnelle : « *j'étais un peu stressée et je pense du coup elle a senti* ».

En parlant du non-dit on peut évoquer le vocabulaire non-utilisé par l'interne. Ainsi le n°9 a parlé en pensant connaître le niveau socio-culturel de son interlocuteur « *j'ai pas dit ponction lombaire parce que j'avais l'impression qu'elle comprendrait pas* » en reconnaissant s'être trompé ensuite « *c'était pas très clair et somme toute plus inquiétant que si j'avais dit ponction lombaire* ». L'interne n°4 avait lui des difficultés à prononcer le mot de cancer « *lui faire comprendre qu'il y avait quelque chose d'anormal donc bon, sans dire le mot cancer c'est lui qui l'a dit le premier* » comme elle s'en explique ensuite « *C'était facile pour moi mais je sais pas si pour lui c'était facile parce qu'il a, je pense qu'il a fait un effort en me demandant si ça pouvait être un cancer ou pas* ».

Plus que le terme de cancer c'est la notion de mort qui a finalement peu été utilisée dans le discours des internes puisque seul l'interne n°7 a utilisé un mot s'y référant « *elle avait accepté que je lui dise que c'était effectivement très grave, qu'elle pouvait décéder* ». L'interne n°1 a lui utilisé une périphrase « *j'ai du prononcer les quelques mots pour leur dire que l'activité du cœur du fœtus s'était arrêtée* ».

Le fait que ce soit le patient qui n'en parle pas a étonné l'interne n°8 « *il savait qu'il avait pas beaucoup de chance mais il a pas posé la question (du pronostic), c'est ça qui m'a étonné quoi* ».

#### 4) Un moment de solitude et d'incertitude

Pour une annonce de mauvaise nouvelle, les internes interrogés ont pu se retrouver en manque de repères, voire isolés, ce qui a pu contribuer à les mettre en difficulté.

##### 1 – Le manque de certitude

N'ayant qu'une petite expérience des annonces de mauvaises nouvelles, les internes se sont sentis un peu désarmés face à cette tâche qui leur incombaient. Nous avons retrouvé ce doute dans plusieurs témoignages concernant leurs actions notamment les internes n°1 « *peut-être que j'ai eu un geste maladroit, je sais pas* », n°2 « *je savais pas trop comment réagir* », ou le n°7 « *j'avais l'impression de, ouais qu'il manquait des choses, de pas être, ouais je me suis pas sentie à l'aise en fait, pas compétente* ».

Certains internes pensaient manquer de repères techniques comme l'interne n°1 « *C'est la confrontation avec ma propre connaissance de la technique, ma propre connaissance technique qui a été difficile* », ou le n°7 « *je me sentais pas forcément armée pour expliquer, j'aurais bien aimé avoir une conduite à tenir* ».

Ce qui a posé difficulté aux internes ayant fait une annonce dans le cadre de soins primaires était que le diagnostic en lui même était incertain, ce qui pour eux rajoutait un degré de difficulté dans l'annonce. Ainsi le n°9 dit qu' « *on annonce seulement une suspicion et moi je trouve que c'est presque plus compliqué que d'annoncer quelque chose où on est sûr, parce*

*qu'on apporte beaucoup d'inquiétude », « c'est plus facile une certitude, enfin c'est sans risque » et pour le n°10 « c'est compliqué de démarrer une annonce mais de pas avoir le diagnostic de certitude ».*

## 2 – L'évocation de la solitude du patient/du médecin

Lors des annonces de mauvaise nouvelle les internes ont eu l'occasion d'effectuer cette tâche seul avec le patient. Ce fait a été jugé de différente façon par l'interne n°2 qui redoutait plutôt cela « *j'avais un peu peur d'y aller toute seule* » tout comme le n°5 « *Dans les services ils sont très forts pour nous dire qu'ils sont là si on a des difficultés et après bon bah en pratique, on se retrouve seul quand même quoi* » tandis que l'interne n°6 préférait cet état de fait « *j'étais plus à l'aise seule qu'avec quelqu'un qui regarde* ».

Le patient pouvait aussi se retrouver seul avec cette nouvelle. Si certains internes ont pris en compte cette solitude comme le n°3 « *Je m'étais dit c'est pas possible faut que je retourne la voir pour en discuter avec elle parce qu'elle est complètement perdue, enfin elle va être complètement perdue* » ou le n°6 « *Moi ce que je voulais c'est qu'elle soit pas toute seule* », l'interne n°5 a regretté le fait d'avoir laissé seul son patient avec sa mauvaise nouvelle « *Je sais plus si j'avais fait les transmissions en montant (...) Donc je l'ai vraiment laissé tout seul, ouais. Et ouais j'étais pas contente de moi, non.* », « *j'avais vraiment le sentiment de l'avoir laissé dans un box avec, bah voilà vous avez peut-être un cancer* » tout en avouant son impuissance « *Je pouvais pas changer le fait qu'il était tout seul aux urgences* ».

## 3 – Les mécanismes de défense de l'interne

Comment les internes ont-ils fait face à cette incertitude et cette solitude devant le patient ? En faisant appel à de l'aide extérieure comme l'interne n°1 « *je suis sortie pour aller chercher de l'aide par rapport à l'échographie ce qui m'a beaucoup aidé* » ou le n°6 « *je voulais avoir un deuxième avis, pour confronter* ».

Ils ont pu aussi choisir de rester en retrait dans le rôle de témoin comme l'interne n°2 « *j'étais vraiment observatrice parce que j'étais mal à l'aise par rapport à ça* » ou le n°11 « *là en fait c'est plutôt mon praticien qui a pris la main, bon là je suis qu'en deuxième semestre c'est un peu normal* ».

Ils ont également eu des difficultés à employer des mots souvent lourds de sens pour leur patient, ils auraient préféré leur donner de meilleures nouvelles comme le dit l'interne n°9 « *j'étais tentée de les rassurer et en même temps fallait quand même que j'explique, voilà, ce qui allait se passer, parce que ça pouvait aussi être quelque chose de grave* ». Certains mots avaient du mal à être exprimés, chez l'interne n°4 « *j'ai pas dit tumeur, j'ai dit qu'il y avait je pense pas une masse, mais bon j'ai pas dit cancer* » ou le n°6 « *elle m'a dit c'est pas une tumeur alors j'ai quand même été obligé de lui dire que c'était quand même une masse indéterminée* ».

## 5) Une compétence relationnelle

Chez les internes interrogés, le vécu de leur annonce de mauvaise nouvelle a mis en avant l'interaction soignant-soigné de façon assez logique vu les sentiments ressentis lors de ces annonces.

### 1 – La relation avec le patient

Les internes avaient un lien avec leur patient, qui pouvait aller de la sympathie pour l'interne n°5 « *Il était un peu sympathique pour moi ce patient je sais pas pourquoi* », à l'empathie pour le n°10 « *ils nous émouvaient beaucoup* » voire jusqu'au transfert pour le n°2 « *peut-être que je me suis identifiée beaucoup, moi j'aurais réagi comme ça et donc...j'aimais bien qu'elle réagisse comme ça* » et le n°4 « *J'avais tendance et c'est peut-être pas bien à faire le transfert aussi* ».

Les internes ont décrit cette relation comme égalitaire, sans dominant, comme le dit l'interne n°8 « *on travaille vraiment ensemble et ça c'était vraiment bien* » ou le n°11 « *on est resté vraiment un peu, comme les partenaires d'une équipe* ».

Cette relation était si spéciale qu'elle devait être exclusive pour l'interne n°6 « *la suite logique, pour elle aussi je pense, c'était plus cohérent, de garder la même personne (pour faire l'annonce)* » qui rajoute « *j'aurai pas aimé que ce soit un (autre) médecin qui vienne juste à la fin pour faire l'annonce* ».

Enfin, le rôle du médecin généraliste a été évoqué par l'interne n°11 pour qui son patient « *voulait avoir l'avis du médecin généraliste* ». Le rôle décrit est celui de soutien lorsqu'elle dit que « *c'est vraiment présenté comme le recours, le fait qu'on allait le soutenir, qu'on allait le porter, enfin les porter tous les deux dans cette épreuve* ».

## 2 – L'effet sur l'entourage

Les internes ont également eu l'occasion de prendre en charge l'entourage de leur patient ce qui a pu rajouter de la difficulté dans leur annonce comme pour l'interne n°2 « *c'est peut-être plus après que les difficultés se sont posées quand il a fallu expliquer à la famille* » car « *c'était pas très ordonné, il y avait des questions qui fusaiient de tous les côtés* ».

Les conséquences de cette annonce sur l'entourage ont été évoquées par différents internes pour parler des conséquences que ce type d'annonce pouvait avoir. Ainsi l'interne n°3 a parlé du « *lien entre elle et ses fils quoi, on s'imagine toutes les répercussions que ça va avoir (...) forcément ça ébranle toute une famille, pas seulement la personne quoi* ». Le n°10 a dit que (le mari de la patiente) « *était pas mal dans la sidération, il était, "bah qu'est-ce que je vais devenir"* » tandis que le n°11 a parlé de « *sa femme qui était à côté, voilà on sent que c'est un moment compliqué dans leur vie* ».

## 6) La formation et la compétence à annoncer

La dernière partie des entretiens était plus axée sur la formation à l'annonce de mauvaise nouvelle, pour connaître leur vécu en matière pédagogique et personnel sur ce sujet ainsi que leur sentiment de compétence à annoncer en tant que médecin généraliste.

### 1 – Formation antérieure

Seul l'interne n°1 a déclaré n'avoir eu « *aucune* » formation sur le sujet.

Certains internes avaient eu des cours théoriques : l'interne n°2 « *c'était un ED de psycho qui durait 1 heure ou 2 avec un prof en 3è ou 4è année, plus sur la mort, bon c'était*

*un peu mêlé la mort et puis la consultation d'annonce », le n°5 « en 2ème année on a des cours de psychologie médicale, ça doit être un peu évoqué là dedans je m'en rappelle plus trop ».*

Ces cours pouvaient leur sembler peu utiles et éloignés de la réalité comme on peut le ressentir aussi dans les discours des internes n°8 « *sinon c'était plutôt des cours un peu généraux voilà avec attitude empathique, information machin claire loyale, mais y'avait jamais de choses précises.* », n°10 « *on avait eu des cours, donc théoriques plutôt* » et n°11 « *on a eu des cours (rires)* ».

Ils ont également rappelé que la consultation d'annonce était un item pour l'Examen National Classant en fin d'externat là encore sans qu'ils ne le décrivent comme utile dans leur pratique comme on peut le constater chez l'interne n°2 « *tu sais que c'est la pièce, t'as les 10 choses à dire et puis voilà.* », le n°5 « *l'annonce donc euh, la consultation médicale, les mots clés à mettre et voilà* » ou le n°7 « *il me semble que c'était un item mais c'était franchement pas forcément vu* ».

Certains ont parlé de ce qu'ils avaient vu en stage pendant l'externat : l'interne n°3 qui a « *vu faire, parfois, mais aucune formation en tant que telle* » ou le n°5 qui, pendant son externat avait « *un peu vu tout* ». Pour l'interne n°4 la seule expérience qu'elle avait eu n'était pas en stage mais « *sur (son) FFI d'été où il y avait beaucoup de lits de soins palliatifs* ».

Des internes avaient pu faire des ateliers de simulation pendant l'externat comme l'expliquent l'interne n°8 « *des jeux de rôle où il y avait un externe qui faisait le patient, un externe qui faisait le médecin, donc on était filmé, voilà après on débattait* » et le n°9 « *on avait du faire des jeux de rôle quand j'étais en 2ème ou 3ème année* ».

Enfin, certains avaient réalisé le cours de module A dédié aux internes de médecine générale à la faculté de médecine d'Angers qui étaient là aussi des simulations à base de jeux de rôles entre interne, comme en parlent l'interne n°4 « *ça m'a permis au moins de voir ce qui me posait problème.* » et l'interne n°10 « *ça c'était vraiment bien, j'ai fait les 2 demi-journées* ».

## 2 – Le débriefing avec le sénier

Les internes étant placés sous la responsabilité d'un sénier, il leur a été demandé si leur annonce d'une mauvaise nouvelle avait pu être discutée à postériori avec ce sénier.

Quelques uns n'ont pas eu de discussion avec leur senior comme l'interne n°1 qui déplore : « *on a pas eu de debriefing sur mon ressenti en tous les cas, malheureusement* ». On peut également citer l'interne n°3 « *Non il m'a pas questionné là dessus* » ou le n°4 « *non on en a pas rediscuté parce qu'on est parti vite sur autre chose quoi* ».

Pour l'interne n°2 la discussion a été minime « *c'est elle qui m'avait interpellée en disant bon bah voilà, pour savoir un peu ce que j'en avais pensé puis elle m'avait dit bon bah c'est fait, elle avait dû juste me dire un truc comme ça mais on a pas plus débriefé que ça* ».

L'interne n°7 a essayé d'avoir une discussion à propos de son annonce sans succès « *j'ai tenté d'expliquer le fait que je m'étais sentie un petit peu désesparée et devant l'absence de réaction on va dire j'ai considéré que c'était pas forcément les personnes enfin qui m'en parleraient* ».

Deux internes ont discuté avec leur senior mais plus du cas clinique, l'interne n°6 « *c'était plus pour parler de la patiente* » et le n°11 « *on en a discuté juste après (...) que c'était quasiment sûr que c'était un cancer* ».

Enfin, deux internes ont pu reparler de leur annonce et avoir quelques conseils, l'interne n°8 « *il m'a dit quand ils posent la question (du pronostic) on peut pas vraiment leur répondre* », « *on a parlé surtout de la réaction du patient qui était, je veux dire, bien reposé.* » et le n°9 « *il m'a dit qu'il fallait que je prononce les mots, voilà, c'est tout ce qu'on en a dit* ». Le dialogue a donc été ici plutôt limité traduisant un manque de feedback global avec leurs seniors.

### 3 – Le vécu personnel d'une annonce

Il leur a également été demandé si un vécu d'annonce personnel ou pour un proche avait pu modifier leur regard sur le sujet. Six internes n'avaient pas de vécu personnel qui leur venait à l'esprit comme les internes n°2 « *Directement non pas trop j'ai pas été trop confrontée à ça* » ou le n°5 « *non, pas spécialement* ».

Pour certains le vécu était positif comme pour l'interne n°4 « *l'annonce du diabète de ma mère (...) mais vraiment sur le coup alors là l'annonce ça s'est super bien passé quoi* ». L'interne n°11 utilise ce vécu positif dans sa pratique « *ce que j'ai pu vivre avant, les mots qui*

*ont su me réconforter à certains moments je pense de ma vie, que j'utilise pour pouvoir rassurer les gens ».*

Enfin pour les internes restants le vécu était plutôt négatif comme pour l'interne n°1 « *Le vécu est forcément douloureux, après on peut limiter, limiter la casse mais, voilà, moi tous les témoignages que j'ai eu ils étaient durs à l'encontre des médecins sur la première annonce* ». Elle précise en expliquant que « *c'est le manque d'écoute* » qui est reproché. L'interne n°7 a lui souvenir d'une « *annonce de spécialiste peut-être un peu trop rapide* ». Enfin pour le n°8 ce qu'il a trouvé surprenant « *c'est de voir l'entourage qui se rassemble autour, et qu'au final quand les gens sont pas du milieu en fait ils comprennent rien du tout* ». Ce dernier a donc pu observer que ce que le médecin avait expliqué n'était pas forcément compris par les personnes concernées, ce qui allait contre ses représentations. Il en fait un apprentissage qu'il utilise dans sa pratique.

#### 4 – Compétence à annoncer en tant que professionnel de soins primaires

Il a été demandé aux internes s'ils se sentaient capables d'effectuer une annonce comme médecin généraliste.

Certains s'en sentaient capables, comme l'interne n°3 et le n°10 « *oui, je pense que oui* ». D'autres posaient des conditions comme l'interne n°6 « *oui mais après, toujours en se posant la question est-ce que, genre avec une petite arrière pensée en se disant est-ce que c'est bien comme ça qu'il aurait fallu faire ou pas ?* ».

Pour deux internes la fonction créait le sentiment de compétence : l'interne n°5 « *je m'en sens capable parce que surtout je dois le faire en fait* » et le n°11 « *il va falloir en être capable* ».

L'interne n°7 avait lui un problème de gestion des incertitudes pour être en capacité de réaliser ces annonces « *je pense que seule au cabinet j'aurai pas forcément toutes les clés en main, enfin toutes les informations, toutes les connaissances* ».

Enfin, les autres internes pensaient manquer encore d'expérience dans ce domaine : pour l'interne n°1 « *c'est l'expérience qui m'aidera à être de plus en plus non pas dans le respect de l'émotion de mes patients mais plus dans la gestion des miennes* ». Pour le n°2 ce qui le gêne « *c'est plutôt la sensation de se sentir un peu novice, je pense que quand j'aurai un peu plus de bouteille ça me dérangera pas, enfin moins* » tandis que pour le n°4 « *c'est quelque*

*chose qui s'apprend donc je pense qu'à force d'avoir ce genre d'expérience (...) on s'adapte aussi et, je pense qu'au bout d'un moment je serai plus à l'aise* ». Ces derniers comptent sur la répétition des annonces pour se forger leur compétence.

## 5 – Solutions envisagées

Les internes ont été invités à se demander comment ils comptaient progresser dans le domaine de l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Pour certains cette progression allait se faire naturellement avec le temps et l'expérience, c'est ce qui a été retrouvé dans les propos de l'interne n°5 « *faut laisser du temps au temps aussi quoi, au bout d'un moment j'ai fait des recherches, j'ai fait machin, je me suis posé des questions, ça suffit quoi* » et du n°8 « *je pense que ça vient aussi avec le temps, et on apprend beaucoup avec les gens!* ». Ce dernier interne parle aussi du compagnonnage, point de vue partagé par l'interne n°7 « *je demande parfois maintenant à des chefs quand j'ai une annonce particulière à faire ou un truc que je connais pas du tout, savoir qu'est-ce que je peux essayer d'aborder, avoir des clés* » et le n°9 « *j'espère que je vais continuer à apprendre chez mes prats quand même* ».

L'interne n°2 comptait plus sur la littérature, « *lire des bouquins de gens qui ont vécu ça, peut-être que ça peut aider en plus à le faire* ».

L'interne n°11 a lui décidé d'utiliser la psychothérapie individuelle : « *j'ai décidé de me faire superviser par une psychologue* ».

Enfin, la plupart des internes ont compté sur les formations facultaires pour progresser, le système du jeu de rôle étant le plus cité par exemple par le n°4 « *j'aimerais bien continuer à faire des sketchs comme ça, des jeux de rôle* » ou le n°8 « *des formations je trouve que théoriquement c'est difficile d'avoir des cours adaptés. A part la simulation je pense que c'est bien* ». L'interne n°9 aimeraient par ailleurs « *des jeux de rôle où (on) annonce une suspicion et pas une certitude* ».

Le jeu de rôle ne plaisait pas à tout le monde, ainsi le n°6 « *personnellement j'aime pas trop tout ce qui est jeux de rôles et tout ça, mais après oui c'est des choses que, oui si y'a une formation oui* ».

## 6 – La construction de cette compétence

Plus globalement nous avons retenu dans le discours des internes les éléments qui avaient ou qui allaient forger leur compétence d'annonce d'une mauvaise nouvelle.

On a ainsi retrouvé le rôle des contre-exemples dans cette construction comme pour le n°9 « *plus finalement avec des patients où j'ai vu l'annonce en fait faire et où je me suis dit ouh là là j'aurais pas dit les choses comme ça (...) enfin là c'est trop tard faut récupérer les pots cassés* » et le n°10 « *quand j'étais externe j'avais vu une annonce bah qui m'a pas du tout plu, mais là du coup j'étais complètement passive(...), le chef de service qui fait une annonce de cancer du sein à une dame hospitalisée en neuro, ça devait être par rapport à un AVC, mais en tout cas il lui fait l'annonce devant tout le monde alors qu'il y avait dix externes, il lui a balancé, enfin j'ai trouvé ça horrible, on était tous un peu choqués* ».

Au contraire, les exemples vécus comme bons les ont aidés pour faire à leur tour leur annonce comme pour l'interne n°5 « *La consultation faite par la chef de clinique en dermatologie où on prend le temps d'aller dans une chambre, on se pose, elle refait le point sur le parcours qui a été fait* » ou le n°11 « *c'est plus mon vécu personnel, ce que j'ai pu vivre avant, les mots qui ont su me réconforter à certains moments je pense de ma vie, que j'utilise pour pouvoir rassurer les gens* ».

De plus, l'annonce qu'ils ont décrite lors de l'entretien a pu également leur apporter pour leur pratique. Cet apprentissage par la situation a servi à l'interne n°5 « *Quand je te disais que je ne pouvais pas ne pas lui dire je pense que c'est à ce moment là que j'ai appris ça* » tandis que le n°11 a réussi « *pour une fois, à prendre du recul, à pas être trop empathique* ».

Les différents cours et formations ont pu participer à l'élaboration de cette compétence, « *on pouvait être en difficulté devant des patients pendant des consultations difficiles mais au final c'était à nous de montrer qu'on pouvait aussi mener l'entretien* » a dit l'interne n°8 en parlant des séances de simulation.

Au final, ce sont aussi l'expérience des émotions ressenties qui les marquent dans leur pratique. Pour le n°11 « *c'est quelque chose qu'il va falloir que j'apprenne à gérer* ». L'interne n°1 dit « *Je pense que je m'améliorera au fur et à mesure mais je pense que je serai un médecin qui devra toujours faire attention avec la distance à tenir, avec les émotions des*

*patients* » et rajoute « *Je subis les émotions des patients mais le fait de vraiment les ressentir, je pense que ça peut être une richesse* ». Ils témoignent d'une capacité de prise de distance à leur pratique et à leur ressenti, faisant émerger leur besoin de formation.

## **Discussion**

### I) Critique de la méthode

#### 1) La population étudiée.

Le choix de sélectionner des internes en 1ère et 2ème année était un parti pris, de façon à avoir à la fois des internes avec l'expérience la plus faible et ayant pu réaliser le stage chez le praticien de premier niveau. Ce choix a pu limiter le nombre d'entretiens réalisables.

#### 2) Les entretiens

Les entretiens ont dû être réalisés sur deux années successives devant le nombre insuffisant d'entretiens réalisés la première année, faute de volontaires.

Pour réaliser l'échantillonnage, nous souhaitions obtenir la plus grande variation possible des situations décrites par les internes.

Sur les onze situations deux seulement se passaient au cabinet du généraliste : nous aurions aimé en avoir davantage pour explorer plus finement les caractéristiques des annonces réalisées en ambulatoire.

Le biais de mémorisation était évident, les internes devant se rappeler d'une consultation qui pouvait avoir été faite plusieurs semaines auparavant.

La saturation des données n'a pas été atteinte, de nouvelles thématiques ressortant encore à l'analyse du dernier entretien.

#### 3) Le guide d'entretien

Nous avons fait l'hypothèse que la part du vécu personnel sur la façon d'annoncer une mauvaise nouvelle était importante à prendre en compte pendant l'entretien. Il est possible que cette question pouvant relever du champ de l'intimité de la personne ait pu déstabiliser certains internes et limiter le discours.

Le fait de laisser parler l'interne pendant la première partie de l'entretien sans poser de questions lui permettait de construire son récit le plus spontanément possible. Certains détails auraient pu être plus approfondis lors de la deuxième partie de l'entretien.

## II) Le vécu de l'annonce

1) La connaissance de la théorie confrontée à la difficulté de la mise en pratique.

Comme dans l'étude réalisée en focus group chez des internes de différentes spécialités (11) les internes de médecine générale en début d'internat semblent connaître les guidelines en matière d'annonce de mauvaise nouvelle. En effet à travers leurs discours nous nous apercevons qu'ils prennent en compte les différentes étapes décrites par Buckman (4) : préparation de l'entretien, savoir ce que sait déjà le patient, ce qu'il veut savoir, la transmission de l'information, la réponse empathique aux émotions du patient et préparer les solutions pour l'avenir.

Ils nous ont rapporté avoir mis en place des actions avant l'annonce afin que cela corresponde à l'idée qu'ils s'en faisaient et ont été capables d'autocritique pour les éléments qu'ils avaient eu du mal à maîtriser comme le temps ou les personnes présentes lors de l'annonce.

Nous pouvons dès lors nous étonner que certains disent se sentir légitimes à effectuer l'acte d'annonce et d'autres non. Légitimes ils le sont aux yeux de la loi, puisque l'annonce est un acte de soins qui fait donc partie des statuts des internes décrits dans le code de santé publique (13).

Dans notre étude le sentiment de capacité à annoncer en tant que professionnel de soins primaire était associé au sentiment de satisfaction à l'issue du cas d'annonce raconté. La confiance de l'interne en ses capacités pourrait venir de l'expérience vécue d'annonce satisfaisante.

Par extension nous nous sommes aperçus que les internes qui avaient un sentiment de satisfaction à la fin de l'annonce n'avaient pas d'éléments en communs dans leur discours ou leurs caractéristiques. Nous n'avons pas retrouvé d'éléments en commun non plus chez ceux qui n'étaient pas satisfaits. Nous faisons l'hypothèse que le sentiment de satisfaction personnel est multifactoriel et fonction des difficultés ressenties au niveau individuel.

## 2) Les difficultés à l'annonce : nos résultats confrontés à la littérature

### 1 – Représentation de l'annonce

Dans l'étude en focus group (11) les peurs et représentations des internes vis à vis de la mort n'étaient pas évoquées parmi les obstacles rencontrés lors de l'annonce. Il avait été fait l'hypothèse que la méthode en focus group pouvait rendre impossible le fait de parler de la mort (9) ce qui avait été une des motivations à réaliser cette étude en entretien individuel. Or nous n'avons pas retrouvé non plus cet obstacle dans les propos des internes. Il est possible que les internes aient des difficultés à aborder ce sujet tabou, même en entretien individuel avec un pair, ou bien que cela ne soit pas une difficulté, notre enquête ne permet pas de le déterminer.

Même si la mort n'est pas formulée dans ces termes aucun des internes sollicités n'a pensé à cacher la vérité au patient. Plusieurs ont décrit l'acte d'annoncer comme une obligation : la question de cacher la vérité au malade ne se pose plus depuis la loi sur l'information du malade (2) et les internes qui ont tous été formés après 2002 l'ont tous assimilée en respectant ce que le patient voulait savoir.

Les réactions des patients ont pu déstabiliser certains internes : cet obstacle avait déjà été cité dans une étude s'intéressant au vécu des médecins généralistes lors d'une annonce de cancer (14). Cependant il est difficile de s'affranchir de cet obstacle, la réaction du patient étant par nature imprévisible. Néanmoins la capacité du médecin à s'adapter à cette réaction fait

justement partie de l'art de communiquer (4) et certains internes l'ont dit l'avoir fait spontanément. Cela rejoint les propos de Buckman pour qui cette adaptation fait partie des compétences humaines de base et que le but d'une formation sur la communication d'une mauvaise nouvelle serait de faire en sorte que l'interne se serve au travail des compétences humaines de base qu'il possède (4).

Nous avons retrouvé dans des propos des internes un souci de l'impact émotionnel que pouvait avoir l'annonce de mauvaise nouvelle sur eux-mêmes ainsi qu'une volonté de trouver la bonne distance entre empathie et identification. Une compassion trop importante fait partie des caractéristiques qui contribuent à fragiliser le soignant et peut ainsi favoriser le burn-out (15) et les internes interrogés sont conscients de cette nécessité de se préserver.

## 2 – L'information à transmettre

L'incertitude concernant le diagnostic final et la thérapeutique envisagée semble mettre en difficulté les internes qui ont l'impression d'apporter de l'inquiétude sans pouvoir fournir de solutions aux questions que se pose le patient. Au contraire les internes ayant pu expliquer la marche à suivre et les thérapeutiques envisagées sont ressortis satisfaits de leur annonce de mauvaise nouvelle. Nous retrouvons ce phénomène dans le focus group canadien (11). Nous faisons l'hypothèse que l'étudiant apprend pendant ses études l'annonce d'une mauvaise nouvelle par le prisme de la consultation d'annonce du cancer qui contient le plan personnalisé de soin (3) et voit ainsi que son annonce est incomplète si elle ne contient pas cet élément. La peur d'avouer son ignorance sur certaines questions fait partie des difficultés de l'annonce pour le praticien d'après Buckman (4) car pour les jeunes internes sortants de plusieurs années d'exams dire « je ne sais pas » revient à se déclarer incompétent, or le patient est d'abord demandeur d'honnêteté lors de l'annonce. Dans l'étude de C.Dufouleur (10) les médecins généralistes disent d'ailleurs que c'est avec le temps et l'expérience qu'ils ont appris à dire « je ne sais pas ».

Les médecins généralistes sont par ailleurs divisés pour l'exemple du cancer sur le moment qu'ils choisissent pour annoncer la mauvaise nouvelle (14) entre l'idée d'annoncer dès les fortes suspicions, après les résultats anatomo-pathologiques ou laisser l'annonce faire par le cancérologue. Nous formulons l'hypothèse que lors de formations l'accent soit mis sur le fait

de ne pas confondre incertitude et incompétence. Cela pourrait permettre un meilleur vécu des annonces faites dans l'incertitude.

La quantité d'information reçue par le patient dans le cadre d'une consultation d'annonce de cancer semblait trop importante pour un interne pour une bonne compréhension de l'information à transmettre, ceci étant appuyé par un vécu personnel dans sa famille. Cela n'est pas anodin et dans une étude s'intéressant au vécu des patients lors des consultations d'annonce (16), les auteurs soumettaient l'hypothèse d'une procédure en deux temps devant la faible satisfaction des patients. Une autre étude réalisée en 2003 (17) montrait aussi que 36% des patients déclaraient après l'annonce n'avoir pas compris l'information délivrée par le médecin après une consultation d'annonce d'un cancer telle qu'elle est protocolisée.

### 3 – La pré et la post-annonce

Dans la pré-annonce, le manque de temps pour préparer l'annonce avait été regretté par le focus group canadien (11) mais la gestion de l'intervalle de temps entre le moment où l'interne connaît le diagnostic et où l'annonce est faite n'avait pas été décrite comme pouvant être source de difficulté. Dans une des thèses s'intéressant aux difficultés de l'annonce d'une maladie grave et incurable pour des médecins généralistes (18) ce moment avait été difficile pour un médecin parce qu'il n'arrivait pas à accepter que les résultats de son patient puissent être mauvais. Ici le problème venait plutôt du fait que l'interne se sentait responsable d'un message qu'il avait du mal à garder avant de le transmettre à son patient. Cela est paradoxal car nous avons noté que pour la plupart des internes le patient savait déjà ce qu'il lui arrivait avant que l'annonce ne soit faite. Nous pouvons penser qu'il conviendrait de dédramatiser ce laps de temps qui n'est pas décrit comme mal vécu du côté des patients (19).

Parmi les difficultés décrites dans les précédentes études sur le vécu de l'annonceur, un aspect est peu présent dans le discours de nos internes : la difficulté à gérer l'après-annonce. L'accompagnement du patient après l'annonce, l'engagement dans une nouvelle étape relationnelle était une difficulté décrite par les médecins généralistes (18). Cette absence dans notre étude peut s'expliquer par plusieurs facteurs : les annonces réalisées en milieu hospitalier notamment aux urgences où l'interne n'aura pas à réaliser le suivi et le fait que débutant leur internat et notamment leurs stages ambulatoires ils n'ont peut-être pas encore pris la mesure de cet aspect spécifique au métier de généraliste (1). Si certains internes

évoquent la possibilité du suivi en tant que médecin généraliste comme plutôt positif les médecins généralistes voyaient cela comme plutôt douloureux par rapport au changement de relation avec le patient qui s'établissait après l'annonce (18). Ceci rejoint ce que disait Buckman (4) pour qui ce qui est le plus difficile n'est pas l'annonce en elle-même mais ce qui en découle : l'accompagnement du patient. Les internes pensaient dans notre étude que l'expérience les aiderait à mieux gérer les annonces mais il est possible de penser qu'avec l'expérience de nouvelles difficultés peuvent apparaître.

### III) La construction de la compétence à l'annonce

#### 1) La formation

« L'art de communiquer ne peut pas être maîtrisé, si tant est que cela soit possible, dès le début du cursus, car cet art demande expérience et habileté » (4). L'expérience venant avec la pratique, l'habileté peut être améliorée notamment grâce aux formations.

Ces formations, nombreuses, témoignent de l'intérêt qui est porté sur ce sujet, surtout depuis que la parole du patient est davantage prise en compte (2). Un état des lieux de ces formations et de leur impact a déjà été réalisé il y a quelques années (9) montrant le caractère hétéroclite de celles-ci. Les internes de notre étude ayant fait leur externat dans différentes facultés il a été logique de voir que différentes modalités de formations y avaient été pratiquées.

Les différents cours uniquement théoriques et les « mots clés » appris pour l'Examen National Classant (item n°1) semblent en décalage par rapport à l'annonce réelle, entraînant même des moqueries. D'après l'étude de C.Dufouleur (10) les internes n'attendaient que peu de bases théoriques et étaient plutôt demandeurs de bases pratiques pour le domaine de la communication médecin-malade.

Dans notre panel les internes ayant réalisé une formation à l'annonce par l'intermédiaire d'ateliers de simulation en avaient tous retiré des enseignements pouvant leur être utiles pour leur pratique future. Cette modalité d'enseignement adaptée à ce sujet a d'ailleurs déjà prouvé son efficacité sur le plan des compétences (20), elle a également montré une augmentation de

l'empathie chez les étudiants s'y prêtant dans une autre étude (21). Cependant les différents ateliers de simulation sont avant tout basés sur la consultation d'annonce d'un cancer or nous l'avons dit en introduction, une mauvaise nouvelle en médecine générale ne se limite pas au seul domaine de la cancérologie. Les internes en sont d'ailleurs conscients, les cas d'annonce de notre étude se rapportant aussi à la gynécologie, la néphrologie ou l'infectiologie. Certains auteurs pensent par exemple qu'une consultation d'annonce dans le cadre du diabète de type 2 serait à envisager au moment du diagnostic (22) pour une meilleure observance thérapeutique. On peut dès lors penser qu'une plus grande variété de scénarios devrait être appliquée lors des séances de simulation d'annonce de mauvaise nouvelle mises en place pour les internes de médecine générale, même si les mécanismes se déclenchant chez le patient peuvent être les mêmes quel que soit le type de mauvaise nouvelle (4). Une annonce simulée où le diagnostic n'est pas encore certain, où un examen ayant pour but de confirmer un diagnostic fortement probable n'a pas encore été réalisé, pourrait être envisagée comme le suggère un des internes interrogés. Ce genre de formation pour les internes et dédiée à l'exercice pratique des médecins généralistes et comprenant des ateliers de simulation a déjà été évaluée (23) et montrait une amélioration du sentiment de compétence en communication par auto-évaluation des internes.

## 2) La mise en situation réelle

Cependant la simulation seule ne peut pas être une alternative à l'observation directe des pairs (24) qui a donné dans notre étude des motifs de satisfaction aux internes.

En effet les internes ayant effectué leur annonce en tant que témoin avec leur senior ont eu un vécu plutôt positif. Ceci peut s'expliquer de plusieurs façons : l'interne étant en retrait il n'est pas le messager de mauvaise fortune, il n'a pas à se confronter lui-même aux émotions du patient et ensuite ce rôle d'observateur lui permet d'avoir des clés pour réaliser des annonces par lui-même. Ce modèle de rôle est indispensable dans la formation de l'interne et plus globalement le compagnonnage qui était regretté lors d'une précédente étude (10) lorsqu'il avait été absent avant la première annonce de l'interne alors que lorsqu'il était présent cela lui avait été d'une grande aide (25).

Le « see one » peut au contraire lui servir de contre-exemple lorsqu'il assiste à une annonce de mauvaise nouvelle qui le choque : c'est l'apprentissage par opposition.

Le manque de feedback des médecins seniorisant les internes lors des situations décrites a toujours été mal vécu, ce point ayant déjà été repéré par le focus group (11) ou par d'autres internes de médecine générale (10). L'annonce de mauvaise nouvelle soulevant des émotions chez l'annonciateur parfois dures à gérer, il devrait être possible de les partager avec ses pairs (médecin senior, co-internes, groupe d'échange de pratique ou groupe Balint).

### 3) Représentations de ce qui améliorerait leur pratique

Les besoins en formations des internes et médecins généralistes avaient déjà été explorés par C.Dufouleur (10) et cela révélait des besoins différents selon les personnes en termes de formations. Dans notre étude aussi les solutions envisagées sont variées et dépassent le cadre des formations facultaires. Des besoins personnels sont également exprimés avec la nécessité pour un interne de se faire superviser par un psychologue ou pour un autre de lire des ouvrages sur le sujet. Nous pouvons nous autoriser à penser que la formation idéale dans le domaine de la communication médecin-patient serait une formation à la carte tant les besoins des internes sont différents.

Par ailleurs, une grande partie des internes comptait sur l'expérience pour s'enrichir dans ce domaine. Ceci semble être confirmé par les médecins généralistes interrogés dans 2 précédentes études (10),(26) qui ont senti une progression dans leur pratique grâce à l'expérience.

Cependant dans une de ces études s'intéressant au vécu des médecins généralistes, 11 sur 15 n'étaient pas satisfaits de leur formation initiale en matière de communication, principalement en raison de son absence pour les plus anciens médecins (26). Il serait intéressant de voir l'évolution de cette satisfaction dans quelques années quand les internes en médecine générale auront eu la possibilité de faire des formations dédiées durant leur internat.

## **Conclusion**

Le vécu de l'annonce de mauvaise nouvelle chez les étudiants débutant leur internat de médecine générale permet de constater que celui-ci mérite d'être intégré dans les formations dédiées. Cette expérience vient en effet confronter des connaissances théoriques et c'est ce conflit qu'il convient d'accepter et de réguler pour l'étudiant afin de progresser dans ce domaine.

Nous pensons que ne pas aborder ce vécu lors des formations dédiées et plus globalement ne pas aborder ce sujet avec eux lors de leurs premiers stages serait une erreur. Même si l'interne possède déjà des compétences communicationnelles le fait de pouvoir bénéficier d'un feedback permet d'améliorer celles-ci, tout en permettant de partager un vécu qui, s'il est violent pour le patient, ne laisse pas indemne le médecin non plus.

Dans le cadre de son exercice futur, libéral ou hospitalier, l'interne en médecin générale aura à effectuer des annonces de mauvaise nouvelle à ses patients : si « il n'existe pas de bonnes façons d'annoncer une mauvaise nouvelle mais certaines (qui) sont moins dévastatrices que d'autres » (27) l'augmentation de la confiance en ses capacités de communication qu'il possède lui permettra de mieux cerner cet exercice si particulier.

## Bibliographie

1. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exerc 2013. (108):148-55.
2. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé | Legifrance [Internet]. [cité 16 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
3. Plan cancer 2003-2007 [Internet]. [cité 16 mars 2015]. Disponible sur: [http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc\\_download/12466-plan-cancer-2003-2007](http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/12466-plan-cancer-2003-2007)
4. Buckman R, Kason Y, Cohen L. S'asseoir pour parler: l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades : guide du professionnel de santé. Paris: Masson; 2001.
5. Plan Alzheimer 2008 2012 fr - plan-alzheimer-2008-2012.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/plan-alzheimer-2008-2012.pdf>
6. La définition européenne de la médecine générale [Internet]. [cité 12 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
7. Dr José Hureaux, Soisik Verborg, Dr Jérôme Berton. Création d'une formation à l'annonce en cancérologie par la simulation au CHU d'Angers : rationnel d'une démarche qualité.
8. Comment annoncer une mauvaise nouvelle quand on est médecin ? - France 3 Limousin [Internet]. [cité 12 oct 2015]. Disponible sur: <http://france3-regions.francetvinfo.fr/limousin/haute-vienne/limoges/comment-annoncer-une-mauvaise-nouvelle-quand-est-medecin-655985.html>
9. Gros M. L'enseignement de l'annonce de la maladie grave dans la formation médicale : enjeux, état des lieux, impacts. [Thèse d'exercice]. Lyon Sud; 2009.
10. Dufouleur C. Impacts d'une formation à l'annonce d'une mauvaise nouvelle sur la pratique et le vécu des médecins généralistes: étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes thésés et d'internes en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Paris-Nord; 2010.
11. Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. Med Educ. mars 2001;35(3):197-205.
12. Alain Blanchet, Anne Gotman. L'entretien - L'enquête et ses méthodes.
13. Code de la santé publique - Article R6153-3. Code de la santé publique.
14. Ferraton-Rollin M, Magné N, Gonthier R, Merrouche Y, Bois C. L'annonce du diagnostic de cancer: point de vue du médecin généraliste. Bull Cancer (Paris). 2013;100(10):955-62.

15. Veyssier-Belot C. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. Rev Médecine Interne. avr 2015;36(4):233-6.
16. Seifart C, Hofmann M, Bär T, Riera Knorrenchild J, Seifart U, Rief W. Breaking bad news-what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO. mars 2014;25(3):707-11.
17. Ambuel B. Delivering bad news and precepting student/resident learners. J Palliat Med. avr 2003;6(2):265-6.
18. Jutard C. Les difficultés de l'annonce d'une maladie grave et incurable: enquête auprès de 30 [trente] médecins généralistes.2001.
19. Cattan S. Entendre l'annonce du cancer. Éthique Santé. sept 2004;1(3):116-9.
20. Liénard A, Merckaert I, Libert Y, Bragard I, Delvaux N, Etienne A-M, et al. Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. Br J Cancer. 13 juill 2010;103(2):171-7.
21. Balez R, Berthou C, Carpentier F-G. Annoncer un lymphome : l'empathie dans la formation des étudiants en médecine. Psycho-Oncol. mars 2014;8(1):29-36.
22. Reach G. Une consultation d'annonce dans le diabète de type 2 ? Médecine Mal Métaboliques. juin 2014;8(3):335-9.
23. Ungar L, Alperin M, Amiel GE, Beharier Z, Reis S. Breaking bad news: structured training for family medicine residents. Patient Educ Couns. sept 2002;48(1):63-8.
24. Jacques A, Knepel S, Miller J, Adkins E, Boulger C, Bahner D. Educating the delivery of bad news in medicine: Preceptorship versus simulation. Int J Crit Illn Inj Sci. 2011;1(2):121.
25. Orlander JD, Fincke BG, Hermanns D, Johnson GA. Medical residents' first clearly remembered experiences of giving bad news. J Gen Intern Med. nov 2002;17(11):825-40.
26. Vivier, Jonathan. L'annonce d'une maladie grave: enquête auprès de médecins généralistes de la région nancéenne [Thèse d'exercice]. Nancy; 2013.
27. Moley-Massol I. L'annonce de la maladie: une parole qui engage. Puteaux (Hauts-de-Seine): DaTeBe; 2004.

## Table des matières

### COMPOSITION DU JURY

REMERCIEMENTS-----	6
ABREVIATIONS-----	8
PLAN-----	9
INTRODUCTION-----	10
MATERIEL ET METHODE-----	12
RESULTATS-----	14
I) Caractéristiques entretiens-----	14
1) Population des internes-----	14
2) Caractéristiques des cas d'annonce-----	14
II) Thématiques-----	15
1) La représentation de l'annonce-----	15
1-Réaction du patient par rapport à celle attendue-----	15
2-Les actions mises en place pour effectuer l'annonce-----	16
3-Regard critique sur leur récit-----	17
4-Représentations de la place du médecin-----	17
5-Les mots pour décrire l'annonce-----	18
2) Le temps et l'annonce-----	18
1-Le temps entre le diagnostic su et le diagnostic révélé-----	18
2-La gestion de la temporalité lors de l'annonce-----	20
3) Les non-dits de l'annonce-----	20
1-Le non-dit et son interprétation-----	20
2-L'évocation de la mort-----	21
4) Un moment de solitude et d'incertitude-----	22
1-Le manque de certitudes-----	22
2-L'évocation de la solitude du patient/du médecin-----	23
3-Les mécanismes de défense de l'interne-----	23
5) Une compétence relationnelle-----	24
1-La relation avec le patient-----	24
2-L'effet sur l'entourage-----	25

6) La formation et la compétence à annoncer-----	25
1-Formation antérieure-----	25
2-Le débriefing avec le sénior-----	26
3-Le vécu personnel d'une annonce-----	27
4-Compétence à annoncer en tant que professionnel de soins primaires-----	28
5-Solutions envisagées-----	29
6-La construction de cette compétence-----	30
 DISCUSSION-----	 32
I) Critique de la méthode-----	32
1) La population étudiée-----	32
2) Les entretiens-----	32
3) Le guide d'entretien-----	32
 II) Le vécu de l'annonce-----	 33
1) La connaissance de la théorie confrontée à la mise en pratique-----	33
2) Les difficultés à l'annonce : nos résultats confrontés à la littérature-----	34
1-Représentation de l'annonce-----	34
2-L'information à transmettre-----	35
3-La pré et la post-annonce-----	36
 III) La construction de la compétence à l'annonce-----	 37
1) La formation-----	37
2) La mise en situation réelle-----	38
3) Représentations de ce qui améliorerait leur pratique-----	39
 CONCLUSION-----	 40
BIBLIOGRAPHIE-----	41
TABLE DES MATIERES-----	43
ANNEXE n°1-----	45
ANNEXE n°2-----	46
SERMENT D'HIPPOCRATE	

## **Annexe n°1 : guide d'entretien**

### **Entretien de présentation**

#### 1/Généralités

- Présentation de l'interviewer
- Remerciements pour leur participation. Explication du déroulé
- Entretien enregistré, anonyme sur le verbatim
- Début enregistrement

#### 2/Interne interviewé

- Nom, prénom, âge, sexe
- Faculté d'origine
- Stage actuel, stage chez le praticien en cours ou non.

### **Entretien**

#### 1/Entretien semi-dirigé

- Racontez moi un cas d'annonce d'une mauvaise nouvelle faite à un patient. (laisser l'interne s'exprimer)

A partir de ce cas faire développer ces points (par l'interviewer) :

- Quel était le cadre, le contexte ?
  - Témoin ou acteur ?
  - Qui était présent ?
  - Le patient savait-il déjà quelque chose ?
  - Le patient voulait-il savoir quelque chose ?
  - Quelle a été la réaction du patient ?
  - Quelle a été votre réaction en retour ?
  - Qu'est-ce qui vous a posé difficulté?
  - Qu'est-ce que vous avez trouvé pertinent ?
  - Quelle a été votre sentiment à l'issue de l'entretien ?
  - Qu'est-ce que vous auriez fait différemment ?
  - En avez-vous discuté avec l'acteur (si témoin) ?
- Quelle formation avez-vous reçue concernant le sujet traité ?
- Si oui celle-ci vous a-t-elle servi pour votre annonce ?
- Vous sentez vous capable de faire une annonce en tant que professionnel de soins primaires ?
- Quelles solutions envisagez-vous de mettre en place dans l'avenir ?
- Avez-vous eu pour vous même ou vos proches des vécus d'annonce ? Cela a-t-il modifié votre regard sur le sujet ?
- Pourquoi cette annonce vous a touché plus qu'une autre ?

Avez vous quelque chose à rajouter, un point qui vous paraît important ?  
Remerciements, fin de l'enregistrement

## Annexe n°2 : entretiens

### Interne n°1

2/05/2014, bureau en gynéco-obstétrique, durée : 20 min

Identification interne : 1<sup>er</sup> semestre MG, gynéco-obstétrique au CHU, externat à Angers, stage chez le praticien pas encore validé

-Tu peux me raconter un cas d'annonce de mauvaise nouvelle faite à un patient ou une patiente ? **Donc je pense à l'annonce d'une fausse couche, c'était un couple qui est arrivé alors qu'ils étaient en vacance à Noël en Anjou, un couple de la région parisienne donc une femme enceinte à 16 SA et elle venait d'avoir des métrorragies du début du 2<sup>ème</sup> semestre et elle s'est présentée aux urgences où j'étais à ce moment là donc j'ai fait la consultation normale de métrorragie chez la femme enceinte et est arrivé le moment où euh... j'ai dû faire l'échographie par voie intra-vaginale et j'ai rapidement constaté qu'il n'y avait pas d'activité cardiaque fœtale. Je sentais que les parents étaient très très inquiets donc pour moi ce qui était difficile pour la toute jeune interne que j'étais hein puisque ça faisait que à peu près 3 semaines que je faisais des échographies fœtales, il fallait que je sois très sûre de moi, de mon diagnostic pour pouvoir annoncer la nouvelle aux parents euh... donc j'ai pris le temps de faire l'échographie ce qui a commencé à inquiéter les parents et puis j'ai dû prononcer les quelques mots pour leur dire que l'activité du cœur du fœtus était arrêtée. C'était une grossesse qui était largement désirée après une IVG, après une première fausse couche et ça a été très douloureux d'autant plus que le premier semestre était terminé, d'autant plus qu'ils étaient en vacances, et d'autant plus que c'était, je crois que c'était pas le jour de Noël, c'était le lendemain, euh... voilà, donc euh... pour ma part c'était difficile à plusieurs titres : parce que même si je commençais à être plus sûre de moi dans le diagnostic échographique il subsistait quand même un doute, j'avais besoin d'un, d'une confirmation soit par un interne de spé soit par un chef et je savais que ça allait être très douloureux pour les parents de subir le 2<sup>ème</sup> examen et je savais que ça allait être de mon fait donc pour moi déjà c'était douloureux cette position, ce que j'étais en train de faire subir au patient et puis euh... j'ai très vite compris étant donné les antécédents de la patiente que ce bébé était particulièrement attendu, c'était donc en plus le 25 décembre donc euh... il y a eu un moment un peu lent et j'ai dû faire face à ma propre émotion qui était vraiment pas simple euh... donc je suis sortie pour aller chercher de l'aide par rapport à l'échographie ce qui m'a beaucoup aidé en fait et euh... voilà, en gros.**

-D'accord, donc il y avait du coup les 2 parents qui étaient présents au moment de l'annonce ? **Oui**

- D'accord, c'était quoi leur réaction ? **Leur réaction ça a été euh... un très long silence et puis euh... des larmes très silencieuse en fait, il y avait pas de questions, il y avait pas de réaction verbale, donc c'était... j'ai moi-même pas eu vraiment à donner d'explication hein parce qu'ils savaient très bien au final ce qu'il se passait euh... donc j'ai donné des mouchoirs à la maman, puis après le papa a commencé à pleurer aussi donc j'ai donné des mouchoirs au papa, je suis resté avec eux un moment en silence et puis après je leur ai dit que j'allais chercher un chef pour confirmation et pour qu'on leur explique ce qu'il allait se passer par la suite, donc voilà. Tout mon travail ça a été de faire en sorte que ils puissent prendre le temps, dans la pièce où on avait annoncé, parce qu'on était aux urgences, et de pas leur dire « Bon bah vous allez sortir du box parce qu'il y en a d'autres qui attendent » donc ça a été mon travail en fait, de pouvoir les laisser euh... encaisser dans un premier temps avant qu'on puisse les faire sortir de la salle et leur donner euh... les explications sur la suite.**

-D'accord et tu as été présente au moment où ton chef est arrivé, après ? **Oui, j'étais là donc en fait c'était une interne de spé qui est venue, qui a confirmé que le cœur du fœtus était arrêté donc euh... ça a fini de mettre... enfin l'annonce... la mienne était confirmée donc il n'y avait plus de doutes possibles pour les parents. Ils sont restés très mutiques en fait. Très mutiques, assis l'un à côté de l'autre pendant la demi heure qui a suivi. Après on a été plusieurs à passer pour leur dire comment la suite allait se passer puisqu'il y allait y avoir un curetage, il était encore le temps de faire un curetage, pour ne pas avoir à faire d'accouchement par voie basse. Donc il fallait consultation d'anesthésie, il fallait faire une ordonnance pour la douche avant l'intervention, il fallait trouver une intervention rapidement... Moi, personnellement j'avais des choses à faire puisqu'il fallait que je gère et que j'organise l'intervention donc j'ai plus en fait géré ma propre émotion parce que c'était la première fois que j'annonçais comme ça à un terme aussi avancé donc j'ai pu gérer mon émotion mais bon, dire que j'étais préparée, je crois pas (rires). Je me suis formée sur le tas cette fois là.**

- D'accord donc avec l'interne de spé ils ont eu la même réaction qu'avec toi ? **Oui, il y a pas eu de... réaction supplémentaire, ils étaient déjà très mutiques, très silencieux dans leur réaction, ils ont continué à être très mutiques et très silencieux. Même après notre départ en fait.**

Qu'est-ce qui t'as posé le plus de difficulté au moment de faire l'annonce en elle-même ? **C'était de... c'était de faire l'annonce... enfin parce que j'avais eu à faire déjà des annonces de fausses couche mais à des termes très précoces donc c'était quand même plus facile, les mamans s'y attendait, elles avaient pas encore eu la ferme impression d'être enceinte parce qu'il y avait pas eu un ventre arrondi parce qu'elles étaient à des termes vraiment plus précoces donc c'était douloureux mais plus facile à annoncer, là c'était, j'avais vraiment, j'étais face à des futurs parents euh... qui attendaient leur bébé, qui avaient passé le délai de 3 mois, qui est un peu le délai fatidique, et euh... j'avais pour consigne, on m'avait dit « M...., maintenant, il faut que ce soit toi qui annonce », donc j'avais pour consigne d'annoncer, sur mon diagnostic échographique ce qui était pas simple parce que, bah je... je devais être sûre de moi en fait, et ça a été en fait ce parallèle entre la pure technique et l'annonce de quelque chose de très douloureux humainement, en fait c'est la confrontation avec ma propre connaissance de la technique, ma propre connaissance technique qui a été difficile quoi. Plus que l'annonce en elle-même finalement. Ce qui a été difficile à gérer aussi, c'est l'espace temps puisque euh... il y avait une sorte de télescopage entre le moment du diagnostic et le moment de l'annonce, ce n'était pas comme lorsqu'on reçoit par courrier un compte rendu anapath ou quelque chose comme ça, où on a le temps de préparer ses mots, là il fallait tout de suite que je dise ce que j'avais vu.**

-Est-ce que, à ton avis, ils s'attendaient à cette mauvaise nouvelle là quand ils t'ont vu ? **Bah... ils étaient super inquiets, toutes les femmes enceintes qui arrivent et qui saignent pensent qu'inconsciemment, ça va pas avec la grossesse quoi, le saignement c'est pas bon signe et euh... donc ils ont gardé espoir jusqu'au bout, jusqu'au bout, jusqu'au bout mais ils étaient hyper inquiets en arrivant quoi, très inquiets.**

-Est-ce que en y repensant, tu aurais fait des choses différemment dans la manière d'annoncer ? Ou est-ce que tu étais satisfaite de la manière dont tu as fait l'annonce ? **Euh... Je pense que ce dont j'étais pas satisfaite c'était de mon incompétence parce que je me sentais pas...peut-être que j'ai pas eu les bons gestes, peut-être que j'ai pas eu euh... assez de parole parce que bin c'était encore très nouveau pour moi comme type d'annonce après je pense que la qualité de mon silence face à leur mutisme c'était aussi ce dont ils avaient besoin, ça je pense que j'ai eu raison de...rester assez silencieuse dans les 10 premières minutes de l'annonce. Après il fallait passer à d'autres choses mais voilà. Après peut-être que j'ai eu un geste maladroit, je sais pas...**

-Est-ce que tu en as discuté avec l'autre interne ? **Malheureusement ça c'est les urgences on a pas vraiment le temps d'en discuter après. Elle m'a juste dit que bah oui, j'avais eu raison de commencer à parler d'un curetage et que, bah oui, que le cœur était arrêté donc euh... mais j'ai pas eu le temps d'en parler plus que ça, on a pas eu de débriefing sur mon ressenti en tout les cas, malheureusement.**

-Quel était ton sentiment général à la fin de l'entretien avec les patients ? **C'était dur, c'est...voilà. C'était dur. Je pense que ça va être dur pour moi par la suite, ce type d'annonce. Ce sera jamais simple, je pense que je m'améliorerai au fur et à mesure mais je pense que je serai un médecin qui devra toujours faire attention avec la distance à tenir, avec les émotions des patients, et euh... voilà, je pense que j'ai fait l'expérience de quelque chose qui sera sans doute difficile pour moi, et c'est l'expérience qui m'aidera, je pense, voilà. Je pense pas avoir fait de trop grosses erreurs avec eux. Enfin j'espère en tout les cas.**

-Est-ce que tu as eu une formation pendant l'externat sur le sujet ? **Aucune (rires)**

-D'accord. Est-ce que tu te sens capable de faire une annonce en tant que médecin, que professionnel de soins primaires au cabinet ? **Euh... Je m'en sens pas foncièrement incapable parce qu'à la fois je subis les émotions des patients mais le fait de vraiment les ressentir, je pense que ça peut être une richesse quant à l'annonce de ce type d'annonce, parce que de bien les connaître et de bien les ressentir, de bien les percevoir ça permet aussi de bien les respecter euh... mais je pense que c'est l'expérience qui m'aidera à être de plus en plus non pas dans le respect de l'émotion de mes patients mais plus dans la gestion des miennes. Voilà, après j'ai reçu aucune formation, j'ai eu parfois l'occasion de pouvoir aller assister aux annonces mais malheureusement je n'y ai pas été autorisé, ce qui est peut être compréhensible, je ne sais pas. C'est peut être le choix des médecins qui étaient là qui devaient faire l'annonce, euh... après bah j'ai fait le choix du coup de me former en tant qu'interne puisqu'on a l'opportunité ici à Angers depuis cette année, donc j'ai fait le choix de suivre cette formation qu'on nous propose à ce sujet.**

-Est-ce que tu as eu pour toi même ou des proches des vécus d'annonce qui t'ont marqué ? Personnellement est-ce que ça a modifié ton regard par rapport au rôle que tu peux avoir en tant que médecin ? **Personnellement j'ai pas eu euh... d'annonce trop difficile. Quand j'ai eu des résultats qui étaient pas sympathiques je trouve que les médecins ont été plutôt pas mal donc j'ai eu de la chance. Après parmi mes proches oui j'ai eu des proches qui m'ont raconté, proches amis, qui m'ont raconté leur consultation d'annonce cancer.** Et ils ont souvent été, c'est souvent difficile et douloureux, et avec souvent plutôt des reproches, sur euh... des reproches. Mais je crois que, je me demande si c'est possible de, voilà, de pas faire mal à un patient en lui annonçant une maladie grave. Je pense qu'on peut faire tout ce qu'on... lors de la première annonce c'est, voilà, de toute façon c'est brutal quoi qu'il advienne, je pense que le travail qui peut se faire en médecine générale c'est sur le suivi, voilà, on a la chance de pouvoir faire ça. Je vois pas comment l'annonce d'une maladie grave, même avec toutes l'expérience qu'on a, peut être, simple et facile pour le patient quoi. Le vécu est forcément douloureux, après on peut limiter, limiter la casse mais, voilà, moi tous les témoignages que j'ai eu ils étaient durs à l'encontre des médecins sur la première annonce, et pourtant je connaissais parfois les médecins, et j'ai plutôt du respect pour leur parcours et leur engagement par rapport à ça notamment des oncologues qui se forment et qui font ça souvent, qui font ça depuis 20 ans. Quand j'ai eu des retours de patients, je me suis dit que bon, il doit y avoir quand même des choses...

- C'est un aspect particulier qui les a choqué, qu'ils leur reprochent ? Ou c'est... **C'est le manque d'écoute. Le manque d'écoute et notamment quand je pense à une oncologue, qui se forme à ça, qui elle-même parle de tout son parcours, le choix de ce métier pour ça, de ce qu'elle s'autorise pendant les consultations, je me dis que de toute façon c'est peut-être aussi le manque de temps qui, qui force, qui amène à ça quoi. Et peut-être aussi les aléas, de la salle d'attente, plein de petites choses qui euh bon, qu'on peut pas maîtriser nécessairement quoi, voilà.**

-Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ? Un point qui te paraît important sur le sujet ? **Euh... De dire que c'est... je pense que c'est des moments qui sont très douloureux pour les patients mais qui peuvent être très douloureux pour les médecins aussi, quelle que soit l'expérience qu'on a, enfin j'imagine que ça sera jamais simple, et euh qu'effectivement c'est hyper important de se former. Comment, euh... Pendant l'externat vu le nombre que l'on est ça peut être enfin il faut saisir l'opportunité quand elle se présente mais elle se présente rarement à priori, des témoignages qu'on peut avoir, donc forcément c'est en tant qu'interne qu'il faut se former et euh... c'est une des formations qui me paraît pas tout à fait inutile même si il y a plein d'autres sujets sur lesquels on devrait être formé quoi mais, je pense que ça fait partie des choses qui me semblent assez essentielles.**

## Interne n°2

**16/06/2014, bureau aux urgences, durée : 20 min**

Identification interne : 2<sup>ème</sup> semestre MG, stage actuel urgences du CHU, externat à Angers, stage chez le praticien non réalisé

- Est-ce que tu peux me raconter un cas d'annonce d'une mauvaise nouvelle faite à un patient ? **Alors c'était lors de mon premier semestre à Cholet, j'avais une patiente donc jeune qui remonte des urgences et on nous l'annonce assez intéressante parce que c'est, enfin dans le sens médical, assez stimulant comme cas parce que elle a une anémie probablement inflammatoire enfin on savait pas trop d'où ça venait et puis finalement en l'examinant elle voulait pas trop enlever le haut, donc je lui fais enlever le haut et euh... je lui trouve une énorme « patate » au niveau du sein. Elle fait mine d'être très surprise, de dire qu'elle l'avait pas vu, tout ça. Donc du coup, voilà, le diagnostic sautait aux yeux, elle le savait en plus elle avait des douleurs lombaires depuis 6 mois enfin voilà un truc assez chronique et euh... et donc voilà. Et donc il a fallu qu'on aille assez vite parce qu'elle était assez jeune pour lancer tout le processus donc on a annoncé le diagnostic assez rapidement, elle a eu le scanner je crois dans l'heure qui venait ou dans les 2 heures qui venaient, le scanner corps entier et du coup le lendemain on a, comme on a commencé à déjà lancer le site enfin voilà on est allé assez vite, il fallait qu'on annonce le diagnostic sans avoir forcément l'avis gynéco mais il fallait au moins qu'on enclenche pour pas qu'elle soit surprise d'avoir un site, et donc c'était très particulier parce que ses 2 parents avaient eux-mêmes eu un cancer euh... étaient morts d'un cancer donc voilà je pense que le diagnostic elle le savait mais quand on lui a annoncé vraiment elle a, on a essayé de trouvé les mots justes donc de savoir ce que elle savait, donc voilà euh... elle nous disait que bah elle savait rien et que oui euh... effectivement cette masse elle l'avait jamais vu donc euh ça l'avait surprise. Donc on a essayé d'avancer comme ça en disant pas forcément...**

- Comment tu as réagi quand elle t'a dit qu'elle avait jamais remarqué quelque chose qui était euh... Alors justement elle m'avait déjà dit pas vraiment dans le moment de l'annonce mais avant et euh... je me suis retrouvée hyper mal parce que en fait euh... déjà quand je l'ai découverte j'étais vraiment très étonnée et toute rouge, j'étais vraiment assez démunie et du coup quand elle m'a dit (qu'elle ne savait pas) bah j'ai pas voulu, enfin, rompre ses mécanismes de défense enfin j'ai voulu dire « Ah oui ?» enfin voilà alors que je savais très bien qu'elle devait le savoir mais j'essayais d'être, d'aller dans son jeu parce que je pense que ça faisait beaucoup de choses qu'il y ait une personne autre qui découvre déjà ça, enfin tu vois alors que en plus je rompe tous les mécanismes de défense en disant « bah évidemment vous le saviez » enfin je pense que c'était pas très, voilà mais c'était hyper compliqué comme situation et puis c'est vrai que... voilà, et puis ça avait l'air d'être déjà métastasé enfin quand on l'a su donc c'était vraiment l'annonce d'un diagnostic super grave donc c'était pas évident quoi.

- D'accord. Est-ce qu'elle voulait savoir quelque chose, est-ce qu'elle était en demande d'informations ? Alors justement moi je me suis...j'ai justement eu cette question là parce que j'avais pas trop l'habitude et euh... en fait quand j'ai découvert ça avant qu'on lance tout j'ai eu une question qui était vraiment très bête à ma chef et donc je lui ai dit « Au final cette patiente même si elle verbalise pas si ça se trouve elle veut pas savoir et nous voilà on rentre dans un mécanisme où on va tout lui dévoiler et puis au scan TAP on va découvrir des horreurs mais si ça se trouve elle veut pas savoir » donc elle m'a dit « C'est pas du tout comme ça qu'il faut réfléchir c'est que là elle est là et que elle a pas dit clairement qu'elle ne voulait pas savoir ». Voilà enfin tu vois c'était un peu compliqué comme situation et puis je pense c'est parce que j'étais jeune, c'est pour ça que je demandais ça.

- D'accord. Donc l'annonce en elle-même, ça s'est passé comment ? Tu étais toute seule ou avec ta chef ? Alors j'étais avec ma chef euh... donc on avait, c'était dans une chambre double, donc c'était vraiment pas super. L'autre patient était là ? L'autre patient était là donc vraiment pas terrible, on a mis le rideau, euh... voilà. Je crois qu'il y avait une histoire de temps, on était pressé parce que je crois que le Dr M. qui allait faire la pose de site allait bientôt arriver, je crois qu'il y avait un truc comme ça donc on s'est dis bon, voilà. Donc c'était pas du tout les conditions les mieux et puis on est euh... du coup elle s'est rapidement, enfin elle s'est assise sur le lit, moi j'étais juste à côté aussi, et puis euh... c'était surtout ma chef qui a parlé après j'ai du dire quelques mots parce qu'elle m'avait dit plus de choses, ma chef la connaissait pas donc, elle l'avait jamais vue. Donc en fait moi par exemple je la faisais rebondir sur certains trucs parce qu'elle m'en avait parlé avant donc voilà. C'était un peu mon seul rôle, j'étais plutôt observatrice, quoi.

- D'accord. Et quels mots a choisi ta chef ? Est-ce qu'il y a des choses qui t'ont marqué ? Euh...Des choses qui t'ont gêné dans ce qu'elle a choisi comme vocabulaire ? Ouais alors elle a, donc elle a choisi donc le mot masse surtout, masse au niveau du sein euh... voilà par contre ce qui m'avait un peu marqué c'est que en fait la patiente a demandé parce que on a dit bah qu'il y avait cette masse au niveau du sein et que les douleurs lombaires étaient probablement en lien avec ça et donc la patiente connaissant très bien le truc a dit « bah c'est des métastases ? » et ma chef, au lieu de ne rien dire elle a carrément dit le contraire elle « non non on peux pas parler de métastases » et ça ça m'a un peu choqué parce que du coup c'était, tu vois, c'était complètement l'inverse donc, faut pas dire le mot mais à la fois faut pas non plus nier, c'était un peu particulier quoi.

- Et elle (la patiente) a pas repris ta chef quand ta chef a nié que c'était des métastases ? Non bah non je l'ai pas reprise c'est vrai que j'étais vachement plus observatrice c'était... Non mais la patiente ? Ah la patiente ? Euh non, la patiente, non euh, enfin vraiment elle nous écoutait, elle était suffisamment choquée pour ne pas trop comment dire, elle nous a juste dit « bah c'est des métastases je suis foutue » et du coup elle a juste réagi là dessus.

- D'accord. Donc c'était quoi la réaction de la patiente, comment elle a réagi à l'annonce ? Alors moi je m'attendais à ce que... enfin après c'est sûr qu'on s'attend toujours à des choses et je m'attendais à ce que, comme elle le savait, pour moi elle le savait déjà, qu'elle dise « Ah bon » et qu'elle réagisse pas trop mais en fait elle a fondu en larmes et j'étais vraiment très très étonnée. Enfin je pense que c'est les mots dits qui l'ont fait rendre vraiment très triste quoi mais je m'attendais pas à une réaction aussi forte parce pour moi elle savais déjà.

- Et comment tu as réagi en retour quand elle a fondu en larmes ? C'était quoi ta réaction ? Alors du coup ma chef, c'est surtout ma chef qui a réagi à ce moment-là, qui était, qui est assez tactile donc du coup elle est très rapidement, elle s'est approchée de la patiente, elle l'a touché même mais voilà, elle a essayé de lui, de la rassurer, de lui dire qu'on était là, qu'on allait la prendre en charge mais c'est surtout elle qui a réagi. Moi j'étais vraiment observatrice parce que j'étais assez mal à l'aise par rapport à ça enfin je savais pas

**trop comment réagir et puis c'est vrai que bah c'est hyper triste comme histoire donc c'est vrai que t'as encore beaucoup d'émotions quand t'es jeune, je pense que ma chef était à la distance nécessaire, voilà, elle arrive à avoir, enfin tu vois, un rapport proche mais le bon rapport puisque moi je pense que j'aurai dit « je suis trop triste pour vous » (rires), je pense pas que j'aurai été...**

- Justement tu penses que tu aurai été capable de réaliser l'annonce toute seule sans ta chef ou pas ? **Je pense pas non, pas sur ce cas là, parce que là en fait, le fait en plus de l'avoir découvert, d'avoir été très mal à l'aise dès le début, je...ouais, je pense que j'avais pas assez de distance avec la patiente, j'aurai pas réussi, j'aurai vraiment, ouais, même juste à regarder déjà j'avais, j'étais un peu, un peu mal à l'aise et puis euh... je crois que j'avais trop de, pas assez de distance, trop d'empathie.** Tu avais trop d'empathie ? **Ouais je m'étais vraiment prise pour elle.**

- Qu'est-ce qui t'a posé difficulté sur ce cas ? **Par rapport à l'annonce ?** Oui par rapport à l'annonce ? Euh...bah j'étais très contente que ce soit, enfin je savais qu'on devait l'annoncer, j'avais un peu peur d'y aller toute seule donc déjà c'était un peu ça euh... et donc ma chef m'a très rapidement dit « bah on y va ensemble, c'est moi qui vais le faire » donc voilà ça va lui poser problème en dernier, je me suis dit si j'y vais toute seule en dernier ça va être sympa euh... et donc voilà. Après dans l'annonce elle même euh... non je l'ai trouvé justement assez bien enfin, comment on avait géré la proximité, l'écoute et puis le temps qu'on a pris, c'était plutôt pas mal. Après bon... c'était quand même avec quelqu'un à côté donc il y a des limites quand même à l'annonce mais euh...c'était pas mal, je trouvais.

- Au contraire, qu'est-ce que tu as trouvé pertinent dans l'annonce, des choses que tu as trouvé bien ? **Bah j'ai bien aimé sa progression en fait alors qu'on avait, voilà, on se disait qu'elle savait bah elle a quand même pris voilà le temps, enfin un peu un temps d'approche pour amener les choses.** Et elle l'a quand même vraiment pris euh... la proximité physique aussi enfin je trouve que c'était plutôt pas mal sans être trop mais enfin voilà, en ressentant que la patiente en avait le besoin et du coup elle elle l'a pris enfin je pense qu'il y a des patients qui au contraire vivent leur truc très froidement et je pense que si on les approche ils vont pas du tout apprécier mais je pense que elle c'était bien adapté quoi. Donc voilà, qu'est-ce qu'il y avait de bien d'autre c'est que...bah non c'est qu'elle a essayé de répondre quand même de façon franche sauf sur les histoires des métastases mais elle était quand même assez franche, et puis elle a ouvert les perspectives après donc c'est assez bien sur la fin de dire « bon alors maintenant on vous dit ça et après il y a ça », elle voulait aussi parler de son mari parce que elle lui a demandé si elle voulait qu'on lui annonce à son mari et puis de toute façon elle lui disait que non, elle allait le faire elle-même bien que on doutait qu'elle le fasse vu que c'était un peu compliqué au début donc voilà, elle lui a laissé cette liberté là, enfin vraiment je pense qu'elle a bien écouté la patiente.

- D'accord. Quel a été ton sentiment à la fin de l'annonce ? **Bah... je pense que le premier truc c'était « bon bah c'est fait déjà », je pense, parce que voilà je l'appréhendais un peu.** Après euh...je sais pas... en fait j'ai trouvé étonnamment adaptée la patiente donc du coup je pense que j'étais un peu soulagée aussi. T'avais peur de quoi comme réaction ? **Bah euh... très froide, je pensais qu'elle allait être très froide, enfin voilà je pensais pas qu'elle allait...** Donc le fait qu'elle réagisse en pleurant ça t'a plutôt... ? **Bah ouais je me suis dit que...ouais, je sais pas pourquoi ça m'a rassuré, peut-être que je me suis identifiée beaucoup, moi j'aurai réagi comme ça et donc euh... j'aimais bien qu'elle réagisse comme ça (rires), c'est peut-être ça, je sais pas.**

- Est-ce que en y repensant tu aurais fais des choses différemment ? **Oui bah oui enfin j'pense que le temps, le temps, enfin voilà plus définir un moment, que elle puisse être ou non accompagnée de son mari parce que finalement elle était toute seule, une pièce dédiée euh... vraiment un temps où on se serait dit « à cette heure là, on fait l'annonce » plutôt que de dire « bon, on en est où dans la visite, voilà bon on va passer à cette patiente là pour lui faire l'annonce » enfin voilà, donc c'était un peu plus, plus cadré, euh... et puis non, sinon après voilà, rien de plus. Je sais pas si je répond très bien.** Ah mais il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses ! **Non mais c'est pas facile.**

- Est-ce que tu en as rediscuté justement avec ta chef comme tu étais témoin ? **Euh... oui, je crois que j'en ai un peu rediscuté, euh... mais c'était très bref, je crois que ça a duré, ça a dû être « bon bah » enfin voilà c'est elle qui m'avait interpellé en disant « bon bah voilà », pour savoir un peu ce que j'en avais pensé puis elle m'avait dit « bon bah c'est fait », elle avait dû juste me dire un truc comme ça mais on a pas plus débriefé que ça, sur les techniques, enfin d'entretien ou des trucs comme ça.**

- Quelle formation tu as eu sur le sujet depuis le début de tes études ? **L'annonce, alors l'annonce on a eu... je crois que c'était un ED de psyho qui durait 1 heure ou 2 avec un prof en 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> année, plus sur la mort,**

**bon c'était un peu mêlé la mort et puis la consultation d'annonce mais euh... ouais, voilà, et puis sinon il y a un item dans l'ECN (rires), voilà. Donc tu sais que c'est la pièce, t'as les 10 choses à dire et puis voilà.**

-Et est-ce que ça t'as servi ce que tu connaissais sur ce sujet pour ce cas là ? **En fait je crois que c'est tellement, enfin il y a peu de théorie, il y a des façons de faire qu'il faut oui, apprendre, mais après ça reste de l'humain donc je sais pas si, enfin voilà apprendre qu'il faut laisser parler les gens, reformuler, oui d'accord mais après ça reste de l'humain et des réactions qui sont pas contrôlables donc je pense que, ça m'a servi mais pas tant que ça.**

- Est-ce que tu te sens capable de faire une annonce en tant que professionnel de soins primaire ? **Euh... je sais pas trop. Je pense pas. Pas encore mais euh... je sais pas trop.** Pourquoi qu'est-ce qu'il te manque ? **Bah c'est que j'en ai pas vu beaucoup donc j'ai envie de voir d'autres situations comme ça pour pouvoir après faire euh... ouais c'est plutôt la sensation de se sentir un peu novice, je pense que quand j'aurai un peu plus de bouteille ça me dérangera pas, enfin moins.** Tu penses que c'est l'expérience qui te manque ? **Ouais je pense que c'est l'expérience, ouais, ouais.**

-Est-ce qu'il y a des solutions que tu envisages de mettre en place dans l'avenir pour t'améliorer sur le sujet ? **Bah après moi je pense que c'est plus sur, enfin moi je lis pas mal donc plus lire des choses dessus enfin voilà ce seraï plutôt ça, des manuels du parfait annonceur, des trucs comme ça quoi (rires) mais euh oui plus lire des bouquins de gens qui ont vécu ça, peut-être que ça peut aider en plus à le faire, et puis lire des bouquins de gens qui ont vécu cette annonce là, je pense que ça aide aussi, ça peut donner des billes en plus.**

-D'accord. Est-ce que tu as eu pour toi même ou des proches des vécus d'annonce qui ont modifié ton regard sur le sujet ? **Directement non pas trop j'ai pas été trop confrontée à ça donc euh... donc voilà après... non, je cherche mais non. Enfin j'étais pas présente à la consultation d'annonce quoi. On l'a annoncé à des proches ouais, des choses comme ça, mais j'étais pas avec un médecin qui l'annonce à mes parents ou...**

-Pourquoi avoir choisi l'annonce dont tu m'as parlé plutôt qu'une autre ? **Je pense parce que c'est un cas qui m'a vraiment un peu surprise et puis en fait euh... ouais c'est vraiment ce cas là, cette patiente là je pense qui m'avait étonné, c'était une des premières, et puis en fait dans la même après midi on avait eu une autre dame justement qui était montée, c'était la loi des séries en fait, du coup c'était un peu la même histoire, tu te rappelles pas, si tu te rappelles ? Si, si. Voilà, la loi des séries qui était un peu affreuse, ça m'avait un peu, ouais, un peu surprise et puis euh... voilà.**

-Est-ce que tu as quelque chose à rajouter, un point qui te paraît important ? **Euh, non après j'avais entendu dans d'autres facts où ils faisaient des espèces de mise en situation même si t'es jamais à l'aise et c'est jamais très facile mais qui avaient l'air d'être super, je sais plus dans quelle fac c'est, où ils font carrément il y a un acteur qui vient... Bah il y a ça à Angers, des ateliers de simulation. Ah ouais ? Il y a ça mais c'est pour les internes de spé mais justement il y a le cours qui est mis en place depuis cette année où on fait un peu la même chose mais entre internes de médecine générale. D'accord. Parce que ouais on m'en avait parlé, je crois que c'était pour les externes en plus et c'était avec des acteurs.** Oui par exemple à Montpellier ils font ça dans un théâtre. **Ah ouais ? Après il y a toujours la limite d'être à l'aise à l'oral, enfin, pas simple quoi.**

- Et toi ça t'intéresserai toi de... ? **Bah pourquoi pas, après voir un peu et faire après (rires) mais c'est bien, voir les choses et dire « ah ouais il a dit ça et ça avec ce mot là » enfin voilà je crois qu'il y a plein de petits trucs qui, quand même, enfin voir faire quoi.**

### Interne n°3

**18/06/2014, bureau au CHU, durée : 15 min**

Identification interne : 2<sup>ème</sup> semestre MG, stage actuel médecine E CHU, externat à Bordeaux, stage chez le praticien non réalisé

- Est-ce que tu peux me raconter un cas d'annonce de mauvaise nouvelle faite à un patient ? **Ouais ce sera l'histoire de Mme B., c'est une patiente de 83 ans que j'ai suivie dans mon ancien stage, au service de néphrologie, donc patiente qui n'avait pas de suivi médical particulier auparavant, des antécédents vasculaires, HTA, dyslipidémie et chez qui on a découvert sur un bilan de contrôle réalisé de façon**

fortuite une insuffisance rénale sévère, avec une créatinine autour de 450-500 euh... rapidement progressive puisqu'à priori 7 mois avant il y avait une créatinine qui était normale donc la patiente qui arrive pour le bilan de son insuffisance rénale, donc bilan qui est mené puis durant l'hospitalisation on lui annonce, bah on lui annonce le caractère progressif irrémédiable avec la nécessité de préparer le recours à la dialyse bah du coup c'est moi, c'est moi qui lui ai annoncé euh... c'était assez difficile parce qu'elle n'avait jamais eu vraiment de gros problème de santé avant ça et pour elle ça a été un choc surtout vis à vis de la dialyse donc je lui ai expliqué, je... elle était dans une chambre seule ce qui a facilité un petit peu l'annonce, donc je lui ai expliqué que... les raisons qui expliquaient entre autre la détérioration de sa fonction rénale euh... le caractère progressif, le caractère chronique, le fait qu'il était un petit peu impossible de revenir en arrière et puis la nécessité de recourir à un moyen de suppléance donc la dialyse, ses questions se sont surtout, surtout focalisées sur la dialyse parce qu'on se rend compte dans les représentations des patients que ça représente quelque chose de très important, la machine imposante que c'est qui fait partir le sang, qui le filtre et puis qui le renvoie, elle avait beaucoup de questions concernant l'autonomie qu'elle aurait avec les séances de dialyse, sa capacité à rester à son domicile, donc ses questions se sont surtout focalisées sur ça. Euh... je crois que sa première réaction ça été vraiment la surprise, du désarroi, quand je lui ai parlé de dialyse et puis ensuite quand j'ai commencé à lui expliquer ça a été mieux, elle a posé des questions, je pense qu'on a un peu dédramatisé la chose, ce que c'était la dialyse, pourquoi c'était nécessaire, euh... quand j'arrivais à lui faire comprendre qu'en dehors des séances de dialyse elle pourrait conserver une vie normale, ça a été un petit peu mieux. Ca a duré à peu près une demi-heure hein le temps de discuter avec elle, de lui expliquer et puis j'en ai reparlé avec elle par la suite durant l'hospitalisation. Au final ça s'est bien passé donc on a pu débuter la préparation de la dialyse donc euh... cartographie artério-veineuse pour préparer une fistule etc... et euh... globalement c'est une annonce qui s'est plutôt bien passée faut dire que j'avais du temps donc j'avais pris le temps d'en parler avec elle et puis c'était une patiente que je connaissais déjà qui était là depuis un peu plus d'une semaine donc ça s'est, on va dire que ça s'est fait de façon assez progressive même si pour elle le moment de l'annonce c'était quand même peut-être un peu, c'était un choc.

- Donc t'étais tout seul avec... Ouais avec la patiente ? Ouais j'étais tout seul avec elle.

- D'accord est-ce qu'elle savait déjà quelque chose, est-ce qu'elle se doutait déjà de quelque chose ? Elle en savait pas grand chose, elle savait qu'elle avait une maladie rénale, elle savait que les reins fonctionnaient pas, enfin fonctionnaient plus très bien, mais on avait jamais prononcé surtout le mot dialyse je pense qui a fait euh... qui a fait un déclic et puis on lui avait pas expliqué que c'était chronique quoi, c'était vraiment la première annonce de... de la gravité et puis du retentissement que ça aurait sur son mode de vie futur.

- D'accord. Est-ce que tu pensais qu'elle voulait savoir quelque chose ? Qu'elle était en demande d'information ? Oui parce que je lui ai demandé ce qu'elle savait déjà et puis je lui ai demandé ce qu'elle voulait comprendre, ce que... puis surtout elle a posé des questions, elle avait envie de comprendre, de savoir et puis... de par l'inquiétude elle voulait savoir ce que ça allait amener.

- D'accord. Donc la réaction à l'annonce du patient, tu m'as dit c'était la surprise ? Ouais

- Quand elle a réagi comme ça quelle a été ta réaction en retour ? Bah j'ai essayé de la rassurer surtout. Parce que j'ai vu surtout la surprise et puis un peu l'abnégation un peu aussi sur son visage, un peu une façon de dire « la dialyse, non, pas moi, jamais, j'en veux pas » et donc j'ai essayé de la rassurer, de dédramatiser un peu les choses, de lui expliquer pourquoi c'était absolument nécessaire et euh... puis de surtout, surtout comprendre pourquoi sa réaction, les craintes qu'elle avait par rapport à la dialyse et puis, en lui expliquant, de dédramatiser un peu les choses.

- Qu'est-ce qui t'as posé difficulté dans cette annonce, est-ce qu'il y a des choses qui t'ont posé difficulté ? Sur le moment non, pas avec elle parce qu'on avait vraiment le temps de dire les choses, c'est peut-être plus après que les difficultés se sont posées quand il a fallu expliquer à la famille. Parce qu'il y avait les questions des enfants, d'autant plus qu'elles étaient 3 filles, ils étaient plusieurs et un peu, enfin comme entretien avec la famille c'était pas très ordonné, il y avait des questions qui fusaient de tous les côtés donc c'était un petit peu difficile à canaliser.

- Qu'est-ce que tu as trouvé pertinent dans ta manière d'annoncer ? Ce que j'ai trouvé bien bah le fait de pouvoir prendre le temps vraiment pour répondre surtout à ses questions parce qu'elle en avait beaucoup euh... je suis pas entré dans les détails enfin, dans les détails techniques, j'ai essayé de simplifier au maximum parce que c'est une patiente qui est, qui est âgée, donc voilà, j'ai essayé de simplifier au

**maximum pour qu'elle puisse comprendre.** Et tu avais l'impression qu'elle avait compris ? **Ouais j'avais l'impression qu'elle comprenait ce que je lui expliquais.**

- Quel a été ton sentiment général à l'issue de l'annonce ? **Plutôt satisfait parce que j'ai quand même l'impression d'avoir réussi à faire passer un peu le message et puis d'avoir apaisé un peu ses, apaisé ses craintes, ses craintes vis à vis de la dialyse, vis à vis de la maladie...**

- D'accord. Est-ce que tu aurais fait des choses différemment en repensant à ce cas ? **Je sais pas vraiment... peut-être pas parce que c'était après mon premier cours** (note : de module A concernant l'annonce de maladie grave) donc j'avais déjà corrigé des, j'avais déjà corrigé des petites choses par rapport à des annonces que j'avais pu voir faire euh... non je sais pas s'il y avait vraiment, enfin... non pas que c'était... ou enfin je vois rien que j'aurai pu faire différemment, donc c'était pas une annonce parfaite hein... mais là comme ça je vois pas Pourquoi pas parfaite ? ... je sais pas y'a jamais enfin... j'étais enfin... pas satisfait de la façon dont ça s'était déroulé parce que j'avais quand même l'impression de faire passer le message mais je sais pas, je sais pas si on peut dire qu'une annonce est parfaite.

- D'accord. Donc est-ce que tu en as discuté avec un chef de ton annonce ? **Non il m'a pas questionné là dessus, il m'a dit enfin, je lui ai dit que j'avais expliqué à la patiente et que j'avais passé du temps mais euh... on en a pas parlé en détail.**

- Quelle formation tu as reçu concernant le sujet depuis le début de l'externat ? **Aucune.** Même pendant l'externat aucune ? **Aucune, j'ai vu faire, parfois mais aucune formation en tant que telle.** T'avais du le chercher quand tu avais vu faire ou c'était le hasard des visites ? **Non assez souvent c'était un peu le hasard.** Et ce que tu avais vu est-ce que ça t'as servi pour cette annonce là ? **Ouais mais plutôt dans le côté, enfin... c'était plutôt du contre-exemple, enfin, j'ai vu des contre-exemples en tout cas, c'est plus des contre-exemples qui m'ont marqué que... des choses qu'il faut pas faire quoi.** Comme quoi par exemple ? Bah comme l'annonce en pleine visite euh... d'ailleurs que j'ai vu aussi dans mon stage en néphrologie hein « vos reins ne fonctionnent plus, vous allez devoir faire de la dialyse » et, enfin en tout et pour tout temps passé dans la chambre peut être 5 minutes y compris l'examen clinique donc euh... vraiment l'annonce à la volée pendant la visite sans prendre le temps d'expliquer et puis euh... et puis par des médecins qui bien souvent ne connaissant pas les patients, qui sont remplaçants donc j'ai vu faire par des remplaçants qui annonçaient de but en blanc comme ça, qui connaissaient pas les patients donc y'avait pas de... y'avait pas vraiment de relation thérapeutique, y'avait pas de... enfin voilà quoi.

- D'accord. Est-ce que tu te sens capable de faire une annonce en tant que professionnel de soins primaires en ambulatoire ? **Oui**

- D'accord. Est-ce que tu envisages de mettre en place des solutions pour progresser par rapport à ce sujet dans l'avenir ? **Je pense qu'il faudrait instaurer des euh... oui des cours ou des modules, des ateliers un peu comme ce qu'on a fait mais pour nous enseigner déjà un petit peu les, les bases parce que c'est vrai ça fait partie des chapitres, des chapitres de l'internat mais enfin des ECN en tout cas mais c'est pas, c'est pas une question qui est très approfondie, on a juste les mots clé mais on a pas la pratique quoi.**

- Est-ce que tu as eu dans ton expérience pour toi-même ou des proches des vécus d'annonce qui auraient pu modifier ton ? **Non, j'en ai pas eu.**

- D'accord. Pourquoi tu as choisi cette annonce plutôt qu'une autre ? **Plutôt qu'une autre... j'en ai pas beaucoup et puis j'ai surtout fait, en fait j'ai surtout fait des annonces de maladies chroniques bah comme celle là parce que c'était mon premier stage euh... et oui j'ai surtout fait des annonces de maladies chroniques donc, enfin grave en l'occurrence, des insuffisances rénales chroniques à chaque fois enfin ouais c'est surtout des choses comme ça que j'ai faite quoi... et puis celle là plutôt qu'une autre parce que c'est celle là que je pense avoir le mieux réussi, c'est vrai j'avais un peu les repères.**

- D'accord. Est-ce que tu as quelque chose à rajouter, un point qui te paraît important ? **Ouais que cette patiente là, enfin je m'en suis rappelé en même temps que je le disait, cette même patiente là, j'étais retourné la voir en fait parce qu'on l'avait déjà examiné, donc j'avais fait l'annonce l'après midi, j'étais retourné la voir parce que justement c'est une des patiente qui avait été vue par un chef remplaçant donc qui connaissait pas, qui connaissait pas plus que ça l'histoire et donc il avait fait un peu une visite éclair et euh... en passant comme ça dans la chambre il avait dit enfin... globalement je caricature mais à peine « Bonjour Madame. Vos reins ne fonctionnent plus. Il va falloir faire de la dialyse. Voilà. Au revoir Madame.» Et c'est là que j'avais vu l'horreur se dépeindre sur son visage enfin, qui comprenait pas, qui avait rien compris. Donc euh sur le moment je m'étais dit c'est pas possible faut que je retourne la voir**

**pour en discuter avec elle parce qu'elle est complètement perdue, enfin elle va être complètement perdue. Donc euh... je m'en suis rappelé pendant que je racontais.**

#### **Interne n°4**

**18/06/2014, bureau au CHU, durée : 35 min**

Identification interne : 2<sup>ème</sup> semestre MG, stage actuel médecine E CHU, externat à Amiens, stage chez le praticien non réalisé

-Est-ce que tu peux me raconter un cas d'annonce de mauvaise nouvelle faite à un patient ? **Alors, cas d'annonce euh... alors l'un des principaux c'était une dame de 55 ans environ qui venait pour déficit donc de l'hémicorps gauche, brutal, suspicion d'AVC. Effectivement, et ben, c'était un AVC, donc un AVC qui était ischémique, bon elle avait de bons antécédents, gros facteurs cardiovasculaires, gros facteurs de risque et euh... donc euh... le problème c'est qu'elle était, elle se rendait compte que quelque chose se passait mais elle savait pas forcément enfin... mettre un nom là dessus, donc du coup euh... bon niveau socio-culturel quand même qui était pas si mal que ça enfin quelqu'un qui, je sais plus ce qu'elle faisait comme métier mais, bon elle avait quand même fait des études, et euh... du coup euh... bon pour l'annonce c'était vraiment un jour on était ultra occupés, où il fallait gérer plusieurs patients à la fois donc j'avoue que ça a été un petit peu fait rapidement euh... donc on a essayé de lui expliquer un petit peu ce que c'était bon l'accident vasculaire cérébral, euh... Quand tu dis on qui est-ce qui était présent ? Bah du coup en fait on était pas mal seniorisé quand même donc c'est moi qui l'ai vue dans un premier temps et par contre quand j'ai réexpliqué d'où ça pouvait venir et l'annonce claire en fait je l'avais faite, on était vraiment à 2, c'est à dire que j'avais commencé à lui faire l'annonce comme quoi c'était un AVC, qu'il y avait pas mal d'explorations à faire, elle était plus dans le domaine de la thrombolyse hein, par contre, c'était déjà trop tard. Et après donc dans un second temps le chef a repris bah du coup l'annonce avec les explications, d'où ça pouvait venir, donc là pour le coup on avait pas, enfin on avait pas pu faire toutes les explorations euh... que ce soit l'écho cardiaque, l'écho doppler des TSA, enfin tout ça aux urgences c'était pas possible donc du coup assez rapidement comme on avait pas mal de monde, enfin elle a été vue par les neuros et puis direct elle est monté là haut et en fait entretemps quand elle était aux urgences et ben, comme c'est pas suffisant d'avoir fait un AVC, et ben au moment où elle a demandé le bassin, et ben on s'est rendu compte qu'elle avait des métrorragies. Du coup consultation gynéco. Et consultation gynéco bon bah lésion bourgeonnante un peu suspecte du col qui envahissait bien comme il fallait donc en fin de compte on s'est retrouvé aussi à devoir lui expliquer ben que il y avait probablement aussi un cancer au niveau cervical, et en fait oui effectivement elle avait pas eu de suivi gynéco depuis on va dire plus de 10 ans et en fin de compte à la fois elle avait un AVC et à la fois, un cancer du col. Elle avait tout gagné. Alors du coup bon sur le coup je pense que l'AVC déjà ça faisait beaucoup, elle avait pas forcément très envie d'en reparler, elle avait pas forcément très envie d'entendre ça, alors quand on a commencé à lui dire qu'en plus c'était bizarre, enfin voilà que ses saignements c'était pas normal non, et ben là à ce moment là on a pas prononcé le mot cancer, on a dit que de toute façon tant qu'on avait pas les biopsies euh... bon pourtant ça y ressemblait vraiment manifestement, on en mettait la main à couper, mais du coup là on a juste dit bon vu son âge, elle était ménopausée, que c'était pas de très bonne augure, que ça nécessitait aussi des examens complémentaires. Donc on s'est un peu arrêté là aux urgences, bon elle est montée dans le service là haut. Et puis par contre euh... ce qu'était pas évident c'est à dire que c'est une femme qui était seule mais qui avait 2 enfants et en fait les 2 fils étaient hyper fusionnels envers leur mère, mais alors on a eu, je les ai pas vu mais je les ai eu au téléphone, un en particulier qui me disait « Qu'est-ce qu'elle a ma maman ? », « Bah votre maman elle a fait un AVC », « Ah mais c'est grave un AVC ? Parce que vous savez ma maman c'est tout pour moi ! ». Bon ben, euh... du coup je lui ai pas dit au téléphone que sa mère avait probablement aussi un cancer du col et que c'était mal fichu quoi mais, bon, voilà. Après il s'est bien, il commençait un peu à s'inquiéter, au bout d'un moment il s'est un petit peu calmé et puis voilà quoi, la patiente est montée là haut et puis nous ben on a repris notre activité aux urgences avec d'autres patients. Et ça a été hyper rapide quoi, enfin franchement en plus il y avait du monde donc euh... ça filait dans tous les sens et, enfin l'annonce était vraiment pas une annonce très claire, c'était juste voilà, c'est bon vous avez fait un AVC maintenant vous allez partir et puis, vous avez quelque chose de bizarre au niveau gynécologique, qui n'est pas normal, bon ben ce sera vu plus tard.**

- D'accord donc pour les 2 annonces tu étais pas toute seule ? **Non, j'ai jamais, non. Pour vraiment les questions graves, enfin j'ai toujours été seniorisée, même les entretiens avec les familles, toujours dans une**

salle à part des urgences euh... enfin là avec la dame c'était dans sa chambre mais sinon pour voir les familles on les prend à part, j'ai jamais été vraiment seule bon après j'ai pu annoncer des choses seule aussi mais c'était pas des choses aussi graves quoi.

- D'accord est-ce que tu pensais que la patiente savait déjà quelque chose ? **Par rapport à son état ?** Qu'elle savait euh... Ouais. Oh ben à mon avis elle s'en rendait compte, comme c'était paralysé, je pense qu'au fond d'elle, elle savait, effectivement, c'était pas vraiment enfin je pensais qu'elle devait savoir que c'était un AVC mais seulement, enfin étant jeune, elle devait pas vouloir y croire. Et pour le cancer ? Ah bah alors là pour le cancer là elle est tombée des nues hein. Déjà l'AVC enfin je pense qu'elle s'y attendait parce que enfin, il y avait quand même la présentation clinique autant le cancer elle nous a paru pas du tout y croire, surtout être hyper surprise de savoir que, enfin c'était pas normal d'avoir des saignements comme ça une fois qu'elle a la ménopause parce qu'en fait elle partait du principe que oui, elle était ménopausée mais pas depuis finalement si longtemps que ça et effectivement elle avait encore des saignements euh... enfin des cycles très irréguliers, ça avait mis pas mal de temps apparemment à se mettre en place, et puis une fois qu'elle avait effectivement plus de règles depuis plusieurs mois, paf ça revient, ça l'a pas du tout choqué quoi.

-D'accord. Est-ce que tu penses que la patiente voulait savoir quelque chose, elle était en demande d'information ? **Euh, en demande d'information euh... oui je pense, enfin de toute façon elle avait effectivement... bah après ça dépend quand même parce que, à la fois elle avait quand même envie de savoir ce qu'il lui arrivait, et à la fois bon dès qu'on commençait à parler d'AVC on sentait qu'elle avait pas envie d'aller trop loin. Donc ouais c'était un peu délicat comme, parce que elle posait pas de questions, alors la plupart du temps et puis quand même des fois enfin elle nous demandait « mais d'où ça vient ? ». Mais tout de suite elle se refermait dès qu'on, en fait il fallait vraiment des réponses courtes et, dès qu'on commençait à vouloir lui expliquer on sentait qu'elle se refermait, et puis elle reparlais plus...**

-D'accord. Quelle a été la réaction de la patiente, face à cette annonce ? **Bah la première euh... elle a pas pleuré mais par contre euh... elle était, elle s'est un petit peu décomposée quoi. On voyait au niveau de son visage, enfin elle s'est un peu figée quoi. Elle se rendait compte hein mais du coup c'était pas enfin... elle accusait le coup quoi. Elle était quand même sous le choc. Après la deuxième là euh... elle a, non enfin elle a pas franchement pleuré non plus mais elle a eu les larmes aux yeux quoi. Mais euh... elle a surtout parlé de ses enfants, qu'elle, elle voulait effectivement être hospitalisée mais qu'elle savait pas où est-ce qu'elle allait aller, ce qu'elle allait avoir comme traitement et tout ça mais de toute façon aux urgences, c'est pas forcément on peut pas trop s'avancer quoi.**

-D'accord. Et quelle a été ta réaction en retour à... quand la patiente a réagi comme ça, comment t'as réagi, toi, de ton côté ? **Moi, de mon côté ben j'ai quand même essayé de prendre le temps, c'est ça surtout le problème auquel j'ai été confronté, c'est qu'aux urgences, avec les gens qui... (entretien interrompu par l'entrée d'une infirmière) Oui donc du coup la question c'était... comment j'avais réagi ? Oui comment t'avais réagi. Bah en fait, ouais, en fait, disons que j'avais vraiment essayé de prendre quand même le temps, malgré le fait que, bah j'avais d'autres patients et que, y'avait l'équipe qui venait et tout ça j'ai quand même essayé de me poser un petit peu. Et de lui expliquer euh, le plus clairement possible, qu'effectivement c'était grave, et que enfin j'ai essayé de pas, de lui expliquer dans des termes assez simples euh... plus courts aussi, que bah du coup d'où ça venait, qu'elle avait fait effectivement un accident vasculaire cérébral, c'était possiblement en lien avec euh... tous les facteurs de risque cardio-vasculaires qu'elle avait, elle était diabétique, elle avait l'HTA, enfin elle avait peut-être effectivement des sténoses qui faisait qu'elle avait peut-être thrombolyté quelque chose, enfin j'ai été quand même assez basique surtout qu'après, une fois que ça y était maintenant il y aurait des traitements à mettre en route, et qu'il y aurait des explorations à faire et, en fait au départ elle savait qu'elle allait être hospitalisée mais par contre elle pensait que ça allait être sur, enfin, elle pensait, elle espérait que ce soit vraiment pas long et qu'elle puisse sortir au bout de 3j. Donc quelque part euh... il y avait un petit décalage par rapport à ça euh... et puis par contre la deuxième fois ça a été plus dur parce que là j'ai senti qu'elle était, autant la première fois elle était choquée mais elle parlait quand même plus, elle posait quand même des questions, des questions qui étaient quand même assez précises aussi quoi, et euh... par contre la deuxième fois pour le, effectivement le cancer, euh... là euh... bah disons parce qu'en plus c'est pas la même, enfin, pourtant un AVC c'est quand même grave mais quelque part il y avait pas de pronostic vital immédiat, enfin immédiat, ouais c'est... enfin on peut effectivement vivre plus longtemps même en étant déficitaire, il y a la rééducation, le pronostic peut quand même évoluer, on voit des patients qui au départ ont des, des paralysies très franches qui au final évoluent et qui, qui régressent alors que là, enfin, vu l'infiltration de sa tumeur, enfin j'ai, c'est quand même niveau pronostic vital, du coup ça ça m'a un peu posé problème quand même bah de devoir lui annoncer qu'effectivement c'était quand même une tumeur qui était**

manifestement, enfin qui envahissait, envahissait quoi. Donc euh... ça c'est pareil je pense qu'elle a du comprendre que T'as utilisé ce mot ? Ouais ça envahissait. Une tumeur bon, on a pas, j'ai pas dit tumeur, j'ai dit qu'il y avait, je pense pas une masse, ah je sais plus, enfin mais bon j'ai pas dit cancer ou euh... je sais plus peut-être pas formation bon bref, mais du coup effectivement j'avais dit que ça envahissait ce qu'il y avait autour donc quelque part , enfin elle a compris, j'ai vu qu'elle avait compris, que bah quelque chose qui va, qui grignote un peu autour euh... bah c'est pas bon quoi.

- Donc tu as eu l'impression qu'elle avait compris ? Ouais qu'elle avait compris euh... bah que de toute façon c'était probablement un cancer quand même quoi, même si on était sûrs de rien mais en même temps, enfin j'avais essayé de passer en fait surtout par des, d'essayer de lui faire comprendre que les saignements, c'est pas normal, quoi, donc je pense que j'ai déjà enfin j'ai essayé de la préparer un peu comme ça en disant que oui, bah non c'était une situation qui n'était pas normale, puis après qu'on avait trouvé quelque chose qui envahissait, hum... Mais ouais c'est le manque de temps, c'est ça qui m'a posé un peu des problèmes.

- Quel été ton sentiment à l'issue de l'annonce ? Ah bah moi, bah franchement j'aurai voulu me poser, prendre le temps, je pense qu'en tout et pour tout, enfin je sais même pas si on s'est posé vraiment 10 minutes, hein, j'aurai, j'aurai, j'avais l'impression de... d'être allé trop vite, quoi. Que tout est allé trop vite et que du coup bah, non enfin on fait pas une annonce comme ça, puis enfin après ça nécessite de reprendre des choses avec les personnes souvent enfin quand on est dans des services peut-être qu'on peut, voilà il y a une consultation d'annonce qui prend déjà du temps, et après on peut revoir le patient alors que là, paf on a balancé notre diagnostic, lui faire comprendre que c'était grave et puis après paf elle monte là haut et puis là haut, avec d'autres personnes, ça m'a manqué aussi du coup de pas pouvoir revenir pour voir ce qu'elle avait compris, voir enfin, essayer de lui réexpliquer, en se posant un peu parce que là en fait elle était sous le choc donc si ça se trouve elle avait rien compris à ce que je lui avait dit alors qu'il y avait 2 choses graves... mais du coup j'étais pas, j'étais pas sereine mais pas parce que ça m'avait vraiment affecté quoi que ben, ça m'embête quand même de voir quelqu'un de 55 ans qui, qui se tape 2 maladies gravissimes quoi, mais surtout sur le fait que j'ai l'impression de les avoir bâclées, en fait. Pas avoir pris le temps et de l'avoir pas fait dans de bonnes conditions parce qu'il y a les bips d'un côté, enfin... j'ai pas voulu trop en dire non plus de façon à, pas justement être trop dans l'annonce, qui recueille les questions, enfin beaucoup d'explications quoi, j'ai essayé de faire assez synthétique parce que je savais aussi que j'avais pas le temps de, de me poser pendant ¾ d'heure avec elle, même ½ heure quoi, enfin, j'en avais d'autres sur le feu et qu'il fallait gérer aussi quoi.

- D'accord. Qu'est-ce que tu aurais fait différemment dans l'idéal ? Dans l'idéal, aux urgences, si j'étais toujours aux urgences, dans ce cas là, avec autant de monde à ce moment là ? Alors qu'est-ce que j'aurai fait de plus... bah je pense que j'aurais essayé d'être un peu plus, peut-être un peu plus synthétique en fait j'ai un peu, qu'est-ce que j'aurais fait de plus... ouais j'aurais voulu me poser un peu plus, poser les choses un peu plus clairement parce que du coup, enfin je cherchais un peu mes mots et du coup, peut-être que ça l'a... elle a compris ce que je voulais dire mais j'ai pas l'impression d'avoir été euh... aussi assez posée, quand c'est comme ça quand il faut qu'on fasse des annonces comme ça il faut peut-être faire des petites pauses de façon à se poser et puis pas venir directement du patient, là, qui est dyspnéique, là, qui nous fait à moitié flipper, et puis venir faire une annonce alors que nous on est déjà sur les nerfs. Parce que forcément ça conforte pas, enfin, ça, forcément que ça l'affecte encore plus parce qu'elle sent qu'on est, qu'on est speed et puis enfin, on fait pas... T'as l'impression qu'elle avait senti ça ? Oui j'ai l'impression qu'elle a du sentir, hein. Déjà j'ai tendance à parler vite et à être un peu, voilà donc je pense que c'était un moment, j'avais d'autres patients qui étaient quand même assez, assez urgents, forcément j'étais euh... un peu stressée et je pense du coup elle a senti. Parce que j'ai pas pris effectivement le temps de me poser avant ou de prendre l'air. Et ça je pense que si je l'avais fait euh... bah après j'ai toujours l'habitude de me poser. Enfin quand je parle avec les patients, même le matin, j'aime bien prendre une chaise et me poser avec eux quoi. Donc là bon aux urgences je me suis quand même posé à côté d'elle. Mais bon euh... histoire de, justement d'essayer de se poser un peu, de calmer les choses, et pas la regarder de haut quoi. Mais après, ouais, c'est surtout le temps de se poser. Un peu plus zen.

- Au contraire, qu'est-ce que tu as trouvé pertinent dans ton annonce ? Bah franchement, à part le fait, bon, qu'il y ait le chef qui reprenne du coup un peu les notions que j'avais dit, donc quelque part ce que j'avais dit ça voulait dire que, les éléments principaux y étaient, et le fait qu'effectivement j'ai essayé de prendre le temps, comme je pouvais, pour faire l'annonce, mais euh en dehors de ça, essayer de se poser, essayer d'écouter la patiente euh... enfin, ce qu'elle voulait savoir, après euh... j'en suis pas fière, même, enfin je, je trouve que, j'ai essayé, j'ai essayé de prendre un petit peu de temps, j'ai essayé de répondre à ses

**attentes mais...Ca t'a pas satisfait ? Non ça m'a pas satisfait de pas prendre le temps, non. Après les éléments principaux y étaient.**

- Et justement tu étais avec un chef est-ce que tu en as rediscuté avec lui après ? **Bah à part dire euh... bah qu'elle a vraiment pas de chance parce que elle a 2 maladies graves à la fois non on en a pas rediscuté parce qu'on est parti vite sur autre chose quoi.**

-Quelle formation tu as reçu concernant le sujet traité depuis le début de tes études ? **Alors depuis le début de mes études formation euh bah pendant l'externat, aucune, je dirais que la seule que j'ai vraiment eu quand j'étais externe c'était sur mon FFI d'été où il y avait beaucoup de lits de soins palliatifs et en fait j'étais en gastro donc bon on faisait des annonces, enfin on faisait, oui si on a annoncé quand même effectivement des cancers, tout ça donc c'était plus une formation pratique, j'ai jamais eu jusque là de formation théorique avant, quand j'étais externe, quoi. Donc ça c'est vrai j'ai un peu découvert en stage, effectivement, avoir du coup assisté à des consultations avec des chefs, mais c'était pas des consultations vraiment d'annonce, c'était, c'était pas celle ou on est sensé être dans une salle, qui dure une heure, bon voilà et puis après on revoit, ou souvent les malades sont accompagné d'un membre de leur famille, enfin c'est un peu l'image que je m'en fait, dans le monde idéal quoi. Euh après, il y avait... effectivement d'être passé dans un service qui faisait beaucoup de soins palliatifs du coup, je me suis rendu compte aussi que c'était important de prendre son temps, d'interroger, l'entretien... souvent les annonces avaient été faites juste avant donc j'avais pu assister quand même aux annonces qui se faisaient euh... souvent dans les chambres c'était pas vraiment dans des salles à part, et puis eux ils reprenaient, enfin les soins palliatifs, quand c'était adéquat hein, ils reprenaient le diagnostic, axé enfin sur l'accompagnement, la famille, les volontés du patient avant tout. Donc ça c'était un peu mon premier vrai contact parce qu'en tant qu'externe enfin j'ai assisté mais pas tant que ça quoi. Après euh... niveau formation théorique donc c'était le cours qu'on a eu à la fac par A.P (note : cours dédié de module A) qui était vraiment bien quoi pour le coup c'était bon bah en 2 demi journées je pense que tu en as déjà entendu parler, et euh.... bah ça permettait justement de mettre le doigt, parce que bon, à la base, effectivement on sait qu'on fait pas forcément très bien, moi j'ai, comme beaucoup, du mal avec les patients qui s'énervent, des réactions du coup des patients aux, bah aux annonces, ceux qui fondent en pleurs, c'est pas facile de se positionner aussi, savoir quoi dire, comment réagir en fonction de, de ce qu'ils veulent dire quoi, enfin de ce qu'ils aimeraient aussi. Des fois on se dit qu'ils ont envie de, d'aller au bout des choses et puis en fin de compte, pas forcément. Donc ouais non ça m'a permis au moins de voir ce qui me posait problème.**

- Et le cours que tu as fait c'était après l'annonce dont tu m'as parlé ? **Oui c'était après.** Et ce que tu as vécu avant est-ce que ça t'a servi pour cette annonce là ? **Bah oui je pense que ça m'a permis de me rendre compte que, ça, ça me posait souci quand même, surtout on va dire les réactions, les émotions ressenties par les gens forcément. Quand elle me disait, elle me demandait des informations et juste après se fermer comme une huître, c'est pas facile de faire face à ça, enfin du coup le cours était beaucoup axé sur euh... l'écoute de, de ce que, enfin déjà laisser parler le patient, et puis voir ce qu'il a envie de, d'entendre quelque part. Pas forcément trop en dire, mais du coup ouais ça m'a quand même aidé mais après c'est... je trouve que c'était beaucoup axé pour, plus des services où on a le temps. Parce que la moitié de l'entretien qu'on a fait en simulation là c'est, on s'est posé, ça prenait 15 minutes, 20 minutes, une demi heure. Enfin là aux urgences, clairement, on peut pas prendre ce temps. Donc c'était très axé...services.**

- D'accord. Est-ce que tu te sens capable de faire une annonce en tant que professionnel de soins primaires ? **Bah je me dis qu'il faut donc à partir du moment où il faut euh... on en apprend un peu tous les jours, je pense que je serai déjà plus à l'aise maintenant que je ne l'ai été, avant, après non je me sens pas, enfin je me sens pas prête parce que, je sais que ça me pose quand même problème, parce que, me retrouver face à des, aux affects des gens. Ca ça me pose souci hein mais après je me dit enfin, on se forge aussi une carapace, quelque part, enfin pas forcément une carapace mais, on arrive en fait à...éviter en fait justement de, de faire en sorte que les affects des gens ne nous affecte nous. Parce que bah quelque part, l'empathie c'est bien mais au bout d'un moment c'est un peu destructeur quoi. Donc ça, bon clairement, même après une expérience récente (rires), j'ai encore beaucoup de difficultés, avec ça ! Mais bon ça, c'est quelque chose qui s'apprend donc je pense qu'à force d'avoir ce genre d'expérience, enfin d'y réfléchir, de voir comment un peu justement la question que t'avais posé tout à l'heure « qu'est ce que j'aurai fait de différent à ce moment là », on s'adapte aussi et, je pense qu'au bout d'un moment je serai plus à l'aise. Bon là déjà je le suis plus donc, donc euh, ça s'est amélioré.**

-Justement, tu disais que t'étais pas encore complètement à l'aise, est-ce que tu envisages des solutions à mettre en place dans l'avenir ? **Euh... oui, oui, je pense, effectivement, mais parce que, à partir du moment où je me sens encore pas complètement à l'aise c'est que j'ai forcément besoin de quelque chose alors est-ce que**

c'est vraiment de la formation théorique comme ce qu'on a eu ? Je pense que c'est bien, ces jeux de rôles, j'en avais jamais fait, c'était la première fois, mais on se met vraiment en condition et puis quelques fois, quelque part bon c'est sur que c'est pas face à un vrai patient... mais ça permet quand même de, de se mettre en situation. Comme, essayer d'imaginer comment on réagirait, voir au niveau de la gestuelle, moi c'est ça qui m'a beaucoup, après c'est qu'on voit, enfin, par exemple à un moment donné il y avait un, un jeu de rôle où il y en avait un qui était très en colère, l'autre qui était sensé jouer le médecin face à, enfin un patient très en colère, qui était sensé être agressif et puis un autre qui, et puis le médecin du coup qui était sensé, bah... interagir et lui annoncer du coup la nouvelle, moi je trouve que c'était, ah je sais plus exactement si c'était de la famille ou si c'était un patient, bon de toute façon enfin, moi récemment j'ai été confrontée à la famille d'un patient justement qui m'a limite agressé, c'est pas facile de faire face à ça donc dans tous les cas ça sert. Que ce soit le patient, la mauvaise nouvelle ou la famille du patient qui vit mal l'expérience familiale, mais du coup on se rendait compte que bah, les médecins avaient tendance toujours à, enfin, certains avaient tendance à, tendance à se tenir un petit peu en arrière ou, à reculer presque, mécanisme de défense ? je sais pas. Et euh mais du coup c'est vrai que... j'aimerais bien continuer à faire des sketchs comme ça, des jeux de rôle, après c'est la pratique de tous les jours aussi, essayer de réfléchir à ça, enfin en dehors de ça, les articles mais bon je vois pas, c'est intéressant, ça permet de voir, de conseiller mais je trouve que c'est jamais aussi bien que les mises en situation au final.

- Est-ce que tu as eu pour toi-même ou des proches des vécus d'annonce qui auraient pu modifier ton regard ? Mmm... vécu d'annonce...euh bah... l'annonce du diabète de ma mère, peut-être, où en fait initialement bah... elle le minimisait beaucoup, elle pensait que bon, bah elle s'y attendait hein, en même temps, plutôt obèse, voilà ! Elle faisait rien pour maigrir, au bout d'un moment ça lui pendait un peu au nez, elle le savait. Mais en fait, sur le coup, elle a dit « voilà, je savais, quelque part je l'ai bien cherché » et en fait après coup c'est plus dans un second temps où justement sur le coup elle a bien réagi, elle a accepté, on a vraiment cru qu'elle avait accepté, sauf que peut-être entre 4 et 6 mois après, on s'est rendu compte que bah c'est à ce moment là que ça commençait à devenir dur, le régime, les médicaments qu'elle tolérait pas forcément très bien, la metformine, euh bon, c'est à ce moment là que ça a commencé à être dur et euh, dans un second temps peut-être justement, à un an, deux ans après, ouais après régulièrement elle a eu des moments de remise en question, elle fait n'importe quoi avec son régime, mais vraiment sur le coup alors là l'annonce ça s'est super bien passé quoi, alors oui alors là !

- D'accord. Enfin, pourquoi cette annonce t'a touché plutôt qu'une autre ? Celle-ci ? Ouais. Parce que elle m'a, bah déjà la dame était jeune, enfin, elle venait, elle savait qu'il y avait quelque chose mais le fait de découvrir en plus une deuxième maladie, enfin j'avoue que ça m'a, ça m'a quand même un peu choqué quoi. Et euh, après j'en ai d'autres hein, j'avais d'autres annonces mais celle là c'était vraiment l'annonce diagnostique telle que je me la, enfin que je me la figurait aussi quoi. Autant que possible dans le service d'urgence. Et puis aussi surtout aussi le lien entre elle et ses fils quoi, un en particulier quoi, on s'imagine toutes les répercussions que ça va avoir, le traitement, le pronostic vital, enfin peut-être qu'elle ira très bien cette dame mais, enfin, forcément ça ébranle quand même tout, toute une famille, pas seulement, pas seulement la personne quoi. Du coup forcément enfin j'avais tendance et c'est peut-être pas bien à faire le transfert aussi euh... de ça justement, de tout ce que ça allait engendrer. Et justement, « c'est tout pour moi ma maman » bah oui, ben, « mon coco t'es pas au bout de tes surprises, hein », j'ai envie de dire, « parce que là, t'as intérêt à bien t'armer. Parce que ce qui va te tomber sur la gueule, ça va te faire bien mal, quoi ». Donc je pense que c'est ça aussi, hein, qui fait que c'était la patiente qui elle, bon, supportait comme elle pouvait mais surtout l'annonce au fils, ça ça va être rigolo je pense que là dans le service quand ils vont avoir les entretiens avec la famille là... ils ont intérêt à prévoir le psychologue parce que, ça va pas être évident.

-Est-ce que tu as quelque chose à rajouter, un point qui te paraît important sur le sujet ? Bah... non, c'est vraiment les jeux de rôle, je pense que c'est pas mal après c'est... c'est pas facile hein de toute façon, enfin beaucoup ont de l'expérience là dedans hein, et puis après c'est tellement dépendant aussi de l'expérience de chacun, des croyances de chacun, de la philosophie de vie enfin... non finalement y'a pas, je vois pas de points importants, c'est juste que c'est une problématique qui est, d'elle-même, très importante quoi, enfin je vois, je suis un peu démunie par rapport à ça, j'espère qu'un jour effectivement, j'arriverai à y faire face et puis surtout, le point important, c'est d'arriver soi-même à, à euh... ne pas trop se laisser bouffer par ce genre de choses, pas être trop empathique parce qu'être trop empathique après on en souffre hein. J'ai eu, enfin ça n'a rien à voir avec, avec l'annonce en soi mais récemment j'ai eu une expérience qui était vraiment très difficile. C'était, j'ai jamais été poussée aussi à bout de moi-même, j'ai jamais été euh... enfin j'ai vraiment pris sur moi mais comme jamais, c'était dans un contexte du coup de réunion, on était une soixantaine, on était sensé prendre la parole les uns après les autres, tour de parole donc chacun, on demandait la parole et puis chacun donnait son nom. Enfin c'était noté et puis j'ai pris la parole et en fait

j'ai dit un truc mais qui était pas du tout idiot mais seulement ça a foutu le bronx dans la réunion et ce qui a fait que, ça me, bah les gens commençaient à réagir, et à jouer au ping pong, mais au départ c'était pas contre moi, c'était vraiment par rapport à, bah ce qu'on représentait et euh... on était 2 hein donc j'étais pas la seule dans ce problème là, et en fait le souci c'est qu'au bout d'un moment on représentait, on représentait une structure mais, au bout d'un moment je suis tombée dans un domaine du personnel. Donc au début ça me faisait pas souffrir parce que bah je savais que c'était pas contre moi et que, voilà mais le transfert au personnel, c'est là que ça a été destructeur, c'est là que j'ai ressenti que vraiment, ça commençait vraiment à me faire souffrir et c'est là que je me suis dit, non mais, enfin j'ai essayé vraiment de prendre sur moi, et j'en ai fini par euh... partir, de cette réunion. J'en suis partie, parce que je sentais que c'était en train de me bouffer, et qu'il fallait que je me préserve. Et euh... en fait, j'ai fait ce parallèle entre cette réunion où, enfin j'étais poussée à bout et ,au départ, comme les gens, en fait en plus ils ont commencé à partir sur une interprétation qui n'était pas la mienne, et le temps que du coup je demande la parole il y avait 10 personnes qui étaient en train de, juste m'explorer la tête, enfin, et du coup au bout d'un moment enfin bah j'avais que... que mes larmes à retenir et puis bah au bout d'un moment c'était trop dur donc je suis partie quoi. Mais je suis partie parce que, souvent dans une discussion bah on peut essayer de s'accorder, on peut essayer de, bah de, même, s'engueuler, partir mais là je pouvais pas, tout ce que je pouvais faire c'était écouter les gens déblatérer sur finalement moi, ce que j'avais dit, même si finalement c'était pas contre moi, et euh... puis voilà, puis à ce moment là, une fois que je suis partie, c'est là que j'ai pu finalement me préserver, et tout de suite j'ai fait la comparaison avec la situation où effectivement j'avais pris pour moi, quelque chose, où c'était donc, une autre situation qui m'a marqué là dernièrement, c'était le cas clinique d'un patient dont le fils était vraiment euh... en fait donc je dois dire c'était dans le service hein, et son papa était alcoolique depuis des années, il croyait enfin le père croyait dans un système et le fils ne croyait plus en un suivi, il voulait complètement changer de suivi, et en fait il a commencé là à être vraiment très agressif, au moment où je lui ai dit « Bah oui mais votre père aimeraient bien continuer son suivi » et là, il fallait pas lui en dire plus, et là à ce moment là effectivement il a commencé à devenir très agressif envers moi, et euh, là je l'ai vraiment très mal vécu à ce moment là, j'étais bien contente justement que mes chefs arrivent et que, que l'équipe arrive et puisse, poser un peu les choses et comme je fais souvent dans ce cas là, autant je suis partie de la réunion pour me préserver, autant là je suis partie, parce que finalement j'ai pas été à l'entretien, parce que je me suis dit non je suis un facteur précipitant, je pose problème, donc je vais pas précipiter les choses, mais j'ai pris, voilà je suis tombé dans le domaine du personnel et quelque part ça m'a fait souffrir parce que j'y ai pensé pendant quelques jours, alors que si je m'étais dit non, enfin arriver justement à faire la part des choses, c'est ça qui est difficile, et je pense que dans les annonces de maladie grave c'est dur de faire la part des choses entre son expérience personnelle, ben... ça rentre en résonnance, forcément hein et c'est là où je pense il faut effectivement arriver à se préserver en bien dichotomisant la situation extérieure du patient et sa propre expérience. Et c'est là à mon avis le point qu'il faut atteindre pour ne pas en souffrir, quoi.

## Interne n°5

19/06/2014, salle fac, durée : 20 min

Identification interne : 2<sup>ème</sup> semestre MG, stage actuel chez le praticien en Sarthe, externat à Tours

- Est-ce que tu peux me raconter un cas d'annonce de mauvaise nouvelle faite à un patient ? **Donc je pense à un cas que j'ai vu aux urgences, un patient assez âgé, plus de 70 ans je pense, je m'en souviens plus trop, qui venait adressé par son médecin traitant pour AEG, chez qui j'ai lancé un bilan, qui retrouvait des perturbations hépatiques et j'ai demandé une écho et il y avait des masses très suspectes à l'échographie.** On était vendredi soir, le patient était d'emblée assez sympathique avec moi, on se trouvait dans une relation assez... de confiance donc je venais le tenir au courant des résultats de la prise de sang dans un premier temps, et c'était sa requête « Tenez moi au courant des résultats » donc ouais, petit à petit, il était très euh... pas du tout contestataire, il attendait, il avait suivi le parcours que lui avait indiqué son médecin et maintenant il s'en remettait à nos soins et voilà. Et c'était un vendredi soir, et la difficulté que j'ai eu tout de suite c'est quand j'ai eu le résultat de l'écho, qu'il fallait que enfin le patient me demandait les résultats de son écho et que j'allais devoir lui dire qu'il y avait des choses suspectes, qu'on allait le garder pour faire un bilan et organiser ça avec le gastro et euh... et voilà, et je me suis un peu lancé avec déjà les grosses suées d'emblée, et euh pour lui faire comprendre qu'il y avait quelque chose d'anormal donc bon, sans dire le mot cancer c'est lui qui l'a dit le premier, il a dit « c'est peut être pas un cancer » je lui ai dit que c'était une possibilité à pas éliminer quoi, et puis bah je suis partie, j'ai fini ma journée, et j'étais pas,

j'étais pas rassurée quoi, j'avais vraiment euh... quand on nous apprend l'annonce dans les cours il faut le temps de l'annonce, surtout pas faire ça un vendredi soir, je savais pertinemment qu'on était un vendredi soir mais j'étais coincée ça faisait 3-4 fois qu'il me demandait qu'est-ce qu'il y avait sur l'écho...

- D'accord, donc tu était toute seule avec lui ? Ouais Dans un box aux urgences ? Dans un box aux urgences, toute seule euh... les chefs sont pas intervenus je les ai pas sollicité non plus euh... je savais que ça allait être difficile et euh... vraiment c'était le fait, je savais qu'il allait me le demander en fait, je savais qu'il allait me le demander et j'avais pas envie de demander au chef s'il fallait que je le dise ou pas parce qu'on avait déjà instauré un truc entre lui et moi, je voulais pas faire intervenir le chef là dedans. Y'avait pas de proches autour, donc le truc qui me plaisait pas non plus, et euh voilà j'avais vraiment le sentiment de l'avoir laissé dans un box avec, bah voilà vous avez peut-être un cancer.

-Est-ce qu'il se doutait déjà de quelque chose ? Lui savait qu'il allait pas bien mais tout le temps avant il m'en avait pas parlé du tout. Il m'en avait pas parlé du tout euh... je pense que dans sa tête il partait sur quelque chose de plus aigu quand même, une infection, un petit coup de barre, voilà. Mais non je pense pas qu'il pensait, et même finalement au final, l'écho laissait quand même peu de doutes mais j'ai pas du tout su la suite quoi.

-Est-ce que tu pensais que le patient voulait savoir quelque chose dans ton cas ? Il m'a demandé, ouais. Ah oui oui oui, il voulait, l'écho, qu'est-ce qu'a montré l'écho, etc... Donc je lui ai dit qu'il y avait des images suspectes, que il allait falloir se lancer dans d'autres investigations pour savoir à quelle maladie était dues ces images, une maladie plus générale, et euh là je m'étais arrêtée et je voyais bien qu'il y avait les yeux qui tournaient, qui cherchaient quoi, et après il m'a demandé « Ah c'est quand même pas un cancer ? » Ouais je crois que c'est ça qu'il a dit « Ah c'est quand même pas un cancer ? » Et là je pouvais pas dire « Non », et là ça a été dur quoi. Grosse coulée dans le dos, ouais.

- Et ça a été quoi la réaction du patient ? Bah du coup quand je lui ai dit que c'était une éventualité que je pouvais pas éliminer sur le moment là, quand il me posait la question et que c'était aussi dans ce sens là qu'allait être dirigés les examens complémentaires, il a dit « Ah oui quand même ». Voilà. Il y a eu des gros blancs, il y a eu des gros blancs, je crois qu'à ce moment là j'ai dû lui demander si je pouvais l'aider à répondre à d'autres questions ou, voilà, mais que j'étais limitée dans mes réponse, je lui ai dis clairement qu'il y avait des questions auxquelles je pouvait pas répondre. Et qu'il fallait du temps.

- D'accord. Et ta réaction en retour quand tu l'as vu réagir comme il a réagi, t'as réagi comment ? Euh... je comprends pas. Quand il a réagi par rapport à... Par rapport à l'annonce, voilà, il a réagi d'une certaine manière, et toi comment tu as réagi en retour ? Bah je, je, j'essaye d'être la plus honnête possible, en fait je lui ai dit que je pouvais pas éliminer, que ça pouvait être ça, que ça pouvait être autre chose aussi, après essayer de lui laisser un peu d'espoir et puis de laisser aussi la place à une annonce qui soit faite convenablement. Et euh après voilà, après c'est ça, le blanc quoi, j'étais assise à côté de lui, enfin pas sur le lit mais en face à côté quoi, et euh, voilà.

- Qu'est-ce qui t'as posé difficulté dans cette annonce ? Euh trouver les mots. Ouais. Euh... et puis l'attitude, être euh... ouais c'était euh... et que ce soit pas l'endroit pour faire ça en fait. Sur le coup j'en ai voulu au médecin d'avoir adressé ce patient là, parce que c'était assez évident qu'il y avait quelque chose de général et euh... et c'était pas un motif pour envoyer aux urgences, et euh... je me suis dit ce monsieur il a suivi ce qu'on lui dit et il tombe sur l'interne de 1<sup>er</sup> semestre aux urgences, un vendredi soir, qui lui dit que voilà il y a peut-être quelque chose de grave quoi. Et alors après, la situation était comme ça donc bah fallait faire avec donc bon.

- Comment tu aurais voulu que ça se passe? Eh bah j'aurai voulu qu'il vienne pas aux urgences ! (rires) Pour moi il avait rien à faire là en fait, il avait rien à faire là et euh... je pouvais pas lui dire non plus, c'était pas de sa faute. Et puis faut pas lui dire « la prochaine fois » parce que il y en aura pas d'autres, c'était l'impasse quoi.

- Au contraire, qu'est-ce que tu as trouvé pertinent dans ton annonce ? Euh... je sais pas trop si le laisser réfléchir sur « ça pourrait être un cancer » c'était une bonne idée ou pas mais j'ai pas amené ça, j'ai pas mis les pied dans le plat du coup. Donc ça c'était facile pour moi mais je sais pas si pour lui c'était facile parce qu'il a, je pense qu'il a fait un effort en me demandant si ça pouvait être un cancer ou pas. Et euh... et peut-être que ça aurait été plus de mon rôle de court-circuiter cette angoisse qu'il a eu à se poser la question et le courage qu'il a eu à me demander. Mais moi j'arrivais pas à, à exposer d'emblée euh, voilà, « il y a quelque chose d'anormal, c'est peut-être un cancer, ça l'est peut-être pas », voilà ça j'ai pas réussi.

T'as préféré attendre que le patient parle ? **Ouais.** Pourquoi ? **A postériori** maintenant je... je savais que ça allait se passer comme ça en fait, je...ouais...il était un peu plus que, enfin il était un peu sympathique pour moi ce patient je sais pas pourquoi, mais ouais, j'avais, je pouvais pas aller lui dire comme ça « vous avez peut-être un cancer » quoi. Tu voulais pas lui apporter la mauvaise nouvelle ? **Ouais clairement j'avais pas envie mais ça, jamais, mais euh... ta question c'était, qu'est-ce que... ?** La question c'était qu'est-ce que tu as trouvé bien ? **Ouais donc pas trop et euh... comment... Bon c'est pas grave on va passer à la question d'après.**

- C'était quoi ton sentiment à la fin de l'annonce ? **Que ça aurait pas du se faire comme ça.** Parce que c'était vendredi, parce que je l'ai laissé tout seul et euh... et alors après je me suis dit mais alors en fait il faut pas leur dire le résultat dès le début quoi, et en fait non, c'est pas possible non plus, quand la prise de sang est rassurante on leur dit, quand il y a quelque chose qui va pas on leur dit, donc là j'ai continué jusqu'au bout, donc il y avait eu l'écho donc je lui ai dit le résultat, et là on pouvait pas aller plus loin donc euh...voilà. Après je me suis dit c'est un concours de circonstance en fait euh... mais ouais, ouais non je suis partie en me disant j'espère que ça va aller ce soir quoi. Et euh je sais plus si j'avais fait les transmissions en montant, à l'équipe infirmière qui allait l'accueillir en gastro je me rappelle même plus, donc sûrement que je l'ai pas fait. Donc je l'ai vraiment laissé tout seul ouais. Et ouais j'étais pas, j'étais pas contente de moi, non.

- En y repensant qu'est-ce que tu aurais fait différemment ? **Bah je lui aurais quand même dit, puisqu'il me l'a demandé, et que bah je pense que l'honnêteté, voilà, euh... comme je savais qu'il allait me le demander j'aurais essayé d'amener le morceau un peu mieux que ce que j'ai fait, ce qu'on disait tout à l'heure, pour éviter qu'il, enfin je revois ce moment de blanc où je vois les yeux qui tournent et, et en train de se dire ça y est je suis cuit quoi, alors si je lui avais dit ça aurait été aussi brutal de toute manière mais, c'est pas lui qui se serait, je sais pas si c'est mieux en fait, finalement. Ca dépend de la personnalité, enfin je lui aurais dit j'aurais peut-être pas entendu et là finalement le fait qu'il réfléchisse, c'est venu de lui aussi, hum. Mais ouais, je pense pas que j'aurais pu ne pas lui dire, que y'avait quelque chose d'anormal sur l'écho. Dans tous les cas tu lui aurais ? (coupe) Oui. Après bon, avec un peu d'expérience je pense que y'aurait eu moins de blanc et j'aurai été aussi plus à l'aise et du coup lui aussi et... Parce qu'il y avait un malaise pendant les blancs ? J'ai essayé de, non, non, mais moi enfin du coup quand il y a les blancs moi j'essaie de réfléchir, enfin c'est un temps pour moi où j'essaie de réfléchir et où du coup je suis moins sur euh, j'arrive moins à analyser le contexte, je suis moins dans l'empathie aussi puisque j'essaye de réfléchir plus sur mon attitude à moi et les mots que je dois choisir.**

- Est-ce que tu as rediscuté du patient avec quelqu'un ? **Bah non.** Vendredi soir, je suis rentrée. Et puis je devais pas travailler ce week-end enfin le lendemain, c'est les urgences quoi. Je suis passée à autre chose et voilà. J'ai pas eu de nouvelles, je sais pas, je me suis pas renseignée non plus c'est vrai mais, hum.

- Quelle formation tu as reçue concernant le sujet depuis le début de tes études ? **Euh pendant l'externat à Tours on a, en 2ème année on a des cours de psychologie médicale, ça doit être un peu évoqué là dedans je m'en rappelle plus trop, et puis après on a les cours de l'item de l'internat quoi, l'annonce donc euh, la consultation médicale, les mots clés à mettre et voilà. Ca c'est pour la formation théorique après en pratique pendant mon externat j'avais un peu vu tout, de la consultation faite pendant la visite avec le médecin qui rentre et qui dit « bon bah voilà vous allez commencer la chimio dans 2 jours », « Ah bah j'ai un cancer ! » « Oui », où là, toi, tu sais plus où te mettre parce que tu vois le patient qui cherche quelqu'un et toi t'es pas prêt, c'était genre mon premier jour en gastro donc c'était parfait, et puis à la consultation faite par la chef de clinique en dermatologique où on prend le temps d'aller dans une chambre, on se pose, elle refait le point sur le parcours qui a été fait, elle explique aussi sa façon d'être à la patiente voilà elle dit « bah moi vous me connaissez depuis 3 consultations, vous savez que je vous mens pas donc bah voilà les résultats sont défavorables vous avez un mélanome » donc voilà, elle faisait une pose, elle expliquait après la maladie, y'avait des poses, la patiente pleurait, enfin, expliquer rapidement les traitements, enfin le truc béton, impeccable et tout, là tu te dit ça faut que je mette de côté parce que c'est pas mal. Ouais justement ça t'as servi ? Ouais, ouais ouais, surtout sur l'attitude et sur le fait que y'a la pratique, enfin y'a la théorie et après on peut adapter à sa pratique, à comment on est soi aussi, et je pense que enfin quand je te disais que je ne pouvais pas ne pas lui dire je pense que ça c'est à ce moment là que j'ai appris ça, quand elle lui a dit « moi je vais pas vous mentir », voilà après elle connaissais aussi déjà un peu la patiente, donc c'est vrai que je pense qu'elle savait qu'elle pouvait se permettre ça. Alors que moi le patient je le connaissais depuis 2h quoi.**

- Est-ce que tu te sens capable de faire une annonce en tant que professionnel de soins primaires ? **Oui, après ça peut toujours être mieux, c'est toujours critiquable, je m'en sens capable parce que surtout je dois le faire en fait, que je sais que c'est à moi de le faire. Je vais pas demander à quelqu'un de prescrire quelque chose**

**alors que c'est à moi de le faire. Après, quand je fais une prescription, je la vérifie, quand je fais une annonce, on peut pas rembobiner et dire en fait, j'aurais dit comme ça ou finalement maintenant que je sais que vous réagissez comme ça je vais faire comme ci...voilà.**

- Est-ce que tu envisages de mettre en place des solutions dans l'avenir pour progresser par rapport à l'annonce ? Euh des solutions bah du coup j'ai fait le cours aussi d'annonce. Du module A ? Ouais, quand j'ai eu cette situation là et que j'ai vu ça après derrière je me suis dit bon, ça peut être pas mal de voir. Après des solutions non du coup, c'est un peu, on a la théorie pendant l'externat, on nous bassine avec et bon après c'est vrai qu'il faut faire la pratique et, faut laisser du temps au temps aussi quoi, au bout d'un moment j'ai fait des recherches, j'ai fait machin, je me suis posé des questions, ça suffit quoi. Parce que sinon je vais trop me prendre le choux quoi tout simplement et ce sera plus spontané et si c'est trop calculé ça marche pas non plus.

- Est-ce que tu as eu pour toi même ou des proches des vécus d'annonce qui ont modifié ton regard sur le sujet ? Euh comme ça là, non, pas spécialement.

- Et pourquoi cette annonce t'a touché plutôt qu'une autre ? Bah parce que j'avais l'impression d'avoir mal fait alors que finalement, c'était ambivalent, enfin, j'ai le sentiment d'avoir mal fait et en même temps j'ai essayé de, pas de rattraper, sur tous les autres points où je pouvais jouer, j'ai essayé d'être là et en ressortant je me suis aperçue que ça suffisait pas. Je pouvais pas changer le fait qu'on soit un vendredi soir, je pouvais pas changer le fait qu'on avait découvert de façon un peu fortuite qu'il avait l'image sur le foie, je pouvais pas changer le fait qu'il était tout seul aux urgences, mais j'ai essayé d'être là et j'ai essayé de pas lui mentir parce que ça moi je pouvais pas, et que lui m'avait demandé de pas le faire. J'ai essayé de lui dire ça de façon adaptée mais bon, de lui laisser un temps pour me poser les questions mais j'en avais pas non plus spécialement mais voilà.

- Est-ce que tu as quelque chose à rajouter, un point qui te paraît important sur le sujet ? Sur le sujet sur le vécu des internes ? Oui ou sur l'annonce en général. Bah... je pense qu'il faut nous laisser le choix de nous former sur ça mais faut qu'il y ait une proposition aussi quoi, ouais. Donc le cours moi je le trouve très très bien, la théorie ça suffit, on l'a tous la théorie quand on arrive et après, la pratique avec les jeux de rôle ça c'est bien, et dans les services ils sont très forts pour nous dire qu'ils sont là si on a des difficultés et après bon bah en pratique, on se retrouve seul quand même quoi. Mais donc après le classique du « c'est en forgeant qu'on devient forgeron », oui mais attention quoi. Attention quand même quoi.

## Interne n°6

24/06/2014, cabinet SASPAS, durée : 28 min

Identification interne : 2<sup>ème</sup> semestre MG, stage actuel gynécologie à Saumur, stage chez le praticien non réalisé.

-Est-ce que tu peux me raconter un cas d'annonce d'une mauvaise nouvelle faite à un patient ? Alors oui, donc en fait c'était sur une garde aux urgences, donc déjà c'était un contexte pas facile à ce niveau là, c'était une garde aux urgences, j'ai vu, un dimanche je crois, une femme d'une soixantaine d'année à peu près qui se présentait pour des céphalées depuis plusieurs semaines, et donc enfin avec pas trop d'autre signes à part qu'elle se plaignait d'avoir mal à la tête depuis environ 15j, et puis elle se trouvait pas dans son état normal enfin elle avait un peu l'impression d'être dans du coton elle disait, et puis elle disait qu'elle faisait un petit peu des bêtises, l'exemple qu'elle avait donné c'est qu'elle avait voulu mettre un morceau de sucre dans son café et qu'il était tombé à côté de la table, enfin des choses comme ça. Donc en fait c'était une patiente qui était droitière, et en l'examinant, en faisant les paires crâniennes je me suis aperçue qu'elle avait une hémianopsie du champ visuel droit. Donc voilà déjà c'était un peu, enfin fallait que je lui dise qu'il y avait une anomalie au niveau de l'examen clinique, et donc on avait réussi à avoir un scanner aux urgences qui avait montré en fait une, comment dire, une image, parce qu'on savait pas trop ce que c'était mais, une image au niveau du lobe occipital gauche du coup, une masse de 5cm de diamètre à peu près, masse arrondie, donc voilà et après il a fallu que, donc je continue ? Vas y vas y. Enfin donc voilà, donc la patiente, moi j'étais allé voir avec le radiologue directement donc il m'avait montré les images donc j'avais, donc après la patiente elle attendait dans le couloir en fait parce qu'il y avait pas de box, c'était une journée où il y avait beaucoup de monde, donc elle me voyait passer devant, elle me demandait si j'avais les résultats ou pas et donc j'avais pas, enfin j'avais un petit peu éludé la question, j'avais dit c'était en cours, il y avait les analyses, fallait que le radiologue rédige son compte rendu et tout ça, et donc

après je m'étais dit qu'il fallait que je, bah que je lui dise les résultats donc j'avais quand même demandé à mon chef, enfin au senior de garde qui était avec moi aux urgences, qui m'avait dit en fait de passer par éventuellement la personne de confiance donc c'était sa sœur qui était marquée en coordonnées. Donc j'avais appelé sa sœur pour lui dire qu'on avait trouvé une anomalie, et, je sais pas si c'est bien si j'ai fait ça hein Non non mais y'a pas de bien ou pas et du coup sa sœur est venue du coup avec nous aux urgences et on s'est mis en fait, on avait pris une chambre pour la patiente pour la nuit, pour qu'elle ait une IRM le lendemain, parce que j'avais appelé la neurochir aussi, j'avais appelé la neurochir à Angers pour savoir comment, ce qu'on pouvait faire, donc il m'avait donné la conduite à tenir, et donc il m'avait dit qu'il fallait une IRM donc le radiologue avait programmé une IRM pour le lendemain, le lundi matin, et donc la patiente est restée la nuit à l'hôpital donc en fait on s'est mis dans la chambre où je lui ai dit qu'il fallait qu'elle reste parce qu'il fallait qu'elle fasse des examens, donc c'est là avec sa sœur après qu'on a discuté bah que j'avais vu qu'il y avait, on avait vu qu'il y avait, bah une anomalie dans son scanner. Puis après qu'est-ce que j'ai dit bah j'ai expliqué la suite des...comment dire, des explorations qu'il faudrait faire, et puis, et puis elle m'a demandé, elle m'a dit « c'est pas une tumeur ? » alors du coup j'ai quand même été obligé de lui dire que c'était quand même une masse, enfin, indéterminée, qu'on savait pas ce que c'était, qu'on pouvait pas dire si c'était une tumeur ou pas, si c'était cancéreux ou pas, mais il a fallu lui dire ça quand même, après la suite c'est la patiente elle a été hospitalisée après en neuro et c'est les neuros qui ont géré la suite, après je m'étais un peu tenu au courant et à priori c'était plutôt métastatique en fait parce qu'elle a eu un scanner qui a révélé une image au niveau pulmonaire, donc voilà.

- Donc le cadre de la première annonce, c'était dans une chambre, avec sa sœur ? Voilà, j'avais demandé à sa sœur de venir. Et tu étais toute seule ? Ouais j'étais toute seule. Une chambre à l'UHCD en fait, voilà post-urgences.

- Est-ce que la patiente, avant l'annonce, savait déjà quelque chose ? Bah... non, je pense pas, je pense pas. Bah en fait elle savait que y'avait une anomalie cliniquement qui avait besoin d'être explorée au niveau du scanner donc déjà elle savait que il y avait déjà quelque chose qui était pas normal, que c'était pas de simples maux de tête, qu'il fallait faire un scanner donc elle savait qu'il y avait quelque chose de plus donc voilà. Après je pense pas qu'elle ait, c'était vrai qu'après les aides soignants m'ont demandé, quand j'ai prévenu les autres soignants pour qu'on lui trouve une chambre donc du coup elle m'a demandé pourquoi, j'ai été obligé de le dire aux autres soignants, donc ma crainte c'était un petit peu que, enfin que ce soit annoncé dans le couloir quoi.

- D'accord. Est-ce que la patiente était en demande d'information quand tu l'as vu ? Oui. C'était une dame, je sais pas comment le décrire mais oui, c'était une dame assez jeune, enfin, une soixantaine d'année et puis ben vu qu'elle était sortie du scanner elle voulait tout de suite savoir les résultats. Puis après effectivement même moi je pensais, en lui annonçant, elle cherchait à en savoir plus, si c'était une tumeur ou pas, je pense qu'elle voulait en savoir plus.

- D'accord. C'était quoi la réaction de la patiente quand tu lui a fait l'annonce ? Euh bah elle était très calme, enfin elle a pas, je trouve que, je sais pas comment dire... elle a gardé son sang-froid en fait je trouve, avec, voilà elle a dit « bon bah on va attendre l'IRM on verra ce que c'est » enfin, je l'ai trouvé très calme, après c'est vrai que, ce qu'on m'a dit après quand on l'a pris en charge par les neurologues le lendemain, apparemment c'était un peu plus, un peu plus difficile à accepter, je pense que, enfin la nuit s'est pas très bien passée. Mais bon en tout cas devant moi il n'y a pas eu de, pas eu de réactions de, de panique ou de tristesse. Enfin je pense qu'elle devait être inquiète, mais elle maîtrisait bien je trouvais, elle gardait bien son sang-froid. Après je sais que quand je suis partie elle est restée avec sa sœur, puis il y avait sa fille je crois qui est venue, donc je sais pas trop ce qu'elles se sont dit entre elles.

- Ca a été quoi ta réaction en retour, quand tu as vu qu'elle avait pas beaucoup de réaction, toi comment tu as réagi en retour ? Je sais pas trop. Peut-être un petit peu, bah finalement peut-être un petit peu soulagée entre guillemets, mais en même temps un peu étonnée aussi, parce que je m'attendais un petit peu à, enfin je m'attendais un petit peu à ce que, peut-être, qu'elle ait du mal à, à encaisser la nouvelle, alors ça m'a surpris qu'elle soit aussi calme puis après je me suis dit tant mieux quoi, mais c'est vrai que finalement, peut-être que, enfin ça facilite entre guillemets peut-être un peu, je sais pas trop, c'est un peu les deux.

- Qu'est-ce qui t'as posé difficulté dans cette annonce ? Euh bah le fait qu'on soit aux urgences et que la patiente soit pas dans un box, parce que du coup elle a été passer son scanner et puis après elle a été mise en attente dans le couloir, donc il a fallu que j'organise un peu, enfin que je trouve un endroit approprié pour faire l'annonce alors au départ ce que j'avais pensé utiliser un, parce que dans la structure des urgences à Saumur il y a un bureau pour, pour les entretiens avec les psychologues ou les psychiatres,

donc je m'étais dit je pourrai utiliser cette pièce là, elle est peut-être pas occupée, et puis finalement comme elle restait la nuit je savais qu'elle aurait une chambre seule donc je me suis dit que je ferais ça dans la chambre, au calme, mais déjà voilà du coup ce qui allait pas être évident c'est de différer de l'annonce entre le moment où moi j'ai su et le moment où j'ai pu mettre bien, enfin où on a pu bien se mettre en condition pour lui dire, parce qu'en plus comme j'ai voulu que sa, qu'elle soit accompagnée, donc en fait sa sœur est venue donc j'ai attendu que sa sœur arrive, donc et puis ce qu'est pas évident c'est que on essaye de, je pense de faire les choses un peu progressivement pour pas choquer la personne mais je trouve il y a un moment donné où il faut franchir le pas et lui dire qu'il y a quelque chose de, il a fallu lui dire bah vous allez rester là cette nuit et puis votre sœur elle est venue bah, votre sœur elle est venue parce que bah enfin parce qu'il va falloir qu'on annonce quelque chose quoi. Donc c'était ça qui était pas évident je pense enfin je sais pas. Tu aurais préféré lui dire tout de suite si les conditions étaient réunies ? Je sais pas trop. C'est l'attente qui t'a... ? Bah l'attente en fait, c'est pas l'attente je trouve que le délai entre les 2 je trouve que ça a été une période un peu, une période un peu floue où il y avait des gens qui savaient, des gens qui savaient pas, donc la patiente savait pas et donc j'avais peur que du coup il y ait entre guillemets une gaffe enfin que ça soit, qu'il y ait un malentendu, que quelqu'un de l'équipe pense que la patiente savait et que en fait non enfin, j'avais peur que, je sais pas comment dire, que ça s'effrite un peu. Mais dans l'annonce même y'a rien qui t'as posé des difficultés ? Hum alors bah si alors les mots, en fait, trouver les mots adaptés quoi, vu que comme c'est un diagnostic, enfin on sait que c'est quelque chose de grave, enfin même si on avait pas le diagnostic en entier donc c'est un peu différent d'une annonce diagnostique par exemple d'un cancer où on a tous les éléments, mais euh, je savais pas trop quels termes employer entre est-ce qu'il faut être, est-ce qu'il faut dire les choses un peu, enfin, quel terme entre une anomalie ou dire une masse ou alors est-ce qu'il faut dire une tumeur, c'est ça je savais pas trop. Le degré de précision employer en fait dans mes mots, voilà. Et la question que j'ai pu me poser aussi c'est, enfin, j'en avais parlé avec mon chef et puis il m'a suggéré d'appeler la sœur de la patiente, qui était sa personne de confiance parce que c'est noté sur les feuilles d'admission donc je le savais, donc je savais pas trop si c'était bien ou pas de le faire. Donc au final je sais toujours pas. T'as pas d'avis ? Je sais pas trop parce que moi ce que je voulais c'est qu'elle soit pas toute seule mais je sais pas si c'est une bonne idée parce que du coup ça veut dire bah, je l'ai prévenu avant la patiente du coup, mais en même temps c'était la personne de confiance, enfin la dame elle savait qu'on était susceptible de contacter, donc je sais pas si c'était ça qu'il fallait faire ou pas.

- Au contraire qu'est-ce que tu as trouvé bien dans ton annonce ? Bah le fait déjà enfin je pense que c'était dans un endroit approprié, ça je pense que c'était déjà bien, bah j'ai essayé de, enfin de prendre le temps, parce que c'est vrai qu'aux urgences on est toujours un peu pressés, plein de trucs à faire et j'ai essayé de pas, enfin de pas comment dire, de pas me dépêcher entre guillemets, et puis bah... le cadre et... et puis peut-être aussi bah les explications enfin, j'ai essayé de répondre à ses questions honnêtement quoi, j'ai essayé de pas être trop floue, sans ouais, je pense, je sais pas après faudrait lui demander mais j'ai essayé de pas, de pas lui donner des réponses trop évasives quoi, d'essayer d'avoir des mots simples, voilà.

- Quel a été ton sentiment à l'issue de l'entretien ? Euh... bah c'était la première fois que j'étais confrontée à cette situation là donc euh, je crois que ça rejoint un petit peu la question d'avant, bah d'un côté c'est sur qu'on est un petit peu... on se dit c'est une dame, une patiente qui est jeune et qui, enfin j'étais désolée pour elle parce qu'elle venait à la base pour quelque chose qui je pense pour elle, qu'elle pensait qu'elle était quand même bénin même si, enfin quand même elle devait se douter qu'il y avait quelque chose de pas normal puisque elle se sentait pas dans son état normal et puis qu'elle venait aux urgences le dimanche, donc je pense que peut-être elle avait une petite intuition de se dire qu'il y avait quelque chose qui était pas normal, et du coup bah c'est vrai, enfin, enfin je me suis mis à sa place, je me suis dit qu'elle devait quand même être choquée de venir pour un motif bénin et puis à la fin de l'après midi se retrouver avec un, un diagnostic enfin, c'est pas encore un diagnostic mais, une toute autre vision du problème. En même temps j'étais assez satisfaite entre guillemets enfin, c'est une patiente que j'ai vu du début jusqu'à la fin donc en même temps j'étais assez, enfin j'aurai pas aimé que ce soit un médecin qui vienne juste à la fin pour faire l'annonce, quelqu'un qui l'avait jamais vu quoi. J'avais l'impression d'avoir pris bien en charge, le déroulé des choses quoi.

- En y repensant, est-ce que tu aurais fait des choses différemment ? Euh...mouais, je sais pas trop, si il fallait parler à la patiente toute seule ou si il fallait avoir quelqu'un avec, enfin, un accompagnant. Je pense que quand même ça m'a paru être une bonne idée enfin je sais pas trop si elle, je lui ai pas demandé si elle elle aurait préféré être toute seule ou avec quelqu'un, j'avais l'impression qu'elles étaient assez, parce que du coup j'avais appelé sa sœur mais y'a sa fille ou sa nièce je sais plus, enfin elles sont venues à 2, mais j'avais l'impression qu'elles étaient assez soutenantes donc je pense que ça l'a aidé. Qu'est-ce que j'aurais fait de différent euh... bah je sais pas trop comment j'aurais pu faire pour que, pour pas la faire attendre, moi ce

que j'ai pas aimé c'est la faire attendre parce qu'elle m'a demandé plusieurs fois si j'avais les résultats, et j'avais pas envie de lui dire dans le couloir les résultats que je savais donc je lui ai dit que, en fait c'est un peu un mensonge, enfin c'est un mensonge je lui disais que c'était en cours, parce que c'est vrai que le radiologue il était en train de, enfin, il finissait son compte rendu, moi quand j'y suis allé j'ai juste vu la première image, comme ça après il faisait tout son compte rendu, il imprimait ses... donc je lui ai dit que le radiologue il finissait et qu'il allait me donner son compte rendu, mais j'avais quand même une petite idée derrière la tête enfin je, je savais quand même où ça allait mener donc, ça j'ai pas trop aimé du coup de, ... T'étais mal à l'aise ? J'étais un peu mal à l'aise voilà de, parce qu'elle était dans le couloir, elle me voyait passer, « Alors quand est-ce que vous allez me donner les résultats ? » et donc je pense que si ça avait été un résultat normal je pense que j'aurais dit en fait, mais comme là c'était pas normal je me suis dit je peux pas lui dire là comme ça, tout de suite maintenant, alors j'ai essayé de voir comment je pourrais faire pour me mettre dans un bureau et tout, donc en attendant, de l'avoir fait attendre, je pense que c'est ça où j'ai pas été très...

- D'accord. Est-ce que tu en as rediscuté avec ton chef après l'annonce ? Euh oui, il me l'a demandé, enfin du coup je lui ai raconté, il m'a demandé comment ça s'était passé, et puis après j'en ai reparlé avec la neurologue. Mais pas de l'annonce en elle-même ? Oui, si un petit peu enfin avec la neurologue j'avais, bah si avec mon chef je lui avais dit tout ce qui, comment j'avais fait, et puis avec la neurologue je lui avais raconté aussi comment, ce que moi, en fait on est un peu confronté nous, parce qu'en fait je lui avais parlé de quand je l'avais vu aux urgences puis que je lui ai annoncé la première étape entre guillemets et puis du coup la neurologue elle m'a parlé de, de elle comment ça s'était passé quand elle lui avait parlé des résultats qu'ils avaient eu avec l'IRM et puis du scanner qu'ils avaient fait au niveau pulmonaire, donc voilà mais c'était pas vraiment, enfin c'était plus pour parler de la patiente que mon...

- Quelle formation tu as reçue concernant le sujet traité depuis le début de tes études ? Bah justement pas grand chose, pas grand chose en fait. Un peu en cancéro quand on apprend le plan enfin, pendant l'externat mais ça reste quand même assez théorique, les conditions enfin, c'est un peu les recommandations entre guillemets enfin, le déroulé du comment devrait se passer une consultation d'annonce, bah c'est principalement en cancéro qu'on apprend ça. Après on a jamais fait d'ateliers ou de formations là-dessus.

- Est-ce que tu te sens capable de faire une annonce en tant que professionnel de soins primaires au cabinet ? Euh... je sais pas trop parce qu'en fait quand il faut le faire il faut le faire quoi, donc euh... bah je pense quand même qu'il faut quand même plusieurs expériences, j'ai pas été confrontée à beaucoup de situations comme ça donc je pense que c'est encore un peu juste entre guillemets, mais après est-ce que je me sens capable de le faire... oui enfin, je dirais oui mais après, toujours en se posant la question est-ce que, genre avec une petite arrière pensée en se disant est-ce que c'est bien comme ça qu'il aurait fallu faire ou pas ?

- Est-ce que tu envisages de mettre en place des solutions dans l'avenir concernant le sujet, est-ce que tu envisages des formations ou autre chose ? Euh... j'ai pas réfléchi mais je sais que il y a des choses qui se, enfin si il y a des formations, si on nous proposait, oui, mais après je crois qu'à Angers je sais qu'il y en a qui le font, enfin quand j'étais externe il y avait des internes qui avaient participé à des ateliers. Mais j'avoue, on m'a jamais proposé. Et si on t'en proposait est-ce que ça t'intéresserait ? Euh... alors ça dépend sous quelle forme, oui, enfin, oui, je pense que c'est intéressant, oui mais personnellement j'aime pas trop tout ce qui est jeux de rôles et tout ça, mais après oui c'est des choses que, oui si y'a une formation oui.

- Est-ce que tu as eu pour toi-même ou des proches des vécus d'annonce qui auraient pu modifier ton regard sur le sujet ? Euh... pas vraiment, non, je vois pas, enfin, non, non.

- Et pourquoi cette annonce t'a touché plutôt qu'une autre ? Parce que c'était la première fois que je faisais quelque chose comme ça toute seule, je pense c'est surtout ça, et puis bah le contexte quoi, de quelque chose d'assez inattendu quoi. Parce la plupart du temps c'est une personne qui se présente en consultation et qu'on envoie faire des examens, enfin avec un processus à étape et tout là je pense que ça a été quand même assez rapide pour la dame donc c'est ça je pense qui a été pas très facile à gérer. Et puis aussi parce que quand on est aux urgences des fois on est un peu débordé et puis que y'a des gens qui viennent des fois pour, des gens qui viennent pour des douleurs chroniques, enfin c'est pas vraiment chronique, mais où ils auraient du consulter avant quoi et puis après c'est vrai que comme on voit, elle avait raison quand même de venir. Enfin on a toujours ce regard un peu biaisé aux urgences où, enfin un peu tout le monde mais les infirmières quand elles nous le présentent « oui bah ça c'est une dame qui a mal à la tête depuis 15j donc tu vois les autres d'abord puis t'iras la voir après quoi », c'était un peu ça, donc là dessus je pense que je me félicite entre guillemets de pas avoir, enfin j'ai fait aucune remarque sur le fait qu'elle avait pas

**consulté son médecin et tout, et après quand j'ai vu la suite je me suis dit que j'avais bien fait parce que je m'en serai voulu je pense.**

- D'accord, enfin est-ce que tu as quelque chose à rajouter, un point qui te paraît important sur le sujet ? Je m'étais posé la question aussi, enfin je sais pas si ça rentre dans la case, je m'étais posé la question si il fallait que je demande à un chef de venir avec moi ou pas, ou si il fallait que je le fasse toute seule, je savais pas trop. Pourquoi t'aurai voulu avoir un chef ? Bah je savais pas en fait si, si j'allais avoir besoin de quelqu'un ou pas, mais en fait finalement je pense que j'étais plus à l'aise seule qu'avec quelqu'un qui regarde, surtout, enfin surtout avec un médecin, enfin j'avais pas montré du tout, j'étais la seule à l'avoir examiné, donc je trouvais que ça aurait été pas trop adapté de faire venir quelqu'un d'autre. T'avais un lien avec la patiente, en fait ? Bah voilà oui, la suite logique, pour elle aussi je pense, c'était plus cohérent de, de garder la même personne. Mais c'est vrai que moi au début, enfin mon réflexe ça a quand même été de demander quand même à mon chef comment il ferait quoi. Pourquoi t'as voulu demander à ton chef avant ? Bah parce que justement comme j'avais pas trop été confronté à cette situation enfin je voulais avoir un peu, j'avais un peu ma, enfin j'avais un peu des idées sur comment j'allais faire, mais enfin, je lui ai parlé du résultat de mon dossier, des examens qu'on avait fait et tout ça, donc il m'a dit, enfin du coup je voulais avoir un peu ses idées, parce que c'est vrai j'aurais pas eu forcément l'idée de, de contacter quelqu'un, enfin j'aurais peut-être pas eu cette idée, je sais pas trop, je voulais avoir un deuxième avis quoi, pour confronter.

### Interne n°7

27/06/2014, salle au CHU, durée : 20 min

Identification interne : 2<sup>ème</sup> semestre MG, stage actuel urgences au CH de Laval, faculté d'origine Toulouse

- Est-ce que tu peux me raconter un cas d'annonce de mauvaise nouvelle faite à un patient ? Ouais l'annonce d'une hémorragie méningée aux urgences, une petite mamie de c'était 87 je crois, 87 ans, qui, qui du coup est venue dans un état plutôt bien, qui était avec un glasgow à 15 et qui avait déjà eu des signes d'hémorragie, j'ai attendu beaucoup pour le diagnostic parce que le scanner était pas forcément prioritaire au vu de son âge, et j'ai du lui annoncer du coup que c'était grave, qu'elle allait sûrement s'aggraver, parce que c'était une hémorragie assez sévère et que je savais pas encore si elle allait être acceptée ou non à Angers, transférée au CHU pour être pris en charge ou si enfin, ce qu'on allait faire quoi, si c'était euh... gérable ou pas et du coup voilà, j'ai du dire que c'était grave, je lui ai annoncé que ce serait bien d'appeler ses proches, elle a refusé, elle a demandé immédiatement de l'achever, euh (rires), parce que elle avait vécu une paralysie de son mari suite à un AVC, un premier AVC et après avant son décès et du coup elle voulait pas revivre une situation de handicap comme ça, et elle voulait pas du tout inquiéter sa famille en disant qu'elle avait une très belle vie et tout ça et que c'était le moment pour elle de partir, que c'était un signe, voilà. Donc j'ai du essayer de lui dire que c'était important de prévenir sa famille parce que voilà, déjà c'était très grave et que peut-être que ses enfants auraient voulu... et finalement bah elle a été transférée donc euh, j'ai eu la chance qu'elle soit transférée, qu'elle a été prise en charge et j'ai eu un appel de sa fille, enfin j'ai appelé sa fille entre temps pour la tenir au courant, elle avait aussi accepté que je prévienne quelqu'un, et euh... enfin non c'est plutôt la fille qui avait appelé dans le service parce qu'elle savait qu'elle était aux urgences et du coup elle m'a demandé des nouvelles et elle avait accepté que je lui dise que c'était effectivement très grave, qu'elle pouvait décéder et tout ça, et parce que mes chefs m'avaient dit dans, vraiment qu'il fallait lui dire en disant faut dire les mots, mais sans vraiment en dire plus, et j'ai eu un appel de la fille du coup 10 jours après, 10-15 jours après pour me remercier aux urgences en disant que elle était sortie de soins intensifs et que ça s'était très bien passé, voilà.

- Donc le cadre de l'annonce, t'étais toute seule ? Toute seule dans un box des urgences. Avec la patiente ? Oui Y'avait juste la patiente ? Oui

- Est-ce qu'elle savait déjà quelque chose au moment de l'annonce ? Euh... elle savait qu'elle allait faire un scanner, que c'était probablement un problème au niveau cérébral mais elle savait pas du tout, pas grand chose.

- Et est-ce qu'elle était en demande d'information ? Bah, en fait elle m'a demandé confirmation du fait que c'était bien grave quand je lui ai annoncé ce que c'était, que c'était bien le cerveau, que c'était, et après

**elle a pas cherché plus à vouloir comprendre les mécanismes, les, voilà parce qu'elle m'a immédiatement dit de, de l'achever.**

- Quelle a été la réaction de la patiente, quand tu lui as annoncé ? **Bah elle m'a demandé de l'achever (rires), c'est ça et après c'est de faire ce que je pouvais mais de pas m'inquiéter, à la limite de pas m'inquiéter de dire voilà c'est comme ça et c'est, ça doit être mon heure mais en tout cas je veux pas souffrir.** Elle a pas été surprise, elle a pas été choquée, de ton annonce ? **Non, je, non parce que, je pense qu'elle a vu à ma tête que, je lui ai dit immédiatement que c'était très grave et du coup, non, elle a vu qu'elle avait attendu longtemps, je lui avais expliqué qu'elle avait passé un scanner, je lui avais expliqué progressivement, enfin elle savait qu'elle avait passé un scanner de la tête donc pour elle elle savait qu'il y avait peut-être un problème.**

- Et toi comment tu as réagi en retour ? **Euh... ça a été difficile. C'est à dire ? J'ai du retenir de pas, du coup, de, pour insister, de devoir lui expliquer, de pas me mettre à pleurer (rires), voilà. C'était, c'est, c'était l'annonce la plus dure que j'ai pu faire. Je m'attendais pas du tout à cette réaction là en fait et euh... ça m'a fait bizarre d'annoncer à quelqu'un qui pouvait s'aggraver, que je savais pas déjà si elle allait être, si on allait la prendre en charge ou pas, si il y avait des choses à faire pour elle ou pas, de voir que ça dépendait pas de moi, et je me suis sentie assez impuissante de, devant l'attente en fait et de, et de devoir la prévenir que elle pouvait s'aggraver très rapidement, notamment pendant le trajet, que, voilà donc obligé de l'informer de ouais, d'une diminution de sa vigilance et tout ça, c'est, ouais je, c'était difficile à expliquer.**

- C'est un peu la même chose mais qu'est-ce qui t'as posé difficulté dans l'annonce ? **Bah du coup devoir, avoir l'imp.. enfin devoir expliquer sans savoir exactement ce qu'elle voulait entendre ou pas, et euh... bah du coup pas vraiment se projeter, pouvoir prendre de la distance en fait, et euh ouais non trouver les mots, arriver à trouver les mots, expliquer alors que j'étais pas forcément moi-même assez au courant ou à l'aise avec le sujet peut-être pour annoncer, et m'être trouvée seule en fait sans avoir vu d'annonce de ce type là. C'étais une de tes premières ? Bah de ce stage oui. J'ai annoncé pas mal de fausses couches, de choses comme ça mais là j'avais jamais vu de, ouais d'annonces graves de ce type là.**

- Au contraire, qu'est-ce que tu as trouvé pertinent dans ton annonce ? **Bah, je sais pas (rires). Je pense qu'elle a vu que j'étais assez empathique, que j'essayais de la prendre en considération, j'essayais d'être, d'être à son écoute, d'être présente, de la rassurer et d'essayer de répondre à son, à ce qu'elle me disait enfin, pas de lui avoir annoncé rapidement mais quand même de façon un peu progressive et de toute façon de l'avoir tenue on va dire informée à chaque fois que je faisais quelque chose, d'avoir expliqué en fait, d'avoir essayé de lui expliquer enfin pas de juste lui balancer l'information et partir.**

- Quel a été ton sentiment à l'issue de l'annonce ? **Euh... insatisfaction mais c'était pas trop l'annonce donc c'est difficile à dire, c'était plutôt la, le, si l'insatisfaction de pas forcément apporter toutes les réponses données, tout expliquer en fait. Et si t'avais su parfaitement ce qu'il allait se passer tu aurais mieux vécu l'annonce ? Bah disons que j'avais, j'étais partagé entre l'idée d'attendre, d'avoir les informations, toutes les informations, voir si elle allait ou pas être transférée avant de lui annoncer parce que du coup j'étais obligée de lui, de lui donner une information complètement partielle en lui disant que je savais pas si on allait la traiter ou pas et du coup ouais j'étais assez, ouais je me sentais pas forcément armé pour expliquer, j'aurais bien aimé avoir une conduite à tenir. Et qu'est-ce qui a fait que tu as annoncé avant d'avoir la conduite à tenir des neurochirurgiens ? Parce que ça pouvait durer très longtemps et parce que, enfin ça faisait un moment que j'attendais, j'ai attendu un petit peu et que ils étaient pas joignables donc au bout d'un moment, comme je savais que l'interne attendait l'avis de son chef, j'ai, enfin et comme je savais que le chef était pas joignable tout de suite je me suis dit que je pouvais pas faire attendre plus longtemps parce que là, je voulais qu'elle soit informée avant, au cas où elle se dégrade en fait, quand elle était encore capable de bien comprendre. Et puis pour avoir son avis aussi, savoir si je devais prévenir sa fille.**

- En y repensant qu'est-ce que tu aurais fait différemment, ou pas, dans cette annonce ? **J'aurais peut-être demandé un peu plus à un chef de me dire exactement quels mots utiliser, plutôt que juste écouter le fait, enfin qu'on me dise faut que tu lui dise, utilise les mots pour dire que c'est grave et puis point barre. Après je pouvais pas anticiper le fait qu'elle me dirait de l'achever mais (rires), mais ouais, je me serais peut-être plus renseignée avant sur la démarche on va dire.**

- Est-ce que tu en as rediscuté avec tes chefs après ? **Euh, oui, j'ai tenté (rires). Et j'ai tenté d'expliquer le fait que je m'étais sentie un petit peu désemparée et devant l'absence de réaction on va dire j'ai considéré que c'était pas forcément les personnes enfin qui m'en parlaient. Donc tu en as rediscuté avec quelqu'un**

d'autre ? J'en ai rediscuté avec des internes. Par rapport à ? Mon vécu, parce que enfin c'était pas forcément pour demander ce qu'ils auraient fait ou quoi c'était juste parce que sur le coup ça m'a, ça m'a un peu désespoiré et j'avais besoin d'en parler en fait, c'était plus comme ça.

- Quelle formation tu as reçue concernant le sujet depuis le début de tes études ? Là comme ça pas grand chose à part le fait que on avait la possibilité de passer en soins palliatifs donc j'avais vu des personnes, mais qui avaient déjà un diagnostic donc c'est vrai j'ai pas vraiment eu l'impression de ouais, d'avoir été confrontée à ça auparavant. Et la consultation d'annonce y'a pas eu de formation théorique pendant l'externat ? Bah y'a les cours de santé publique sur les, sur l'annonce d'un diagnostic grave ou un truc comme ça il me semble que c'était un item mais c'était franchement pas forcément vu, enfin j'ai pas le souvenir d'avoir vraiment passé beaucoup de temps sur ça.

-Et quelles solutions tu envisages de mettre en place dans l'avenir par rapport à ce sujet, si tu envisages de mettre en place des choses ? Là du coup peut-être que je me disais qu'en tant qu'externe avant d'être confrontée en tant qu'interne je pense que dans le cadre des études ça devrait se faire en fait dans les services où on est confronté à des maladies assez graves parce que tout le monde passe pas, enfin normalement je sais pas si c'est comme ça dans toutes les facs mais nous on passait tous en cancérologie donc euh, avoir une sorte de, de ouais de cours de consultation d'annonce où dans des stages un peu comme ça pour justement que tout le monde y soit passé avant d'être confronté à soi-même, en tant qu'interne devoir le faire quand parfois on est dans des services où justement on a pas forcément de chef qui prenne en charge on va dire. Et toi personnellement est-ce que t'as un besoin de formation ? Bah moi ouais ça m'intéressera de suivre le cours, je sais que dans le cadre du module A y'a le cours annonce diagnostique de maladie grave donc oui j'aimerais bien le faire celui là, bah lors de l'internat, et après c'est vrai que je demande parfois maintenant à des chefs quand j'ai une annonce particulière à faire ou un truc que je connais pas du tout, savoir qu'est-ce que je peux essayer d'aborder, avoir des clés.

- Est-ce que tu te sens capable de faire une annonce en tant que professionnel de soins primaires ? Bah, plus tard, oui, du coup, en tant que personne thésée, après, ou en stage ? Est-ce que tu te sens capable de faire une annonce, seule, au cabinet ? Euh, non, pas encore. Pas encore alors. Qu'est-ce que tu penses qu'il te manque ? Bah déjà je pense que seule au cabinet j'aurai pas forcément toutes les clés en main, enfin toutes les informations, toutes les connaissances enfin parfois sur les maladies parce qu'il y a des, certaines maladies peut-être que pour lesquelles je serai plus à l'aise parce que je connaîtrai bien mais celles qui relèvent un petit peu du spécialiste j'ai peur de pas forcément avoir toutes les explications à donner, donc, peut-être une première annonce pour orienter, pour dire que c'est grave mais, voilà, de consulter un spécialiste mais pas forcément de faire l'annonce complète parce que, pour pas paraître, pas me retrouver dans une situation où je peux pas répondre au patient et finalement, transformer ça avec une frustration de laisser beaucoup de questions chez le patient auxquelles je sais pas répondre, je sais pas si c'est, voilà.

- Est-ce que tu as eu pour toi même ou des proches des vécus d'annonce qui auraient pu modifier ton regard sur le sujet ? Euh... non, pas particulièrement. Enfin si, annonce de spécialiste peut-être un peu trop rapide donc, peut-être ce qui pourrait être pas mal c'est que, d'être en relation on va dire avec le spécialiste pour que ce soit programmé pour éventuellement prendre le relais ensuite, ou avant, enfin qu'il y ait une sorte de collaboration, avec le spécialiste, au moment, dans le cadre d'une annonce que être prévenu pour justement pas être face, confronté à un manque de connaissance sur le sujet ou quoi que ce soit, ou avoir le temps de s'y préparer ou de faire des recherches que sur le moment, euh mais je sais pas après si c'est faisable. Mais ça ça peut-être euh...

- Et pourquoi cette annonce t'a touché plutôt qu'une autre ? Parce que je me suis sentie, parce que je me suis sentie un peu défaillante on va dire (rires) dans mon, j'avais l'impression de, ouais qu'il manquait des choses, de pas être, ouais je me suis pas sentie à l'aise en fait, pas compétente et, parce que bah finalement je me suis sentie touchée personnellement par rapport à cette annonce alors que, que j'en avais déjà fait d'autres auparavant qui, qui m'ont touche, qui étaient pas forcément faciles mais où j'avais pas forcément besoin d'évacuer après. Qu'est-ce qu'il y avait de différent justement avec toutes les annonces que tu avais faite avant ? Bah celles d'avant étaient, j'avais été préparé, tout simplement. C'était plutôt du coup des annonces en gynécologie lors de mon premier stage et c'était plutôt des annonces de fausses couches, de choses comme ça, et du coup y'a pas déjà le cadre, c'est pas exactement au niveau de la gravité peut-être que y'a une question d'empathie mais c'est peut-être pas pareil qu'annoncer le niveau de gravité quand c'est quelqu'un qui va peut-être décéder, et y'a le fait que y'avait un chef qui nous avait montré, qui nous avait, j'avais vu faire quelqu'un déjà une première fois donc j'ai pu réutiliser un peu ses mots et l'adapter au fur et à mesure.

- Est-ce que tu as quelque chose à rajouter, un point qui te paraît important concernant le sujet ? **Euh...non je sais pas trop peut-être que y'a des, ça mérite oui peut-être plus de réflexion pour savoir ce qu'il y a à faire après du coup là à vide c'est un peu difficile (rires).**

## Interne n°8

**26/06/2015, salle à la faculté, durée : 20 min**

Identification interne : 4ème semestre MG, stage actuel pédiatrie CH Cholet, faculté d'origine Brest

- Est-ce que tu peux me raconter un cas d'annonce de mauvaise nouvelle faite à un patient ? **Oui alors du coup c'est un patient d'une cinquantaine d'année, non 60 ans qui était ingénieur à la retraite, mais qui continuait de travailler, qui faisait du conseil aux entreprises, il voyageait énormément, et il s'est présenté aux urgences d'Angers avec une douleur à la hanche, de plus en plus importante, qui s'était majorée pendant l'avion, et donc on lui avait fait des examens, il a fini par avoir un scanner qui montrait qu'il y avait une énorme masse au niveau de sa hanche, un tissu mou, et euh... on a fait un bilan et puis finalement il avait un cancer à petites cellules pulmonaire avec une grosse métastase osseuse et euh... et donc voilà, l'annonce c'était T.J (pneumologue CHU Angers) du coup, en plus c'était un patient qui était hyper intelligent, enfin il était ingénieur, sa femme c'était pareil, vachement dans le contrôle, et donc pendant la consult d'annonce il a tout réexpliqué, « alors vous vous êtes bien rendu compte, la douleur... », tout réexpliqué les symptômes, il est reparti depuis le début, c'était un patient fumeur, et donc il a réexpliqué les symptômes, la douleur, l'apparition de la grosse masse sur le scanner, qu'on a fait un scanner pulmonaire après qui retrouvait les tâches sur le poumon et il a commencé à expliquer du coup voilà le traitement qu'on allait mettre en place, un petit peu le pronostic mais sans être non plus trop précis parce que de toute façon on peut pas, et il a expliqué tout étape par étape, la chimiothérapie, les effets secondaires, les protocoles comment ça allait se passer la chimio toutes les 3 semaines, et le patient bah, bizarrement enfin bizarrement il a vraiment réagi, il a pris les informations comme elles venaient, voilà il posait pas trop de questions, voilà je sais pas ce que je peux dire de plus...**

- Donc tu étais juste témoin ? **Ouais j'étais juste témoin.**

- Qui était présent ? Il y avait juste T.J, toi, le patient ? **T.J, moi, le patient, sa femme et une infirmière. L'infirmière des soins palliatifs, parce que d'emblée on s'est dit que c'était un patient qui demanderait du temps et l'infirmière des soins palliatifs c'est pas forcément pour les soins palliatifs mais voilà pour ceux qui ont besoin de temps et qui ont un pronostic assez sombre.**

- Est-ce que le patient savait déjà quelque chose au moment de l'annonce ? **Au moment de l'annonce non. Il savait juste qu'il avait voilà une masse au niveau de la hanche, qu'il fallait qu'on trouve ce que c'est, et qu'il avait des tâches sur le poumon. Il savait pas forcément qu'il y avait un lien, enfin, il était un peu dans le flou, on lui avait dit c'est possible que ce soit en lien ou 2 choses complètement différentes donc euh...**

- Est-ce que le patient était demandeur d'information au moment de l'annonce ? **Ouais.**

- C'était quoi la réaction du patient au moment de l'annonce ? **Bah pas beaucoup de réaction, il a pas, il a pas pleuré, il s'est pas énervé, il a juste bien reposé les choses en disant « Donc c'est bien un cancer du poumon, avec une métastase », voilà il a dit « Bon donc c'est mal barré » mais il était pas, il s'est pas effondré, et voilà, il est pas non plus resté, c'était pas non plus... (cherche ses mots) il était pas stoïque ? ouais voilà il était pas stoïque non plus mais il était, bah hyper calme, pas stressé, il avait bien compris pourtant, il était pas dans le déni non plus, il était vraiment, bah il a pris la nouvelle comme elle est venue.**

- C'était quoi ta réaction, face à la sienne ? **Bah moi j'étais un peu surpris de voir que ça se passe vraiment, tout, de manière lisse, qu'il y ait pas eu un peu de colère ou un peu d'inquiétude c'est surtout sa femme qui était plus inquiète mais lui, lui rassurait sa femme, il lui disait « bah de toute façon c'est comme ça c'est comme ça », voilà moi j'étais surtout étonné de voir comment lui, il a pas réagi quoi. Tu t'attendais à quoi comme réaction ? Bah je m'attendais à plein de questions, un peu de panique, des questions surtout sur le pronostic, est-ce que j'ai des chances de m'en sortir, et j'étais étonné qu'il pose pas ces questions là alors après peut-être qu'il savait qu'un cancer pulmonaire avec des métastases, il savait qu'il avait pas beaucoup de chances mais il a pas posé la question, c'est ça qui m'a étonné quoi.**

- Est-ce qu'il y a quelque chose qui t'a posé difficulté dans cette annonce ? **Dans cette annonce là... ça change quelque chose que ce soit moi qui l'ai faite ou pas ?** Non. **Bah ce que j'ai trouvé un peu dur c'est que, c'est qu'il y a énormément d'informations dès la première annonce, donc avec comment ça va se passer, comment on rentre à la maison, faire des bilans pour voir si il y a pas de neutropénie, enfin énormément d'informations et je trouve que c'est hyper compliqué pour les patients, d'assimiler tout ça, après il restait hospitalisé donc il a le temps de poser des questions mais c'est vrai que c'est vraiment... je trouve l'annonce de la maladie avec le mot cancer et métastase c'est presque une petite partie de la consultation d'annonce quoi, après c'était vraiment on rebondit sur la suite, on s'organise, c'est bon quoi. Pour toi ça faisait trop d'informations ? Ouais ça faisait vraiment beaucoup d'informations.**

- Au contraire qu'est-ce que tu as trouvé pertinent dans cette annonce ? **Bah ce que j'ai trouvé pertinent c'est la progressivité de l'annonce quoi, vraiment en reprenant tout depuis le début, en reprenant vraiment toute l'histoire de la maladie avec le patient, en disant bah quand on a vu la masse déjà on s'est dit qu'il fallait aller chercher ce que c'était en faisant une ponction parce qu'il a parlé de la ponction pour la masse sur le scanner, ouais voilà c'est ça que j'ai trouvé pertinent, c'est repartir de zéro, qu'il utilise vraiment les vrais termes, qu'il parle de cancer, de métastase, de chimio, voilà de maladie gravissime, il utilisait souvent des mots vraiment, assez forts pour faire comprendre au patient et non, il évitait pas quoi. Il cachait pas la vérité. Ouais.**

- C'était quoi ton sentiment à l'issue de l'entretien ? **Mon sentiment, euh... bah en fait, c'était un cas de cancer assez particulier, au début c'est vrai que personne n'y croyait, le fait que ce soit un cancer pulmonaire avec une métastase aussi grosse, au niveau de sa hanche, et mon sentiment, c'était... en fait j'étais presque content qu'on sache ce que c'est et qu'on allait enfin pouvoir commencer des traitements et j'avais vraiment un sentiment de, vraiment qu'on réussisse à le guérir quoi. Enfin, comme ils étaient hyper coopérants, hyper intelligents, ils posaient les questions vraiment utiles et franchement la prise en charge elle était vraiment, pas facile mais ça se passait hyper bien, et du coup c'est vrai que c'était, on avait envie de, d'aller avec eux quoi, d'être en équipe Il y avait une coopération Ouais voilà quoi, on travaille vraiment ensemble et ça c'était vraiment bien.**

- Qu'est-ce que tu aurais fait différemment, si il y a quelque chose que tu aurais fait différemment pour cette annonce ? **Euh...j'aurais... ouais non je l'aurais pas vu tout seul, surtout que c'était bien qu'il le voie avec sa femme. J'aurais peut-être pas expliqué tout de suite la chimio, j'aurais peut-être voilà, parlé du cancer, parlé de je sais pas choisir le meilleur traitement, qu'on allait se réunir pour en parler, et je pense que dans un deuxième temps je serais peut-être allé lui expliquer la chimio, pour la surveillance du scanner, parce qu'il a parlé de tout ça en même temps. Plus progressif peut-être dans l'annonce.** D'accord. Vous aviez demandé au patient si il voulait être accompagné pour l'annonce ? **Ouais, donc on avait demandé si il voulait que sa femme soit là ou ses enfants ou même qu'on les voit, ses enfants, à distance, pour leur réexpliquer parce que forcément quand on transmet l'information c'est pas exactement la même qui est dite.**

- Est-ce que tu en as rediscuté après avec T.J, de cette annonce ? **Pas tant que ça. Non parce que ça s'est vraiment bien passé et j'avais pas plus de questions que ça, si j'ai du lui parler un petit peu des, voilà du fait que c'était un peu surprenant qu'il s'énerve pas plus que ça, qu'il s'inquiète pas, voilà je disais que j'aurais réagi différemment mais voilà on a parlé surtout de la réaction du patient qui était, je veux dire, bien reposé, il s'est pas du tout...et puis le fait qu'il aie pas parlé de pronostic moi ça m'a aussi un peu surpris, que le patient pose pas la question, donc on a parlé un petit peu de ça et il m'a dit quand ils posent la question de toute façon on peut pas vraiment y répondre, on peut leur dire voilà c'est gravissime, le pronostic est assez sévère mais là il a pas posé la question donc il a pensé que c'était pas facile à Et t'as préféré justement qu'il pose pas la question ? Bah moi je trouve justement que c'est plus facile. Enfin je trouve que la question est très dure, pour répondre, parce qu'on peut pas savoir, on peut pas leur donner un compte à rebours en disant c'est 6 mois ou 10 mois, on peut pas leur dire non plus tout va bien aller, donc voilà c'est vrai que là dessus T.J il y allait progressivement il disait bah on va faire la chimio, si ça marche pas on change de chimio, il y allait vraiment par étapes après pour la suite.**

- Quelle formation tu as reçu concernant le sujet ? **Bah quand j'étais à Brest, externe on avait eu justement la simulation là avec des jeux de rôle où il y avait un externe qui faisait le patient, un externe qui faisait le médecin, donc on était filmé, on a pas vu les vidéos par contre mais voilà après on débattait, on disait qu'est-ce qui était bien, comment il avait réagi, et sinon c'était plutôt des cours un peu généraux voilà avec attitude empathique, information machin claire loyale, mais y'avait jamais de choses précises. Et est-ce que ça t'a servi la formation que tu as faite ? Ouais je pense un petit peu ça m'a, ça m'a peut-être permis de me rendre compte bah qu'on pouvait être en difficulté devant des patients pendant des consultations**

**difficiles mais que au final c'était à nous de montrer qu'on pouvait mener aussi l'entretien, rattraper aussi quand ils partent dans tous les sens, voilà c'est plus ça qui m'a aidé, on a eu qu'un cours, un cours de 3h, quelques situations mais... c'était bien aussi, aussi de voir les autres, les autres externes, comment ils faisaient, qu'est-ce qu'ils disaient, les petites phrases un peu que tout le monde sort, c'était pas mal ça.**

- Est-ce que tu te sens capable de faire une annonce en tant que professionnel de soin primaire ? **Maintenant oui. Si je connais bien la pathologie. Si je la connais bien, après si c'est des maladies hyper spécifiques ou des, enfin ou des maladies un peu rares, je me sentirai pas de le faire. Pour moi je pense pour faire une bonne consultation d'annonce il faut vraiment bien connaître la maladie. Pour expliquer vraiment bien les choses, pour que le patient sache où on va, qu'il comprenne qu'on a l'habitude, voilà qu'on est un peu sa personne référente, qu'il puisse s'accrocher un peu à nous.**

- Est-ce que tu envisages de mettre en place des solutions pour te former sur le sujet dans l'avenir ? **Non, je pense pas que j'irai particulièrement courir après ça, après je pense pas non plus être suffisamment formé mais je pense que ça vient aussi avec le temps, et on apprend beaucoup avec les gens ! Même avec les patients, enfin c'est jamais pareil, avec certains patients on apprend aussi en fonction de comment il réagit, ça nous permet de voilà, quand on fait des fautes par maladresse, aussi pour faire attention de pas les faire plus tard. Mais après des formations je trouve que théoriquement c'est un peu difficile d'avoir des cours adaptés. A part la simulation je pense que c'est bien.**

- Est-ce que tu as eu pour toi même ou des proches des vécus d'annonce qui auraient pu modifier ton regard sur le sujet ? **Ouais pas forcément grave mais, non mais y'a ma grand mère qui a un problème de rein alors personne sait ce que c'est mais elle s'est fait greffer un rein à 80 ans ou 75 ans et ce que j'ai trouvé surprenant c'est de voir l'entourage qui se rassemble autour, et qu'au final quand les gens sont pas du tout du milieu en fait ils comprennent rien du tout. « Ah mais le médecin il a dit ça, on va faire ci » mais en fait ils, je pense qu'ils comprennent vraiment pas grand chose, voilà une greffe de rein c'est quand même assez particulier, je pense que les cancers aussi ou les maladies chroniques je pense qu'au final ils comprennent vraiment pas très bien les choses. On en explique pas assez ou on pense qu'ils vont comprendre mais en fait, moi ce que j'ai vécu dans ma famille c'est qu'ils ont pas tout compris, les enjeux, les traitements, pourquoi il fallait la vacciner contre la grippe, l'hépatite b, refaire des bilans infectieux régulièrement, sur la créatinine ils ont rien compris, elle monte elle descend, la clairance ils savaient pas la différence et... ils ont pas forcément besoin de tout savoir non plus mais... Et ils disaient qu'ils avaient rien compris ou c'était toi qui t'ai rendu compte ? Non bah ils essayaient un peu, comme moi j'étais déjà loin, j'avais des nouvelles par ma mère et voilà elle partait dans tous les sens elle me disait « ils ont dit ça, ils ont fait ci » et après elle me disait, bah après elle se rendait compte qu'elle comprenait pas très bien mais, mais voilà quoi.**

- Pourquoi cette annonce t'a touché plus qu'une autre ? **Je pense que c'est parce que c'était au début du semestre, c'était un patient hyper coopérant quoi, vraiment quelqu'un où on sent que quand on explique les choses il comprend, qu'il pose vraiment des questions pertinentes... C'était la consultation idéale ? Ouais, bah après je vais pas faire l'éloge de T.J mais c'est vrai que ses consultations elles étaient vraiment... et à chaque fois que ça se passait mal en terme de pronostic ou de complications, il expliquait super bien et je me suis rendu compte que c'était vraiment en expliquant aux gens que il y avait le moins de problèmes. Enfin, il peut y avoir un problème, même une erreur médicale, si on leur explique il vont moins en vouloir. Si on leur dit pas ou si ils ont pas compris. Ca m'a touché je pense parce que c'était au tout début et c'était T.J, c'était la première fois que je voyais vraiment des belles consultations d'annonce, et puis le patient voilà, coopérant.**

- Est-ce que tu as quelque chose à rajouter, un point qui te paraît important sur le sujet ? **Peut-être aller par étapes, en plusieurs parties. Le côté de reprendre toute l'histoire moi je trouve ça parfait parce que ça permet au patient un peu de résister aussi d'où venait le problème, de comprendre comment ça fonctionne, comprendre un petit peu notre cheminement aussi, nous on s'est posé la question du poumon, et euh... voilà donc ça c'est bien. Et puis pendant la consultation laisser après les questions ouvertes à la fin, et vraiment faire comprendre que si il a des questions un peu plus tard ne pas hésiter à les poser quoi. Un peu les laisser digérer l'annonce quoi.**

## **Interne n°9**

**30/06/2015, salle à la faculté, durée : 20 min**

- Est-ce que tu peux me raconter un cas d'annonce de mauvaise nouvelle faite à un patient ? **Donc c'est un gamin de 10 ans qui est amené par sa mère parce qu'il est moins bien, céphalées fébriles depuis hier soir, fièvre jusqu'à 39, un gamin qui à l'entrée me paraît plutôt apathique, un peu ralenti, même d'expression, même aux questions posées directement pour lui, euh voilà.** Bon céphalées fébriles, tableau somme toute assez fréquent, je l'examine pas de franche raideur de nuque, pas de Brudzinski mais ouais plutôt ralenti, à l'examen j'ai pas de point d'appel franc, d'autre point d'appel de la fièvre, j'en arrive à la fin à l'examen des, des amygdales alors j'ai pas le bâton je met la lumière déjà, et à la lumière il se recroqueville en boule sur le côté en pleurant, qui m'orienté vers une photophobie même sans lui mettre la lumière directement dans les yeux, voilà, je m'inquiète un peu, il est toujours fébrile donc à l'examen, bah clairement ma première suspicion même en l'absence de raideur méningée c'est quand même une méningite. Je redemande à la mère si il est tout le temps comme ça c'est à dire pas très expressif, plutôt calme, très calme et en fait la mère me dit que non, que ça fait depuis hier il a pas bougé du canapé et que ça lui ressemble vraiment pas. Et donc ma question c'est plutôt comment dire à la mère que déjà 1 je voudrais qu'elle l'amène aux urgences parce que pour moi ça me paraît être la meilleure solution, et 2 que je suspecte une méningite. Voilà, donc là très clairement la situation est pas facile parce que je sens, on est en consultation en duo avec mon prat lui il est pas, l'aurait pas emmené aux urgences très clairement, donc c'est un petit peu la question et en même temps je sais que c'est moi qui mène la consultation donc c'est moi qui vais jusqu'au bout de mon idée et que enfin, très clairement enfin moi je me vois pas le laisser rentrer chez lui avec du Paracétamol. Donc là la question pour moi c'est de prononcer les gros mots qui font peur, très clairement donc déjà c'est de dire je voudrais que vous l'amenez aux urgences pour faire d'autres examens, ce que je suspecte c'est une méningite et finalement c'est pas si facile à dire que ça, voilà et en plus je me suis complètement emmêlée les pinceaux et je crois que j'ai pas dit ponction lombaire parce que j'avais l'impression qu'elle comprendrait pas alors que finalement la mère était ultra cortiquée et que je pense qu'elle savait déjà ce que c'était, donc je me suis un petit peu embourbée du genre, « bon je pense qu'ils commenceront par faire une prise de sang si ils ont le même avis que moi et ensuite ils feront éventuellement une ponction pour regarder le liquide qui est dans la colonne vertébrale » donc c'était pas très clair et somme toute potentiellement plus inquiétant que si j'avais dit ponction lombaire, voilà.

- Donc le cadre, c'était en duo avec ton prat ? **Avec mon prat, ouais.** Y'avait que toi qui parlais ou il t'a repris en même temps ? **Non il m'a laissé m'embourber dans le truc.** Donc vous étiez 4 dans le cabinet ? **Ouais.**

- Est-ce que la maman savait déjà quelque chose au moment de l'annonce enfin est-ce qu'elle se doutait de quelque chose ? **Je crois pas, elle avait l'air plutôt surprise que pour la suite ce soit d'aller aux urgences, surtout que j'étais chez un prat qui a l'habitude de gérer les choses en ambulatoire, qui envoie vraiment que quand, voilà, rarement.** Je pense qu'elle était plutôt surprise de ça. Elle avait pas forcément fait le lien entre céphalée fébrile et méningite dans le sens où lui il teste tout le temps les manœuvres (note : Kernig et Brudzinski) et là elles étaient normales, donc elle je pense qu'elle s'était dit bah les manœuvres sont comme d'habitude, voilà. Je pense qu'elle s'en doutait pas franchement.

- D'accord. Est-ce qu'elle était en demande d'information ? **Oui, c'est elle qui m'a demandé ce qui allait se passer aux urgences.** Ouais voilà, ce qu'on allait faire aux urgences, sa question claire c'était « bah qu'est-ce qu'on va faire de plus qu'ici ? ». Voilà donc j'ai répondu pour le coup que voilà, probablement il y aurait une prise de sang +/- une ponction lombaire si ils pensaient la même chose que moi.

- C'était quoi la réaction de la maman ? **Bah de l'inquiétude. De la surprise parce que je pense qu'elle s'attendait pas forcément à quelque chose comme ça.** Ouais du questionnement.

- Et c'était quoi ta réaction en retour ? **Bah je me sentais pas très à l'aise parce que mes explications étaient pas, c'était pas fluide, euh j'aurais du prononcer les mots parce que ça aurait sans doute simplifié beaucoup de choses et en même temps comme j'étais pas franchement, de toute façon on peut pas être sûr mais comme j'étais pas non plus sûre que ce soit ça, et que, et que je connaissais suffisamment bien mon prat pour savoir que lui il aurait pas fait de la même façon ça me mettait quand même dans une situation, ouais un peu inconfortable.** Voilà et en même temps ça me paraissait suffisamment justifié pour l'envoyer donc c'était, je trouve c'est cette situation là qui fait que c'est pas très confortable et en même temps j'étais tentée de les rassurer et en même temps fallait quand même que j'explique, voilà, ce qui allait se passer, parce que ça pouvait aussi être quelque chose de grave. Ca t'a gêné de penser que tu pouvais annoncer différemment de ton prat ? **Oui, surtout que c'était une situation avec laquelle on avait déjà été confronté, au final le passage aux urgences lui avait donné raison, donc ça me, c'était ça qui était pas très**

confortable pour moi mais je me dit que si j'arrive à envoyer les gens aux urgences si il est pas d'accord quand je serai toute seule j'aurai aucun scrupules à envoyer les gens aux urgences.

- Qu'est-ce qui t'a posé difficulté dans cette annonce ? Euh... ne pas savoir quels étaient les termes bah qu'elle connaissait finalement, ce que je pouvait utiliser comme mots, qui parfois sont trop compliqués, parce que je la connaissais pas d'avant mais en fait, voilà, c'était une mère qui était cortiquée. Bah on annonce de l'incertitude, voilà on annonce seulement une suspicion et finalement moi je trouve que c'est presque plus compliqué que d'annoncer quelque chose où on est sur, parce qu'on apporte beaucoup d'inquiétude alors que si ça se trouve ça va bien se passer et vice versa on peut rassurer alors que, enfin y'a une probabilité pour que ça soit grave même si c'est plus rare. En plus du, enfin voilà on a jamais envie d'annoncer une grave maladie, une infection bactérienne ça fait jamais plaisir enfin voilà après faut l'annoncer quand même.

- Qu'est-ce que tu as trouvé pertinent dans ton annonce ? Euh... pas grand chose ! Non, euh...bah de quand même dire, « je vais vous envoyer aux urgences parce que je suspecte une méningite » ça quand même c'était clair et c'était pertinent, surtout ça, après, lui demander si elle avait des questions, c'était pertinent aussi.

- C'était quoi ton sentiment à l'issue de l'entretien ? De l'inconfort (rires). Sincèrement, c'était ça.

- Et qu'est-ce que tu aurais fait différemment ? J'aurais dit ponction lombaire, déjà. Parce que je pense que dire le mot et ensuite dire ce que c'est c'était mieux, c'est pas forcément très difficile à expliquer. J'aurais peut-être plus, enfin c'était difficile parce qu'il était un peu léthargique aussi l'enfant mais j'aurais peut-être plus expliqué à lui parce que je pense que, passé l'épisode de l'examen, pour expliquer la suite de la prise en charge je l'ai un peu squizzisé, très clairement. Et après peut-être moins craindre de lui dire, moi je suspecte ça mais vous allez être évalué par quelqu'un qui peut être ne va pas suspecter la même chose mais voilà en tout cas il y aura eu un deuxième avis et si il y a besoin de faire des examens complémentaires ils auront le plateau pour les faire mais voilà c'est aussi accepter de lui dire bah oui je sais pas tout, c'est pas un diagnostic de certitude que je vous propose mais, voilà, c'est pas toujours très facile à dire.

- Est-ce que tu en as rediscuté avec ton prat ? Oh bah bien sûr (rires), je n'ai pas coupé à la séance de briefing par dessus, euh... qui m'a dit « moi je l'aurais pas envoyé », bon, je sais que c'est le jeu, voilà il m'a repris pareil, il m'a dit qu'il fallait que je prononce les mots, voilà, c'est tout ce qu'on en a dit. Et tu as eu le fin mot de l'histoire ? Méningite virale. Donc j'ai bien fait de l'envoyer. Mais la fois d'avant j'avais tort donc euh voilà, là j'avais raison, un point partout (rires).

- Quelle formation tu as reçu concernant le sujet ? Euh annonce d'une maladie grave, euh... on avait dû faire des jeux de rôle quand j'étais en 2ème ou 3ème année de médecine en petits groupes, c'était pas mal. Et est-ce que ça t'a servi pour cette annonce ? Non parce que quand on faisait des jeux de rôle on annonçait souvent un cancer, donc plutôt quelque chose où les patients ils ont déjà bien cheminé avant, ils ont eu des prélèvements, donc c'est un peu différent donc en fait je trouve que sur le plan des exercices on peut plus se rebaser sur ce que les gens ont pu comprendre d'avant et en général l'idée que ça puisse être un cancer leur a déjà été évoquée, et il y a quand même un laps de temps qui est quand même pas celui de la consult où là la dame elle arrive en disant « bah là il a encore de la fièvre, il a encore un rhume », schématiquement, et au final à la fin de la consultation là je lui dis « bah c'est possible que ce soit pas un rhume » et là le temps pour cheminer est infiniment moindre, on peut pas dire à la dame « qu'est-ce que vous pensez que ça puisse être ? » ce qu'on fait en cas de cancer en consultation d'annonce diagnostic et ce qu'on fait plus à l'hôpital pour les annonces de cancer et de trucs comme ça. Il y a moins d'inattendu dans les jeux de rôle que dans... Ouais on peut plus s'appuyer sur les connaissances qu'a le patient, sur l'idée qu'il s'en est fait, au moins on peut commencer la consultation comme ça même si c'est pas forcément pour ça qu'il va dire « bah oui on m'a peut-être dit que c'était un cancer » il va peut-être pas réussir à visualiser, enfin conceptualiser ça mais au moins on a quelque chose sur quoi commencer parce que là on commence d'emblée par « il faut l'amener aux urgences parce que là je suspecte une méningite » donc je trouve c'est pas la même forme d'annonce et puis il y a aussi la différence entre la suspicion et la certitude où là j'ai mon anapath, là c'est potentiellement ça peut être ça.

- Est-ce que tu te sens capable de faire une annonce en tant que professionnel de soins primaire ? Non, enfin...non. Pas dans de bonnes conditions. C'est presque plus facile à l'hôpital je veux dire avec le diagnostic de certitude et parce que t'as passé un peu la main en général. Maintenant en tant que professionnel de soins primaires c'est plus compliqué, le jour où j'aurai annoncé « vous avez une masse, et

**dans les hypothèses étiologiques ça pourrait être un cancer », euh faudra bien que je le fasse mais je suis pas sûre que je sois prête. Qu'est-ce qui te manque ? Plus des jeux de rôle où j'annonce une suspicion et pas une certitude, c'est plus facile une certitude, enfin, c'est sans risque. Et je trouve que le patient a déjà cheminé avant.**

- Est-ce que tu envisages de mettre en place des solutions dans l'avenir pour te former sur le sujet ? **Pourquoi pas, après j'espère que je vais continuer à apprendre chez mes prats quand même (rires). Oui pourquoi pas, après je sais pas si j'irai forcément chercher une formation spécifique là dessus, après s'il existe des choses à la fac ou dans le congrès où je vais, oui je pourrais choisir ce genre d'atelier.**

-Est-ce que tu as eu pour toi ou des proches des vécus d'annonce qui auraient pu modifier ton regard sur le sujet ? **Directement non après oui y'a des personnes de ma famille qui ont eu des cancers et avec qui les consultations d'annonce avaient pas été optimales, voilà mais plus finalement avec des patients où j'ai vu l'annonce en fait faire et où je me suis dit « ouh la la, j'aurais pas dit les choses comme ça quoi », plus ça, genre, de voir l'hématologue qui rentre et qui dit « vous savez que vous avez une leucémie aigüe ? », oui, alors moi j'avais pas préparé ma patiente pour que ça se passe comme ça vous voyez, enfin là c'est trop tard faut récupérer les pots cassés et puis là d'emblée t'as pas directement la même chose.**

- Pourquoi cette annonce t'a touchée plutôt qu'une autre ? **Parce que c'est un gamin. Et puis parce que c'est une de mes premières consults où, enfin c'est la deuxième consult où je prends moi la décision de l'envoyer à l'hôpital et en plus, contre l'avis de mon prat.**

- Est-ce que tu as quelque chose à rajouter, un point qui te paraît important sur le sujet ? **Non, je, non.**

## **Interne n°10**

**02/07/2015, cabinet praticien, durée : 15 min**

Identification interne : 4ème semestre MG, stage actuel praticien Maine et Loire, faculté d'origine Poitiers.

- Est-ce que tu peux me raconter un cas d'annonce de mauvaise nouvelle fait à un patient ? **Oui bah du coup l'été dernier j'étais en gériatrie à Mayenne et on a eu un cas d'annonce, en fait une dame de un peu plus de 88 ans je crois, qui avait fait un AVC ischémique puis hémorragique, qui a fait des phlebites dessus, EP dessus massive, et finalement elle a fait tout ça sur, elle avait un... elle venait d'abord pour l'AVC mais au final on lui a découvert un cancer de l'ovaire avec une carcinose péritonéale, une ascite tout ça enfin voilà, et elle avait une relation très très, enfin intense avec son mari on va dire, 60 ans de mariage, très très fusionnels, c'était un peu elle qui menait la barque chez eux c'est à dire que lui il sait pas faire grand chose il sait pas vivre tout seul, ils étaient tous les deux en bon état intellectuel, pas de démence ou de... voilà, et du coup j'ai dû faire l'annonce au mari et aux deux... ils ont trois fils, y'en avait deux qui étaient pas mal présents, très très présents, très préoccupés par tout ce qu'il se passait, et puis du coup y'a eu annonce de l'AVC, puis annonce de ce qu'on trouvait au fur et à mesure, donc plusieurs annonces, on est venu plusieurs fois, dont une fois où j'étais toute seule, avec les fils. Donc il y a eu une annonce parmi celles là qui t'a marqué ? Ouais bah euh... celle où j'étais toute seule, donc ils savaient déjà pour l'AVC, du coup je leur avais rajouté l'EP massive, elle était encore vivante quand je suis partie au bout de 3-4 mois mais bon elle avait des hospitalisations de jour récurrentes pour enlever l'ascite du ventre, mais je crois qu'elle est décédée à la fin de mon stage. Donc les gens étaient très à l'écoute, on s'est mis dans une pièce dédiée, avec beaucoup de questions, du temps pour les silences, des mots, des vrais mots.**

- Qui était là dans la pièce ? **Du coup cette fois là j'étais avec le mari et un des fils.**

- Est-ce qu'ils savaient déjà quelque chose au moment de cette annonce là ? **Oui bah du coup on avait déjà parlé de l'AVC, c'est pour ça qu'elle avait été hospitalisée à la base, et ils savaient que on avait vu des choses et qu'on avait pas l'anapath donc on pouvait pas dire qu'il y avait une tumeur à ce moment là mais on les orientait vers le fait de se préparer à ce que ce soit quelque chose de cancéreux.**

- Est-ce qu'ils étaient en demande d'information ? **Oui, oui ils voulaient savoir mais après ils étaient pas, enfin voilà ils comprenaient, ils étaient plutôt adaptés, enfin je sais pas ce que ça veut dire d'être adapté mais, ils demandaient des choses mais en même temps ils étaient en confiance et euh...voilà.**

- Quelle a été la réaction du mari ? **Bah lui il était pas mal dans la sidération, il était, « bah qu'est-ce que je vais devenir », je pense c'était le genre de personne qui, quand ils ont plus de 80 ans, quand il y en a un qui décède on le voit pas faire long feu, ça faisait un petit peu ça et d'ailleurs il a été hospitalisé après quand elle allait pas bien du tout, mais il s'en sortait quand même tout seul chez lui enfin, là on lui avait proposé mais ça c'est parce que c'est Mayenne je pense, il pouvait dormir un petit peu avec elle si il voulait, on pouvait lui mettre un petit lit de camp, à côté d'elle enfin c'était prévu quoi, c'est pas partout.**

- Quelle a été ta réaction en retour ? **Sur le coup ? Oui. Bah sur le coup un peu de silence, un peu de, bah de compassion, d'empathie, ils nous émouvaient beaucoup donc c'est vrai que, il y avait une fois, je sais plus si c'est cette fois là mais on avait presque les larmes aux yeux par rapport à leur cas alors que voilà, c'était pas des enfants, c'était deux vieilles personnes mais on était quand même tous, moi j'avais les larmes aux yeux des fois, mais faut pas montrer donc, ouais.**

- Qu'est-ce qui t'as posé difficulté dans cette annonce ? **Ouais le fait de devoir dire sans, par exemple par rapport au, quand c'est une annonce de possible cancer mais qu'on a pas l'anapath du coup les gens ils comprennent pas ils se disent « c'est un cancer ou c'est pas un cancer ? ». Bah probablement mais je peux pas vous dire, ça c'est un peu compliqué, de pas avoir encore de, de démarrer une annonce mais de pas avoir le diagnostic de certitude ça c'est compliqué.**

- Qu'est-ce que tu as trouvé pertinent dans ton annonce ? **Que ce soit en plusieurs étapes, qu'on prenne le temps, j'avais pas le chronomètre en main, si je passais du temps je passais du temps tant pis. Ouais, le fait de prendre du temps.**

- C'était quoi ton sentiment à la fin de l'annonce ? **Euh... un peu de soulagement quand même parce que du coup ils savaient, enfin, soulagement sans en être mais, une certaine paix quand même de, ils avaient le sentiment qu'elle était bien pris en charge, de confiance, et de vérité quoi, pas de choses cachées.**

- Est-ce que tu aurais fait quelque chose de différent en y repensant ? **Bah là j'ai parlé du cas qui était bien (rires), y'a des fois où j'ai trouvé ça moins bien, parce que du coup là ça s'est très bien passé donc est-ce qu'il y a des choses qu'on aurait pu changer, on peut toujours changer des choses, euh... attendre qu'il y ait toute la famille réunie, ça du coup c'était un truc aussi avec eux, on leur disait qu'on avait pas forcément autant de temps à leur consacrer et donc on leur disait de désigner une personne de confiance, à qui si on lui dit un peu toute l'évolution au fur et à mesure, pas être obligé de le redire à chacun et qu'il y ait qu'un seul interlocuteur qui appelle et qui dit à toute la famille, parce que c'est sûr on peut pas refaire la même consultation avec chacun, donc si c'est peut-être ça qui est à améliorer mais après, c'est pas toujours possible.**

- Quelle formation tu as reçu concernant le sujet ? **Alors, à l'externat on avait eu des cours, donc théorique plutôt, enfin on en parlait et tout ça. Moi j'ai fait, à Angers, les 2 demi-journées « Annonce d'une maladie grave », on se met en situation où on fait le médecin, ça c'était vraiment bien, j'ai fait les 2 demi-journées, puis après bah l'expérience, quand j'étais externe d'annonce auxquelles on participe passivement, puis après plus ou moins activement en tant qu'interne. Et la formation que t'as fait est-ce que ça t'a servi pour cette annonce ? Alors celle-ci ça s'était passé avant, mais oui je pense que ça m'a servi pour plus tard.**

- Est-ce que tu te sens capable de faire une annonce en tant que professionnel de soins primaires ? **Oui, je pense que oui. C'est compliqué parce que pareil on a pas toujours les résultats d'anapath et que je pense que c'est, enfin c'est vrai que ce qui est compliqué c'est qu'on est pas à l'hôpital au moment de la découverte donc nous souvent on a un temps de retard et on sait pas toujours ce que le patient sait quand il arrive, sauf si ça a été bien explicité dans la lettre du spécialiste mais du coup, reformuler, faire reformuler. Donc ça pour nous c'est vrai que c'est compliqué.**

- Est-ce que tu envisages de mettre en place des solutions dans l'avenir ? **Bah oui toujours un peu plus, je lirai ta thèse (rires). Et puis ouais si il y a de nouveau des formations continues qui en parlent, pourquoi pas.**

- Est-ce que tu as eu pour toi-même ou des proches des vécus d'annonce qui auraient pu modifier ton regard sur le sujet ? **Euh non pas vraiment, enfin j'ai pas eu de médecin en face de moi qui m'annonce quelque chose.**

- Pourquoi cette annonce t'a touché plutôt qu'une autre ? **Bah pour les personnes, le contexte, ouais tout l'amour qu'il y avait dans la famille, ouais comment ils sont, ouais.**

- Est-ce que tu as quelque chose à rajouter concernant le sujet ? **Euh bah juste revenir quand j'étais externe j'avais vu une annonce bah qui m'a pas du tout plu, mais là du coup j'étais complètement passive euh... en**

**neurologie, à Poitiers, le chef de service qui fait une annonce de cancer du sein à une dame hospitalisée en neuro, ça devait être par rapport à un AVC, mais en tout cas il lui fait l'annonce devant tout le monde alors qu'il y avait dix externes, il lui a balancé, enfin j'ai trouvé ça horrible, on était tous un peu choqués. Donc ça t'a servi de contre exemple en fait ? Ouais. Sans vraiment, enfin voilà la dame elle savait qu'elle avait eu un examen gynéco, elle savait un peu, elle était pas bête du tout, mais de l'annoncer comme ça, balancé entre midi et 2 dans une visite rapide avec 15000 médecins autour, sans être dans une pièce, une chambre double, donc avec quelqu'un d'autre à côté, voilà tout ce qu'il faut pas quoi. Voilà je m'étais dit, plus jamais ça.**

### **Interne n°11**

**16/07/2015, salle à la faculté, durée : 25 min**

Identification interne : 2ème semestre MG, stage actuel praticien Maine et Loire, faculté d'origine Dijon.

- Est-ce que tu peux me raconter un cas d'annonce de mauvaise nouvelle faite à un patient ? **Alors on a eu l'occasion de faire un début d'annonce on va dire de mauvaise nouvelle, à l'origine il était venu pour des hémoptysies chez mon praticien qui directement l'a envoyé chez le pneumologue et euh... il a eu une fibroscopie d'emblée, et en fait, à la fibroscopie ils sont vraiment tombé sur, bah voilà une grosse masse bourgeonnante, de la bronche, donc voilà il y avait pas trop de doutes, en tout cas pour mon prat et à priori aussi pour le pneumologue, mais ça n'avait pas encore été annoncé au patient. A l'issue de la fibroscopie il lui avait dit qu'il avait trouvé quelque chose, une masse il me semble qu'il avait dit, qu'il avait trouvé quelque chose, mais qu'il fallait attendre le résultat des biopsies, et donc là ce monsieur là était venu pour des, en motif de consultation, ça devait être des troubles du sommeil ou quelque chose du genre, et bah forcément il est venu aussi avec sa question de, « qu'est-ce que j'ai ? » et la question fatidique du « est-ce que c'est un cancer ? », euh voilà, ça a d'abord été amené par le patient lui-même en fait malgré le fait que, bah avant la consultation j'avais pu faire le point avec mon médecin gé qui me demandait systématiquement avant les consults d'examiner le dossier, donc j'avais vu le résultat de la fibroscopie, où voilà ça disait clairement masse bourgeonnante qui faisait plusieurs centimètres, obstruant totalement la bronche, et d'allure tumorale en mettant qu'il y avait des biopsies de faites, donc bah voilà on était quand même dans ce cas là assez sûrs même si c'est pas à 100% que voilà c'était un cancer donc le patient nous a d'abord demandé si on avait vu les résultats de sa fibroscopie donc on lui a dit que oui, qu'on avait eu les résultats et là en fait c'est plutôt mon praticien qui a pris la main, bon là je suis qu'en deuxième semestre, c'est un peu normal, pour bah lui dire qu'effectivement ils avaient trouvé quelque chose, une masse il me semble qu'il a même prononcé le mot tumeur, et qu'il fallait qu'on attende quand même les résultats alors il restait assez sécurisant en disant voilà il faut quand même attendre les résultats de la biopsie, on peut pas savoir, voilà, le discours habituel mais j'ai trouvé quand même qu'il a fortement insisté sur le fait que ça pouvait être quelque chose de mauvais, en vraiment utilisant ces mots là, « ça peut être quelque chose de mauvais », « il faut s'attendre à tout », « il faut vous préparer », « alors c'est sur on est pas sur mais ça peut être quelque chose de mauvais » donc forcément le patient il a dit « est-ce que c'est un cancer ? » donc là il a bien dit « oui ça peut être un cancer mais ça peut être autre chose mais effectivement ça peut être un cancer, on ne sait pas, on attend mais faut quand même vous préparer à ce que éventuellement on vous annonce une mauvaise nouvelle ».**

- Donc le contexte donc tu étais plutôt passive avec ton prat et puis le patient ? **En fait on fait des consultations vraiment en duo où moi je suis à son bureau et lui est perpendiculaire à moi, un peu comme tu es là en ce moment, mais plus en retrait et c'est vrai qu'au début c'est moi qui ai mené la consultation et dès que le sujet a été abordé tout de suite mon prat s'est rapproché et repris un petit peu les rênes de la consultation, ce qui me semblait aussi normal parce que voilà c'est quand même un moment difficile, c'est plutôt un médecin qui est assez paternaliste donc je pense que c'est ça qu'il cherchait aussi, c'est de venir, de voir lui en priorité plutôt que moi qui tombait un petit peu comme un cheveu sur la soupe. A savoir que le monsieur il avait quand même eu un cancer auparavant, il avait déjà eu un cancer, ça devait être un cancer du côlon, en tout cas il avait déjà eu un cancer qui avait déjà été soigné et il était en rémission, donc c'est vrai que tout de suite lui il a repris un peu le dessus alors que voilà sa femme et lui étaient inquiets, ils ont dit qu'ils étaient inquiets mais il a dit tout de suite « de toute façon si c'est un cancer j'en ai déjà combattu un, celui là aussi je le combattrai et puis je m'en sortirai » mais on sentait quand même que ça le souciait quoi.**

-Est-ce que le patient savait déjà quelque chose à l'arrivée à la consultation ? **Il savait que y'avait quelque chose de retrouvé à la fibroscopie, voilà, il me semble qu'il avait du dire une masse, le pneumo qui avait fait la fibro mais euh... pour moi il le savait déjà, enfin, on sentait que, on enfonçait un peu une porte ouverte quoi.** Pourquoi à ton avis il le savait déjà ? Bah euh... pourquoi exactement je peux pas te dire mais à mon sens je me dit que les circonstances, le fait qu'il crachait du sang, qu'on lui ai parlé d'une masse, qu'on lui ai prononcé ces mots là, c'était, il a déjà eu un cancer, il sait déjà comment ça se passe, pour lui je pense que ça a fait écho rapidement, quoi. En tout cas j'avais cette impression là.

-Est-ce que le patient était en demande d'information ? Bah oui, forcément, oui il voulait savoir ce que c'était, si c'était un cancer, c'était sa principale question, est-ce que c'était un cancer, il voulait avoir l'avis du médecin généraliste quant au résultat de la fibroscopie, euh... ils allaient le lendemain ou le surlendemain à la consultation d'annonce vraie, en bon et due forme, par le pneumologue, donc oui c'est sur ils étaient aussi impatients et puis ils dormaient mal, ils savaient pas trop quoi.

- Quelle a été la réaction du patient ? **Bah sur le coup euh... t'as quand même l'impression qu'il a l'espoir qu'on lui dise que c'est rien, mais c'est vrai que ça l'a un peu tassé quoi, ça l'a un peu, on a senti que ça l'avait, enfin moi j'ai senti que ça l'avait un peu, voilà, le poids sur les épaules, le fait que mon prat le rassure pas, parce qu'il l'a pas du tout rassuré au contraire, il est resté prudent quant au diagnostic et les possibilités etc... qui allaient lui être annoncées mais euh... mais bon c'est vrai je pense que ça a été difficile pour lui quand même, et surtout il y avait sa femme qui était à côté, voilà on sent que c'est un moment compliqué dans leur vie quoi.**

- Quelle a été ta réaction en retour ? **Euh, ma réaction, c'est à dire, bah moi, je suis, enfin, d'extérieur je suis restée très passive on a essayé de, tous les 2 avec le praticien surtout de les rassurer et de le dire que de toute façon on seraient là pour les accompagner, pour les soutenir quel que soit le résultat de la fibroscopie, enfin des prélèvements, euh... on a été assez soutenants, je trouve, pour le patient. On est resté vraiment un peu, comme les partenaires d'une équipe quoi, c'était vraiment ça, et puis bah après ma réaction intérieure c'est vrai que, ça fait jamais plaisir d'avoir des mauvaises nouvelles comme ça à annoncer au patient mais, enfin ça fait partie aussi du métier et, pour ma formation c'était intéressant quand même de voir comment lui avait abordé les choses et comment il avait décidé d'apporter une information dont il était pas vraiment sûr au final au patient, parce qu'il aurait pu botter en touche et dire, on ne sait pas, tant qu'on a pas les prélèvements, enfin c'est l'attitude officielle, c'est tant qu'on a pas les prélèvements, ce n'est pas une tumeur, machin, sauf que la vérité de la vie c'est pas ça quoi.**

- Est-ce qu'il y a quelque chose qui t'a posé difficulté dans cette annonce ? **Non ça m'a pas posé de difficultés dans le sens où bah mon praticien était là du début à la fin, on a vraiment coopéré c'est à dire que lui a pris la main quand c'était vraiment, pour répondre à la question du patient mais après il m'a laissé de nouveau reprendre la main, c'est à dire j'ai été l'examiné, j'ai rediscuté avec lui de ses troubles du sommeil, de comment il abordait cette consultation d'annonce réelle dans les jours qui venaient, de comment il voyait un petit peu ça, lui personnellement, à distance de sa femme parce que du coup sa femme était restée discuter avec mon praticien, plus vers le bureau. Elle a réagi comment sa femme ? Elle est restée très euh... impassible je dirai. Ouais ça j'ai remarqué, parce qu'on a eu deux couples un peu similaires et c'est vrai que, je trouve que les femmes restent très impassibles (rires), donc c'est vrai elle s'est pas effondrée en pleurant, au contraire quoi, faut être fort, faut le soutenir, faut être là pour lui, voilà elle était vraiment là en mode soutien. C'était pas du tout, aucun des deux n'a fondu en larmes, alors le monsieur lui par contre quand j'ai discuté un petit peu à l'écart, bah quand j'étais en train de lui prendre la tension, de lui palper le ventre, qu'on parlait de ses troubles du sommeil là y'a quand même les larmes qui lui sont montées aux yeux enfin on sentait l'émotion qui était là quoi, mais après ça m'a pas, moi en tant que médecin ça m'a pas submergé quoi j'ai...c'était plutôt, je pense que j'ai réussi, pour une fois, à prendre du recul, à pas être trop empathique.**

- Qu'est-ce que tu as trouvé pertinent dans cette annonce ? **Sa franchise. Ouais, enfin je pense que voilà, il a pas été hypocrite, on va dire, enfin après c'est un peu mon vécu personnel mais je trouve que c'est hypocrite de dire au patient, alors qu'on a une énorme masse tumorale, qui obstrue la bronche et que franchement y'a 99% de chance que ce soit méchant... voilà il a pas, il s'est pas retranché derrière des choses médico-légales, voilà il lui a dit franchement et sincèrement dans la façon dont il a présenté les choses c'est clair qu'il lui a déjà annoncé quoi enfin, même si il a laissé une petite porte d'espoir, du fait qu'on ai pas eu les résultats et que bah c'était pas non plus le cadre idéal pour le faire, ouais il a été assez franc avec le patient, de lui dire qu'il fallait qu'il s'attende à une mauvaise nouvelle quoi.**

- Quel était ton sentiment à l'issue de l'entretien ? **Bah c'est sûr pour le patient on est un peu peiné pour lui quoi parce que, voilà il s'est déjà sorti d'un premier cancer, c'est un deuxième cancer, c'est un cancer bronchique, on sait tous que ça a pas des très bons pronostics, c'est vrai que voilà bah c'est sûr on est un peu triste pour le couple parce qu'on sait que ça va être une mauvaise période qui va commencer mais à la fois j'ai trouvé qu'il avait fait les choses bien mon prat, enfin j'étais pas frustrée, j'ai trouvé qu'il avait fait les choses bien. Et puis surtout c'est vraiment présenté comme le recours, le fait qu'on allait le soutenir, qu'on allait le porter, enfin les porter tous les 2 dans cette épreuve, donc euh... j'étais assez on peut dire satisfaite de cette consultation.**

- Est-ce que tu aurais fait quelque chose différemment ? **Non euh... non et à la fois, c'est difficile à dire vu que, j'ai trouvé que les mots qu'il avait prononcé étaient assez, assez durs, assez cash. J'aurai peut-être un peu plus enrobé, ouais. Je pense que c'est la différence de personnalité après parce que lui est assez, il est très rentre dedans, très voilà, il lui a pas dit les choses, pas dit les choses agressivement, pas du tout hein, c'était vraiment bien dit mais je pense que j'aurai fait peut-être avec un petit peu plus de douceur, mais ça je pense que c'est la personnalité qui joue.**

- Est-ce que tu en as rediscuté avec ton prat ? **Ouais on en a discuté juste après la consultation quand le patient est parti, de, voilà de ce qu'on lui avait dit etc.. et, voilà qu'au vu des résultats c'est sûr, c'était quasiment sûr que c'était un cancer quoi.**

- Quelle formation tu as reçu concernant le sujet ? **Sur les annonces euh.. on a eu des cours (rires) à la fac de Dijon sur la consultation d'annonce, sur les différents temps, on a tous appris pour les ECN les différents temps de la consultation d'annonce, dans le cadre, le cadre dans lequel il faut que ce soit fait, les intervenants etc... sauf que là on y était pas du tout quoi (rires), sauf que là c'est la vraie vie et que bah au final, bah ça s'est pas du tout passé comme dans les bouquins quoi, c'était pas possible, donc après c'est sûr on aurait pu se retrancher derrière ça mais on l'a pas fait. Et est-ce que ça t'a servi cette formation pour cette annonce ? Oui je dirais sur le côté quand même laisser un petit peu la porte ouverte du fait qu'on avait pas les résultats des prélèvements, enfin c'est quand même, on allait pas lui dire « vous avez un cancer des bronches, il a tel pronostic etc... » ça aurait été complètement déplacé et je trouve que le fait d'avoir un cadre ça permet aussi de, là on a un peu tourné autour du cadre qui allait être mis en place le lendemain ou le surlendemain quoi donc euh, on va dire que c'était une approche.**

- Est-ce que tu te sens capable de faire une annonce en tant que professionnel de soins primaires ? **Euh bah il va falloir ! (rires) Il va falloir en être capable après c'est vrai que je pense que c'est toujours compliqué, je pense que c'est quelque chose qu'il va falloir que j'apprenne à gérer notamment au niveau, enfin là c'est plus personnel mais au niveau émotionnel quoi, gestion des émotions parce que là ça va, je pense que ça s'est bien passé aussi pour moi parce que ils ont pas fondu en larmes mais je sais que si ils avaient fondu en larmes devant moi je sais que ça m'aurait, j'aurais eu je pense plus de mal à gérer. Tu aurais été mise en difficulté ? Ouais, clairement, mais c'est mon petit talon d'Achille (rires), je travaille dessus.**

- Justement quelles solutions tu envisages de mettre en place dans l'avenir sur le sujet ? **Et bah pour ça en fait euh, là pareil c'est je pense très personnel mais euh, moi j'ai décidé de me faire superviser par une psychologue, pour tout ce qui était un peu difficile dans mes stages, parce que j'ai pas envie que ça prenne plus de place que ça devrait et puis j'ai envie d'apprendre à gérer ça, donc euh... voilà, je trouve qu'en médecine on est pas du tout axé, on apprend pas quoi, à faire ça et c'est vrai que ça me manque dans ma formation, malgré le fait qu'à la fac on a quand même des choses de mises en place comme les groupes d'échange de pratique, les groupes Balint parce que du coup je me suis inscrit au groupe Balint mais c'est plus compliqué parce que bah c'est en groupe et euh... c'est pas, ça touche aussi à notre vécu personnel notre façon de gérer les choses et j'ai pas forcément envie de raconter ma vie à tout le monde quoi, donc voilà. Moi j'ai décidé de commencer ça et je pense que ça va m'aider justement à avoir, j'espère, la bonne attitude et à gérer mieux le côté émotionnel, avoir les bons mots.**

- As-tu eu pour toi-même ou des proches des vécus d'annonce qui auraient pu modifier ton regard sur le sujet ? **Euh...je réfléchis... oui bah c'est sur que, j'ai pas l'impression qu'en fait le côté théorique de la chose puisse vraiment nous apprendre à faire, enfin, c'est vraiment l'impression, que c'est plus mon expérience de vie en fait qui m'aide à aborder ces moments là. Quand on a fait, sans parler de ce cas là précis, mais à l'hôpital j'ai eu aussi des annonces de fin de vie, des annonces de mises en soins palliatif en pleine nuit parce que bah voilà ça se passe mal etc... et ben c'est plus mon vécu personnel, ce que j'ai pu vivre avant, les mots qui ont su me réconforter à certains moments je pense de ma vie, que j'utilise pour pouvoir rassurer les gens, voilà. Et ce que moi j'aimerais aussi entendre quelque part, je pense, si j'avais été dans ce cas là.**

- Pourquoi cette annonce t'a touché plutôt qu'une autre ? **Bah en fait toutes les annonces me touchent moi donc c'est pas, je pense que je pourrais te redire toutes les, tous les trucs d'annonce que j'ai eu à faire donc euh, c'est pas...**

- Est-ce que tu as quelque chose à rajouter, un point qui te paraît important sur le sujet ? **Non, enfin, non, je dirais, si j'avais vraiment un truc à retenir des annonces que j'ai faites et de ce qui m'a été renvoyé des gens à postériori c'est plus, bah faut rester humain quoi, et être là pour soutenir les gens et, ouais, rester humain, rester humain, d'être là et d'être assez prévenant pour les gens et d'être là pour eux quoi.**

## 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'interviendrais 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 ».



**DALMIERES Adrien**

**LE VECU DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE D'ANGERS EN DEBUT  
D'INTERNAT QUANT A L'ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE A UN  
PATIENT**

**RESUME**

L'annonce d'une mauvaise nouvelle fait partie des compétences d'un médecin généraliste et la communication médecin-malade a pris une place plus importante depuis la loi du 4 mars 2002 relative à l'information du patient. De nombreuses formations sont apparues depuis pour les internes mais le vécu initial de l'annonce de l'interne se destinant à la médecine générale a été peu exploré.

Afin d'analyser ce vécu initial, des entretiens individuels semi-dirigés partant d'un cas d'annonce vécu ont été réalisés chez 11 internes en 1ère et 2ème année de médecine générale à Angers.

La représentation de l'annonce pour les internes est venue se confronter à sa mise en pratique en situation réelle soulevant des obstacles. La gestion du temps et de l'incertitude ont été notées comme sources principales de difficulté pour les internes. La formation pratique, l'observation directe et le vécu personnel ont pu les aider pour réaliser l'annonce. Ils regrettaiient le manque de feedback alors que la gestion de leurs émotions pouvait leur poser problème.

Le vécu initial des internes en médecine générale mérite d'être intégré dans les formations dédiées et celles-ci devraient évoluer pour être en adéquation avec le mode d'exercice de médecine de premier recours. Le feedback et le modèle de rôle doivent également être encouragés pour aider l'étudiant à progresser dans le domaine de l'annonce de mauvaise nouvelle.

**MOTS-CLES**

Annonce de mauvaise nouvelle

Vécu des internes

Formation initiale

**FORMAT**

Mémoire

Article<sup>1</sup> :     à soumettre     soumis     accepté pour publication      
publié

suivi par : Docteur Anne PLESSIS, directrice de thèse

---

<sup>1</sup> statut au moment de la soutenance