

Année 2016

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NGUYEN TRONG Minh Vy

Née le 23 janvier 1987 à St Doulchard (18)

Présentée et soutenue publiquement le 20 octobre 2016

**Impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique (FRT)
sur les capacités empathiques en DFASMI de médecine.
Analyse qualitative d'un groupe Balint de 7 séances**

Président de thèse : Professeur AUBIN-AUGER Isabelle

Directeur de thèse : Professeur GALAM Eric

DES de Médecine Générale

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	2
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	5
PARTIE 1 - INTRODUCTION.....	6
I - ENQUETE PRELIMINAIRE	8
II - CONTEXTE DE L'ETUDE	8
III - LES ETUDES DE MEDECINE	8
1 - Les objectifs de la WONCA	8
2 - Les objectifs du DFASM.....	9
3 - Les trois programmes d'études influençant les étudiants.....	10
IV - DEFINITION DE L'EMPATHIE EN MEDECINE GENERALE.....	11
1 - Origine du terme empathie.....	11
2 - L'empathie selon Carl Rogers	11
3 - L'empathie selon Hogan	12
4 - L'empathie selon K.A. Stepien et A. Baernstein	12
5 - L'empathie selon Decety.....	13
6 - Evolution de l'empathie au cours des études de médecine	13
V - LES APPORTS D'UNE RELATION EMPATHIQUE	14
VI - PAR QUELS MOYENS PEUT-ON DEVELOPPER L'EMPATHIE CHEZ LES ETUDIANTS EN MEDECINE ?	15
VII - LA MESURE DE L'EMPATHIE	17
1 - La JSPE.....	17
2 - L'IRI	18
3 - La CARE	18
VIII - QUI ETAIT BALINT, QU'EST-CE QU'UN GROUPE BALINT ?	18
1 - Biographie Michael Balint.....	18
2 - Groupe Balint, caractéristiques.....	19
3 - Groupe Balint aujourd'hui.....	21
Société Médicale Balint	21
Association de Recherche, d'Etude et de Formation pour la Fonction Soignante.....	21
Association Internationale de Psychodrame Balint	22
4 - Groupe Balint pour étudiants.....	22
IX - LES EXAMENS CLINIQUES OBJECTIFS STRUCTURES (ECOS)	23
PARTIE 2 - MATERIEL ET METHODE.....	24
I - DEROULEMENT DE L'ETUDE A PARIS DIDEROT.....	24
II - CHOIX DE LA METHODE	25
III - REALISATION DES ENREGISTREMENTS.....	25
IV - METHODE D'ANALYSE DES DONNEES	25
PARTIE 3 - RESULTATS.....	27
I - RESULTATS PAR SEANCES	27
1 - Première séance du 29/09/2015.....	27
2 - Deuxième séance du 06/10/2015.....	32
3 - Troisième séance du 13/10/2015	35
4 - Quatrième séance du 03/11/2015	39

5 - Cinquième séance du 17/11/2015.....	43
6 - Sixième séance du 24/11/2015	47
7 - Septième séance du 01/12/2015.....	50
II - RESULTATS GENERAUX	54
1 - Durée.....	54
2 - Absence	54
3 - Participation et comportement.....	54
4 - Nombre de cas par séance	56
5 - Nature des cas	56
6 - Enseignement	59
7 - Ressenti des étudiants	65
8 - Rôle de l'animateur	69
9 - Moments délicats	70
10 - Particularité de la séance 5	71
PARTIE 4 - DISCUSSION	73
I - RESULTATS PRINCIPAUX.....	73
II - DEBRIEFING DES ANIMATEURS	73
III - FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	76
IV - COMPARAISON A LA LITTERATURE : SPECIFICITES DU GROUPE BALINT ETUDIANTS.....	77
1 - Rôle du leader :.....	77
2 - Difficultés rencontrées par le leader.....	78
3 - Groupe Balint : facultatif ou obligatoire ?	80
4 - Participation des étudiants	81
5 - Relation étudiant en médecine - malade.....	81
6 - Relation étudiant en médecine - équipe médicale	81
7 - Attente des étudiants	84
CONCLUSION.....	87
RESUME	88
ANNEXES	89
RETRANSCRIPTION.....	89
Séance 1.....	89
Séance 2.....	100
Séance 3.....	110
Séance 4.....	120
Séance 5.....	132
Séance 6.....	147
Séance 7.....	162
Débriefing avec les animateurs.....	174
BIBLIOGRAPHIE	183

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Eric Galam, mon directeur de thèse,

Merci de m'avoir intégrée dans l'étude FRT si enrichissante et d'avoir toujours été disponible pour me guider dans ce travail.

À Madame le Professeur Isabelle Aubin-Auger,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury.

À Monsieur le Professeur Max Budowski,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

À Madame Le docteur Lucie Bunge,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

À toute l'équipe FRT : Pr Phillippe Jaury, Dr Céline Buffel du Vaure, Dr Annie Catu Pinault, Dr Christian Ghasarossian, Dr Cédric Lemogne, Dr Marie Eve Vincens, Florence Perrault, Mathilde Vetterl, Clara Bianquis, Btissame Betari, David Ngo, Marie Michel, Natacha Ngo, Richard Bitoun, Clémentine Cassard,

Merci pour cette bonne ambiance qui a résidé lors de nos réunions tardives et des longues journées (y compris les samedis !) à faire passer les ECOS aux étudiants.

À mes parents, ma sœur et toute ma famille,

Merci de m'avoir soutenue tout le long de mes études.

À Alayna, ma nièce la plus joufflue,

Merci de m'avoir réveillée tous les jours à 5 ou 6 heures du matin du haut de tes un mois de vie afin de me motiver à faire ma retranscription interminable.

À mes ami(e)s, médecins ou non,

Merci d'avoir été présents lors de moments de fous rires mais aussi lors des moments de stress.

À Daniel,

Merci d'avoir supporté ma mauvaise humeur de thésarde quand toute la mise en page qui m'avait prise 30 000 ans à peaufiner sautait régulièrement... Et j'espère que tu auras le courage de me supporter toute ta vie.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CARE : Consultation And Relational Empathy

ECOS : Evaluation Clinique Objective Structurée (The Objective Structured Clinical Examination (OSCE))

DFSAM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

IRI : Interpersonnal Reactivity Index

JSPE : Jefferson Scale of Physician Empathy

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Organisation mondiale des médecins de famille)

PARTIE 1 - INTRODUCTION

« Il n'y a pas de maladie sans malade, ni de thérapeutique sans relation » (1)

Selon François Laplantine, « les processus d'échange entre soignants et soignés ne s'effectuent pas seulement entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin mais aussi entre le savoir du malade sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin. » (1) En effet, la relation entre le médecin et le malade « jaillit de la confrontation entre deux champs de connaissances et de significations » des deux protagonistes. Le champ du malade, reposant sur son histoire personnelle et son environnement, est subjectif. Il est basé sur ses sentiments, ses angoisses, attentes et représentations. Le champ du médecin repose sur ses acquis théoriques de ses études. Il est fondé sur des données scientifiques. Pourtant il n'est pas non plus dénué de sentiments propres, ni même de représentations ou de valeurs.

D'après Jacques Salomé, « les soins relationnels regroupent l'ensemble des attitudes, des comportements spécifiques et volontaristes, des actes, des paroles tant réalistes que symboliques qui peuvent être proposés par un accompagnant (médecin, thérapeute, écoutant) à une personne en difficulté de santé.

- Pour lui permettre de s'entendre elle-même
- D'être écoutée et entendu
- De se relier à son histoire
- De rendre la relation soignant/ soigné plus aidante
- De se réapproprier, de développer et de cultiver son propre pouvoir thérapeutique »

Un des piliers principaux de la médecine relationnelle est de « participer à un groupe de réflexion et de supervision pour poursuivre sa propre formation » (2)

Rappelons que le but initial de Michael Balint était de trouver une pharmacologie à ce médicament essentiel qu'est le médecin : « Le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale était le médecin lui-même. Autrement dit ce n'est pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade ; en fait l'ensemble de l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné et pris. » (3)

« Permettre aux médecins de saisir d'un regard nouveau leur expérience de tous les jours et d'apercevoir des problèmes qui, ignorés de la médecine, causent aux médecins beaucoup de travail inutile et à leurs malades beaucoup d'irritation et de souffrances également inutiles. » (3) Voilà le but premier d'un groupe Balint : développer une relation qui soit bénéfique aussi bien pour le malade que pour le médecin. Les groupes Balint permettent au médecin de se former à mieux appréhender cette relation médecin malade et apprendre à reconnaître ses propres sentiments et limites dans celle-ci.

Dans ses premières années d'études, l'étudiant en médecine se donne corps et âme à acquérir le maximum de connaissances scientifiques et techniques, dans un contexte de concours tout

d'abord. Puis viennent les stages. L'étudiant est déstabilisé par la découverte d'un nouvel univers qui est l'hôpital, et le contact avec les patients et l'équipe médicale. Cette entrée en matière peut être ressentie comme violente pour certains. Cela peut entraîner une remise en cause de leur formation théorique devant la différence entre leur idéalisation du milieu médical et la réalité. Ils ressentent des difficultés devant des situations relationnelles auxquelles ils ne se sentent pas préparés. (4-6)

Les études médicales devraient être axées sur un équilibre entre cette acquisition de connaissances mais également le développement des compétences relationnelles, notamment l'empathie.

Mais comment enseigner l'empathie ? L'empathie est déjà influencée par le *hidden curriculum*. (7) Le curriculum caché, aussi nommé processus de socialisation, désigne l'acquisition de savoir et de qualités consciemment ou non, non pas explicitement par les cours et les séminaires mais par transmission implicite par les médecins rencontrés ou les expériences. (8) Les étudiants développent un idéal inconscient de la relation médecin-malade selon les modèles rencontrés. Elle évolue ainsi en même temps que l'étudiant avec son parcours médical.

Une étude qualitative norvégienne réalisée en 2011 a analysé les interviews de 11 étudiants en médecine en troisième année. Elle montre que les étudiants développent leur vision du médecin idéal par leurs expériences à l'hôpital. Dans ces interviews, on remarque qu'ils ne sont en général pas encouragés à développer leur empathie. Cette étude suggère même que l'empathie se dégrade dans les premières années de médecine du fait du *hidden curriculum* qui encourage les étudiants à maintenir une distance entre le patient et eux-mêmes pour se protéger et rester rationnel dans la prise de décision médicale. (9)

Dans une autre étude, anglaise cette fois ci, 36 étudiants en médecine ont été interviewés. Certains d'entre eux ont rencontré des médecins qu'ils considèrent comme *role models* et ayant eu un impact positif sur eux, les motivant par leurs connaissances et leur autorité mais aussi par des attributs « humains ». Ainsi on remarque que le *hidden curriculum* peut influencer les étudiants de manière positive ou négative leur empathie. (10)

L'empathie n'est pas un trait de caractère défini mais une compétence, qui peut donc être développée. Les méthodes pour y arriver ne sont pas bien déterminées.

De par ces constatations, notre travail a pour objectif d'évaluer l'efficacité du groupe Balint comme formation à la relation thérapeutique, plus particulièrement chez les étudiants de DFASM1 c'est-à-dire de quatrième année (anciennement D2). Cette thèse fait partie de l'étude FRT « Formation à La Relation Thérapeutique » réalisée par l'université Paris Diderot - Paris 7 en partenariat avec les universités Paris Descartes - Paris 5 et Paris Nord - Paris 13.

L'objectif principal de cette étude multi-site est d'évaluer l'efficacité de l'enseignement « Formation à la Relation Thérapeutique » (FRT) chez les étudiants en DFASM1 sur l'empathie mesurée par un patient simulé (grille CARE) lors de consultations simulées (Examen Clinique Objectif Structuré ECOS). Secondairement, cette étude évalue également l'efficacité de la FRT sur l'empathie des étudiants par autoévaluation (IRI, JSPE) et hétéro-évaluation par un tiers lors des

ECOS. D'autre part, selon le protocole de l'étude, en cours de dépouillement, le projet vise à évaluer l'effet du genre et du choix de la spécialité envisagée sur le niveau d'empathie, l'efficacité de la FRT selon le profil socio-économique, l'efficacité de la FRT sur l'empathie selon le niveau initial d'empathie et à rechercher des déterminants de l'empathie chez les étudiants de DFASM1.

I - Enquête préliminaire

Une étude préliminaire, publiée en 2014, a comparé 34 étudiants en quatrième année de médecine ayant bénéficié d'une formation à la relation médecin-malade de type groupe Balint à 129 étudiants n'y ayant pas eu accès. La formation était composée de 10 séances hebdomadaires de 2 heures de novembre 2009 à février 2010. Les étudiants étaient divisés en groupes de 8 à 10 personnes, supervisés par un animateur.

Tous les étudiants ont rempli le questionnaire IRI ainsi qu'un questionnaire de 8 items évaluant leurs réactions devant deux cas cliniques écrits.

Le score IRI pour l'échelle d'imagination (*fantasy scale*) a augmenté et l'échelle d'empathie-intérêt (*empathic concern*) a diminuée dans les deux groupes.

L'échelle *empathic approach* a augmenté chez les étudiants ayant bénéficié des séances Balint pour le premier cas clinique.

Il n'y a pas eu de changement significatif pour le deuxième cas clinique.

II - Contexte de l'étude

Aucune étude sur l'empathie n'a été réalisée, à notre connaissance, chez les étudiants en médecine (externes en DFASM1) de France à part cette étude préliminaire décrite ci-dessus.

Des études qualitatives sur l'introduction de groupes Balint à la faculté ont déjà été réalisées mais uniquement chez les internes, notamment à Bordeaux et Tours. (4,6)

Cette thèse fait partie d'une étude nommée FRT Formation à la Relation Thérapeutique. Elle a été menée, lors du dernier trimestre 2015, dans notre faculté Paris Diderot et dans les facultés Paris Descartes et Paris Nord (Paris 13).

III - Les études de Médecine

1 - Les objectifs de la WONCA

La WONCA, World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, caractérise la médecine générale en plusieurs points, en insistant sur ses aspects relationnels :

- « Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant une accessibilité complète aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail interdisciplinaire en soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Elle base son processus décisionnel spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies dans la communauté.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle aborde les affections à un stade précoce et indifférencié qui pourrait éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion de la santé et du bien-être par une intervention appropriée et effective.
- Elle a une responsabilité spécifique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. » (11)

2 - Les objectifs du DFASM

Le diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM ou deuxième cycle) est constitué de trois années d'études qui permettent l'acquisition des compétences afin que les étudiants puissent exercer en milieu hospitalier ou en ville. « Les compétences à acquérir sont celles de communicateur, de clinicien, de coopérateur, membre d'une équipe soignante pluri professionnelle, d'acteur de santé publique, de scientifique et de responsable au plan éthique et déontologique. » (12)

Lors de ce deuxième cycle, les étudiants accomplissent des stages hospitaliers mais aussi un stage chez un médecin généraliste qui « a pour objectif de permettre à l'étudiant :

- D'appréhender la relation médecin-patient en médecine générale et la place du médecin généraliste au sein du système de santé
- De se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale, la sémiologie des stades précoces des maladies et des maladies prévalentes en ambulatoire : entretien avec le patient, analyse des informations recueillies, examen clinique médical, démarche diagnostique, prescription, suivi d'une mise en œuvre et coordination d'une thérapeutique

- De se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique
- D'appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale ambulatoire
- D'appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en structure ambulatoire, le cas échéant pluri professionnelle
- D'appréhender la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels dans le cadre d'une structure ambulatoire de premier recours
- De comprendre les modalités de gestion d'une structure ambulatoire. »

On note donc que les études de médecine ont pour objectif l'apprentissage des connaissances théoriques biomédicales (pathologies et traitements) mais aussi relationnelles, afin de communiquer efficacement et de façon empathique avec le patient. Pourtant, les formations dans le cadre des acquisitions relationnelles lors des études de médecine ne sont pas mises en avant et souvent délaissées par les étudiants aux dépens des acquisitions scientifiques devant leur importance pour l'Examen National Classant (ECN). La relation entre le médecin et le malade est pourtant le pilier d'une prise en charge globale efficace du patient et à laquelle les futurs médecins sont peu formés, ce qui les déstabilisent à leurs débuts. Lors de leurs premiers stages, les étudiants déplorent alors le manque de formation à la relation médecin-malade proposée par les facultés et ne se sentent pas préparés à cette rencontre singulière avec le patient.

« En 2005, une étude a montré que les internes étaient insatisfaits de la part accordée à l'enseignement de la relation : 65% des internes ne s'estimaient pas assez préparés aux difficultés rencontrées dans la relation médecin-malade, et 16% ne s'y trouvaient absolument pas préparés. » (4)

Par exemple, des étudiants interviewés en 2002 expriment leur absence de préparation à la relation avec les patients, notamment avec les patients psychiatriques. Ils sont inquiets pour leur sécurité ce qui les bloque dans la communication avec eux et se sentent souvent « protégés » lors de leurs stages puisqu'on ne les laisse pas gérer ce genre de patients. Les internes eux-mêmes évitent ces interactions en prenant un « avis psy ». (13)

3 - Les trois programmes d'études influençant les étudiants

Il faut noter que l'apprentissage de la médecine est la somme de trois sortes de programme d'études :

- Le curriculum formel, qui est composé par l'ensemble des enseignements théoriques proposés par la faculté, cours magistraux notamment. C'est donc le programme officiel des études médicales.
- Le curriculum informel, qui correspond aux enseignements acquis de façon informelle par les interactions des étudiants avec leurs pairs ou leurs chefs. Il est très variable selon les personnes rencontrées.
- Le curriculum caché, qui est l'ensemble des influences des expériences de la vie à l'hôpital de l'étudiant, des échanges, des observations d'attitudes des autres. « Le curriculum caché

est défini par Philippe Perrenoud, sociologue suisse, comme ce qui est transmis à l'insu du formateur, plutôt non-dit et partiellement non-pensé qu'activement caché. » (14)

“In today’s medical education and practice, there is a strong emphasis on evidence based medicine and biomedical knowledge. Although “softer” aspects, such as professionalism, developing the physician’s role, and empathy, are often highlighted as important, these aspects are most often given lower priority and primarily conveyed through the informal and hidden curriculum.” (9)

IV - Définition de l'empathie en médecine générale

1 - Origine du terme empathie

Le terme « empathie » apparaît au cours du XIX^{ème} siècle en Allemagne sous le mot « Einfühlung » traduit par « le ressenti de l'intérieur ». À l'époque il s'agissait d'une empathie dans le domaine de l'esthétique puisque pour le philosophe Robert Vischer cette relation particulière avec une œuvre d'art permettait de la comprendre pleinement, en ressentant les émotions que l'artiste voulait transmettre. Les « formes représentatives dénuées de vie propre [...] auxquelles, nous les spectateurs, attribuons cependant un contenu plein de sentiments en vertu d'un acte involontaire de transfert de notre propre émotion. » (15)

C'est Theodor Lipps qui étendit cette notion à l'individu. L'émotion d'une personne déclencherait automatiquement la même émotion chez son interlocuteur.

« Einfühlung » sera ensuite traduit en anglais par « empathy » ce qui en découlera le terme français « empathie ».

Le Larousse décrit l'empathie comme une « faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. » La définition semble simple mais pourtant selon les auteurs, l'empathie est définie de façon multiple. Elle touche plusieurs domaines, artistique, psychologique, et bien sûr médicale, d'où la difficulté pour la définir.

2 - L'empathie selon Carl Rogers

Selon Carl Rogers, psychologue américain, l'empathie est indispensable à l'approche centrée sur la personne. Afin de créer cette relation « centrée sur la personne », trois conditions sont nécessaires :

- La congruence : être soi-même est important, c'est-à-dire ne pas s'effacer mais bien s'affirmer dans la relation. Il affirme « dans mes relations avec autrui, j'ai appris qu'il ne sert à rien, à long terme, d'agir comme si je n'étais pas ce que je suis ». L'authenticité du médecin, perçue par le patient, permet à ce dernier d'être lui-même authentique dans ses paroles.
- La considération positive inconditionnelle : en se mettant à distance, et en libérant la relation des responsabilités, cela permet une meilleure acceptation de la personne, et une

absence de jugement dans l'écoute. Le médecin s'efforce de ne pas juger les sentiments et les actes du patient ni de tenter de l'influencer vers ce qu'il pense être le mieux puisque le patient est le seul à pouvoir décider de cela. Devant cette absence de jugement, le patient pourra s'exprimer plus librement.

- L'attitude empathique : l'empathie est la « perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent, comme si on était l'autre sans jamais tomber dans l'identification. » Le médecin comprend les sentiments du patient et lui communique cette compréhension rendant l'écoute active. (16) (17)

Michael Balint nous rappelle que « nous devons apprendre qu'en pratique générale le problème véritable se pose souvent sous forme d'une maladie de la personne entière. » (3)

3 - L'empathie selon Hogan

Hogan en 1969 développe la Hogan Empathy Scale (HES). Il définit l'empathie dans sa partie cognitive par la capacité intellectuelle ou imaginative de comprendre l'état d'esprit de l'autre. Pour lui, l'empathie dans la relation médecin-malade est principalement cognitive et permet au médecin de comprendre le point de vue du patient et de lui communiquer cette compréhension : « *Empathy is predominantly cognitive (rather than emotional) attribute that involves an understanding (rather than feeling) of experiences, concerns and perspectives of the patient, combined with a capacity to communicate this understanding and an intention to provide help.* »

L'empathie ne doit pas être confondue avec la sympathie, puisque dans l'empathie, le médecin partage sa compréhension alors que dans la sympathie, le médecin partage les émotions du patient. Contrairement à la sympathie, l'excès d'empathie n'est pas néfaste dans la relation.

« Se laisser bouleverser par le spectacle de la souffrance de l'autre ne devrait pas être confondu avec cette capacité extraordinaire du cerveau humain qui nous permet, à l'aide de nos neurones miroirs, d'entrer en résonance avec le sujet qui est en face de nous et d'éprouver ce qu'il ressent pour mieux le comprendre. » (18)

L'empathie est un concept multidimensionnel avec trois composantes : le *perspective taking* et deux autres composantes spécifiques à la relation médecin-malade : le *compassionate care* et le *standing in the patient's shoes*. (19)

4 - L'empathie selon K.A. Stepien et A. Baernstein

On retrouve la même définition par K.A. Stepien et A. Baernstein : « *Empathy in the medical setting is appreciation of the patient's emotions and expression of that awareness to the patient.* » (20) Pourtant, ces derniers développent d'autres dimensions de cette empathie clinique. L'empathie est alors divisée en quatre dimensions :

- La dimension affective : la capacité à imaginer les représentations du patient.

- La dimension morale : le désir du médecin à être empathique.
- La dimension cognitive : la capacité à s'identifier et comprendre les émotions du patient.
- La dimension comportementale : la capacité à transmettre cette compréhension au patient.

Les quatre dimensions sont nécessaires au médecin pour être efficacement empathique.

5 - L'empathie selon Decety

Jean Decety décrit l'empathie comme un phénomène qui couvre un vaste spectre qui va des sentiments d'inquiétude pour les autres personnes suscitant une motivation à les aider, la capacité à ressentir des émotions qui concordent avec celles des autres, savoir ce que pensent ou ressentent les autres, effacer la limite entre soi et les autres. (21)

La composante affective de l'empathie se développe tôt dans la vie, bien avant la composante cognitive. En effet, chez le nourrisson dès 6 mois, on retrouve à l'électroencéphalogramme (EEG) le fonctionnement des neurones miroirs qui permettent la résonance des expressions faciales de ses parents par exemple. L'enfant est donc capable de percevoir l'état affectif des autres et y répondre automatiquement. Puis se développe la compréhension des émotions qui nécessite des mécanismes plus poussés que le partage d'émotions.

"With cognitive empathy, the individual is thought to use perspective-taking processes to imagine or project into the place of the other in order to understand what she/he is feeling." (21)

6 - Evolution de l'empathie au cours des études de médecine

Si la relation médecin-malade est au cœur des études médicales, l'empathie qui y est corrélée devrait l'être aussi. Ce qui laisserait imaginer que l'empathie se développerait au cours des enseignements médicaux. Pourtant, la littérature montrerait l'inverse. Une méta-analyse de Neumann et al a été faite en 2011 sur 18 études publiées entre janvier 1990 et janvier 2010. 11 articles concernaient les étudiants et 7 sur les internes. 9 études démontraient une diminution significative de l'empathie lors des études médicales, et 7 études montraient une diminution significative lors de l'internat. (22)

En 2004, Hojat et al ont mesuré l'empathie de 125 étudiants en médecine au début puis à la fin de leurs trois années d'études par l'échelle de mesure JSPE. (23) La baisse significative de cinq items et du score JSPE les ont motivés à entreprendre d'autres études afin d'identifier les facteurs entraînant cette diminution de l'empathie. Une autre étude publiée en 2009 a mesuré la JSPE sur 456 étudiants à 5 moments différents de leur cursus et montre une stabilité de l'empathie durant les deux premières années d'étude puis un déclin de l'empathie lors de la troisième année, qui correspond aux Etats Unis au moment où les étudiants entrent en contact avec les patients. (24)

En France, les étudiants en médecine découvrent la relation médecin-malade au cours du deuxième cycle des études médicales, actuellement sous le nom de DFASM, c'est-à-dire à partir de

la troisième année de médecine. Ils découvrent cette relation singulière en commençant des stages hospitaliers. Ce sont ces expériences hospitalières uniques à chacun qui vont les former. (25)

Selon A. Polomeni, psychologue clinicienne, « pour les étudiants, la clinique est d'abord la confrontation aux limites de la science médicale, à l'incertitude, aux doutes décisionnels, à l'échec thérapeutique, aux interrogations éthiques. La clinique est une épreuve, en ce qu'elle vient interroger la toute-puissance de la Médecine. » (25)

L'enseignement de la relation médecin-malade est obligatoire, pourtant, elle reste très hétérogène selon les facultés.

V - Les apports d'une relation empathique

Une relation médecin-malade empathique augmenterait la satisfaction du patient, sa compliance au traitement et une diminution de son anxiété. Elle favoriserait aussi un meilleur partage des informations importantes (l'interrogatoire serait donc ainsi facilité) et son autonomie. (26)

Du côté du soignant, l'empathie permettrait de diminuer le risque de burn out du médecin, en augmentant la qualité de sa pratique et sa qualité de vie. Cela permettrait alors au médecin de s'épanouir au niveau professionnel. (27) (28) (29)

Du point de vue économique, l'empathie, grâce à la médecine centrée sur le patient, pourrait réduire les dépenses de santé par diminution des examens complémentaires inutiles. (29)

Selon Cédric Lemogne, « les bénéfices de l'empathie clinique, ou du moins ses corrélats, sont multiples : satisfaction des patients, augmentation de la qualité du recueil sémiologique et de l'acuité diagnostique du médecin, meilleure alliance thérapeutique, elle-même conditionnant vraisemblablement l'observance et l'efficacité thérapeutique, diminution des risques médico-légaux et des dépenses d'examens de santé. » (30)

D'après la thèse de Marie Liesse Marot : (31)

« Nous remarquons que les principaux résultats des études montrent une influence de l'empathie sur la qualité des soins avec des bénéfices pour le patient, mais également pour le praticien. Un comportement empathique mène à :

- Une meilleure connaissance de la maladie par le patient
- Améliorer la satisfaction des patients (32)
- Augmenter la compliance (32)
- Une amélioration de leur état de santé
- Favoriser l'apport d'informations par le patient sur ses soucis et ses symptômes
- Une amélioration de leur participation et de leur éducation
- Une meilleure qualité de vie, une détresse émotionnelle réduite du patient
- Une meilleure observance et réponse thérapeutique dans des maladies chroniques comme le diabète

- Une plus grande « habilitation » ou autonomie des patients
- Améliorer la satisfaction des médecins
- Protéger le médecin de l'épuisement professionnel. »

VI - Par quels moyens peut-on développer l'empathie chez les étudiants en médecine ?

Kelm et al ont fait une revue de la littérature sur articles décrivant les méthodes qui permettent de développer l'empathie chez les étudiants et les médecins en 2014. Les articles étaient tous en anglais. Ont été retenues 64 études, dont 50 publiées dans les 10 ans passés. 36 études évaluaient les étudiants en médecine, 13 les internes, et le reste les médecins et spécialistes. 6 études évaluaient plusieurs catégories de population. (29)

Les interventions incluaient des *communication skills training*, des jeux de rôle, théâtre, des *literature course*, des rédactions *reflective writing*, des cours sur l'entretien motivationnel, des groupes Balint, des MBSR *Mindfulness Based Stress Reduction*, *problem based learning sessions*.

L'empathie était mesurée essentiellement par des auto-évaluations (31 études sur 64) notamment JSPE (15 études), et d'autres par des mesures d'empathie lors de vraies consultations ou mises en situation. (24 études sur les 32)

Dans 66 % des cas (42 études sur 64), l'étude montrait une augmentation significative de l'empathie. Seules 10 études étaient classées comme fiables et avec résultats valables. Dans ces dix études, 8 montraient une augmentation significative de l'empathie et deux avaient des résultats mitigés.

"Results of this assessment indicated that although the majority of studies (84%) lacked highly rigorous study designs (tier 2 and tier 3), all ten studies classified as tier 1 exhibited either significant increases in empathy or mixed effects."

On ne connaît pas l'efficacité sur le long terme de ces interventions sur l'empathie, ces études étant en général sur une durée courte.

L'empathie a été mesurée de façon variable selon les études et le lien entre les auto-évaluations et les hétéro-évaluations par patients est peu connu. D'autres études ont montré que la JSPE était corrélée à l'hétéro-mesure par le patient. D'autre part, selon Kelm et al, « il peut être difficile de dire si les interventions augmentent l'empathie ou la prise de conscience de la désirabilité d'un médecin empathique ». (29)

Dans une autre revue de la littérature par Satterfield et Hughes, les études sur les méthodes de formations des compétences émotionnelles chez les étudiants en médecine ont été répertoriées de 1980 à 2007 (uniquement en anglais). 26 articles ont été retenus. Ces formations sont très variables dans leur nombre d'heures totales de formation (2 à 64 heures), dans leur fréquence (1 session par jour ou une tous les 6 mois), leur durée (2 semaines à 2 ans). Sur les 26 articles, 5 étaient des études contrôlées et randomisées, celles-ci montraient une amélioration dans

l'empathie et les compétences émotionnelles et de communication. L'hétérogénéité des formations ne permet pas de comparaison et ainsi on ne peut pas en retirer des recommandations sur les caractéristiques optimales de ces formations. (33)

Les études de médecine ont la responsabilité d'apprendre aux étudiants les bases de la communication afin d'établir la meilleure relation médecin-malade possible, bénéfique pour chacun. Pourtant les méthodes pour y arriver ne sont pas bien déterminées. Elles sont multiples mais il n'existe pas de méthode standardisée qui montrerait son efficacité par rapport aux autres.

D'après la thèse de Cora Lucet : (34)

« Plusieurs techniques existent, qui se concentrent sur la communication avec le patient, de manière hypothétique ou pratique en revenant sur des situations vécues :

- Groupe Balint
- Entraînement à la conscience de soi et de ses sentiments
- Discussions de groupe autour d'expériences auprès de patients, sur les problèmes de vulnérabilité et de responsabilités dans les situations de soins
- Focus groupes (modèle d'identification, support social)
- Jeu de rôle, simulation de l'échange avec le patient
- Visionnage et décodage de vidéos de consultation
- Littérature, théâtre, ou écriture d'un récit du point de vue du patient

Une revue de la littérature par Stepien and Baernstein en 2006, *Educating for empathy*, reprenait toutes les études montrant une augmentation de l'empathie. Voici les moyens d'enseignement utilisés : (20)

Augmentation quantitative :

- Atelier sur les compétences de communication
- Atelier de communication par écoute d'auto-enregistrement
- Cours de littérature et de médecine
- Cours d'empathie, de spiritualité et de bien-être

Augmentation qualitative :

- Accompagnement d'un patient lors d'une consultation médicale
- Hospitalisation de l'étudiant de 24 à 30h consécutives
- Théâtre
- Séminaire d'écriture réflexive. »

Une thèse de 2011 par Rodolphe Rampillon a notamment évalué et comparé les moyens de formation à la relation médecin-malade par les groupes de parole d'inspiration psychanalytique à présentation orale (groupe Balint, psychodrame Balint, groupe de formation à la relation) et à présentation écrite (atelier français de médecine générale) lors d'interviews de 12 médecins. Dans les deux cas, ces méthodes apportent aux médecins une amélioration du savoir-faire et du savoir-être. « En savoir-faire, l'apport des groupes se compose de capacité de communication, d'écoute,

de prise de conscience du rôle du médecin, d'acquisition de connaissances et attitudes psychologiques, et de réflexion sur un cas. En savoir-être, les apports du groupe sont un bien-être, une prise de conscience de ses propres émotions, et une réflexion sur sa pratique. » (5)

La différence principale entre les groupes oraux et écrits est la possibilité de mise à distance dans les groupes écrits. Les médecins peuvent prendre plus de recul dans le groupe écrit du fait d'un processus plus réfléchi alors qu'à l'oral le médecin aura plus tendance à être dans l'émotion et la spontanéité. (5)

Nous avons choisi d'étudier l'impact du groupe Balint en tant qu'enseignement de la formation à la relation thérapeutique sur l'empathie des étudiants. Mais comment peut-on mesurer l'empathie ?

VII - La mesure de l'empathie (17,31)

L'empathie peut être mesurée selon différentes perspectives :

- Par autoévaluation : le médecin s'auto-évalue en répondant à des questionnaires standardisés.
- Par évaluation par le patient (hétéro-évaluation) : l'évaluation de l'empathie du médecin par des questionnaires remplis par le patient.
- Par évaluation par une tierce personne (hétéro-évaluation) : évaluation par un observateur présent lors de la consultation. (35)

Il existe des échelles mesurant l'empathie dans la population générale. L'Empathy Scale de Hogan ou l'Interpersonnal Reactivity Index de Davis. Dans le milieu médical, s'est développées d'autres échelles plus spécifiques de la relation médecin-malade.

1 - La JSPE

La plus utilisée reste la Jefferson Scale of Physician Empathie créée par Hojat en 2001, qui est une échelle d'autoévaluation spécifique du milieu médical. Elle est composée de 20 items, se basant surtout sur la composante cognitive de l'empathie. Les items sont notés de 1 à 7 (échelle de Likert). Les 20 items peuvent se regrouper en trois dimensions :

- Dix items représentent le *perspective taking* : adopter le point de vue du patient. (items 2,4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20)
- Huit items représentent le *compassionate care* : l'attention au vécu émotionnel du patient. (items 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19)
- Deux items représentent *the ability to stand in the patient's shoes* : la capacité à se mettre à la place du patient. (items 3, 6)

Il existe une version de la JSPE spécifique pour les étudiants en médecine qui ont eu peu ou n'ont pas eu d'interaction avec les patients : la Jefferson Scale of Physician Empathy Medical Student (JSPE-MS).

2 - L'IRI

L'Interpersonal Reactivity Index IRI, composée de 28 items, a été développée par Davis pour mesurer l'empathie dans la population générale, et non spécifiquement du personnel médical. Davis définit l'empathie comme les réactions d'un individu devant les expériences d'un autre individu et la considère comme une entité ayant 4 dimensions :

- *Empathic concern* : la tendance à ressentir de la sympathie et de compassion devant la souffrance des autres.
- *Personal distress* : la tendance à ressentir de l'anxiété et de l'inconfort devant la détresse des autres.
- *Perspective taking* : la tendance à spontanément adopter le point de vue de l'autre.
- *Fantasy* : la tendance à transposer les sentiments et les actions d'un personnage fictif vers soi, dans le cadre d'un livre, d'un film ou d'une pièce de théâtre.

3 - La CARE

L'empathie peut également être mesurée par hétéro-évaluation dont la plus connue est la Consultation And Relational Empathy CARE qui est composée de 10 items. Le médecin est dans ce cas évalué par son patient ou un « patient standardisé » (joué par un acteur).

Cette échelle est validée dans le cadre de la médecine ambulatoire pour les médecins généralistes, ainsi que pour les étudiants en médecine durant leur formation en médecine générale. (36)

VIII - Qui était Balint, Qu'est-ce qu'un groupe Balint ?

1 - Biographie Michael Balint (37)

Michael Balint est né le 3 décembre 1896 à Budapest sous le nom de Mihaly Bergsmann. Son père, juif d'origine hongroise, était un médecin généraliste d'un quartier populaire de Budapest.

Il commence ses études de médecine en 1913 mais les interrompt pour aller faire la guerre en Russie puis en Italie en 1914. Il reprend ses études en médecine en 1915, mais plutôt intéressé par la physique et la chimie. Il obtient son doctorat en 1918.

Il décide d'adopter le nom de famille « Balint » pour affirmer son identité Hongroise vers 1920.

Il se marie avec Alice Szélély-Kovacs, fille de la psychanalyste Vilma Kovacs.

En 1921, Alice et Michael Balint s'installent à Berlin pour continuer leurs études à l'institut de psychanalyse. Il entreprend une psychanalyse avec Hans Sachs à Berlin.

De retour à Budapest en 1924, il s'installe en tant que psychanalyste et reprend une psychanalyse avec Sandor Ferenczi. Avec ce dernier, il fonde la polyclinique de psychothérapie de Budapest en

1931 et devient directeur de celle-ci en 1933. Il s'intéresse à la relation médecin-malade devant l'insuffisance de la formation à la psychothérapie, aux dépens de la formation à la maladie (part somatique de la médecine). Plus précisément, il s'intéresse au rôle du médecin généraliste dans les psychothérapies du fait de l'importance de la part des plaintes d'origine psychologique du malade. Des rencontres entre médecins sont organisées afin de discuter de cas difficiles. Mais devant la surveillance et les écoutes enregistrées par la police, cette expérience sera un échec.

En 1939, il est forcé d'exiler avec Alice et son fils John pour Manchester devant la montée du nazisme.

Sa femme Alice décède en 1939 d'une rupture d'anévrisme de l'aorte.

Il déménage à Londres en 1946 où il travaillera en tant que psychiatre à la clinique de Tavistock. C'est là qu'il rencontre Enid Albu Eichholtz qui deviendra sa troisième épouse. Enid Balint l'initie à la méthode des cas (*case work*) qui permet aux travailleurs sociaux d'échanger sur des récits de cas en groupe. De là sont nés les groupes de paroles destinés aux omnipraticiens connus sous le nom de groupe Balint.

Le premier groupe est formé à Londres dans la clinique Tavistock dans laquelle Balint travaille. Ces douze médecins se réunissent une fois par semaine pendant des années.

Michael Balint publie un article en 1955 intitulé « Le médecin, son malade et la maladie ». Le livre du même nom sort en 1957. Ce livre aborde les enjeux d'une relation médecin-malade de bonne qualité, en prenant exemple sur des cas présentés par des médecins lors de groupe Balint. L'auteur décrit l'importance d'une prise en charge globale du patient, dénonce la dilution des responsabilités et la collusion de l'anonymat.

En 1963, il crée des séminaires à la formation de la relation médecin-malade aux étudiants volontaires. Durant 6 mois, en parallèle de leur formation clinique, les étudiants traçaient des tableaux de la vie des patients puis en discutaient.

Il devient membre de la Société Britannique de psychanalyse puis le président.

Il décède en 1973 d'une crise cardiaque.

2 - Groupe Balint, caractéristiques (38) (39)

Créés dans les années 1945 par le médecin psychiatre et psychanalyste d'origine hongroise Michael Balint, avec l'aide de son épouse Enid Balint, les groupes Balint sont une alternative aux cours magistraux classiques pour former les médecins à la relation médecin-malade.

« Les discussions hebdomadaires de cas forment l'armature de notre système ; elles ont lieu dix à douze fois dans chacun des trois trimestres de travail. Nous avons découvert que pour assurer une participation intense et un matériel suffisamment varié, il convient que les groupes comprennent environ huit membres. » (3)

Il s'agit d'un groupe de 8 à 12 personnes avec un à deux leaders de formation psychanalytique qui se réunissent régulièrement pendant plusieurs années pour réfléchir à la relation médecin-malade autour d'un cas clinique. Les groupes sont composés de médecins généralistes mais également de soignants en général, notamment les médecins spécialistes, les infirmiers, psychologues, etc...

Les membres s'engagent à participer aux groupes régulièrement pour assurer une cohésion.

Les notes écrites, les dossiers médicaux sont exclus afin de préserver une libre association et une spontanéité des idées et des prises de parole.

« On ne procédait pas à la lecture de rapports préparés ou de manuscrits ; il était demandé aux médecins de parler librement de leurs expériences avec leurs malades. » (3)

Un cas clinique est proposé par un membre du groupe. Il raconte son cas en mettant l'accent sur son ressenti et sur la relation médecin-malade et non pas l'histoire biomédicale.

Chaque participant peut intervenir, à condition qu'il ne coupe pas la parole aux autres.

Les échanges entre membres du groupe permettent d'analyser le cas clinique, sur le plan émotionnel et affectif, en recherchant les défenses conscientes ou inconscientes du médecin et en trouvant des solutions alternatives afin d'entretenir une meilleure relation avec leurs patients.

Les leaders d'un groupe Balint, sont en général des psychanalystes ou des médecins formés à la psychanalyse, validés par la Société Médicale Balint, et maintiennent une cohésion du groupe afin d'éviter les interpellations personnelles et la création de tensions entre membres. Ils assurent donc la protection de ceux-ci par l'instauration d'un respect mutuel. Ils recadrent aussi la discussion sur le travail relationnel et aident parfois à la réflexion sur des problèmes que les autres n'ont pas relevés.

Un groupe Balint n'est pas une thérapie individuelle pour chaque membre.

Les discussions ne sont pas dans l'objectif d'un consensus sur une conduite à tenir. Les discussions ne sont pas non plus sur le thème biomédical.

Un groupe Balint est tout à fait confidentiel.

Les membres du groupe Balint sont assis en cercle, sans table au centre pour faciliter la communication.

Ainsi, un participant rapporte son cas oralement, sans s'aider de notes pour que son histoire soit racontée de la façon la plus spontanée possible et dans la subjectivité d'une relation entre un médecin et un patient. Il s'agit en général d'un cas qui nécessite pour le présentateur un regard extérieur permettant d'analyser son comportement vis-à-vis du patient. Les autres participants écoutent en silence et dans le respect de la parole puis dans un second temps peuvent les uns après les autres poser leurs questions ou faire part de leurs remarques. L'intervention de ses pairs permet au présentateur de réfléchir différemment sur son propre cas, se remémorer des détails qui pour lui à ce moment-là n'étaient pas perçus consciemment. Chaque cas peut faire écho dans

l'expérience des autres participants, permettant alors des identifications ou des partages de cas par associations.

« L'enseignement intellectuel, si bon soit-il, n'a guère d'effet sur ce processus de libération et de facilitation générale. Il faut une atmosphère émotionnelle libre et amicale pour qu'on puisse accepter de reconnaître qu'un comportement diffère souvent radicalement de celui qu'on voulait avoir et de ce qu'on a toujours cru fermement qu'il était. Il n'est pas facile de reconnaître l'écart entre son comportement réel et ses intentions et croyances. Mais si la cohésion entre les médecins du groupe est bonne, les erreurs, aveuglements et limitations de chacun des participants peuvent être mis à jour et au moins partiellement acceptés par lui. Le groupe améliore régulièrement la compréhension de ses propres problèmes, à la fois du point de vue individuel et collectif. L'individu peut affronter plus facilement la reconnaissance de ses erreurs lorsqu'il sent que le groupe les comprend, peut s'identifier avec lui dans ces erreurs et lorsqu'il s'aperçoit qu'il n'est pas le seul à les commettre. » (3)

« Pendant ce temps, les rapports des autres médecins lui ont montré quelles autres méthodes on pouvait adopter dans des situations analogues. La discussion des diverses méthodes individuelles, la démonstration de leurs avantages et de leurs limites sont un encouragement à en tenter l'expérience. » (3)

Ce travail de groupe permet au « moi professionnel » de se développer.

3 - Groupe Balint aujourd'hui

En France, plusieurs associations proposent des groupes Balint, dont les principales sont la SMB Société Médicale Balint, l'AREFFS (Association de Recherche, d'Etude et de Formation pour la Fonction Soignante) et l'AIPB (Association Internationale de Psychodrame Balint). (6)

Société Médicale Balint

Association créée en 1967 qui d'après leur propre dire, a pour but de :

- « De former les médecins généralistes à la relation médecin-malade afin de promouvoir la médecine générale dans sa dimension individuelle, familiale et sociale.
- De former les autres spécialistes ainsi que les professionnels ayant des responsabilités thérapeutiques impliquant la relation soignant-soigné.
- D'utiliser la méthode des groupes Balint à travers l'analyse des pratiques dans une démarche réflexive (basée sur l'écoute du soignant). »

Association de Recherche, d'Etude et de Formation pour la Fonction Soignante

Fondée par Dr Michel Sapir en 1975.

Elle devient AREFFS-FMC puis AFB Association de Formation Balint.

Association Internationale de Psychodrame Balint

Développée par la psychanalyste et psychodramatiste Anne Caïn, le psychodrame Balint est une méthode de formation à la relation médecin-malade dérivée des groupes Balint et du psychodrame analytique.

« Ne racontez pas, jouez ! »

Le médecin doit donc raconter son cas mais aussi le mettre en scène et revivre ainsi la relation médecin-malade qu'il a expérimenté afin de mieux en extraire les problématiques. Le médecin met en place le cadre, puis joue son propre rôle. Ensuite, il peut intervertir avec les autres pour jouer le rôle du patient. Les participants, acteurs ou non pendant la séance peuvent intervenir.

Une séance dure en général une heure et demie.

4 - Groupe Balint pour étudiants

« Dans l'ensemble, pour être formés à la psychothérapie, les médecins qualifiés sont des éléments bien meilleurs que les étudiants en médecine. Tout d'abord, la formation n'est pas obligatoire, elle ne se fait pas dans l'intention de préparer un examen. Les médecins forment un groupe de volontaires, personnellement engagés parce qu'ils désirent acquérir une nouvelle aptitude qui les intéresse. En second lieu, l'omnipraticien a sur l'étudiant l'énorme avantage d'avoir une expérience de la vie... De plus, en règle générale, un omnipraticien est plus âgé, plus mûr qu'un étudiant en médecine... » (3)

Malgré sa réticence à donner l'accès aux groupes Balint aux étudiants en médecine devant leur manque d'expérience, Michael Balint introduit en 1957 des cours en psychologie médicale à l'hôpital universitaire de Londres, composé des cours magistraux mais aussi de groupes de parole de type groupe Balint. Il propose aussi en 1963 des formations des étudiants en médecine à la médecine centrée sur le malade sur 6 mois, en même temps que leur formation classique.

Le groupe Balint pour les étudiants en médecine est introduit à l'hôpital de Necker dans le service du Pr Royer par le Dr Ginette Raimbault de 1965 à 1970. Balint co-anima cette formation, ce qui l'amènera à changer son avis sur l'inadéquation des étudiants aux groupes Balint.

L'université de Bobigny (Paris 13) est la première à instaurer des groupes Balint pour étudiants en troisième cycle, avec l'aide du médecin généraliste et psychanalyste, Dr R. Gelly en 1974. Les groupes sont basés sur le volontariat des étudiants qui commencent leurs stages d'interne. Les séances sont espacées de deux semaines. (6)

En 2003, l'université Paris Descartes a mis en place une formation à la relation thérapeutique optionnelle pour les étudiants en deuxième cycle.

L'université Paris Créteil introduit en 2001 une formation obligatoire chez les étudiants en troisième année de médecine nommé « enseignement d'initiation à la relation médecin-malade. »

A Strasbourg, des groupes Balint sont possibles pour les étudiants en DCEM3 et 4 ainsi qu'à Rennes et Angers et Poitiers.

IX - Les Examens Cliniques Objectifs Structurés (ECOS)

Les ECOS ont été développés par Harden en 1975 et sont devenus le « gold standard » dans l'évaluation de la compétence clinique des étudiants. (40)

C'est en 1963 aux Etats Unis que les patients simulés (standardized patients) sont apparus pour la première fois dans l'université de Californie du Sud, sous la direction du Dr Howard Barrows, neurologue.

Depuis leur création, les ECOS ont été utilisés dans le domaine médical mais aussi pour les infirmiers, les dentistes et autres professions de santé. Les ECOS permettent de « tester les performances des compétences cliniques telles communication, examen physique, procédures médicales, prescription, techniques de manipulation et interprétation des résultats. » (40)

« Les éléments appréciés dans ce type d'évaluation sont :

- la relation médecin-patient,
- les connaissances médicales,
- les aptitudes cliniques,
- les compétences médicales telles que la collecte de données, les habiletés de raisonnement clinique et les habiletés de leadership,
- l'examen physique,
- la démonstration d'un comportement éthique et professionnel,
- les aptitudes à communiquer. »

Les ECOS se déroulent sous forme de différentes stations où chaque station correspond à une situation clinique d'une durée fixe, avec un ou plusieurs examinateurs. Dans notre cas, il s'agit d'ECOS avec patient standardisé. L'examineur remplit une grille de différents items évaluant les compétences cliniques et le comportement de l'étudiant. Selon que l'étudiant a respecté un item lors de la consultation simulée l'examineur coche sur la grille l'item correspondant, ce qui permet une évaluation plus objective.

Notre étude a utilisé deux stations d'ECOS.

La première station d'ECOS avait eu pour thème le refus d'une prescription d'antibiotiques non justifiée.

La deuxième station d'ECOS avait eu pour thème l'annonce d'une séropositivité au VIH.

L'objectif est d'apprécier, grâce à ces deux consultations simulées, l'impact d'une formation de type groupe Balint sur l'empathie des étudiants en DFASM1, et cela grâce aux hétéro-évaluations par les grilles CARE et ECOS.

PARTIE 2 - MATERIEL ET METHODE

Notre étude est une étude contrôlée randomisée évaluant l'impact sur l'empathie de la formation à la relation thérapeutique par groupe Balint. L'empathie a été mesurée par autoévaluation avant et après la formation et hétéro-évaluation lors des consultations simulées ECOS.

I - Déroulement de l'étude à Paris Diderot

Lors de choix de stage en septembre 2015, l'étude a été présentée, en présence du doyen à l'ensemble des étudiants.

Quatre-vingt-dix externes ont été tirés au sort puis randomisés en deux groupes.

Tous les externes tirés au sort ont rempli deux grilles d'auto-évaluation de l'empathie JSPE et IRI et un questionnaire socio démographique.

Le groupe intervention constitué de 45 externes a suivi une formation à la relation thérapeutique par groupe de 15, formant alors 3 groupes Balint. Chaque groupe s'est réuni pour 7 séances, dirigées par un animateur différent pour chaque groupe. Les séances hebdomadaires se sont déroulées du 30 septembre 2015 au 3 décembre 2015, sauf lors des vacances scolaires et jours fériés.

A l'issue de ces 7 séances de groupe Balint, les 90 externes (45 externes du groupe intervention et 45 externes du groupe témoin) ont à nouveau rempli les grilles d'auto-évaluation de l'empathie JSPE et IRI.

Les 90 externes ont également participé à deux consultations simulées ECOS. Le patient était joué par un acteur professionnel qui remplissait une grille d'hétéro-évaluation de l'empathie CARE, et la consultation était observée par un tiers qui remplissait une grille d'hétéro-évaluation (grille ECOS).

La même procédure a été réalisée dans deux autres facultés partenaires. Dans la faculté Paris Descartes, 260 étudiants ont été randomisés et à la faculté Paris Nord (Paris 13) 100 étudiants ont été randomisés.

Notre thèse s'inscrit dans cette étude en parallèle de deux autres thèses. L'une porte plus spécifiquement sur les ECOS, par Mathilde Vetterl et l'autre analyse les résultats des questionnaires JSPE et IRI avant et après la formation à la relation thérapeutique, par Florence Perrault.

II - Choix de la méthode

Cette thèse s'inscrit dans une démarche qualitative. Elle paraît la plus adaptée à une recherche sur un sujet difficilement quantifiable comme l'empathie et l'efficacité d'une formation à la relation thérapeutique par un groupe Balint.

La recherche qualitative permet ici d'observer les comportements, les attitudes, décrypter les émotions des individus et du groupe. Elle permet de faire un état des lieux qui pourrait inciter à réaliser secondairement d'autres études plus ciblées.

III - Réalisation des enregistrements

La thésarde s'est rendue à la faculté Bichat à toutes les séances Balint prévues pour le même groupe d'étudiants.

À la première séance, elle s'est présentée aux étudiants et les a avertis de l'enregistrement de leur groupe. Aucun étudiant ne s'y est opposé.

Les séances ont été enregistrées sur un dictaphone numérique SONY Digital Voice Recorder ICD-PX333, placé au centre du groupe d'étudiants.

Chaque enregistrement de séance a été transféré sur un ordinateur et sauvegardé.

La thésarde a également participé au déroulement des ECOS dans les différentes facultés et aux saisies informatiques des données des grilles CARE et grilles ECOS.

Un débriefing avec les animateurs des groupes Balint a été organisé à la faculté Paris Diderot site Bichat en présence du directeur de thèse. Il a réuni les trois animatrices des groupes Balint de la faculté Paris Diderot ainsi qu'une animatrice de la faculté Paris Nord (Paris 13), sachant que les animatrices de la faculté Paris Diderot ont également animé des groupes Balint à la faculté Paris Descartes. Nous avons aussi recueilli des messages électroniques de l'ensemble des animateurs toutes facultés confondues afin d'extraire leurs ressentis, leurs avis et leurs remarques après ces sept séances.

IV - Méthode d'analyse des données

Les séances ont été retranscrites mot à mot, dans les jours suivant leur enregistrement, en incluant les réactions de type « rires », onomatopées ou « silence ». Les enregistrements ont été écoutés plusieurs fois afin de compléter les parties manquantes dues à un mauvais son. Il a été difficile d'avoir la totalité des verbatim car il s'agit d'un enregistrement de plus de dix étudiants parlant parfois en même temps. Les parties inaudibles malgré plusieurs écoutes ont été notées « inaudible » par la thésarde.

Le débriefing avec les animateurs a également été enregistré et retranscrit.

Les prénoms des étudiants ont été remplacés pour conserver l'anonymat.

Chaque retranscription a été une fois de plus relue afin de surligner les passages semblant importants, montrant les ressentis et les difficultés des étudiants.

Un tableau regroupant les cas rapportés par les étudiants a été élaboré. Chaque cas a été nommé selon la séance à laquelle il a été rapporté et à la place à laquelle il a été rapporté. Par exemple, le deuxième cas rapporté à la séance 6 est nommé Cas 6.2.

Les cas annexes ont été nommés par un complément de lettre. Par exemple, le deuxième cas annexe du deuxième cas de la séance 5 est nommé 5.2-b.

Un tableau de synthèse par séance a été créé comportant les caractéristiques de chaque séance, notamment la durée, le nombre d'étudiants, les cas rapportés, le comportement des étudiants.

Un autre tableau regroupe le numéro des cas rapportés par les étudiants.

PARTIE 3 - RESULTATS

I - Résultats par séances

1 - Première séance du 29/09/2015

La première séance a réuni la totalité des étudiants inscrits, au nombre de 13. Elle a commencé par une brève introduction par l'animateur qui a simplement expliqué le principe des séances sans dévoiler le terme « groupe Balint » :

« Il s'agit d'un travail de groupe où tout le monde va participer, mais pas ensemble évidemment. Première chose, c'est quand on a quelque chose à dire on le dit et on ne le chuchote pas. »

« Donc le travail ça se fait sur la relation, c'est-à-dire qu'on va mettre en avant un récit, une histoire, on va raconter la relation qu'on a avec un malade. [...] Ça n'a aucune importance que ce soit... euh exhaustif, complet, dans l'ordre... C'est ce qu'il vous vient à l'idée, ce qui vous a frappé dans cette relation, ce qui vous a interrogé, ce qui vous a ému. »

Le premier cas raconté concerne un patient diabétique de type 2 hospitalisé pour un mal perforant plantaire. Le patient était agréable envers l'étudiant.

Grégory : il était très sympa ! Lui vraiment à chaque fois que je venais, c'était tout le temps « ah ! Je vous aime bien ! »

L'étudiant avait un rôle positif. Cherchait-il la valorisation par ses pairs ?

Grégory : c'était une bonne expérience, j'étais content parce que je l'avais bien pris en charge, en plus c'est les trucs qu'on venait de faire en infectio ce semestre donc j'étais, je comprenais pourquoi je le faisais quoi.

Le rôle de l'externe a été parfois dénigré :

Miranda : honnêtement, en tant que D1 je ne suis pas sûre qu'on ait notre mot à dire sur si un patient doit sortir ou pas.

Il a aussi été mis en valeur, notamment par sa relation au plus proche du patient.

Animateur : *bah on a déjà les bons ingrédients pour une relation réussie, parce que vous aviez, vous avez cité le temps. Vous aviez du temps. Vous aviez une tolérance à écouter ce qu'il avait à dire y compris les recettes, ça ne vous énervait pas, vous ne lui disiez pas « non mais ça va pas il ne faut pas manger ça » ; vous parliez son langage.*

Une étudiante a encouragé ses pairs à prendre conscience qu'ils ne sont pas seulement passifs mais peuvent faire avancer les choses pour leurs patients.

Lisa : la semaine dernière, parce que moi je suis doublante en fait et j'étais déjà en D2 l'année dernière. Mais la semaine dernière, j'ai aidé à faire sortir un patient parce qu'il avait l'anniversaire de son fils.

Miranda : peut-être que parce que t'étais déjà en D2 mais euh alors vraiment en tant que D1, je suis pas sûre que nous...

Lisa : ouais en tant que D1 oui, mais je dis qu'en tant qu'externe on est capable, vous pouvez vous permettre, enfin moi je me suis permise et on m'a traitée d'insolente ou de voilà... après j'ai eu peur quand même sur le moment. Je vous avoue, je me suis dit « ouh la la ».

On constate que les étudiants se mettent spontanément à la place du patient dès la première séance.

James : est-ce que tu penses pas que la volonté du patient de sortir immédiatement c'était pas... et aussi ce côté à blaguer en permanence c'était un peu pour prendre une distance par rapport à sa maladie ?

Grégory : après bon c'est compréhensible aussi pour lui qu'il en avait marre. Pour lui c'était vraiment « je rentre ils font le prélèvement et hop je repars dans la journée. »

Miranda : ah donc il était pas préparé psychologiquement à rester aussi longtemps ?

L'animateur souligne les qualités des externes afin que les étudiants prennent conscience de leur importance dans le milieu médical, malgré leur réticence à s'imposer dans l'équipe médicale.

Animateur : ...qu'on peut donner son avis même en tant qu'externe même si on sait qu'on ne va pas révolutionner le service mais donner son avis c'est pas interdit.

Robert : oui mais il suffit d'une fois où on se fait, on se fait envoyé chier par un chef...

L'animateur résume aussi les caractéristiques d'une relation de bonne qualité entre soignant et patient.

Animateur : quels sont les ingrédients d'une bonne relation. On avait déjà noté que le temps, l'écoute du malade, pas d'opposition, parler le même langage et être tolérant.

[...] si quelqu'un a le sentiment qu'elle n'a pas envie de vivre, faut peut-être essayer d'analyser pourquoi, pourquoi elle dit ça, plus que « mais si ça va aller. »

[...] alors, ce qui est génial dans cette question-là, c'est que vous pouvez aussi la transposer pour le patient. On devrait pour tout patient hospitalisé lui dire : est-ce que vous avez déjà été hospitalisé ? Est-ce que vous en avez déjà souffert ? Est-ce que dans votre famille est-ce qu'il y a des gens qui sont morts en réa ? Vous voyez, Comment vous avez soigné votre conjoint ? Comment vous avez soigné votre enfant qui est mort ? [...] le tout c'est de prendre conscience exactement de vos émotions.

...Et les dérives possibles.

Animateur : et comment vous interprétez le fait que nous les médecins on va plutôt vers les gens faciles à soigner, qui sont observants, qui sont joyeux, qui vous trouvent bien et qu'on délaisse un peu...

James : ça donne un peu aussi, ça donne un peu l'impression qu'on sert à quelque chose un peu et que c'est. On se sent utile et après c'est un peu la corvée d'aller voir l'autre patient...

Rapidement, le deuxième cas a été rapporté par un second étudiant. Il s'agissait d'une patiente de 80 ans ayant exprimé à l'externe son envie de mourir. L'externe s'est senti démuni et est resté passif. Les étudiants ne se sentent pas assez formés aux événements hospitaliers comme l'expression de la mort.

James : moi je pense c'est pas très convaincant ce que j'ai dit... Je sais pas trop reconforter, ce genre de choses...

Robert : on a une responsabilité quand on est externe mais que personne nous prépare à... personne nous explique globalement ce que c'est que quelqu'un qui vient nous dire « j'ai envie de mourir », enfin, on peut vouloir engager la discussion mais c'est un truc qu'il faut déjà avoir vu avant, soit avec quelqu'un qu'on connaît, ça peut être les grands-parents...

Il n'a pas transmis l'information à l'équipe médicale. Il regrette sa passivité :

James : moi je trouve que j'ai pas été, je ne suis pas allé assez loin, c'est-à-dire j'aurais peut-être dû un peu faire bouger les choses parce que bon j'ai été un peu pris de court. Moi je trouve que j'ai pas eu une très..., bon j'ai pas fait avancer beaucoup les choses...

C'est lors des cas annexes que le terme « empathie » est apparu pour la première fois.

Cas 1.2-a Lisa : il m'a dit « C'est très bien t'as une qualité t'es très empathique, un peu trop, ça va te faire des gros soucis plus tard. C'est très bien l'empathie mais trop euuh on peut pas être médecin comme ça, on peut pas, c'est pas possible, il y a la hiérarchie avant tout, il faut que tu comprennes ça. »

Cas 1.2-b Lisa : ce qui était rigolo c'était que c'est lui qui était empathique envers toi en fait.

Meredith : oui bah oui *rires* faut bien... je pense qu'il a vu ma détresse ! *rires*

Animateur : vous n'aviez pas prévu que l'empathie c'était aussi de l'autre côté. Je pense que l'empathie c'est quand même une relation à deux. Si vous êtes empathique envers quelqu'un de pas sympathique du tout je ne sais pas si vous êtes empathique longtemps.

Le troisième cas avait comme thème l'annonce d'un cancer du pancréas, qui, comme pour l'expression d'un désir de mort du cas précédent, met mal à l'aise l'étudiant qui n'est pas préparé aux réactions du patient.

Grégory : on sait pas trop quoi répondre à chaque fois...

Animateur : mais est-ce que c'est ce sont vraiment des questions ? Là encore est-ce qu'il faut répondre ? Est-ce que c'est question-réponse ? Est-ce que c'est le jeu des questions-réponses ?

Allison : c'est un appel à la détresse, quand ils sont mal, ils savent pas quoi dire d'autre, un appel à la discussion.

Les étudiants ont tout de même des notions sur la situation. Ils ont eu des cours théoriques sur ce thème.

Robert : c'est mieux que ça soit un médecin qu'il le dise plutôt que chercher sur internet et tomber sur un truc.

George : parce que ce qu'on nous apprend en général c'est que, quand le terme cancer sort, la personne n'écoute plus vraiment, n'est plus vraiment présente.

Ils cherchent une attitude-type à avoir dans cette situation.

Allison : bah moi je voulais savoir si il y avait quelqu'un qui aurait su quoi répondre à ma place à la question « combien de temps il me reste à vivre ? »

Séance 1		
Durée	1h22	
Etudiants présents	13 étudiants	
Eléments des cas cliniques	Enseignements retirés	Comportements des étudiants
Cas 1.1 Grégory Mal perforant plantaire avec ostéite chez un diabétique.	Bonne relation avec le patient avec langage approprié, plus de temps.	- Regards vers le sol/ le vide puis majoritairement redirigé vers le présentateur du cas - 2 retardataires à 10h25 - Question sur la famille par l'animateur - Tentent de comprendre la réaction du chef.
Cas 1.1-a Lisa Faire sortir un patient en permission pour l'anniversaire de son fils.	Rôle actif et plus proche des patients en tant qu'externe.	
Cas 1.2 James Envie de mourir d'une patiente de 80 ans. Comparaison de l'attention entre une patiente joyeuse et agréable et une patiente déprimée et distante. Délaissement de la patiente la plus enclin à avoir besoin d'aide.	Regrets par rapport à son rôle d'externe (passivité). Interrogation sur l'absence de la formation aux événements hospitaliers, émotionnellement notamment?	
Cas 1.2-a Lisa Prévenir un chef du syndrome dépressif d'un patient.		
Cas 1.2-b Meredith Première prise de sang.	Mensonge par omission. Empathie du patient.	
Cas 1.3 Meredith Patient jeune avec cancer du pancréas décédé. Equipe émue.	Distance entre patients et « grands médecins » dû au manque de temps ou par l'habitude (blasés ?) contrairement à l'externe.	

2 - Deuxième séance du 06/10/2015

Le début de la deuxième séance a été caractérisé par l'interrogation d'une étudiante sur le déroulement de la séance. Elle ne comprenait pas qu'il s'agissait du même principe à chaque séance et pensait qu'il y aurait différents « exercices » à chaque fois.

Animateur : *alors qui raconte une histoire ?*

Meredith : *euh on refait le même exercice que la semaine dernière ?*

Animateur : *ah bah oui ! C'est un exercice unique. Mono-exercice.*

Meredith : *ah pendant toutes les séances ? Ah d'accord.*

Le premier cas concerne le premier patient d'un externe pris en charge du début à la fin. Le patient subit une cholécystectomie pour angiocholite, compliquée d'une surinfection du drain. Le patient devient confus et est transféré en réanimation ce qui complique la communication avec l'équipe médicale.

Meredith : *et en fait dans la communication, c'était hyper difficile parce que quand il avait besoin de quelque chose, je comprenais pas ce qu'il voulait, ce dont il avait besoin. Donc j'arrivais pas à le réconforter comme je pouvais le faire avant quoi. Donc c'était un peu frustrant. Et on sentait l'agacement, quand il commençait à en avoir marre.*

[...] et c'était un peu choquant parce qu'on avait connu toutes les facettes de lui.

De même que pour le cas 1.1, le patient valorisait l'externe dans son rôle de soignant.

Meredith : *à chaque fois qu'on faisait la visite du matin avec l'interne qui le voyait beaucoup moins genre « bah voilà vous voyez, ces demoiselles-là elles s'occupent bien de moi »*

L'externe se sent plus investie dans la prise en charge du fait qu'elle était présente dès le début de l'hospitalisation du patient pour sa première observation. Les étudiants s'interrogent également sur la question réelle derrière une question d'un malade.

Animateur : *c'était vraiment ce qu'il voulait savoir ou derrière cette question-là il y avait « laissez-moi sortir » parce que derrière une question il y a toujours une autre question. Si vous avez remarqué, en général. Donc est-ce que c'est ça qu'il voulait vraiment savoir et est-ce que la question c'était pas « est-ce que je vais mourir ou pas ou donc dites-moi plutôt ».*

Meredith : *en fait ce qu'il me disait à moi, enfin plutôt plus précisément sa question c'était plutôt pourquoi il avait mal.*

Ce qui a amené un débat sur la normalité de la douleur.

Allison : *moi je pense que de dire « c'est normal d'avoir mal parce qu'il y a une surinfection » peut-être que psychologiquement du coup sa douleur elle diminue pas aussi. Il se dit que c'est*

normal et donc il souffre et je pense que le seul moyen c'était vraiment de dire « ça y est on vous a donné les antalgiques les plus forts et là ça va être mieux tout de suite maintenant. » Peut-être que psychologiquement...

Le deuxième cas de la séance portait sur la découverte d'une insuffisance rénale chez une jeune patiente diabétique de type 2. La patiente était peu observante. La question de la façon de prévenir les patients des complications possibles se pose alors. Dans le service, un chef avait tendance à annoncer des choses graves de façon brutale.

Allison : donc pour toi par exemple, le médecin, ce qu'il a fait, c'est ce qu'il faudrait faire pour tous les patients ?

Grégory : pour moi, ouais je pense...

Allison : donc faire pleurer ?

Grégory : sans faire culpabiliser le patient mais lui dire concrètement « voilà ce qui peut se passer, c'est grave. »

James : ça dépend du contexte aussi, sur des personnes jeunes qui ont encore toute la vie devant elles, c'est plus bête que sur une personne âgée où il reste moins d'années à vivre...

[...] Allison : non mais tu te permettrais du coup de, puisque pour toi c'est peut-être une bonne solution ?

Grégory : pour moi c'est une bonne solution de faire comme lui mais actuellement, je pense pas, même plus tard. [...] Ouais honnêtement ouais, ça serait bien de dire le pire surtout pour les patients jeunes... après il faut, il faut en être capable aussi.

[...] Chris : si c'est un jeune, si on voit qu'il nous prend au sérieux et qu'on voit qu'il va écouter, ça sert à rien de le traumatiser encore plus. Je pense qu'il faut aviser en fonction du patient quoi.

Séance 2		
Durée	1h16	
Etudiants présents	12, 1 absent, Christina en plus, Miranda a changé de groupe	
Eléments des cas cliniques	Enseignements retirés	Comportements des étudiants
Cas 2.1 Meredith Premier patient pris en charge du début à la fin. Angiocholite traitée par cholécystectomie compliquée de surinfection du drain.	Interrogation sur la question réelle derrière une question d'un malade. Normalité de la douleur ? Manque de temps même chez les externes Investissement plus important chez un patient qu'on prend en charge dès le début de la maladie (= 1 ^{ere} observation du dossier, pour suivi plus tard).	- Bras croisés, mains devant la bouche - Regard dans le vide / le sol
Cas 2.2 Grégory Découverte insuffisance rénale chez une jeune diabétique de type 1, peu observante.	Comment prévenir les patients des complications pour avoir une observance optimale au traitement ?	

3 - Troisième séance du 13/10/2015

Il y avait quatre absents ce jour-là. Les étudiants étaient donc au nombre de neuf.

Les deux cas rapportés sont des cas de patients graves avec décès.

Dans un premier temps, l'étudiant raconte qu'il a été touché par le décès d'un patient en réanimation qui ne pouvait pas parler mais communiquait avec son regard. Il se projetait donc ses éventuelles pensées.

Richard : mais du coup, ça m'a beaucoup touché parce que tout passait par le regard et je trouve que c'est, il avait pas besoin de parler, il suffisait juste de se regarder et du coup ça m'a fait un petit peu de peine quand j'ai appris qu'il était décédé et malgré tous les efforts et les encouragements qu'on pouvait lui faire et les traitements qu'on lui donnait bah du coup ça a pas suffi, et malheureusement on s'est un peu senti impuissant l'équipe et moi.

[...] il ne parlait qu'avec les yeux et on voyait la tristesse enfin dire « ouais je m'en sors pas quoi, faites quelque chose, j'ai envie de vivre mais j'y arrive pas, pourquoi ? Expliquez-moi ! »

[...] et ça se voyait dans ses yeux, vraiment ses yeux, c'était, c'était incroyable. Tout passait par ses yeux, c'était fou ! c'était, c'est... on voyait quand il avait mal mais il se battait « ouais je comprends » il avait pas besoin de parler ça suffisait en fait. C'était... c'est surtout ça qui m'a marqué en fait...

Les questions de l'animateur et des autres étudiants n'ont pas abouti à des réponses concrètes, le narrateur n'ayant pas les informations requises. Ce qui a amené à une situation où le narrateur a senti le jugement de ses pairs devant son ignorance par rapport au dossier du patient dont il était responsable.

Richard : je sais même pas de quoi il est décédé en fait. Je sais pas de quoi il est décédé particulièrement, je sais juste qu'il est décédé. J'ai pas demandé.

*[...] **Animateur** : mais vous avez accès au dossier ?*

Richard : ouais on avait accès au dossier mais du coup non j'ai pas regardé aussi s'il était marié.

Animateur : et son métier non plus ?

Richard : non...

Robert : t'avais pas regardé parce que t'y as pas pensé sur le moment ou c'est parce que t'avais juste pas envie de savoir ?

Richard : ah non j'ai juste pas pensé, j'ai jamais pensé à regarder quoi. J'étais avec le D4 du coup c'était lui qui s'en occupait, quand il est parti après c'était moi. Mais sur le coup j'ai pas, j'ai pas pensé à regarder quoi... je... pfff.... Je l'aimais bien...

Animateur : *bah oui ça se voit. Mais ne pas penser à regarder alors qu'il vous regarde...*

Lisa : *normalement c'est des choses que tu regardes chez tes patients ? La famille, le mode de vie ?*

Richard : *je ne m'y intéresse pas trop en fait...*

[...] Lisa : *et comme c'était une exposition au travail, tu t'es pas dit, je vais regarder son métier ?*

Un des étudiants ayant été dans le même service a défendu Richard en soulignant la particularité de la réanimation.

George : *nous on faisait les examens cliniques et parce que du coup pour communiquer avec le patient, c'était pas facile quoi, enfin on pouvait pas avoir énormément de réponses, on pouvait pas avoir beaucoup de réponses enfin oui/non, quoi.*

C'est dans ce cas également que les étudiants ont exprimé leur sentiment de « ne pas être médecin ».

George : *juste lui expliquer que c'est un examen de contrôle, de suivi et que bah je suis pas médecin donc je sais pas. Donc je vais en référer à l'interne qui ensuite viendra lui parler. C'est très très frustrant.*

Animateur : *c'est curieux, ça fait deux fois que vous me dites « je suis pas médecin » ça me choque, vous êtes pas plombier quand même dans ce service.*

George : *on n'est pas médecin non plus.*

Richard : *on est apprenti médecin mais on n'est pas médecin.*

La banalisation de la mort est aussi très présente dans ce cas où l'annonce du décès du patient à l'externe a été brutale (chambre vide), le chef utilisant des termes vagues ("il est parti"). L'externe lui-même exprime un certain sentiment de fatalité et de banalité vis à vis de la mort en réanimation.

Richard : *ouais et pourtant j'adore la réa après c'est peut-être un peu bizarre ce que je vais dire mais comme j'ai dit c'était le troisième patient qui mourrait, après c'est que moi hein, mais je veux dire en réa, je m'y suis fait en fait. Je me suis habitué à la mort en fait.*

[...] mais j'étais triste aussi mais je me dis « bon bah c'est la vie quoi. »

[...] peut-être un peu de résignation...

Le deuxième cas abordé était centré sur le décès d'une patiente diabétique de type 2 transplantée rénale. L'externe qui s'en occupait était touchée par son jeune âge et s'identifiait à elle. L'étudiante semblait empathique envers cette patiente.

Lisa : ... mais enfin je sais pas, trente ans déjà, après une fille forcément je m'identifie peut-être plus...

[...] j'essayais de pas la résumer à sa maladie et du coup on parlait d'autres choses mais même elle, elle pouvait sûrement que se focaliser sur ça ; enfin je sais pas, j'aurais eu ça je pense que je penserais qu'à ça tout le temps.

Elle s'est également mise à la place de son interne qui a vu mourir la patiente.

*Lisa : ouais mais j'y pense *rires* j'y pense parce que je me dis ça devait être lourd comme responsabilité je me mets aussi à sa place : j'aurais été là en train de réanimer la patiente que j'ai depuis trois mois et qui commençait à aller mieux et elle est en train de mourir sous mes doigts et je suis en train d'essayer de...*

L'étudiante a été attristée de voir que toute l'équipe était choquée par le décès de cette patiente jeune, tout comme elle et que pourtant il n'y ait pas eu de réunion pour discuter entre eux de ce cas afin d'exprimer leurs émotions.

Séance 3		
Durée	1h15	
Etudiants présents	9 étudiants 4 absents	
Eléments des cas cliniques	Enseignements retirés	Comportements des étudiants
Cas 3.1 Richard Greffe pulmonaire en réanimation. Décès.	Banalisation de la mort. Distance pour se protéger, mais attention à la déshumanisation de la réanimation. Interrogation sur le terme pour annoncer la mort aux externes : « il est parti ». Fragmentation du patient à l'hôpital par les spécialités.	- Regard vers le sol. - Le groupe ne se sent pas médecin, place de l'externe à l'hôpital ? - Etudiants attentif au présentateur, la regarde. - Richard joue avec une chaise, ne regarde pas Lisa - Christina reste silencieuse, presque hostile pendant toute la séance. - Chris est arrivé un peu en retard,
Cas 3.2 Lisa Transplantation rénale compliquée chez une patiente diabétique de 30 ans. Décès.	Aller chercher les informations. Le patient n'en parle pas spontanément. Présence de psychologues dans les services et à la faculté. Médecine n'est pas toute puissante. « la médecine ne peut pas tout résoudre. »	malade, n'a pas participé car probablement fatigué.

4 - Quatrième séance du 03/11/2015

Cette séance était séparée de la précédente par une pause de deux semaines.

Le premier cas de la séance concernait un infarctus du myocarde avec colite ischémique chez une patiente âgée qui devait être opérée. L'étudiant était plutôt observateur qu'actif. Il décrit la vie difficile de cette femme qui l'a attristé, et les adieux entre celle-ci et son mari devant le bloc opératoire.

James : et que dès qu'elle a arrêté son boulot elle a enchainé toutes les, toutes les, plein de problèmes de maladie. C'est ça que je trouve un peu, c'est triste...

L'observation de ce cas lui a permis de voir l'importance de la famille chez un patient. Mais comment faire le compromis entre le bien-être du patient et celui de la famille ?

James : non, j'ai pas, j'ai eu de la chance de pas avoir des situations comme ça. Et aussi là j'ai pu voir la famille un peu plus que généralement, on voit pas tous ces rapports.

[...] Animateur : la question est devenue : qui doit souffrir ? La famille ou le malade ?

Et il a exprimé l'influence des séances Balint dans sa prise en charge.

James : moi je pense que, comme en plus on avait commencé les séances, j'ai essayé un peu plus de la reconforter. Je lui ai tenu la main, tout ça, je pense que j'aurais pas fait ça un peu plus de manière spontanée avant.

Mais il reste tout de même mal à l'aise devant l'expression d'une envie de mort de ses patients avec cette sensation persistante d'être démuné devant ce genre de situation.

James : mais après je trouve qu'on est un peu impuissant et qu'on peut lui dire que ça va bien aller mais que c'est un peu faux parce qu'on sait très bien que c'est grave.

Le deuxième cas a rapidement enchainé après le premier. Il s'agit d'une suspicion de prothèse biliaire bouchée chez un patient ayant un cancer du pancréas. Le patient refusa le scanner car il ne voulait pas retarder sa chimiothérapie.

Robert : donc ce monsieur vient pour recevoir sa chimiothérapie et on lui dit qu'on va pas la faire. [...] et il l'a très mal pris qu'on lui dise ça, qu'on faisait pas la chimio. Il l'a pris comme un arrêt de, comme une annonce d'un arrêt de traitement quasiment. Il y avait un peu la barrière de la langue, il parlait à moitié au téléphone avec son fils, c'était un peu... c'était encore moins évident.

L'externe a vécu comme une impasse le refus de soin du patient. L'animateur et les autres étudiants ont posé des questions pour l'aider à mieux prendre de la distance et essayer d'imaginer le point de vue du patient mais malgré ces interventions le narrateur est resté sur son sentiment de malaise devant cette situation.

Lisa : mais à partir de quel moment il s'est braqué ? Parce qu'au départ forcément vous êtes venu, ça a commencé à bien se passer... il y a eu un moment où il a commencé à ? Il y a eu un mot ? Une attitude ? Est-ce que t'as repéré... ?

*[...] **Animateur** : enfin le groupe a donné quelques petites choses qui pourraient avoir changé la situation !*

L'externe est resté sur ses impressions initiales.

Robert : bah la décision de mettre la chimio ou pas, elle peut pas être partagée !

Il y a eu donc une scission entre le narrateur qui était du côté « médecin tout puissant qui décide » et d'autres qui affirmaient que l'avis du patient importe plus et qui tentaient de se mettre à la place du patient pour comprendre ses représentations.

Robert : il y a des gens anxieux mais il y a aussi des gens chiants enfin !

rires

Lisa : ils sont peut-être chiants parce qu'ils sont anxieux !

*[...] **Animateur** : donc nous quand on met en avant le biomédical et le biotechnique, on a raison parce qu'on peut rien faire sans mais après tout ce qui va faire la décision médicale, ça dépend de mille choses qui sont peut-être infimes, de l'irrationnel, du fantasme, de l'émotion, de ce que vous voulez mais qui compte énormément dans la décision.*

Tout comme au premier cas, l'étudiant exprime l'utilité qu'a eu le groupe Balint sur sa façon de voir les choses.

Robert : bah en soi, il y a pas... je sais pas... peut-être qu'en faisant plus gaffe à, comment... la façon dont elle l'a fait, j'aurais peut-être pu te répondre mais dans ma tête il y a rien qui a pu me choquer dans sa manière de parler. Pourtant je pense que je commence à prendre l'habitude quand même !

Ce cas a permis au groupe de discuter du clivage entre les représentations du médecin et celles du malade et aussi de l'importance de la relation entre ces deux protagonistes pour communiquer en évitant les blocages. Cette relation se construit dans le temps.

Derek : est-ce que c'est compatible avec le temps de l'hôpital aujourd'hui ? Parce que je veux dire, quand je vois l'interne qui galope toute la journée, moi je pense que pour instaurer une relation de confiance, quelque chose qui s'instaure au quotidien, qui demande beaucoup de temps, enfin clairement l'interne n'a pas le temps, alors est-ce que finalement cette relation patient-médecin ne va pas de pair aussi avec, enfin il faut savoir ce qu'on veut, dans ses cas là il faut mettre plus de moyens pour avoir plus de médecins !

On remarque qu'ils ont une vision pessimiste de ce qu'ils deviendront plus tard en raison du fonctionnement particulier de l'hôpital.

Derek : on n'est pas là-dedans mais moi je suis un peu... on vise la lune quoi mais en même temps, on se donne pas les moyens, donc moi je suis prêt évidemment à passer beaucoup de temps avec les patients, mais le jour où je serais interne, qu'on me demandera d'envoyer des tas d'examens, de faire de la paperasse à volonté...

Séance 4		
Durée	1h32	
Etudiants présents	12 étudiants, 1 absent	
Eléments des cas cliniques	Enseignements retirés	Comportements des étudiants
Cas 4.1 James Infarctus du myocarde avec colite ischémique. Consentement d'être opérée ou non, adieux avec son mari.	Déni de la famille. Privilégier le bien être du patient ou de sa famille : « la question est devenue : qui doit souffrir ? La famille ou le malade »	- Richard distrait, nettoie sa montre... - Retard d'Christina : 10h30 - Richard regarde son bras... les autres regardent Robert parler.
Cas 4.2 Robert Suspicion de prothèse biliaire bouchée dans le cadre d'un cancer du pancréas, retardant la chimiothérapie prévue initialement. Barrière de la langue. Intermédiaire du fils par téléphone.	5 phases du deuil, régression du patient, attitude infantile. Représentation du patient. S'adapter au patient. Décalage entre désir de soin et désir de guérison.	

5 - Cinquième séance du 17/11/2015

Cette séance est particulière par sa date, juste après les attentats de Paris du 13 novembre 2015. Pourtant les étudiants ont peu élaboré sur ce thème, passant rapidement au premier cas : une patiente avec une douleur thoracique SCA ST + ayant eu une prise en charge ralentie aux urgences. La patiente était désagréable avec l'interne et l'externe mais ce dernier était compréhensif.

Grégory : je voyais que la dame c'était depuis 17 heures qu'elle était là, elle en avait marre c'était... elle voulait pas en finir avec la vie mais c'était un ras le bol quoi, d'être là quoi. Sur le coup on se demandait vraiment ce qu'ils avaient fait depuis 17 heures ! [...] Elle était encore habillée avec les chaussures, le sac à main à côté... on a dit « ouais c'est bizarre » et je comprends qu'elle soit comme ça.

Devant ce dysfonctionnement aux urgences, l'externe laisse transparaître les relations entre les services, qui sont généralement courtoises mais hypocrites.

Grégory : oui c'est l'interne, c'est sa première garde il a rien dit. Même la chef typiquement devant les urgences elle a rien dit mais après c'était en rentrant dans le truc elle a dit « c'est n'importe quoi ce qu'ils ont fait ! »

L'externe, observateur de ce dysfonctionnement, ne se sentait pas en mesure d'en parler à la patiente par respect de ses chefs et de l'hôpital.

Animateur : *oui mais je pense plutôt de dysfonctionnement, vous auriez pu être pris entre le, l'envie de dire « oui je vous comprends parce qu'il y a eu un dysfonctionnement aux urgences » et peut-être que vous vous êtes pas autorisé à dire ça ne serait-ce que...*

Grégory : ça je ne le dirais pas. [...] J'aurais voulu lui dire mais bon... on ne peut pas critiquer comme ça...

Il trouve même des excuses à ses collègues.

Grégory : s'ils ont rien fait je pense pas que c'était de l'incompétence, ils avaient autre chose à faire ou... [...] Mais je peux comprendre que, c'est pas bien de ne rien avoir fait jusqu'à 17 heures mais je peux comprendre qu'ils... que ça arrive...

Une autre étudiante est aussi de cet avis, tout en essayant de trouver une façon correcte de tisser une relation honnête avec la patiente.

Allison : t'es censé protéger tes... pas protéger mais défendre... [...] Pour moi tu peux rassurer sans lui dire : « il y a eu un problème vous avez raison. »

[...] Robert : souvent j'entends les médecins dire « c'est bizarre » quand le patient lui disait un truc qui allait pas : « c'est bizarre... »

Animateur : *« on ne comprend pas pourquoi... »*

Robert : et puis derrière c'est « c'est des tocards ! »

C'est lors de cette séance 5 que l'animateur dévoile les thèmes des ECOS à venir pour l'évaluation des étudiants.

Animateur : *c'est éventuellement dans les situations qu'on propose dans les ECOS puisque j'en ai fait quelques-uns des ECOS, c'est l'annonce d'une maladie grave, cancer, VIH tout ce que vous voulez enfin... comment annoncer les choses au patient. Donc c'est une grille où on regarde si vous avez dit bonjour, si vous avez souri, si vous avez regardé le patient dans les yeux,...*

Les étudiants ont rapidement réagi devant les thèmes des ECOS : ils ne se sentent pas encore à même d'annoncer un diagnostic grave, car beaucoup d'entre eux n'ont jamais eu à le faire en tant qu'externe ou n'ont jamais assisté à cette situation.

Allison : et on devra faire l'annonce du diagnostic, enfin si on tombe sur ce thème ? Alors que c'est pas à nous de le faire tout de suite ?

[...] Alex : mais le jour des annonces de cancer on nous demande enfin, moi on m'avait demandé de pas être là.

Un étudiant affirme que ces séances Balint lui semblent inutiles dans la formation de ce genre de situation malgré le cas raconté à la séance 1 (cas 1.3).

*Richard : et comment on annonce à quelqu'un une maladie grave ? Enfin, parce que bon là, là clairement je... ça m'a pas aidé là. *rires* enfin ce qu'on a fait ça m'a pas aidé à...*

Animateur : *est-ce que vous avez au moins une situation ? Est-ce que vous avez vu quelqu'un annoncer une maladie grave ? Est-ce que vous avez un interne ?...*

Richard : je sais plus si c'est toi ou James qui avait dit « ouais on a annoncé à quelqu'un un cancer... »

Allison : non c'est moi, j'avais dit cancer du pancréas.

Richard : ouais enfin on a eu une fois, ça ne m'a pas aidé hein !

Un étudiant a alors proposé un autre cas dont l'objet est l'annonce d'un diagnostic grave : l'annonce d'une sérologie VIH positive chez un patient hospitalisé pour remplacement valvulaire. Ce cas est particulier car l'étudiant raconte ce qu'on lui a rapporté car il n'était pas lui-même à l'annonce.

Chris : du coup j'étais pas là quand ils l'ont annoncé parce que c'est les infectiologues qui sont venus pour l'annoncer c'était pas les cardiologues mais on m'a rapporté sa réaction et comment c'était et en fait ils lui ont dit qu'il avait le sida et il a dit « ah ok » et c'est tout.

Puis d'autres anecdotes sur des annonces sont faites :
Le cas des découvertes de cancer mais en attente des résultats de biopsies...

Robert : ouais ! On leur dit rien avant la biopsie, mais on doit bien lui expliquer pourquoi on lui fait la biopsie.

[...] Grégory : je pense que le fait de demander ce qu'on veut rechercher ça prépare aussi le patient. Est-ce qu'il est conscient qu'il peut y avoir...

La question de l'interrogatoire systématique du patient s'est posée.

Allison : bah en fait moi je sais que je le demandais beaucoup en P2 parce qu'on apprenait à faire l'examen mais à force de voir que l'interne ne faisait pas ça donc... bah du coup après c'est trop long sinon aussi donc je peux comprendre que... donc du coup ça se perd et tu le demandes plus...

Le cas d'une annonce d'insuffisance rénale secondaire à une hypertension artérielle chez un patient de trente ans...

Lisa : c'était d'abord une annonce un peu magistrale après le lendemain le temps que le patient réfléchisse il y a l'interne qui revient. [...] C'est toute sa vie qui avait l'air de basculer qu'on voyait devant nos yeux qu'il était vraiment... il aura plus jamais la même vie !

L'animateur a encouragé la narratrice de ce cas à se mettre à la place d'un médecin qui annonce le diagnostic (jeu de rôle), ce qui a amené les étudiants à réfléchir aux mots justes et à l'ordre des informations à donner au patient, révélant la difficulté de la tâche.

Lisa : c'est juste que c'est tellement dur de trouver ses mots pour expliquer et de modérer ses mots sans faire peur au patient et essayer de lui faire comprendre logiquement l'enchaînement des idées sans même soi-même se perdre et si à chaque fois, je sais que après quand on s'arrête pour dire des choses, on ne sait plus où on en est.

Séance 5		
Durée	1h26	
Etudiants présents	11 étudiants, 2 absents dont une arrivée à 11H30	
Eléments des cas cliniques	Enseignements retirés	Comportements des étudiants
Cas 5.1 Grégory Femme avec douleur thoracique. SCA ST+ Dysfonctionnement des urgences ralentissant la prise en charge. Patiente désagréable. Dysfonctionnement du médecin généraliste.	Rassurer le patient sans mettre en danger les services médicaux. Pas de communication honnête entre les services. Dysfonctionnement aux urgences.	- Richard joue avec sa montre mais participe tout de même à la discussion. - retard d’Christina 10h28 - Robert : dire les choses - Allison/Grégory : défendre ses collègues, ne pas les critiquer, « ça arrive » - Lisa : peur des procès entraine un non-dit aux patients. L’équipe médicale se protège par omission de ces erreurs.
Cas 5.2 Chris Annonce de VIH à un patient de 55 ans hospitalisé pour remplacement valvulaire. Patient médecin urgentiste, plus préoccupé par son cœur que par le VIH.	Particularité d’une annonce de maladie grave à un médecin.	
Cas 5.2-a Allison Annonce d’un cancer du pancréas à sa tante.	Problème de langue à l’annonce de diagnostic grave. Déni.	
Cas 5.2-b Lisa Annonce d’insuffisance rénale secondaire à une hypertension artérielle chez un patient jeune.	Mise en situation : Lisa doit annoncer le diagnostic. Par quoi commencer ?	

6 - Sixième séance du 24/11/2015

Au début de la séance 6, l'animateur a fait un résumé des différents thèmes des cas qui avaient été rapportés dans les groupes Balint qu'il animait à la faculté Paris 7 mais aussi à Paris 5, permettant ainsi aux étudiants d'éviter de se focaliser sur les deux thèmes qu'il avait dévoilé à la séance précédente.

Puis une étudiante a rapidement proposé un cas de réanimation par massage cardiaque. Le sentiment principal est de ne pas se sentir préparé, puis la frustration devant l'inefficacité de certains membres de l'équipe.

Allison : c'était la première fois pour moi et c'était un peu difficile dans le sens où je ne savais pas quoi faire, parce qu'on n'est pas du tout préparé à ça [...] puis j'ai fait le massage cardiaque. Chacun son tour on a massé, le défibrillateur donc on a été le chercher, ça a duré assez longtemps parce que personne ne savait où il était... voilà... Je pense que tout le monde était assez paniqué et en fait c'était juste pour... enfin ce qui m'a étonnée c'est la lenteur avec laquelle on trouvait les choses, enfin on n'était pas assez rapides, assez vifs, c'était difficile, après je peux concevoir, personne n'était préparé même les infirmières.

Puis elle évoque les erreurs de prise en charge faite par le service, et pourtant sans vouloir critiquer qui que ce soit.

Allison : ça aussi c'était un problème, enfin on n'a pas trop compris parce qu'au lieu de la mettre en pneumologie ils l'ont laissée en médecine interne en hospitalisation quoi. Elle a jamais eu de scanner depuis qu'elle était là, depuis 3 jours...

[...] Ils ont un chariot d'urgence mais pas partout. Là en tout cas le chariot d'urgence j'avais pas l'impression que c'était un chariot d'urgence, c'était pas un chariot d'urgence parce qu'il y avait rien de ce qu'on demandait.

Lisa : c'est vrai qu'il y a souvent des problèmes avec les chariots d'urgence...

Les étudiants ne se sentent pas assez formés à leur rôle à l'hôpital, aux urgences, et pensent que la population générale devrait être formée aux massages cardiaques également.

Le deuxième cas a été proposé rapidement après le premier. Il s'agissait du délai entre découverte d'une masse probablement cancéreuse à l'imagerie et résultats des biopsies, donc le mensonge au patient avant l'annonce du diagnostic de cancer.

Robert : voilà. On avait fait l'annonce, mais c'était pas vraiment ça, c'était plutôt l'intervalle entre le début du diagnostic et l'annonce et pour moi le secret qu'on a gardé pendant ce temps-là il m'a mis particulièrement mal à l'aise.

L'étudiant a été embarrassé de devoir cacher des choses au patient et semble se sentir coupable de devoir garder le secret mais comprend cette prise en charge systématique.

Robert : enfin j'essayais de rester pro et sobre dans tous les cas mais c'était pas le même... la même chose. Je pense qu'il savait aussi que moi je savais des choses que je ne pouvais pas lui dire, il l'a bien senti.

[...] C'est quand même un peu bizarre que... de se dire qu'on n'a pas le droit de dire des choses à un patient, est-ce qu'on pourrait faire ça autrement je sais pas mais ça m'a quand même mis mal à l'aise. [...] ça m'embarrasse parce qu'il y a aucun moyen de faire autrement...

Le « secret » du diagnostic est-il bénéfique pour le patient afin qu'il s'y prépare psychologiquement ou est-il angoissant ?

Meredith : ouais mais justement enfin est-ce que le laisser dans ce suspens-là, c'est le laisser dans l'angoisse, il sait pas du tout ça lui fait, enfin moi je trouve un peu que ça fait ascension émotionnelle [...] enfin il est toujours dans cette incertitude et je pense que c'est vraiment angoissant quoi !

*[...] **Animateur** : mais est-ce que quand même il y a pas, je vais vous demander ce que vous en pensez mais est-ce que c'est pas positif qu'il y ait un petit délai pour se rendre compte de son état ?*

Le narrateur semble penser qu'il n'est pas indispensable dans la prise en charge du patient, son rôle n'étant que secondaire.

Robert : c'est pas indépendant je trouve, on peut quand même pas interférer dans la... Je pense que j'aurais un peu la sensation d'interférer avec la, parce que la médecin doit se poser les mêmes questions que moi. La médecin aussi lui a dit c'est une lésion, lui a aussi menti par omission et c'est elle qui va lui faire l'annonce donc elle va, elle va aussi avoir une confiance à établir parce que...

***Animateur** : non mais là on parle pas de la relation du chef avec le médecin, on parle de votre relation avec le méd... avec le malade.*

Robert : oui mais moi dans 3 semaines quand il va commencer sa chimio et qu'il va avoir besoin d'avoir confiance en la chef qui elle sera toujours là, c'est à elle qui faut faire confiance aussi enfin, moi je ne vais pas commencer à interférer dans ce suivi...

Cette séance s'achève sur une discussion animée sur le rôle de l'externe.

Robert : de toute façon on échange quand même avec une personne en face, bien sûr que je vais essayer de répondre un peu à ses questions et ses angoisses mais... mais voilà, en tant qu'externe la question c'est : est-ce qu'on est responsable de l'hospitalisation du malade ou est-ce qu'on est responsable de sa prise en charge ?

[...] Chris : la légitimité ça va être là où toi t'as décidé qu'elle s'arrêtait !

Séance 6		
Durée	1h33	
Etudiants présents	11 étudiants, 2 absents	
Eléments des cas cliniques	Enseignements retirés	Comportements des étudiants
Cas 6.1 Allison Patiente de 60 ans en médecine interne pour hémoptysie Premier arrêt cardiaque. Massage cardiaque. Décès.	externe pas formé pour ce qui l’attend dans les stages. Apprentissage sur le tas. Population formée au massage cardiaque mais mauvais exemple à la tv.	- Richard toujours distrait, joue avec un feutre trouvé sur le bord du tableau
Cas 6.1-a Alex Arrêt cardiaque enUSIC.		
Cas 6.2 Robert Mensonge et secret avant la biopsie confirmant le cancer du pancréas chez un patient de 72 ans.	Amener à réfléchir sur la possibilité du cancer en utilisant des mots associés mais sans jamais dire le mot cancer. Masse, inquiétante, biopsie.	

7 - Septième séance du 01/12/2015

Elle débute par une étudiante redemandant les deux thèmes qui avait été cités par l'animateur dans la cinquième séance, devant l'absence de volontaire pour raconter un cas.

Lisa : c'est quoi juste les deux sujets ? C'était la maladie grave et sinon ?

L'animateur a dû ré-insister sur le fait qu'il ne s'agissait que d'exemples et qu'il n'était pas possible pour ces séances de donner un thème aux étudiants.

Le premier cas concerne une patiente que l'externe n'a vu qu'une seule fois mais dont un événement particulier l'a marqué par sa violence. La patiente était hospitalisée en cardiologie et a fait un syndrome confusionnel qui a nécessité une contention.

Alex : moi je connaissais pas du tout la patiente c'est pas, enfin j'ai pas de, c'est pas une relation, c'est juste que ça m'a marqué comme moment. Une patiente que j'avais vu une fois à l'étage quand elle allait bien.

[...] elle nous giflait, elle nous mordait, elle nous... Elle voulait se déperfusionner etc. et donc c'était vraiment super dur. [...] On la voyait complètement désespérée, qui disait qu'on s'occupait mal d'elle, qu'on la séquestrait, qu'on la... et donc on a appelé la psychologue qui était dans le service. Elle commençait pareil à essayer de la calmer, on lui demandait de s'asseoir, de... mais ça marchait pas donc... enfin la réaction que du coup on a été obligé de faire c'est de lui injecter des médoc dans la perfusion et de la... de l'attacher à son lit.

Les autres étudiants cherchaient à comprendre ce qui aurait pu déclencher le délire de la patiente, et ce qui aurait pu l'apaiser et éviter la contention.

Chris : est-ce que tu sais si c'était l'anniversaire de la mort de son mari ?

[...] Lisa : dans ces cas-là je sais pas si on peut rentrer dans son délire et dire « oui mais il arrive là, il va venir à l'hôpital vous voir... »

[...] Allison : je suis d'accord sur le fait que quand quelqu'un raconte des choses un peu délirantes, t'es obligé toi-même de raconter des choses un peu délirantes.

Finalement les étudiants sont en attente d'une prise en charge systématisée.

Mark : est-ce que, est-ce qu'il y aurait un comportement à adopter en particulier ?

Animateur : non je pense que c'est au coup par coup mais chaque situation vous apprend à être meilleur la prochaine fois.

Le deuxième cas de la séance était en continuité avec le premier cas puisqu'il était caractérisé par un patient délirant. Une jeune femme drépanocytaire hospitalisée pour crise vaso-occlusive, ayant des hallucinations.

Allison : le truc c'est que il fallait pas qu'elle écrive, ou qu'elle nous le dise, parce qu'ils pouvaient entendre ce qu'on disait et il fallait pas qu'elle l'écrive devant nous parce que il fallait pas que elle, ses yeux voient ce qu'elle écrit. [...] Puis elle a commencé à pleurer parce qu'elle voyait que la psychiatre la croyait pas, du coup la psychiatre en avait marre, elle est partie.

[...] donc en gros ça rejoint un peu ton cas dans le sens quoi faire. Et c'est pour ça je disais est-ce que quelqu'un est venu la voir, quelqu'un qui la connaissait parce que le fait que ce soit moi du coup elle m'avait déjà vu bah elle réagissait mieux.

Ces deux cas ont ouvert un débat sur les mensonges à l'hôpital, pour le bien des patients ou pour protéger un collègue.

Grégory : moi personnellement c'est pas vraiment des mensonges où on dit pas ce qu'on donne, c'est soit des mensonges par omission, c'est par exemple nous on a eu un patient qui a fait une décompensation parce qu'un autre médecin ne lui a pas donné tel médicament, on va pas lui dire ça, on lui dit « vous savez votre cœur est assez malade donc ça peut arriver » et tout. Mais des vrais mensonges comme ça de dire « ça c'est des vitamines, c'est pas un neuroleptique » je sais pas pour vous mais moi perso enfin....

Robert : franchement je préfère dire que c'est des vitamines à la place du Valium que de pas dire à un patient qu'il est dans cet état là parce qu'un mec a fait une connerie avant... il y a du mensonge par omission mais c'est quand même plus... enfin...

Lisa : il y en a un c'est pour aider le patient et là et l'autre c'est juste pour sauver le cul des... de celui qui a fait l'erreur !

S'en suit un cas avec une erreur médicale d'un interne protégé par le silence de tout le service. L'interne avait oublié de prescrire un anticoagulant à une patiente stentée ce qui a entraîné une thrombose de stent.

Robert : moi je pense qu'on peut pas dire tout le temps qu'il faut rien dire au patient sinon ils font plus confiance parce que le jour où ils se rendent compte qu'on leur a menti c'est encore pire.

L'étudiante était choquée du mensonge par omission du service. Puis les étudiants ont essayé de comprendre comment l'interne a pu commettre cette erreur, accusant parfois le manque de relecture des ordonnances par les chefs.

*Lisa : non mais je me dis ça peut, enfin dans l'absolu enfin quand on est fatigué, je sais pas je me dis c'est peut-être possible et que... Moi je l'ai eu comme interne et il est très compétent, vraiment il était très bien donc c'est pas une question de la mauvaise qualité d'un interne c'est peut-être qu'il avait enchainé les gardes, qu'il en pouvait plus et c'est vrai qu'à l'hôpital c'est pas, ils font pas très attention à nos internes et à leur santé *rires* donc...*

Les étudiants se mettent-ils à la place des internes, qui sont pour eux ce qu'ils seront bientôt ?

A la fin de cette dernière séance, les étudiants ont pu exprimer leur ressenti sur ce cursus à la formation à la relation thérapeutique. Ils ont insisté sur le fait de l'importance d'un thème à chaque séance pour les aider à trouver plus rapidement un cas à raconter.

Allison : est-ce que dans notre cursus on va avoir des cours sur, vraiment les thèmes principaux ?

Meredith : après je peux, enfin c'est l'idée qui... enfin moi je me suis dit, enfin moi l'impression que j'ai eu des séances. Est-ce que enfin ça serait, est-ce que ça serait pas mieux d'axer pour chaque séance sur un thème ?

George : mais par exemple les séances qui je trouve m'ont le plus apporté c'est celle sur l'annonce du diagnostic où on a réussi quand même à pas généraliser mais à trouver des petits conseils, des conduites, des choses en partant d'un cas et en trouvant les points faibles et en travaillant ensemble dessus.

A noter également que le jeu de rôle a aussi été cité comme complémentaire aux séances.

Allison : moi je pense que le jeu de rôle c'est le plus parlant.

Grégory : c'est complémentaire.

Séance 7		
Durée	1h12	
Etudiants présents	11 étudiants, 2 absents	
Eléments des cas cliniques	Enseignements retirés	Comportements des étudiants
Cas 7.1 Alex Contention d'une patiente violente.	Contention jamais indiquée mais tolérée dans certaines situations	- 10h38 retard de Christina. Chris joue avec son bâton de café - 10h50 Retard de Meredith
Cas 7.2 Allison Patiente de 30 ans drépanocytaire hospitalisée pour crise vaso occlusive. hallucinations. Sortie contre avis médical.	Mensonge acceptable si pour le bien du patient.	
Cas 7.2-a Lisa Omission de l'erreur médicale. Thrombose sur stent par oubli d'anticoagulants.	Concertation lors d'erreur médicale nécessaire pour adapter le fonctionnement des hôpitaux.	
Cas 7.2-b James Patiente sous anticoagulants pour valve cardiaque. Surdosage en AVK.		

II - Résultats généraux

1 - Durée

La durée réelle d'une séance théorique d'une heure et demie a été en moyenne d'environ 82 minutes. Elle varie entre 1h12 et 1h33. Les séances 4, 5 et 6 ont été les plus longues, la dernière séance était la plus courte.

2 - Absence

Tous les étudiants ont été présents à la séance 1. Une étudiante a changé de groupe dû à son stage mais a été remplacée par une autre étudiante à la séance 2. Malheureusement le groupe n'a plus été au complet après la séance 1. Il y avait en moyenne 1 à 2 absents, souvent pour cause de vacances. Le maximum d'absents était de 4 à la séance 3.

Nombre d'étudiants par séance	
Séance 1 (29/09/15)	13
Séance 2 (06/10/15)	12
Séance 3 (13/10/15)	9
Séance 4 (03/11/15)	12
Séance 5 (17/11/15)	11
Séance 6 (24/11/15)	11
Séance 7 (01/12/15)	11

3 - Participation et comportement

Le groupe a été principalement animé par 5-6 étudiants.

Neuf étudiants ont présenté au moins un cas durant une séance.

Quatre (cinq si on compte Miranda qui a changé de groupe) étudiants n'ont jamais présenté de cas dont trois étudiants qui ont assisté au groupe contre leur grés, avec peu ou pas de participation aux échanges.

Cas par étudiants	
Grégory	Cas 1.1 Cas 2.2 Cas 5.1
Lisa	Cas 1.1-a Cas 1.2-a Cas 3.2 Cas 5.2-b Cas 7.2-a
James	Cas 1.2

Cas par étudiants	
	Cas 4.1 Cas 7.2-b
Allison	Cas 1.3 Cas 6.1 Cas 5.2-a Cas 7.2
Meredith	Cas 1.3-a Cas 2.1
Richard	Cas 3.1
Robert	Cas 4.2 Cas 6.2
Chris	Cas 5.2
Alex	Cas 6.1-a Cas 7.1
George	-
Christina	-
Miranda	- (mais a changé de groupe)
Derek	-
Mark	-

Lors des séances, les étudiants étaient attentifs et bienveillants. Souvent le regard vers le sol ou dans le vide en début de séance, puis spontanément le regard se redirigeait vers le présentateur, ou interlocuteur.

Certains étudiants restaient les bras croisés, avec une attitude fermée, la main devant la bouche.

Un étudiant était distrait à toutes les séances. Malgré sa participation aux échanges, il était souvent occupé à jouer avec sa montre, ses chaussures, un feutre, une chaise cassée, un bâtonnet de café.

Une étudiante est restée silencieuse lors de toutes les séances. Elle avait oublié de se désinscrire de l'étude et a été contrainte de venir. L'animateur a trouvé son silence hostile. Elle était par ailleurs en retard lors de trois séances.

Deux autres étudiants étaient relativement silencieux, eux non plus ne voulaient pas participer à l'étude.

Le groupe était composé d'étudiants principalement en service de médecine (cardiologie, gastrologie, pneumologie, maladies infectieuses, néphrologie, neurologie, réanimation). Une seule étudiante était en radiologie (séance 2). Une étudiante était redoublante. Certains étudiants se connaissaient d'anciens stages, et trois étaient actuellement dans le même service de cardiologie.

Le tout premier cas a été proposé très rapidement (10 secondes de silence après l'intervention de l'animateur) par un des étudiants et les cas annexes par association ont été nombreux à cette séance-là. Les étudiants qui ne se connaissaient pas ou peu ont bien échangé devant des cas qui leur rappelaient probablement leur propre expérience.

Allison : moi j'ai été confronté à la même chose que toi et c'était pareil, j'ai pas su quoi dire. (Cas 1.2)

Il est vrai que lors de la première séance, les cas étaient peu centrés sur la relation médecin-malade mais plutôt sur leur rôle d'externe avec beaucoup de revendications ou de plaintes sur leur statut.

Les étudiants n'avaient pas compris le principe même du groupe Balint puisqu'à la deuxième séance, une étudiante se demandait s'il s'agissait du même exercice que la dernière fois. Il est difficile de savoir ce que les étudiants ont compris de la formation à la relation thérapeutique. On remarque qu'ils attendent souvent l'intervention de l'animateur, qui rythme globalement toutes les séances grâce à ses questions et remarques. Les étudiants sont-ils en attente de « conduite à tenir » d'un « professeur » et non pas d'un groupe de parole qui permet d'apprendre de leur pairs ? Par ailleurs, plusieurs d'entre eux ont montré une préférence pour des séances à thèmes depuis l'incident de la séance 5 (voir plus bas). Il est vrai que les débuts de chaque séance sont longs, les étudiants ont peu d'expériences puisqu'ils viennent de commencer leur stage et les cas ne leur viennent pas spontanément, mais beaucoup plus par association d'idées.

Les étudiants participaient surtout en fin de séance. Il y avait beaucoup de silence entre les cas et les questions des étudiants, sauf à la séance 6 qui a été la plus longue et où les étudiants ont le plus participé spontanément.

Animateur : bon bah vous êtes bavard à la fin seulement ! (Séance 5)

4 - Nombre de cas par séance

La toute première séance a été ponctuée de beaucoup de cas cliniques courts, les étudiants ne connaissant que peu de choses sur leurs patients. Initialement il a été difficile d'avoir des informations sur l'environnement du patient comme son métier ou sa famille. Les étudiants étaient plutôt centrés sur la maladie ou leur ressenti vis-à-vis de la situation. Il y a eu trois cas principaux, avec plusieurs cas annexes. Les étudiants avaient tendance à rebondir sur le cas principal avec leurs expériences similaires. Progressivement, les séances ne tournaient qu'autour de deux cas cliniques principaux avec parfois quelques cas secondaires par association.

5 - Nature des cas

Les types de patients marquants pour eux sont :

- sympathiques et attachants

Meredith : c'était un patient hyper sympathique et donc forcément c'était mon premier patient et donc je m'étais vachement attachée à lui. (Cas 1.3-a)

Richard : il était jeune, il avait une cinquantaine d'années, en plus il avait l'air super gentil. (Cas 3.1)

Robert : un monsieur très sympathique en plus donc c'est pour ça qu'il m'a marqué. (Cas 6.2)

- atteints d'une maladie grave (cancer du pancréas, transplantation rénale, greffe pulmonaire, VIH, décompensation cardiaque, etc...)
- patients jeunes

Meredith : on avait tous été un peu, on était tous un peu choqués quoi. Bah on était touchés parce que c'est vrai qu'en plus il était tellement, bah il jeune donc forcément nous ça nous, on s'identifie carrément à lui quoi. (Cas 1.3-a)

Allison : je parlais beaucoup avec elle, elle était très gentille, super jeune. (Cas 7.2)

Lisa : ça se voyait qu'elle en pouvait plus, en même temps je sais pas comment on peut, je sais pas ça doit être dur de supporter une nouvelle pareille à trente ans. Et donc je la voyais, je savais pas forcément trop quoi lui dire parce que c'était, c'est vrai que c'était injuste ce qui arrivait. (Cas 3.2)

Lisa : ... mais enfin je sais pas trente ans déjà, après une fille, forcément je m'identifie peut-être plus... (Cas 3.1)

- opposants aux soins

Robert : c'est la première fois que j'ai eu quelque chose d'aussi net comme ça, où on voit un patient rentrer chez lui en se disant c'est trop con parce qu'il y avait un créneau pour un scanner, un truc, n'importe quoi, et il le fait pas quoi. Voilà. (Cas 4.2)

*Alex : Il y avait rien à faire donc on a été obligé de la... l'attacher à son lit. Je me suis senti... j'étais un peu mal. *rires* Je savais pas trop comment... comment réagir.. (Cas 7.1)*

Alex : bah ouais elle nous a vraiment mordus, elle nous giflait, elle a des ongles bien pointus donc, elle serrait à mort. Et tu devais la soutenir parce que si tu la lâches elle tombe par terre ! Et du coup ouais on l'a attachée... sur le coup j'étais... je suis sorti un petit coup parce que... Pas facile d'attacher quelqu'un qui est... (Cas 7.1)

Les situations marquantes pour eux sont :

- lorsqu'ils ont eu un rôle positif avec la sensation d'être utile.

Animateur : vous avez le sentiment du devoir accompli ?

Allison : moi je pense que oui, j'ai fait le maximum que je pouvais, je ne suis pas restée plantée là, enfin voilà je suis direct allée faire le massage. [...] bah déjà j'étais contente j'ai pas servi à rien quoi. J'ai aidé, et puis j'étais pas paniquée. (Cas 6.1)

- les erreurs médicales et dysfonctionnements.

Animateur : qu'est-ce qui valait la peine dans ces trois mois de réa ?

Richard : rien... je pense. [...] la réa c'est horrible. Je pense pas que ça soit le meilleur mode de vie. Je le souhaite à personne. (Cas 3.1)

Lisa : oui mais comme par exemple j'avais déjà cité que moi pareil à l'USIC, il y avait un interne qui avait oublié de mettre des anticoagulants sur un stent actif. (Cas 7.2-a)

- l'injustice

Lisa : pour revenir à ton histoire, moi j'avais un patient qui a dit une fois un peu la même chose qui a dit qu'il veut qu'on arrête les soins, qu'il en pouvait plus, que la vie était trop dure et on disait que toi peut-être que t'aurais pu peut-être en parler avec l'équipe médicale. Moi j'ai essayé de le faire et le problème c'est que je me suis prise une grosse claque. (Cas 1.2-a)

- les décès.

On remarque que les cas rapportés principalement par les étudiants sont des cas soit positifs pour l'étudiant c'est-à-dire un cas où son rôle a été bénéfique pour le patient dont il retire une certaine fierté (cas 1.1, cas1.1-a, cas1.2-b, cas 3.2, cas 5.1, cas 6.1, cas 7.2), soit un cas où le patient est décédé ou est atteint d'une maladie grave (cas 1.3, cas 1.3-a, cas 2.1, cas2.2, cas 3.1, cas 3.2, cas 4.1, cas 5.2), soit une situation où l'externe s'est senti démuni ou devant une injustice ou un dysfonctionnement (cas1.2-a, cas 4.2, cas 6.2, cas 7.1, cas 7.2-a, cas 7.2-b)

James : il y avait ces deux patientes, et il y en a une qui avait un peu moins besoin de traitement un peu moins besoin d'être suivie alors que l'autre avait beaucoup besoin et que même les médecins passaient beaucoup plus de temps sur la patiente qui avait moins besoin d'être suivie alors qu'ils délaissaient un peu la patiente qui était le plus dans le besoin. (Cas 1.2.)

Meredith : c'était un peu l'impasse moi je trouve. On pouvait rien faire de plus quoi. (Cas 2.1)

Meredith : bah à ce moment-là moi je me suis sentie vraiment toute seule, parce que enfin quoique je lui dise ça n'avait pas l'air de le rassurer [...] j'étais un peu au pied du mur. (Cas 2.1)

Lisa : c'est vrai qu'on se sent assez impuissants face à ça. Comment la rassurer dans un cas grave comme ça ? Moi je, ma seule idée c'était parler d'autres choses. (Cas 3.2)

Meredith : après le truc c'est que moi je pense que ce qu'il m'a vraiment marquée parce que bah déjà c'était mon premier patient où j'ai fait tout le diagnostic, c'est ma vraie première observation où il y avait que moi qui l'avait faite quoi. (Cas 2.1)

Animateur : *donc vous êtes contente de vous là j'espère !*

Allison : ah oui, bah oui parce que j'ai atteint mon objectif qui était de la calmer, qu'elle prenne le médicament surtout et bon bah j'ai fait ce que j'ai pu, j'ai essayé de la rassurer,

après elle me connaissait donc c'est pour ça j'ai dit ça joue beaucoup, de voir un visage... (Cas 7.2)

6 - Enseignement

Lors des séances, plusieurs thèmes sont ressortis. Dès la première séance et le premier cas, l'animateur insiste sur la relation particulière des externes avec le patient. Les étudiants se rendent alors compte de leur rôle actif et au plus proche des patients, grâce à leur langage approprié et au temps important consacré au lit du malade, comparé aux chefs.

Meredith : mais après moi je pense que parfois c'est beaucoup plus facile pour les patients de poser des questions aux externes parce qu'on est quand même plus proches d'eux, on va tout le temps les voir tous les jours alors que, et on est beaucoup moins « sacralisés » entre guillemets. (Cas 1.3)

Allison : moi j'ai eu l'opportunité de rester longtemps avec elle donc j'en ai profité, mais c'est peut-être pas toujours le cas du médecin aussi, c'est peut-être pour ça. (Cas 7.2)

On retrouve en effet au centre des discussions cette place de l'externe, pas encore tout à fait comprise, dont les limites restent floues. Quel rôle au sein du système de santé ont-ils ?

Lisa : bah oui les infirmières je les ai entendu parler dans les couloirs, elles étaient toutes en train d'essayer de se parler entre elles mais bon je, bah on se sent pas inclus dans l'équipe infirmière en tant qu'externe. (Cas 3.2)

Robert : là sur cet exemple particulier l'observation que j'ai fait de mon malade elle n'a pas été relue donc... enfin la légitimité qu'on a elle ne dépend que de celle qu'on nous accorde aussi... ce n'est pas à nous de décider à quel point on fait partie de l'équipe c'est quand même à l'équipe de décider à quel point ils nous prennent au sérieux ce qu'on dit. (Cas 6.2)

Chris : la légitimité ça va être là où toi t'as décidé qu'elle s'arrêtait ! (Cas 6.2)

La première séance a donc surtout été centrée sur eux-mêmes et non pas la relation avec le patient en soi. Leur situation leur apparaît comme difficile, avec la découverte du monde hospitalier, et l'absence de formation aux chocs émotionnels qu'elle peut engendrer.

Lisa : oui une défense, pour moi c'est une barrière vraiment moi j'ai vu ça parce que, je, moi n'étant pas du tout comme ça et eux étant vraiment l'inverse de moi j'avais, j'avais du mal à comprendre comment on pouvait avoir la même passion commune à savoir la médecine et je, moi j'ai eu un gros choc avec ces médecins j'ai eu beaucoup de mal en réanimation. (Cas 3.1)

Robert : ...mais on nous balance un peu là-dedans quoi. Sans préparation, enfin sans formation. (Cas 3.1)

On retrouve régulièrement des cas où l'externe est passif, observateur. Il apparaît alors comme un simple narrateur. (Cas 1.1, cas 1.2, cas 2.2, cas 3.1, cas 4.1, cas 4.2, cas 5.2) Certains regrettent leur passivité (cas 1.2). D'autres encouragent leurs pairs à agir. (Cas1.1-a, cas 7.2) malgré ce sentiment commun de « ne pas être médecin ». (séance 3).

George : juste lui expliquer que c'est un examen de contrôle, de suivi et que bah je suis pas médecin donc je sais pas. Donc je vais en référer à l'interne qui ensuite viendra lui parler. C'est très très frustrant.

Animateur : *c'est curieux, ça fait deux fois que vous me dites « je suis pas médecin » ça me choque, vous êtes pas plombier quand même dans ce service !*

George : on n'est pas médecins non plus.

Richard : on est apprenti médecin mais on n'est pas médecin. (Cas 3.1)

Un étudiant a rapporté un cas où il a regretté son rôle passif. (Cas 1.2)

James : moi je trouve que j'ai pas été, je ne suis pas allé assez loin, c'est-à-dire j'aurais peut-être dû un peu faire un peu bouger les choses parce que bon j'ai été un peu pris de court [...] moi je trouve que j'ai pas eu une très, bon j'ai pas fait avancer beaucoup les choses... (Cas 1.2)

Richard : moi je lui parlais pas beaucoup parce que je savais pas quoi lui dire en fait. [...] J'étais plus dans l'observation. (Cas 3.1)

Robert : c'est pas mon patient dans le sens où non je ne sais pas ce qu'il fait, j'ai pas son dossier, je le connais pas, je... son cancer je sais pas exactement. Je me suis trouvé un peu planté là au milieu de la chambre. (Cas 4.2)

Robert : Bah... je savais pas trop quoi lui dire en fait...

Allison : est-ce que tu lui disais plus « je sais pas faut attendre les médecins » ou t'essayais de répondre quand même ?

Robert : bah je me suis un peu... j'ai fini un peu par me planquer derrière mon statut d'externe...

Allison : On fait tous ça... (Cas 6.2)

*Robert : il m'a appelé « docteur » au bout d'un moment je lui ai dit non je suis pas *rires* je sais que vous aimez bien mais d'un autre côté on peut pas si on commence à laisser, on est bien obligé de le dire parce que sinon... (Cas 6.2)*

Peu à peu les étudiants prennent conscience de la complexité du patient et de sa famille. Il est vrai que les externes sont peu amenés à interagir avec la famille du patient du fait de leur présence uniquement le matin à l'hôpital. Au fur et à mesure, les étudiants ont appris à poser des questions sur la famille du patient spontanément au présentateur, ce qui au

départ n'était que l'initiative de l'animateur. Patient et famille étant intimement intriqués, il est parfois difficile de ne pas confondre la représentation de la maladie du patient et celle de sa famille, privilégier le bien du patient avant celui de sa famille. (Cas 4.1)

Meredith : dans les moments où la famille était là j'étais pas là, mais je me dis si pour nous c'était dur je me dis que pour la famille ça a dû être encore pire. (Cas 2.1)

Animateur : et sa famille, c'est qui sa famille ? _Richard : je l'ai jamais vu mais je sais qu'il avait des enfants qui étaient déjà un peu plus âgés et je sais pas si, je sais pas s'il était marié. Mais je crois qu'il avait une femme, je suis pas sûr... (Cas 3.1)

Lisa : moi juste je trouve que ça montre bien l'importance de la famille aussi dans ces choix à elle, elle disait il va souffrir. (Cas 4.1)

Lisa : peut-être les médecins qui font ça c'est pas par méchanceté ou qu'ils s'en fichent de la famille, c'est peut-être juste qu'ils ont pas forcément réalisé à quel point il y avait une histoire important derrière, une relation forte qui fallait prendre forcément en compte, et que peut être que dans le feu de l'action ils y pensent, pas ou on n'y pense pas. Il faut y penser. (Cas 4.1)

Lisa : et puis il peut aussi se soucier beaucoup de son père et l'aimer mais il peut avoir une relation conflictuelle, en général, pas avoir les mêmes opinions. (Cas 4.2)

Robert : les visites, c'est l'après-midi donc moi le côté famille dans le service on les voit très rarement. (Cas 6.2)

Le mensonge est un sujet sensible pour les étudiants qui ne supportent pas qu'on mente aux patients, y compris le mensonge par omission (cas 1.2-b, cas 4.2). On remarque tout de même une tolérance dans les situations où le mensonge serait bénéfique pour le patient (Cas7.2). Ils sont par contre révoltés lorsqu'il s'agit de couvrir les erreurs médicales (cas 7.2-a, cas 4.2-b), mais un bémol tout de même puisqu'ils prennent la défense des erreurs des internes (ça pourrait arriver à tout le monde) par identification. Les étudiants sont donc marqués par les situations de mensonge, ainsi que les erreurs médicales ou dysfonctionnement du service. Ils ne comprennent pas pourquoi il n'y a pas plus de concertation de l'équipe médicale pour adapter son fonctionnement afin d'éviter la répétition de ces erreurs. Pourtant, même lorsqu'ils osent pointer du doigt l'erreur ou le dysfonctionnement, ils tentent généralement de justifier l'erreur, trouver des excuses à leurs supérieurs (internes ou chefs).

Allison : l'interne c'était un interne des urgences qui était très jeune je crois que c'était son deuxième semestre et il était vraiment très très perturbé.

Animateur : comment ça se voyait ?

Allison : bah déjà il savait pas faire de massage cardiaque... vraiment, c'est-à-dire que... [...] voilà bien sûr, il y a le stress, j'imagine mais... (Cas 6.1)

Robert : ... donc on a beau maintenant dire la vérité au patient, faire tout un tas de procédure de consultation d'annonce, d'attendre les biopsies et faire en sorte que tout se passe bien, il reste que pendant 5 jours on a un patient qui sait pas qu'il a un cancer mais à qui on doit quand même expliquer qu'on va lui poser une chambre implantable [...] mais ça semblait choquer personne... c'est peut-être ce qu'il m'a le plus dérangé au final. (Cas 6.2)

Robert : si si je pense qu'une fois qu'on va lui annoncer qu'il va rentrer que je vais le revoir il va me prendre pour un blaireau mais... enfin un blaireau... qu'il se dira que je lui ai caché des trucs. (Cas 6.2)

Robert : On lui a menti, je vais pas lui re-mentir derrière !

[...] **Animateur** : quand même le mot « mensonge » vous pouvez dire c'est pas le mot qui convient. On ne lui a pas menti !

Robert : si c'est un mensonge par omission. (Cas 6.2)

Robert : c'est vrai qu'ils disent rarement les mots quoi.

Grégory : C'est pas vraiment un mensonge.

Robert : ils vous disent « on vous donne quelque chose pour dormir, on vous donne quelque chose pour vous calmer » mais c'est jamais « on vous met un antidépresseur ou un anxiolytique » (Cas 7.2)

Robert : franchement je préfère dire que c'est des vitamines à la place du Valium que de pas dire à un patient qu'il est dans cet état là parce qu'un mec a fait une connerie avant... il y a du mensonge par omission mais c'est quand même plus... enfin...

Lisa : il y en a un c'est pour aider le patient et là et l'autre c'est juste pour sauver le cul des... de celui qui a fait l'erreur.

Robert : ça dépend de la situation quoi, là c'est pour protéger les médecins....

Allison : ouais enfin c'est important quand même, parce que le jour où t'es dans cette situation!

Chris : Sinon le patient il a plus confiance en ses médecins. (Cas 7.2)

Robert : il y a quand même mille personnes qui peuvent s'en rendre compte quoi. L'interne il a fait une connerie mais il y a aussi un gros souci de communication. (Cas 7.2-a)

Lisa : bah je sais pas je trouve qu'il devrait y avoir plus de concertations. (Cas 7.2-a)

Lisa : non mais je me dis ça peut, enfin dans l'absolu enfin quand on est fatigué, je sais pas je me dis c'est peut-être possible et que... Moi je l'ai eu comme interne et il est très compétent, vraiment il était très bien donc c'est pas une question de la mauvaise qualité d'un interne

*c'est peut-être qu'il avait enchainé les gardes, qu'il en pouvait plus et c'est vrai qu'à l'hôpital c'est pas, ils font pas très attention à nos internes et à leur santé *rires* donc... (Cas 7.2-a)*

Lors des groupes Balint nous avons aussi pu à travers leurs cas, nous faire une image peu flatteuse du fonctionnement des services hospitaliers. En effet, il y a eu souvent des interrogations sur le mode de fonctionnement ou les dysfonctionnements, le manque de communication honnête entre les différents services (courtois face à face mais insultes derrière) ou une communication inadaptée envers les externes (annonce de la mort d'un patient indirecte). (Cas 3.1, cas 3.2).

Grégory : c'est type « douleur thoracique type angor instable » avec un mot du médecin et ils ont rien fait ! [...] Robert : c'est des blaireaux ! (cas 5.1)

Allison : je veux dire aux transmissions le lendemain matin ? Ils ont pas été aller savoir pourquoi ?

Grégory : pourquoi il s'est rien passé ? Non, ils ont pas cherché...

Allison : il faut pas que ça se reproduise quoi ! (Cas 5.1)

Grégory : on est arrivé aux urgences, la chef, j'étais de garde avec le chef donc elle a essayé de leur expliquer « faut faire ça, faut faire ça » et après quand on repartait c'était « ah mais ils ont fait n'importe quoi encore ! » donc c'est qu'à priori il y a des petits soucis de ce côté... (Cas 5.1)

Meredith : donc selon toi, enfin avec ta manière de raconter, on a l'impression que tu blâmes un peu cette lenteur... (Cas 6.1)

Allison : ils ont un chariot d'urgence mais pas partout. Là en tout cas le chariot d'urgence j'avais pas l'impression que c'était un chariot d'urgence. C'était pas un chariot d'urgence parce qu'il y avait rien de ce qu'on demandait.

Lisa : c'est vrai qu'il y a souvent des problèmes avec les chariots d'urgence. (Cas 6.1)

Les difficultés de communication avec le patient sont également mises en avant avec notamment le cas de l'annonce d'un diagnostic grave comme un cancer où les mots sont évocateurs du diagnostic mais jamais le terme « cancer » n'est prononcé avant les biopsies. (Cas 6.2). Ils considèrent parfois leur langage simple plus adapté aux patients et se retrouvent donc au plus proche d'eux, servant parfois d'interprètes. (Linguistique ou simplement pour le jargon médical)

Allison : oui mais par rapport au fait qu'il y avait la masse et tout et qu'il y avait 99% de risque d'avoir un cancer, vous ne dites pas il y a un risque?

Robert : elle a préparé le terrain à moitié sans, tu peux pas dire, tu peux pas dire le mot «cancer» (Cas 6.2)

Il apparaît pourtant comme s'ils associaient distance et expérience. Souvent amenés à être formés par de nombreux modèles qui maintiennent une grande distance dans la relation avec le patient, qu'ils tentent d'expliquer par le manque de temps ou pour se protéger. (Cas spécifique de la réanimation) (Cas 3.1, cas 1.3-a). Est-ce indispensable de se créer des défenses ? Car celles-ci amènent à une fragmentation du patient en spécialités médicales, une déshumanisation, et parfois une banalisation de la mort. (Cas 3.1)

Lisa : et tu penses que tu aurais la même relation en tant que médecin plus tard avec ce patient là si tu le voyais dans 6 ans? 7 ans ? T'aurais la même approche ?

Grégory : je pense pas parce que après t'as plein de trucs à faire et voilà quoi. Je peux comprendre la chef qui passait vite parce que il y avait ça à faire elle avait des impératifs. (Cas 1.1)

Richard : euh j'ai été un peu pris sur le coup mais après c'est le lot commun de la réa quoi. On va dire c'était le troisième patient dont je m'occupais qui était mort. (Cas 3.1)

Lisa : quand on est en réanimation on a l'impression que les docteurs, ils mettent une barrière énorme entre eux et les patients, ils sont obligés donc, enfin moi je n'appellerais pas forcément ça de la résignation mais plutôt du détachement, je sais pas. (Cas 3.1)

George : ...mais juste de se dire que la réa c'est quand même quelque chose où on a l'impression que le patient c'est une mécanique quoi. Enfin il est entouré de plein de machines et on trouve même plus ça humain. (Cas 3.1)

Robert : la réa c'est des ingénieurs, après on dit qu'ils sont résignés mais ils ont leurs défenses au travail pour être efficace. (Cas 3.1)

Robert : après on dirait vraiment qu'ils s'en foutent des autres organes. Ça rejoint ce qu'on disait la première fois, c'est l'interne il a pas le temps quoi, l'interne il faut qu'il fasse son boulot sur le cœur, faut qu'il fasse son boulot sur le rein, il faut pas qu'il se goure là et le reste c'est vrai que ça lui passe au-dessus et c'est pas forcément parce que... c'est peut-être aussi parce qu'il compte sur les externes ou sur le personnel infirmier pour se reporter là-dessus.

Animateur : *mais ça fragmente quand même le patient en tranches, il y a la tranche...*

Robert : c'est pas comme ça que je vois les choses mais c'est peut être comme ça que les autres fonctionnent. C'est l'hôpital qui fait ça aussi je pense... (Cas 3.2)

Robert : elle est restée très calme, droit dans ses bottes. J'étais plutôt impressionné d'ailleurs, elle est restée très pro, elle a fait ce qu'il fallait. (Cas 4.2)

Heureusement, ils rencontrent également dans leur cursus des médecins empathiques, qui peuvent être des *role models* pour les étudiants.

Robert : j'ai l'impression d'avoir été dans les seuls, on était en stage de sémio et on a l'impression qu'on est tombé sur la perle rare, le CCA qui était en réa, qui s'est mis à notre

place et a dit « bon vous êtes jeunes, vous allez voir des trucs un peu horribles, est-ce que vous en avez déjà vu ? » (Cas 1.2)

Allison : voilà bien sûr, il y a le stress, j'imagine mais... bon il était vraiment pas bien mais ce que j'ai bien aimé c'est que la chef de réanimation est allée le voir pour le déculpabiliser un petit peu. Elle lui a parlé etc... (Cas 6.1)

7 - Ressenti des étudiants

Les étudiants ne se sentent pas « médecin » du fait de leurs connaissances limitées et ont du mal à trouver leur place dans l'équipe médicale. Ils ne se sentent pas légitimes et trouvent qu'ils ont peu de poids dans les décisions médicales concernant les patients en tant qu'externe. Ils ont peur d'intervenir et de donner leur avis, de peur de représailles des chefs. (Cas 1.1-a) L'externe est seulement un observateur dans beaucoup de cas rapportés. Il partage alors ses émotions et son ressenti devant les situations difficiles. Un sentiment d'impuissance devant des situations nouvelles, notamment une confrontation avec l'envie de mourir d'un patient qui ne se confie qu'à lui (cas 1.2) ou des questions sur la mort chez un patient atteint de cancer (cas 1.3, cas 1.3-a) ou la mort elle-même (cas 3.1, cas 3.2). Il perçoit alors cette difficulté à rassurer le patient avec les mots justes, des mots adaptés à chacun qui ne sont pas forcément les mêmes pour tout le monde. C'est une chose dont ils ne se sentent pas formés à faire et sont alors démunis devant la demande du patient.

Richard : non mais ouais c'est plus je me réfugie un peu derrière [mon statut d'externe], je suis pas médecin, j'ai pas envie de dire de bêtises. (Cas 3.1)

Grégory : j'avais tendance à lui expliquer avec mes mots et il comprenait bien. [...] Je passais aussi plus de temps avec lui. (Cas 1.1)

Robert : oui mais il suffit d'une fois où on se fait, on se fait envoyé chier par un chef... (Cas 1.1-a)

Lisa : je pense que c'est important de les écouter après enfin même si plus tard on aura moins le temps comme les médecins et les chefs, d'écouter ce qu'elles ont à dire sur famille et tout ça. Et moi y a beaucoup de chef qui écoutent à peine l'infirmière et je trouve ça dommage... (Cas 1.3)

Robert : c'est vrai qu'il y a plein de trucs qu'on est censé apprendre sur le tas. Enfin tout le monde part du principe qu'on va apprendre au fur et à mesure. (Cas 6.1)

La mort reste quelque chose qui les rend mal à l'aise, et ils sont demandeurs de débriefing afin de pouvoir exprimer leurs sentiments notamment lorsque la mort d'un patient a été brutale et inattendue. Pourtant, dans certains services, les externes sont devant une banalisation de la mort (surtout en réanimation) par l'équipe médicale, le décès de leurs patients leur est annoncé entre deux chambres, dans le couloir, avec une formulation peu précise (« il est parti ») (cas 3.1, cas 3.2). Parfois même l'externe lui-même se rend compte

qu'il banalise parfois certaines situations graves comme des complications (cas 2.1) devant la fréquence plus importante dans son service, et parfois le décès de son patient peut lui paraître « normal » devant une certaine fatalité (fréquence en réanimation). (Cas 3.1)

Richard : ouais non en fait c'était pendant la visite. C'était la deuxième chambre par laquelle on commençait et du coup j'ai vu que c'était un nouveau patient quoi. J'ai dit « oui il est parti monsieur ? » « Ouais il est parti ouais. »

Animateur : pour de bon ?

*Richard : c'est un peu la formule qui m'a... « ouais il est parti » « il est parti où ? » « Il est parti là-haut » et j'ai dit « où là-haut ? » *rires* [...] bah ouais je pensais que c'était aux étages et tout. « Ah ouais il va mieux ! C'est fou ! » « Il m'a dit non il est parti là-haut là-haut ! » « D'accord, merde... » Ouais j'étais un peu incrédule, j'étais « waaah » (Cas 3.1)*

Robert : on a une responsabilité quand on est externe mais que personne nous prépare à... personne nous explique globalement ce que c'est que quelqu'un qui vient nous dire j'ai envie de mourir enfin, on peut vouloir engager la discussion mais c'est un truc qu'il faut déjà avoir vu avant, soit avec quelqu'un qu'on connaît, ça peut être les grands-parents... (Cas 1.2)

Richard : ouais et pourtant j'adore la réa après c'est peut-être un peu bizarre ce que je vais dire mais comme j'ai dit c'était le troisième patient qui mourrait, après c'est que moi hein, mais je veux dire en réa, je m'y suis fait en fait. Je me suis habitué à la mort en fait. (Cas 3.1)

Lisa : elle était plus sur le tableau, j'ai demandé à l'interne pourquoi, il m'a dit « elle est partie », « elle est partie où ? » « Elle est morte ce weekend. » (Cas 3.2)

Dans son rôle d'observateur, on retrouve à travers ses yeux des frustrations et incompréhensions devant le fonctionnement hospitalier et des chefs.

Derek : est-ce que c'est compatible avec le temps de l'hôpital aujourd'hui ? Parce que je veux dire, quand je vois l'interne qui galope toute la journée, moi je pense que pour instaurer une relation de confiance, quelque chose qui s'instaure au quotidien, qui demande beaucoup de temps, enfin clairement l'interne n'a pas le temps, alors est-ce que finalement cette relation patient-médecin ne va pas de pair aussi avec enfin il faut savoir ce qu'on veut, dans ses cas là il faut mettre plus de moyens pour avoir plus de médecins ! (Cas 4.2)

Grégory : ça arrive surtout aux internes, dans le service là où j'étais l'interne fait quelque chose, le chef repasse et dit « non c'est pas du tout ça qu'il faut faire » et change et l'interne dit « non mais c'était les recommandations » et tout alors que le chef a vu trente secondes le patient quoi et... (Cas 1.1)

Devant le décès d'un patient, l'étudiant est en recherche de communication avec l'équipe médicale pour exprimer son ressenti sur la brutalité de la mort.

Lisa : ... mais c'est vrai que j'entendais dire même en réa, ils disaient quand il y a un gros cas un gros décès après il peut y avoir des concertations, on en parle tous ensemble, mais je trouve ça dommage que ça soit pas fait pour nous. (Cas 3.2)

*Lisa : moi je trouverais ça bien, quand c'est un cas grave, quelqu'un appuie sur un bouton, voilà réunion demain ! *rires* (Cas 3.2)*

L'externe est choqué devant les mensonges qui semblent normaux pour l'équipe médicale, la dissimulation des erreurs médicales, l'incompétence de certains, mais souvent l'externe trouve des excuses à ces anomalies. Malgré les modèles négatifs qu'ils ont pu rencontrer pendant les stages, les étudiants sont souvent admiratifs devant la hiérarchie qu'ils associent à la connaissance et à l'expérience. Par exemple, un chef avec une communication peu adaptée aux patients reste un modèle pour les étudiants. (Cas 2.2)

Lisa : mais c'est vrai que maintenant la peur des procès est beaucoup plus présente pour beaucoup de choses, même parfois il m'ait déjà arrivé d'avoir un interne qui avait fait une faute et il fallait absolument pas dire à la patiente.

[...] bah je crois qu'il s'est fait engueulé par les chefs mais en même temps les chefs c'était de leur faute aussi ils avaient qu'à relire l'ordonnance. En vrai ils sont censés systématiquement relire les ordonnances avant les sorties ! Normalement ! Mais en USIC notamment ils ne le font pas donc... bon je pense que l'interne ne fera plus la même erreur. (Cas 5.1)

Robert : mais ça semblait choquer personne... c'est peut-être ce qu'il m'a le plus dérangé au final. (Cas 6.2)

Devant un mensonge au patient, même pour le bien du patient, l'externe se sent coupable. (Cas 7.2, cas 6.2)

Allison : oui c'est vrai j'aurais dû essayer mais j'avais vraiment peur qu'elle refuse et qu'après elle refuse tout en fait. Et je savais pas trop et j'étais pas trop pour dire que c'était des vitamines...

George : il y avait pas moyen sinon de rentrer un peu dans son délire et dire mais justement « ce médicament vous permet de lutter un peu contre eux. »

Allison : ouais mais c'est encore plus mentir je pense, déjà que je me sentais assez mal. (Cas 7.2)

Les situations marquantes révèlent aussi parfois une situation où l'externe a l'impression d'être dans une impasse, devant un dilemme. L'étudiant doit faire quelque chose avec lequel il n'est pas totalement d'accord mais ne voit pas d'autres alternatives. Il semble alors demander l'avis de ses pairs sur la conduite à tenir la plus adéquate mais réalise ensuite qu'elle peut être variable selon chacun. (Cas 7.2, cas 6.2, cas 4.2) Les difficultés de communication avec le patient se révèlent être également des situations difficiles pour eux, comme lors d'annonce de maladie grave, ou de patient opposant aux soins.

Alex : c'était pas vraiment le mieux non plus de l'attacher et... je vois pas quand même d'autres solutions. (Cas 7.1)

Alex : je sais pas comment on aurait pu faire autrement mais je sais que j'étais... elle est assez touchante enfin ce qu'elle disait c'était quand même enfin c'était attristant. Elle voulait voir son mari alors qu'il est mort, enfin je sais même pas comment répondre à ça. (Cas 7.1)

Allison : et donc elle voulait pas me regarder et bon alors là j'étais bloquée, je savais pas quoi faire. (Cas 7.2)

Robert : on était bloqué quoi. Et ça a pas... ça a pas débloqué. [...] Oui mais là on pouvait pas, on avait pas de solution en fait si tu veux. (Cas 4.2)

L'externe s'identifie parfois à ses supérieurs, en affirmant leur prise en charge commune, en employant souvent le terme « on ». Il défend aussi parfois les erreurs de ses chefs (cas 6.1, cas 3.2, cas 5.1) ou ses attitudes inadaptées. Il peut également s'identifier au patient, surtout lorsqu'il est jeune. (Cas 1.3-a, cas 3.2, cas 5.2-b, cas 7.2)

Animateur : quand vous dites « on » c'est vous là ou c'est le chef?

Robert : non c'est le chef, moi j'ai quasiment pas... (Cas 4.2)

Au contraire, l'externe peut raconter des cas cliniques où il a joué un rôle positif dans la prise en charge du patient (cas 1.1, cas 1.1-a, cas 2.1, cas 6.1, cas 7.2) et ainsi faire ressortir sa fierté d'avoir contribué à sa prise en charge, avec le plaisir qu'il a eu à soigner ou guérir le patient. En effet, la sensation d'utilité est très importante pour l'externe afin de se sentir légitime dans l'équipe médicale. L'externe retire une grande satisfaction à entrer en contact avec un patient et développer une relation particulière avec lui. (Cas 3.2) Il s'attache beaucoup à ses patients.

James : ça donne un peu aussi, ça donne un peu l'impression qu'on sert à quelque chose un peu et que c'est. On se sent utile et après c'est un peu la corvée d'aller voir l'autre patient... (Cas 1.2)

Par ailleurs les étudiants ont beaucoup discuté de leur rôle et de leur place dans l'équipe médicale. Ils ont de nombreuses critiques sur la façon dont l'hôpital fonctionne, les injustices vis-à-vis d'eux.

Lisa : et le CCA à la fin de mon stage m'a pris en entretien privé et m'a fait passer un sale quart d'heure. Il m'a dit que j'étais insolente, impertinente, que jamais j'aurais dû lui parler [...] Il m'a dit « C'est très bien t'as une qualité, t'es très empathique, un peu trop, ça va te faire des gros soucis plus tard. C'est très bien l'empathie mais trop euuh on peut pas être médecin comme ça on peut pas c'est pas possible, il y a la hiérarchie avant tout, il faut que tu comprennes ça. » (Cas 1.2-a)

8 - Rôle de l'animateur

Grâce aux interactions entre eux et avec l'animateur, les étudiants ont été amenés à réfléchir sur les différents aspects de la relation médecin-malade. Les questions des uns et des autres peuvent les faire mûrir. Ils ont notamment réévalué leur statut d'externe et leur rôle auprès du malade, la communication avec un langage adapté au patient et le temps passé auprès d'eux reste au centre de cette relation singulière. Ils ne sont pas seulement là pour « s'entraîner » mais aussi pour le suivi de l'évolution clinique du patient. Ils ont malgré eux un impact important et ont la capacité à rassurer le patient lorsque les autres membres de l'équipe médicale ne sont pas à même de le faire. Ils ont aussi un rôle de transmission vers l'équipe médicale d'informations non seulement médicale, psychologique mais aussi plus globale du patient, qui a tendance à se confier à lui. L'animateur a introduit les premières questions sur l'entourage du patient, sa famille, son métier afin que les étudiants se rendent compte de la vastitude des caractéristiques du patient. Il encourage les autres étudiants à s'enquérir d'éléments qui permettent de mieux visualiser le patient.

Animateur : *alors qu'est-ce que vous savez d'elle, de son métier, de sa famille ? (Cas 2.2)*

Animateur : *est-ce qu'on se le représente bien ce patient ? (Cas 3.1)*

Animateur : *c'est vous qui êtes censés travailler hein ! C'est pas moi, je peux continuer pendant des heures à poser des questions mais c'est pas mon rôle en principe ! (Cas 5.1)*

L'animateur leur introduit également quelques notions de psychopathologie, en mettant en avant les différentes dimensions possibles d'une attitude (défense, le pourquoi d'une question, le sens des mots employés par le patient, les relations familiales compliquées, les représentations).

Animateur : *ça s'appelle une défense ça. Je pense que vous l'avez attaquée là où son point faible. (Cas 1.2-a)*

Animateur : *donc ça a surpris tout le monde ? Alors déjà qu'elle est dans le déni et est presque contagieuse, elle vous met aussi le déni à la clé. (Cas 2.2)*

Animateur : *donc peut-être que tout dépend à la fois de la personnalité du médecin qui dit quelque chose et à la fois de la personnalité du malade qui entend quelque chose. (Cas 2.2)*

Animateur : *donc tout ça pour dire qu'il y a probablement pas de généralités et que chacun, le chef de service ou vous vous faites à un moment donné le mieux pour tel ou tel malade. (Cas 2.2)*

Animateur : *c'est sur parce que ça s'inscrit dans la profondeur d'une relation qui est déjà établie. C'est pas une parole lancée en l'air... d'où l'importance d'inscrire la parole dans une relation bien établie. D'où l'importance d'établir une bonne relation. D'où l'importance de la formation à la relation thérapeutique. (Cas 2.2)*

Animateur : oui mais vous voyez bien qu'il y a une différence entre s'arrêter pour expliquer et s'arrêter pour entendre ! « Qu'est-ce qui vous ennuie ? » c'est pas la même chose que « je vais vous réexpliquer pour la N-ième fois » (Cas 4.2)

Animateur : voilà une connivence, « ils sont tous contre moi, je » ce sont des hypothèses bien sur parce que j'en sais rien non plus mais je veux dire il y a une épaisseur dans la vie de famille. (Cas 4.2)

Animateur : Donc il y a plein d'étape après le bon diagnostic et le bon traitement qui font que si on a pas une décision partagée avec le malade on a perdu son temps. (Cas 4.2)

L'animateur met l'accent sur le rôle de l'externe, en reformulant, permettant à celui-ci de se rendre compte de ses actions, ou des émotions que la situation a suscitées en lui. L'animateur partage des informations sur les différentes pratiques dans d'autres pays afin de mettre en perspective la pratique en France notamment des dossiers médicaux et de l'interrogatoire, ou la décision thérapeutique.

Animateur : alors aux Etats Unis les malades quand ils ont un cancer du sein on leur donne l'anapath, le dossier, les enquêtes, les études, on leur dit « madame vous choisissez maintenant, vous choisissez votre traitement » donc voilà l'autonomie elle est du côté du malade qui va décider du traitement. (Cas 4.2)

Animateur : mais au Canada les gens ils ont une feuille écrite comme ça, ils répondent ou ils répondent pas mais en tout cas ils ont l'occasion de le faire, s'ils ont envie de parler de leur voyage en Thaïlande, il y a une case où ils peuvent en parler. S'ils veulent pas peut-être qu'ils ne mettent pas de commentaires mais ils ont l'occasion de pouvoir dire leurs problèmes. (Cas 5.2)

9 - Moments délicats

Les étudiants sont restés bienveillants envers les uns les autres.
Il y a eu deux moments délicats. Lors de la séance 3, Richard semble se sentir seul contre le groupe qui l'assaille de questions pour comprendre pourquoi il n'est pas allé chercher les informations précises dans le dossier de son patient. Son investissement est considéré comme trop superficiel. Il ressent alors le besoin de se justifier et de réaffirmer qu'il « aimait bien » son patient.

Richard : j'ai peut-être pas été le meilleur externe mais j'ai fait ce que je savais quoi. *rires* Non mais j'ai l'impression genre... « Tu t'en foutais un peu en fait » non je l'aimais bien mais je pouvais rien faire. (Cas 3.1)

Lors de la séance 6 (cas 6.2) le présentateur se sentait coupable d'un mensonge par omission, obligatoire par la procédure, et ne voulait pas amener le patient à en parler de peur de compromettre la relation médecin-malade de sa chef. S'ensuit alors un débat sur la

légitimité de l'externe, sa place, son rôle. Convaincu qu'un externe étant temporaire, il ne devrait pas s'affirmer dans la relation en dépit de la relation des chefs, un autre étudiant lui affirme le contraire en insistant sur l'impact important qu'un externe peut avoir sur un patient malgré tout.

Robert : oui mais moi dans 3 semaines quand il va commencer sa chimio et qu'il va avoir besoin d'avoir confiance en la chef qui elle sera toujours là, c'est à elle qui faut faire confiance aussi enfin, moi je vais pas commencer à interférer dans ce suivi. (Cas 6.2)

Chris : c'est pas qu'il a eu une relation de confiance incroyable et qu'il avait besoin de l'externe, mais ça lui a peut-être juste fait un peu de bien de pouvoir parler et faire....

[...] je l'ai pas mal rassuré pour lui dire pourquoi il était là et j'ai passé un peu de temps avec lui juste pour que, pour qu'il soit moins inquiet et même si j'allais jamais le revoir parce que c'était pas mon service... (Cas 6.2)

Robert : ça donne pas de la légitimité professionnelle sur le reste enfin. Un petit peu peut-être mais pas ça reste quand même dans certaines limites de ce qu'on fait et...

Chris : la légitimité ça va être là où toi t'as décidé qu'elle s'arrêtait !

*[...] **Animateur** : chacun sent sa légitimité là où il veut, on peut on peut quand même être plus ou moins actif parce qu'on a une personnalité plus ou moins active. (Cas 6.2)*

10 - Particularité de la séance 5

La séance 5 s'est déroulée quelques jours après les attentats du 13 Novembre 2015. L'animateur a donc décidé de laisser la parole aux étudiants sur cet événement en début de séance. Ils ont peu exprimé leur ressenti, ils ont à peine détaillé des expériences de leurs connaissances qui étaient de garde cette nuit-là. Puis la séance a repris son cours normal. Après le premier cas, l'animateur a évoqué les ECOS des étudiants. Il a malencontreusement divulgué les sujets des ECOS dont les étudiants feront l'objet et seront évalués sur leur empathie par les grilles ECOS et grilles CARE. Les étudiants sont interpellés par leur manque d'expérience à annoncer une mauvaise nouvelle à un patient puisque ce rôle-là est endossé par les chefs et les internes, et eux sont souvent dans l'impossibilité d'assister à cette situation particulière. Un étudiant affirme alors que les séances Balint n'ont été pour lui d'aucune utilité pour sa performance dans cette situation malgré le fait qu'ils avaient déjà travaillé sur un cas d'annonce de cancer dans une des séances précédentes. Ils échangent alors pour trouver l'environnement le plus adéquat à l'annonce d'une maladie grave notamment au nombre de personnes présentes. L'animateur a alors encouragé les étudiants à raconter un cas sur ce thème précis, ce qui a amené au deuxième cas principal de la séance. A la fin de la séance, des étudiants ont discuté avec l'animateur de la possibilité de faire uniquement des séances à thèmes. Ils étaient enthousiastes devant une plus grande facilité à trouver des cas et échanger sur un thème donné. Il y a en effet souvent un

flottement, un silence, à chaque début de séance lorsque les étudiants doivent trouver un cas sur lequel travailler. Il est difficile pour eux de trouver spontanément un cas à partager.

En début de la séance 7, devant un silence de plus de 30 secondes et l'absence de cas proposé, une étudiante a voulu travailler sur le deuxième thème d'ECOS que l'animateur avait mentionné dans la séance 5. L'animateur a alors insisté sur le fait que ce n'était que des exemples de thèmes d'ECOS possible ainsi que sur le fait qu'il n'était pas possible d'introduire des thèmes à chaque séance afin de maintenir une homogénéité car le groupe faisait partie de l'étude FRT. A la fin de la séance 7, en débriefing, les étudiants insistent sur l'importance de leur donner un thème afin qu'ils trouvent plus facilement un cas à développer.

PARTIE 4 - DISCUSSION

I - Résultats principaux

Notre étude qualitative nous a permis d'avoir une meilleure idée d'un déroulement d'un groupe Balint chez les étudiants de quatrième année de médecine.

Les étudiants ayant participé à la présentation de cas et aux discussions sont souvent les mêmes, alors que les autres étudiants restaient silencieux. Le groupe a nécessité de nombreuses interventions de l'animateur afin de développer les cas, non seulement à la première séance mais aussi aux suivantes. Au départ, lorsque l'animateur pose des questions sur les caractéristiques du patient, l'externe a du mal à répondre. Il s'intéresse plutôt à la situation qui l'émeut plutôt qu'à la relation elle-même. Dès la première séance, les autres étudiants incitent le présentateur à exprimer son ressenti mais également à prendre le point de vue du patient et analyser les raisons de ses paroles ou actions. On remarque que les étudiants rebondissent rapidement sur les cas en rapportant des cas similaires par association. Au fur et à mesure ils s'enquière de l'état de la famille. Les questions et les interventions des étudiants recherchent également un consensus sur la conduite à tenir en cas de situation similaire. Ils recherchent la meilleure attitude à avoir, en regroupant les expériences de chacun. D'où l'idée de séances à thème qui conviendraient mieux aux étudiants qui ont du mal à trouver des cas spontanément.

II - Débriefing des animateurs

Notre étude étant centrée sur l'analyse de la dynamique du groupe Balint pour étudiants, nous avons choisi d'intégrer le débriefing des animateurs à notre discussion plutôt qu'aux résultats. Sont ici rapportés les verbatim de la séance de débriefing et les commentaires reçus par mail.

Les animateurs se sont déclarés satisfaits de participer à notre étude FRT.

F : j'ai été très sensible au fait d'avoir été recrutée pour participer à cette étude et suis impatiente d'en connaître les conclusions!

Ce débriefing a permis de recueillir le regard des animateurs, à la fois observateurs de l'attitude des étudiants mais également actifs au sein du groupe, contrairement à la thésarde qui était uniquement observatrice. Globalement, les remarques se rejoignent.

Les animateurs étaient unanimes sur la durée optimale du groupe Balint pour les étudiants : l'heure et demie consacrée au groupe était adaptée. Par contre, ils étaient plus divisés sur la fréquence d'une fois par semaine. Certains considéraient que les séances étaient trop rapprochées pour permettre aux étudiants de rencontrer assez de patients pour proposer des nouveaux cas à chaque fois.

F : tous les 15 jours ça nous inscrit dans une plus longue durée et peut-être que ça les amène à ce qu'ils intègrent cette dimension de la relation davantage dans leur cursus plutôt qu'un truc intensif comme un certificat.

J : pour l'animatrice 7 lundis à 17h de suite dans cette période ce fut épuisant et sûrement pas renouvelable toutes les semaines!! Il vaut mieux pour eux aussi au moins tous les 15 jours. (mail)

Le nombre de 10 à 12 étudiants était considéré comme satisfaisant. Au niveau de la composition des groupes, certains groupes étaient plus fournis que d'autres. A la faculté Paris 13, deux groupes avec peu d'étudiants ont fusionné afin de former un groupe plus homogène avec les autres. En effet, certains groupes Balint ont souffert d'absences répétées de certains étudiants. La participation a été variable selon les étudiants. Dans chaque groupe cohabitaient des étudiants très actifs dans la discussion et d'autres préférant garder le silence. Les étudiants sont restés respectueux entre eux, permettant des débats sans « accrochages ». Ils discutaient généralement autour de deux cas principaux par séance.

P : je trouve qu'ils étaient très bienveillants les uns envers les autres.

C : il y a eu un bon climat d'écoute, les portables se sont tus. (mail)

M : je n'ai jamais réussi à ce que certaines sortent de leur mutisme, malgré plusieurs tentatives. (mail)

P : j'étais frappée par leur attention, respect et tolérance entre eux. (mail)

Les étudiants silencieux n'ont pas gêné les animateurs sauf dans notre groupe où une étudiante en particulier a été considérée comme silencieuse et hostile par notre animateur. Les animateurs ont ressenti le besoin des étudiants d'avoir des enseignements sur les notions de psychopathologie.

Martine : ils étaient avides de notions simples et je dois dire utiles. (mail)

Le groupe Balint pour étudiants reste différent par rapport aux groupes Balint pour internes ou médecins du fait de leur manque d'expérience et ainsi leur demande de partage de connaissances théoriques et de structure par les animateurs.

M : la différence avec les Balint [pour médecins] est grande, tout simplement parce que ce n'est pas du Balint. Il est évident que les internes ont un vécu de médecin en consultation et qu'ils sont à même de prendre des responsabilités, qu'ils ont des positions, et qu'ils vivent des difficultés de manière concrète, ce qui est loin d'être le cas des externes. (mail)

P : par rapport aux groupes Balint d'interne que j'anime à Créteil, il faut être beaucoup plus interventionnel dans ces groupes d'externes, ne pas laisser trop de silence, structurer davantage les choses. (mail)

En écoutant les étudiants, les animateurs ont été bouleversés par la « violence » des premiers stages et son effet sur les étudiants.

F : parce qu'au début l'une a dit à propos de l'empathie qu'elle avait pour une patiente à un certain moment quand elle était stagiaire et que à postériori en étant dans un autre stage elle avait appris que la patiente était décédée et autant au départ elle avait un attachement pour cette patiente etc. autant quand elle a appris le décès et qu'elle était ailleurs, elle a signalé qu'elle n'avait rien ressenti. Et elle s'est dit « est-ce que je suis un monstre ? »

Une animatrice a été marquée par plusieurs cas rapportés par le même groupe d'étudiants.

MA : j'appelle ça le groupe de l'horreur.

[...] Un enfant de dix ans qui est cancéreux et qui est donc dans un plâtre fixé de partout et donc il a des vis dans le crane qui ont rouillé, enfin qui sont infectées [...] Mais comment on explique qu'elle dit que c'est une erreur médicale ? « on m'a demandé de la boucler. » Erreur médicale. Le chirurgien n'avait pas compris qu'il fallait qu'il aille dans un bloc et que c'était sous anesthésie générale. Bon alors violence.

[...] Il rentre, amputation des 4 membres à cause d'un purpura fulminans. Et on lui passe la scie du genre « tu préfères couper le pied droit, tu préfères couper le pied gauche ? » Affreux !

[...] Mais quelle violence ! Et après je suis partie là-dessus dans ce groupe là si tu veux c'était... ça m'a fait violence à moi hein !

Les animateurs ont relevé que les étudiants sont profondément marqués par le comportement de leurs supérieurs. Ils soulignent l'absence de pédagogie des chefs.

F : il y a aussi une violence ça c'était à la fois physique et puis la violence verbale de certains chefs.

Dans le discours des étudiants, on retrouve cette dichotomie entre respect inébranlable, idéalisation des connaissances de leurs chefs et critiques des attitudes inhumaines des chefs.

F : mais là ils étaient conscients que le patient avait quelque chose à voir avec l'environnement etc... et qu'il avait à être respecté mais en même temps ils étaient également à l'affût de connaissances pédagogiques et partagés entre les deux positions mais en même temps horrifiés.

[...] Donc ils étaient partagés entre suivre les consignes du protocole ou respecter le patient.

J : j'ai eu du mal avec "nos chefs font forcément bien et nous on ne sait rien" mais ils ont vite compris que sur le plan relationnel, ils avaient une place privilégiée. (mail)

La place de l'étudiant dans l'équipe médicale a été largement abordée dans les groupes, en plus de la relation médecin-malade.

MA : donc on a moins la relation médecin-malade, externe-malade que dans le service comment ça se passe, « pourquoi ? » C'est pas les mêmes interrogations...

F : oui on balaye beaucoup plus large parce que en effet il y a l'environnement, il y a le service, il y a la relation avec le chef de service ou avec l'interne.

[...] on élargit ce qu'il se passe par rapport au patient à ce qu'il se passe par rapport au collègue, à la hiérarchie et au service.

Le caractère obligatoire est souligné par les animateurs. Il permet aux étudiants de découvrir le groupe Balint et de surpasser les défenses initiales.

P : à Créteil l'expérience qu'on a c'est que tous les groupes sont obligatoires. Qu'ils soient en troisième année, en psychologie médicale et autre, après en médecine générale parce qu'en fait effectivement tout le monde a des défenses au départ.

P : et il s'avère que tout le monde les découvre et dit que finalement c'est hyper intéressant !

[...] Ce que nous on fait à Créteil par exemple, c'est que si on rend ça obligatoire c'est parce qu'on pense que la relation est importante !

III - Forces et Limites de l'étude

La représentativité de la population : il ne s'agit que d'un seul groupe Balint sur les 3 de Paris Diderot Paris 7 et des 14 des autres facultés (10 groupes à Paris Descartes, 5 groupes à Paris 13 mais dont 2 ont fusionnés par manque d'étudiants présents.)

Le groupe Balint enregistré a été choisi par contrainte de disponibilité de la thésarde.

Le nombre de séances était faible. 7 séances d'une heure et demie répartie sur 3 mois. Le nombre faible de séance peut limiter l'impact réel de cette formation à la relation thérapeutique sur l'empathie.

La présence des étudiants aux séances était inégale, et certains étudiants ne voulaient pas participer à l'étude mais ne s'étaient pas désinscrits à temps, ce qui peut jouer sur la cohésion du groupe.

Les étudiants étaient au courant de l'enregistrement des séances. La thésarde était présente durant toutes les séances, non pas dans le cercle d'étudiants mais sur le côté. Elle était une observatrice passive. L'enregistreur était placé au centre du cercle permettant un recueil d'un meilleur son.

Lors d'une initiation Balint dans le cadre de la thèse d'Emilie Gourrin (6), en plus des deux leaders, un enseignant était présent pour observer. Les internes ont toutes déclaré que sa présence ne les ont pas dérangées : « pendant le Balint, ça m'a pas du tout gênée. Je pense même l'avoir oublié à certains moments ! » Sa neutralité et sa discrétion ont été appréciées.

Lors du débriefing des animateurs, une animatrice a rapporté avoir demandé à son groupe s'ils auraient agi différemment s'ils avaient été enregistrés.

ME : je leur ai dit à la fin, il y en a quelques-uns : « et vous vous seriez exprimé de la même façon si vous étiez enregistrés ? », ils n'étaient pas sûrs, mais tu vois c'est à posteriori enfin...

Les étudiants contrôlent-ils leurs dires lors des séances Balint, sélectionnent-ils les cas qui les mettent en valeur, de façon consciente ou inconsciente pour donner une bonne image d'eux-mêmes à leurs pairs et à leur enseignant (animateur).

Il s'agit de la seule étude qui ait enregistré sept séances d'un groupe Balint d'étudiants. Cela permet d'analyser l'évolution sur plusieurs séances des interactions entre les étudiants, l'importance de la présence de l'animateur et des cas rapportés, non pas par interviews qui entraîneraient des biais de mémoire, mais par observation directe de la formation. Le fait d'être un enregistrement d'une heure et demi de conversation, sans questionnaire ou entretien semi directionnel, laisse court à la spontanéité des étudiants, qui peuvent peut-être même oublier qu'ils sont enregistrés dans le feu de l'action. L'expression directe des étudiants fait émerger des idées diverses relevées ensuite par la thésarde. Cela permet alors d'identifier les attentes et les besoins des étudiants.

La thésarde a par ailleurs eu l'occasion de faire une analyse rapide avec l'animateur en fin de séance pour recueillir ses premières impressions et partager ses réactions. En général, l'animateur et la thésarde avaient eu les mêmes impressions lors des séances.

Cette thèse ainsi que l'étude plus globale dont elle fait partie, étudie une population particulièrement jeune dans le cursus médical ce qui permet d'en évaluer ses besoins afin d'adapter sa formation, surtout lors de ce passage délicat entre les cours théoriques à la faculté et la rencontre avec le patient dans la réalité de l'hôpital qui caractérise la quatrième année de médecine en France.

IV - Comparaison à la littérature : spécificités du groupe Balint étudiants

1 - Rôle du leader :

Dans un groupe Balint classique, le leader est normalement au second plan, ne servant qu'à réguler la parole des participants. C'est l'expertise du groupe qui fait avancer le cas, non pas le leader. Pourtant dans le groupe Balint étudiants, on remarque la présence importante du leader. Son avis est mis en avant par les étudiants comme un avis expérimenté, et donc on retrouve ce rôle de professeur qui ressort malgré l'envie de se démarquer d'un cours magistral. Il ne s'agit pas de transmission de connaissances, mais de développement d'un savoir-être. Le rôle important du leader dans un groupe d'étudiants est également de favoriser la parole des uns et des autres, certains étant peut être plus réticents à la parole ou

plus timides, encourager l'échange, et solliciter l'expression orale des réactions de chacun devant les cas. Balint décrit le leader comme quelqu'un qui va « permettre à chacun d'être lui-même, de s'exprimer à sa propre manière et à son heure, en attendant le bon moment » (3)

Par ailleurs, on remarque dans l'interview des animateurs des groupes Balint étudiants qu'ils ont bien intégré la différence avec un groupe Balint classique : en effet, ils ont inclus des notions de psychopathologies dans les séances afin d'instruire les étudiants.

Le rôle de l'animateur pour ces séances Balint étudiants a été surtout de poser des questions pour faire avancer dans la réflexion du cas, donner des notions de psychopathologies. L'objectif « est de leur apporter le plus d'éléments susceptibles de les intéresser à l'humain et de les aider à échanger dans cette relation asymétrique du médecin et du malade. » (Débriefing animateurs)

« Je dirais simplement combien il est utile de donner aux étudiants quelques outils, d'appréhender avec eux divers concepts comme identification, représentations, mécanismes de défense, transfert, contre transfert, etc... à la lumière de vignettes cliniques. » (Débriefing animateurs)

Dans une autre étude réalisée à Bordeaux par entretien de dix internes en SASPAS ayant eu une initiation au groupe Balint, on retrouve les mêmes rôles primordiaux des leaders : les leaders commençaient les séances par « qui a un cas ? » par exemple, ils permettaient de recentrer le groupe sur le professionnel et non le personnel, et relancer la discussion lorsqu'elle s'essouffait. Les leaders encourageaient les participants à prendre la parole, en respectant « le principe de l'écoute ». Certaines internes insistaient sur le rôle primordial de « cibler, synthétiser... pour trouver une problématique dans tout ça » et leurs leaders leur permettaient « d'apporter un éclairage différent sur des choses [qu'elles n'avaient pas] envisagé comme ça. » (6)

2 - Difficultés rencontrées par le leader

Selon les facultés, l'animateur a dû gérer des agressions verbales entre les membres du groupes Balint, ou des silences hostiles, ainsi que de nombreuses absences. Les étudiants prenant leurs vacances selon l'organisation du service, beaucoup ont été absents à au moins une séance.

Dans une étude qualitative de 2005, huit leaders de groupes Balint de Suède, Israël, Angleterre, Danemark et des Etats Unis, recommandés par les membres d'organisation Balint, ont été interviewés individuellement. Leurs difficultés peuvent être catégorisées en trois classes : difficulté due à un membre, au groupe incluant le leader, à l'environnement du groupe. (41)

Difficultés liées à un individu : certains membres de groupe Balint ont décidé de quitter le groupe du fait d'une incompatibilité avec la méthode Balint. Une critique a été faite : « on ne nous dit pas comment faire les choses et nous avons besoin de ça ».

Nos animateurs témoignent : certains étudiants sont demandeurs de notion de psychopathologie mais restent passifs. (*un groupe « qui attendait que je parle à leur place. »*)

Les médecins avec des troubles psychotiques ne sont pas acceptés. Parfois les membres peuvent être vulnérables temporairement dû à des problèmes personnels, une maladie ou la fatigue. Dans notre étude, un membre d'un groupe Balint avait une maladie démyélinisante. Il avait donc un regard double à la fois médecin et patient.

L'expression des émotions est variable notamment selon les cultures. Selon les origines ou l'éducation, une personne exprime ses émotions avec plus ou moins de difficulté. Dans notre étude « ceux qui ont le plus intervenus et qui avaient des situations à rapporter étaient déjà sensibles à la relation au patient. » Est-ce lié à l'origine des étudiants ou leur personnalité ?

Les leaders trouvent difficile de travailler avec des médecins spécialisés dans des spécialités techniques avec peu de contact avec les patients. Dans notre étude, il y a eu un problème de répartition des étudiants, certains groupes étaient composés d'un seul étudiant en service de médecine, les autres en chirurgie et radiologie, ce qui limitait les cas centrés sur la relation.

P : nous on avait ce problème, on en avait qu'un en service de médecine.

M : il y a un manque de clinique évident. Pour certains en chirurgie ou en anapath, il est bien difficile de parler relationnel. (mail)

La charge importante de travail des médecins est un obstacle à la participation au groupe Balint. Dans notre étude, certains étudiants n'étaient pas venus car leur chef de service refusait qu'ils quittent leur poste.

Difficultés liées au groupe : la relation entre le leader et les membres est sensible à des facteurs comme les relations en dehors du groupe Balint. La rivalité peut entraîner des conflits. D'autre part, par aversion entre membres, des boucs émissaires sont parfois exclus des groupes Balint plus ou moins brusquement. Le rôle du leader est d'éviter ce genre de choses mais parfois il se joint à la majorité en décrivant le membre comme n'ayant pas les caractéristiques d'un bon médecin.

Dans notre étude, il y a eu de rares agressions verbales entre membres du groupe Balint : « *toi, tu es psychorigide* » mais rapidement gérées par l'animateur. Spécifiquement dans le groupe Balint enregistré, il y a eu quelques cas où le narrateur était en difficulté devant les questions ou les insistance des autres membres du groupe.

Difficultés liées à l'environnement : participer à un groupe Balint peut être considéré comme une perte de temps. Les salariés sont poussés par leurs employeurs à quitter le

groupe Balint pour des raisons économiques. Dans notre étude certains des étudiants étaient sous la pression de leur chef de service et ne pouvaient pas quitter leur lieu de stage pour se rendre au groupe Balint à chaque fois.

3 - Groupe Balint : facultatif ou obligatoire ?

Dans l'étude qualitative de 2005, trois leaders ont eu des groupes obligatoires pour jeunes médecins. L'un a eu l'impression que les internes ne voulaient pas s'exprimer car le directeur leur avait ordonné de le faire, ils voulaient garder une liberté dans ce domaine et ne voulaient pas être forcés. D'autres disaient que le groupe Balint obligatoire leur permettait de partir du stage. (41)

Selon Kjeldmand et Holmström, des leaders de l'étude ont signalé des difficultés comme l'absentéisme, la résistance et l'inertie dans les groupes obligatoires, reflétant le sentiment que la faculté avec son pouvoir disciplinaire était présente dans la pièce. Ceci influence inévitablement le travail de groupe parce que le travail dépend des confidences et de la franchise. D'un autre côté, si cet environnement est si néfaste pour les groupes Balint, rendre obligatoire le groupe Balint peut protéger ce groupe et l'inclure dans l'éducation des jeunes médecins, qui auraient eu des difficultés à se détacher de leur activité clinique à l'hôpital. (41)

De plus, la participation à un groupe Balint nécessite une stabilité psychologique et une ouverture d'esprit pour bien fonctionner et éviter les difficultés de type bouc émissaire. Les groupes Balint ne peuvent donc pas convenir à tous les praticiens. Doit-on les rendre obligatoire dans les universités ?

Dans notre étude, certains animateurs se sont sentis en souffrance devant des étudiants silencieux et hostiles à cause du caractère obligatoire du groupe Balint.

M : ils venaient par obligation, sans aucune motivation et j'ai parfois eu envie d'en mettre quelques-uns à la porte. (mail)

Pourtant, des étudiants qui étaient au départ réticents à l'expérience Balint ont parfois changé d'avis après coup. Si les séances étaient obligatoires, cela permettrait de faire découvrir les groupes Balint aux étudiants réticents et les faire changer d'avis. D'autre part, les étudiants restants silencieux peuvent également en retirer des bénéfices. La simple écoute peut se révéler utile. Aussi, d'après les dires des animateurs, la relation thérapeutique doit être mise en avant et donc être obligatoire.

Dans la thèse d'Emilie Gourrin sur les groupes Balint pour internes en SASPAS de Bordeaux, le caractère optionnel de la formation a été considéré comme indispensable à l'unanimité. « Le seul avantage qu'ait trouvé une des participantes, à un caractère obligatoire, serait que « peut-être des gens qui ne sont pas venus parce qu'ils ont eu peur...ils seraient venus, ça leurs auraient plu et ils auraient connu le groupe. » » (6)

4 - Participation des étudiants

Il est intéressant de relever que quatre étudiants ont présenté plusieurs cas principaux, cinq ont présenté un seul cas et quatre n'ont jamais présenté de cas. Chacun composant donc environ un tiers du groupe de 13 étudiants.

La répartition a été la même chez les internes de Bordeaux. (6)

5 - Relation étudiant en médecine - malade

Les étudiants ont une relation singulière avec les patients du fait d'une discontinuité du suivi. Les externes n'ont que très rarement des contacts prolongés dans le temps avec les malades, du fait d'un turnover excessif dans certains services et du fait de la durée courte de leurs stages (3 mois). De plus, ils ne sont présents qu'en matinée. Le suivi du malade par l'étudiant est parfois restreint, ce qui limite le développement des cas racontés. Leur présence uniquement la matinée réduit aussi significativement leur interaction avec la famille des malades dont les visites ne se déroulent que l'après-midi. Ils ne voient donc que rarement cet aspect de la prise en charge du patient ce qui pourrait expliquer le peu de connaissances sur l'environnement familial du patient.

D'après nos animateurs, les cas proposés par les étudiants concernent souvent des patients qu'ils ne revoient plus. Il s'agit parfois de patients qui sont décédés lors de leur stage. L'environnement hospitalier est peu propice à la relation médecin-malade du fait d'un turnover rapide des hospitalisations. Dans le groupe enregistré par exemple, lors de la séance 4, les deux cas rapportés étaient tronqués et nous sommes restés sur notre faim.

MA : ça pour les externes, apparemment ils sont 3 mois quelque part mais ils bougent tout le temps et ils ont jamais les malades après ou avant.

Les étudiants semblent rechercher de la diversité, des thèmes différents. Pour eux, si les cas viennent toujours des mêmes présentateurs et donc des mêmes services, les cas sont trop similaires mais ne comprennent pas qu'il peut y avoir des problématiques différentes.

F : ils n'ont pas encore compris qu'on peut travailler sur des cas différents venant d'un même service mais qui abordent quelque fois des problématiques différentes. Ils ont l'impression que c'est du même.

6 - Relation étudiant en médecine - équipe médicale

Ce qui caractérise également les groupes Balint étudiants sont la présence d'histoires racontées non pas centrées sur la relation étudiant-malade mais plutôt sur leurs interactions avec l'équipe médicale (infirmières, internes, chefs). Leur rôle en tant qu'externe est central dans la discussion.

M : c'est évident que nous aidons les externes à trouver leur place, leur fonction, et de constater qu'ils ont ainsi la chance d'avoir l'opportunité d'échanger avec les patients, là où ils se voyaient inutiles.

F : Ils disaient bien à quel point ils ne servaient à rien [...] ils se demandaient ce qu'ils faisaient là.

Ils ont trouvé du sens dans leur position d'externe par rapport à la relation au patient. Ils réalisent qu'ils ont plus de temps pour parler au patient. Une étudiante, après avoir été embarrassée devant une question de patient, a eu envie de se renfermer et de s'enfuir mais après avoir partagé avec le groupe Balint, elle a eu envie d'échanger encore avec le patient, et de le rassurer. « *Le groupe lui a apporté matière à réfléchir.* »

F : donc je trouvais que les autres semblaient adhérer à la fois en le disant soit en ayant des hochements de tête pour donner du sens à leur fonction. Et par rapport à leur position de médecin et de reconnaissance du patient.

Par ailleurs, les relations avec leurs chefs peuvent être houleuses, ils peuvent être en désaccords avec eux mais sans oser leur dire. Les relations particulièrement négatives avec les chefs ressortent dans les cas (notamment le cas 1.2-a.). Dans une étude anglaise, des étudiants ont observé l'importance de la hiérarchie devant l'apprentissage par humiliation. De nombreux étudiants ont entendu parler ou ont expérimenté eux-mêmes des humiliations par leurs chefs, mais trouvaient des excuses à leurs seniors en se blâmant eux même. (10)

Dans une étude en Ile-de-France sur les désaccords entre des internes en médecine générale et des seniors, la majorité des désaccords relatés se déroulaient lors de la première année de l'internat. Malgré les années, le souvenir reste du fait de l'impact émotionnel sur l'interne. (42)

Les étudiants sont très affectés par les interactions avec leurs supérieurs et sont déstabilisés par le fait que les seniors évitent souvent la discussion lors des désaccords. Plus le senior ne voulait pas discuter du désaccord, plus le désaccord évoluait en conflit insoluble.

Au contraire certains étudiants peuvent admirer leurs supérieurs et associent la froideur et la distance de leurs aînés comme un gage de connaissances et d'expériences, de supériorité, comme acquisition de compétences professionnelles. On retrouve cette association entre professionnalisme et distance émotionnelle dans une étude qualitative norvégienne réalisée en 2011 qui analyse les interviews de 11 étudiants en médecine en troisième année. (9)

En ressort plusieurs notions (9) :

- Les étudiants considèrent qu'avoir une distance professionnelle avec son patient est important, évitant d'être « trop empathiques. » (« *Developing a certain emotional distance from the patient, and avoiding too much empathy was widely understood as being a key component of being a professional.* ») Les étudiants utilisent pourtant leurs propres

expériences de vie afin d'être plus empathiques envers leurs patients. Ils trouvent qu'il est difficile d'être humain et professionnel à la fois.

- Les émotions ne doivent pas être explorées. *"One student explained that exploring a patient's true feelings is not permitted. She noted that she explored and discussed patients' emotions less than before because she felt that it is not accepted within the medical educational environment."* Par exemple, un étudiant avait été réprimandé par son chef pour avoir pris la main d'un patient handicapé mental.

- Les émotions doivent être contrôlées pour rester professionnel. Les étudiants ont l'impression d'avoir changé d'attitude depuis le début de leurs études. En effet, ils prennent plus de distance par rapport aux patients, ce qui d'après un étudiant semble plus adéquat car il serait moins nerveux puisqu'il n'aurait pas peur de froisser le patient.

- Les étudiants mettent l'empathie au second plan par rapport aux connaissances biomédicales car elle les empêche de prendre des décisions objectives. *"The students shared the opinion that possessing biomedical knowledge takes precedence over their ability to manage the emotional aspects of the consultation."* Certains étudiants considèrent que l'empathie reste importante dans la relation avec le patient mais doutent de pouvoir s'en servir plus tard par manque de temps. *"Many of the students acknowledged the importance of empathy and communication in patient interactions, but questioned the likelihood that they will have sufficient time to make use of this kind of competence and ideal."*

- Le cynisme est décrit par les étudiants comme une qualité, dû aux situations difficiles qu'ils ont rencontrées.

"This student reflected upon how she sometimes forgot that the patients were real humans and not just opportunities for learning about medicine." (9)

On retrouve donc un médecin qui se protège de ses réactions émotionnelles considérées comme peu professionnelles en se réfugiant dans l'objectivité de la science. Les étudiants en médecine sont confrontés à leurs émotions en réponse à la vulnérabilité humaine et à la mort qui rentrent en conflit avec leur illusion d'une médecine toute puissante. Devant l'absence formation à gérer ces émotions, ils sont plus enclins à utiliser la distance et le détachement comme *coping*.

"Withdrawal based in scientific objectivity, by contrast, is deemed highly professional. Unfortunately, for trainees, it is easy to confuse the two." (43)

Dans notre étude, on retrouve bien ces notions : pour les étudiants, l'empathie semble importante dans une relation mais ils imaginent que leur future carrière ne leur permettra pas de la développer par manque de temps. Il est possible que cette image soit véhiculée par nombre de chefs pour qui « l'endossement verbal de « l'importance de la dynamique familiale » est souvent miné par le médecin qui veut immédiatement en arriver « au point important » ou qui quitte toujours l'étage avant que la famille puisse lui poser des questions. » (8)

C : il me semble aussi qu'ils observent une « posture froide » fréquente chez leurs aînés qu'eux-mêmes souvent associent à l'acquisition de la compétence professionnelle (quelque chose comme « on est gentils maintenant tant qu'on ne sait pas grand-chose et après on sera compétents. ») (mail)

« Les médecins en formation acquièrent leur savoir-être et calquent leurs comportements sur ceux de leurs aînés. Ces derniers, étant donné leur statut de modèle, ont donc une responsabilité et un rôle clé dans l'acquisition du professionnalisme. » (42)

7 - Attente des étudiants

Qu'attendent les étudiants de la formation à la relation thérapeutique ?

Une étude faite à Caen dans un travail de thèse en 2007 propose une « initiation au groupe Balint » sur 3 ans aux étudiants de troisième cycle. Il s'agit d'une séance de deux heures par mois composé de 14 étudiants et deux animateurs/leaders, enseignants du département de médecine générale. Un questionnaire avait été distribué avant les séances qui mettait en avant l'attente des étudiants dès le début de leur cursus sur la relation médecin-malade. La majorité des étudiants du groupe ne connaissait pas l'existence des groupes Balint. Ce questionnaire a permis d'avoir une idée de ce que les internes tiraient de leur initiation au groupe Balint :

« Le groupe leur offre le moyen de découvrir les causes de leurs réactions émotionnelles démesurées et d'en tirer des leçons qui leur donnent les moyens de faire autrement dans la relation avec des malades difficiles. » (44)

« En fait, les participants n'ont pas encore compris qu'ils ne sont pas là pour séduire les autres et craindre pour leur narcissisme, leur image, mais pour désirer découvrir ce qui, de l'inconscient, vient toujours, à leur insu, interférer dans leur relation avec le malade. Ce n'est pas l'intérêt d'un cas qui importe, ils sont tous intéressants, c'est ce qu'il permet de découvrir des interférences inconscientes qui peuvent provoquer des difficultés pour exercer son métier de médecin. » (44)

Dans la thèse d'Emilie Gourrin à Bordeaux, on retrouve comme attentes des internes le groupe Balint comme exutoire et comme réassurance « dans le fait de partager les mêmes difficultés que ses confrères ». Après l'initiation à quatre groupes Balint de deux heures tous les mois, on discute la notion d'amélioration du savoir-être, du savoir écouter, du savoir-faire malgré des difficultés des internes à mettre des mots précis sur les bénéfices engendrés. (6)

De même, dans le cadre de la thèse de Marion Begot, beaucoup d'internes n'ont pas su vraiment définir ce que le groupe Balint a pu leur apporter. Certains ont déploré la durée trop courte de la formation pour trouver que le groupe Balint soit efficace. D'autres ont cité l'effet « anti burn out », la prise de recul, l'enrichissement par l'expérience des autres, une

sensibilisation au relationnel et une meilleure écoute. On retrouve également apprendre à mieux se connaître, se reconnaître dans les histoires des autres, l'avis d'autrui sur sa pratique... (4)

Les cas abordaient des consultations dont les internes n'étaient pas satisfaits de ce qu'ils avaient fait, ou des cas relatant une impasse thérapeutique. Il s'agit également de patients qui ont fait naître des sentiments d'énervement. D'autres ont présenté des cas par association d'idées.

Comme thème des cas, la problématique du tiers dans la relation a été citée, la mort, la confiance en soi, les mensonges du patient, les décisions médicales prises avec le patient, les relations avec les confrères, les patients irrespectueux... etc... qu'on retrouve aussi dans le cadre de notre groupe Balint.

Le nombre de séances a été considéré comme insuffisant pour la majorité des internes, notamment pour celles qui n'ont pas pu raconter de cas du fait de la timidité au départ. Les internes auraient voulu plutôt 6 séances ou 12 séances au total. La fréquence d'une fois par mois a été jugée satisfaisante. Rappelons que dans notre étude, les animateurs avaient plutôt proposé une séance tous les 15 jours à la place de la séance hebdomadaire.

Depuis l'incident de la séance 5, les étudiants n'ont cessé de réclamer des thèmes pour rythmer plus facilement les séances. Il leur semble plus facile d'avoir un cas à l'esprit si un thème avait donné.

Dans la thèse de Caen, les étudiants de troisième cycle évoquent aussi le travail par thèmes (9 étudiants sur 12). Par ailleurs la majorité pense qu'une initiation au groupe Balint ne serait pas adaptée au deuxième cycle des études en médecine. « Car l'expérience lors de l'externat est minime et consiste essentiellement à comprendre comment fonctionne l'hôpital, apprendre ses cours, servir de main d'œuvre pas chère... et les seuls conflits qui posent réellement problème sont ceux avec les chefs, internes, infirmières etc... » (44)

L'absence de hiérarchie dans un groupe Balint permet une parole plus libre, sans peur de représailles ou de jugement, contrairement à l'hôpital où l'étudiant peut réprimer l'expression de ses émotions ou ses questions de peur de dire une bêtise ou de ne pas paraître assez professionnel. D'autre part, ils apprennent aussi à former eux-mêmes leur propre façon de penser, à réfléchir et à constituer ensemble des stratégies pour mieux aborder le patient. Il ne s'agit plus d'un apprentissage passif de savoirs et de protocoles imposés par un chef/enseignant.

« À partir du travail sur le récit, de la confrontation aux différentes « traductions », du repérage des mouvements transférentiels et contre-transférentiels, des processus identificatoires, des modalités d'agir et/ou de s'abstenir d'agir, se constitue un espace d'exercice de l'écoute et de l'accueil de l'autre, semblable et différent. » (25)

Les discussions des groupes Balint apportent aux étudiants non pas des réponses classiques mais des questionnements sur leurs pratiques quotidiennes. Chacun pourra réagir et

s'interroger de façon individuelle sur son savoir-être. Rien dans une relation médecin-malade n'est codifié, chaque moment est vécu dans la subjectivité.

Dans la thèse d'Emilie Gourrin, on retrouve chez les internes, comme pour nos externes, une demande de conduite à tenir pour les aider s'ils sont confrontés aux mêmes situations racontées lors des séances. « Deux participantes, ont avoué qu'elles étaient « finalement... peut-être en recherche de solutions », « des petites astuces pour [les] aider » et « qu'on [leurs] dise : oui tu as fait ça mais ce qu'on peut faire la prochaine fois c'est ça... » » (6)

Selon Eric Galam, « chacun de nous est malade à sa façon. Chacun ressent plus ou moins intensément son affection selon des critères qui dépendent de sa maladie mais aussi de sa personnalité et de son histoire. Chacun est plus ou moins coopérant, dépendant, exigeant, plus ou moins demandeur d'exams et de traitements incisifs, d'information. » (45)

L'aspect subjectif du groupe Balint peut dérouter les étudiants, toujours avides de conduites à tenir précises et protocolaires, plus objectives.

“The students seem to expect that the right answer or solution to how to handle clinical situations exists, or that there is always a right thing to do. ” (9)

Il serait intéressant d'interviewer les étudiants de quatrième année afin de recueillir leur ressenti par rapport à cette approche Balintienne de la formation à la relation thérapeutique afin d'adapter au mieux la formation à leurs attentes.

CONCLUSION

Les capacités empathiques dans la relation médecin-malade sont explicitement citées comme objectifs des études de médecine générale. L'offre de formation à ces compétences est pourtant variable selon les facultés. Son intérêt n'est pas toujours perçu par les étudiants, plus axés sur les acquisitions de connaissances biomédicales indispensables pour leur examen national classant (ECN). En miroir, on entend souvent les patients critiquer le côté « inhumain » de certains médecins généralistes ou spécialistes. Indépendamment de leur choix de spécialité, les étudiants en médecine devraient donc être formés à la relation thérapeutique afin de prendre en charge leur patient dans une atmosphère empathique et bienveillante qui apporterait de la satisfaction des deux côtés. Michael Balint et ses groupes éponymes restent une référence dans la recherche du développement optimal de cette relation médecin-malade.

Notre étude qualitative a permis d'avoir une meilleure idée du déroulement et de la faisabilité d'une formation à la relation thérapeutique de type groupe Balint chez les étudiants en troisième année de médecine. Nous avons donc observé des spécificités de ce groupe Balint d'étudiants comparés aux groupes Balint de médecins généralistes ou d'internes, plus expérimentés dans la relation avec le patient et également relativement plus étudiés dans la littérature. Cette expérience va permettre d'instaurer une formation à la relation thérapeutique de type Balint à l'université Paris Diderot adaptée aux attentes de l'étudiant afin de promouvoir l'enseignement de la relation médecin-malade et nous l'espérons, améliorer le savoir-être et le savoir-faire des étudiants dès leurs premiers contacts avec les patients lors des stages à l'hôpital.

Résumé

Introduction : Les capacités relationnelles font explicitement partie des objectifs de formation du deuxième cycle des études médicales. Or, l'offre de Formation à la Relation Thérapeutique (FRT) est rare voire absente du programme de nombreuses facultés. Les étudiants se retrouvent alors en difficulté lors de leurs premiers contacts avec les patients en quatrième année de médecine. Dans chacune des 3 facultés impliquées dans cette étude, une formation de type Balint a été proposée à des groupes de 15 étudiants en DFASM1. L'objectif était d'explorer la faisabilité, les spécificités et modalités d'amélioration d'un tel dispositif grâce à une analyse qualitative de l'intégralité de l'un des trois groupes.

Méthode : Dans notre faculté, 3 groupes de 15 étudiants débutant leur premier stage clinique, ont été constitués à partir d'un tirage au sort parmi toute la promotion. Chaque groupe a bénéficié d'une série de 7 séances hebdomadaires d'une heure et demie avec le même enseignant, de septembre 2015 à décembre 2015, sous forme de groupe d'échange de pratique non directif centré sur le vécu à partir de situations rencontrées dans la pratique. Après accord des participants l'un des groupes a été enregistré intégralement, les verbatim ont été retranscrits et analysés selon la méthode d'analyse qualitative.

Résultats : Dans chaque séance, ont été présentés 2 cas principaux et plusieurs cas associés. Un tiers des étudiants ont présenté plusieurs cas, un tiers ont présenté un seul cas, un tiers n'en n'ont jamais présenté. Les thèmes marquants pour les étudiants sont la mort, le mensonge, l'impasse thérapeutique, les erreurs médicales. Les patients marquants pour eux sont en général sympathiques, jeunes avec une maladie grave. Les cas concernaient la relation avec le patient mais aussi avec les enseignants. L'animateur est resté très présent lors des sept séances afin d'inciter les étudiants à développer les cas racontés et à mettre des mots sur leurs ressentis. Les étudiants ont bien interagi et ont partagé des expériences afin de trouver la conduite à tenir la plus adéquate. Les groupes Balint pour étudiants diffèrent d'un groupe Balint pour internes ou médecins généralistes. Moins expérimentés dans la relation médecin-malade et plus passifs, les étudiants requièrent encore de nombreuses interventions de l'animateur pour les guider. Ils s'efforcent de trouver leur place spécifique, entre soignants et patients. Ils sont en demande de séances à thème tels que l'annonce de mauvaise nouvelle ou la négociation avec le patient. Ils attendent des instructions ou la bonne conduite à tenir systématique validée par l'animateur, toujours vu comme détenteur du savoir-faire si ce n'est du savoir.

Conclusion : Si la nécessité d'une FRT dans le cadre du deuxième cycle des études de médecine, est reconnue par la loi, sa mise en œuvre est loin d'être optimale. Nous avons expérimenté et exploré l'une des méthodes de référence. Reste à en apprécier les spécificités et à préciser les modalités d'une implémentation plus large qui nécessiterait un fort investissement en enseignants pour s'inscrire dans la durée. Nous pouvons également imaginer une articulation avec les autres méthodes disponibles : cours magistraux, médecine narrative, mise en situation de type ECOS (Examens Cliniques Objectifs Structurés), RSCA (Récit de Situation Complexe Authentique). Un certificat optionnel est d'ores et déjà prévu dans notre faculté.

Mots Clés : Psychothérapie, Balint, Enseignement

ANNEXES

Retranscription

Séance 1

Animateur : alors, donc comme je vous le disais, il s'agit d'un travail de groupe où tout le monde va participer, mais pas ensemble évidemment. Première chose, c'est quand on a quelque chose à dire, on le dit et on ne le chuchote pas... on ne murmure pas à l'oreille du voisin parce que sinon personne n'en bénéficie. Il faut parler chacun son tour et écouter ce que les autres disent. C'est la première condition du travail en groupe car sinon ça... c'est la cacophonie partout, on ne s'entend pas, on ne se comprend pas. Alors si j'ai bien compris vous êtes rentrés dans vos services hier donc vous n'avez pas encore rencontré de malades.

parlent en même temps

Robert : si, moi j'en ai rencontré hier.

Animateur : parfait, parfait. Donc le travail ça se fait sur la relation, c'est-à-dire qu'on va mettre en avant un récit une histoire on va raconter la relation qu'on a avec un malade. Même quand c'est le petit chaperon rouge personne ne le raconte de la même manière. Parce qu'on se souvient de la grand-mère, on se souvient du loup, on se souvient du chaperon rouge mais personne, si je vous demandais maintenant, si on faisait cette expérience de raconter le petit chaperon rouge personne ne le raconterait pareil. Donc vous allez avoir une relation avec un malade et vous allez raconter votre façon de vivre cette relation, ce que vous pensez de cette histoire. Ça n'a aucune importance que ce soit... euh exhaustif, complet, dans l'ordre... C'est ce qu'il vous vient à l'idée, ce qui vous a frappé dans cette relation, ce qui vous a interrogé, ce qui vous a ému euh... et après on travaillera sur les projections les identifications c'est-à-dire pourquoi ce malade-là vous a fait tel effet, quel effet vous avez fait vous-même au malade ou vous vous êtes rendu compte de l'effet que vous avez fait au malade. Donc on est pas trop là pour savoir si il fallait demander une NFS VS CRP ou quelque chose comme ça, on peut en parler mais c'est pas le but du travail. Le but du travail c'est de savoir comment vous allez raconter votre rencontre avec un malade. Donc comme on a 7 rencontres, normalement chacun de vous devrait pouvoir avoir le temps de raconter un cas et comme on a une heure et demie précise, on peut souvent raconter deux cas dans une heure et demie... Donc si vous avez déjà rencontré des malades, on peut tout de suite rentrer dans le sujet. Parce qu'on m'avait dit que vous n'aviez peut-être pas rencontré de malades, qu'on parlerait d'autres choses ce matin. Mais si vous voulez vous lancer dès maintenant pour ne pas perdre de temps pourquoi pas et donc... euh la question initiale c'est qui a un cas ?

Lisa : juste quand vous parlez de rencontrer un malade c'est-à-dire une histoire marquante euh... de par la clinique de ce qui s'est passé avec le malade ou euh... ou une relation qui s'est nouée avec un patient, de confiance, de je sais pas enfin vous parlez de quelle situation en fait ?

Animateur : de ce que vous avez envie de raconter. Si, si vous racontez vous vacances à un copain vous n'allez pas commencer par le premier jour j'ai fait ça, le deuxième jour, j'ai fait ça le troisième jour j'ai fait ça, vous allez dire toute suite euh « oh ! J'ai vu un truc j'étais dans un resto, j'ai rencontré quelqu'un. » Vous savez vos vacances quelles émotions vous avez eu et qu'est-ce que vous avez envie de raconter à quelqu'un. Bon bah là c'est pareil : on est des amis et vous nous racontez ce que vous avez envie de nous raconter, votre histoire à vous. Ça peut être un patient qui vous a fait pleurer, ça peut être un patient qui a pleuré à cause de vous, ça peut être un patient, ça peut être un fou rire ça peut être euh... ça peut être comment ça se fait qu'il n'écoute pas ce que je dis ou à l'inverse quelqu'un qui vous a agressé. Enfin je sais pas les histoires de malades, il y en a beaucoup donc on ne va pas être en mal de trouver une histoire qu'on a envie de raconter aux autres. C'est ça l'idée. Est-ce que j'ai répondu à votre question ?

Lisa : non non non non j'ai l'impression que vous voulez dire que c'est dans la relation personnelle avec le patient plutôt que dans l'histoire...

Animateur : alors de toute façon quand on raconte l'histoire...

Lisa : ...de la maladie, de ce qui s'est passé euh chronologiquement et...

Animateur : alors si vous voulez dire que le Moi personnel n'est pas trop en scène dans ces histoires-là. C'est-à-dire que vous vous savez pourquoi vous racontez ça mais peut être que le groupe peut faire allusion au fait que vous avez une sensibilité personnelle mais c'est pas là-dessus qu'on va travailler. On va travailler sur le Moi professionnel c'est-à-dire comment est-ce que... euh c'est déroulé une rencontre, comment s'est déroulé votre rencontre qui vous a surpris qui vous a émue ou qui vous a... Encore une fois comme les histoires de tous les jours quand on a envie de raconter quelque chose à quelqu'un... c'est mieux ?

Lisa : oui

Animateur : c'est mieux ? Moins bien ?

* silence 5 secondes *

Animateur : donc est-ce que quelqu'un veut bien raconter une histoire ?

* silence 10 seconde *

Grégory : moi je veux bien...

Animateur : et bah voilà ! Super !

Grégory : donc je raconte l'histoire avec un patient...

Animateur : voilà. Vous racontez une histoire normalement on vous laisse parler. Un peu comme quand le patient vient vous voir on le laisse parler d'abord et puis après on vous posera des questions sur cette histoire. Ensuite peut-être que vous vous reculerez pour que nous on en parle, vous serez pas là mais vous serez là mais... euh virtuellement seulement. Et après vous nous direz qu'on a dit que des bêtises en parlant de votre cas ou au contraire vous avez entendu des trucs qui vous ont aidé à comprendre ce qu'il s'était passé avec le malade. D'accord ? Bon...

Grégory : bon c'était l'année dernière quand j'étais au deuxième stage en D1 en médecine interne à Lariboisière, donc c'était monsieur B. je crois bien. Et en gros c'était un patient qui était diabétique avec un mal perforant plantaire avec ostéite et tout, et bon il était très sympa et tout, et tous les jours quand je rentrais et tout, il disait « oui jeune homme » avec un fort accent du sud-ouest « vous, vous avez l'air très sympa, dites-moi franchement le pied, on le coupe ou on le coupe pas ? » et il était tout le temps comme ça et euh... bon bah j'étais assez content parce que je l'avais bien pris en charge et tout j'avais fait mon observ' et tout et euh... il y avait un prélèvement qui avait été effectué, il a eu un antibiogramme et tout et un jour il arrive, il me dit euh, je lui explique rapidement qu'ils ont mis des antibiotiques probabiliste et ensuite il fallait adapter ça comme ça, et le matin j'ai récupéré l'antibiogramme, j'avais appelé et tout et il s'avérait que ça marchait, c'était sensible et euh quand il était rentré il m'a dit « bon dites-moi franchement est ce que ça marche » ça marchait et après la visite justement la chef lui avait dit que ça marchait et tout et on était très content. Il a dit « vous voyez ce jeune homme il est très bien ! »

et c'est marrant parce qu'il l'avait mis aussi avec un autre patient pareil du sud-ouest, bon diabétique et tout, et ça parlait bouffe toute la journée quoi, c'était comment « tu fais revenir le cassoulet » « comment tu fais ci », c'était pas mal quoi. Ouais c'était une bonne expérience, j'étais content parce que j'avais bien pris en charge, en plus c'est les trucs qu'on venait de faire en infectio ce semestre donc j'étais, je comprenais pourquoi je le faisais quoi.

* silence 5 secondes *

Animateur : alors euh est ce qu'il avait de la famille cet homme ?

Grégory : ouais.

Animateur : vous avez fait la connaissance de la famille ?

Grégory : non ils habitaient tous euh pareil dans le sud-ouest et il y en a aucun qui est venu. Il était souvent... ouais il était seul.

Animateur : et pourquoi il était venu là alors ?

Grégory : il était venu là parce que... c'était quoi déjà ? Ouais il était pris en charge dans cet hôpital je crois. Il avait un médecin qui le suivait et ce médecin est venu à Paris à Lariboisière et il lui suivait.

Animateur : il était venu du sud-ouest à Lariboisière pour se faire soigner pour... donc il était assez isolé.

Grégory : ouais.

Animateur : il était venu avec son copain du sud-ouest ?

Grégory : ils étaient pas...

Animateur : c'était un car euh ?

Grégory : il ne se connaissait pas avant mais curieusement ils étaient mis les deux du sud-ouest dans la même chambre quoi.

Animateur : alors vous pouvez poser des questions si vous voulez connaître mieux ce malade. Vous pouvez poser des questions à notre présentateur du cas.

* silence 7 secondes *

Miranda : comment il appréhendait le fait qu'on allait probablement lui couper la jambe ?

Grégory : il n'était pas très très rassuré quoi. Parce ce n'était pas tant le fait qu'on lui coupe la jambe c'est le fait en gros on lui avait expliqué que l'antibiogramme fallait attendre que les bactéries poussent etc. pour voir l'effet des antibiotiques... il disait « ouais mais dans mon pied aussi ça pousse » et il croyait vraiment que c'était, qu'ils avaient mis n'importe quoi comme antibiotique que ça allait pas marcher, qu'ils allaient devoir lui couper... Au final c'était pas énorme.

Robert : ça l'a rassuré quand tu lui as expliqué ou... quand le médecin est arrivé...

Grégory : bah moi je trouve que ça l'a rassuré parce qu'il comprenait pas trop et bon en D1 on connaissait pas grand-chose donc euh j'avais tendance à lui expliquer avec mes mots et il comprenait bien.

George : tu disais que qu'il blaguait tout le temps, enfin qu'il était du genre sympathique et tout, est ce que tu l'as déjà vu un peu énervé ou vraiment angoissé vis-à-vis de son pied ?

Grégory : vis-à-vis de son pied non mais c'est vis-à-vis de il voulait sortir le plus rapidement possible quoi. Parce que à chaque fois c'était « je sors cet après-midi » « non » « ah ouais quand même ! »

Robert : et comment allait le diabète en général enfin...

Animateur : alors parlez un peu plus fort parce que je suis un petit peu sourde, merci !

Robert : comment il prenait son diabète de manière générale, son docteur normalement leur dit les risques pour le pied...

Grégory : ça faisait quand même dix ans.

Robert : c'est immédiat mais est-ce que ça peut l'aider à...

Grégory : tu veux dire à ce qu'il équilibre mieux son diabète ?

Robert : ouais enfin est ce que c'est la première fois que ce genre d'accident lui arrivait ou c'est...

Grégory : non lui il avait eu pas mal de complications et le mal perforant plantaire je pense que c'est la première fois, il s'était coupé genre à un endroit quoi et euh au niveau les trucs hygiéno diététiques, c'était assez équilibré. C'est vraiment le pied, il avait peur que ça s'infecte et qu'on lui coupe.

* silence 10 secondes *

Allison : et pourquoi ça t'a particulièrement marqué ?

Grégory : moi ça m'a particulièrement marqué parce que vraiment en fait j'avais, on n'avait pas beaucoup non sérieux on avait quasiment aucun patient quoi, on en avait deux, et lui vraiment à chaque fois que je venais, c'était tout le temps « ah ! Je vous aime bien ! » Et quand c'était le docteur « ouais bon encore... »

Alex : du coup ça te faisait plaisir d'aller le voir à chaque fois ?

Grégory : ouais c'était sympa !

Allison : et t'as eu l'impression de l'aider ? ...le fait de lui expliquer ? D'être là pour lui...

Grégory : ouais pas forcément très important mais après... *silence*

Animateur : vous avez dit quand même que vous lui parliez avec vos mots à vous qu'il comprenait donc par rapport à l'équipe médicale, peut-être qu'ils parlaient un peu jargon...

Grégory : c'est possible.

Animateur : peut-être que vous pouviez lui offrir cette compréhension et cette façon de communiquer avec lui à cause des mots que vous utilisiez...

Grégory : je passais aussi plus de temps avec lui parce que l'équipe médicale elle arrivait elle faisait « ok donc l'antibiotique c'est bon on s'en va. Bon il reste encore deux trois jours et vous restez là. »

Meredith : et par rapport à ça du coup, il avait quoi comme relation avec le reste de l'équipe médicale ? Il était aussi chaleureux ?

Grégory : avec l'interne ça allait il était aussi chaleureux, avec la chef et tout c'était un peu plus tendu quoi parce que c'était vraiment elle voulait pas le laisser sortir tant qu'il y avait pas tous les résultats et tout et lui il voulait sortir bah demain.

Animateur : alors est ce que vous avez appris à faire le cassoulet finalement ?

rires

Animateur : bah alors ?!

Grégory : on parlait beaucoup mais bon voilà le cassoulet c'est pas trop mon truc.

Animateur : et ça ne vous énervait pas qu'il échange des recettes hypercaloriques ?

Grégory : oui alors entre diabétiques, ouais c'était...

rires

Animateur : ça vous a jamais énervé, ça vous a jamais...

Grégory : c'était le genre, les deux ils étaient comme ça.

Lisa : et tu penses que tu aurais la même relation en tant que médecin plus tard avec ce patient là si tu le voyais dans 6 ans ? 7 ans ? T'aurais la même approche ?

Grégory : je pense pas parce que après t'as plein de trucs à faire et voilà quoi. Je peux comprendre la chef qui passait vite parce que il y avait ça à faire elle avait des impératifs.

Lisa : tu ne prendrais plus le temps de parler avec lui ?

Grégory : j'essayerais de prendre du temps mais je sais que c'est compliqué tu vois, t'es obligé d'imposer des trucs de pas être là pour lui expliquer...

Robert : ce que le chef t'expliquait à toi ce qu'elle n'expliquait pas au malade ?

Grégory : hmm non.

Animateur : elle ne prenait pas le temps avec vous ?

Grégory : non.

rires

Grégory : c'était une PH en plus c'était pas une universitaire...

James : est-ce que tu penses pas que la volonté du patient de sortir immédiatement c'était pas... et aussi ce côté à blaguer en permanence c'était un peu pour prendre une distance par rapport à sa maladie et pas se retrouver...

Grégory : non lui je ne pense pas, il était vraiment, non il voulait sortir quoi.

James : mais c'est pas pour ne pas se faire amputer, c'était de sortir le plus rapidement pour pas avoir forcément le diagnostic ou pour pas que ça change vraiment...

Grégory : non, je ne pense pas. Je pense surtout qu'il en avait marre. Puis il voyait, il voulait attendre le diagnostic c'est clair mais qu'après il ne lui faisait pas grand-chose. Parce que lui il avait une infirmière à domicile, tout ce qui était soins elle pouvait le faire...

Robert : oui mais il avait besoin de rester... *inaudible*

Grégory : parce que en gros, non mais ils attendaient vraiment d'avoir les résultats de l'antibiogramme pour voir si c'était adapté. Après quand ils l'ont eu, ils l'ont gardé deux-trois jours.

Robert : pourquoi il avait besoin de rester à l'hôpital ? *inaudible*

Grégory : on lui disait il faut attendre, il faut rester à l'hôpital. L'infirmière à domicile ça ne va pas être possible. Il faut rester car comme ça si ça ne marche pas on peut changer et après on verra...

George : et une fois qu'il a expliqué il a mieux compris il ne voulait plus sortir ou il voulait toujours ça ne lui a pas suffi.

Grégory : non ça ne lui a pas suffi. Il voulait sortir. « Non j'ai une infirmière, je pourrais aller voir mon médecin si ça marche pas... »

Robert : est-ce que tu as vu la PH ou les autres discuter entre eux ? Envisager même de le faire sortir ?

Grégory : non en gros, c'était... oui tu sais quand ils faisaient le staff le matin « il veut sortir » « non, il reste. On lui explique, il reste. »

Richard : est-ce qu'il comprenait que c'était pour son bien ?

Grégory : ouais, enfin il comprenait mais ce qu'il comprenait pas c'était pourquoi il était absolument obligé de rester à l'hôpital quoi. Pour lui, il pouvait faire ça en ville, il pouvait rentrer chez lui avec une infirmière à domicile.

Lisa : toi tu savais pourquoi il devait rester ?

Grégory : oui. Je comprenais qu'il fallait... C'était mieux qu'il reste à l'hôpital pour éviter qu'il fasse des allers-retours à marcher tout le temps. C'était mieux qu'il reste, qu'il attende.

Lisa : Qu'il se repose ?

Grégory : ouais.

Richard : il était perfusé ?

Grégory : c'est à dire ?

Richard : bah est ce qu'il avait une perf ?

rires

Grégory : non il n'avait pas de perf.

Animateur : donc il aurait peut-être pu rentrer chez lui quand même ?

Grégory : oui.

Animateur : donc vous vous appuyez plutôt ?

Grégory : moi je serais plus quand même pour le...

Animateur : le laisser sortir ?

Grégory : non pour le garder...

Animateur : ah bon ?

Lisa : mais pourquoi ?

Grégory : parce que tu, en hôpital tu le prends mieux en charge, tu le fais rester une semaine, après voilà tu peux vraiment contrôler s'il est observant, tu peux même bon lui ça allait mais tous les jours vérifier le diabète. Tu peux voir s'il suit bien, tu peux contrôler ce qu'il mange et tout. Tu fais vraiment un, tu profites de cette semaine pour faire un...

Miranda : il est resté combien de temps hospitalisé ?

Grégory : deux semaines.

Miranda : deux semaines ?

Grégory : après bon c'est compréhensible aussi pour lui qu'il en avait marre. Pour lui c'était vraiment « je rentre, ils font le prélèvement et hop, je repars dans la journée. »

Miranda : ah donc il était pas préparé psychologiquement à rester aussi longtemps.

Grégory : pas préparé psychologiquement...

Animateur : il avait peut-être un médecin généraliste chez lui ? Ça peut aider quelque fois le médecin généraliste pour contrôler...

Grégory : oui, ouais c'est sûr mais après l'équipe voulait le garder pour vérifier tout ça, il n'y a pas de souci après...

Richard : en fait peut être qu'ils attendaient qu'ils le gardaient pour savoir s'ils amputaient finalement ou pas ?

Grégory : je pense qu'ils étaient pas à savoir s'ils allaient amputer ou pas, je pense qu'ils étaient plus à savoir si les antibiotiques marchaient...

Robert : parce que si ça ne marchait pas il fallait amputer ?

Grégory : je pense pas que c'était à amputer, pas encore à ce stade.

Animateur : oui enfin plus tôt il sortait moins le risque comme vous disiez, le risque d'amputation se profilait puisque il était sur effectivement que il allait mieux. La seule la seule façon de se débarrasser de cette hantise c'était de sortir.

Miranda : peut-être que le risque de surinfection etc. il est plus important s'il sort...

Grégory : non.

inaudible

Robert : après c'est faut voir si t'as le temps de lui expliquer...

Animateur : alors pendant ce temps-là il ne mange pas de cassoulet non plus tant qu'il est à l'hôpital !

Grégory : oui c'est ça aussi !

Miranda : il se plaignait beaucoup de la nourriture de l'hôpital ?

Grégory : oui.

Animateur : pour un bon vivant c'est vrai qu'il pouvait souffrir de ça aussi.

Grégory : ça va il se plaignait pas trop...

Animateur : donc il ne faisait pas tellement de régime à la maison d'après ce que vous... enfin vous le décrivez comme quelqu'un qui était vraiment...

Grégory : c'est un bon vivant qui au niveau régime... on sait pas trop, il avait pas l'air de, c'était bien contrôlé son diabète...

Robert : il était insulino.... ?

Grégory : je sais même pas. Je crois que non il n'était même pas insulino-requérant.

Animateur : bah raison de plus peut être pour suivre un régime drastique.

Grégory : ouais ça oui.

Animateur : bon bah on a déjà les bons ingrédients pour une relation réussie, parce que vous aviez, vous avez cité le temps. Vous aviez du temps. Vous aviez une tolérance à écouter ce qu'il avait à dire y compris les recettes, ça ne vous énervait pas, vous ne lui disiez pas « non mais ça va pas il ne faut pas manger ça » Vous parliez son langage. Donc moi je retiens, enfin je retiens de votre histoire pour moi ces trois éléments là ça vous a aidé à construire une relation thérapeutique. Est-ce qu'il y a autre chose que j'oublie dans cette relation qui a fait son succès ?

* silence 7 secondes *

Animateur : peut-être aussi le fait de, de comprendre aussi le point de vue de l'équipe, en vous opposant pas : « moi mon malade il veut sortir, pourquoi vous ne le laissez pas sortir ? » donc vous avez, de façon équilibrée jouer les temporisateurs sans vous énerver contre l'équipe ou votre chef.

Grégory : ça paraît compliqué de s'énerver quoi...

rires

Animateur : ah ouais ?

Richard : on peut toujours poser des questions quand même...

Robert : non pas s'énerver mais en tout cas tu peux quand même euh... si t'as pas compris un choix vis-à-vis d'un patient...

Animateur : on doit pouvoir en discuter normalement. On peut en discuter...

Robert : si ils veulent pas t'expliquer ou qu'ils disent...

Grégory : même l'interne ne discutait pas trop.

Animateur : ouais.

Miranda : honnêtement en tant que D1 je ne suis pas sûre qu'on ait notre mot à dire sur si un patient doit sortir ou pas.

George : bah je pense qu'on peut avoir un rôle justement de lien entre le patient et équipe médicale, on est ceux qui auront plus de temps et qui sont au final, enfin qui parleront plus avec les patients. On n'a pas forcément, je suis d'accord pas forcément d'impact réel mais peut être plus transmettre l'état psychologique, genre plus d'informations complètes...

Miranda : ouais mais même ça par exemple je pense ça va intéresser limite plus les internes que les chefs...

George : ouais c'est vrai.

Lisa : moi je pense pas forcément. La semaine dernière, parce que moi je suis doublante en fait et j'étais déjà en D2 l'année dernière. Mais la semaine dernière j'ai aidé à faire sortir un patient parce qu'il avait l'anniversaire de son fils et euh tout le monde s'en foutait, j'étais en chirurgie et ils en avaient rien à faire et ils avaient déjà expliqué ça à l'interne, le chirurgien, mais le patient en plus il avait rien de planifier, peut-être la chirurgie la semaine d'après mais dans l'absolu il n'y avait rien qui le retenait pour le weekend pour le jour de l'anniversaire de son fils. Donc moi, je suis allée voir tout le monde est ce que vous l'autorisez à partir, « bah oui je m'en fiche » le chirurgien « ouais bah si c'est l'anniversaire de son fils, okay. » mais personne n'avait vraiment pris la peine de poser la question au médecin ou de vraiment faire tilt dans la tête du médecin : c'est l'anniversaire de son fils ! De sept ans !

Robert : même si tu l'avais pas fait il aurait eu trois jours d'hospitalisation ?

Lisa : ah non c'est sûr et certain qu'il ne sortait pas... De sept ans et en plus il n'y avait personne pour s'occuper du fils. Il a dit « sinon il aurait dû passer son anniversaire avec une de mes amies éloignées que j'appellerai » enfin je trouvais vraiment l'histoire débile donc euh moi j'ai pris les choses en main et j'ai, j'ai avec le consentement du médecin, j'ai rempli les papiers j'ai tout donné et le patient a pu partir et aller chercher son fils.

Miranda : peut-être que parce que t'étais déjà en D2 mais euh alors vraiment en tant que D1, je suis pas sûre que nous...

Lisa : ouais en tant que D1 oui, mais je dis qu'en tant qu'externe on est capable, vous pouvez vous permettre, enfin moi je me suis permise et on m'a traitée d'insolente ou de voilà... après j'ai eu peur quand même sur le moment. Je vous avoue je me suis dit « ouh la la »

Grégory : t'allais pas vraiment contre l'avis de l'équipe médicale.

Lisa : ah non, je l'aurais pas faire partir sinon...

interruption par les retardataires

Mark : excusez-nous, on devait avoir cours à 9H30 mais on a eu le choix de garde qui s'est un peu éternisé, c'est la raison pour laquelle on est très en retard...

Animateur : bah écoutez installez-vous.

Mark : merci...

s'installent

Animateur : c'est ce qu'il ne faut plus qu'il arrive dans notre groupe puisque le présentateur du cas Grégory a raconté son histoire et on était en train de travailler sur l'histoire, donc comme on peut pas vraiment résumer les choses vous allez pour l'instant suivre et puis pour le deuxième cas vous allez, vous interviendrez. Donc on en était où ? On en était à ce que l'externe peut donner son point de vue, non pas pour être, pour faire la loi mais pour proposer quelque chose surtout quand personne n'y pense, parce que dans votre exemple là personne ne pensait à faire sortir ce malade...

Lisa : l'interne avait entendu l'histoire mais...

Animateur : voilà l'anniversaire du fils, il s'en fiche complètement mais vous ça vous parle, vous êtes près de votre malade vous comprenez que c'est important pour lui et donc vous insistez sur cette euh cette direction.

Donc euh pour revenir parce qu'on essaye de centrer quand même sur un seul cas, pour revenir à votre exemple, je crois que vous avez écouté les volontés de votre malade, mais vous avez aussi écouté l'équipe médico-chirurgicale sans vous opposer, ni à l'un ni à l'autre et vous avez fait un rôle, un rôle de médiation, il me semble, un rôle de médiation dans la paix, c'est pacifier. C'est pas « faut qu'il sorte faut qu'il sorte parce qu'il veut manger du cassoulet » mais c'est « je comprends qu'il doit rester et que deux-trois jours c'est pas énorme », vous avez temporisé tout.

L'objet c'était la, le succès d'une relation thérapeutique, on essayait d'analyser pourquoi c'était une bonne relation et qu'est-ce, quels sont les ingrédients d'une bonne relation. On avait déjà noté que le temps, l'écoute du malade, pas d'opposition, parler le même langage et être tolérant puisque vous n'aviez pas, vous n'êtes pas monté sur... vous n'avez pas mis en avant ce que vous pensiez des régimes ou des choses comme ça, vous avez été tolérant dans l'écoute de ce que ce patient avait envie de vous dire.

Est-ce qu'on peut dire autre chose de ce cas-là, est ce que quelqu'un aurait envie... ah oui et une dernière chose c'est qu'on peut donner son avis même en tant qu'externe même si on sait qu'on ne va pas révolutionner le service mais donner son avis c'est pas interdit.

Robert : oui mais il suffit d'une fois où on se fait, on se fait envoyé chier par un chef...

Animateur : on n'a plus envie de parler après...

Robert : bah non... Enfin moi ça ne m'a pas arrivé mais c'est le genre d'histoire qu'on entend aussi quoi enfin, les trucs qu'on peut trouver ridicule mais, enfin les trucs que les médecins peuvent trouver ridicule mais ils disent que c'est comme ça quoi...

Animateur : c'est pas très pédagogique d'envoyer chier quelqu'un, c'est pas comme ça qu'on apprend ! Enfin je crois pas.

Robert : les chefs sont que des *inaudible*

Animateur : non surement pas.

Grégory : ça arrive surtout aux internes, dans le service là où j'étais l'interne fait quelque chose, le chef repasse et dit « non c'est pas du tout ça qu'il faut faire » et change et l'interne dit « non mais c'était les recommandations » et tout alors que le chef a vu trente secondes le patient quoi et...

Animateur : oui, quand il l'a vu d'ailleurs...

Grégory : en gros, c'était par exemple passer en intraveineuse ou per os, et le chef disait « non on passe per os, intraveineuse c'est trop chiant » et tout alors que le patient il ne pouvait pas trop déglutir...

Animateur : mais c'est pas interdit d'avoir des avis différents, il faut juste prendre le temps d'expliquer ce qu'on fait !

Grégory : là c'était vraiment le chef arrive dit à l'interne « non c'est pas comme ça, c'est comme ça »

Animateur : et vous vous avez bien expliqué que vous aviez ce luxe du temps ! C'est un luxe qui va peut-être passer, dans le futur mais bon vous savez que c'est une richesse quand même.

Alors est-ce que vous voulez qu'on passe à un autre cas si celui-ci est épuisé, d'après vous ?

* silence 10 secondes *

Animateur : alors allons-y, évoquons un autre cas, une autre histoire de malade.

James : donc c'était également dans le même service de médecine interne, en gros j'avais deux patientes, donc elles avaient, donc en gros c'était un peu similaire, elles avaient le même âge, elles avaient toutes les deux, elles étaient hospitalisées en gros pour la même chose, c'était une réévaluation d'un traitement pour une neuropathie et alors en gros on avait, donc il y avait la première patiente, elle avait plus de 80 ans, elle était toute pimpante, tous les matins elle s'habillait, elle se parfumait, alors elle était très active, elle me disait que bon ça l'a gênait un peu elle avait un peu mal à la hanche mais euh non ça lui faisait des paresthésies, des brûlures à la jambe et ça l'empêchait dans ses activités, mais qu'elle arrivait à toujours prendre sur elle. Elle me disait, elle disait que il y a une semaine avait d'être hospitalisée elle avait accompagnée des petits CP, des scolaires dans des sorties, plein de choses comme ça. Bon alors sur le plan clinique, elle n'était pas très grave mais on avait un peu tendance à passer beaucoup de temps avec elle parce qu'elle était très intéressante et elle était pleine de vie alors que mon autre patiente, elle avait le même âge, la même maladie mais elle était totalement abattue, elle paraissait 15-20 ans de plus. Alors quand au début j'allais la voir c'était, elle voulait pas du tout qu'on l'examine, c'était assez difficile, elle disait qu'elle avait très mal et que dès que je voulais un peu faire un examen clinique elle refusait immédiatement, elle voulait pas. Donc au fur et à mesure les premiers jours, elle voulait pas, au fur et à mesure j'ai réussi à l'examiner à lui poser des questions... Une matinée, elle m'a dit qu'elle voulait, elle voulait mourir... Elle voulait plus vivre donc c'était un peu, bon ça m'a pris un peu de court, je ne savais pas trop quoi faire comme ça... et en parlant un peu c'était, en gros elle se sentait très seule, elle était un peu rejetée par sa famille. Qu'elle disait qu'elle avait deux enfants et qu'il y avait son fils bon elle comprenait qu'il pouvait pas la voir parce qu'il était à l'étranger mais qu'il y avait sa fille qui avait, qui vivait en France mais qui ne venait pas du tout la voir mais qui s'inquiétait pour elle mais alors moi je lui demandais mais pourquoi vous ne lui téléphonez pas pour un peu, pour lui parler, vous avez besoin qu'elle vous voit. Bon je pense qu'il y avait un peu de fierté pour dire « non je ne veux pas qu'elle vienne me voir, voilà c'est à elle de faire la démarche ». Bon alors j'avais un peu de mal, peut-être j'ai pas retransmis l'information aux externes, aux internes, aux chefs parce que je ne savais pas trop si c'était vraiment leur rôle de faire la relation entre la mère et la fille et aussi j'avais remarqué qu'en gros, il y avait ces deux patientes, et il y en a une qui avait un peu moins besoin de traitement, un peu moins besoin d'être suivie alors que l'autre avait beaucoup besoin et que même les médecins passaient beaucoup plus de temps sur la patiente qui avait moins besoin d'être suivie alors qu'ils délaissaient un peu la patiente qui était le plus dans le besoin. J'avais même regardé il y avait une équipe antidouleur qui était venue, passée pour voir les deux patientes et c'était pareil, ils avaient passé une heure et demie avec la patiente qui était joyeuse et sur l'autre c'était un peu la fin de la matinée et fallait partir, ils ont passé que vingt minutes... Je trouve ça... c'était un peu difficile...

Animateur : et donc quel a été votre rôle à vous alors dans cette histoire ?

James : moi je trouve que j'ai pas été, je ne suis pas allé assez loin, c'est-à-dire j'aurais peut-être dû un peu faire un peu bouger les choses parce que bon j'ai été un peu pris de court sur la faire... sur elle ne voulait pas vivre, après c'était sur l'histoire de sa fille, j'aurais peut-être dû en parler aux internes ou aux professeurs de ça mais ensuite c'était des hospitalisations très courtes donc les patients ils partaient immédiatement, peut-être une semaine à peine. Moi je trouve que j'ai pas eu une très, bon j'ai pas fait avancer beaucoup les choses...

Animateur : alors il y en avait une qui avait été dans la scolarité ? Dans les écoles ?

James : non non c'était qu'elle avait, malgré sa maladie elle continuait à avoir des activités, c'est-à-dire qu'elle...

Animateur : mais euh c'était quoi son métier ?

James : bah là elle était à la retraite elle avait plus de 80 ans.

Animateur : oui mais elle avait un métier quand même avant d'être à la retraite.

James : moi je m'en souviens plus mais euh, elle faisait ça, elle faisait du bénévolat, elle accompagnait des sorties scolaires...

Animateur : et l'autre c'est pareil vous savez pas qu'elle métier elle avait ?

James : je crois qu'elle avait été secrétaire ou assistante.

Animateur : administrative ?

James : ouais et là elle était totalement elle était totalement dépendante, elle n'arrivait plus à faire, à s'occuper des tâches ménagères...

Animateur : et donc l'équipe hospitalière aussi passait plus de temps à la joyeuse et moins de temps avec la triste ?

James : ouais, c'est elle avait pas un caractère facile.

Allison : et toi tu passais plus de temps avec qui ?

James : pardon ?

Allison : et toi tu passais plus de temps avec qui ?

James : avec celle qui était plutôt joyeuse, parce que bon on avait un contact un peu plus facile, elle me disait « bon c'est pour vos études, il y a pas de problème je vous laisse poser toutes vos questions » alors que celle qui était triste c'était « non je veux pas faire » alors on essayait de parler mais elle refusait un peu le dialogue...

Allison : et t'as pas eu envie justement de plus lui parler pour essayer de...

James : au fur à mesure ça allait j'ai pu lui parler un peu mais c'était un peu difficile...

Lisa : et tu lui as proposé d'aller de consulter un psychologue, un psychiatre ? De demander un avis ?

James : non.

Lisa : pour sa dépression.

Animateur : elle prenait un anti déprimeur ?

James : non je crois pas.

Robert : c'était ton premier stage ?

James : c'était le stage de D1.

Allison : et il le savait, l'équipe médicale, qu'elle était en dépression ?

James : je pense que oui mais après...

Allison : on a fait le test ?

James : non.

Allison : il y avait un test pour la dépression.

chuchotement

Animateur : vous auriez fait le test, vous ?

Allison : ouais je l'aurais fait car j'ai vu dans un autre service qu'ils enfin... Ce n'est pas très compliqué en fait. T'as juste une feuille à imprimer sur internet et là clairement ça se voit.

Animateur : un test spécial pour les personnes âgées ou les grilles habituelles ?

Grégory : moi je crois c'est des questions en gros on laisse une feuille, en général ils mettent une demi-heure à la remplir et... c'est simple. Le MMS je sais plus...

Allison : non ça va avec, ça c'est le test mémoire pour les personnes âgées et à côté j'avais aussi fait un test pour la dépression, bon là toute façon clairement elle était en dépression vu ce qu'elle a dit donc il n'y avait peut-être pas besoin de le faire. Moi je pense qu'enfin j'en aurais parlé, pas par rapport à sa fille forcément, mais le fait qu'elle voulait mourir, toi t'avais peur plutôt ?

James : j'avais pas trop osé...

Lisa : mais t'avais dit quoi toi au départ quand elle a dit ça ? C'était quoi ta réaction ? Tu penses que ton visage t'a trahi ?

James : bah c'était pas facile, j'ai été pris de court, je savais pas trop quoi lui dire. Bon après...

Allison : en plus t'étais seul.

James : oui.

Allison : moi ça m'ait déjà arrivé mais j'étais avec un autre interne, enfin une externe...

James : je lui ai dit que fallait pas dire ce genre de chose, que ça allait s'arranger, qu'on allait la soigner, qu'on allait la traiter, qu'on allait essayer d'améliorer les choses. Après j'ai un peu parlé, c'est là qu'elle a parlé de sa fille mais moi je pense c'est pas très convaincant ce que j'ai dit...

Je sais pas trop reconforter, ce genre de choses. Je sais pas trop non... Peut-être que là j'en parlerais plus facilement à la hiérarchie un peu mais après...

Animateur : vous avez dit que vous étiez pas convaincu ? Ou convaincant ? Non pas convaincant, est-ce que vous étiez convaincu ?

James : je pense que j'étais pas trop convaincu donc je n'étais pas trop convaincant non plus mais bon. Parce que je pense que c'est un peu bateau ce que j'ai dit, c'est des banalités.

Animateur : c'est vrai que l'idée de faire la grille ça c'est une façon de dire « je vais m'intéresser à vous, pas dans le vent mais avec un outil » c'est pas...

Allison : moi j'ai été confronté à la même chose que toi et c'était pareil j'ai pas su quoi dire. Quand t'es face à la personne tu imagines ce que tu pourrais dire à la personne pour la rassurer, mais une fois que t'es devant. Moi j'étais avec l'externe donc c'était plus facile parce que c'est elle qui parlait mais même elle ne savait pas quoi dire. Elle était en D4 et en fait elle disait rien, elle écoutait et la rassurait, la même chose que toi. Je pense pas que tu puisses aller plus loin enfin dans la discussion avec...

Animateur : c'est bien que vous... C'est pas une question qu'elle pose à laquelle vous êtes obligé de répondre, c'est simplement une proposition de discussion : « j'ai pas envie de vivre qu'est-ce que vous... », enfin c'est pas « qu'est-ce que vous en pensez ? » mais c'est pas « vous vous en rendez pas compte avec vos petits-enfants, vous avez un toit. », c'est idiot ça parce que ça ne rassure jamais personne, si quelqu'un a le sentiment qu'elle n'a pas envie de vivre faut peut-être essayer d'analyser pourquoi, pourquoi elle dit ça, plus que « mais si ça va aller. »

Robert : en même temps c'est de notre responsabilité du type... *inaudible*

Animateur : qu'est-ce que vous voulez dire ?

Robert : on a une responsabilité quand on est externe mais que personne nous prépare à... personne nous explique globalement ce que c'est que quelqu'un qui vient nous dire j'ai envie de mourir enfin, on peut vouloir engager la discussion mais c'est un truc qu'il faut déjà avoir vu avant, soit avec quelqu'un qu'on connaît, ça peut être les grands-parents...

Animateur : par exemple.

Robert : ça dépend aussi si on a, Ça dépend si t'as des grands parents ou pas. Moi j'ai deux grands parents qui ont 90 ans, je suis arrivé à l'hosto, je savais ce que c'était d'y être, je savais ce que c'est de prendre douze médoc par jour, de déprimer et tu... par contre j'avais des co-stagiaires qui ne savaient pas du tout, qui n'avait pas connu, leurs grands-parents étaient encore 70 ans et encore en pleine forme et eux c'était pas pareil...

Grégory : est-ce que ça t'aide ou que justement tu vas plus tomber dans l'affectif, et pas savoir, parce que toi en fait ça va te marquer...

Robert Les deux, enfin bon, forcément si ça te rappelle quelqu'un oui ça peut être gênant... sinon euh il faut savoir, t'es moins pris au dépourvu.

Animateur : ça c'est très important.

Robert : et aucun médecin ne demanderait jamais ça à ses externes, enfin à part moi j'ai déjà eu un médecin qui a demandé si on était déjà allé dans un hôpital si on avait déjà de la famille qui était malade. Enfin j'ai trouvé ça assez, enfin à la fois évident dans le sens où pourquoi enfin pourquoi c'est pas des questions qu'on nous pose à l'hosto ? Et pourtant c'est le seul que j'ai eu et je crois que je suis le seul à qui on a posé cette question ? Enfin moi et mes co-stagiaires...

chuchotement

Animateur : j'entends rien du tout cher ami.

Robert : non enfin....

Animateur : bah non ça m'intéresse ce que vous dites.

Robert : j'ai l'impression d'avoir été dans les seuls, on était en stage de sémio et on a l'impression qu'on est tombé sur la perle rare, le CCA qui était en réa, qui s'est mis à notre place et a dit « bon vous êtes jeunes, vous allez voir des trucs un peu horrible, est-ce que vous en avez déjà vu ? » enfin...

Meredith : après peut-être qu'en réa ils sont plus conditionnés à voir des choses dures et du coup, enfin, parce que je pense que dans certains services de médecine on, enfin on voit des choses assez banales qui sont pas très, enfin qui sont pas psychologiquement dures, je pense qu'ils s'imaginent pas forcément que nous on sera amené à voir tout ça après quoi. Parce qu'on va passer dans plusieurs stages et eux ils se disent bon bah ils considèrent que leur stage à eux, enfin dans leur service à eux et, enfin je pense...

Miranda : moi je suis d'accord, la réa c'est particulier. Je pense qu'ils sont assez conscients qu'il y a des choses assez choquantes en réa notamment en P2.

Robert : mais j'ai parlé avec d'autres stagiaires d'autres réa et...

Miranda : moi j'ai fait réa et ils m'ont pas demandé...

Robert : ils le font pas tous en tout cas. Enfin évidemment que la réa c'est plus évident que le mec te pose ce genre de question dans le service parce que bon là en l'occurrence je sais plus quand ils nous ont dit ça, je crois que c'était en présentation donc euh...

Animateur : alors ce qui est génial dans cette question-là c'est que vous pouvez aussi la transposer pour le patient. On devrait pour tout patient hospitalisé lui dire est-ce que vous avez déjà été hospitalisé est-ce que vous en avez déjà souffert, est-ce que dans votre famille est-ce qu'il y a des gens qui sont morts en réa, vous voyez, comment vous avez soigné votre conjoint, comment vous avez soigné votre enfant qui est mort, comment...

Robert : bah ça enfin on nous apprend à poser ces questions mais on nous l'apprend à les poser dans la case antécédents chirurgicaux, antécédents médicaux, antécédents gynéco, on nous apprend à le faire pour savoir si il a déjà fait une allergie, on nous l'apprend pas du tout à le faire pour...

Animateur : oui un interrogatoire...

Robert : jamais on nous apprend ça !

Animateur : entre mettre qu'il y a eu une appendicectomie et mettre que le jour de l'appendicectomie son voisin est mort à l'hôpital ou autre chose, c'est tout à fait différent. Comment vous avez vécu vos antécédents ?

Robert : bah c'est pas une question que j'ai posée et que j'aurais peut-être du poser.

Animateur : non non mais je veux dire puisque vous avez eu la chance d'avoir un chef qui vous a posé cette question-là en réa pour vous, on peut peut-être transposer en disant que nous on pose pas toujours forcément la question au malade et que c'est aussi important pour les malades que pour nous.

Robert : ouais bien sûr.

silence 7 secondes

Animateur : mais c'est effectivement une excellente question car souvent même on est médecin ou on peut être médecin pour des raisons bien particulières qu'on n'a pas exposées ici mais ces histoires-là ça vous renvoie souvent à « pourquoi j'ai envie d'être médecin ». Donc c'est très important !

Lisa : pour revenir à ton histoire, moi j'avais un patient qui a dit une fois un peu la même chose qui a dit qu'il veut qu'on arrête les soins, qu'il en pouvait plus, que la vie était trop dure et on disait que toi peut-être que t'aurais pu peut-être en parler avec l'équipe médicale. Moi j'ai essayé de le faire et le problème, c'est que je me suis prise une grosse claque et en fait, je l'ai dit au CCA qui commençait à rentrer dans la chambre de ce patient là mais comme c'est un CCA et qu'il voulait, je sais pas, frimer avec tous les dix P2 qu'il avait ce jour-là, il s'est dit « tiens je vais rentrer dans la chambre du patient ! » et moi bah je me suis dit que je voulais pas laisser la situation comme ça et que j'ai essayé d'avoir l'air très douce, humble et petite gentille externe avec le grand CCA et j'ai dit « je suis vraiment désolée mais peut-être que vous n'êtes pas au courant mais ce patient est vraiment pas bien. Ce matin il a dit qu'il voulait, qu'il en avait marre de la vie et qu'il voulait qu'on arrête tous les soins, qu'il en pouvait plus. » Le CCA m'a regardé avec un regard noir, en gros il m'a dit de partir et que enfin, il m'a rien dit de plus et il était hyper énervé, il est resté avec ses dix petits P2 dans la chambre. J'ai eu l'impression qu'il a peut-être légèrement écourté son entretien mais bon clairement faire écouter, ausculter un patient comme ça qui en peut plus, qui sent qu'il est étouffé, en plus il était en réanimation avec tous les bruits, tout le monde qui vient, c'est hyper angoissant et dix petits P2 qui sont « ooh bonjour ! » mais c'est horrible ! Moi je trouve que vraiment, c'était une situation atroce ! Je ne serais pas, je me serais vraiment sentie mais trop mal avec moi-même si j'avais rien dit et le CCA à la fin de mon stage m'a pris en entretien privé et m'a fait passer un sale quart d'heure. Il m'a dit que j'étais insolente, impertinente, que jamais j'aurais dû lui parler alors que sincèrement, j'ai pas utilisé un ton mais j'ai vraiment fait mais vraiment la voix « je suis vraiment désolée euh mais vous êtes peut-être pas au courant moi il m'a dit ce matin... » Voilà vraiment j'ai j'ai été... et donc il m'a dit que on n'avait pas le droit de dire ce que, enfin de dire quoi faire à un médecin que j'ai... son, enfin qu'il était mon chef et que fallait bien que j'apprenne la hiérarchie un jour et que la hiérarchie c'est avant l'empathie. Il m'a dit « C'est très bien t'as une qualité t'es très empathique, un peu trop, ça va te faire des gros soucis plus tard. C'est très bien l'empathie mais trop euh on peut pas être médecin comme ça on peut pas c'est pas possible, il y a la hiérarchie avant tout, il faut que tu comprennes ça. »

Animateur : belle histoire pour notre étude ! Fantastique !

rires

Robert : t'étais où en stage pour que j'y aille pas ?

rires

Allison : mais quand tu lui as dit avant enfin quand il était avec ses P2 et que tu lui as dit pour le prévenir si jamais il ne savait pas pour ton patient tu l'as dit devant les P2 ou...

Lisa : bah ils étaient dans la chambre et moi j'ai juste dit...

Allison : tu l'as pris à part ?

Lisa : bah non j'ai juste, je lui ai fait « coucou » et il était arrivé devant la porte et les P2 étaient dans la chambre quoi donc il est venu. Je l'ai pas dit fort, je ne l'ai pas dit fort. Enfin sincèrement si je reproduis le truc, il était en face de moi j'ai dû dire « je suis vraiment désolée mais peut-être que t'es pas au courant mais ce matin le patient m'a dit que il était vraiment pas bien enfin très déprimé, il veut qu'on arrête tous les soins, il en peut plus de la vie donc je sais pas si c'est une bonne idée de ... »

Allison : ouais enfin si c'était seul ou pas ça change beaucoup aussi.

Lisa : non mais oui mais là je...

parlent tous en même temps

Robert : je sais pas si ça change quelque chose à sa fierté mais...

Animateur : vous pourriez parler l'un après l'autre s'il vous plaît !

Lisa : justement je lui ai demandé enfin quel, enfin j'ai essayé d'être gentille quand il m'a engueulée pendant le sale quart d'heure. Je lui ai dit « d'accord je veux bien, je comprends que j'ai eu tort, très bien, mais dans ce cas-là qu'est-ce que j'aurais dû faire pour que tu sois au courant et que ça ne te vexe pas pour autant et que il n'y ait pas de problème. » Il m'a dit que je n'aurais pas dû lui dire, que j'aurais dû

peut-être à la limite, enfin vraiment même pas sûr, après que les P2 soient passés et que toute la journée soit passée que je le prenne à part plus tard et que je lui dise « au fait monsieur machin est un peu déprimé peut être qu'il faudrait commencer un traitement. »

Allison : si tu lui disais après c'est un peu trop tard !

Lisa : oui c'est, mais bon je peux pas...

Allison : ouais moi je pense peut-être qu'il a mal pris le fait que, ouais il a dû le prendre pour une, comme une insulte. Mais euh il aurait pas dû réagir comme ça...

Robert : qu'il s'énerve sur le moment je peux comprendre mais...

Allison : mais pas après.

Robert : c'était combien de temps après ?

Lisa : un mois plus tard.

Robert : un mois plus tard et il te fasse un pétage de plomb sur ça c'est...

Animateur : bah je pense que ça l'a marqué cet homme cette réflexion là ça l'a marqué si un mois plus tard il en... il a dû passer des mauvaises nuits hein.

Allison : justement si ça l'a marqué, t'as bien...

Grégory : t'as fait d'autres trucs comme ça après ou c'était vraiment un coup un mois plus tard il se réveille « ah oui ! Il y a un mois... »

Lisa : non non il a pas, je sentais bien qu'il était fâché il m'adressait pas la parole directement après cet événement-là. Il me regardait pas dans les yeux. Il..... enfin...

Miranda : ils t'ont validé le stage ?

rires

Lisa : non mais il m'a mis une moins bonne note que les autres alors qu'il m'a dit « tu es une super bonne externe mais en revanche ».... donc il m'a mis moins que les autres.

Animateur : ça s'appelle une défense ça. Je pense que vous l'avez attaqué là où son point faible. Enfin il a pas supporté d'être faible sur ce point-là donc il a, il s'est dépêché de sortir les parapluies, les machins, les trucs, comme dans une situation de défense parce que ça l'a attaqué au bon endroit.

Lisa : ce que je comprends pas c'est c'est sa solution d'entre guillemets euh ce que j'aurais dû faire pour pas l'attaquer c'est de lui dire bien après et de pas du tout parler de l'incident avec les P2 et juste lui parler plus tard à part que il faudrait peut-être mettre un traitement médical sans parler du problème que dix P2 dans une chambre d'un dépressif...

Miranda : mais ça je suis d'accord, le coup des P2 et je pense qu'on en enfin, même moi quand j'étais P2 des fois j'avais même pas envie d'aller dans la chambre parce que je sentais que la personne elle était pas bien, elle en avait marre de souffler quand on était là on faisait la queue pour aller écouter son cœur enfin...

Grégory : des fois on entendait rien...

Miranda : ouais c'est vrai !

rires

Robert : de base ils t'envoient tous dans les chambres et quand tu leur dit c'est pas très évident, je leur ai encore parfois dit. Ils te disent enfin ça fait partie de ton apprentissage, tu vas écouter son cœur et tu reviens.

Allison : ouais moi aussi.

George : vous vous êtes jamais retrouvés devant des patients qui vous disent non ?

Plusieurs Etudiants : si.

Robert : bah moi à chaque fois que mon patient me dit non, je lui ai fait ok, je vais voir le médecin et j'ai demandé au médecin je lui dis « bah soit vous venez avec moi et vous lui expliquez soit je l'examine pas... »

George : *inaudible*

Miranda : bah moi y a déjà un patient qui m'a dit non, je suis allée le dire au chef de clinique et le chef de clinique il m'a dit « bah tu dis à ce patient qu'il est dans un hôpital universitaire et que si il a pas envie de se, enfin d'aider enfin, d'accepter les étudiants il a qu'à aller dans le privé! »

Robert : mais c'est un raisonnement enfin c'est horrible de dire ça à un patient dans ces mots là mais c'est un raisonnement qui se tient mais enfin c'est au médecin de lui dire c'est jamais à nous stagiaire de leur expliquer ça soi-même.

Animateur : ça nous ramène sur le cas, sur votre cas, parce que là on est encore en train de parler de généralité de nouveau, il faudrait revenir à ce patient qui aurait, à cette patiente qui disait « non m'examinez pas, oubliez moi ». Et comment vous interprétez le fait que nous les médecins on va plutôt vers les gens faciles à soigner, qui sont observants, qui sont joyeux, qui vous trouvent bien et qu'on délaisse un peu...

James : ça donne un peu aussi, ça donne un peu l'impression qu'on sert à quelque chose un peu et que c'est. On se sent utile et après c'est un peu la corvée d'aller voir l'autre patient...

Animateur : parce qu'on est mis en échec ? Et qu'être mis en échec c'est toujours problématique pour nous qui avons un grand sens de notre pouvoir.

Miranda : moi je pense que c'est un peu humain parce que bon on cherche la facilité automatiquement et quelqu'un qui veut nous guider, on a pas forcément envie de... en plus on a l'impression moi j'ai déjà eu des patients qui voilà voulaient absolument, enfin qui voulaient pas que ça soit des étudiants qui s'occupent d'eux et tout parce qu'ils avaient l'impression que ça servait à rien et qu'ils perdaient leur temps, j'avais pas envie d'insister parce que j'avais l'impression de, de la saouler entre guillemets et je me suis dit « bon il y a des médecins qui s'occupent d'elle tant pis hein, je vais pas... » Pour son confort même personnel à elle, je trouvais ça lourd d'insister pour l'examiner.

George : après je pense que quand on va voir un patient il faut, faut pas essayer de le voir en disant qu'on veut s'entraîner à écouter les bruits du cœur mais plus qu'on est, qu'on vient bien pour vérifier que, comment ça évolue en fait.

Robert : mais bon ça s'apprend aussi.

George : du coup les patients ils sont beaucoup plus ouverts et sont plus d'accord qu'on les ausculte...

Robert : mais c'est des trucs qu'on doit t'apprendre, t'expliquer de dire, il y a des trucs que tu dois pas dire, c'est comme quand t'arrives pour faire une prise de sang tu dis pas que c'est ta deuxième, troisième, première prise de sang, » tu dis « je vais vous faire une prise de sang. Point. » Enfin t'es pas, enfin t'es pas non plus obligé de passer par là quoi, je veux dire sans non plus tomber dans les extrêmes du patient dépressif...

Richard : dans ces cas-là tu mens au patient.

Animateur : pardon ?

Richard : dans ces cas-là tu mens au patient.

Robert : non par forcément

parlent en même temps

Richard : un peu par omission... Il va voir que c'est ta première fois « oh merde c'est ta première fois je te laisse pas me piquer quoi. »

Robert : ça se voit, enfin par contre, si le patient te demande...

Miranda : tu vas pas dire j'ai l'habitude j'en ai fait mille alors que c'est ta deuxième.

Richard : il pose toujours la question.

Plusieurs Etudiants : non.

Miranda : non moi on m'a jamais posé la question.

Allison : si t'arrives et que tu dis « je vais faire une prise de sang » bah...

Richard : ouais d'accord mais tu lui fais la prise de sang il voit que c'est pas ta première fois.

Miranda : t'es en blouse blanche ils ont l'impression que tu sais faire.

Robert : ça dépend de l'attitude que t'as avec lui.

Richard : non mais forcément ta première prise de sang, ta deuxième t'es....

Miranda : ouais la deuxième t'es avec un infirmier.

Animateur : alors ça ne va plus ! Donc prenons un exemple de la première prise de sang. Qui est ce qui veut raconter ce cas-là ?

* silence 8 secondes *

Animateur : bon allons-y.

Meredith : bah moi ça a été assez facile en fait, moi je l'ai raté !

* rires *

Animateur : « ça a été facile, je l'ai raté ! »

Meredith : euh mais dans le sens où ça a été facile avec patient parce qu'il m'a laissé faire, enfin il m'a tout de suite laissée faire, il m'a aussi laissée réessayer et euh moi en fait j'étais aussi accompagnée d'une infirmière et qui lui a dit de manière très honnête et très posée, très calme que voilà, j'étais une étudiante en médecine que fallait bien avoir sa première fois un jour et que je devais apprendre et bah... Après je pense qu'elle a peut-être choisi le patient assez, assez docile, il a dit « oh il y a pas de souci » et du coup bah je l'ai fait et voilà j'ai raté il m'a laissée réessayer et bon bah c'est bon j'avais réussi et donc voilà en soi j'avais pas eu de difficulté particulière.

Animateur : l'infirmière avait bien préparé le coup c'est-à-dire qu'elle avait choisi...

Richard : je pense qu'elles font souvent ça.

Meredith : bah je sais pas trop mais je pense parce que en soi sur tous les patients du service elle avait choisi vraiment l'un des plus agréables. Pourtant, enfin j'étais dans un service j'étais en chir dig à Bichat et en gros c'est des patients ils font beaucoup de bariatrique, enfin de chirurgie bariatrique donc il y avait des obèses et psychologiquement il y en avait beaucoup qui sont très enfin c'est difficile quoi et en plus de ça ils sont difficiles un peu à piquer étant donné qu'ils sont obèses. Et euh je pense que bah là elle a dû choisir un patient qui était, bon déjà il était pas obèse et psychologiquement ça allait bien il était assez voilà.

Animateur : et donc ce patient était très sympathique avec vous ?

Meredith : oui.

Animateur : avant, après, même pendant la...

Meredith : il m'a fait des blagues, je me souviens plus c'était il y a longtemps maintenant mais enfin mais euh voilà il a fait des blagues, il m'a mis à l'aise, il m'a dit « ne vous inquiétez pas »...

Miranda : c'est le patient qui t'as...

Meredith : ouais je pense qu'il a vu quand même que j'étais stressée et du coup voilà il était vraiment hyper agréable, il fallait... du coup après j'étais plus trop stressée...

Animateur : et donc quand vous faites des prises de sang maintenant vous y repensez à cet homme ?

Meredith : bah non pas forcément après ça m'a...Après maintenant on fait plus, enfin moi j'ai, ça fait très longtemps que j'ai pas fait de prise de sang donc c'est vrai que la prochaine fois que j'en ferai une je serai re-stressée et je penserai sûrement à lui !

Animateur : ça sera peut-être pas choisi la prochaine fois.

Meredith : non donc euh c'est vrai que c'est pas évident.

Lisa : ce qui était rigolo c'était que c'est lui qui était empathique envers toi en fait !

Meredith : oui bah oui * rires * faut bien... je pense qu'il a vu ma détresse ! * rires *

Animateur : vous n'aviez pas prévu que l'empathie c'était aussi de l'autre côté. Je pense que l'empathie c'est quand même une relation à deux. Si vous êtes empathique envers quelqu'un de pas sympathique du tout je ne sais pas si vous êtes empathique longtemps.

Alors on a encore le temps de faire un nouveau cas !

silence 20 secondes

Allison : alors c'était encore en médecine interne : donc moi c'était un patient qui avait, on a découvert un cancer du pancréas, il avait je crois 52 ans et au moment de l'annonce j'étais là avec l'interne donc c'était l'interne et moi et donc je m'y attendais pas car elle ne m'a pas prévenue qu'elle allait faire l'annonce du cancer et on est arrivées et donc le patient on lui a dit clairement que c'était une tumeur qu'il fallait faire plus d'examens etc. il a compris que c'était un cancer tout de suite, il s'était d'abord renseigné, enfin je veux dire il connaissait, il en avait déjà entendu parlé du cancer du pancréas. Donc elle lui a expliqué ce qu'il fallait faire etc. elle l'a rassuré et donc après elle est partie et moi je devais revenir pour lui faire une prise de sang et quand je suis revenue il m'a regardée, il m'a dit clairement « j'en ai pour combien de temps ? » Alors là je l'ai regardé je lui ai dit « bah écoutez, je sais pas du tout. » Je ne savais pas du tout quoi répondre. Et donc après il a commencé à me parler il m'a dit qu'il avait peur donc tout ce qu'il n'avait en fait pas dit à l'interne, il me l'a dit à moi. Je ne pouvais pas fuir j'étais obligée de répondre et je ne savais pas répondre parce que je n'avais pas la capacité, c'était l'année dernière donc déjà je ne connaissais pas les réponses et je pense que sur ce domaine-là il n'y a pas tout le monde qui peut répondre et donc j'ai essayé de le rassurer au mieux et quand je ne savais pas quoi dire je disais clairement que fallait voir avec l'interne parce que je n'étais pas capable de répondre et que j'allais pas lui dire des choses fausses donc euh... J'ai essayé de le rassurer et en même temps ne pas lui mentir. Essayer de pas mentir parce qu'en fait j'avais vraiment envie de le rassurer en disant « ça va aller » sauf que je savais que ça allait pas aller donc euh j'ai essayé de lui dire qu'il fallait qu'il attende l'interne, attendre les examens et...

Animateur : et donc vous avez rencontré la famille aussi ?

Animateur : euh non mais devant moi il a appelé son fils au téléphone et il lui a dit en rigolant « bon bah ça y est ma vie est finie » enfin bref il le prenait à la rigolade au début c'est ça qui était fou et moi j'étais à côté je savais pas trop quoi dire. Il rigolait avec moi et en même temps avec son fils au téléphone. Après sa famille est venue mais moi j'étais partie du service donc j'ai pas vu sa famille.

Animateur : donc vous lui avez dit « faut voir avec l'interne »

Allison : la plupart des questions oui.

Animateur : et il a vu avec l'interne ?

Allison : euh oui oui après l'interne lui avait expliqué plus en précision mais j'étais pas là donc je sais pas exactement ce qu'elle lui a dit. Mais même l'interne je voyais qu'elle ne savait pas tout, je pense qu'elle savait plus, c'était normal mais elle disait surtout qu'il fallait attendre les examens qu'il allait voir un spécialiste, parce que c'était la médecine interne donc c'était pas le... il a été ensuite transféré.

Animateur : et vous l'avez revu après qu'il a vu l'interne ?

Allison : euh oui oui je l'ai revu après.

Animateur : donc c'est dommage que vous ayez pas vu le moment où...

Allison : ouais j'étais pas là parce que en fait c'est un stage où je sais plus pourquoi.

Animateur : ça fait en fait comme une transition comme votre histoire à vous.

Allison : en fait comme l'interne ne prévenait pas forcément quand elle allait voir le patient pour dire quoi donc euh quand je m'occupais plus d'un patient elle a dû me dire fais ci avec autre patient, j'ai pas eu l'occasion de. Mais après les autres jours je voyais qu'il allait un petit peu mieux.

Lisa : normalement c'est pas un chef qui fait l'annonce d'un truc comme ça ?

Allison : euh là c'était l'interne qui l'a dit. En fait elle a dit tumeur, elle a pas dit clairement que c'était un cancer parce qu'il fallait attendre les résultats mais c'était clair pour elle que c'était à 99% sûr, vu la masse, enfin c'était une grosse masse et tout donc et lui il a compris toute suite il a direct fait le lien, elle lui a dit que c'était probablement ça. Donc c'était pas un diagnostic sûr sûr à 100% mais, et au final oui ça s'est avéré que c'était ça.

Robert : t'en penses quoi que le fait...

Animateur : pardon ?

Robert : elle que l'interne soit toute seule pour annoncer ça avec toi, enfin déjà qu'elle te prévienne pas bon ça c'est pas enfin...

Allison : non ça...

Robert : ça arrive mais...

Allison : par rapport à au fait de faire l'annonce, même elle, elle s'y attendait pas en fait enfin si elle a dit que c'était une tumeur mais en fait elle ne s'attendait pas au fait que le patient...

Animateur : sur le mot « tumeur » je pense que « tuméfaction » c'est quelque fois mieux que « tumeur »...

Allison : tuméfaction ? D'accord.

Animateur : simplement que « tumeur » ça fait « mourir » quand même hein.

Allison : elle a dû dire que c'était une masse je pense et lui a direct fait le lien avec le cancer.

Grégory : quand on dit « une masse » ils se disent tout de suite tumeur ou cancer.

Allison : oui voilà.

Grégory : ils veulent tout de suite poser des questions et des fois nous on sait rien, les internes ne savent rien et c'est toujours la même réponse c'est « on va attendre les examens, on va consulter un spécialiste. » On sait pas trop quoi répondre à chaque fois.

Animateur : mais est-ce que c'est ce sont vraiment des questions ? Là encore est-ce qu'il faut répondre ? Est-ce que c'est question-réponse ? Est-ce que c'est le jeu des questions-réponses ?

Allison : c'est un appel à la détresse, quand ils sont mal, ils savent pas quoi dire d'autre, un appel à la discussion.

Animateur : oui ça on en parle mais c'est pas forcément pour avoir les réponses, et d'ailleurs qui dit, qui peut répondre à la question « j'en ai pour combien de temps », ça c'est une question.

Allison : là il a dit vraiment clairement c'était précis, « je veux vraiment que vous me dites combien de temps il me reste 5 mois - 6 mois ? » il voulait vraiment une réponse.

Animateur : ça nous nous sait quand même qu'on peut pas répondre à une question comme ça, non pas qu'on ne peut pas on peut faire des statistiques on peut dire dans 46% des cas il se passe ça mais ça n'intéresse personne 46% des cas donc je ne crois pas qu'un malade nous demande, moi j'ai eu un malade en fin de vie j'ai décidé, comme l'hôpital me l'avait adressé, de pas faire de dossier parce qu'il était en fin de vie, il était tellement en fin de vie que cinq an plus tard il était toujours là ! Donc on a fait un dossier du coup ! Mais je veux dire c'était quand même moi j'étais bien persuadée qu'il allait mourir dans le quart d'heure quoi, dans la semaine, le mois peut être. Donc pas de dossier, cinq an plus tard il est là il me demande du viagra donc...

rires

Animateur : par contre le chef de clinique qui lui a répondu vous allez mourir toute suite il s'est planté. Je crois pas qu'on puisse répondre, réellement.

George : est-ce qu'au moins avoir une réponse « on sait pas », au moins répondre on sait pas quoi.

Animateur : alors, on ne sait pas mais personne ne sait. C'est pas « je ne sais pas » parce que je suis nulle, c'est « je ne sais pas » car personne ne peut répondre à ce genre de questions vu que il y a pas un cas pareil et qu'on peut faire des statistiques et la plupart du temps les cancers du pancréas meurent assez vite mais on peut pas dire exactement.

Richard : je pense que c'est important de dire on ne sait pas exactement mais ça rassure les patients de connaître les statistiques de leur maladie.

Robert : ou pas ! Tu sais pas quel patient.

parlent tous en même temps

Richard : ça leur permet d'avoir une idée.

George : de toute façon ils vont chercher par eux-même.

Animateur : s'ils veulent vraiment oui.

Robert : c'est mieux que ça soit un médecin qu'il le dise plutôt que chercher sur internet et tomber sur un truc.

Lisa : moi je trouve que ça dépend des patients, il y a des patients très très angoissés, on va le voir dès le début ils sont, ils seront vraiment, justement ils vont trop poser des questions, ils vont être beaucoup trop trop stressés, ils supportent pas la nouvelle, parfois c'est même mieux de moins les angoisser et pas forcément répondre à leurs questions même parfois il y a des médecins qui décident de pas annoncer le cancer au patient parce qu'ils savent très bien que c'est quelqu'un de très angoissé et qui supporterait pas la nouvelle et qui va juste passer 6 mois atroces plutôt que 6 mois normaux donc pourquoi ne pas avoir enfin de ne pas le laisser avoir 6 mois normaux, plutôt que 6 mois atroces dans l'angoisse, à pas réussir à dormir, à pas réussir à respirer...

Allison : c'est autorisé ça de pas le dire ?

Lisa : comment ?

Allison : c'est autorisé de pas... ?

Lisa : oui, c'est autorisé. Faut le dire à la famille.

Lisa : ah tu le dis à la famille ?

Animateur : pas mieux.

Richard : s'il pose plein de question et qu'il est paniqué je ne penses pas que ça soit 6 mois normaux, je suis pas sûr que ça aggravera forcément.

Lisa : non mais je sais pas c'est, on peut en parler hein mais je sais pas...

George : mais oui mais normalement t'as pas le droit de le dire à la famille.

Lisa : moi j'ai vu ça dans les règles, dans les devoirs.

George : j'ai un patient qui voulait pas que sa femme soit au courant, on avait pas du tout le droit de lui dire, personne n'avait le droit de lui dire.

Allison : oui mais dans le cas où la personne est, on juge que c'est une fin de vie...

Miranda : dans le cas où c'est vraiment pour son bien de pas lui dire.

George : c'est un peu étrange.

Animateur : non mais c'est compliqué mais il est sûr que dire à un conjoint ou un enfant sans le dire au malade c'est ridicule. Ça fait peser une responsabilité sur la personne qui sait. Je sais pas s'il s'agit de vendre la maison ou de partager je sais pas quoi ou de dire qu'on annule le voyage ça fait vraiment peser. Comme vous dites chaque patient réagit différemment mais je pense que ce qui est important dans le cas que vous avez exposé c'est que il faut peut-être essayer de creuser les questions qu'ils posent c'est-à-dire c'est un peu psychanalytique mais pourquoi vous demandez ? Pourquoi vous posez cette question-là ? Alors là on va peut-être vous dire « bah justement oui euh j'ai peut-être une maison à vendre, il faut que je la vende avant de mourir ». Il y a des gens qui ont des préoccupations. Il y a l'angoisse de mourir mais il y a aussi « comment je vais organiser les choses pour ma famille, comment je vais faire, il faut que je me réconcilie avec mon frère qui m'emmerde depuis quinze ans ». Il y a des gens qui ont un programme dans... donc faut peut-être essayer de, non pas de répondre « vous en avez pour quinze jours » parce que c'est peut-être pas forcément ça qu'ils demandent c'est « comment je vais m'organiser » c'est « comment je vais faire », c'est essayer de leur demander qu'est-ce qu'il y a derrière la question.

George : mais ça est ce que ça peut vraiment se faire dès l'annonce d'un cancer. Parce que ce qu'on nous apprend en général c'est quand le terme « cancer » sort la personne n'écoute plus vraiment, n'est plus vraiment présente parce que c'est toute une effectivement le cancer ça marque et qu'il faut d'abord donner les informations mais donner le gros des informations après sur une deuxième...

Animateur : oui mais comme vous dites s'il est sidéré par la nouvelle les infos qu'on va donner il va pas les écouter. C'est pas ça qu'il l'intéresse donc faut lui laisser le temps de se poser peut-être, je sais pas mais si on est complètement sidéré quand on a l'annonce et petit à petit comprendre pour lui ce que ça signifie et quels vont être les problèmes que ça lui pose à lui et pas d'une façon générale l'amour la vie l'éternité etc. c'est peut-être pas son problème à lui quoi.

Robert : il savait que t'étais étudiante quand il t'a posé les questions ?

Allison : oui, oui parce que quand je l'ai examiné la première fois je lui ai dit que j'étais étudiante.

Robert : pourquoi tu penses, enfin pourquoi il t'a posé ces questions à toi, parce qu'il t'aimait bien parce qu'il sentait ta confiance ? Pour voir ta réaction ?

Allison : je pense que parce que j'étais la deuxième personne à aller le voir après moi et l'interne.

Robert : d'accord donc tu penses que c'est juste la chronologie.

Allison : je pense qu'il a dû réfléchir.

Miranda : et tu t'occupais de lui seule ou t'étais avec une externe.

Allison : euhhh non j'étais avec l'interne et moi.

Miranda : il y avait pas d'autres externes, t'étais son externe.

Allison : j'étais en D1 donc euh.

Miranda : ouais enfin c'était ton patient quoi c'est toi qui a fait son observ'.

Allison : voilà.

Meredith : mais après moi je pense que parfois c'est beaucoup plus facile pour les patients de poser des questions aux externes parce qu'on est quand même plus proches d'eux, on va tout le temps les voir tous les jours alors que, et on est beaucoup moins « sacratisés » entre guillemets. Enfin je trouve que les internes, les internes pas trop mais les CCA, à partir du CCA je trouve que c'est, il y a beaucoup plus de distance qui est mise avec le patient quoi. Et je pense que c'est pour ça que parfois ils osent pas et quand il y a le petit D1 externe qui arrive ils sont toute suite en confiance et il a envie de bah de s'alléger un peu...

Animateur : oui et comme vous le disiez-vous avez un peu de temps, peut-être un peu plus de temps.

Meredith : ouais c'est ça.

Animateur : et puis peut-être que vous êtes encore dans le regard parce que j'ai l'impression qu'au cours de nos études on finit par plus regarder rien, même de regarder si vous arrivez dans une chambre d'un malade et que vous le regardez il s'autorise à vous adresser la parole.

Miranda : il y a aussi le fait que les internes parfois ils ont vingt-quatre patients alors que nous on doit en avoir quatre chacun ça...

Animateur : ça revient à la question du temps de votre regard qui se pose sur quelqu'un qui a le temps de se poser sur quelqu'un. Il n'y a pas besoin d'ouvrir la bouche si vous rentrez et regardez quelqu'un, d'ailleurs dans la rue ça aussi, je sais pas si vous avez remarqué mais dans la rue, quand vous regardez les gens, c'est on vous demande l'heure comme par hasard, ça veut dire on demande l'heure à quelqu'un qui vous regarde, on ne demande pas l'heure à des gens qu'on croise...

Allison : je pense qu'avec l'habitude avec nos études on finit par voir les patients comme tous les mêmes et puis c'est la routine, l'habitude qui fait qu'on regarde plus on parle plus on ne dit plus bonjour, enfin bonjour si quand même mais je veux dire pas de la même façon qu'on disait bonjour avant quoi.

Animateur : mais c'est pour ça que faire une étude avec vous qui commencez c'est une vraie richesse parce que vous êtes encore tout neuf dans la relation vous êtes tout neuf. Vous pouvez encore parler au malade comme si c'était des gens normaux quoi. Et puis au fur et à mesure qu'on n'a pas le temps c'est des numéros, c'est des maladies, c'est des, c'est plus, c'est plus des gens alors que là vous parlez vraiment de gens que vous avez rencontré, de personnes, des personnes.

silence 10 secondes

Lisa : bah c'est aussi pour ça qu'ils parlent plus aux infirmières.

Animateur : et aux aides-soignantes, les aides-soignantes elles font la toilette, elles sont vraiment au plus proche. Je pense que les aides-soignantes elles en savent dix fois plus que nous sur les malades

silence

Lisa : je pense que c'est important de les écouter après enfin même si plus tard on aura moins le temps comme les médecins et les chefs, d'écouter ce qu'elles ont à dire sur famille et tout ça. Et moi y a beaucoup de chefs qui écoutent à peine l'infirmière et je trouve ça dommage...

Animateur : ça ça s'aggrave vous verrez ça s'aggrave au cours du temps. Et ce qui serait bien, moi je rêve d'avoir des soignants qui m'écoutent quoi, un jour quand je serais encore plus vieille et malade, j'aimerais bien aller dans un service où les gens m'écoutent c'est sûr. Là je vois bien que ça va être l'externe et l'aide-soignante qui vont m'écouter pour l'instant. Dans les services c'est comme ça que ça se passe parce que personne n'a plus le temps de rien. Et même dans les groupes Balint que j'ai fait l'année dernière avec les, avec les plus vieux que vous, les chefs de clinique ne vont même pas, les séniors de se déplacent même pas. Ils ne vont même pas voir les malades. Donc c'est un peu gênant...

silence 18 secondes

Animateur : est-ce qu'on reste un petit peu sur votre cas ou est-ce que vous voulez en reparler un petit peu ou dire ce que vous avez senti du groupe.

Allison : ce qu'on a senti du groupe ?

Animateur : bah je sais pas il y a eu réflexions, il y a eu des sourires, il y a eu des rires, il y a eu...

Allison : bah moi je voulais savoir si il y avait quelqu'un qui aurait su quoi répondre à ma place à la question « combien de temps il me reste à vivre ? »

Animateur : à la question « pour combien de temps j'en ai ? »

Allison : ouais.

Richard : si tu connais pas la réponse ni les statistiques tu pouvais pas répondre... J'aurais pu me renseigner pour qu'il y ait une réponse à aller le voir.

Robert : les statistiques je les ai apprises hier donc.

Miranda : les statistiques je les aurais pas dit moi.

Grégory : t'aurais fait « demandez à l'interne » ou....

Meredith : après moi j'ai un exemple particulier parce que moi j'étais en pancréato et justement on avait un patient pour le coup il était encore plus jeune, il avait vingt ans, et euh non il en avait vingt-cinq ans et il avait le cancer du pancréas et c'est un peu particulier parce que dans ce service-là donc le jeudi matin il y avait la grande visite et donc on passait dans l'aile avec le chef et sauf qu'on était pas juste le chef avec un externe, c'était vraiment le chef, les CCA, les internes et les externes, après c'est par aile donc bon on était quand même quatre externes, une interne, le chef et les CCA quoi et en gros bah son cas s'aggravait et on savait bien que voilà quoi, il en avait plus pour longtemps et en fait d'un coup il, et lui qui est vraiment d'habitude, il est enfin on voyait bien qu'il se battait quoi et qu'il avait encore de l'espoir et là d'un coup il nous a lâché un « donc je vais mourir ? » enfin et c'est vrai que c'était hyper... et le chef qui est pour le coup même si c'est vrai que c'était des visites et enfin moi je trouvais pas top de faire ça comme ça surtout pour des patients aussi lourds mais dans le sens où après quand on le connaissait, il était vraiment empathique et voilà il mesurait ses mots et il parlait vraiment très justement enfin lui pour le coup, sa réponse c'était de lui dire qu'on savait pas vraiment et il fallait que lui de son côté il fallait qu'il continue à se battre on attendrait l'évolution pour voir, voir comment les traitements allaient, enfin comment ça allait agir, quel effet ça allait avoir et que bon voilà on pouvait pas lui répondre, ça dépendait aussi un peu de lui et aussi des traitements qu'il y avait vraiment de tout quoi donc euh c'était ...

Animateur : il avait été apaisé par cette réponse ?

Meredith : bah il a dit « d'accord » après ça... après je sais qu'il a enfin, après je suis partie mais il a continué à, après il est décédé. En tout cas je crois qu'il s'est quand même battu jusqu'à la fin c'est juste que c'était devenu vraiment trop grave ça métastasait dans tous les sens donc... donc du coup c'était vraiment un moment assez fort. On avait tous été un peu, on était tous un peu choqués quoi. Bah on était touchés parce que c'est vrai qu'en plus il était tellement, bah il jeune donc forcément nous ça nous, on s'identifie carrément à lui quoi. Et il était tellement il se battait il marchait dans les couloirs il faisait l'effort et tout alors qu'il était, on voyait bien qu'il peinait quoi il mangeait plus rien il enfin il pouvait pas, c'est pas qu'il voulait pas c'est qu'il pouvait pas mais euh ouais je pense que c'est...

Animateur : mais est-ce que ça vous paraît normal d'être touché ou pas normal ?

Meredith : bah c'est normal, enfin je pense que même après cinquante ans de carrière on reste touché par ça quoi, enfin moi je sais qu'en tout cas.

Animateur : bah c'est ce qu'on vous souhaite en tout cas, que ça ne s'émousse pas.

Meredith : moi je sais en tout cas que le sénior il était ému, enfin il était ému et il a eu du mal à lui répondre, il a eu du mal à on sentait que c'était pas évident pour lui tu vois et pourtant je pense que dans un, c'est vraiment un spécialiste du pancréas et le service c'est un service assez lourd, qui fait quasiment tout c'est très spécialisé, il y a plein de cancer du pancréas mais quand on tombe sur un cas aussi enfin c'est rare d'avoir un homme aussi jeune patient donc euh ouais. Mais après je sais que lui il était vraiment pour l'accompagnement il nous disait que « bah voilà même moi ça m'arrive d'aller voir le, la psychologue du service, quand c'est vraiment trop dur » il nous conseille « bah voilà si vous ça va pas vous pouvez aller, vous pouvez nous parler vous pouvez aller parler au psychologue. »

Animateur : le tout c'est de prendre conscience exactement de vos émotions, tant qu'on en prend pas conscience ça peut faire parasite si on veut, si on est parasité par une émotion en voulant lutter contre elle, c'est pas bénéfique le tout c'est que on se dise « tiens, je suis ému et d'un, j'en prends conscience, je le sais et après qu'est-ce que je vais en faire de positif. » Ça vaut mieux l'apprendre...

C'est quoi cette histoire de porte qui n'arrête pas de s'ouvrir, ça c'est un parasite aussi !

silence 10 secondes

Animateur : bon, je crois qu'on pourrait rester là-dessus parce qu'on pourrait s'émouvoir et rester ému et comme vous dites cinquante ans plus tard c'est la même chose et bien c'est plutôt encourageant. Ça serait quand même bizarre que qu'on ne soit pas ému par le patient. Moi ça me paraîtrait très bizarre, ne pas être concerné, ne pas s'engager à quelque chose. Une prise en charge c'est une prise en charge quand même...

J'ai oublié de faire le petit tour du groupe parce que j'oublie toujours quelque chose donc aujourd'hui c'était ça, donc la prochaine fois faites-moi pensez à ce qu'on se présente quand même en début de groupe. Et pour ceux qui sont arrivés un petit peu en retard je rappelle qu'il faut arriver donc à 10 heures parce qu'on commence à raconter l'histoire et que si on loupe l'histoire, on loupe l'intérêt du groupe.

Allison : donc c'est 10 heures pas 10 heures moins le quart ?

Animateur : non c'est 10 heures - 11 heures trente

N'oubliez pas votre portable et de le rallumer très vite pour rentrer en communication avec le monde ! Et ceux qui n'ont pas signé, signez la feuille d'émargement s'il vous plaît. Merci beaucoup. A la prochaine fois !

Séance 2

Animateur : donc c'est chacun son tour et bien fort, parce que d'abord je suis sourde et ensuite cette jeune personne travaille avec du matériel phonique, n'est-ce pas, donc elle a besoin qu'on parle fort.

Alors toutes mes excuses d'abord, la dernière fois j'ai complètement oublié de faire le tour des noms parce que je pense à rien par moment. Donc on va faire le petit tour maintenant. Donc vous dites peut-être dans quel service vous êtes pour *inaudible car porte s'ouvre*

Je m'appelle Derek et je suis en cardio à Bichat.

Je m'appelle Alex, je suis en cardio à Larib.

Moi je suis Allison et je suis en réa à Louis Mourier.

Moi c'est Grégory et je suis en cardio à Larib.

Je m'appelle James et je suis également en cardio à Larib.

Je m'appelle Robert, je suis en gastro à Beaujon.

George et je suis en pneumo à Saint Louis.
Christina et je suis en radio à Larib.
Euh, Lisa, maladies infectieuses à Saint Louis.
Euh, Richard, néphro, Saint Louis.
Et Meredith, je suis en neuro à Bichat.

Animateur : tu as entendu, il n'y a pas de problème ça va ? *rires* tu vas mettre une demie heure à trouver c'est ça ? D'accord... Bon. Alors surtout parlez bien fort. Alors qui raconte une histoire ?

silence 5 secondes

Meredith : euh on refait le même exercice que la semaine dernière ?

Animateur : ah bah oui ! C'est un exercice unique. Mono-exercice.

Meredith : ah pendant toutes les séances ? Ah d'accord.

Animateur : yes ! Pour que tout le monde puisse raconter une histoire et chacun, ça évoque forcément quand quelqu'un parle lui-même, ça évoque des tas d'histoires aux autres, donc c'est pour le groupe, c'est le groupe qui travaille comme je vous l'ai dit.

silence 45 secondes

Meredith : bon bah je me lance !

rires

Meredith : euh alors moi c'était l'année dernière en pancréato Beaujon, du coup c'était mon premier patient. Enfin premier patient, comme j'avais plusieurs patients en charge euh mais c'est le premier patient que j'ai vraiment... disons que j'ai pris en charge du début à la fin. Donc il venait des urgences de Beaujon avec une douleur typique d'une angiocholite donc à priori c'était enfin assez simple, donc il avait un calcul biliaire et donc après il a eu une cholécystectomie dans une clinique, alors nous, c'était un patient hyper sympathique et donc forcément c'était mon premier patient et donc je m'étais vachement attachée à lui et donc il était, c'était un pépé qui était tout le temps de bonne humeur, qui faisait des blagues, quand je rentrais dans la chambre « ah c'est la belle demoiselle ! Qui prend bien soin de moi ! » Et donc voilà, et en fait après sa cholécystectomie il y a eu des complications et euh donc il est revenu dans le service.

Interruption, retardataire

Meredith : et euh, et en fait bah là il y a eu des complications et j'avais pas du tout, enfin vu que j'étais en D1 j'avais pas tout très bien compris mais je crois qu'il avait, enfin, il avait surinfecté, je sais, pas le drain ou quelque chose comme ça et en fait à partir de ce moment-là son état s'est dégradé, mais vraiment dégradé, il a fait une insuffisance rénale aigue et il a fait un passage en réa. Et en fait c'était horrible parce que du jour au lendemain, il était complètement confus, il me reconnaissait pas et euh il avait vraiment du mal à parler. En plus c'était un homme qui avait beaucoup de enfin, voilà qui avait des verbes, il parlait bien et tout ça, et là du jour au lendemain il était incompréhensible parce qu'il arrivait plus à parler, parce qu'il arrivait plus à articuler, il était confus. Et en fait dans la communication c'était hyper difficile parce que quand il avait besoin de quelque chose, je comprenais pas ce qu'il voulait, ce dont il avait besoin. Donc j'arrivais pas à le réconforter comme je pouvais le faire avant quoi. Donc c'était un peu frustrant. Et on sentait l'agacement, quand il commençait à en avoir marre. Et il enfin, il en avait marre et enfin il était quand même âgé et en fait il y a un moment où il nous a dit « non mais j'en peux plus, j'ai envie de partir » et enfin, et c'était en fait vraiment pendant toute son hospitalisation il est passé par, enfin quand il est arrivé il était tout gai, il avait la joie de vivre et tout ça, et là d'un coup il avait envie de mourir donc du coup c'était un peu... bon, d'accord... et c'était un peu choquant parce qu'on avait connu toutes les facettes de lui et bon après il s'est rétabli et il a commencé à retrouver sa pêche d'antan.

Animateur : ah bon ?

Meredith : ouais, non mais vraiment il...

Animateur : on ne s'y attendait pas, je peux vous dire que le groupe s'attendait à ce qu'il meure doucement !

rires

Meredith : non, il n'est pas mort. Non bah après on l'a pris en charge, et son état s'est amélioré quoi.

Animateur : alors, avez-vous quelques questions plus formelles à poser sur cet homme ? Et sur la relation de cet homme avec la belle demoiselle ?

Grégory : est-ce que tu sais si lui il était conscient en fait qu'il pouvait y avoir des complications ou s'il prenait ça juste à la légère avant et qu'il s'est vraiment rendu compte...

Meredith : bah normalement ça devait être une opération hyper simple quoi. Juste une cholécystectomie mais il y a eu des complications. Mais euh même s'il y avait des complications généralement quand elles sont prises en charge, bon bah ça va mieux après, là c'est vraiment, tout son état s'est dégradé super vite. Et je pense qu'il s'y attendait pas.

Grégory : il s'y attendait pas et en fait c'est pour ça qu'il n'a plus eu envie de vivre et tout et ça l'a vraiment...

Meredith : ouais bah après il était pas bien quoi.

Grégory : après quand vous l'avez pris en charge et que ça allait mieux ça a arrangé ça ?

Meredith : ouais finalement bah au fur et à mesure que son état s'améliorait bah lui son état psychologique s'améliorait aussi. Il voyait que bon bah voilà... je pense que c'est là... enfin ouais, il y a un moment où il maîtrisait... c'est la barre de contrôle de son état de conscience qui l'a un peu...

Animateur : si j'ai bien compris il a été opéré ailleurs ?

Meredith : oui il a été en clinique.

Animateur : c'est normal ?

Meredith : oui, parce que c'est une opération, pour nous c'est une cholé... une cho-lé-cys-tectomie qui est une opération vraiment toute basique, il le font pas en hôpital, enfin non mais il y a des opérations qui sont plus complexes et donc ils ont pas le temps et comme ils travaillent en coopération avec cette clinique là... en fait c'est pas vraiment une clinique c'est une, c'est juste un, je sais pas trop comment on dit...

Animateur : un plateau technique, offert à l'hôpital ?

Meredith : oui voilà !

Animateur : mais alors comment il a vécu ce patient tout ce... c'est peut-être pas habituel quand même, pour moi déjà ça l'est pas mais, d'être opéré ailleurs que dans le service ?

Meredith : bah en fait il devait être opéré ailleurs et tout devait aller...

Animateur : il le savait ?

Meredith : oui, normalement c'était vraiment à visée curative et après cette opération là il rentrait chez lui et tout allait bien quoi. Il était pas supposé revenir. Et c'est vrai que quand on l'a vu revenir....

Animateur : alors est-ce que vous pourriez le décrire un petit peu parce que c'est un pépé sympathique qui racontait des histoires drôles mais encore ?

Meredith : c'était un bon vivant et il parlait, enfin de sa femme, sa femme était très sympathique. Et euh... non je... après c'est... c'est comme un, comme tout pépé il aimait bien parler de sa vie antérieure, enfin de sa vie passée et euh, non mais de ses histoires qu'il a vécu.

Animateur : il était soigné, soigneux, séducteur ?

Meredith : je pense qu'il l'a été *pires* non mais après il était pas non plus séducteur mais c'est vrai qu'il était souvent flatteur, il était content qu'on prenne soin de lui avec euh quand on venait.... Et je me souviens parce que c'est vrai que comme nous on est plus au contact de lui à chaque fois qu'on faisait la visite du matin avec l'interne qui le voyait beaucoup moins genre « bah voilà vous voyez, ces demoiselles-là elles s'occupent bien de moi ! » c'est pareil, il disait ça au chef de service quand il passait. Enfin il était vraiment... et c'est pour ça en fait je crois qu'au moment où il comprenait plus trop ce qu'il lui arrivait et que moi et mes explications ne lui suffisaient plus et qu'on arrivait pas, plus à se comprendre et enfin je pense qu'il y avait aussi une grosse part de panique en lui parce qu'il savait pas trop ce qu'il lui arrivait et donc il ne comprenait pas trop ce qu'on lui disait parce que je pense qu'on ne répondait pas trop à ses questions et on comprenait pas trop ce qu'il voulait enfin... ce qu'il nous demandait quoi. Donc on lui expliquait et parfois je pense que c'était un gros trou de lui à nous, il avait des questions avec ses termes à lui et nous on n'arrivait, enfin vu que nous on comprenait pas forcément ce qu'il nous disait et on savait pas trop la question donc on continuait avec ce qu'on lui disait et enfin notre explication à nous quoi... enfin ça tournait un peu en rond. Je me souviens c'était un peu, on répétait tout le temps la même chose quoi. Et lui comme il était confus, du coup le lendemain il avait oublié et on lui réexpliquait et il comprenait toujours pas et enfin c'était un peu, c'était vraiment difficile sur ça.

Animateur : et sa femme ne pouvait pas vous aider sur...

Meredith : enfin on l'a vu une fois et après elle habitait loin, ils habitaient au Havre. Donc euh...

Animateur : vous n'avez pas vu les enfants non plus ?

Meredith : non. Mais je crois qu'il avait une fille qui habitait à l'étranger donc... mais voilà c'était, oui c'était un bon vivant et il faisait des blagues à chaque fois qu'il nous voyait.

Animateur : il était du sud-ouest peut être ?

Meredith : pas du tout. Non non non.

Lisa : et qui lui a expliqué ce qu'il s'est passé, les complications de l'opération ?

Meredith : bah je pense qu'il a compris surtout à postériori.

Lisa : mais avant personne n'a pris le temps de lui expliquer ?

Meredith : si si, si si on lui expliquait mais c'est juste qu'il comprenait, enfin il arrivait pas je pense à capter les informations. Et du coup il nous disait enfin... je me souviens qu'il nous disait toujours « mais euh vous me dites tous quelque chose de différent » alors qu'enfin je pense qu'on utilisait tous des mots différents mais ça voulait dire la même chose. Mais c'est vrai qu'on avait dû, enfin il y avait une période quand il y a eu les complications et là vraiment c'était vraiment un peu l'incompréhension des... enfin il comprenait plus quoi. C'est... on lui expliquait hein... en plus dans ce service là on prenait le temps d'expliquer, les chefs prenaient le temps d'expliquer mais c'est juste que bah il nous posait des questions et on n'arrivait pas à cerner... enfin... c'était un peu l'impasse moi je trouve. On pouvait rien faire de plus quoi.

Animateur : et pourtant vous dites que ça devait bien se passer donc vous-même est-ce que vous compreniez bien pourquoi cette intervention qui peut être simple puisse se compliquer ?

Meredith : en fait ça faisait partie, enfin ça faisait vraiment partie des complications. Quand il est revenu ça faisait partie des complications classiques quoi. C'est des complications qui arrivent souvent.

Animateur : ouais mais quand il était parti vous étiez à mille lieues de penser qu'il reviendrait avec des complications. Dans ce que vous avez raconté vous avez plutôt dit « intervention banale, il devait rentrer chez lui » etc.

Meredith : oui.

Animateur : lui aussi il pensait rentrer chez lui je pense.

Meredith : oui non mais bien sûr mais une complication c'est une complication, personne pense que ça va arriver. C'est... c'est arrivé et...

Animateur : donc vous lui avez expliqué le type de complications ?

Meredith : bah avant quand même on lui avait dit qu'il y avait des risques de complications et quelles étaient les complications et c'est vrai que quand on dit que c'est une opération qui arrive assez souvent on se dit pas... enfin... après dans ce service là il y avait beaucoup de fois où il y avait des complications sur une prise en charge nous on est, peut-être parce que nous on les voit souvent donc on se dit limite c'est des complications classiques mais après sur toutes les cholécystectomies qui ont lieu c'est pas du tout si fréquent que ça enfin... mais c'est vrai que comme dans ce service là c'est très spécialisé... il y a beaucoup de complications. C'est souvent des opérations compliquées.

Grégory : sa famille elle le prenait comment ? Parce que bon tu disais qu'il était pas très conscient de ce qu'il se passait mais sa famille elle était, elle était consciente de...

Meredith : bah euh...

Grégory : elle s'était pas énervée ou...

Km : pas du tout, non pas du tout. Bah dans la mesure où on les avait informés qu'il y avait des risques de complications, bah après elle était inquiète, c'est normal, mais voilà on les rassurait comme on peut, comme on pouvait et eux comprenaient et euh c'est vrai qu'il y a toujours la phrase où on sait pas trop ce qu'il va se passer, bon bah voilà on a fait tout ce qu'on pouvait et donc on leur dit et bah après c'est l'attente quoi. Et après voilà c'est ce que je disais c'est elle, elle habitait loin et donc bah, après peut-être qu'elle venait les après-midis, je sais pas moi j'étais pas là, mais moi je l'ai vu une fois entre midi et deux quand je parlais quoi.

Grégory : est-ce qu'elle s'attendait à ce que ça soit à ce point quoi ? Que ce soit aussi...

Meredith : non je pense pas mais... non parce qu'il, enfin vraiment, il avait une fonction rénale vraiment hyper altérée et ça on s'y attendait pas et c'est ça qui a été vraiment hyper grave. C'est à ce moment-là qu'on l'a mis en réa...

Grégory : et qu'il y a eu tous ces changements de comportement et tout ?

Meredith : ouais et ça aussi. Bah il est devenu assez agressif, très confus. Bah je pense que ça, ça a été, enfin moi j'étais pas là non plus donc j'ai pas trop vu à ce moment-là. Dans les moments où la famille était là j'étais pas là, mais je me dis si pour nous c'était dur je me dis que pour la famille ça a dû être encore pire.

silence

Animateur : parce qu'il a été déménagé en réa...

Meredith : ouais, mais il est resté pas très longtemps.

Animateur : ouais mais ça a dû lui faire drôle le jour où il est parti en réa.

Meredith : bah il était plus très conscient, il était, il était plus trop...

silence 15 secondes

Animateur : donc il a dit que tout le monde lui avait donné des explications différentes ?

Meredith : oui.

Animateur : et est-ce que vous vous étiez concertés un peu sur...

Meredith : bah du coup moi quand il m'avait dit ça, j'étais allée voir l'interne et je lui ai dit « mais qu'est-ce que vous lui avez dit et tout parce que moi il me dit que c'est pas clair que il y a trop d'informations différentes. » en sachant que bah j'étais là quand le chef lui avait expliqué et tout ça et après l'interne lui avait redit la même chose. Bon après c'est vrai que je pense que le problème est venu surtout des mots. Enfin dans l'utilisation des mots peut-être qu'il a pas compris les mêmes choses et qu'il s'est dit bah c'est des informations différentes. Moi j'ai plus compris...

Animateur : pour vous c'était les mêmes ?

Meredith : bah moi d'après ce que l'interne m'avait dit j'ai, j'avais compris la même chose que ce que le chef avait déjà dit et que nous on comprenait tout dans sa pathologie et dans ce qu'il allait se passer. Mais c'est vrai que après... et puis il y a le fait que... en fait c'est vrai l'interne c'était un FFI qui parfois... enfin... bah disons qu'il s'exprimait pas de la même manière quoi...

Animateur : et il essayait pas de porter son langage enfin de vulgariser son langage ?

Meredith : bah... euh... bah non pas trop.

Animateur : il parlait médical, il parlait jargon ?

Meredith : non il parlait pas non plus hyper médical, mais c'est vrai qu'il essaye pas non plus, enfin moi je sais qu'il essayait pas non plus de trop comprendre et de trop chercher ce que le patient comprenait. Et donc enfin quand il lui parlait... voilà et puis bon je pense que c'est vrai que parfois quand on utilise des mots, il lui disait les mots, il lui disait pas trop les noms... et je pense que ...

Grégory : et toi tu lui expliquais comment, tu ne faisais que répéter ce que l'interne et le chef disait ou t'essayais quand même de, d'utiliser tes mots ?

Meredith : bah moi j'essayais de bah après le truc c'est que je répétais un peu globalement ce que le chef disait parce que le chef était hyper clair et il avait vraiment vulgarisé le truc donc euh je savais pas comment dire autrement. Parce que déjà pour moi j'avais, quand j'avais entendu le chef lui expliquer, enfin c'était vraiment simple quoi. C'était pas, en fait il utilisait pas du tout des mots médicaux, c'était à base de « caillou » et de, et de « il est coincé dans votre tube » et du coup ça avait pas, donc voilà quoi. Je voyais pas comment... après j'ai essayé mais. Et en fait le truc c'est qu'à chaque fois que moi je, enfin, à chaque fois que je lui parlais il me disait « oui, oui. »

Grégory : tu sais pas s'il te comprenait vraiment ou s'il...

Meredith : bah sur le coup il avait l'air de comprendre. Et après c'est le lendemain et où je revenais et il me disait « et donc l'autre il m'a dit ça » donc euh...

Animateur : mais qu'est-ce qu'il demandait ce malade ? Comment il posait sa question ? Qu'est-ce qu'il voulait savoir ?

Meredith : euh... pourquoi. Il voulait savoir pourquoi il y avait des... enfin en quoi consistait la complication.

Animateur : c'était vraiment ce qu'il voulait savoir ou derrière cette question-là il y avait « laissez-moi sortir » parce que derrière une question il y a toujours une autre question. Si vous avez remarqué, en général. Donc est-ce que c'est ça qu'il voulait vraiment savoir et est-ce que la question c'était pas « est-ce que je vais mourir ou pas ou donc dites-moi plutôt. »

Meredith : en fait ce qu'il me disait à moi, enfin plutôt plus précisément sa question c'était plutôt pourquoi il avait mal. Parce qu'il avait, en fait il avait une surinfection, il avait très mal, ça s'était, au niveau du redon. Et c'était sa question et on lui avait expliqué bon bah voilà on lui donnait des antalgiques enfin tout ce qu'il fallait, enfin donc c'était normal quoi et que c'était lié aux complications et il y avait même eu les, la, les, comment ça s'appelle ? Les médecins qui s'occupent de la douleur. Enfin il y a un service particulier à Beaujon qui fait ça, et ils venaient souvent le voir et enfin et c'est vrai que bah il était toujours « bah j'ai mal, j'ai mal ! » et je lui disais « bah oui mais c'est à cause de l'infection monsieur », et voilà...

Animateur : mais moi malade, je comprends pas, j'ai mal, vous me donnez des antalgiques, ça ne marche pas et vous m'expliquez qu'il y a des cailloux, des infections et des machins, ça m'intéresse pas moi, je voudrais ne plus avoir mal. Alors vous ne répondez pas à ma question !

Meredith : bah après on lui disait que bah, on lui disait que les messieurs de la douleur allaient venir le voir et qu'ils allaient adapter son traitement.

Animateur : et vous en avez parlé avec le monsieur de la douleur ? Vous-même ?

Meredith : non pas moi, non moi c'est à ce moment j'y étais pas. Non parce que généralement ils avaient plein de, ils venaient parfois l'après-midi, parfois le matin et...

Animateur : vous n'avez pas pu les croiser ?

Meredith : non, bah ils ont sûrement parlé avec l'interne et voilà j'avais lu les mots, mais euh le mot dans le cahier c'était « bon bah faut adapter avec un palier deux. »

Animateur : oui mais c'est vous la personne en qui il a confiance, c'est vous la belle demoiselle et si c'est pas vous qui allez dire « vous allez voir avec cet nouvel antalgique ça va aller mieux, vous n'aurez plus mal » ça n'a peut-être pas la même puissance. Vous auriez pu peut-être avoir plus de...

Meredith : bah à ce moment-là moi je me suis sentie vraiment toute seule, parce que enfin quoique je lui dise ça n'avait pas l'air de le rassurer et vraiment et j'essayais je lui disais « mais non mais vous allez voir ça va aller mieux, ne vous inquiétez pas » et vraiment il continuait à dire mais vraiment « non mais j'ai mal », il gémissait et après il, c'était genre « j'en ai marre » et après il y a eu un moment où en fait il ne parlait plus. C'est-à-dire qu'il nous posait même plus de questions, il nous disait même plus ce qu'il n'allait pas, c'est comme quand je posais « alors monsieur comment ça va, vous avez mal ? » c'est il me répondait plus. Il ne me parlait plus, il ne me répondait plus, et je, j'ai essayé de lui dire « bah non » je lui ai dit « mais monsieur » enfin « mais nous on est là pour ça, dites-moi » et vraiment il ne me répondait pas. Donc à partir de ce moment-là bon bah enfin... j'étais un peu au pied du mur quoi je voyais pas ce que enfin...

Animateur : et quand le traitement a été adapté vous avez pu discuter avec lui d'une éventuelle amélioration ?

Meredith : non mais après il est allé en réa donc...

Animateur : ah oui.

Meredith : en fait c'est-à-dire qu'en fait il me parlait plus et en fait son état s'est dégradé, il est parti en réa. Et euh, et après il est revenu dans une autre aile. Et moi je suis, je suis allée dans cette aile-là après, euh, et il allait beaucoup mieux.

Animateur : oh il n'est même pas revenu chez vous ?

Meredith : euh non, après il est revenu dans une autre aile mais après je l'ai pris en charge pas longtemps après et à ce moment-là il se ressouvenait de moi.

Animateur : et il en a reparlé de sa douleur ?

Meredith : non, après ça allait mieux, il reprenait...

Animateur : du tonus ?

Meredith : et il redevenu voilà souriant et...

silence 10 secondes

Animateur : qu'en pensez-vous les autres de cette histoire ?

silence 18 secondes

Allison : moi je pense que de dire « c'est normal d'avoir mal parce qu'il y a une surinfection » peut-être que psychologiquement du coup sa douleur elle diminue pas aussi. Il se dit que c'est normal et donc il souffre et je pense que le seul moyen c'était vraiment de dire « ça y est on vous a donné les antalgiques les plus forts et là ça va être mieux tout de suite maintenant. » Peut-être que psychologiquement...

Robert : je sais pas ce qu'ils lui donnaient comme antalgiques mais tu peux pas donner de la morphine à tous les patients, à un moment t'es obligé de dire que, si tu peux pas avoir de la morphine tu peux pas... Enfin il s'agit pas de dire c'est normal d'avoir mal c'est dur à entendre mais quand t'es externe tu peux pas dire grand-chose de plus.

Allison : oh oui bien sûr mais je parle pour tout le monde, je suis externe là. Je pense que le fait de dire « c'est normal d'avoir mal » pour moi c'est pas normal d'avoir mal. Tu vois ce que je veux dire ?

Robert : bah oui et non, enfin c'est pas normal mais...

Allison : c'est pas quelque chose à dire.

Robert : c'est normal dans le sens où on peut pas y faire grand-chose forcément.

Animateur : bah quand même la douleur est quand même arguée dans tous les services, marquée sur toutes les pancartes. « Service de non douleur »

Robert : bah non s'il y a une contre-indication à la morphine et que la douleur ne passe pas au palier deux... on peut pas...

Animateur : il y avait-il une contre-indication à la morphine ?

Robert : ça m'étonne qu'on n'ait pas mis de la morphine...

Meredith : non...

Allison : c'était écrit « palier deux », c'était l'équipe douleur qui avait écrit « palier deux » c'est ça ? Donc de toute façon c'était les spécialistes...

Meredith : je crois qu'il pouvait, je sais plus pour quelles raisons mais ils pouvaient pas.

Allison : ah il pouvait pas avoir des anti-douleurs plus forts ?

Meredith : non.

Allison : est-ce que ça pouvait être aussi le fait que l'équipe antidouleur ne pouvait pas toujours être avec le patient et qu'ils se rendent pas compte de la douleur, parce que parfois ils disent « ouais c'est du chichi », alors que toi tu l'as vu tout le temps.

Meredith : après mais pour... non mais après pour avoir vu l'équipe de la douleur justement sur plusieurs patients, ils étaient quand même très compétents, enfin moi je les ai trouvés très compétents quoi. Et je pense qu'ils étaient quand même à l'écoute des patients...

Allison : ils pouvaient pas faire plus ?

Lisa : et toi tu lui en as reparlé de son épisode ? De réa et de quand il est rentré ? T'as essayé de voir avec lui ? Comment il avait pris la chose, si ça allait mieux...

Meredith : après moi le problème c'est qu'après comme j'avais changé d'aile et j'ai dû prendre d'autres patients en charge...

Lisa : tu l'as revu t'avais dit ?

Meredith : oui je l'ai juste revu, mais j'étais juste allée lui rendre visite dans la chambre, pour aller voir si ça allait bien.

Lisa : ah d'accord.

Meredith : et euh enfin juste prendre de ses nouvelles et bah vu qu'il allait mieux je me suis dit c'est pas la peine, bah non j'allais pas ressasser son passage en réa. Non j'ai juste demandé si tout allait bien si ça allait mieux « ça va mieux monsieur ? » et il m'a dit « oui, ça va mieux, enfin je suis passé pas loin hein ! » et euh voilà, non non je lui ai pas du tout rappelé cet épisode-là. Bah je me suis dit ça... je ne sais pas non... sur le coup je me suis pas dit que je devais... et puis en soi le problème c'est, enfin c'est difficile à admettre mais il y avait un petit problème de temps aussi quoi moi je passais dans la chambre et je savais que je pouvais pas rester hyper longtemps. Enfin c'est, parce qu'en vrai c'est... enfin c'est difficile en vrai quand on est externe on a l'impression qu'on peut avoir le temps avec tous les patients et tout ça et en vrai quand on est dans un service où j'avais, enfin surtout dans ce service là où bah voilà quand t'es externe t'as quatre-cinq patients et que ils ont tous plein de trucs à faire, il faut faire des vraies observ', faut aller les voir et pas délaisser les autres patients qui sont encore vraiment malades et du coup faut aller voir faut les voir... du coup je sais que je pouvais pas, et en faisant ça on sortait déjà à 14 heures quoi. Donc c'était impossible à... je suis juste allée le voir pour prendre des nouvelles.

Grégory : est-ce que t'aurais discuté avec l'externe qui s'occupait cette fois ci de lui ?

Meredith : ouais mais elle du coup elle a pas eu trop de...

Grégory : non, t'es juste allée le voir ?

Meredith : après le truc c'est que moi je pense que ce qu'il m'a vraiment marquée parce que bah déjà c'était mon premier patient où j'ai fait tout le diagnostic, c'est ma vraie première observation où il y avait que moi qui l'avait faite quoi. Personne d'autre n'était passé avant. C'est moi qui ai fait tout. Et comme bah j'ai eu son bah j'ai eu son premier contact avec lui enfin ce premier contact était hyper, c'était marrant quand il était tellement, il était tellement agréable que, je pense que je savais que elle elle l'avait directement connu dans un mauvais état quoi. Donc je pense que pour elle ça a été moins, ça a peut-être été plus dur dans un autre sens, mais moi ça a été plus avec toute l'évolution...

Grégory : justement toi t'as pas voulu après connaître la suite de l'évolution? Comment ça allait quoi? Même si c'était pas ton patient enfin en parler quand même avec son externe...

Meredith : ah si mais à chaque fois elle me disait que bah que son état s'améliorait quoi. Parce que vraiment une fois qu'il était revenu de réa son état s'améliorait de jour en jour il était sous antibiotiques ça fonctionnait, ça s'améliorait donc voilà il reprenait petit à petit... non non et donc après à chaque fois elle me disait « non non ça va mieux » et puis étant donné que je passais et que je voyais que ça allait mieux... bah je pensais pour moi il y avait rien de plus...

Animateur : et vous faites ça pour tous les patients d'aller les voir malgré le fait qu'ils ne soient plus dans votre aile, sous vos ailes?

Meredith : non, c'était, bah je pense que c'était parce que...

inaudible

Meredith : non c'était même pas parce que c'était le premier mais enfin c'est que c'était mon patient, c'était bah voilà c'était bah je m'en occupais et que enfin et je m'en souciais et que bah là il est passé dans une autre aile et c'est pas parce qu'il passe dans une autre aile que dans ma tête tout s'efface. Pour moi vu qu'il était encore dans le service je pouvais aller le voir c'est pas comme si il était dans le Havre, bon là d'accord mais j'aurais peut-être pas pris des billets mais là il était encore pris en charge dans le service, c'est juste une autre aile, enfin pour moi ça me semblait évident de, enfin que je devais savoir si ça allait mieux ou pas. Et sinon, il y a quand même, il y a toujours ce mystère de se dire est-ce qu'il continue à se dégrader ? Est-ce que ça va mieux ? Est-ce qu'il va mourir ? Parce que oui c'est vrai qu'il y avait, enfin nous à un moment donné on voulait abandonner et lui donner plus qu'un traitement palliatif. Au final non, au final tout allait très bien mais...

Animateur : alors pour le groupe et le magnétophone, j'ai envie de faire une petite intervention en « off » pour dire que votre visage s'éclaire à chaque fois que vous parlez de lui comme votre premier malade qui a été soigné et guéri !

Meredith : ah oui ?

Animateur : ah oui. Vous vous éclairez, dès que vous parlez de réa machin bidule bon les sourcils se froncent et puis dès que vous dites « c'est mon premier malade, c'est moi qui ai fait le diagnostic, il s'en est sorti ! » bah je sais pas, ça vous fait plaisir on dirait, ça vous fait plaisir, vous êtes fière de ça !

Meredith : ah oui ça m'a fait plaisir ! *rires*

Animateur : bah écoutez ça nous fait plaisir aussi !

Meredith : bah non mais en soi enfin c'est une raison pour laquelle on a fait médecine, bon après il y a plus ou moins d'autres motivations. Mais je sais pas ça fait plaisir de voir que je sais pas, que le patient dont on s'occupait, il va mieux, il est sauvé et bah oui quand ça va mal bah c'est moins... ça fait partie du, ça fait partie du truc mais ça fait moins plaisir mais bon après c'est aussi pour ça qu'on est là. Si ça allait tout le temps bien, on ne servirait à rien...

Animateur : ça vous évoque quelque chose ce plaisir qu'elle a eu à soigner, à guérir ?

silence 10 secondes

Animateur : bon ils se sont tous couchés tard hier soir... Je ne sais pas ce qu'il y avait à la télé mais... ils dorment ce matin !

rires

Grégory : bah on est content quand nos patients sortent, qu'on a pris en charge et qu'ils sortent...

Animateur : donc vous comprenez ce qu'elle ressent. Vous comprenez ce qu'elle ressent et vous êtes admiratif ?

Meredith : non mais c'est vrai que c'est pas pareil en fait quand on prend un patient en charge qui a déjà été enfin qui a déjà été vu par quelqu'un avant, c'est vraiment pas pareil. C'est en gros reprendre le boulot de quelqu'un d'autre. Alors que là on crée le dossier... Quand on fait toutes les recherches soi-même, quand on est vraiment obligé d'aller voir le patient parce qu'il y a pas d'autres données sur ce qu'il est en train de, ce qu'il est en train de lui arriver sauf le mot des urgences, bah c'est vraiment pas pareil que quand on prend le dossier qui est épais comme ça, avec toutes les observations depuis à peu près trois ans et que le patient il est là depuis un mois et qu'il est dans un état assez végétatif donc après c'est pas le même attachement. Même si je pense qu'au bout de quelques, un certain temps bah voilà on connaît la gravité de la situation on sait ce qu'il a. Mais c'est vrai que la composante personnelle notamment du caractère du patient ça conditionne vachement la manière dont on va faire, enfin dont on va voir le patient. Et envisager notre relation. C'est vraiment pas pareil je trouve. C'est pour ça je pense que peut-être qu'en réa ça doit pas être... je sais pas... je, moi j'ai jamais été en réa donc ça me fait un peu peur...

Animateur : vous ne voyez pas comment on pourrait s'attacher à un malade comme vous vous y êtes attachée dès le départ.

Meredith : en fait je pense qu'on s'attache plus à sa situation qu'à lui. Après ça doit dépendre des malades en réa, il y a en a qui doivent être hyper, enfin moi on m'a déjà raconté des histoires de patients en réa qui, enfin voilà on sentait qu'ils se battaient, qui étaient pas complètement, enfin qui étaient pas complètement dans le coma et qui voilà et qui pouvaient être très attachants et tout ça mais c'est vrai que, quand on va dans un service de réa et que voilà que les seuls patients qu'on prend en charge ils sont tous dans le coma, enfin, ouais, c'est, c'est... j'arrive pas trop à...

Animateur : mais là vous avez construit une relation dès le départ, avec un nouveau patient qui était attachant, vous vous êtes laissée attachée à lui, vous avez construit quelque chose ensemble puisque c'était réciproque, vous vous êtes liés, c'est ça qui est passionnant dans votre histoire.

Alex : moi je suis pas sûr qu'on ait besoin forcément d'avoir suivi dès le départ, par exemple moi j'ai fait la garde vendredi, et du coup on a tous les patients du service, c'est pas forcément nos patients, on sait que pendant cette nuit ils sont à notre charge et du coup on s'attache à tous parce qu'on est là, on les voit beaucoup plus de fois que quand on est là juste le matin, quand on fait plusieurs tours de garde et forcément on suit beaucoup plus l'évolution et où est ce que ça en est, qu'on l'ait fait ou pas, et du coup on s'attache vachement à eux, même si c'était pas nos patients et j'ai passé beaucoup plus de temps avec les patients des autres externes, tu sais que cette nuit c'est toi qui a...

Animateur : vous avez la responsabilité entière de ce malade-là donc ça vous fait vous y attacher mais dans cette histoire elle a construit quelque chose au fil du temps.

Alex : ouais mais c'est pas la seule manière.

Animateur : oui, oui... souhaitez-vous ajouter quelque chose à cette jolie histoire ?

silence 7 secondes

Animateur : alors en route pour une nouvelle aventure, une autre histoire...

silence 1 minute

Grégory : je peux raconter une histoire, une autre.

Animateur : apparemment si personne n'en a...

Grégory : j'en ai pas trop comme ça qui m'ait marqué...

Animateur : parlez bien fort pour...

Grégory : alors j'en ai pas trop qui m'ait vraiment marqué mais celle-là ouais elle peut être intéressante. C'était une patiente, elle était jeune, enfin relativement jeune elle avait trente ans, elle était diabétique de type 1 depuis très longtemps et en gros c'était un service de médecine interne à Lariboisière et donc elle venait c'était pour un bilan standard, elle avait juste un petit flou au niveau visuel, enfin elle se plaignait pas de grand-chose et en gros elle prenait son diabète assez à la légère quoi, elle venait pas souvent, elle avait pas beaucoup d'hémoglobine glyquée, ça volait un peu n'importe comment quoi, ça dépassait à sept, huit mais elle prenait ça très à la légère, pour elle c'était depuis qu'elle était toute petite et il y avait pas trop de souci et donc en gros je venais la voir, je faisais l'observ' et tout et bon l'interne était un peu débordé et donc il passait juste pour regarder les bilans bio et là il tombe sur le bilan bio avec une créat' qui explose quoi donc elle faisait vraiment une insuffisance rénale et euh là il devait lui annoncer ça. Moi j'étais pas là quand il lui a annoncé, c'était un peu embêtant mais d'après ce que... moi je l'ai revu le lendemain matin à partir de là elle comprenait vraiment que il y avait un souci quoi, c'était pas que le diabète c'était pas juste j'ai un petit flou à l'œil et là elle comprenait qu'il fallait même, c'était à un tel point qu'il fallait envisager une greffe rénale. Donc à partir de là, d'habitude elle était très souriante, elle prenait ça à la légère. Je lui disais « est-ce que vous êtes déjà allée aux urgences pour l'acido-cétose ou autre chose ? » elle me disait « non non c'est pas très grave, j'ai le diabète depuis 25 ans c'est pas... » et là elle commençait vraiment à être un peu plus renfermée en fait, elle parlait pas trop elle, on sentait qu'elle avait eu un choc et ils avaient justement appelé le psychiatre un peu pour voir avec elle. J'ai pas bien suivi mais du coup c'était sûr qu'elle avait eu un choc de vraiment se rendre compte que sa maladie, là vraiment il y avait des grosses conséquences.

Richard : les médecins en lui annonçant ils étaient plutôt moralisateurs « ouais c'est votre faute, vous avez pas suivi votre diabète du coup vous allez avoir ça ! » ou ?

Grégory : pas trop, honnêtement j'étais pas là quand il lui a annoncé, c'était juste l'interne qui lui avait annoncé. C'est pas trop normal, en gros il l'a fait, il lui a dit, il lui a dit cash en fait « c'est le diabète, ça a causé une insuffisance rénale, c'est grave il faut envisager une greffe rénale ». Et elle, elle a dit, d'abord elle a pas très bien compris « bon okay. » C'est pour ça il a cherché, il a vu qu'elle était moins bien il a appelé la psychiatre et tout pour en parler vraiment avec elle quoi. Mais je pense pas qu'il ait, en fait non il a, j'ai un pote qui m'a raconté, il a pas été moralisateur, il a juste expliqué objectivement ce qu'il en était quoi. Il a pas dit « c'est à cause de vous c'est parce que vous

suivez pas très bien » et tout il a dit « c'est une complication du diabète ça arrive et ça vous est arrivé. » Sans forcément lui dire « parce que vous le contrôlez pas très bien. »

Animateur : alors qu'est-ce que vous savez d'elle, de son métier, de sa famille ?

Grégory : son métier et sa famille, alors elle était célibataire... elle était prof, non elle était comédienne je crois, intermittent du spectacle, très souvent sans emploi. Et donc elle était célibataire, elle était comédienne, elle lisait beaucoup, à chaque fois que je la voyais elle avait un tas de livres quoi. Elle était dans une chambre double mais elle parlait pas souvent avec sa voisine. Même avant qu'on lui parle, enfin elle était assez renfermée quoi. Et voilà en fait pour elle depuis qu'elle était petite, elle avait l'habitude, elle avait le diabète, je crois qu'elle faisait, tous les ans, tous les deux ans elle passait dans ce service pour voir s'il y avait pas d'évolution quoi parce que justement c'était, c'était pas très très bien contrôlé ils voulaient vraiment à chaque fois qu'elle revienne faire un bilan complet. Et à chaque fois il y avait pas de souci, et là depuis la dernière fois elle se plaignait juste d'un flou visuel quoi mais pas grand-chose quoi donc elle pensait vraiment elle passe la semaine en HDS et ensuite elle part...

Animateur : et sa famille ?

Grégory : sa famille ? Non elle n'est pas venue la voir, non non elle n'avait pas de famille qui était...

Animateur : à 30 ans on a des parents en général...

Grégory : oui, elle avait des parents mais ils étaient pas...

Animateur : elle semblait un peu isolée, un peu renfermée, un peu solitaire peut-être ? Mais avec un niveau intellectuel suffisant pour comprendre sa maladie...

Grégory : elle avait un niveau intellectuel haut. Elle prenait ça à la légère mais elle comprenait très bien.

Allison : pourquoi à ton avis elle prenait ça à la légère ?

Animateur : j'ai pas entendu.

Allison : pourquoi à ton avis elle prenait ça à la légère ?

Grégory : parce que pour elle c'était la routine quoi, elle avait ça depuis qu'elle était toute petite, et elle comprenait pas, elle comprenait pas vraiment...

Allison : donc c'était pas volontaire c'est juste qu'elle oubliait ou que...

Grégory : je pense qu'elle se rendait pas compte vraiment des conséquences. C'est juste ça, pour elle c'était normal, elle allait tous les deux ans à l'hôpital pour voir si il y avait pas de problème et à chaque fois il n'y avait pas de problème. Bon c'est ça et après entre ces deux ans elle faisait pas forcément attention, elle était pas obèse, elle était pas, enfin il y avait pas de souci niveau alimentaire mais en gros elle contrôlait pas sa glycémie régulièrement, elle faisait les injections d'insuline mais sans plus... c'était la routine mais elle disait « ouais de temps en temps j'en zappe une et je m'inquiète pas plus que ça. »

Allison : elle le disait clairement que...

Chris : comme il y avait jamais eu de problème, elle a dû se dire qu'elle pouvait faire un peu tout ce qu'elle voulait...

Richard : est-ce qu'elle a déjà eu une complication ?

Grégory : avant non. Elle avait pas eu de complications, elle avait pas eu de problème, elle est jamais passée aux urgences. Il y avait pas... Ouais c'était la routine.

Robert : le flou à l'œil c'était quoi alors.

Grégory : bah c'était une rétinopathie aussi en fait. Elle a tout fait, elle a tout fait en fait pendant...

Chris : c'était pour ça qu'elle était à l'hôpital ?

Grégory : non bah en fait elle était même pas là et les médecins n'étaient, enfin c'était écrit nulle part, c'est elle quand je lui demandais, « ah oui c'est vrai que maintenant je vois un peu flou de cet œil », et personne n'avait pris le temps de le voir parce que eux ils sont partis « on va faire TSA, on va faire créât' »

Animateur : elle était suivie en ville ?

Grégory : elle devrait, elle devait être suivie en ville mais elle est pas allée voir son médecin. C'était vraiment enfin elle allait pas voir son médecin.

Animateur : elle avait un médecin traitant qu'elle ne voyait pas ? Donc l'ordonnance était faite pour six mois à l'hôpital ?

Grégory : je pense pas... non mais je pense qu'elle allait le voir quand même pour...

Animateur : pour l'ordonnance ?

Grégory : oui au moins pour l'ordonnance, c'était pas... En gros si elle zappait une consult' c'était pas très très grave...

Richard : et les médecins ils lui avaient bien expliqué les complications qu'elle pouvait y avoir ? Enfin en gros si elle...

Grégory : bah je pense, je pense que quelqu'un a dû lui expliquer rapidement, et elle s'en rendait pas compte vraiment que ça pouvait lui arriver quoi. A chaque fois, je pense quand elle revenait, on lui expliquait « on va faire ça, on va faire ça, on va faire ça » et personne n'a vraiment pris le temps de lui expliquer que ça, ça peut arriver d'un coup. Parce que tout est arrivé... la dernière fois qu'elle est venue il y avait rien et là elle est revenue et...

Animateur : et qu'est-ce qui vous a embarrassé dans cette histoire ?

Grégory : qu'est-ce qui m'a moi embarrassé ? Moi à titre personnel c'est surtout le fait que moi je la trouvais bien et il y avait pas trop de souci même le flou visuel j'en ai parlé à l'interne il m'a dit « okay on va faire un fond d'œil et tout », il y avait pas de souci. C'est vraiment le contraste en gros c'est il regardait sur son ordi, il regarde les bio et « oh bah elle a flingué son rein » et c'est vraiment ça évolue très vite quoi. Moi elle me paraissait bien avant à part le fait d'être renfermée et tout mais je pense que c'était son caractère qui était comme ça. Elle prenait pas ça très très grave, pour moi il y avait pas de souci. Elle revenait pareil juste pour faire ça... et c'est vraiment là on voit en fin de matinée et il y a quelqu'un qui arrive et bah voilà il y a un problème quoi. Même lui il disait, parce que même l'interne est allé la voir il disait « oui c'est pas très contrôlé mais c'est pas trop trop grave. »

Animateur : donc ça a surpris tout le monde ? Alors déjà qu'elle est dans le déni et est presque contagieuse, elle vous met aussi le déni à la clé. Et tout le monde tombe de haut.

Grégory : concrètement dans le service on avait des cas beaucoup plus importants. Donc elle c'était vraiment limite ils étaient parti pour la faire sortir. Enfin dans deux-trois jours quoi. On enchaîne les exams, on voit qu'il y a rien et on la fait sortir.

Robert : elle était hospitalisée pourquoi ? Parce qu'une prise de sang tu peux la faire en ville.

Grégory : il fallait qu'ils fassent écho TSA fallait qu'il fassent un...

Robert : et pourquoi elle devait dormir là ?

Grégory : bah en fait j'avais pas très très bien compris son histoire mais c'est encore un truc d'un médecin qu'elle connaît bien. Elle avait l'habitude de revenir dans le service quoi.

silence 19 secondes

James : et il y a personne dans le passé qui lui a expliqué clairement ce qu'elle risquait ? Parce que j'étais dans le même service et j'avais eu une patiente qui était âgée de 18 ans elle venait pour une acido, une décompensation acido-cétosique et bon le médecin il avait été très

dur il lui avait dit « vous allez flinguer vos reins, on va vous amputer si vous suivez pas votre traitement ! ». Il disait « promenez-vous dans le service vous allez voir les autres patients et vous verrez ce que c'est réellement le diabète. » Et euh.... Il était assez dur.

Animateur : ça a marché ?

James : bon bah elle pleurait et voilà c'était assez dur mais je pense qu'on lui a vraiment expliqué ce qu'elle risquait d'avoir et que c'est pas en disant « bon c'est une maladie de routine » mais c'est quand même c'est pas anodin le diabète.

Grégory : je crois que t'as pas eu un médecin... celui-là je le connais il est vraiment très très cash lui.

Animateur : c'était trop ?

Grégory : non, il était bien. Mais je pense qu'elle a pas eu un vrai médecin, un médecin aussi cash qui lui explique concrètement ce qu'elle risquait.

Animateur : le déni ça existe aussi, on peut raconter ce que vous voulez à des gens qui veulent pas entendre, ils vont pas entendre.

Grégory : c'est vrai que lui il était vraiment...

Animateur : c'était pas possible de pas comprendre c'est ça ?

Allison : en plus si elle aimait lire et tout elle aurait très bien pu faire ses recherches de son côté voir ce que c'était et...

Grégory : tu sais c'est plus une actrice, une comédienne...

Meredith : c'est vrai que lire un roman et lire une revue scientifique...

Grégory : je pense que ça l'intéressait pas.

Animateur : ça c'est curieux ce que vous dites.

Allison : c'est bizarre de pas être intéressé par quelque chose que t'as... je pense que c'était du déni total là !

Robert : ça t'intéresse pas forcément, si tu lis quelque chose sur la grippe tu vas voir que il y a des gens qui vont mourir de la grippe mais si t'as la grippe tu vas pas, tu vas pas te dire je vais mourir. Tu vois que la majorité des gens ils s'en sortent sans problème avec l'insuline et tu t'en contente quoi.

Allison : oui c'est ça, si tu te dis ça va pas m'arriver à moi quoi.

parlent en même temps

Richard : dans la grippe t'as quelques morts alors que dans le diabète t'as forcément des complications quoi.

Animateur : j'ai rien entendu.

Richard : j'ai dit la grippe, c'est possible de mourir ouais alors que le diabète il y a forcément des complications, même bien traité on peut dire....

Robert : même bien traité plus tard à 80 ans pas à 30 ans. A 30 ans, tu fais pas une néphropathie.

Richard : non mais ce que je veux dire c'est que t'as forcément des complications !

Robert : je sais pas.

Richard : la grippe des fois t'es pas obligé de mourir.

Robert : non mais c'est un exemple....

Grégory : je pense ce qu'elle se disait c'est que « j'ai le diabète okay je prends l'insuline, j'ai jamais été hospitalisée, j'ai jamais eu de gros problèmes où je devais aller aux urgences donc tout va bien. » Je pense qu'elle se disait ça surtout.

Animateur : donc comme si cette routine-là était comme un écran qui cachait la vérité. Du moment que, c'est comme les gens qui veulent une radio de poumon quand ils fument pour être sûr que tout va bien. Donc ça fait écran, ils ont leur radio normale donc ils peuvent continuer à fumer ça va.

Grégory : c'est ça quoi, elle venait faire son bilan...

Animateur : et puis il y a un moment donné où la routine fait barrage plutôt.

Allison : tu fais exprès de pas y penser mais tu sais très bien parce que ouais c'est la routine et je pense que c'est du déni quoi. Ne pas y penser et du coup elle se dit ça va aller, ça va aller, je pense qu'elle était au courant.

Grégory : je pense qu'elle était au courant mais comment dire personne ne lui a dit cash. On lui a dit « il peut y avoir des problèmes avec les reins » mais pas « vous allez flinguer votre rein donc va falloir une greffe ! »

Allison : donc pour toi par exemple le médecin ce qu'il a fait c'est ce qu'il faudrait faire pour tous les patients ?

Grégory : pour moi, ouais je pense...

Allison : donc faire pleurer ?

Grégory : sans faire culpabiliser le patient mais lui dire concrètement « voilà ce qui peut se passer, c'est grave. »

James : ça dépend du contexte aussi, sur des personnes jeunes qui ont encore toute la vie devant elles c'est plus bête que sur une personne âgée où il reste moins d'années à vivre...

Grégory : quand t'es jeune justement il faut...

Robert : la limite entre responsabiliser et culpabiliser elle est pas...

Animateur : oui mais « fumer tue » sur les paquets de cigarette je vois bien que ça n'empêche personne d'acheter les paquets. Donc il y a ce qu'il se dit, il y a ce qu'on entend et puis il y a vous qui avez envie d'acheter un paquet de cigarettes quoi.

Robert : mais le diabète c'est pas une addiction enfin.

Allison : bah si tu peux ne pas avoir envie de faire de régime parce que...

Robert : mais enfin pas pour la nourriture mais tu peux rien y faire alors que fumer tu peux, tu peux te dire que... enfin je sais pas...

Allison : oui dans ce cas-là, c'est pas... ça n'empêche pas de faire quelque chose c'est plutôt qu'elle a pas...

Animateur : sauf qu'elle contrôlait pas, elle contrôlait pas ses glycémies donc ça veut dire qu'elle n'adaptait pas son insuline quand même. Pour adapter son traitement par insuline faut quand même bien faire sa glycémie, enfin je sais pas. Dans le temps c'était comme ça. Donc elle ne prenait pas soin d'elle.

Allison : enfin toi tu lui as demandé pourquoi elle, elle n'était pas plus....

Grégory : oui mais elle me répondait « oh bah ça fait longtemps, je suis pas... » Elle me disait « honnêtement je fais pas très très attention »

Animateur : « je suis pas malade, j'ai pas mal, je suis pas malade, je sens rien ! »

Grégory : en gros c'est ça...

Animateur : comme les hypertendus.

Chris : tu penses pas que à l'époque où on lui a annoncé elle aurait préféré à postériori qu'à 18 ans bah on lui annonce de la même façon ce que ça pouvait lui faire le diabète ?

Grégory : qu'on lui annonce avant ?

Chris : ouais voilà si on lui avait fait la même annonce que l'autre patiente. Elle aurait fait attention et elle se serait pas retrouvée avec une néphro et une rétinopathie.

Grégory : je pense qu'elle aurait fait attention mais après rétrospectivement tu pouvais pas dire bah qu'elle aurait pas eu pareil....

Animateur : vous voulez dire que si elle avait fait différemment sa néphropathie aurait pu arriver aussi bien ?

Grégory : oui elle aurait pu arriver aussi.

Chris : mais pas à 30 ans quand même.

Grégory : oui t'as raison, il aurait fallu que quelqu'un lui dise cash quoi. Même là je pense qu'elle aurait pris conscience parce que vraiment quand on lui a annoncé qu'elle avait flingué ses reins donc elle a dit voilà quoi elle avait compris quoi. Bah là il y allait avoir des problèmes.

Allison : t'étais là au moment de l'annonce, ah non t'avais dit que t'étais pas là.

Alex : mais tu disais qu'elle était suivie tous les deux ans ? Comment ça se fait qu'ils avaient pas détecté avant qu'elle prenait pas son traitement et de faire une prévention avant plutôt que d'un coup dire « tu vas avoir des complications. »

Grégory : ils lui avaient prévu des consultations, de voir avec un médecin, de voir avec un diabétologue tous les 3 mois par exemple, faire des hémoglobines glyquées et tout mais elle ne le faisait pas.

Alex : oui mais enfin si tu la revois deux ans après tu sais très bien si elle l'a fait ou non.

Grégory : ça fait trois fois qu'elle revenait tous les ans personne ne s'était, s'était occupé de ça quoi. A chaque fois ils lui redisaient « faut faire, ça faut faire, ça faut faire ça. » A chaque fois elle disait « je fais pas, je fais pas, je fais pas. »

parlent en même temps

Robert : c'est au niveau du médecin de ville aussi. Il y a bien quelqu'un qui lui renouvelait ses ordonnances d'insuline tous les trois mois. Bah oui mais. L'ordonnance d'insuline ça dure pas trois ans, il y a bien quelqu'un entre les deux qui lui filait des ordonnances sans lui demander de prise de sang, sans lui demander si elle prenait sa glycémie.

Animateur : il y a une étude qui a été faite sur le fond d'œil par exemple et quand un médecin dit à sa patiente « n'oubliez pas d'aller chez l'ophtalmo », ça ne sert strictement à rien. Si vous faites une lettre avec « cher confrère je vous adresse madame machin » pour ça et pour ça, là ça commence à marquer il y a une adresse, un téléphone, elle part avec une enveloppe, elle peut la mettre sur la table de nuit 15 jours mais elle va le retrouver son enveloppe alors que « n'oubliez pas d'aller chez l'ophtalmo » ça ne sert à rien. Il y a vraiment eu une thèse qui a été faite là-dessus et donc on peut imaginer que ce médecin généraliste lui renouvelle tous les trois mois l'insuline oublie de lui dire qu'il y a aussi une prise de sang à faire, oublie de lui dire que la glycémie il faut la faire tous les jours.

Robert : il a peut-être fait l'ordonnance pour la prise de sang et...

Grégory : je pense que quelqu'un lui a fait. Je pense c'est pas possible à chaque fois qu'il lui fait une ordonnance pour l'hémoglobine glyquée.

Robert : mais s'il la revoit 3 mois plus tard et qu'il l'a pas les résultats, normalement quand tu vas au labo il te le faxe directement au médecin généraliste. Il la reçoit jamais au bout de 6 ans....

Alex : mais même dans un service de diabète, tu vas regarder si tu as des résultats, t'appelles pour avoir les comptes rendus.

Grégory : nous c'était pas dans un service de diabète.

Richard : peut-être que 3 mois d'insuline ça lui suffisait si elle le suivait pas.

Grégory : Non c'est vrai je pense que c'est ça, elle est allée, elle a eu son traitement elle se disait « bon je prends, je prends pas... là je prends pas » ça lui tenait...

Robert : tout ça pour dire que déni ou pas déni, hôpital ou ville, il y a quelqu'un qui s'est fait chier aussi !

Animateur : il y a aussi un contraste quand même avec cette femme qui aime la littérature qui a un niveau assez élevé pour comprendre sa maladie parce que la littérature c'est une leçon de vie extraordinaire donc je pense qu'on peut apprendre la vie avec la littérature pas seulement avec le Lancet. Donc c'est quand même bizarre. Ce personnage-là est un peu bizarre. Alors on ne sait pas si dans sa famille tous les grands-pères sont mort de diabète dans de conditions atroces ce qui lui aurait fait repousser le problème, ses parents pouvaient être diabétiques aussi, ses sœurs et frères sont peut-être morts dans de conditions épouvantables, je sais pas, elle a quelque chose qui l'empêche de voir sa maladie avec lucidité.

Grégory : sa mère... Elle avait aussi des diabétiques dans sa famille et ça l'inquiétait pas plus que ça.

Animateur : ils avaient pas de complications, à votre avis ils ont pas eu...

Grégory : ce qu'ils avaient eu... je ne sais pas.

Animateur : ça peut expliquer quelques fois....

Grégory : je pense pas qu'elle ait vraiment eu des décès dans sa famille. Je pense qu'ils étaient diabétiques mais je pense qu'il n'y a pas eu vraiment de choc...

Alex : est-ce que tu penses que ça va changer ton comportement quand tu verras d'autres patients diabétiques ? Enfin ta relation avec eux, ton attention ?

Grégory : c'est-à-dire que je sois plus moralisateur tu veux dire ?

Alex : non je sais pas enfin... est-ce que ça va changer quelque chose ?

Grégory : oui bah c'est sur je poserais mieux les questions pour savoir pourquoi tu es pas, pour voir s'il avait un généraliste par exemple, parce que ça je pense que j'avais pas posé vraiment les questions pour savoir combien elle avait, pourquoi, qu'est-ce qu'il lui disait, pourquoi elle avait pas dosé son hémoglobine glyquée et tout. Je pense que je serais plus, plus consciencieux.

Allison : est-ce que tu te permettrais de parler comme le médecin ?

Grégory : cash comme ça ?

Allison : cash.

Grégory : à ce point, tu le connais pas mais...

Allison : non mais tu te permettrais du coup de, puisque pour toi c'est peut-être une bonne solution ?

Grégory : pour moi c'est une bonne solution de faire comme lui mais actuellement je pense pas, même plus tard...

Allison : pourquoi parce que actuellement tu es externe et tu penses que t'as pas le droit de parler comme ça à un patient ?

Grégory : même, je me sens pas le dire.

Allison : parce que si t'es convaincu ça pourrait...

Grégory : parce que lui c'est vraiment il dit « bon ça va pas du tout il y a un risque de couper quoi. »

Animateur : mais quel que soit le malade, quel que soit son âge ? Quelle que soit sa fragilité ?

James : j'en avais une autre qui était avec lui, c'était pendant la visite, on allait voir un patient, et le patient on devait l'amputer, et alors il était dans un autre aile et il y avait le CCA qui s'en occupait aussi de l'autre aile qui était là et t'avais le patient et le patient il voulait pas se faire amputer et le CCA faisait « mais non on peut peut-être envisager une autre solution » il est arrivé directement il a fait « faut couper là » (*en montrant sous le genou*) alors que le patient il disait faut coupe juste les doigts de pieds.

Allison : mais il était sérieux ?

James : oui il était sérieux parce qu'il disait qu'il y avait les problèmes de vaisseaux, il y avait plus de circulation et si on coupait ça allait continuer à pourrir et que ça allait mal cicatriser à terme et qu'on repoussait l'échéance plutôt de couper...

parlent en même temps

James : et alors il a, alors il a dit très clairement parce que le patient il était aussi dans un déni quand on venait lui expliquer il regardait la télé il blaguait, il faisait des blagues aussi donc il lui a dit très clairement. Et la grande crainte du patient c'était qu'il avait un mariage pour son fils dans 3 ou 4 mois et c'était la peur de pas pouvoir y aller, de pas pouvoir aller au mariage. Bon ce chef était assez dur mais il disait

« c'est dommage il y a des patients qui ont été amputés des deux jambes, j'aurais bien voulu vous les montrer pour voir qu'on peut se rétablir également d'une amputation » et finalement il a essayé d'envisager une autre méthode pour voir une méthode de la dernière chance pour voir si ça allait fonctionner sinon on allait amputer directement. Donc il était assez dur mais aussi il écoutait quand même un peu le patient également.

Animateur : donc pour recentrer sur notre cas vous vous êtes senti un peu inutile de pas pouvoir ni lui expliquer ni en être là sans comprendre pourquoi on en était là ?

Grégory : concrètement oui parce que bon...

Animateur : ce qui vous a embarrassé dans ce cas c'est d'être impuissant ?

Grégory : bah ouais moi je débarquais je faisais l'examen il n'y avait rien « oui je vois un petit peu flou » « okay » et on lui annonçait dix minutes après que rien ne va. C'est sûr que...

silence 13 secondes

Animateur : ça vous a fait méditer sur l'impuissance de la médecine générale ou ?

Grégory : peut-être pas à ce point...

Meredith : en fait c'est depuis deux ans qu'elle a une insuffisance rénale ? Ou c'était juste une, enfin ou enfin c'était une dégradation brutale ou ça faisait un moment qu'elle était dans cet état-là ?

Grégory : c'était brutal je pense...

Meredith : et c'était irréversible ?

Grégory : c'était ouais. Ils envisageaient une greffe rénale mais dialyse ou greffe rénale... mais c'était pas pressé pressé mais elle avait carrément un rein qui marchait plus, elle avait une HTA aussi secondaire. Donc tout est venu, tout s'enchaîne.

Meredith : donc du coup ça veut dire que ça fait hyper longtemps qu'elle avait pas de suivi quoi.

Robert : elle a pas dû avoir de chance aussi...

Animateur : pas de chance ?

Robert : pas de chance enfin c'est pas de la chance mais ça aurait pu être évité mais les reins ça finit par se détruire si tu contrôles pas le diabète mais ça se fait pas forcément en deux-trois ans quoi... enfin je sais pas...

Animateur : là on peut pas le savoir parce qu'on n'a pas de créat' avant la nuit des temps donc je pense pas qu'on puisse savoir si ça s'est installé progressivement ou brutalement.

Robert : mais si tu dis qu'elle revenait tous les deux-trois ans à l'hôpital...

Grégory : avant rien.

Animateur : non deux ans avant il y avait rien.

Grégory : deux ans avant, il y avait rien.

Animateur : deux ans avant il y avait rien ça ne veut pas dire qu'un an et demi avant...

silence 15 secondes

Animateur : mais quand même pour revenir à la question qui vous a été posé, ça donne plus envie quand même de faire comme le chef du service et de dire le pire toute suite ou ça vous laisse perplexe quand même cette histoire ? Parce que d'un côté vous voyez quand même une jeune femme en péril parce qu'on lui a peut-être pas dit assez que c'était grave et puis d'un autre côté vous avez quelqu'un qui dit le pire à ses malades indépendamment un peu de qui ils sont.

Grégory : ouais honnêtement ouais, ça serait bien de dire le pire surtout pour les patients jeunes... après il faut, il faut en être capable aussi.

Animateur : faut en être capable ? Mais faut en être capable, mais faut être capable d'entendre ça aussi.

Grégory : oui.

Chris : c'est peut-être pas la peine de dire le pire à tous les patients peut-être ceux qui ont, on a l'impression qu'ils n'en ont rien à battre.

Grégory : ouais c'est ça typiquement, c'est ça les jeunes.

Chris : c'est un jeune, si c'est un jeune si on voit qu'il nous prend au sérieux et qu'on voit qu'il va écouter, ça sert à rien de le traumatiser encore plus. Je pense qu'il faut aviser en fonction du patient quoi.

Animateur : moi j'ai une petite anecdote : quand je me suis installée, le boulanger avait dit qu'il toussait mais que c'est pas le tabac. Mais comme j'étais idiot sùrement jeune, même sa femme disait « mais non c'est pas le tabac, c'est pas le tabac, il tousse mais c'est pas le tabac. » Et il n'y a que quand un chef de service l'a emmené voir toutes les trachéo du service avec les gens qui fumaient avec la trachéo que il a dit « ah bah oui vous aviez peut-être raison ». Mais ça a mis euh dix ans. Ça a mis dix ans avant que ce malade... mais effectivement ça a été la méthode forte et pas la mienne en lui disant « qu'est-ce que vous voulez que ça soit d'autre, vous toussiez à cause du tabac », ça ça ne passait pas du tout avec mon âge, avec mon air de sainte nitouche, là ça ne collait pas, ça n'avait aucun impact sur ce malade. Donc peut-être que tout dépend à la fois de la personnalité du médecin qui dit quelque chose et à la fois de la personnalité du malade qui entend quelque chose.

silence 3 secondes

Animateur : ça veut dire que vous externes quand vous dites « attention ça va mal se passer ! » vous n'avez pas encore l'image qu'il faudrait pour que le malade entende quelque chose.

Lisa : mais c'est vrai que même quand ils, par exemple, fument alors qu'ils ont un cancer, moi j'ai déjà eu plusieurs patients où l'interne leur rappelait que c'est pas bien mais ils s'en fichent totalement. On sait plus quoi dire, c'est vrai qu'on a du mal à savoir quoi faire, on peut pas se permettre non plus d'être moralisateur en étant juste externe mais...

Animateur : non mais si vous dites « c'est pas bien » effectivement il y a la morale qui arrive et c'est bien et mal on est pas sur ce plan là normalement on est pas sur bien ou mal.

Lisa : non non je dis pas forcément comme ça mais je dis plutôt qu'il faudrait penser à arrêter, actuellement, je leur demande s'ils en seraient capables s'ils voudraient de l'aide si voilà mais...

Animateur : mais je crois que maintenant avec l'éducation thérapeutique du patient, il faut commencer par leur demander « que représente la maladie pour vous ? », « comment vous imaginez que ça va être ? » c'est tout un travail d'interrogatoire ou d'anamnèse qui fait qu'on essaye de se représenter ce que le diabète ou le tabac ou la tension veut dire pour le malade. Donc cette patiente de 30 ans peut-être qu'elle a jamais eu en face d'elle quelqu'un qui lui a dit « qu'est-ce que c'est que le diabète pour vous ? Et comment vous vous représentez les choses ? » C'est important que le malade prenne conscience que le diabète pour lui c'est rien, que le diabète pour lui c'est trop grave et il veut même pas y penser et que son grand père est mort de ça et ça l'a beaucoup touché. Il y a toute une épaisseur d'anamnèse à établir avant de pouvoir nous dire « c'est pas bon pour votre santé. » Ça c'est la dernière étape qui ne sert à rien si on n'a pas fait tout le, toute l'étape antérieure. Comment le malade vit ça ? Et bien sur le médecin aussi, le médecin aussi, si le médecin a dans sa famille des diabétiques, ça va pas être la même gravité, ça va pas être la même représentation ni la même identification. Donc tout ça pour dire qu'il y a probablement pas de généralités et que chacun, le chef de service ou vous, vous faites à un moment donné le mieux pour tel

ou tel malade. On peut pas dire tout le monde « menace d'amputation », ou tout le monde, sauf que pour lui ça marchait assez bien puisque, oui pour lui ça fonctionnait assez bien.

silence 28 secondes

Animateur : j'ai un malade aussi à qui on a dit très brutalement qu'il avait un cancer du poumon. Tout ce qui l'intéressait dans la vie c'était son aquarium et ses poissons. Il a vendu ou donné ou jeté ses poissons avec l'aquarium et il est mort trois jours après quoi. Ça l'intéressait plus. On lui avait dit « vous avez un cancer du poumon », il est rentré chez lui et il a fait avec cette information. Je suis pas sûre que... il était tout seul dans la vie encore fois, il avait pas d'enfants pour qui vivre, il s'emmerdait chez lui donc ça a été aussi, ça ça a déclenché, cette phrase « vous avez un cancer du poumon » a déclenché sa fuite définitivement hors de la vie. Donc on ne sait pas non plus combien de malades de votre chef de service s'est jeté par la fenêtre juste après l'annonce. « Je vais être amputé très bien et bien je saute du septième. »

Allison : moi c'est ce que j'ai, c'est ce à quoi j'ai pensé directement quoi. Quelqu'un qui me dit ça en face de moi le seul truc que j'ai envie de faire en voyant les autres sans pieds et tout c'est aller me suicider. C'est dur à dire mais je t'assure que... surtout que comme la personne était seule...

Robert : ça dépend aussi du contexte et de la personnalité du médecin s'il voit ses patients une fois par semaine et qu'il dit ça et qu'il se casse c'est pas pareil que s'il les voit tous les jours et que ça fait partie de sa personnalité qu'il est un peu gros, ça peut être un mec exubérant mais que derrière il explique les choses c'est pas...

parlent en même temps

Animateur : c'est sûr parce que ça s'inscrit dans la profondeur d'une relation qui est déjà établie. C'est pas une parole lancée en l'air... d'où l'importance d'inscrire la parole dans une relation bien établie. D'où l'importance d'établir une bonne relation. D'où l'importance de la formation à la relation thérapeutique. J'ai fini. Quelqu'un veut ajouter quelque chose à ce cas très intéressant ?

silence

Vous vous êtes quand même réveillés petit à petit, encore une heure et dans une heure ça serait génial, ils seraient tous réveillés !

rires

Bon allez on se revoit mardi prochain, d'accord, rallumez vos portables en urgence, et à mardi et emmargez pour ceux qui sont arrivés un peu en retard s'il vous plaît.

Séance 3

Animateur : donc nous allons parler fort. D'une part parce que je suis à moitié sourde et d'autre part parce que Mandy a besoin qu'on parle fort dans le micro ! Qui veut raconter une histoire de relation médecin-malade ?

J'ai oublié de vous dire la dernière fois parce qu'il y a beaucoup de grands-pères et de grands-mères qui sont arrivés parmi nous, et j'ai trouvé que probablement ça vous évoquait peut-être vos grands-pères et vos grands-mères et qu'on a le droit quand même de faire allusion à quelque chose de personnel. Il ne vous sera rien demandé là-dessus mais si vous voulez... bien sûr c'est le moi professionnel qui est en cause et pas le moi personnel mais la dernière fois par exemple moi je me suis évoquée facile vos grands-pères et vos grands-mères donc si ça me vient à l'esprit, ça doit vous venir à l'esprit aussi, donc vous avez le droit de dire quand même ce patient là je l'aime bien mais sans doute ça me rappelle quelqu'un de ma famille ou quelque chose comme ça mais évidemment le groupe ne pose pas de question sur les choses personnelles mais on peut les évoquer. Voilà, c'est à vous.

silence 25 secondes

Richard : moi je veux bien.

Animateur : bravo !

Richard : c'était l'année dernière en réanimation chirurgicale à Bichat. On venait juste d'arriver, j'étais avec George, et on venait juste d'arriver et du coup on s'était réparti, moi j'étais allé avec un D4 pour commencer et on a été voir un patient, c'était un monsieur donc transplanté pulmonaire depuis un mois environ qui a en fait eu des pneumopathies sûrement dues à son exposition au travail du coup on avait décidé de le transplanter des deux poumon... non, d'un poumon et ça faisait déjà un mois qu'il était là et il s'en sortait pas. Son poumon greffé lui permettait pas de respirer correctement donc il était toujours sous ventilation assistée et du coup je vais le voir, le D4 m'explique un peu ce qu'il faut faire, comment examiner un patient transplanté, ce qu'il faut demander. Donc le patient parlait pas, il pouvait juste écrire et il nous regardait juste avec les yeux. Le temps passe du coup, il est toujours là. Parfois ça va mieux on est content, l'équipe lui fait « bravo monsieur ! Continuez les efforts ! » Et malheureusement le lendemain bah ça va moins bien. Il fait moins de temps en ventilation spontanée, du coup on se demande pourquoi, on lui fait des recherches. On voit qu'il s'en sort pas et on voit qu'au fur et à mesure, il se dégrade de plus en plus. Et peut-être deux semaines avant la fin de notre stage qui a duré, je sais pas, deux mois je crois, j'apprends qu'il est décédé en fait. Du coup ça fait un petit choc parce qu'il était déjà là avant que je sois, avant que j'arrive et il est presque resté autant de temps que moi. Et c'était mon premier patient dans le service, et du coup ça fait un petit choc parce que du coup quand on le voyait, il ne parlait qu'avec les yeux et on voyait la tristesse enfin dire « ouais je m'en sors pas quoi, faites quelque chose, j'ai envie de vivre mais j'y arrive pas, pourquoi ? Expliquez-moi ! » On pouvait pas lui expliquer. Enfin moi personnellement je pouvais pas lui expliquer parce que j'en savais rien déjà, et parce qu'en plus quand la famille était là et quand les médecins lui parlaient j'étais pas là c'était l'après-midi.

interruption – porte qui s'ouvre

Richard : mais du coup ça m'a beaucoup touché parce que tout passait par le regard et je trouve que c'est, il avait pas besoin de parler, il suffisait juste de se regarder et du coup ça m'a fait un petit peu de peine quand j'ai appris qu'il était décédé et malgré tous les efforts et les encouragements qu'on pouvait lui faire et les traitements qu'on lui donnait bah du coup ça a pas suffi, et malheureusement on s'est un peu senti impuissants l'équipe et moi. Alors qu'en général, les greffés pulmonaires ils sortent au bout de, je sais pas, trois semaines, il y en a qui sortent au bout d'une semaine sans rien du tout. Enfin tout à fait normal comme avec un poumon neuf en fait. Et lui, malheureusement en fait le poumon qu'on lui avait greffé il était pas terrible non plus, ajouté ça, ajouté au fait des infections à répétitions et dans le service ça a pas arrangé les choses. Du coup il est mort. Voilà.

Animateur : alors quelles sont les questions que vous voudriez poser à notre présentateur ?

Grégory : mais en fait tu l'as suivi dans, quand il était dans le service tout le temps, pendant tout ton stage ?

Richard : ouais il était... *inaudible*

Grégory : *inaudible* ... ou c'était vraiment un D4 ?

Richard : j'étais avec le D4 en général, du coup on a tourné dans le service parce qu'il y avait trois ailes, du coup je m'en suis occupé pendant deux-trois semaines je crois et après c'était pas moi qui m'en occupait, du coup j'essayais de... voir...

Grégory : ...d'avoir des nouvelles ?

Richard : ouais j'allais voir comment ça allait quand je passais dans sa chambre je disais « allez courage monsieur, ça va aller » et tout. Voilà. Après j'ai pas... je n'ai pas pu suivre l'affaire plus que ça parce que je pouvais pas.

Animateur : est-ce qu'on se le représente bien ce patient ?

Lisa : il avait quel âge ?

Richard : il était jeune il avait une cinquantaine d'années, en plus il avait l'air super gentil alors je sais pas si c'est à cause de ses yeux ou pas mais il avait l'air super gentil toujours, même s'il pouvait pas parler il était agréable. Il comprenait ce qu'on, il comprenait pourquoi on lui faisait... des manœuvres de kiné, parfois, on le mettait allongé sur une table enfin debout sur une table accroché pour qu'il reste debout le plus longtemps possible pour pas qu'il passe sa vie au lit. Ça lui faisait mal, ça lui faisait... c'était dur pour lui mais il comprenait et il essayait de faire des efforts. Et ça se voyait dans ses yeux, vraiment ses yeux, c'était, c'était incroyable. Tout passait par ses yeux, c'était fou ! C'était, c'est... on voyait quand il avait mal mais il se battait « ouais je comprends. » Il avait pas besoin de parler ça suffisait en fait. C'était... c'est surtout ça qui m'a marqué en fait...

Animateur : de quelle couleur ?

Richard : ils étaient marrons-noirs. Ouais marrons, noirs ils étaient pas...

Animateur : foncés ?

Richard : ouais ouais c'était pas une couleur... enfin peu commune genre bleu ou vert. Voilà c'était... c'était dur... c'était puissant...

Lisa : donc tu adaptais ton discours en fonction de ses yeux ?

Richard : moi je lui parlais pas beaucoup parce que je savais pas quoi lui dire en fait. Je lui disais juste de s'accrocher, de continuer, mais... c'était surtout les médecins qui lui parlaient... je comprenais pas vraiment ce qu'il lui arrivait du coup j'étais juste là quand les médecins lui parlaient et quand le D4 lui parlait mais sinon moi je disais pas grand-chose. J'étais plus dans l'observation.

Grégory : et le D4 quand il lui parlait, il essayait de rester vraiment questions médicales et essayer enfin de limiter ses réponses ou ?

Richard : non il lui demandait comment ça allait et dès qu'il pouvait le patient il écrivait sur une ardoise et du coup il disait « ouais bon je comprends, je vais essayer d'arranger ça. » Non non franchement l'équipe médicale était vraiment top avec lui très compréhensive en tout cas.

Robert : ça a duré combien de temps ? Toute la durée de ton stage ?

Richard : bah pratiquement ouais, il est décédé peut-être deux semaines avant la fin. Du coup il était déjà là un mois avant. Il était... je suis arrivé quoi mi-janvier et il était opéré... il était arrivé mi-décembre je crois. Il a passé trois mois en réa. Et du coup ouais j'étais un peu triste parce que il a passé les trois derniers mois de sa vie, c'était nul déjà, en plus il les a passé en réa...

Robert : t'as un peu l'impression qu'il s'est battu pour rien ?

Richard : pour rien non... bah je sais pas je sais pas si c'était pour rien. Il essayait de faire ce qu'il pouvait quoi après peut-être pour passer, pour voir sa famille, sa famille passait de temps en temps le voir dans sa chambre et il y avait plein de pancartes « allez papa, vas-y, courage » des trucs comme ça quoi. Je pense qu'il se battait pour eux surtout. Pour lui aussi mais en vrai il a pas réussi. Je pense pas qu'il se soit battu pour rien. Il aura essayé au moins.

Robert : non non c'est pas ça que je voulais dire mais... enfin, je sais pas...

Animateur : oui parce qu'il a parlé d'impuissance tout à l'heure, c'est pour ça que vous disiez...

Robert : oui c'était plutôt est-ce que toi, enfin est-ce que l'équipe médicale elle avait l'impression au bout d'un moment que ça servait plus à rien ?

Richard : ouais non voilà l'équipe médicale à la fin elle se disait « bon ça sert plus à rien. » Enfin ils avaient même décidé d'arrêter je crois les thérapeutiques, de toute façon on arrive à plus rien. Ça sert à rien de s'acharner. Parce qu'il faisait pneumopathie sur pneumopathie, c'était tout le temps des infections, du coup ils se sont dit bon du coup parfois il rentrait en choc, du coup il se sont dit « bon on va arrêter la prochaine fois, on arrête ça sert à rien. »

Robert : t'as expliqué à la famille pourquoi ?

Richard : je sais même pas de quoi il est décédé en fait. Je sais pas de quoi il est décédé particulièrement, je sais juste qu'il est décédé. J'ai pas demandé.

Animateur : et sa famille, c'est qui sa famille ?

Richard : je l'ai jamais vu mais je sais qu'il avait des enfants qui étaient déjà un peu plus âgés et je sais pas si, je sais pas s'il était marié. Mais je crois qu'il avait une femme, je suis pas sûr.

George : si, il avait une femme, j'ai aussi ses patients parce que j'étais dans le même service et on tournait.

Richard : du coup ouais, du coup il avait une femme. Je sais pas à quelle fréquence ils venaient le voir parce qu'on était jamais là.

George : ouais on était jamais là l'après-midi.

Richard : donc on savait pas du tout

Robert : tu les as jamais croisés ?

Richard : non jamais.

Animateur : et c'était pas marqué dans le dossier quand un, quand on fait une observ', on marque pas tous les détails de la famille ? Du métier, tout ça on marque pas ?

Richard : euh... si mais là, marié, des enfants, ça s'arrête là...

George : c'est un peu particulier en réa.

Animateur : on n'a pas le temps ?

Richard : surtout quand le dossier il fait cette épaisseur-là donc si quelqu'un a fait l'observ' avant nous...

George : nous on faisait les examens cliniques et parce que du coup pour communiquer avec le patient, c'était pas facile quoi, enfin on pouvait pas avoir énormément de réponses, on pouvait pas avoir beaucoup de réponses enfin oui/non quoi.

Animateur : mais vous avez accès au dossier ?

Richard : ouais on avait accès au dossier mais du coup j'ai pas regardé aussi s'il était marié.

Animateur : et son métier non plus ?

Richard : non...

Robert : t'avais pas regardé parce que t'y as pas pensé sur le moment ou c'est parce que t'avais juste pas envie de savoir ?

Richard : ah non j'ai juste pas pensé, j'ai jamais pensé à regarder quoi. J'étais avec le D4 du coup c'était lui qui s'en occupait, quand il est parti après c'était moi. Mais sur le coup j'ai pas, j'ai pas pensé à regarder quoi... je... pfff.... Je l'aimais bien...

Animateur : bah oui ça se voit. Mais ne pas penser à regarder alors qu'il vous regarde...

Lisa : normalement c'est des choses que tu regardes chez tes patients ? La famille, le mode de vie ?

Richard : je ne m'y intéresse pas trop en fait...

Lisa : et pourquoi, parce que tu penses que ça n'a aucun rapport avec la décision thérapeutique ?

Richard : ouais ça change rien, que je sache qu'il est marié... ça, ça change la relation qu'on a avec la famille mais... qu'on sache qu'il a une famille si on doit lui parler oui mais le patient qu'on sache qu'il ait une famille pour moi je trouve que ça change pas grand-chose.

Lisa : mais le fait qu'ils sont entourés ou non ça change peut-être comment il vit sa maladie ou comment tu devrais...

Richard : oui dans ce sens-là oui je suis d'accord.

Lisa : s'il est seul et, et en plus malade, justement il a besoin de plus de soutien euh je dis pas forcément plus que l'autre mais...

Richard : ouais enfin, je me suis mal exprimé, enfin qu'il ait une famille oui c'est important qu'il soit entouré, après...

Lisa : les détails ?

Richard : ouais les détails. Bon qu'ils passent le voir c'est important mais après les détails combien il a d'enfants, voir si il a des enfants oui mais combien il en a ou combien de temps il est marié avec sa femme, je sais pas moi je m'y intéresse pas. Je fais jamais attention, je, je fais jamais attention.

Animateur : en parlant de son métier, on ne parle pas de la même façon et on n'explique pas la maladie et on explique pas de la même façon à quelqu'un qui parle pas français ou qui est professeur de philo ou qui est caissière au monoprix. On ne s'adresse pas de la même manière peut-être ? Si ?

Richard : bah.....

Animateur : non mais on a le droit hein de penser oui mais...

Richard : non non mais je suis d'accord on ne s'exprime pas de la même manière. Après...

Robert : c'est bien d'essayer de s'adresser de la même manière à un prof de philo et à une caissière mais après sinon... enfin...

Richard : non je pense que t'expliques pas la même chose.

Robert : non mais pas la même chose mais... enfin essayer d'abord de lui parler, voir comment il répond que... enfin c'est partir sans à priori... enfin évidemment s'il parle pas français c'est quelque chose qu'il faut savoir avant de rentrer dans la chambre...

Animateur : non mais si il est sourd, s'il est muet ? Quelque chose comme ça, vous voyez ?

Robert : ça d'accord mais après le niveau de vie, le niveau d'éducation, au final on s'en rend compte. On s'en rend compte assez vite au final. On parle à quelqu'un, le niveau de compréhension, enfin je sais pas... j'ai l'impression de... quand on voit les mots qu'ils utilisent...

Animateur : et les sources d'intérêt par exemple pour essayer de dégager de la maladie.

Robert : ça ça dépend de la gravité du patient. Je le faisais, je le faisais en pédiatrie mais c'est vrai en réa euh... ses sources d'intérêt... on ne discute pas avec les patients.

George : il y a un contexte particulier de la réa...

Robert : ça dépend vachement du contexte du service.

George : c'est que, si on regardait pas le dossier c'est aussi parce que bah je sais pas on n'avait pas l'habitude, on voyait personne qui regardait vraiment les modes de vie et tout ça, moi vraiment c'était mon stage de D1, voilà quoi. Quand je suis passé dans d'autres services ça n'a rien à voir, on n'aborde pas du tout le patient de la même manière je trouve... c'est un peu... enfin je sais pas moi ça m'a un peu choqué la réa pour ça.

Animateur : mais là le patient il veut transmettre quelque chose, il vous regarde, il est sympa avec toute l'équipe, ça veut dire il ne regarde pas vous seulement, il regarde comme s'il avait quelque chose à dire. Est-ce que connaître sa vie ne pourrait pas quand même l'aider à exprimer, à exprimer ou à écrire. Quand on a la liberté d'écrire quelque chose sur son métier, sur sa femme, sur ses enfants.

Robert : bah ça dépend...

Richard : non mais il demandait beaucoup « comment ça va aller », « est-ce que je vais aller mieux », « oui j'ai mal là ». Il parlait surtout de sa maladie.

Animateur : bah oui mais il demande ce qu'il a l'impression ce à quoi vous pouvez répondre. Il vous parlerait peut-être d'autres choses si vous vouliez parler d'autres choses.

Robert : ça dépend du niveau de préoccupation.

Richard : moi je, je lui parlais pas beaucoup en fait. Parce que je savais pas quoi lui dire et je suivais les médecins qui lui parlaient plus que moi en fait et je venais d'arriver, je connaissais rien.

Animateur : justement, vous êtes à un niveau extraordinaire, vous êtes là vous lui parlez pas, il vous parle pas et pourtant vous l'aimez bien et pourtant vous êtes ému quand il meurt. Donc sans doute qu'il y a un lien entre vous deux. Qui ne passe pas par le langage, donc par où c'est passé ? Par où c'est passé ? Par le regard...

Richard : ouais par le regard...

Animateur : c'est bien qu'il voulait vous dire quelque chose que vous avez compris ? Parce qu'il aurait pu vous regarder, et que vous le regardiez pas et que vous ne soyez pas ému par sa mort.

Richard : s'il voulait me dire quelque chose j'en sais rien mais... non je sais pas.

George : moi je sais que c'était très frustrant de communiquer avec les patients comme ça enfin... j'en ai eu trois-quatre qui étaient à peu près dans le même état et avec lesquels ont arrivait pas à communiquer enfin... je me rappelle lui avoir fait un examen clinique et qu'il est passé après quinze minutes et qu'il essayait de me dire juste « et alors ? » enfin... qu'est-ce que ça apporte cet examen clinique ? Quinze minutes, pour juste dire ça. Donc...

parlent en même temps

Animateur : pardon ?

George : derrière, derrière on n'avait pas de réponse enfin...

Robert : sauf qu'il n'avait pas de réponse derrière. L'examen clinique de l'externe ils servent pas. En réa ils servent pas à grand-chose.

George : juste lui expliquer que c'est un examen de contrôle, de suivi et que bah je suis pas médecin donc je sais pas. Donc je vais en référer à l'interne qui ensuite viendra lui parler. C'est très très frustrant !

Animateur : c'est curieux, ça fait deux fois que vous me dites « je suis pas médecin » ça me choque, vous êtes pas plombier quand même dans ce service !

George : on est pas médecins non plus.

Richard : on est apprenti médecin mais on est pas médecin !

Animateur : vous êtes étudiants en médecine. La médecine a à voir avec vous non ?

Richard : ouais mais tout ce qu'on dit à un patient à un impact enfin...

Animateur : j'espère bien !

Richard : on peut pas dire « j'ai entendu ça, c'est peut-être ça ». Je sais pas j'ai entendu un souffle au cœur, c'est peut-être un souffle d'insuffisance mitrale alors que c'est pas du tout ça en fait. Du coup ça implique qu'on, après si on dit au médecin « j'ai entendu ça je lui ai dit il a une insuffisance mitrale » et que l'interne il va écouter et il dit « t'as dit n'importe quoi ! T'as traumatisé le patient pour rien là ! »

Robert : c'est des trucs qu'on a souvent à dire au patient aussi. J'ai régulièrement ils... nous c'est en aile d'hospit' de cancéro donc ils arrivent pour trois jours et ils viennent avec leur bio qu'ils ont fait la veille dans un labo, c'est moi qui arrive en premier qui va la récupérer et qui la met dans le dossier et tout ça, c'est à moi qu'ils demandent « alors elle est comment ? »... enfin je sais en plus comment elle est, je peux pas, je peux pas leur dire genre « ouais bah vos globules blancs ils sont à la ramasse ! » C'est pas à moi de leur dire je suis obligé de leur dire en revanche « je suis pas le médecin, je suis pas votre médecin quoi. »

George : on a des visions assez superficielle des dossiers dans le sens où on voit ce qui va pas et on sait pas forcément pourquoi et à partir du moment où on n'a pas de conclusion ou au moins un début d'information importante pour le patient à lui donner, enfin on a juste peur de l'affoler quoi, lui, de lui donner, de lui dire que ça va pas.

Robert : et même si on l'a, la conclusion, on le dit pas.

Animateur : il y a deux choses : avoir l'information et après la transmettre ou pas et euh vous êtes bien là pour vous intéresser à pourquoi le poumon greffé marche pas. C'est bien dans votre domaine de savoir pourquoi après je ne sais pas si c'est dans votre domaine d'en parler aux..., ou comment le dire ou comment en parler.

Richard : ouais mais le pourquoi on l'a mais on va pas le dire au patient !

Grégory : on l'a, on a souvent quelques idées mais on va pas le dire au patient « vous avez ça. »

Animateur : oui.

parlent en même temps

Animateur : oui mais je reviens à « je ne suis pas médecin. »

Robert : c'est assez hiérarchisé, il y a les internes et les médecins référents et les externes.

Richard : tu dirais que t'es médecin ?

Robert : non en D2 non mais en D4, en milieu D4 t'es encore externe mais t'as pas le droit de prescrire. Même interne, t'as pas passé ton doctorat mais t'as quand même marqué « docteur » sur ton badge. T'es médecin, enfin la limite elle est floue. Il y a pas un jour où tu deviens médecin !

Animateur : et quand vous dites « je suis pas médecin » ça vous le regrettez ou vous êtes content de vous réfugier derrière en disant « c'est pas moi c'est l'autre ! », qu'est-ce qu'il se passe, qu'est-ce que c'est que c'est formule « je ne suis pas médecin » ?

Robert : c'est « je suis pas encore médecin ! »

Animateur : c'est déjà pas pareil !

Richard : non mais ouais c'est plus je me réfugie un peu derrière, je suis pas médecin, j'ai pas envie de dire de bêtises, après fièrement j'aimerais bien pouvoir dire « ouais je suis médecin, bon bah ça, ça va pas, on va faire peut-être faire ça », j'aimerais bien

Animateur : parce que être médecin c'est ça ?

Richard : non mais j'aimerais bien pouvoir expliquer au patient mais je peux pas parce que j'ai pas encore les connaissances.

Animateur : mais comprendre vous-même ?

Robert : mais ça on comprend, on en parle dans le bureau des internes, en discutant avec les internes mais on le fait pas dans la chambre du patient.

Animateur : mais oui mais j'entends bien mais vous entendez un souffle vous pouvez toujours dire au patient « J'ai entendu quelque chose je sais pas ce que c'est. »

Robert : si on dit à un patient « j'ai entendu quelque chose au cœur mais je sais pas ce que c'est », c'est pas très rassurant !

rires

Robert : moi j'aurais pas envie d'entendre ça *rires*

Animateur : c'est vrai que c'est l'examen donc quand vous faites un examen vous posez le stétho vous écoutez et vous dites « au revoir monsieur » ?

Richard : non, « comment ça va », est-ce qu'il a des douleurs ?

Animateur : oui mais je veux dire l'examen, vous n'en rendez pas compte au patient ?

Robert : ça dépend quoi, si on voit un truc sur la peau qui a l'air bizarre on dit on voit un truc bizarre, on va demander à l'interne de passer parce que c'est pas, c'est moins affolant mais les souffles au cœur et au poumon euh... c'est peut-être les deux trucs qui, qu'on dit pas.

Lisa : on a pas encore l'oreille non plus affutée.

Robert : il y a des trucs qu'on sait mais si j'entends un souffle de rétrécissement, tu l'entends bien et moi ça m'ait arrivé et je l'ai pas dit au patient quoi, enfin j'étais pas sûr et c'était pas à moi de le dire...

Lisa : bah si tu l'entendais bien tu pouvais dire que t'entendais quelque chose vu que là c'était sûr !

Robert : je le sais pas en fait...

Lisa : non mais pas dire ce que c'est mais... je sais pas...

Animateur : c'est un peu ma faute si on a divergé mais revenons, revenons à notre patient. J'avoue. Revenons à notre patient.

Robert : tu l'as appris comment ?

Richard : euh j'ai été un peu pris sur le coup mais après c'est le lot commun de la réa quoi. On va dire c'était le troisième patient dont je m'occupais qui était mort.

Robert : et qui, c'est qui te l'a dit c'est l'interne, c'est le chef ?

Richard : ouais non en fait c'était pendant la visite. C'était la deuxième chambre par laquelle on commençait et du coup j'ai vu que c'était un nouveau patient quoi. J'ai dit « oui il est parti monsieur ? » « Ouais il est parti ouais. »

Animateur : pour de bon ?

Richard : c'est un peu la formule qui m'a... « Ouais il est parti, il est parti où ? » « Il est parti là-haut » et j'ai dit « où là-haut ? »

rires

Richard : bah ouais je pensais que c'était aux étages et tout. « Ah ouais il va mieux ! C'est fou ! » « Il m'a dit « non il est parti là-haut là-haut ! » « D'accord, merde... » Ouais j'étais un peu incrédule, j'étais « waaah ! »

George : un peu le classique de la réa, on partait, on arrivait le lendemain et il y avait un nouveau patient dans la chambre, on fait « ah ? Ok bon... » On l'apprenait un petit peu...

Animateur : il a même pas le temps d'être vide le lit... de mon temps il y avait un petit temps où on voyait que le malade n'était plus là mais il y avait personne dedans, on savait que le lit vide ça voulait dire quelque chose mais là c'est vous avez même pas le temps d'avoir un lit vide.

Lisa : il faut attendre deux heures ou trois heures un truc comme ça je crois.

Animateur : ah bon ?

Robert : c'est le temps de désinfecter la chambre !

rires

Lisa : mais non mais même après une fois qu'ils ont désinfecté. Parce que dans la nuit moi ça m'ait déjà arrivé que ça se vide parce que il y a un décès et après on devait attendre pour prendre le patient suivant, on attendait les deux heures réglementaires je sais pas pourquoi... enfin c'était deux heures ou trois heures je sais plus.

Animateur : le temps qu'il monte au ciel. Alors, il y a un truc qui m'a étonnée aussi c'est que vous dites le poumon il était pas terrible.

Richard : ah non le poumon qu'ils lui ont transplanté il était pourri !

Animateur : comment ça se fait ? Comment ça se peut je veux dire ? Expliquez-nous comment on greffe un poumon pas terrible !

Richard : bah ils ont pris un poumon qui, qui était plein de fibrose aussi, pas... presque pareil que celui qu'il avait. C'est en gros il avait son poumon, il avait ses deux poumons plein de fibrose, ils lui ont retiré le droit je crois et ils lui en ont mis un autre qui était pratiquement pareil que celui qui était pathologique. Et ça... en fait je pense qu'au début il devait être pas trop mal et qu'à force des infections à répétitions il a dû s'aggraver, je sais pas du tout mais c'est vrai que quand je regardais le scanner avec l'exter- avec le D4 et même l'interne, le poumon qu'ils lui ont donné il était pourri quoi ! Ils lui ont donné aucune chance en fait ! Du coup c'est pour ça j'étais peu, aussi...

Robert : mais ils sont malades !

Animateur : ça a participé à votre émotion.

Richard : pour la survie mais bon trois mois en réa quoi ! Et il est mort à la fin... Bon à la fin il connaissait l'équipe par cœur quoi mais il pouvait pas parler, il était tout le temps assisté, je veux dire le mode de vie, autant mourir dans de bonnes conditions quoi.

Animateur : donc c'est pas vraiment que de l'impuissance, c'est de la malveillance

Richard : ouais... bon je sais pas s'ils l'ont fait exprès mais... non je pense pas qu'ils l'ont fait exprès. Ils ont un peu, ouais ils ont déconné sur le poumon.

Robert : ils ont un peu transplanté n'importe quoi.

Richard : c'est pour ça que je me suis dit si je devais me faire transplanter je dirais non je le ferais jamais.

Robert : tu peux tomber sur un poumon dans un meilleur état.

Richard : ouais mais sur toutes les greffes qu'on a eu je crois j'ai vu deux patients s'en sortir. Dont un dont un il s'était fait transplanté il est sorti la semaine d'après. Du coup ça accentue encore plus le « monsieur, là il sort et vous vous êtes encore là, vous êtes pas bien »

Animateur : il y a le sentiment de perte de chance alors pour lui ?

Richard : c'est-à-dire ?

Animateur : bah la médecine ne lui a pas donné toutes ses chances de survie.

Richard : ah je pense ouais.

Animateur : et donc ça vous évoque peut-être un autre sentiment ? La perte de chance c'est pas seulement l'impuissance c'est...

Richard : c'est sur le coup quand j'ai appris que son poumon était quand même pas bien j'étais, enfin je comprenais pas en fait. Pourquoi ils l'ont fait ? Même les médecins ils comprenaient pas, le poumon il est pourri. Alors je sais pas qui s'occupe des transplantations pulmonaires je sais pas si c'est les pneumo et les chir, enfin si sûrement mais je sais pas si il y a une autre spécialité mais là clairement c'était sûr qu'il allait pas s'en sortir quoi.

Robert : c'est fait dans l'urgence aussi...

Richard : hein ?

Robert : c'est fait dans une urgence, t'as un organe qui arrive il le greffe quoi. Ils ont assez peu de temps pour prendre la décision...

Richard : ouais je sais pas.

Robert : je sais pas je pense que ça doit être un peu chiant.

Richard : ouais peut-être, je sais pas du tout. Je sais que les pneumo passaient souvent le voir pour voir comment ça allait progresser mais c'est tout.

Animateur : alors s'il n'y avait pas eu cette histoire de ratage, est-ce que vous seriez aussi ému ?

Richard : oh je pense.

Animateur : par sa mort.

Richard : oh je pense ouais. Parce que bon ça c'était un détail mais enfin c'était quand même un détail qui a son importance. Sur le fait que ouais je sais pas c'est... je lui ai pratiquement pas parlé mais je comprenais en fait. Peut-être que je me projetais, je me disais je comprends, je comprends sa douleur, je comprends sa peine et je compatis en fait. Du coup...

Animateur : finalement la question que vous avez posé tout à l'heure c'est... c'est encore plus d'actualité c'est... tout ça c'était pas la peine. Est-ce que c'est trois mois-là, à partir du moment où le poumon greffé est pourri, qu'est-ce qui valait la peine dans ces trois mois de réa ?

Richard : rien... je pense. Je pense qu'il a... enfin je sais pas, ils ont essayé, les médecins ont essayé de se battre pour voir qu'il pouvait, que ça progressait un peu en dents de scie quoi, du coup ils se sont dit « ah ça veut dire qu'un jour... » Ça a progressé du coup ils espéraient aussi je pense. Parce qu'ils l'aimaient bien le patient. Chaque fois ils lui disaient « allez courage monsieur, allez-y ! Battez-vous ! »

Animateur : moi je trouve que vous êtes pas du tout révolté. Il n'y a rien en vous qui dit « c'est pas juste, c'est dégoûtant ou c'est pas... » Vous dites « j'ai été ému parce qu'il est mort et je l'aimais bien » mais vous dites pas....

Richard : bah non... révolté non parce que je sais que l'équipe médicale s'est bien occupée de lui. Moi j'ai pas à être révolté parce que je sais qu'ils ont été vraiment incroyables avec lui. Et je sais qu'avec sa famille ils ont toujours été très corrects parce que de ce qu'on me disait, de ce que les internes me racontaient ils disaient bon voilà c'est dur mais ils leur expliquaient au maximum. Non révolté je veux dire c'est faute à pas de chance, je pense que... enfin de mon point de vue c'est faute à pas de chance, les chir ont déconné et moi de mon côté il y a rien que je puisse faire, il y a rien que j'ai pu faire...

Robert : peut-être que le médecin de réa après avoir vu le scan trois jours après il avait trouvé que le poumon avait une sale gueule... mais peut-être que le chir.... Le chir a peut-être pris la bonne décision aussi, tu peux pas forcément savoir ni rien... bah on sait pas en fait

George : tu sais pourquoi il avait été transplanté ?

Richard : transplanté ? Ouais parce qu'en fait ses poumons étaient tout fibrosés parce que... alors même ça c'était pas clair... c'était... c'était pneumopathie interstitielle idiopathique alors après ils marquaient exposition au travail, exposition au travail mais j'ai jamais vraiment compris en fait. On savait vraiment pas pourquoi il a été transplanté en fait. On savait que ses poumons étaient plein de fibrose mais on savait pas vraiment pourquoi.

Lisa : et comme c'était une exposition au travail tu t'es pas dit « je vais regarder son métier » ?

Richard : non mais il y avait marqué idiopathique et exposition au travail...

Lisa : oui mais toi tu peux regarder dans le dossier avant ?

Richard : ou alors si j'ai regardé mais j'ai oublié. Je sais plus.

Alex : et tu penses qu'il aurait eu la même survie si on l'avait pas transplanté que si on l'avait transplanté ou tu penses qu'il serait mort trois mois plus tôt enfin au moment où on l'aurait transplanté parce que sinon il a gagné trois mois où il a pu être entouré par sa famille avant de partir, ils ont eu le temps de mettre des pancartes dans sa chambre et ça a servi à quelque chose quand même.

Richard : je sais pas... ouais mais c'est trois mois en réa et puis t'es dans une chambre, il y a trente mille personnes tu te fais réveiller le matin à six heures et demie, tu te fais piquer genre trente-cinq mille bio, t'as un truc pour t'aider à respirer, je veux dire c'est horrible ! Les aspirations, les aspirations pour t'enlever les glaires, je veux dire trois mois en réa ça vaut pas le coup hein. La réa c'est horrible. Je pense pas que ça soit le meilleur mode de vie. Je le souhaite à personne. Ça pour le coup c'est vraiment horrible. Quand on s'en sort pas... c'est... c'est horrible. Toute façon à partir du moment où tu restes deux semaines en réa tu sais que... c'est cuit, enfin... pas cuit mais t'as plus de chance de faire des infections nosocomiales, t'es sûr de faire des infections bactériennes pulmonaires, je veux dire, ouais moi je pense que enfin... pour le coup je pense pas que ça valait le coup. Après est-ce qu'il aurait survécu avec son poumon, ses deux poumons, je sais pas. Je peux pas dire.

silence 29 secondes

Richard : j'ai peut-être pas été le meilleur externe mais j'ai fait ce que je savais quoi. *rires* Non mais j'ai l'impression genre... « Tu t'en foutais un peu en fait » non je l'aimais bien mais je pouvais rien faire !

Animateur : vous n'étiez pas médecin...

Richard : voilà c'est ça je suis pas médecin ! Si j'avais su ouais j'aurais pu aider mais je pouvais pas.

silence 10 secondes

Animateur : alors si vous aviez été médecin, vous auriez fait quoi ?

Richard : alors déjà je lui aurais pas transplanté ce poumon. Et si je n'avais pas transplanté le poumon, soit j'aurais attendu qu'il y en ait un autre, soit je lui aurais, j'aurais mieux accompagné sa fin de vie enfin, peut-être qu'il soit vraiment dans un cadre familial autour de ses proches et pas autour de vingt personnes, un externe différent toutes les deux semaines.

Animateur : à la maison vous voulez dire ou... ou une maison de repos ?

Richard : bah selon les possibilités, je sais pas, je sais pas comment il était avant de venir. Donc selon les possibilités, la maison ça aurait été mieux parce que tout le monde veut mourir à la maison auprès de sa famille. Après est-ce que la famille pouvait, est-ce que la famille voulait surtout. C'est plein de questions qui rentrent en jeu, c'est pas juste sa propre volonté quoi. Je pense que je lui aurais pas transplanté ce poumon. De toute façon, dans toute l'équipe on s'est dit « je lui aurais jamais transplanté ce poumon ». Mais c'est pas les réa qui décident donc euh...

Animateur : donc je sais pas qualifier votre, votre sentiment, parce que c'est pas, effectivement c'est pas de la révolte, c'est pas de la révolte mais quand même à plusieurs reprises vous dites « j'aurais pas fait ça, trois mois en réa ça vaut pas le coup, la réa c'est dégueulasse ! »

Richard : ouais et pourtant j'adore la réa après c'est peut-être un peu bizarre ce que je vais dire mais comme j'ai dit c'était le troisième patient qui mourrait, après c'est que moi hein, mais je veux dire en réa, je m'y suis fait en fait. Je me suis habitué à la mort en fait. Je veux dire lui bon c'était particulier parce que ça faisait vraiment longtemps qu'il était là et puis j'avais de la compassion pour lui après j'avais un autre patient, un patient dont je me suis occupé tout seul, lui est décédé aussi mais j'étais triste aussi mais je me dis « bon bah c'est la vie quoi » je sais pas si, bon je pense pas que ça soit pareil pour tout le monde mais je veux dire, je me suis habitué en fait. Ça m'a pas... ça m'a pas révolté, je me suis dit toute façon il y a bien un moment toute façon le pauvre, il en pouvait plus, il essayait de faire ce qu'il pouvait, peut-être un peu de résignation, je ne sais pas...

Animateur : donc ce malade il vous a appris ça, il vous a appris la résignation pour les suivants ?

Richard : ouais peut-être, ouais je pense. Au bout d'un moment, se battre se battre pour voir que ça progresse pas trop il en a marre et du coup... Il a fait son possible. Il a fait ce qu'il pouvait, et ce que nous on pouvait et ça a pas marché donc...

Animateur : est-ce qu'il y a encore des questions sur ce...

Richard : j'ai l'impression que vous êtes touchée...

Animateur : pardon ?

Richard : j'ai l'impression que vous avez envie de pleurer non ?

Animateur : ah non non non non non je n'ai pas envie de pleurer mais pour moi c'est intéressant ce que vous racontez, c'est très intéressant...

Richard : ça vous choque ?

Animateur : quand je serai médecin je, enfin j'ai entendu voilà, j'ai entendu « quand je serai médecin, je serai résigné » ... j'ai un peu entendu ça voilà.

Lisa : quand on est en réanimation on a l'impression que les docteurs ils mettent une barrière énorme entre eux et les patients, ils sont obligés donc, enfin moi je n'appellerais pas forcément ça de la résignation mais plutôt du détachement, je sais pas.

Animateur : une défense ?

Lisa : oui une défense, pour moi c'est une barrière vraiment moi j'ai vu ça parce que, je, moi n'étant pas du tout comme ça et eux étant vraiment l'inverse de moi j'avais, j'avais du mal à comprendre comment on pouvait avoir la même passion commune à savoir la médecine et je, moi j'ai eu un gros choc avec ces médecins j'ai eu beaucoup de mal en réanimation et j'ai beaucoup appris aussi notamment j'ai très mal vécu mes premiers décès et petit à petit c'est vrai qu'il y a cette barrière qui se forme un peu et on arrive plus à encaisser ça, on se dit bon, bah, bon je le disais pas vraiment comme ça mais je me disais genre un peu plus c'est naturel, c'est une mort, tout n'a pas été parfait, peut-être qu'il y a eu des... enfin je sais pas. Et eux ils étaient encore plus...

Animateur : mais il y a peut-être une différence entre les défenses qui doivent être mises en place parce qu'on doit se protéger, en tant que médecin on doit se protéger, et puis se dire que être médecin c'est être détaché ou être résigné.

Lisa : mais en tant que réanimateur... je sais pas si c'est possible de bien vivre son métier...

Animateur : oui mais est-ce que le réanimateur, même si vous y êtes pendant six mois avec un réanimateur, est-ce que le réanimateur c'est le modèle exclusif du médecin ?

George : mais je pense que, enfin je sais pas quand tu parles de résigné ou quoi, bah c'est pas forcément de la résignation simplement face à un décès mais juste de se dire que la réa c'est quand même quelque chose où on a l'impression que le patient c'est une mécanique quoi. Enfin il est entouré de plein de machines et on trouve même plus ça humain. Enfin moi j'ai trouvé ça horrible, horrible et dans le sens que c'est pas être résigné genre « oh, il est mort » c'est juste se dire que pendant ce temps-là ça serait peut-être terrifiant. Donc il est juste la limitation de la médecine c'est jusqu'où on va pour le bien-être du patient, sa survie ou alors son bien-être. Genre en réa je suis pas sûr que ça soit hyper net quoi.

Robert : la plupart des patients qui arrivent en réa, ça reste des technologies des respirateurs des machins ces trucs, c'est pas qu'ils jouent à dieu mais la plupart des patients devraient être entre guillemets normalement être déjà décédés. Enfin moi je trouve ça bien mais...

Animateur : oui, chacun son boulot quoi, et à un moment donné...

Robert : ouais chacun son boulot, la réa c'est une médecine différente.

Animateur : voilà c'est de machine à machine... vous êtes un mécanicien, vous faites marcher les tuyaux les machins, les trucs.

Robert : la réa c'est des ingénieurs, après on dit qu'ils sont résignés mais ils ont leurs défenses au travail pour être efficaces.

Animateur : absolument.

Robert : on sait pas s'ils dépriment chez eux, enfin on sait pas ce qu'ils deviennent une fois sortis de l'hôpital quoi.

George : on a... la médecine aujourd'hui je trouve qu'elle a énormément dépassé les capacités de base de l'être humain, enfin on fait des opérations quand même extraordinaires ! On transplante des poumons, on transplante des cœurs, c'est incroyable mais j'ai l'impression que c'est la réa qui paye les pots cassés, enfin derrière et qui doit essayer de réparer les...

Animateur : le plus important c'est que vous ayez compris que ce milieu est un peu particulier, un milieu où les défenses sont nécessaires sinon comment couper la jambe à quelqu'un quoi, même la chirurgie d'ailleurs. Les chirurgiens heureusement qu'ils ont pas d'état d'âme et qu'ils se demandent pas s'ils coupent ou s'ils coupent pas parce que pendant ce temps-là ça serait peut-être terrifiant. Donc il est vrai qu'un certain nombre de médecins auquel vous, on est confronté plus tôt au cours de nos études ont des solides défenses et le tout c'est

qu'ils s'en aperçoivent et le tout c'est que nous on sache que dans un service comme celui-là les réanimateurs sont plein de défenses sinon ils pourraient pas faire leur boulot. Donc tant mieux mais c'est pas une raison pour que nous on essaye de les copier parce qu'on sera pas toujours en réa à moins que vous vouliez être réanimateur plus tard et que ça soit votre métier.

Robert : on est tous en D2 donc c'est tous dans, enfin pour ceux qui sont passés en réa, c'est tous dans nos premiers stages. C'est d'autant plus important de se protéger...

Animateur : c'est dommage que ça soit dans les premiers stages. Ça devrait être plus tard dans vos études !

Robert : bah ouais, moi c'était, moi je suis passé en réa chir c'était le stage de sémio P2 une après-midi par semaine donc ça va je pense. On s'attache pas trop aux patients mais on nous balance un peu là-dedans quoi. Sans préparation, enfin sans formation.

Animateur : ouais ça c'est un peu difficile et pour vous vous êtes déjà confrontés au plus difficile.

Robert : ouais, alors nous on a eu un super chef avec James qui était vraiment voilà quoi... du coup on est pas sorti de là, je suis pas sorti de là traumatisé, toi non plus je pense ? Un peu marqué quoi mais quand je rentrais chez moi le mardi aprem', c'est vrai que j'étais... c'était épuisant mais ça va quoi, ça m'a pas dégouté de l'hôpital comme ça a pu le faire chez certaines personnes que je connais. Premier stage de sémio en réa à la fin de l'année...

Animateur : vous diriez vous êtes dégoutés ?

Richard : ah non moi j'ai adoré !

Robert : ah mais moi j'ai bien aimé aussi.

George : moi j'ai détesté, vraiment. Enfin c'est...

Lisa : moi j'ai mis énormément de temps à m'en remettre.... Mais j'ai... ça m'a totalement...

Robert : j'ai vu des gens qui m'ont dit « je pars pas à l'hôpital quoi » parce qu'ils étaient passés qu'en réa. Et il a suffi d'un stage après, il a suffi d'un stage après dans un service plus cool pour que ça va quoi. Parce que on voit que... quand on voit le pire tout de suite.

Animateur : bah oui, comment vous expliquez que on commence par ça ?

Robert : parce que la fac nous répartit sur des terrains de stages.

Animateur : oui mais pourquoi la fac répartit... c'est un petit peu comme les profs de banlieue qui commencent à être prof et qui commencent...

Robert : on a le choix en fait.

Animateur : vous avez le choix ?

parlent en même temps

Lisa : il y a plus de stages en réa donc proportionnellement...

Richard : en D1 on a choisi après, t'as choisi si tu peux choisir. Moi je pouvais pas choisir, je voulais pas réa et au final j'ai adoré mon stage parce que le chef qu'on avait il était incroyable !

Robert : la plupart prennent un stage de réa pour remplir le carnet de gardes, si t'as pas de stage de gynéco ou si t'as pas de stage aux urgences tes vingt-cinq gardes en trois ans à faire, tu vas pas les faire au milieu de ta D4 donc euh...

Lisa : après dans l'absolu la réa ça apprend quand même beaucoup de choses, sur la gravité du patient, enfin c'est hyper important, après moi je sais que je vois pas vraiment mes patients soi-disant graves à part en pneumo-cardiologie, quand on voit quelqu'un, comment c'est être en dyspnée parce qu'on est inquiet alors quand on passe en réa on voit vraiment quand un patient est mal, en choc et qui voilà, on a plus l'habitude. Ça permet quand même, moi j'ai, ça m'aider à faire la différence. Après ça aide pour les autres stages aussi je pense...

Animateur : formateur technique mais pas formateur pédagogique.

Robert : ah si aussi parce que c'est quand même. C'est formateur parce que ça permet de voir une autre vision de la médecine aussi, nous mettre en face de nos limites.

Animateur : oui mais avec ce côté de multi-défenses qui faut apprendre à avoir mais dont il faut se départir aussi. Bon on n'ira pas plus loin sur ce cas, on en fait un autre ?

silence 10 secondes

Lisa : moi j'ai une patiente, l'année dernière en néphrologie, c'est un peu le même début de cas, je sais plus qui avait raconté la semaine dernière, c'était une diabétique de trente ans... je sais plus qui...

Grégory : c'était moi.

Lisa : ah voilà. Euh voilà pareil, une diabétique de trente ans insuffisance rénale terminale, moi je suis arrivée au milieu à peu près, il s'était déjà passé beaucoup de choses. En fait, donc moi je raconte là où je suis arrivée, elle était déjà, elle avait déjà eu une transplantation rénale et pancréatique qui avait échoué à cause d'un événement très rare qui est la nécrose corticale rapide des greffons, elle a été détransplantée à J7 et à J10 de son rein et de son pancréas donc à trente ans...

Richard : transplantation du pancréas ? Excuse-moi j'ai pas compris.

Lisa : ouais, transplantation du pancréas, euh pour les diabétiques on fait souvent la double enfin la bi-greffe en fait puisque comme c'est... autant faire les deux en même temps du même donneur... ça permet aussi de... donc déjà c'est rare d'être insuffisante rénale terminale à cet âge-là mais en plus d'avoir la complication qui arrive jamais enfin, j'avais demandé ils m'ont dit qu'ils avaient jamais vu ça de leur vie les néphrologues enfin donc ça arrive, je sais pas si c'était les anastomoses qui avaient été pas forcément parfaites je sais pas. Donc moi je suis arrivée la patiente était dans un état catastrophique, enfin elle était totalement déprimée. Ça se voyait qu'elle en pouvait plus, en même temps je sais pas comment on peut, je sais pas ça doit être dur de supporter une nouvelle pareille à trente ans. Et donc je la voyais, je savais pas forcément trop quoi lui dire parce que c'était, c'est vrai que c'était injuste ce qui arrivait en vrai mais je pouvais pas lui dire que ça irait forcément mieux parce que après sa double transplantation, en plus après elle a fait, enfin dans ces moments-là elle a perdu énormément de sang donc elle a été transfusée énormément donc ça fait beaucoup d'expositions immunologiques après enfin pour pouvoir accepter une prochaine greffe donc elle était dans un état voilà. Euh et j'essayais un peu de parler d'autres choses avec elle, ou plutôt de lui demander déjà comment elle allait cliniquement, on est resté sur les choses basiques, donc « ça va ? Est-ce que vous avez des douleurs ? » Et j'essayais de, de, de parler avec elle, de rester avec elle quand je sentais qu'elle en avait besoin. En même temps elle me racontait ses histoires de sucre : « oh les infirmières ne veulent pas me donner de sucre alors que j'ai le droit normalement, ma diabétoologue a dit j'ai le droit si après j'adapte mon insuline oh elles sont énervantes » « donc ça oui je comprends, on va voir » et en fait son hémoglobine était très basse et descendait au fil des jours donc elle est passée de huit à six d'hémoglobine. On voulait la transfuser. On voulait le faire en même temps que sa dialyse parce qu'elle a repris sa dialyse forcément et en fait la patiente a refusé pour les risques d'exposition à nouveau, à de nouveaux... aux anticorps de personnes différentes. Euh et moi j'essayais de, petit à petit je montrais que j'avais beaucoup d'intérêt donc finalement on arrivait à pas mal parler avec cette patiente, je sais pas j'avais un bon contact avec elle, je lui demandais si sa famille venait souvent. Elle avait de la famille qui venait la voir, ses parents. Et voilà et euh, j'essaye de faire dans l'ordre chronologique mais il y a eu beaucoup de choses qui se sont passées... Et petit à petit elle allait un peu mieux. J'avais l'impression qu'elle voyait que l'équipe médicale s'occupait d'elle, qu'elle était entourée, sa famille, elle se disait peut-être qu'il y avait une possibilité qu'elle aille mieux. Et je lui demandais si elle avait des questions pour les médecins ou si je pouvais l'aider en enfin pour quelque chose. Après elle m'a parlé de tous les soucis qu'elle pouvait avoir autre que sa maladie principale à savoir l'insuffisance rénale terminale. Elle me disait « ah

bah oui c'est vrai là ça me gratte en bas, faudrait peut-être voir et j'ai un petit truc, une petite plaie en bas aussi faut peut-être voir. Après j'ai des boutons qui sont apparus après un traitement j'ai de l'acné partout, j'aimerais bien qu'on m'enlève ça, enfin j'ai jamais eu ça avant, j'ai envie d'être mieux » et il y avait quoi encore, ah oui elle suait beaucoup la nuit à cause, enfin après des nouveaux traitements et elle voulait qu'on s'occupe de ça donc euh moi j'étais vraiment super contente qu'elle prenne en charge ses problèmes, qu'elle ait un peu un... une envie de vivre quoi. Elle montrait qu'elle voulait régler tous les autres problèmes donc elle était pas que focalisée sur enfin sur son état critique. Et... donc j'étais super contente, je voulais l'aider pour tout, j'ai tout rempli le plus rapidement possible pour voir, je lui ai demandé si elle préférait que ça soit l'interne qui était donc officiellement médecin ou moi qui l'examine pour les problèmes gynéco, comme je suis une fille et que l'interne était un mec elle pouvait avoir une préférence et puis je me sentais à l'aise donc elle a dit que c'était plutôt, elle préférait que ça soit moi. Donc j'ai regardé bon clairement elle avait la vulve rouge et des sécrétions blanches, c'était plutôt, enfin c'était pas très dur et elle avait une petite plaie en bas, je me suis dit ça pouvait peut-être être papilloma, j'ai fait une lettre de recommandation, j'ai écrit à son diabétologue pour ses problèmes d'acné et de sueurs nocturnes. J'essayais de m'occuper de tout j'étais contente, j'ai eu l'impression que ça lui fait plaisir aussi que tout allait mieux. Et on a découvert aussi que le problème c'est que elle avait dans son drain parce que forcément, elle avait plein de drains, elle avait du candida. Donc au niveau de l'abdomen, on savait pas exactement, c'était au niveau des anastomoses mais c'est pas très bon signe une infection fongique donc on l'a mis sous antifongique et euh donc après c'était le weekend. Et je suis rentrée lundi, elle était plus sur le tableau, j'ai demandé à l'interne pourquoi, il m'a dit « elle est partie », « elle est partie où ? » « elle est morte ce weekend », donc il m'a, je voulais comprendre pourquoi et il m'a dit qu'elle a fait une hémorragie interne massive, ils l'ont réanimée pendant une heure mais ça a rien fait et donc j'ai demandé comment c'était possible d'avoir une hémorragie comme ça subite et on a rien vu et il a dit que ça pouvait peut-être dû à l'infection fongique, une sorte d'anévrisme ou d'artérite enfin je sais plus exactement mais qui a fait exploser une artère ou alors peut-être qu'il y avait déjà une fuite d'une anastomose quelque part et ça a pu faire, enfin je sais pas exactement. Enfin lui ne savait pas et c'était assez choquant. Je sais qu'après il y a pas eu de grosse discussion sur ce cas mais j'entendais les infirmières parler dans les couloirs, tout le monde était choqué, celles qui étaient là pour réanimer elles étaient... donc bon.

Animateur : c'était une grosse émotion.

Lisa : ouais.

Animateur : ...Lundi, du lundi.

Lisa : ouais je crois que je me souviendrai d'elle toute ma vie *rires* vous avez... des questions ? *rires*

silence 15 secondes

Robert : ça vous dérange pas... enfin à vous deux ils vous aient dit « ils sont partis » ?

Lisa : non enfin peut-être ils m'ont dit elle est morte, enfin je, le terme m'a pas choquée donc c'était je sais plus quel terme ils ont utilisé mais...

Robert : toi il t'a dit « il est parti » et t'as pas compris...

Richard : non j'avais pas compris sur le coup.

Lisa : je crois c'était « elle est partie » parce que sinon j'aurais pas demandé « où ça » mais...

Animateur : vous vous avez compris tout de suite ou pas ?

Lisa : non non moi, pour moi directement j'ai dit « mais est-ce qu'elle a été transférée en diabéto ou... » moi j'espérais, j'espérais en fait.

Robert : ouais t'as pas compris.

Lisa : forcément j'y pense, c'est une possibilité enfin elle était grave cette patiente après moi son regain de vie, enfin il y a une grosse dissociation entre « partie, partie où ? » et elle qui avait envie de vivre à nouveau, qui était bien, je, je...

James : c'était la première fois que t'étais confronté à la mort de quelqu'un ?

Lisa : pas du tout, non j'étais passée en réa avant mais enfin je sais pas trente ans déjà, après une fille, forcément je m'identifie peut-être plus... et puis je l'avais eu quand même pendant trois semaines je crois et je parlais vraiment pas mal avec elle et je sais que son histoire était tellement horrible que je passais beaucoup plus de temps avec elle qu'avec les autres. Je la voyais regarder des séries, je faisais « alors tu regardes quoi ? » enfin pas « tu » je la vouvoyais pour garder un peu de différence justement, un peu de respect pour qu'elle voit que je suis pas sa copine mais qu'en même temps je m'intéressais à elle. Je disais « alors vous regardez quoi c'est bien ? Vous avez l'air plus souriante aujourd'hui, ça fait plaisir. »

Animateur : c'est pareil sa famille vous la connaissiez pas ?

Lisa : bah non mais elle passait pas si souvent que ça sa famille. Ils habitaient pas dans la région parisienne.

Animateur : c'était ses parents, vous avez dit ses parents ? Elle avait pas d'enfants, elle avait pas de petit-ami ? Elle n'avait pas de copain ? Pas de copine ?

Lisa : non, peut-être mais j'avais l'impression que c'était... elle était au chômage aussi, j'avais l'impression que même avant là cet épisode gravissime qui s'était passé, elle était déjà en insuffisance rénale terminale et un peu désabusée de la vie, un peu...

Animateur : au chômage de quoi ?

Lisa : je sais pas... je crois qu'elle avait été étudiante et après avait essayé des petits boulots et après elle était juste au chômage, donc elle a jamais... mais de toute façon parce que... avec les dialyses trois ou quatre fois par semaine je pense que...

Animateur : elle n'avait pas le temps de s'investir dans un métier.

Lisa : je pense que c'est pas... et puis c'est vrai que je n'ai pas posé tellement de questions sur sa vie passée si là c'était tellement grave l'épisode présent que je, j'ai, je savais ça dans le dossier en fait mais j'ai pas osé non plus lui dire « alors pourquoi vous êtes au chômage ? » je sais pas j'ai pas osé. Mais je sais qu'avant elle était étudiante donc euh...

Animateur : et en quoi ?

Lisa : bah je suis plus sûre... c'était en histoire... enfin ça avait pas l'air de...

Animateur : c'était un peu par hasard qu'elle avait abouti en fac d'histoire ?

Lisa : oui j'avais l'impression que même elle, elle était pas convaincue quand elle me disait... J'essayais de pas la résumer à sa maladie et du coup on parlait d'autres choses mais même elle elle pouvait sûrement que se focaliser sur ça enfin je sais pas, j'aurais eu ça je pense que je penserais qu'à ça tout le temps.

Animateur : ah oui vous vous êtes un peu identifiée ?

Lisa : ouais...

Animateur : comment je ferais, moi, si j'étais malade comme ça, c'est ça ?

Lisa : oui, je fais ça un peu souvent mais là encore plus quoi c'est... une jeune de... trente ans !

Animateur : à cause de l'âge ?

Lisa : bon allez, vos questions ? *rires*

Grégory : quand tu as décidé en fait de poser des questions par exemple pour l'acné et tout c'est toi qui avait décidé ou on t'avait demandé « essaie de... »

Lisa : non c'est moi, je voyais qu'elle allait mieux et je sais pas... je me suis dit que peut-être qu'on pouvait parler d'autres choses...

Grégory : on t'as rien dit vraiment on t'as pas dit...

Lisa : bon l'interne après il savait même pas que.... Enfin c'est moi qui lui ai dit « ah bah en fait, elle m'a dit ça ». Non mais c'est moi qui lui ai posé la question je sais pas, j'ai adapté.

Grégory : t'as dit « on va parler d'autres choses que du rein » et t'as découvert qu'elle avait vraiment autre chose. Moi pareil il y avait un patient qui se plaignait d'une petite boule qui était sûrement une boule de graisse et lui ça le préoccupait vraiment alors que c'était rien et j'en ai parlé à l'interne et l'interne il m'a dit « on s'en fout nous ! Nous c'est le cœur qui nous intéresse, on va pas faire des trucs comme ça ! »

Lisa : ouais c'est vrai.

Animateur : c'est ça qui s'est passé pour son acné et tout ça ou vous avez...

Lisa : oh oui on m'a dit « oh bah tu t'en charges ! » *rires*

Animateur : « on s'en fout, on s'en fout un peu ! »

Lisa : oui, il était bien content que je fasse l'examen gynéco à sa place, ça l'intéressait pas spécialement alors que je trouvais que c'était aussi pour son confort...

Robert : c'est un peu comme ça dans toutes les spécialités je pense...

Animateur : oui mais c'est un petit peu embêtant, c'est quelque chose qui est embêtant pour le patient surtout. Parce que le patient il peut avoir des envies qui le concerne. C'est pas parce que le cardiologue est passionné par son cœur que lui il a envie qu'on ne s'occupe pas de son cor au pied je veux dire.

Robert : après on dirait vraiment qu'ils s'en foutent des autres organes. Ça rejoint ce qu'on disait la première fois, c'est l'interne il a pas le temps quoi, l'interne il faut qu'il fasse son boulot sur le cœur, faut qu'il fasse son boulot sur le rein, il faut pas qu'il se goure là et le reste c'est vrai que ça lui passe au-dessus et c'est pas forcément parce que... c'est peut-être aussi parce qu'il compte sur les externes ou sur le personnel infirmier pour se reporter là-dessus.

Animateur : mais ça fragmente quand même le patient en tranches, il y a la tranche...

Robert : c'est pas comme ça que je vois les choses mais c'est peut-être comme ça que les autres fonctionnent. C'est l'hôpital qui fait ça aussi je pense...

Animateur : mais c'est bien que vous en preniez conscience maintenant.

Robert : ouais c'est bien.

Animateur : comme ça plus tard vous pourrez recoller les tranches pour faire de votre patient quelqu'un qui n'est pas découpé, qui n'est pas découparable.

Grégory : là elle a vraiment parlé de ce qui la gênait elle donc c'est sympa, tout ce qui était acné, tout ce qui était ça gratte et tout. Là c'est ce qui la gênait elle et personne n'avait pris le temps de voir ça...

Lisa : non mais je pense, j'ai l'impression que même elle, elle y avait pas forcément réfléchi, enfin elle y pensait peut-être de temps en temps mais elle pense, enfin elle...

Robert : c'est vrai qu'il y a des fois on peut pas deviner...

Lisa : ouais.

Animateur : comment ça ?

Robert : on peut pas deviner, des fois il y a des trucs qui vont pas mais les patients faut leur demander huit fois avant qu'ils nous disent enfin, vu par le médecin ou vu par l'externe moins mais moi je sais pas mais je me souviens d'exams cliniques où le patient il disait qu'il allait très bien, le médecin passait à la visite ou la chef ou le PH bref le médecin il l'examinait quand même, il faisait son examen clinique, il regardait un peu tout mais souvent il allait pas autant dans les détails et le patient disait tout allait bien, il y avait pas de problème machin mais enfin fallait creuser quoi, faut aller les chercher les infos...

Animateur : absolument ! Il faut aller les chercher les infos. Parce le patient il a un code. Il ne rentre pas chez le médecin en disant « je voudrais une tranche de jambon ». Il sait bien que ça va pas passer ça. Donc il vient avec un message médical. « J'ai mal quelque part »... sinon il est pas admis c'est une espèce de...

Robert : c'est le patient qui a fait le message.

Animateur : c'est le patient qui s'arrange pour que le médecin l'écoute. Donc s'il parle d'autres choses, s'il parle d'histoire par exemple, imaginons que la patiente soit vraiment, qu'elle est passionnée d'histoire, c'était probablement pas le cas mais imaginons qu'elle soit passionnée d'histoire, avant qu'elle n'essaye de parler avec vous d'histoire, il va se passer un peu de temps si vous n'êtes pas à l'écoute de ça. Parce qu'elle va d'abord parler de ce qui vous intéresse ou qu'elle croit que vous intéresse c'est-à-dire des motifs médicaux. Alors déjà elle s'est dégagée du rein pour vous parler un peu de sa vulvite ou de son acné, déjà elle s'autorisait quelque chose d'incroyable, parce qu'elle avait confiance en vous et un peu plus et elle vous aurait peut-être parlé de sa famille ou d'autres choses.

Lisa : après c'est vrai que il y a des moments où elle parlait pas du tout et elle pleurait juste au début donc... C'était pas... J'allais pas lui demander « et la famille ça va comment ? » C'est vrai qu'on se sent assez impuissants face à ça. Comment la rassurer dans un cas grave comme ça ? Moi je, ma seule idée c'était parler d'autres choses. Peut-être qu'il faut aussi parler des problèmes mais j'avais pas de, des éléments... enfin en même temps... peut-être que là si elle était pas morte de l'épisode d'hémorragie, c'est possible qu'elle aurait jamais réussi à être transplantée donc....

Animateur : oui c'était mal barré quoi.

Robert : pareil que pour la réa hein, peut-être en moins pire...

Animateur : pardon ?

Robert : pareil que pour ce qu'on disait tout à l'heure la réa en moins pire mais si tu trouves pas de rein ou que ta transplantation c'est un échec, c'est dialyse trois fois par semaine, bon tu peux être chez toi quand même, c'est pas, c'est pas l'enfer mais ça dure, il y en a ça dure des années...

Alex : ça t'a dégouté de pas être là le jour où elle a fait son hémorragie ou ?

Lisa : je sais pas je me dis que j'aurais jamais supporté de la voir vraiment mourir... je sais pas j'aurais... pété les plombs ! *rires* Non je sais pas j'étais tellement attachée, je sais pas, de la voir mourir comme ça, je sais pas si j'aurais supporté psychologiquement enfin. J'étais genre proche d'elle.

Animateur : vous avez rencontré des gens qui l'ont vu ?

Lisa : oui bah l'interne oui. Oui j'avais envie d'en parler mais, de voir ce qui s'est passé mais j'osais pas enfin...

Animateur : mais qui est-ce qui l'a vu mourir ?

Lisa : l'interne. Mais l'interne avait l'air de justement d'avoir un peu été très touché et j'avais l'impression que quand il en parlait il voulait pas en parler parce que justement il avait déjà été mal tout le weekend donc il voulait pas en parler. Ça l'avait...

Animateur : mais il y avait bien des infirmières ?

Lisa : bah oui les infirmières je les ai entendu parler dans les couloirs, elles étaient toutes en train d'essayer de se parler entre elles mais bon je, bah on se sent pas inclus dans l'équipe infirmière en tant qu'externe...

Robert : ça dépend des services, ça dépend vachement de l'ambiance.

Lisa : oui. Bah je sais pas moi en tout cas je ne me sentais pas de venir et de...

Animateur : quand même d'en parler un peu avec elles ça aurait fait du bien à vous et à elles peut-être aussi.

Lisa : ouais elles, je sentais que c'était parce que justement je voyais très bien elles en parlaient entre elles mais je sais pas enfin... je les connaissais pas toutes parce que moi j'en voyais... enfin ça changeait un peu tous les jours mais apparemment comme elles roulaient, elles l'ont toutes vu plusieurs fois peut-être au final mais moi j'ai pas forcément...

Animateur : on ne sait pas si les parents sont venus en urgence on ne sait pas tout ça, comment ils ont vécu ça ?

Lisa : je pense qu'ils étaient pas là, vraiment c'est pas possible c'est arrivé en pleine nuit donc je pense qu'ils sont venus après voir le corps quoi en général, je sais pas après... Non mais c'est vrai que tout le monde été très touché, et j'ai vu les infirmières qui étaient très mal et qui avaient besoin de parler et qui arrivaient pas à bosser et l'interne qui m'a dit les choses et après enfin je sentais que il voulait pas en parler sinon il arriverait pas à faire son job du jour quoi, enfin il fallait penser à autre chose quoi. C'était pas... mais c'est vrai que j'entendais dire même en réa, ils disaient quand il y a un gros cas, un gros décès après il peut y avoir des concertations, on en parle tous ensemble, mais je trouve ça dommage que ça soit pas fait pour nous, clairement par exemple pour ce cas, toute l'équipe médicale aurait pu se réunir je trouve pour en parler pour comprendre tous les détails et là j'allais pas non plus insister auprès de l'interne, je voyais qu'il allait craquer et péter un câble... *rires*

Animateur : il n'y a pas de psychologue dans le service ?

Lisa : bah en tout cas on nous en parle pas.

Robert : même en réa... enfin moi dans le service où je suis en gastro, c'est la pancréato donc c'est un peu dur pour tout le monde parce que bon, le cancer du pancréas, t'as pas trop trop de chance de t'en sortir mais il y a une psychologue dans le service qui est venue nous voir, qui nous a convoqué entre guillemets en début de stage qui nous a accueilli « bonjour les nouveaux externes ! » pour parler justement des mécanismes de défense des patients, des soignants et qui nous a dit qu'on pouvait venir la voir, que le personnel médical la voyait souvent, donc il y avait pas de souci.

Animateur : et alors ?

Robert : bah rien c'est bien !

Animateur : mais il y a pas de groupe, il y a pas de groupe régulier pour parler des malades ?

Robert : non mais c'est rassurant c'est-à-dire qu'il y a quelqu'un au cas où.

Animateur : vous y êtes allé vous ?

Robert : moi personnellement non. On y est allé au début quand elle nous a fait la séance d'information et qu'elle s'est présentée à nous mais... Pourquoi que dans ce service quoi ? Justement en réa ça devrait être...

Animateur : c'est le service de R ?

Robert : enfin l'ancien service du professeur R.

Animateur : est-ce que vous savez que sa femme est une grande balintienne ?

Robert : c'est une grande quoi ?

Animateur : balintienne. Elle est spécialiste de la relation médecin-malade et elle a inventé les soins palliatifs en France. Les équipes de soins palliatifs mobiles. Elle a écrit 300 bouquins sur...

Robert : non mais on voit, on voit qu'ils sont très impliqués là-dedans aussi. Le service est bien *inaudible* du corps médical...

Animateur : quand même ! Il reste quelque chose, d'accord.

Robert : enfin pourquoi il n'y a pas de psychologues en réa qui disent aux externes, aux internes, enfin tout le monde quoi enfin « je suis là quoi » il y a quelqu'un, il y a un référent à qui parler, enfin.

Animateur : ouais, je crois qu'au Canada c'est obligatoire.

Robert : et puis même dans tous les services en fait.

Richard : il y a un service de psychologie à P7.

Robert : ouais bien sûr mais c'est pas au sein du service quoi.

Richard : non mais je veux dire il y a un service tu peux l'appeler quand tu veux, quand t'as un souci genre...

Animateur : est-ce que c'est su, est-ce que tout le monde sait ça ?

Robert : franchement ça fait 4 ans que je suis à la fac et j'ai jamais su ça quoi ...

Richard : non mais moi je sais parce que il y a eu un accident et on a été convoqué par ça mais, je sais pas il y a un service de psychologie et c'est pour tous les étudiants en fait. Genre à P7....

Robert : moi je trouve y a pas assez d'informations. Moi j'appellerais pas une psy, j'irais pas voir une psy d'une fac parce que je trouve ça, je trouve ça dépersonnalisé quoi. La psy du service elle est là aussi parce qu'elle a vu la patiente. C'est qu'ils ont vu les patients, ils connaissent, ils savent vraiment ce que tu...

Animateur : maintenant c'est différent parce que il y a des groupes de paroles où ce sont les gens du service qui connaissent les patients et on parle des patients ensemble et il y a des groupes de la formation des relations thérapeutiques où justement il vaut mieux pas connaître les patients pour qu'on puisse avoir suffisamment de distance pour bien comprendre qu'est-ce qui vous émeut, je sais pas conjuguer le verbe émouvoir...

Robert : si si c'est ça.

Animateur : ou qui vous bouleverse, ça c'est bien parce que c'est pas difficile. Justement en dehors de répéter avec autres, parce que dans un groupe de parole il y a quelque fois le danger de la hiérarchie. Si il y a le patron et l'interne, l'infirmière et la femme de ménage souvent les gens ne parlent pas à égalité parce qu'ils n'osent pas parler de la même façon alors que dans un groupe où personne ne se connaît c'est plus facile de parler de la relation médecin qu'on a avec son patient. Enfin au moins vous avez senti la nécessité de, de multiplier la parole quand il y a un problème.

Lisa : bah oui moi j'en j'en ai parlé à des amis des trucs comme ça mais... mais c'est vrai que je trouve que ça aurait pu être bien parce que je voyais que même les infirmières elles le faisaient entre elles mais que toute l'équipe le fasse ensemble je trouvais ça encore mieux parce que... Enfin je sais pas l'interne il était aussi, enfin voir plus concerné parce qu'il avait les responsabilités, c'était lui de garde, parce que je pense que c'était vraiment horrible pour lui, et je pense pas qu'il ait pu en parler forcément non plus je pense que lui encore plus, je pense que c'est lui qui a dû dire « on réanime tout de suite » avant même que le chef arrive enfin c'est forcément...

Robert : toi tu trouves que ça t'a apporté quelque chose ou ? Tu regrettes ? Tu trouves que ça t'a apporté quelque chose ou tu regrettes de t'être attachée à cette patiente ?

Lisa : bah non je trouve que c'était bien qu'après elle aille mieux enfin qu'elle parle des autres problèmes et que je m'occupe d'elle et je pense qu'elle, elle était plus contente à la fin, elle arrêta de pleurer et elle avait dans le regard une volonté de vivre. Après je sais pas non, je regrette pas du tout. Je suis contente d'avoir fait partie de sa vie. Mais après c'est... je sais pas c'est... c'était quand même une mort assez soudaine, c'était ça le plus... choquant, je sais pas. Non mais c'est vrai que l'interne, quand j'y pense je me dis mais j'espère qu'il a pu en parler aussi...

Animateur : il a saoulé sa femme toute la soirée avec ça ?

rires

Animateur : vous pensez que ça pourrait exister plus tard dans les services des groupes où on parle des...

Lisa : moi je trouverais ça bien, quand c'est un cas grave, quelqu'un appuie sur un bouton, voilà « réunion demain ! » *rires*

Animateur : et quand vous serez médecins, puisque que vous serez médecins j'imagine, quand vous serez médecins est-ce que vous inventerez ça dans les services, est-ce que vous proposerez ça dans les services où vous irez ?

Lisa : oh bah oui pourquoi pas. Non c'est vrai que c'est, c'est quand même bien !

Animateur : pas seulement pour vous.

Lisa : ouais ouais.

Animateur : trois ou quatre fois vous avez dit « le pauvre interne »...

Lisa : ouais mais j'y pense *rires* j'y pense parce que je me dis ça devait être lourd comme responsabilité, je me mets aussi à sa place j'aurais été là en train de réanimer la patiente que j'ai depuis trois mois et qui commençait à aller mieux et elle est en train de mourir sous mes doigts et je suis en train d'essayer de... je dois faire toutes les décisions, ça doit vraiment pas être évident. Après je pense qu'il était, il était très qualifié pour ça, il était, c'est sûr qu'il a tout fait pour elle, elle était très forte mais... la médecine ne peut pas tout résoudre.

Animateur : bah c'est bien de le dire, bravo, ça c'est bien vrai et le plus tôt on le comprend c'est mieux aussi !

Richard : et du coup c'est de la résignation aussi...

Animateur : non c'est savoir où on est. Parce que même la dialyse trois fois par semaine ça peut même valoir le coup pour celui qui vit qui a envie de vivre. Par contre trois mois de réa pour rien c'est autre chose mais je crois que si on commence par comprendre que on est pas tout puissant et que le but du jeu c'est pas de devenir tout puissant c'est d'essayer de se mettre au diapason du patient que s'il veut vivre on peut l'y aider s'il veut mourir apparemment c'est un autre problème. *rires* M'enfin je veux dire que déjà savoir le patient et ce dont il a envie et besoin, dans quel contexte il est, je crois que ça peut nous aider à prendre des décisions. La décision médicale c'est pas seulement une recette, le iono, la radio et machin, c'est aussi qui est le patient, qu'est-ce qu'il veut, quels sont ses projets à lui. On fera pas la même chose pour un type tout seul qui est clochard et qui veut rien et qui a abandonné la vie depuis 50 ans et puis quelqu'un de 30 ans, non je pense qu'il faut se mettre un peu dans la peau du personnage. On est acteur du film mais il faut quand même comprendre avec qui on joue. D'où l'importance de savoir un petit peu la vie du patient. Non pas pour l'anecdote mais pour prendre des décisions médicales appropriées je dirais. Non ? Oui ?

Tous : oui.

Animateur : il y a des petits oui... il y a des petits oui... bon on a assez eu chaud comme ça, on va aller prendre l'air, par contre on a dit que c'est pas la semaine prochaine ? On a dit que c'était les vacances, on saute deux mardis ?

Séance 4

Animateur : vous avez sûrement des histoires de malades à raconter. Qui commence ?

silence 53 secondes

James : alors c'était, ça s'est passé un dimanche...

Animateur : rappelez-nous votre prénom et où vous êtes parce que j'ai déjà oublié.

James : moi je suis James et je suis en cardiologie à Lariboisière. Et donc ça s'est passé un dimanche et j'étais de garde. C'était... j'avais une patiente et elle était... c'était une petite mamie d'origine portugaise et elle était là parce qu'elle avait fait un infarctus du myocarde et on ne sait pas trop si c'était... et elle avait une colite ischémique aussi. On ne savait pas trop ce qui avait provoqué l'infarctus. Si c'était l'infarctus qui avait provoqué la colite ou l'inverse mais ça voulait dire qu'elle avait un pronostic assez engagé parce qu'elle avait donc ce colon qui était en train de se nécroser et donc fallait l'opérer assez rapidement. Donc alors, donc on va voir la mamie et elle commençait à m'expliquer que bon, elle disait qu'elle voulait plus vivre, elle commençait à pleurer, elle me disait que depuis deux ou trois mois il y avait toute une succession de choses qui s'étaient produites c'est-à-dire qu'elle avait eu un cancer du sein, elle avait eu une nécrose du sternum donc on avait été obligé de creuser le sternum et mettre de la graisse, ils avaient rebouché avec de la graisse tout ça. Et il y avait ça, l'infarctus et la colite ischémique qui se rajoutaient donc je me disais, je trouve c'est un peu touchant parce que c'était, elle m'expliquait qu'elle avait passé toute sa vie à travailler, qu'elle espérait pouvoir, donc pouvoir prendre sa retraite un peu tranquillement et retourner au Portugal vivre avec son mari. Donc on était là, il fallait l'opérer donc c'était assez grave donc il fallait l'opérer. Donc on voit, on voyait, donc on a vu les chirurgiens de gastro, de chir digestive donc qui étaient là. Donc eux ça les gênaient pas du tout d'opérer. Ils disaient que c'était pas du tout une opération lourde, c'était juste l'opérer, ça allait bien se passer. Mais c'est une opération qui dure plus de six heures et ça risquait de saigner beaucoup et il y avait, donc elle risquait de mourir des conséquences de l'opération. Donc on voit les anesthésistes réanimateurs, donc tout le monde est d'accord pour lui présenter les choses. Donc alors, on va voir la patiente, donc... j'étais un peu troublé c'est-à-dire son accord était... bon elle était d'accord pour l'opération mais c'était, elle disait « bon si je dois mourir, c'est le destin. Quoiqu'il arrive si je meurs c'est, c'est la vie. » Voilà je trouve que c'était pas vraiment un accord... et après donc il y avait son mari qui est venu, donc il a fallu un peu convaincre son mari. Au tout début il était totalement réticent. Il voulait pas du tout qu'on l'opère parce que c'était déjà sur les opérations précédentes, elle avait eu de grosses complications. Donc on a essayé d'expliquer un peu quand même que... que si on l'opérait que de toute façon avec la colite si on opérait pas elle risquait de mourir et que si on l'opérait bon il y avait de très grandes chances ça pouvait la sauver mais, mais il avait aussi pas mal, il y avait de très grands risques. Donc au fur et à mesure qu'on lui parlait, on a vu que la position du mari a un peu changé et qu'au début et à la fin il a accepté un peu l'opération et donc à un moment c'était assez moi je trouve c'était un peu beau c'est-à-dire que on a accompagné la femme, sa femme donc au bloc opératoire, et il y avait les adieux du mari, c'était un peu touchant parce qu'on savait pas s'il allait la revoir ou pas après l'opération. Donc elle était partie au bloc donc on a essayé de prendre des nouvelles mais l'opération elle a pris six ou sept heures. Donc je sais pas ce qui est arrivé. J'ai essayé d'avoir sur, d'aller regarder si il y avait des comptes rendus de réanimation, des comptes rendus opératoires mais donc j'ai pas beaucoup vu, j'ai pas su vraiment ce qui était devenu de la patiente. Voilà.

Animateur : ça c'est pas gentil parce que nous on attendait avec impatience de savoir oui ou non elle est sortie de ce bloc...

James : oui...

Animateur : c'était quand alors ?

James : c'était lundi il y a deux ou trois semaines. J'ai regardé...

Animateur : donc votre avis c'est quoi, elle a disparu de la circulation ?

James : moi je sais pas...

Animateur : vous n'avez pas de compte rendu ?

James : j'espère que oui j'espère qu'elle a survécu mais...

Animateur : on peut pas savoir en anapath ou je ne sais pas où ?

James : non faudrait que je demande, oui.

interruption, retardataire *inaudible*

Animateur : j'ai pas entendu.

Allison : je disais si c'est dans le même hôpital, on peut appeler le service pour avoir des nouvelles de la patiente. Ils font souvent ça...

James : oui faudrait que j'essaie...

Animateur : parce que de toute façon elle aurait pas quitté l'hôpital depuis lundi elle serait, elle serait hospitalisée encore, et bien quelque part. Donc en un mot pour les nouveaux venus vous racontez en une seule seconde avec vos mots à vous de qui on parle.

James : donc c'était une patiente portugaise qui était très lourde, qui était hospitalisée pour infarctus du myocarde ça s'était compliqué d'une colite ischémique et donc c'était pendant la garde et il fallait prendre rapidement la décision de savoir s'il fallait opérer ou ne pas la laisser, ne pas l'opérer. Donc si on ne l'opérait pas elle risquait de mourir quoiqu'il advienne. Et l'opération il y avait de très gros risques... de très gros risques qu'elle meure parce ce qu'il fallait, ça allait beaucoup saigner et elle était pas dans un état très... pas en pleine santé donc, donc on était obligé, c'était pendant ma garde. Donc on a été obligé de voir tous les avis des chirurgiens digestifs, des anesthésistes réanimateurs et après un peu convaincre le mari pour laisser, que ça sa femme puisse aller à l'opération, donc elle a été opérée donc voilà. On a un peu suivi l'opération mais ça a duré un peu plus de six ou sept heures et donc pour le moment je ne sais pas trop ce qu'est devenu... si elle a survécu ou pas.

Animateur : alors quand vous dites « on » c'était qui exactement ?

James : bah c'était avec, c'était avec ma chef, ma CCA qui était...

Animateur : donc vous et la CCA.

James : oui.

Animateur : et donc ce qui est important, ce que vous avez dit tout à l'heure et que vous avez pas redit c'était que elle n'était pas encore retraitée.

James : euh si elle commençait, elle...

Animateur : elle commençait sa retraite.

James : elle avait, avec son mari ils avaient consacré toute leur vie à travailler assez dur à mon avis, ils étaient dans l'hôtellerie et qu'elle comptait profiter de sa retraite pour partir au Portugal voilà pour un peu se reposer. Et que dès qu'elle a arrêté son boulot elle a enchaîné toutes les, toutes les, plein de problèmes de maladie. C'est ça que je trouve un peu, c'est triste.

Animateur : ça vous a fait de la peine cette histoire.

James : ouais.

Animateur : les enfants ?

James : il y avait pas d'enfants, il n'y avait pas de famille, ils étaient que mariés.

Animateur : mais ils avaient certainement du bien au Portugal ? Parce que souvent les gens qui travaillent en France de cette génération, ils ont un petit peu mis de côté...

James : bah c'était pour ça que...

Animateur : ils avaient une maison là-bas pour retourner au pays ?

James : oui.

Animateur : et votre chef aussi était touchée ?

James : oui elle était touchée, elle a trouvé ça, elle aussi elle était touchée. Ils étaient mariés depuis 37 ans, un peu les adieux, c'était bon, c'était triste de les voir se quitter et qu'il y avait aussi toute la position du mari au début il voulait pas du tout entendre parler de l'opération il disait « non non je veux pas qu'on opère ma femme » parce que la dernière fois ça s'est très mal passé, elle avait été en réanimation pendant trois ou quatre semaines et il voulait pas ça. Et qu'au fur et à mesure on voyait sa position un peu changer. Puis à la fin il nous a remercié, il nous a serré la main alors que...

Animateur : donc vous avez été suffisamment empathique d'après vous puisque vous avez réussi à...

James : oui, moi je trouve, un moment j'ai essayé un peu de la rassurer mais on peut pas lui dire que ça va bien aller, que tout va aller mieux après...

Animateur : oui mais on ne pouvait pas ne pas l'opérer ?

James : non. Mais après je ne sais pas si elle voulait vraiment l'opération en disant bon « c'est Dieu, c'est Dieu qui veut, c'est le destin, voilà si je dois mourir, je dois mourir. » C'est, enfin je ne sais pas si c'est vraiment un consentement pour l'opération.

Animateur : oui c'est la deuxième chose qui vous a gêné c'est de savoir si on avait vraiment obtenu son consentement ou...

James : oui.

Animateur : oui mais dans le scénario où elle est pas opérée même si Dieu veut la rappeler à elle, qu'est-ce qu'il se passe, elle rentre chez elle et elle meure dans d'atroce souffrance c'est ça l'idée ?

James : oui, assez rapidement oui. Mais après est-ce que avoir, comme on a vu la dernière fois, la réanimation, la mettre, l'opérer et l'envoyer en réanimation pendant quatre ou cinq semaines et avoir le même résultat je ne sais pas si c'est...

Animateur : alors par contre là je fais une petite parenthèse biomédicale tant pis, j'ai pas le droit mais c'est pas grave.

interruption retardataire

Animateur : bonjour prenez un siège je vous en prie. Ma question était est-ce que vous quand vous parlez de nécrose du sternum c'est fréquent ça ?

James : je ne sais pas, mais c'était une ostéonécrose.

Animateur : après... post radiothérapie pour le sein ?

James : bah peut être que c'était une autre complication, quelque chose d'autres qui était arrivé.

inaudible, chuchotent entre eux

James : madame D...

Grégory : c'était arrivé pendant ma garde... je ne savais pas trop ce qu'elle avait. En gros, elle avait certainement fait un infarctus depuis plus de 12h, il y avait un sus décalage, on savait pas trop de quoi elle se plaignait, elle était constipée en fait. Une fois qu'elle avait évacué ses selles ça allait mieux, elle a dormi bien toute la nuit. Et là on découvre que c'était pas...

James : et surtout il se trouve qu'il y avait des avis divergents parce que on avait vu l'endoscopiste qui était passé constater les lésions, il disait bon faut pas l'opérer cette femme, ça servait à rien et que. Bon voilà il y avait quand même, bon c'était pas...

Animateur : ah bon il y avait quand même discussion sur la nécessité de l'intervention ?

James : oui.

Allison : par rapport à son âge ? À ses antécédents ? La gravité ?

James : il y avait son âge, après il y avait bon il y avait aussi la gravité et il y avait aussi des informations bon tout était relatif, on disait qu'elle était un peu démente parce que elle avait un MMS qui était pas très bon mais c'était plutôt à mon avis la barrière de la langue parce qu'elle parlait un peu, elle mélangeait un peu du portugais du français quand elle parlait, je pense qu'elle comprenait très bien aussi donc il y avait beaucoup de choses. C'était basé sur ça, faut dire elle est un peu démente mais en fait elle allait plutôt bien.

Animateur : et ça c'était pas certain, le diagnostic était pas posé, on n'a pas pu faire venir un interprète portugais pour essayer de voir si dans sa langue originelle...

James : non, elle comprenait. Je pense qu'elle comprenait bien parce qu'après elle arrivait à expliquer ce qui lui était arrivé, toutes les opérations précédentes elle expliquait bien.

Animateur : oui mais comme vous dites le test, il manque de finesse quand c'est pas la langue...

James : oui le test oui.

Robert : même si c'est la langue le MMS, on va pas décider là-dessus si on opère ou pas c'est... enfin...

James : c'était pour dire qu'ils pensaient qu'elle était démente juste sur ça, en plus ça avait été fait par des psychologues ça avait pas été fait par les externes.

Animateur : mais elle avait quel âge alors finalement parce que si elle était dans l'hôtellerie elle a pas pris sa retraite à 50 ans.

James : elle devait avoir 70 ans non 64 ans, non elle arrivait dans les...

Grégory : 67 je crois.

James : 67.

Animateur : et vous savez pourquoi ils avaient pas d'enfants ?

James : non.

Animateur : pas eu le temps de savoir ?

silence 12 secondes

Animateur : donc c'est une histoire qui vous a touché, qui vous remué, et puis tout le service était un peu remué aussi. Les infirmières aussi vous dites ? Le chef ?

James : si il y avait les infirmières aussi. Mais je pense aussi c'était, avec le chef on a un peu vu toute la démarche, on a vu les chirurgiens digestifs, les réanimateurs, donc il y avait eu tout... les infirmières elles ont peut-être pas vu tout, toute la mise, toutes les décisions, tout ça...

Animateur : donc il y avait cette peine...

James : et en plus elle pleurait, elle pleurait beaucoup aussi.

Animateur : ah bon ? Et son mari aussi pleurait ?

James : non... je pense qu'il était un peu dans le déni aussi. Il voulait pas voir que l'état de sa femme s'aggravait.

Animateur : mais qui a pris la décision finale alors ? D'opérer ou pas opérer.

James : parce qu'au début on disait non, au début c'était, au début on disait comme on voyait dans le dossier médical qu'elle était démente, on disait il fallait l'accord du mari. On s'est rendu compte qu'elle comprenait parfaitement sa situation donc on lui a laissé le choix. C'est la patiente qui a pris la décision et après on a informé le mari de la décision de la patiente mais c'est la patiente qui a choisi. Mais bon c'est le problème du choix.

Animateur : dieu et elle

James : oui.

Animateur : dieu et elle ont choisi. Enfin quand même qu'est-ce qu'il se serait passé si elle avait pas été opérée ?

James : elle serait morte.

Animateur : oui elle serait morte mais quand ? Comment ?

James : ça aurait été rapide, à mon avis, ça se serait perforé, toutes les selles seraient rentrées...

Animateur : oui enfin c'est douloureux une perforation, on l'aurait sans doute amenée au bloc.

James : oui.

Animateur : pour complication... voilà ça serait. Ça revenait au même non ?

James : oui.

Lisa : et ta chef non plus elle sait pas ce qu'est devenue la patiente ?

James : non j'ai pas, comme on est pas en plus, c'était pas la chef qui est dans le même service que moi. J'ai pas réussi à l'avoir... je demanderai mais... j'ai regardé sur internet s'il y avait des comptes rendus de ça, il y avait rien. Depuis la cardio ça avait pas été mis à jour.

Lisa : c'est vrai que pas de compte rendu depuis un mois c'est pas...

silence 25 secondes

Animateur : petit commentaire ? Petite question ? Qu'est-ce que ça vous évoque tout ça ?

silence 12 secondes

Animateur : c'est la première fois que vous étiez aussi ému ?

James : oui.

Animateur : depuis ça s'est pas...

James : non, j'ai pas, j'ai eu de la chance de pas avoir des situations comme ça. Et aussi là j'ai pu voir la famille un peu plus que généralement, on voit pas tous ces rapports.

Animateur : et vous pensez que justement connaître la famille par exemple, ça aide à la démarche, à la décision médicale ?

James : bah là il a pas vraiment eu son mot à dire le mari mais ça peut aider oui.

Animateur : donc on a bien le contexte.

Allison : et comment vous avez réussi à le faire changer d'avis ?

James : on a quand même expliqué que ça allait, si on faisait vraiment rien elle risquait, elle allait mourir et dans l'opération il y avait très peu de chance qu'elle s'en sorte mais quand même cette chance qu'elle aille mieux... voilà donc... Je pense qu'au début il était totalement dans le déni mais pas, comme il y avait déjà des problèmes auparavant il voulait pas que ça se reproduise. Il voulait que nous on fasse rien mais que ça aille mieux. Qu'on ne touche pas à sa femme mais qu'elle ne meure pas donc... je sais pas... fallait un peu lui faire comprendre.

Animateur : qu'est-ce que vous auriez fait vous, qu'est-ce que...

Allison : pour convaincre le mari ? Pareil, c'était discuter aussi mais enfin je pensais qu'il était déjà au courant au début et donc là tu es en train de me dire qu'il était dans le déni un peu qu'il se rendait pas compte de la gravité.

Animateur : oui parce que la gravité c'est, elle était dans les deux cas qu'on opère ou qu'on n'opère pas.

Allison : elle avait juste plus de chance avec l'opération que sans.

Animateur : et puis surtout, enfin moi je crois que c'est aussi un confort de mourir. Si elle meure pendant l'intervention chirurgicale elle a quand même moins mal que si elle se perfore le colon, je sais pas enfin on m'a jamais demandé si je préférerais mourir d'une perforation ou sur le bloc m'enfin quand même je préférerais mourir au bloc quoi. Si ça a bien été expliqué au mari c'est peut être ça qui l'a convaincu. Si on l'opérait pas, elle allait souffrir.

James : moi je ne suis pas tout à fait d'accord parce que si on meure pas au bloc on peut pas dire quand même qu'on peut pas faire ses adieux, bon il y avait son mari ou sa famille mais c'est un peu brutal...

Robert : moi je suis d'accord.

inaudible, parlent en même temps

James : parce que là on laisse un peu le temps de préparer sa mort. Voilà.

Allison : c'est un peu égoïste, c'est pour la famille pas pour le patient que tu fais ça.

Meredith : ouais c'est plus la famille qui souffre que le patient.

Allison : ouais voilà.

Animateur : c'est plus la famille qui souffre ?

Meredith : parce qu'en fait la patiente à partir du moment où elle meure, techniquement si elle se fait opérer, à partir du moment où elle meure sur la table d'opération, bah elle meure, pour moi c'est plus ça famille qui souffre après en aval quoi.

Allison : c'est ce que je pense aussi.

Meredith : enfin c'est eux qui ont perdu quelqu'un et qui du coup vont souffrir. Elle en soit qu'elle ait fait ses adieux ou pas, de toute manière, enfin je sais pas mais...

Robert : après elle avait une considération religieuse.

Meredith : voilà.

Robert : ils pouvaient t'en vouloir en disant qu'elle a pas eu le temps de dire au revoir à sa famille.

Meredith : oui voilà mais...

Allison : mais justement vous avez laissé le temps pour les adieux ? Enfin pas pour les adieux parce que... avant l'opération tu disais que...

James : oui ils se sont dit au revoir. Après je sais pas si, s'il avait su que c'était la dernière fois je sais pas s'il aurait fait autre chose ou pas.

Robert : je veux dire ils étaient seuls dans la chambre ou ça s'est fait dans le couloir pendant qu'elle partait au bloc ?

James : ça s'est fait un peu sur le couloir quand elle partait au bloc...

Animateur : oui c'est pour ça que vous dites qu'il n'y a pas eu le temps...

Robert : *inaudible*

Animateur : pardon ?

Robert : si il y avait pas le temps, on peut pas prendre le risque de retarder l'opération.

James : non mais ils avaient quand même. Je les ai vu dans le couloir mais après les adieux c'était dans la chambre, ils ont peut-être parlé je pense...

Animateur : donc la question est devenue « qui doit souffrir ? La famille ou le malade » c'est ça ?

Meredith : et après là dans la mesure où, enfin après elle a peut-être une autre famille, sa famille proche, apparemment là c'était son mari.

James : oui.

Meredith : donc euh... enfin je sais pas, après moi je pense quand on a de la famille, enfin par exemple, si elle avait eu des enfants, si elle avait eu un problème aussi grave, ils seraient directement venu la voir avant l'opération et tout ça. En fait c'est pas forcément des adieux mais ils l'auraient quand même vu avant qu'elle meure. Enfin je pense hein. Du coup, elle a, peut-être pas toute sa famille au Portugal mais bon, je pense que quand on est hospitalisé on n'appelle pas non plus toutes les personnes qu'on connaît au cas où on meure quoi.

Animateur : bah si elle avait eu suffisamment d'ennuis médicaux pour que sa famille, si elle avait encore un peu de famille des sœurs et des frères, ils seraient au courant quoi.

Meredith : oui.

Animateur : je crois que vous devriez parler un peu plus fort car moi-même j'ai du mal à vous entendre alors le magnéto lui alors je ne sais pas ce qu'il va devenir.

interruption, retardataire

Animateur : on n'a pas dû bien compter, je ne sais pas qui a fait le compte, Mandy ?

Animateur : bon alors le temps de se dire adieu. C'est ça l'idée.

James : normalement on peut faire ça moins brutalement, ça peut parfois laisser le temps quand même, de parler avec des gens, c'est quand même bon, c'est le préparé à l'après soi, mais de manière si brutale...

Meredith : et puis est-ce que si, enfin par exemple là elle partait pour une opération d'où elle était supposée revenir et pas mourir, est-ce que le fait de faire ses adieux ça conditionne pas, enfin moi je pense que l'esprit avec lequel on part au bloc, enfin si on est positif ou négatif moi je pense que ça peut conditionner certaines choses. Est-ce que finalement ça va pas aussi conditionner la finalité quoi ? C'est-à-dire qu'elle va être, enfin si il se passe quelque chose elle va peut-être moins se battre, enfin je sais pas, j'ai jamais fait, voilà mais...

Animateur : si elle part en disant « à tout à l'heure » c'est meilleur signe pour elle que si elle part en disant « adieu » ?

Meredith : bah peut-être. Enfin c'est juste que elle, elle est beaucoup plus positive et donc ça. Si par exemple il se passe quelque chose de mal qu'elle se batte pour vivre...

Animateur : d'autant plus qu'elle s'est déjà battue pour vivre deux fois.

Meredith : oui voilà.

Animateur : donc elle a une résistance quand même et une volonté de vivre.

James : elle arrivait, elle arrivait quand même au bout du rouleau...

Animateur : oui, oui elle voulait mourir. Elle avait exprimé qu'elle avait envie de mourir.

James : plusieurs fois même.

Lisa : elle le disait comment ?

James : elle disait qu'elle voulait que ça s'arrête, qu'elle voulait plus vivre, voilà. Que c'était... il y avait eu trop de choses et que qu'elle voulait juste profiter un peu de sa retraite mais voilà...

Animateur : et est-ce qu'elle l'avait dit à son mari ça ?

James : ça je pense pas.

Animateur : c'était un secret entre vous ?

James : le mari, non je pense pas qu'elle l'a clairement dit à son mari. Parce que je lui disais « mais il y a votre mari, vous allez le laisser seul, votre mari il est là il vous aime ». Mais elle me disait « non mais il souffre trop aussi en ce moment. »

Animateur : et vous avez aussi envisagé la souffrance des proches...

James : oui.

Animateur : si on reprend le scénario depuis le départ, là c'est le coup je sais pas s'il y a le temps des adieux, la perforation, salle d'op, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. Et là il y a peut-être encore moins possibilité de dire au revoir.

James : ouais.

silence 26 secondes

Animateur : bon faut que nous disiez si elle est sortie du bloc ou pas hein ! Ça c'est pas possible, le suspens est trop... trop important. Essayez de savoir si elle est pas à la morgue ou chez elle. Qu'est-ce que ça vous a appris sur vous cette histoire ? Sur votre vous professionnel ?

James : moi je pense que, comme en plus on avait commencé les séances, j'ai essayé un peu plus de la réconforter. Je lui ai tenu la main tout ça, je pense que j'aurais pas fait ça un peu plus de manière spontanée avant. Mais après je trouve qu'on est un peu impuissant et qu'on peut lui dire que ça va bien aller mais que c'est un peu faux parce qu'on sait très bien que c'est grave. C'est une manière un peu de la rassurer mais je trouve moi c'est pas très sincère...

Animateur : alors vous vous êtes trouvé des capacités empathiques ?

James : oui mais après je trouve c'est toujours un peu...

Animateur : mais est-ce que vous avez menti ? Est-ce que pour autant vous lui avez dit que ça allait être génial après ?

James : non mais...

Animateur : vous ne lui avez jamais dit ça ?

James : non.

Animateur : vous avez dit « on va essayer que tout aille bien », ce qui est vrai !

James : oui.

Animateur : on essaye que tout aille bien. Le verbe « essayer » déjà ça met un petit dièse à la portée. Donc vous n'êtes pas encore tout à fait à l'aise dans cette capacité de réassurance mais vous l'avez bien faite pourtant !

James : j'ai essayé oui.

Animateur : vous aussi vous avez essayé *rires*. La médecine n'étant pas une science exacte, on est plutôt dans les essais. Dans les transformations..... Bon est-ce que quelqu'un veut ajouter quelque chose à ce cas ? Ou est-ce que vous voulez passer à un cas, une histoire autre ?

silence 26 secondes

Lisa : moi juste je trouve que ça montre bien l'importance de la famille aussi dans ces choix à elle, elle disait il va souffrir. *inaudible* c'est vrai que c'est important pour la famille. Et là de chercher à ce que le mari comprenne avant d'aller en salle d'opération, il y a certains médecins qui expliquent à peine à la famille « bah il faut faire l'opération, voilà, on y va » et enfin... je trouve que ça illustre bien ça aussi.

Animateur : oui et ce que les médecins qui décident soient bien pénétrés de ce contexte là et que ça soit pas, l'un puis l'autre.

Lisa : peut-être les médecins qui font ça c'est pas par méchanceté ou qu'ils s'en fichent de la famille c'est peut-être juste qu'ils ont pas forcément réalisé à quel point il y avait une histoire importante derrière, une relation forte qui fallait prendre forcément en compte, et que peut-être que dans le feu de l'action ils y pensent, pas ou on n'y pense pas. Il faut y penser.

Animateur : si on prend la décision médicale nécessite qu'on ait un contexte pour vraiment bien décider et que les responsables soient bien pénétrés du « oui on l'opère, non on l'opère pas » et qu'il y ait pas seulement des détails mécaniques, ou biomédicaux sans test... je me demande si vos pieds devant le micro c'est pas, voilà. Non ? Je sais pas...

Chris : je pense pas mais bon...

Animateur : ah bon, bon... Je ne suis pas technicienne mais... alors, un autre cas donc ! ...yes !

Robert : moi j'en ai un donc, je suis Robert je suis en pancréato à Beaujon. Il y avait un monsieur en hôpital de semaine...

Animateur : parlez bien fort !

Robert : on est en hôpital de semaine donc c'est pas mal de chimiothérapie, de ponctions, des gens qui viennent pour une nuit, deux nuits, rarement plus, qui ferme donc le weekend. Et c'est aussi pas mal là que viennent les patients en pré et post endoscopie, coloscopie enfin tous les examens invasifs qu'ils font dans le service, en plus des chimiothérapies donc il y a pas mal de passage. Et donc on a un emploi du temps assez... Bah voilà il y a des jours où il y a les endoscopistes qui sont là, il y a des jours où on fait rentrer les chimio le lundi, le mercredi et il y a des jours où on fait les ponctions, après s'il y a un petit manque de liberté, évidemment on s'ajuste. Enfin bref tout ça pour dire que on avait ce monsieur qui avait une tumeur au pancréas qui avait fait 4-5 séances de chimio je crois, une fois toutes les deux semaines, donc ça faisait 3 mois du diagnostic on va dire et qui avait aussi une prothèse biliaire donc ça ça arrive souvent quand la tumeur compresse les voies biliaires, on leur met une prothèse en plastique métallique pour drainer et ça arrive souvent que ça se bouche et dans ce cas-là on a, enfin soit elle se bouche complètement et on a l'ictère et des douleurs et on sait ce qu'il faut faire, faut aller opérer, soit on a aussi une altération de l'état général progressive type lui il avait perdu 10 kg en 2-3 mois, 2 mois et demi quoi, c'est rapide sans être, enfin c'est rapide quand même, mais ça aurait pu rentrer quand même dans un amaigrissement avec la chimiothérapie parce qu'il mangeait quand même moins. Mais on savait pas lequel des deux c'était, il y avait des signes biologiques qui disaient ça, d'autres qui... enfin bref. On savait pas. Donc ce monsieur vient pour recevoir sa chimiothérapie et on lui dit qu'on va pas la faire. Parce que bah parce qu'il a perdu trop de poids, qu'il a des signes de dénutrition et que si la prothèse elle est bouchée, fallait d'abord la déboucher et ensuite reprendre sauf que pour la déboucher il fallait trouver une date en endoscopie, la faire, laisser quelque temps, ensuite attendre qu'il reprenne 3-4 kg pour faire la chimio donc on a un délai déjà d'un mois, deux mois chez quelqu'un qui a une espérance de vie de peut-être d'un an j'en sais rien. Lui en particulier j'en sais rien mais qui, enfin qui verra pas 10 ans je pense. Et il l'a très mal pris qu'on lui dise ça qu'on faisait pas la chimio. Il l'a pris comme un arrêt de, comme une annonce d'un arrêt de traitement quasiment. Il y avait un peu la barrière de la langue, il parlait à moitié au téléphone avec son fils, c'était un peu... c'était encore moins évident. Nous ce qu'on voulait lui faire comprendre c'était juste qu'il fallait à la place de la chimio aujourd'hui il fallait faire l'endoscopie, que si c'était bouché bah ça ira mieux dans deux semaines, on pourra reprendre, c'était une bonne nouvelle si la prothèse est bouchée... enfin on préférerait que ce soit ça. Si c'était un amaigrissement de chimio bah dans ce cas-là on parlait sur... pas forcément un arrêt de traitement, on parlait juste sur une petite pause le temps de voir s'il reprend du poids. Je veux dire faire venir la diet' pour le faire manger puis ensuite on refait le point 3 semaines après. Lui il l'a vraiment pris comme un arrêt de traitement. Il nous a fait les 5 phases du deuil en 4 minutes à peu près. Donc il a commencé à être dans le déni complet genre « non, ça va, ça va je mange bien, faites-moi ma chimio » alors qu'on lui expliquait que déjà c'était pas sa décision, c'était le médecin qui validait ou non la chimio. Ensuite il a fait la colère, il nous a engueulé parce qu'on ne faisait pas ce qu'il voulait. Ensuite il avait fait le marchandage donc il essayait, nous on voulait la faire maintenant, on avait une place maintenant pour l'endoscopie pour aller voir si sa prothèse était bouchée, lui il voulait revenir la faire la semaine prochaine ce qui est très chiant parce qu'il fallait lui programmer une place pour la semaine prochaine, ça décale encore d'une semaine le retour de la chimio si c'était la prothèse bouchée, c'était une semaine de perdue. Donc il nous a fait le marchandage pendant 4-5 minutes à moitié au téléphone avec son fils qui était d'accord avec nous en plus, donc c'était pas... son père qui lui mettait la pression pour nous faire accepter un truc, nous, le fils qui essayait de le convaincre qu'on disait pas des conneries, nous derrière on savait pas trop quoi faire. Ensuite on a eu la tristesse, il pleurait. Et après il l'a jamais fait, il l'a jamais fait son endoscopie, enfin il l'a jamais fait... il a pas voulu quoi il a refusé. Il a refusé les soins il a dit « non moi je si vous me faites pas la chimio je rentre chez moi et je vous le dit la semaine prochaine je reviens j'aurais pris 2 kg et on pourra continuer et cette prothèse elle va très bien » alors que bon on sait qu'il va revenir la semaine prochaine avec encore 3 kg de moins quoi, enfin probablement... enfin c'est pas ce que j'espère mais... et que la semaine prochaine on va devoir lui faire l'endoscopie mais cette fois en urgence et donc... je l'ai pas encore revu, ça s'est passé pendant les semaines de vacances. On va le revoir probablement la semaine prochaine. Je sais pas si la semaine prochaine on va... j'espère pour lui que c'était juste la prothèse bouchée, qu'il va avoir repris 2-3 kg, qu'on va lui dire qu'on va reprendre la chimiothérapie et qu'on reprendra le traitement mais enfin voilà vraiment refuser les soins, c'est la première fois que je vois un truc aussi net. Il y a eu les discussions avec son fils, il nous a fait, enfin pas le cinéma mais il y a eu le marchandage, les pleurs, la colère ça fait quand

même. Ça a été mouvementé pendant 15-20 minutes après on est revenu dans 5 minutes, on s'est calmé, on a discuté et lui il a refusé d'aller faire l'examen alors que il y avait sa place quoi ! Après nous on avait prévu le truc... et du coup bah il est rentré chez lui sans chimiothérapie, sans endoscopie, avec peut-être une prothèse bouchée, et si c'était pas une prothèse bouchée dans tous les cas il est rentré chez lui sans voir une diet' et sans qu'on puisse du coup parler calmement de son régime alimentaire parce que du coup il était énervé contre le médecin quoi. Et le médecin elle a bien dû, enfin elle a bien dû restée droite dans ses bottes parce qu'elle allait pas valider la chimio parce qu'il lui demandait et d'un autre côté elle était bien obligée vraiment de pas faire le soins sans son consentement, tout ce qu'elle pouvait faire au bout d'un moment c'était signer le bon de sortie, sachant qu'il y a pas eu... on a fait ce qu'on pouvait quoi. Ce qui aurait dû être fait n'a pas été fait quoi. C'est la première fois que j'ai eu quelque chose d'aussi net comme ça, où on voit un patient rentrer chez lui en se disant c'est trop con parce qu'il y avait un créneau pour un scanner, un truc, n'importe quoi, et il le fait pas quoi. Voilà.

Animateur : alors questions pour rendre ce patient plus vivant ?

Allison : il parlait pas du tout français ?

Robert : il comprenait le français, il parlait français mais nous on ne le comprenait pas.

Allison : mais il était...

Robert : il parlait français, on le comprenait mais on comprenait les expressions simples « ça va », ce qu'il avait mangé mais... enfin les questions qu'on lui pose tous les jours mais enfin bon.... A voir quoi. Mais avoir une discussion sérieuse sur une chimiothérapie, lui faire comprendre qu'on n'était pas en train de lui signer un arrêt de mort. On voulait juste lui faire changer le protocole. Non mais on avait son fils au téléphone donc il expliquait derrière, on a pris le temps de le laisser un quart d'heure avec son fils au téléphone qui lui avait bien compris ce qu'on lui disait, qui était d'accord avec nous, parce que... enfin la barrière de la langue c'était juste chiant sur le moment mais je pense pas que ça ait affecté là... je pense que même si il parlait pas complètement français c'est une question de caractère, il s'est refermé, il s'est... enfin voilà.

Allison : il parlait quelle langue ?

Robert : il parlait, il était tunisien ou marocain...

Animateur : et il travaillait ?

Robert : non c'était un monsieur qui était à la retraite, enfin retraite ou arrêt de travail de toute façon prolongé. Enfin il travaillait plus. Un monsieur qui venait avec son fils... Je connais pas assez ce monsieur en fait parce qu'on parlait beaucoup plus avec son fils forcément qu'avec lui. Et puis le souci l'hôpital de semaine c'est que ils viennent, ils viennent pour les cures pas du début de traitement. Au début ils sont en hospitalisation généralement puis en consultation avec leur médecin référent, ensuite c'est chez nous, ensuite il y a l'hôpital de jour quand ils sont en bon état.

Animateur : c'est très découpé quand même.

Robert : c'est assez découpé comme ça, je caricature un peu parce que les patients suivent vraiment leur médecins, les médecins référents allaient les voir, il y a pas de...

Animateur : oui, mais enfin vous avez bien expliqué que ce chemin-là ça pouvait quand même entraver, il y avait un créneau ce jour-là pour l'endoscopie...

Robert : on était le jeudi c'est-à-dire qu'après le weekend l'hôpital de semaine ferme, si on le faisait c'était forcément la semaine d'après quoi. On perdait... enfin on... On perdait la semaine parce que lui n'avait pas de critère médical à avoir une endoscopie en urgence. Les patients qui viennent avec une prothèse bouchée on la fait dans l'heure quel que soit le créneau parce que ils ont.... Lui ça pouvait objectivement attendre une semaine mais c'était con quoi. On pouvait pas faire autrement.

Animateur : c'était con pour vous mais peut-être pas pour lui quoi.

Robert : ça pouvait pas s'arranger dans l'immédiat...

Animateur : donc il avait un fils mais pas de femme ?

Robert : j'ai jamais vu sa femme ouais.

Animateur : et donc il ne travaillait plus de quel métier ?

Robert : ah je sais pas. C'est pas un patient que je connais en fait, c'était pas moi son externe mais il se trouve que pendant le déroulement de la visite et les missions du jour je me suis retrouvé avec la CCA dans cette chambre pour le moment où elle lui disait bonjour et au moment où elle allait faire le point avec lui. Parce que... je sais plus la matinée s'est passée comme ça...

Animateur : moi ce que j'ai pas compris c'est sa crise de pleurs. C'était avant d'avoir parlé au téléphone avec son fils ? Ou c'était après ?

Robert : c'était pendant, enfin tout le long à chaque fois que le médecin rentrait dans la chambre, il appelle son fils au cas où. Enfin là il était déjà au téléphone avec lui, il lui dit « il y a le médecin, je pose le téléphone mais je te garde en ligne si il y a un souci » et généralement quand on voit qu'on se comprend pas, il passe le téléphone au médecin.

Allison : et son fils ne pouvait pas venir, c'était pas possible ?

Robert : bah ce jour-là non, je sais plus, enfin il venait mais dans l'après-midi, il venait le chercher ensuite plus tard, moi j'étais pas là. C'était pas, enfin c'était encore plus bizarre pour moi parce que je l'avais déjà vu, j'avais déjà croisé son fils, pendant les visites je les avais déjà vu, je les connais entre guillemets. Je sais que c'est son fils, qu'il vient le chercher, c'est lui qui s'occupe un peu des soins ou des transmissions entre médecins mais c'est pas mon patient dans le sens où non je ne sais pas ce qu'il fait, j'ai pas son dossier, je le connais pas, je... son cancer je sais pas exactement. Je me suis trouvé un peu planté là au milieu de la chambre.

Animateur : qu'est-ce que vous pensez que ça aurait changé si son fils avait été là ?

Allison : parce que moi je pense que pour convaincre quelqu'un faut vraiment la présence, donc au moins d'un interprète c'est-à-dire je pense, on peut trouver même une infirmière, quelqu'un du service. Le fait de parler la même langue et qu'elle soit à côté et pas au téléphone je pense que ça peut... enfin ça m'était déjà arrivé.

Robert : non mais c'est son fils quoi, enfin... Les discussions se terminaient il y avait pas de enfin... Mais comme je te dis il a fait du marchandage, il était vraiment en train de marchander au kilo près est-ce qu'on allait faire la chimio ou pas.

Allison : c'était sûr que c'est lui qui voulait pas ?

Robert : bah nous on disait « si vous revenez dans 2 semaines et que vous avez regagné 2-3 kg ça va » dans notre tête c'était « si vous prenez 2-3 kg, si l'albumine elle remonte, si le reste de la biologie reste normale ou baisse pour certains trucs et que votre état de forme, votre état général va bien » il y avait quand même plus de critères que juste le poids... mais lui il était « si je fais mes 60 kg la semaine prochaine c'est bon on la fait » bah non ! C'était pas... on était bloqué quoi. Et ça a pas... ça n'a pas débloqué. Ou peut-être que ça a débloqué dans l'après-midi... moi je suis parti à 13H déjeuner. On était restés à le faire sortir cet après-midi, il avait encore un scanner machin mais... mais bon peut-être qu'après ils ont réussi à le convaincre l'après-midi, moi je suis pas retourné dans le service depuis. Moi je suis parti en tout cas sur une situation vraiment bloquée. Peut-être qu'il on fait venir un interprète, peut-être que son fils est venu. Son fils est venu l'après-midi donc la médecin a bien du essayer de le convaincre mais le créneau de l'endoscopie je pense qu'il était plus là hein. Après...

Animateur : comment il avait supporté les endoscopies précédentes ?

Robert : bah il en avait eu une qui avait posé la prothèse biliaire, il y avait pas eu de souci particulier, après c'est pas très agréable. Je sais pas lui si ça avait été fait sous anesthésie générale ou locale. Si c'était local je peux comprendre qu'on soit un peu réticent à le faire, pour l'avoir vu c'est pas très agréable.

Animateur : donc ça pourrait quand même être un facteur de blocage ? De dire « j'ai pas trop envie en étant pas préparé. »

Robert : ouais mais lui c'était vraiment sur la chimio parce que après dans l'après-midi je l'ai, enfin entre midi et demi et 13h je l'ai envoyé faire sa consult' d'anesthésie donc lui, il était ok pour revenir la faire mais un autre jour quoi. C'était pas... il avait refusé l'examen mais parce qu'on lui faisait pas la chimio, c'était un refus « si vous me faites pas ma chimio aujourd'hui, bah je fais pas votre examen » et donc lui il est parti sur « la semaine prochaine je reviens je fais votre examen si vous voulez quoi je m'en fiche, mais on fait la chimio. »

Animateur : oui dans sa tête il était venu pour la chimio.

Robert : oui et il voulait pas faire autre chose !

Animateur : vous dans votre service il y a des jours chimio et des jours machin.

Robert : non c'est pas comme ça, il aurait pu avoir sa chimio et partir en examen. C'est pas les jours, enfin de toute façon l'endoscopie est pas au même endroit, c'est juste que les créneaux de médecins sont voilà...

Animateur : vous avez quand même commencé votre histoire en disant « je vais vous expliquer comment ça se passe dans mon service » ça a été un facteur ?

Robert : j'ai caricaturé aussi mais c'est vrai que ça a peut-être pu jouer dans le sens où si dans un monde magique où il y avait un créneau d'endoscopie toutes les heures à la demande même pour des trucs pas urgents, on aurait peut-être pu le convaincre plus facilement, oui, mais je sais pas...

Animateur : oui dans un monde pas magique où le patient il est venu pour une chimio et qu'on lui propose une affreuse endoscopie dont il a un souvenir...

Robert : médicalement on ne pouvait pas lui donner sa chimio, il était...

Animateur : oui oui non je comprends mais je veux dire la magie c'est aussi que le patient il est venu pour quelque chose et qu'on lui propose autre chose. Et de... enfin la chimio c'est pas très agréable non plus mais peut-être qu'il a un meilleur souvenir de la dernière chimio qu'il ne l'a de sa dernière endoscopie par exemple.

Robert : sûrement oui mais...

Animateur : ça pourrait être un facteur de blocage. Il faut peut-être se préparer à l'idée que on va en endoscopie, on a besoin de s'y préparer et de se...

Robert : bah après là on était pas vraiment dans une situation où le médecin explique les choses et... euh. Là on était parti, lui il avait son schéma en tête, il était parti, il y avait une négociation quoi et il, lui il était pas du tout prêt à écouter ses médecins quoi.

Animateur : est-ce que vous vous étiez prêt à écouter ses blocages ?

Robert : oui on lui a quand même parlé pendant une heure en tout !

Animateur : oui mais vous dites quand même qu'il y avait une difficulté de langage. Et c'est pas sûr que pour les choses un peu compliqué il comprenne forcément bien ce qu'on lui dit.

Robert : je sais bien mais...

Allison : toi tu penses que vous auriez pu faire plus ?

Robert : honnêtement ? Non. Enfin je pense pas qu'on aurait pu faire plus, je pense... après peut-être que la consultation s'est réglée quand je suis parti l'après-midi, ça je... Mais là je suis parti sur un truc bloqué, ça m'a marqué parce que bon bah c'était bloqué quoi, peut-être que l'après ils ont trouvé quelqu'un qui parlait arabe, j'en sais rien. Mais la médecin qui était là dans la visite non. Parce que la PH elle était pas là elle était en consult', sa collègue elle était en endoscopie justement. Elle avait douze patients à voir pendant la visite avec deux externes, il y a pas d'interne dans notre aile. Enfin il y en avait pas encore cette semaine parce que ils étaient partis en vacances, les autres arrivent la semaine d'après. Enfin nous autant on aide avec mon co-externe mais pas...

Animateur : le co-externe c'était une femme ou un homme ?

Robert : c'était un homme.

Animateur : vous aviez l'impression qu'il parlait plus facilement aux hommes qu'aux femmes ?

Robert : j'avais l'impression qu'il parlait plus facilement à toute personne qui était pas médecins, pas seulement...

Animateur : qui par exemple ?

Robert : enfin, après cette matinée quoi. Après cette matinée il voulait, il s'est engueulé avec l'un des médecins qui était là dans l'aile et ça a pas collé quoi. Mais honnêtement elle était pas de mauvaise volonté quoi. Parce qu'elle a vraiment essayé de... elle est restée très calme, droit dans ses bottes. J'étais plutôt impressionné d'ailleurs, elle est restée très pro, elle a fait ce qu'il fallait. Mais il lui en a voulu parce que, enfin moi, c'était dur parce que j'avais l'impression de voir un enfant, une personne adulte qui souffrait, ces deux comportements que j'ai déjà vu à l'hôpital qui se rapproche plus de l'enfant qui veut négocier et qui boude envers son médecin parce qu'il lui a pas donné ce qu'il voulait. Mais elle, elle a pas cédé quoi. Elle avait pas à céder. Elle allait pas lui donner une chimio alors qu'il avait perdu 3 kg dans la semaine quoi. C'est pas, c'était juste pas possible. Même sa bio c'était pas possible.

Animateur : oui mais la régression c'est, ça fait partie du statut de malade. Nous même, nous même quand on est malade on est un peu gaga.

Robert : ça ne m'a pas étonné, ce que je voulais dire c'est...

Animateur : et est-ce que la chef a pris le temps quand même de savoir qu'est ce qui le bloquait ?

Robert : bah c'était le fait qu'il ait pas sa chimio en fait.

Animateur : non mais, dans son idée à lui.

Robert : mais c'était ça.

Animateur : mais pourquoi ? Qu'est-ce qu'il y avait derrière ?

Robert : bah qu'est-ce qu'il y avait derrière c'est la peur de l'arrêt de traitement. On a essayé de lui expliquer que c'était pas ça mais en gros si la prothèse était pas bouchée, que l'endoscopie était normale, ça voudrait dire que la perte de poids était due à la chimio donc là c'était un arrêt provisoire. Pas définitif. Mais lui le prenait comme définitif. Si la prothèse était pas bouchée ça veut dire qu'il allait au moins attendre 2 semaines afin qu'il reprenne du poids et voir une diet'.

Animateur : mais ça c'est la réalité du monde du médical. Moi je parle de la réalité de ses fantasmes, de ses représentations. Je sais pas, la dernière fois qu'on a arrêté la chimio chez son copain, il est peut-être mort 2 jours après ? Qu'est-ce qu'il faisait qu'il avait la représentation ne pas faire la chimio ce jour-là c'était un arrêt de mort ?

Robert : je pense qu'il est trop rentré dans le schéma qu'on lui a expliqué. Enfin c'est une impression mais les patients ils viennent dans un schéma de cure, on fait 6 cures toutes les deux semaines, vous restez une nuit, scanner, consult', enfin c'est un truc qui est quand même un peu...

Animateur : il faut épouser les règles du...

Robert : ouais je pense qu'il a trop, je pense qu'il a dû comprendre que si, je sais pas comment ça s'est passé sa consult' d'annonce ou d'autres trucs mais il a dû... je pense que dans sa tête si on sort du schéma c'est qu'on arrête tout et que c'est la fin quoi. Ce qui est compréhensible mais je pense que c'était ça le souci...

Animateur : mais peut-être qu'on lui a dit aussi tant qu'on vous traite c'est que il y a de l'espoir ! Si il a entendu ça quelque part pour lui, son entourage qu'on dit que c'est mauvais signe quand on arrête le traitement.

Robert : oui mais nous on a essayé de lui faire comprendre que justement c'était pas mauvais signe, enfin ça change rien quoi. C'est on fait une pause de deux semaines quoi pour reprendre un peu de poids, faire les examens qui faut, ça vaut mieux. Et on essayait vraiment de lui dire ça et lui il nous croyait pas quoi.

Allison : il avait senti ça comme un abandon ? Peut-être...

Robert : un abandon je sais pas, je pense qu'il avait enfin ... bah il y a eu différentes phases je te dis il a fait les 5 phases, il a fait le déni, le marchandage, colère, les pleurs en l'espace de... je sais pas combien de temps on est resté dans sa chambre, bon ça me paraissait long parce que j'étais un peu mal à l'aise mais... il y avait les phases ouais t'avais ça mais il y a un moment le mec nous disait qu'on lui disait des conneries quoi. Alors que, enfin bon on lui disait juste que c'était mieux enfin.... Et je sais pas il a pas supporté le truc. Je sais pas comment ça s'est fini...

Lisa : mais à partir de quel moment il s'est braqué ? Parce qu'au départ forcément vous êtes venus, ça a commencé à bien se passer... Il y a eu un moment où il a commencé à ? Il y a eu un mot ? Une attitude ? Est-ce que t'as repéré... ?

Robert : bah il y a l'annonce quoi, enfin c'était l'annonce, bah on a vu en gros on est arrivé le matin et....

Lisa : mais parfois il y a un mot, il suffit d'un seul mot...

Robert : franchement je pense pas, parce que là on a, on est arrivé le matin, chaque patient qui arrive le matin pour les cures de chimio, on arrive, on fait le point, on, enfin les externes vont l'examiner ensuite le chef passe au fur et à mesure de la matinée, une fois qu'il les a vu il, soit il a validé la chimio il dit aux infirmières « tu peux lancer le truc » soit il le fait pas pour X raisons une fois qu'on a les bio et il lui explique. Nous quand on arrive dans la chambre du patient on a déjà vu son dossier, on a déjà vu qu'il avait perdu 3 kg la semaine d'avant, que son anémie était effondrée et que il avait des signes de prothèse bouchée pas très clairs mais ça pouvait être ça... donc ouais je pense que le médecin est rentré dans la chambre avec, pour discuter mais elle savait déjà que, enfin elle savait déjà ce qu'elle avait à lui dire et lui... bah... enfin on lui demandait comment ça allait quoi, il nous a dit que ça allait, on lui a demandé comment il mangeait, on lui a dit qu'il avait perdu du poids, s'il se nourrissait bien, s'il avait de l'appétit ? C'était quand même de voir si c'était pas autre chose que la prothèse biliaire parce que c'était, enfin, pour nous c'était la bonne nouvelle en fait. Enfin la « bonne nouvelle »... que la prothèse soit bouchée c'était mieux pour lui parce que ça voulait dire que sa perte de poids était liée à un truc mécanique et pas qu'il ne tolérait pas la chimio et s'il tolérait pas la chimio c'était plus emmerdant parce que là ça... Franchement je sais pas...

Animateur : à quel mot vous pensiez ? Il suffit d'un mot, vous avez dit il suffit d'un mot ?

Lisa : je sais pas ça m'ait déjà arrivé que même qu'on prononce, enfin il y avait un mot mal employé en fait qui était un peu trop fort par rapport à la situation ou voilà. Qui est mal placé, mal compris et la personne directement elle entend ce mot, elle se braque et tout le reste de la conversation est floue, elle est dans son truc et elle est bornée. Donc là ça m'a donné une impression d'un braquage mais vraiment c'est bloqué, il s'est mis en mode protection, en mode vraiment bouclier, je tape tout le monde qui voilà, mais j'ai l'impression qu'il y a enfin, en général quand ils sont comme ça c'est...

Robert : on a fait le point sur la prise de poids, son état général, sur ce qu'il mangeait... Après on a fait le point sur, on a examiné vite fait son ventre et on lui a dit qu'il y avait des petits soucis dans la bio.

Animateur : quand vous dites « on » c'est vous là ou c'est le chef ?

Robert : non c'est le chef, moi j'ai quasiment pas... enfin je lui ai reparlé après dans la matinée mais euh... Je sais pas elle lui a juste dit « bah là vous perdez du poids moi je peux pas vous donner la chimiothérapie cette semaine quoi ! » enfin c'est juste ça, après c'était comme ça, après c'est parti quoi.

Animateur : est-ce qu'une fois il a été prononcé « qu'est-ce qui vous ennuie ? »

Robert : oui, enfin c'était qu'est-ce que, oui enfin, je pense. « Qu'est-ce qui vous ennuie » je ne sais pas dans ces mots là mais il y a eu plusieurs fois le médecin qui s'est stoppé et qui disait « bon... », qui s'est arrêté, qui a essayé d'expliquer les choses plus calmement.

Animateur : oui mais vous voyez bien qu'il y a une différence entre s'arrêter pour expliquer et s'arrêter pour entendre ! « Qu'est-ce qui vous ennuie ? » c'est pas la même chose que « je vais vous réexpliquer pour la N-ième fois ! »

Robert : je sais bien mais là on n'était pas dans un truc rationnel non plus donc !

Animateur : mais on est jamais dans un truc rationnel !

Robert : bah on peut l'être, il y avait des trucs qui sont...

Animateur : ah non ! La médecine c'est pas rationnel. Dans la tête des patients en tout cas ça m'étonnerait.

Robert : oui mais il y en a qui ont des raisonnements un peu plus rationnels et qui essayent, et qui nous expliquent comment eux ils voient les choses et ensuite on discute et... on entend tout le monde. Là, là enfin... il n'y avait pas de terrain d'entente.

Allison : et le fils vous a pas dit pourquoi il voulait pas justement...

Robert : parce qu'il avait peur qu'on... il voulait pas qu'on arrête la chimio ! Mais c'était vraiment un braquage il voulait pas nous expliquer non mais c'était... « Non mais moi je veux pas arrêter la chimio ! », il parlait pas ... et il y avait pas de souci de compréhension mais voilà ça restait... à part à son fils il nous parlait en phrases de 3 mots quoi. C'était « non » « oui » « toute façon si je reviens la semaine prochaine et que je fais 2 kg de plus il y aura pas souci » il y avait pas de... enfin...

Animateur : est-ce que c'est si facile que ça d'avoir un intermédiaire qui s'appelle « le fils » ?

Allison : ah c'est ce que je pensais, pour moi la famille c'est pas forcément...

Robert : bah... le fils aurait été d'accord avec le père là ça aurait été carrément chiant je pense.

Allison : ouais mais tu sais jamais ce...

Robert : là il était d'accord avec nous donc... alors il nous disait qu'il était d'accord avec nous moi je... On comprenait pas quand il parlait à son père mais il...

Allison : faut dire que les termes médicaux c'est difficile même pour quelqu'un qui parle français de lui expliquer, enfin qui travaille pas dans le métier je veux dire donc qu'il doive lui réexpliquer dans une autre langue à son proche, et puis même quand c'est la famille c'est pas... on sait pas ce qu'il se dit en fait. Après là lui il était d'accord avec vous...

Robert : après dans la situation, je pense que la barrière de la langue elle avait pas changé grand-chose parce que il y avait déjà eu une endoscopie pour poser la prothèse biliaire, on lui avait déjà expliqué, le fils et le père savaient ce que c'était...

Animateur : mais là on vous parle de la relation père-enfant.

Robert : bah la relation-père enfant on la connaît pas...

Animateur : et bah non ! Bah non vous ne la connaissez pas ! Est-ce que, est-ce que ils s'entendaient bien habituellement, est-ce que il y a des questions d'héritage, est-ce que il y a des questions de famille, est-ce que la mère est quelque part agrippée au fait que « vivement qu'il meure parce que comme ça j'aurais le fric ! »

Robert : je pense pas parce que les fils qu'on voit généralement c'est la famille, c'est souvent un des enfants qui vient le plus souvent que les autres qui... enfin on a aucun problème où les patients qui viennent toutes les semaines pour des trucs assez lourds, qui sont pas forcément dans un état général très altéré parce qu'ils ont la chimiothérapie, il y a les effets secondaires de la chimiothérapie mais sinon ils ont pas un état général horrible, sinon on la leur donnerait pas. Ceux qu'on voit, ils sont pas en forme mais ils ont une maladie où ils vont, qui va les tuer dans l'année. Dans les deux ans peut-être. Il y a toujours un membre de la famille qui arrive et qui parle aux médecins et qui prend... enfin c'est pas le premier fils que je vois prendre en charge un peu le truc de son père. Il était pas là pour visiter, il était là pour... il venait tout le temps, c'était...

Animateur : mais vous ne savez pas à quel point ça peut compliquer la relation père-fils cette maladie, cette mort annoncée. C'est-à-dire qu'est-ce que le fils a envie de traduire de ce que son père a à dire et à l'inverse quel est le conflit qui les oppose qui pourrait faire que le fils est de votre côté et que ça en rajoute du côté du blocage du malade...

Lisa : que tout le monde était contre lui...

Animateur : voilà une connivence, « ils sont tous contre moi, je » ce sont des hypothèses bien sur parce que j'en sais rien non plus mais je veux dire il y a une épaisseur dans la vie de famille quand même ! C'est pas calqué comme ça le fils dit la même chose que le père, le père... je sais pas si vous pensez à votre famille à vous dans votre petite tête là vous pouvez bien penser qu'il y a des conflits dits ou pas dits et qu'il y a des choses qui... et que le jour où la maladie et la mort s'invite dans le conflit familial ça en rajoute quoi.

Lisa : et puis il peut aussi se soucier beaucoup de son père et l'aimer mais il peut avoir une relation conflictuelle, en général, pas avoir les mêmes opinions.

Robert : j'ai pas dit que c'était simple, que j'avais raison et que vous aviez torts mais que juste là ça a pas marché quoi, la discussion elle était stérile et parfois on peut pas non plus y faire grand-chose... enfin je pense pas qu'on puisse y faire grand-chose des fois.

Animateur : enfin le groupe a donné quelques petites choses qui pourraient avoir changé la situation...

Robert : oui bien sûr mais c'est peut-être une question de personnalité aussi. Un médecin qui fait son boulot et qui est très sympa avec les patients, je veux dire c'est pas, elle avait pas un problème de personnalité je pense, juste elle a essayé de lui expliquer les choses clairement et lui il a pas, il a pas pu le gérer c'est tout... peut-être que quelqu'un autre ça aurait mieux marché mais moi j'aurais pas su lui expliquer enfin...

Animateur : j'ai envie de faire la voix off du patient et dire « j'ai essayé de lui expliquer des choses à cette dame mais j'ai pas réussi, elle était bloquée dans son truc et moi j'ai pas réussi à lui expliquer ! »

Robert : justement je pense pas qu'il était comme ça enfin peut-être... de son côté c'était « ils disent que je dois faire ça et moi je veux faire ça. Et moi je pense que faire ça pour moi c'est mieux ! » Lui il pensait que faire l'examen une semaine après tranquillement et faire la chimio tout de suite c'était mieux pour lui et il le pensait, enfin il nous l'expliquait, avec ses mots il disait « moi si je perds du poids c'est que je mange moins mais si je mange bien, je fais attention, vous verrez si je décide de reprendre du poids je reprendrais du poids ! » enfin il nous a dit ça. Bah on peut pas.... Lui il était dans une discussion pas patient-médecin il était, il discutait de ce qui était le mieux pour lui quoi, c'était pas... non mais il a raison non bien sûr sauf qu'il avait pas les compétences pour ce coup-là quoi, ça on pouvait...

Animateur : alors il a pas les compétences médicales, mais les compétences humaines...

Robert : les compétences humaines, on peut pas on peut pas prendre du poids en le décidant, si je dis demain je prends 3 kg pour la semaine prochaine ça va pas marcher comme ça quoi. Enfin ça c'est, ça c'est du déni enfin on peut pas... peut-être qu'on aurait pu. Après on peut mettre tout dans la langue et ce que lui il ressent. Si il nous dit demain « je décide de prendre 3 kg, la semaine prochaine vous verrez je reviens avec 3 kg de plus » on peut pas lui dire oui. Ça marche pas comme ça ! On était bloqué, on était bloqué par des trucs comme ça aussi, on était pas...

Animateur : on peut pas dire oui mais on peut pas dire non.

Robert : on peut pas dire oui mais on peut pas dire non, d'un côté parce que enfin oui peut-être que le mec connaît très bien son alimentation et qu'il estime que, il essayait de nous expliquer de son côté qu'il estimait qu'il mangeait pas assez, qu'il en était conscient mais qu'il nous disait qu'il se sentait pas moins bien qu'avant, que c'était pas la chimio mais sauf que les chiffres parfois mentent pas forcément, on voyait qu'à cause de la prothèse la courbe de poids elle fait ça quoi et l'albumine qui suit derrière. Il était en train de se dénutrir quoi enfin...

Animateur : oui mais vous revenez toujours au biomédical !

Robert : bah oui ! Mais c'est le seul truc qui...

Animateur : vous revenez toujours à ça !

Robert : bah oui mais, une fois qu'on, bien sûr qu'il y a le contexte dans la décision mais euh...

Animateur : surtout que ça s'appelle la décision partagée.

Robert : oui.

Animateur : là on se demande avec qui il a partagé quoi...

Robert : bah la décision de mettre la chimio ou pas elle peut pas être partagée ! Enfin, elle est peut-être partagée dans un sens où le patient peut la refuser mais il peut pas la prendre sans l'accord de son médecin, elle est pas partagée. Si l'albumine elle est à 15 et que la bilirubine, enfin on s'en fout mais ouais si le truc il est à 400... ouais mais je sais...je, je fixe pas là-dessus mais c'est juste que là c'était un non, enfin c'était un non médical, c'était plus du biomédical c'était non on peut pas faire la chimio maintenant !

Animateur : alors vous avez dit plusieurs fois que votre chef était restée droit dans ses bottes, est-ce que vous vous approchez dans cette attitude en vous disant que c'était la bonne attitude à avoir ou est-ce que vous êtes un peu en décalage ? En vous disant que chacun à son rôle et que vous externes vous étiez pas...

Robert : bah j'aurais pas fait ça comme ça je pense mais j'ai pas de reproche à lui faire parce que...

Animateur : non mais vous savez bien que ici on ne fait pas de reproche ni de jugement. On veut simplement savoir si on est en décalage ou si on est en accord complet. C'est pas une question de juger ou pas juger. Elle a fait exactement ce qu'il fallait qu'elle fasse. Point.

Lisa : t'aurais fait ça comment ?

Robert : c'est facile de dire que j'aurais fait différemment d'un autre coté j'étais bien content qu'elle soit à sa place et moi à la mienne en fait. Faut dire que j'aurais peut-être fait ça, je dirais maintenant j'aurais fait ça différemment mais je pense qu'à sa place j'aurais fait la même chose mais ça m'aurait fait chier parce que quelque part elle a pas...

Animateur : ça l'a pas fait chier elle ?

Robert : si. Ah si si si si ! Ça l'a secoué quand même, c'était vraiment pas une discussion agréable.

Animateur : elle en a reparlé après en dehors de la chambre avec vous ?

Robert : ouais enfin voilà, enfin 5 minutes de pause quoi, juste histoire de relâcher la pression quoi.

Animateur : ça été « qu'est-ce qu'il a été chiant celui-là ! » ou est-ce que ça a été genre « j'aurais dû m'y prendre autrement... »

Robert : bah non ça a été, 5 minutes on s'est occupé de lui, on a parlé elle m'a demandé de faire des trucs, de préparer, elle m'a dit « bon bah on va faire comme on peut on va lui essayer de lui préparer une consult' d'anesthésie », elle a pas, elle a pas lâché le morceau quoi

Animateur : elle a continué dans le biomédical.

Robert : elle a continué, elle a continué pas dans le biomédical, elle a continué son boulot, elle a appelé l'anesthésiste pour savoir quand il pouvait venir elle a dit « du coup on va essayer de décaler tel scanner pour pas qu'il vienne pour rien la semaine d'après » elle a... enfin elle a continué à s'occuper de son patient et elle a dit « j'attends de voir quand son fils arrive pour essayer de rediscuter avec lui. »

Animateur : et vous vous avez pu dire que vous étiez un peu décalé de vos positions ou ?

Robert : je me souviens plus. Il y a eu 3 échanges de phrases enfin genre si j'ai essayé de lui. Je lui ai dit, je lui ai dit « je pense qu'il prend ça comme un arrêt de traitement », j'ai dû lui dire des trucs comme je vous ai dit maintenant et elle a fait oui enfin, elle a dit d'autres trucs, elle était d'accord avec moi sur un truc, pas d'accord sur d'autres, je me souviens plus... il y a eu 3 phrases quoi.

Animateur : oui.

Robert : ça a pas duré, on a pas parlé longtemps. Pas le temps de... mais non on est pas passé en revue le patient en disant « il est chiant celui-là » c'était pas...

Animateur : ça vous a interrogé, ça vous a laissé un peu perplexe...

Robert : ouais mais je pense que ça a du se régler d'une manière ou d'une autre. Le fils est venu l'après-midi. Il y a du avoir un autre compromis ou une autre décision...

Animateur : et ça vous pourriez le savoir ou pas ?

Robert : oui en revenant je pourrais lui demander...

Animateur : c'est intéressant aussi pour la prochaine fois !

Robert : enfin je sais pas, je vais changer d'aile je pense mais oui je pourrais lui demander.

Lisa : est-ce qu'elle a dit assez vite la conclusion « on va pas faire de chimiothérapie. » ou est-ce qu'elle a essayé de préparer le terrain en expliquant toutes les raisons que ça allait pas et après d'essayer de pas sortir cette phrase justement, de toute façon même pour n'importe qui, pas que pour lui mais ça fait bizarre de dire « on va pas faire ce pour quoi vous êtes venu aujourd'hui. »

Robert : elle a peut-être, elle a pas sorti la phrase d'un coup je pense, mais elle l'a pas sorti 4 semaines après être rentrée dans la chambre quoi. Elle est pas rentrée « bonjour on fait pas la chimio. » C'était... mais bon elle a dit les choses clairement quoi.

Lisa : et est-ce que l'a il l'a compris ? Quand elle l'a dit clairement ?

Robert : ah il a compris que le médecin voulait pas faire la chimio aujourd'hui et que voilà, qu'on a commencé à lui expliquer pourquoi mais je pense, je pense qu'il nous a écouté, qu'il a commencé à nous écouter que quand on lui a parlé de la chimio en fait.

Lisa : donc il a compris que c'est le médecin qui ne voulait pas ? Et pas que c'était pas possible.

Robert : ah non mais c'est... c'était pas le médecin veut pas c'était JE, enfin c'était la chef qui disait « je MOI JE, vous avez perdu machin du poids, moi je veux pas faire chimio c'est dangereux pour vous. »

Lisa : je me disais s'il essayait de négocier c'était peut-être... qu'il croyait que c'était juste l'avis de la chef et donc qu'il essayait de négocier parce qu'il pensait que c'était pas vraiment... peut-être qu'il a cru que c'était personnel comme avis, je sais pas comment dire... que c'était pas impossible.

Animateur : oui que c'était pas une décision collégiale, c'était le médecin qui avait décidé.

Lisa : donc c'est pour ça qu'il essayait de négocier quoi.

Robert : généralement quand les chefs parlent de ces décisions ils disent « on ». Ils disent « on » enfin plus souvent « on » que « je » après là ça s'est un peu mixé dans la conversation parce que ça reste une décision collégiale aussi. C'est pas en RCP mais c'est une discussion entre moi, enfin moi... on voit pas tous les patients mais l'externe si il a examiné le patient, l'infirmière, le médecin et éventuellement l'autre médecin, d'habitude ils sont deux dans l'aile. Là à ce moment-là elle faisait la visite toute seule. Je pense que s'il y avait eu deux médecins ça aurait été plus facile aussi.

Lisa : ouais.

Robert : bah en soi, il y a pas... je sais pas... peut-être qu'en faisant plus gaffe à, comment... la façon dont elle l'a fait, j'aurais peut-être pu te répondre mais dans ma tête il y a rien qui a pu me choquer dans sa manière de parler. Pourtant je pense que je commence à prendre l'habitude quand même... (*en insinuant le groupe Balint*)

Animateur : quand vous dites qu'elle est droit dans ses bottes, c'est une image aussi, on a l'impression d'une femme qui sait ce qu'elle veut, qui n'hésite pas trop et c'est une image que le malade peut aussi ressentir, c'est-à-dire une personne qui n'écoute rien de ce que je dis parce que elle est dans son truc et elle m'écoute pas, elle comprend pas ce que je lui dis.

Robert : pour moi être droit dans ses bottes, c'est pas borné c'est juste... enfin c'est juste qui savait que...

Animateur : c'est un peu rigide quelque part, d'apparence extérieure.

Robert : ouais mais l'expression rigide, d'apparence extérieure, la médecin de qui je parle elle est pas particulièrement rigide ni stricte

Animateur : c'est pas une image que le malade peut avoir d'elle ? Le malade ne peut pas dire « celle-là... »

Robert : sur le moment elle était pas d'accord, elle était pas d'accord peut-être mais sur les autres moments, généralement elle est quand même plutôt appréciée des patients, je dis que le service il recadre mais si un patient veut mardi au lieu du mercredi on s'arrange absolument toujours pour les trucs des, il y a jamais du « non on vous prive de l'anniversaire de votre fils parce que vous venez faire la chimio le mercredi. » Au niveau de l'organisation, ça va occuper un lit une aprem de plus, on va devoir faire une sortie plus tard mais si il doit venir le mardi au lieu du lundi, ça va être fait, il y a même pas de discussion quoi. On s'arrange quoi. D'habitude c'est comme ça... Non mais là on aurait pu s'arranger en soi, ça aurait pu être pris. Le problème c'est que lui il a refusé un examen et que on lui a dit on vous programme une hospitalisation la semaine prochaine et lui il fait « oui ok la semaine prochaine on fait la chimio. » « non, si vous venez c'est pas, enfin c'est pour faire votre examen. », « on fait les deux. » « on verra votre état la semaine prochaine. » il nous fait « si si j'aurais repris 3kg. » et c'est vrai que si la semaine prochaine, si la semaine prochaine il se ramène il a repris 4 kg, sa bio est redevenue normale on peut faire l'endoscopie, on reprend la chimio toute suite. C'était pas impossible ce qu'il nous disait mais c'était très très peu probable. On disait j'aime pas du tout faire ça et parce que c'est, c'est peut-être quelque chose qu'il a déjà entendu aussi en fait. Parce qu'aux malades on leur dit si la semaine prochaine ça va mieux on fait ça, si ça va pas on fait ça mais, mais c'était pas, c'est pas, c'est jamais des certitudes, on sait jamais.

Animateur : il a pu se construire quand même des défenses qui le protègent qui font qu'il essaye, de pas être comme un bébé comme vous dites, d'être un peu autonome et de garder une décision, de vouloir partager les décisions médicales. Parce qu'un malade est toujours en phase régressive puisque il est forcément diminué entre guillemets.

Robert : ouais mais du coup des fois on sait pas trop parce que enfin lui, lui du coup bah on a quand même, vu qu'on faisait pas l'examen on a quand même revu avec lui plus calmement les... concrètement quand est-ce qu'il revenait, parce que lui il disait « je veux sortir » il y avait son fils qui venait le chercher bon, il a dû y avoir des discussions entre-temps mais entre-temps on a du programmer les hospitalisations suivantes, les examens suivants, la consult' d'anesthésie éventuellement. On a dû parler avec lui de trucs concrets, de « quand est-ce que vous voulez revenir ? Quel jour vous arrange ? » des trucs comme ça, et lui il a fait « vous vous en occupez » il voulait pas s'occuper des, il voulait pas s'occuper de quand il revenait mais il voulait quand même dire, c'est lui qui lance la chimio, c'est pas... on pouvait pas savoir mais pour nous c'était pas cohérent quoi.

Animateur : oui c'est sûr qu'il faut garder une cohérence dans ses décisions mais...

Robert : c'est ça que je voulais dire avec « droit dans ses bottes » devant le patient elle est droit dans ses bottes, elle a vraiment essayé de, elle a vraiment essayé de voilà quand le patient est rentré en négociation dans les trucs médicaux elle a peut-être un peu, elle a pas, elle lui a expliqué gentiment et clairement que ça c'était de son ressort, mais sur tout le reste, sur tout le reste le fait de faire l'examen tout ça, elle lui expliquait les trucs clairement mais on peut pas... je sais pas...

Animateur : alors aux Etats Unis les malades quand ils ont un cancer du sein on leur donne l'anapath, le dossier, les enquêtes, les études, on leur dit « madame vous choisissez maintenant, vous choisissez votre traitement. » Donc voilà l'autonomie elle est du côté du malade qui va décider du traitement. Sans les connaître, je trouve ça absolument affreux de perdre sa responsabilité vis-à-vis des malades. Mais ça c'est l'envers exactement de l'histoire que vous racontez. C'est exactement le contraire là. Toute la décision est du côté de la cohérence biomédicale qu'il faut instaurer, parce qu'il faut l'instaurer cette cohérence biomédicale parce qu'on ne peut rien faire sans le malade. On ne peut rien faire sans comprendre...

Meredith : mais j'ai une question par rapport à ce que vous dites. Quand vous dites que c'est le malade qui choisit son intervention, il la choisit malgré des contre-indications médicales ?

Animateur : non mais il a tout le dossier et se démerde quoi. Le chirurgien lui dit, le chimiothérapeute ou le cancérologue lui dit voilà vous avez tous les éléments à votre dossier et donc c'est vous qui, c'est vous qui décidez.

Robert : en gros il a toutes les études et les courbes de survies et c'est lui qui choisit ?

Animateur : absolument. Comme tout le monde aux Etats Unis vont sur internet bien avant le chirurgien donc les malades ils arrivent tous avec leur, leur assurance particulière aussi, donc l'assureur doit pouvoir dire aussi qu'est-ce qu'il préfère que le malade fasse peut-être. L'assurance a peut-être...

George : aux Etats Unis c'est pas seulement le patient qui choisit selon les études, c'est énormément de contraintes financières.

Animateur : oui c'est pour ça que je dis que l'assureur est peut-être dans le coup. Je ne dis pas que...

Robert : non mais en gros on leur dit un choix sur 10 trucs et l'assurance va en rembourser 3 quoi.

Lisa : je sais pas si les malades ont la capacité intellectuelle...

Animateur : oui mais entre l'excès de cet exemple là avec la décision appartient au malade et c'est lui qui décide et nous qui en sommes encore pas assez loin dans le partage de la décision qu'on a avec le patient comme si le biomédical était...

Robert : ouais mais je suis pas d'accord avec vous parce que le partage enfin qu'on travaille sur d'autres patients sur l'ordonnance, on discute sur d'autres patients, on discute vachement de « est-ce qu'on vous enlève telle molécule du traitement, est-ce qu'on », si il y a un effet secondaire qui revient souvent, les paresthésies au bout des doigts enfin la toxicité nerveuse, on s'arrange vraiment très vite sur les doses, sur les trucs, le traitement on l'adapte avec le patient en discutant avec lui en consultation. Mais le fait, là c'était juste dire « là je peux pas vous la faire quoi ! » c'était juste une question de « je ne signe pas la prescription parce que ça va... c'est trop dangereux ! » c'était pas une décision pour le coup...

Animateur : mais pour utiliser votre exemple parce que c'est un cas qui revient quand même souvent, pour utiliser ça et en faire quelque chose de positif, se dire que peut-être que aller plus dans le sens du blocage, parce que vous avez parlé de blocage plusieurs fois, le patient il est bloqué. Il est avec son bouclier comme vous dites et en mode je sais pas quoi, je sais plus ce que vous avez dit. Donc il est fermé à tout et donc c'est histoire de dire comment est-ce qu'un malade ce met dans ce module, dans cette position-là, pourquoi, et comment l'en sortir, en réalité. C'est ça l'idée, c'est pas... C'est qu'est-ce qui s'est passé pour que ce malade soit en mode fermeture complète.

Robert : il y a le contexte derrière aussi, il est dans sa 6^e cure de chimio pour sa maladie, il est fatigué, voilà. Evidemment qu'il ne réagit pas normalement mais comment l'enlever bah je sais pas mais clairement on peut pas...

Animateur : comment éviter que cette situation s'instaure ?

Robert : moi je pense que c'est une question de caractère mais bon... J'ai pas l'impression qu'on ait fait une bourde qui a fait que...

Lisa : après en tant que médecin on est censé s'adapter à chaque patient donc c'est pas forcément à cause du caractère de la personne.

Robert : oui mais là on pouvait pas, on avait pas de solution en fait si tu veux. Enfin on avait pas de solution médicale à lui proposer autre que celle qu'on lui proposait. Parce que on pouvait pas, j'allais pas lui donner la chimio !

Lisa : en changeant la formulation peut-être éventuellement, mais après... ça peut ne pas changer beaucoup, je sais pas...

Robert : franchement je sais pas, peut-être, j'étais pas dans la tête du patient non plus.

George : toi tu peux pas connaître non plus assez ton patient pour savoir exactement chaque mot qu'il faut employer avec lui !

Lisa : non mais tu peux savoir si c'est quelqu'un d'anxieux ou pas, à savoir si il est, voilà il y a des personnalités... enfin je sais pas, ma mère c'est une personne hyper anxieuse pour ce qui est médical, il faut prendre des pincettes mais mais c'est...

Robert : il y a des gens anxieux mais il y a aussi des gens chiants enfin.

rires

Lisa : ils sont peut-être chiants parce qu'ils sont anxieux !

Robert : cela dit il faut s'adapter à ton patient mais c'est pas non plus à chaque fois-là, je suis pas d'accord au bout d'un moment de dire à chaque fois c'est la cause c'est l'anxiété...

Lisa : ah non ! J'ai pas dit que c'était que ça !

Robert : les gens ils sont chiants à l'hôpital, ils sont pas sympas, ils sont antipathiques, ils sont bornés quoi.

Animateur : la médecine sans les malades ça serait génial !

rires

Robert : ouais voilà, moi je veux bien dire qu'il s'est créé un bouclier, dire pendant... dire ce qu'on aurait pu dire, ce qu'on aurait pu faire mais...

Animateur : non mais dans un groupe hier un externe disait « moi ce que je veux c'est un bon diagnostic et un bon traitement. » et donc je lui ai donné l'exemple d'un médecin généraliste comme moi qui fait un bon diagnostic, un bon traitement, je donne l'ordonnance et vous savez combien de fois le malade la jette à la poubelle l'ordonnance qu'on vient de lui faire alors qu'il y a un bon diagnostic et un bon traitement ? C'est une fois sur deux. Une fois sur deux les malades foutent en l'air l'ordonnance qu'un médecin généraliste leur donne. Parce que il y a pas eu partage, parce qu'il y a pas eu explications, parce que ils sont allés voir le Vidal qu'ils ont acheté et que il y a marqué « insuffisance rénale contre-indique ce médicament » et qu'ils ont mal dans le dos justement... parce que l'insuffisance rénale c'est bien connu c'est le mal de dos ! Donc bon voilà ils vont jeter l'ordonnance pour mille raisons ! Donc c'est pas le tout de faire un bon diagnostic et un bon traitement, c'est pas vrai qu'on a que ça à faire. C'est pas vrai... on a après à faire que l'ordonnance qu'on a rédigé soit acheté par... chez le pharmacien, ce qui est encore une étape parce que les malades quelques fois achètent les produits chez le pharmacien surtout s'ils sont gratuits mais ils restent sur la table de chevet. C'est encore pas le tout de l'acheter, faut les prendre après ! Donc il y a plein d'étapes après le bon diagnostic et le bon traitement qui font que si on n'a pas une décision partagée avec le malade on a perdu son temps.

Meredith : ça me fait penser que, mais je trouve ça hyper difficile parce ce que parfois justement il y a toutes ses étapes d'explications, enfin de A à Z on lui explique et tout ça et... mais finalement quand on lui dit qu'il peut pas avoir sa chimiothérapie, c'est pas parce qu'on

veut pas partager la décision avec lui, nous on veut bien lui faire sa chimio mais c'est juste qu'on peut pas parce que les conséquences seraient encore plus graves que son état de, son état initial et... mais moi c'est pareil j'avais....

Robert : toi t'es passée dans le service tu vois à peu près ce que je veux dire.

Meredith : ouais mais là moi je suis en neuro et c'est pareil je suis, enfin la dernière fois j'étais en consultation et il y avait un patient qui arrivait quand même avec un interprète, son fils et lui qui ne parle pas... je crois qu'il est d'origine ukrainienne, qui ne parle pas un strict mot de français, et le fils qui nous mettait la pression, on avait vraiment cru qu'il allait nous taper si on lui filait pas la chimio, en nous disant « mais vous devez appeler Saint Louis pour qu'il ait sa chimio ! » alors que enfin.. Alors que le patient il est métastaté à la mort, voilà c'est juste une chimio de confort... de base... et là il a une telle altération de l'état général que les conséquences ont été encore pire quoi, enfin c'est accéléré enfin...

Animateur : oui mais vous voyez bien que c'est toujours la même chose, vous dites tous « on a beau expliquer, on a beau essayer de leur expliquer » c'est pas toujours dans ce sens-là ! Que de temps en temps il faut s'entendre ! Être expliqué par le malade.

Meredith : mais oui mais je pense là, en fait le blocage, là le blocage primaire c'était le blocage de la mort. C'est le fils qui avait peur que son père meure, le patient qui avait peur de mourir, l'interprète je dis pas, enfin l'interprète avait clairement peur du fils...

rires

Animateur : c'est particulièrement compliqué c'est sûr mais sur ces barrières-là s'ajoutent les unes aux autres.

Meredith : enfin finalement quand on a, enfin finalement qu'est-ce qu'on fait quand on a des personnes qui sont bloquées parce qu'elles ont, enfin... peur de la mort, qui est une issue finalement... enfin... voilà qui est une issue à la vie, surtout dans des contextes particuliers comme la maladie quoi.

Animateur : bah oui, c'est bien de ça qu'on parle. Parce qu'on est médecin en gros là donc c'est bien de vie, de mort et de souffrance qu'on parle oui, c'est...

Robert : c'est particulier dans les cancers parce que là on est plus dans un désir de, nous on est dans un désir de soin et les malades sont dans un désir de guérison. On a beau prendre toutes les pincettes qu'on veut le blocage de la peur de la mort, le décalage entre nous on leur propose des soins et eux ils veulent une guérison enfin ce monsieur il voulait une guérison je pense qu'il s'est bloqué parce que nous on a dit on arrête la chimio je vais pas guérir mais il allait pas guérir de toute façon donc il y a pas de solutions.

Animateur : c'est juste, il y a encore un décalage, c'est une compréhension de la situation qu'on peut peut-être pas éviter. On peut peut-être pas l'éviter...

Robert : ce décalage je vois pas comment on peut....

Animateur : bah justement c'est ça qui est intéressant à travailler quand vous donnez cet exemple justement passionnant parce que on sait pas jusqu'où éviter que la situation se produise et si on peut. Avec ce malade là on pouvait peut-être absolument pas éviter cette situation. Mais ça veut pas dire que pour les autres malades même avec un sale caractère ou même avec une relation père-fils difficile, ça veut pas dire que la prochaine fois vous serez obligé d'avoir cette même situation.

Robert : ah non non, c'est un truc qui arrive souvent je pense. Tous les trucs que j'ai vu en tout cas le déroulement des soins entre les malades, la programmation des soins et le déroulement, tout se passe quand même... enfin bon on m'a prévenu la pancréato c'est hardcore, mais je veux dire ça se passe globalement de façon forte, ça se passe quand même nickel, ça se passe nickel et ça évite beaucoup de mauvaises situations et beaucoup justement de patients qui te disent « oh je vais mourir, ça se passe pas bien » d'engueulade comme on a vu. Tout le reste en général, ils ont eu des bonnes explications, ils ont... c'est pour ça que je prends entre guillemets la défense du médecin qui était avec moi, c'est que ça se passe mieux que je l'ai espéré en venant dans ce stage pour tous les autres quoi. Enfin je sais pas si ça t'a fait ça mais je me suis pas retrouvé en pancréato dans des situations un peu absurdes comme d'autres services où... tu te dis mais qu'est-ce qu'il se passe ? Enfin... tout est carré, tout est... sans être strict. Enfin ça se passe bien quoi.

Animateur : donc ce cas-là finalement il vous a apporté quoi à vous ?

Robert : je sais pas, j'avoue me demander ce que j'aurais fait à sa place du coup et je me suis dit que qu'il fallait peut-être que j'en vois quelques-unes des situations comme ça, parce qu'à sa place avec le peu d'expérience que j'ai j'aurais été un peu con je pense, enfin honnêtement hein... après coup quand on m'en parle je vois bien qu'il y avait des blocages et des décalages mais sur le coup dans la chambre j'étais... « Bah t'as perdu 10 kg en un mois, qu'est-ce que tu veux que je te dise ? » enfin voilà quoi... J'aurais pas pu rester calme. Enfin si je pense mais... je sais pas. Franchement...

Meredith : moi la solution du, de mon médecin, enfin du neurologue avec qui on a eu ce patient c'était quand même, parce qu'en fait finalement on était dans l'impasse, il a dit « bah si vous y tenez tellement on va, je vais essayer d'appeler la radio... » Parce que c'était une radiothérapie « donc je vais essayer d'appeler la radiothérapeute de Saint Louis et on va vous faire une radiothérapie à petite dose » ! Alors je sais pas parce que voilà, enfin je sais pas. Finalement on a été un peu contraint de leur donner pas tout quoi, mais un petit morceau de ce qu'ils voulaient.

Robert : bah t'es rentrée dans la négociation quoi...

Animateur : et peut-être que vous pourrez nous raconter cette histoire la prochaine fois !

Meredith : oui.

Animateur : parce qu'on peut pas commencer un cas maintenant mais ça serait intéressant que vous nous racontiez cette histoire.

Robert : mais c'est pareil quoi, est-ce qu'il faut céder un truc dans la négociation. J'ai dit elle était restée droit dans ses bottes j'ai pas dit qu'elle était stricte avec les patients mais c'est qu'elle est pas, elle allait pas lui dire « bon on vous fait une chimio à demi-dose pour cette fois » quoi c'est pas... ça aurait servi à rien...

Animateur : oui mais vous vous partez du fait qu'il y a un conflit. Et je suis pas sûre que il y ait un conflit.

George : il y a toujours un conflit entre le rationnel et l'irrationnel.

Animateur : bah justement est-ce qu'il faut l'instaurer en conflit ou est-ce qu'il faut laisser émerger les choses non pas parce qu'elles sont conflictuelles mais parce qu'elles sont naturelles. Est-ce que le malade fantasme des choses et que il imagine des choses, qu'il représente des choses et que le médecin de son côté il a besoin de rigueur il a besoin d'avoir un schéma...

George : ça va pas se résoudre en... *inaudible*

Animateur : non mais c'est pas forcément une bataille. C'est pas la guerre. C'est pas la guerre, c'est un débat. C'est un colloque, c'est un colloque singulier même, c'est quelque chose qui n'est pas du domaine de... l'un des deux doit rester par terre quoi. C'est pas ça l'idée. C'est qu'on assemble toutes les petites données pour en faire comme un débat, comme des gens qui discutent de choses et d'autres. Lorsqu'on organise un débat même politique, on évite que les gens se tapent sur la gueule quand même ! L'idée d'une émission de radio ou de télévision c'est quand même pas que les gens s'entre-tuent ! C'est ils sont pas d'accord, on sait qu'ils sont pas d'accord, ils ont des points de vue qui se défendent, qui se comprennent, et chacun explique ce qu'il a à expliquer mais c'est pas la guerre !

Robert : ça dépend des débats...

Animateur : bon oui c'est vrai... bon c'est vrai. Dans les débats intelligents !

Meredith : mais, mais, enfin moi je trouve que pour avoir un débat il faut quand même avoir un socle de connaissance entre guillemets qui soit assez, qui soit équivalent... enfin si on parle des politiciens ils ont quand même, enfin qu'ils soient de droite ou de gauche ils ont

quasiment la même formation, bon voilà, faut pas se mentir en vrai ils sont tous copains comme cochons. Mais je veux dire enfin là c'est pas...

Animateur : c'était le quart d'heure politique du jour, juste avant les régionales !

rires

Meredith : mais enfin là sans dire que, sans dire que le patient est un abruti ou qu'il a pas du tout les mêmes connaissances que nous... s'il vient nous voir c'est qu'il attend quand même de nous un conseil !

Animateur : oui, vous dites exactement ce que tout le monde dit c'est-à-dire il y a des connaissances, il y a le biomédical, il y a ce qu'on doit faire, il y a la règle, le pronostic, le machin, les revues, les enquêtes, les études et puis il y a moi médecin qu'est-ce que je ressens de la situation du point de vue émotionnel, moi malade qu'est-ce que j'ai envie de faire, moi la famille qu'est-ce que j'ai envie qu'on fasse pour ma mère, pour fils, pour mon oncle etc... donc il y a tout, il y a plein d'élément dans une décision. Alors il y a un livre qu'il faut absolument que vous lisiez c'est, qui s'appelle « les décisions absurdes » c'est Eric Galam ici qui me l'a donné à lire, je l'ai offert à 50 personnes, c'est extraordinaire ! Quand Challenger se casse la figure, quand les avions se cognent en l'air, ou quand les bateaux arrivent à se cogner dans la mer et bah c'est, c'est... il a décrit, complètement analysé ça et les décisions absurdes pour un Challenger, c'était quoi c'était un engin je sais pas quoi. Il y avait des gens dedans, dans le Challenger il y avait bien des américains...

Robert : c'était un lanceur quoi.

Animateur : bon je ne sais plus. Je le relirai. Donc il y avait des éléments, les boulons ne devaient tenir que si il n'y avait pas d'écart de température de 40 degrés et normalement en Floride à cette époque-là c'était bien sûr qu'il n'y aurait pas d'écart de température etc... or il se trouve que manque de pot ce jour-là il faisait très froid ou très chaud j'en sais rien, je ne sais plus. Donc l'élément qui pour nous est biomédical c'est-à-dire la technique, le, ça a lâché à un moment donné. Mais c'est parce que les décisions de lancer le Challenger avaient été prises au téléphone par les équipes commerciales et techniques, et que les commerciaux avaient très envie que le Challenger vole parce que ça dépensait des millions d'argent, comme la chimie qui est décalée et que ça va prendre un lit que ça va coûter des sous et puis les techniciens qui disaient « non il y a trop de risques » que il faut pas lancer... et au fur et à mesure qu'il analyse, au fur et à mesure de son livre, on voit bien que les plus petits éléments relationnels, de communication, qui avait besoin de quoi, qui avait, qui a dit quoi, ça a été bien supérieur aux éléments techniques. C'est-à-dire que cette décision absurde : il faut lancer le truc avec donc 6 morts ou 10 morts j'en sais rien, quand on analyse la décision elle a pas été bien prise à cause de choses infimes ! Qui pour nous pourrait ne pas compter mais qui en réalité ont fait tout le danger de cette aventure-là. Et donc nous quand on met en avant le biomédical et le biotechnique on a raison parce qu'on peut rien faire sans mais après tout ce qui va faire la décision médicale ça dépend de mille choses qui sont peut-être infimes, de l'irrationnel, du fantasme, de l'émotion, de ce que vous voulez mais qui compte énormément dans la décision.

Derek : est-ce que c'est compatible avec le temps de l'hôpital aujourd'hui ? Parce que je veux dire, quand je vois l'interne qui galope toute la journée, moi je pense que pour instaurer une relation de confiance, quelque chose qui s'instaure au quotidien, qui demande beaucoup de temps, enfin clairement l'interne n'a pas le temps, alors est-ce que finalement cette relation patient-médecin ne va pas de pair aussi avec enfin il faut savoir ce qu'on veut, dans ses cas là il faut mettre plus de moyens pour avoir plus de médecins !

Animateur : alors je vous nomme ministre de la santé !

rires

Derek : non mais ...

Animateur : vous arrangez ça aux petits oignons parce que pour moi vous avez raison ! Mais voilà on est pas... on est pas là. On n'est pas là-dedans.

Derek : on n'est pas là-dedans mais moi je suis un peu... on vise la lune quoi mais en même temps on se donne pas les moyens donc moi je suis prêt évidemment à passer beaucoup de temps avec les patients, mais le jour où je serais interne, qu'on me demandera d'envoyer des tas d'exams, de faire de la paperasse à volonté...

Robert : tu le donnes aux externes...

rires

Animateur : oui vous avez, c'est sûr que vous avez raison mais quelque fois à perdre une minute on en gagne trente quoi !

Robert : il faut aussi que le patient vienne avec un désir de soin et qu'il soit pas non plus...

Animateur : ah parce qu'en plus il faut que le malade ait un désir de soin ?

Robert : non mais un désir de s'adapter aux soins. L'adaptation doit venir des deux côtés quand même. Quand on vient dans un CHU on... voilà quoi on a quand même des trucs qu'il faut. On soigne gratuitement dans un hôpital avec 15 médecins et 15 infirmières autour de soi il faut quand même... je dis pas qu'il...

Animateur : je vous nomme adjoint au ministre de la santé.

Robert : il y a des trucs qu'il faut accepter, il faut s'adapter pour chaque malade mais il y a bien des trucs...

Animateur : oui mais quelque fois on peut éviter la guerre, on peut éviter la guerre simplement avec un mot, avec quelque chose qui font que, qui fait que ça va pas exploser dans ce sens-là mais que on va toute suite trouver le bon truc...

Robert : bon voilà j'ai des patients qui, à qui on a fait des bons de transport, ça fait perdre de l'argent à la sécu parce que au lieu de, d'habitude quelqu'un de la famille vient le chercher et au lieu de venir à 13H alors qu'on doit libérer les lits pour 14-15H pour le patient suivant bah je sais pas qui est venu avait tennnis, avait cours de machin chose et il est venu 3H plus tard et voilà quoi.

Animateur : je suis d'accord avec vous que le monde n'est pas parfait.

Robert : c'est pas... enfin la décision partagée ça va avec le fait de responsabiliser les patients sur certains trucs quoi. Sur l'alimentation, sur les trucs, et si le patient est pas prêt à faire cette responsabilité-là alors il y a pas de raison que les médecins derrière soient prêts à tout pour lâcher leur responsabilité médicale... enfin ça va....

Animateur : ça tout le monde est d'accord avec vous. Le tout c'est qu'il y ait pas d'opposition systématique et qu'on essaye de... raser un peu les choses pour éviter les crêtes. Qui font mal et qui piquent. Bon vous avez eu du mal à démarrer mais alors là vous êtes complètement insortables. Donc je vais décider que vous allez aller prendre l'air !

Séance 5

Animateur : ...personne n'a eu des proches ou des amis, vous n'étiez pas de garde ou n'avez pas été réquisitionnés entre guillemets dans le plan « blanc », c'est ça, de l'hôpital ?

Grégory : il y avait une de nos co-stagiaires qui était de garde au SMUR à Beaujon.

Robert : ils ont eu des blessés ?

Grégory : non mais justement elle a dit non ils étaient pas sur les lieux mais...

Animateur : ils ont reçu quand même des blessés là-bas ?

Grégory : bah ils ont fait toutes les autres urgences en fait. Ils étaient pas dans le dispositif mais...

porte s'ouvre, retardataire

Animateur : on vient juste de commencer par un petit tour pour savoir si les attentats avaient affectés personnellement, médicalement ou professionnellement certains d'entre vous... personne ? Vous non plus vous n'avez pas été affecté ?

Lisa : non, juste je connais des gens qui... bah il y a un camarade qui est rentré, qui revenait donc euh qui était au Petit Cambodge et qui a essayé d'aider des victimes. Il y avait un témoignage sur le Nouvel Obs, je ne sais pas si vous l'avez vu, il disait que... bah il disait ce qu'il avait fait en gros, que les cas qu'il avait vu, bah lui ça l'avait choqué, notamment une dame à qui il demande si elle allait bien pour voir si elle était vivante ou non et son cerveau lui sort dans les mains...

Animateur : d'accord...

Lisa : j'ai une autre amie qui était de garde aux urgences à Saint Louis donc...

Animateur : et elle a eu des blessés ?

Lisa : oui, non non mais c'était...

Animateur : des plaies par balle aussi ?

Lisa : bah il y avait quasiment que ça... c'était apparemment... dur...

Animateur : bah moi le médecin qui s'est installée en face de mon cabinet est morte... elle était au Petit Cambodge.

Lisa : ah oui ?!

Animateur : elle venait de s'installer dans un pôle de santé et euh... bah voilà. 36 ans.

Lisa : c'est que des jeunes c'est horrible...

Animateur : bah oui, c'est ça... Bon ne nous laissons pas accabler... et je vous attends pour une petite histoire. Et vous parlez fort par pitié pour Mandy qui passe ses journées à essayer de vous écouter dans la boîte et qui a beaucoup beaucoup de mal.

silence 34 secondes

Grégory : moi je veux bien parler, il y a pas de souci.

Animateur : Grégory... c'est Grégory l'âme du groupe !

Grégory : donc moi j'étais, j'étais de garde c'était... lundi... lundi d'avant, c'est pour ça j'étais un peu KO à la dernière séance. Et donc j'étais de garde avec un interne de cardio, c'était la première fois qu'il faisait une garde sénior. Donc il gérait tout seul l'USIC. Et bon ça s'est relativement bien passé, en début de soirée, on a fait deux entrées, après on est allé se coucher... et je lui ai dit « pas de souci tu peux m'appeler si il y a un truc » et tout. Et il m'appelle à 3H30-3H40, donc déjà le temps que je réalise, je crois que c'était, j'étais un peu space « oh mince qu'est-ce qu'il se passe ? ». Il m'appelle il me dit « bon on a une dame qui a un SCA ST+, c'est aux urgences, si ça t'intéresse tu peux venir », j'allais pas dire non quand même ! Donc on descend, on est allé aux urgences. Donc en fait l'histoire c'est une dame de 80... plus de 80 ans je crois, ça faisait depuis 17 heures elle avait une douleur thoracique aux urgences, ils ont rien fait pendant longtemps et après 3 heures ils se sont dit « ah, on va peut-être faire une tropo, histoire de... » et oui effectivement c'était tropo positive donc ils nous ont appelés, ils avaient rien fait jusque-là. Donc nous on arrive, bien sûr la dame ça faisait longtemps elle avait pas mangé, rien du tout et clairement on voyait elle en avait marre quoi. Et elle disait « non mais il y a un moment quand le cœur il s'arrête il s'arrête hein, faut pas chercher hein ! » et ouais nous on était là donc on fait l'écho, on fait tout et l'interne il essayait de lui dire « non mais il faut vous accrocher, faut pas dire des trucs comme ça ! » et tout. Et il essayait de dire « vous avez des petits enfants ? » et tout et elle disait « non j'ai rien, j'ai rien », « bon ok » enfin l'interne il était, à chaque fois il essayait de la ramener un peu à ça. C'était juste à mon avis un gros ras-le-bol, elle voulait pas en finir plus que ça mais à chaque fois il essayait et elle, elle disait « non mais j'ai rien ! J'ai rien ! » il y arrivait pas. Donc finalement on l'accepte, enfin, heureusement dans le service. Et pareil on la prend dans le service à 4 heures du mat' et les infirmières étaient un peu KO pareil, et très embêtante la dame... ouais disons pas vraiment embêtante mais assez bizarre quoi, genre par exemple les infirmières lui font la fiche d'admission et elles font « est-ce que vous êtes française ? » et elle dit « oui oui je suis française, ça doit vous changer par rapport à ici ! » *rires* et là on se regarde avec les infirmières on fait « okayyy... » *rires* et pendant tout le truc c'était comme ça et finalement bon au fur et à mesure moi je suis allé l'interroger, ça allait mieux, ça se passait mieux, elle m'a bien expliqué ce qui s'est passé et tout, qu'elle avait déjà été pontée, qu'elle avait eu les mêmes douleurs donc à mon avis c'était surtout assez angoissant pour elle, parce que c'était certes moins intense qu'il y a 10 ans quand elle avait été pontée mais il y avait quand même une douleur. Elle craignait aussi parce que justement on savait pas s'il fallait la coro en urgence donc l'interne à appeler le coronarographe de garde et justement quand elle me parlait elle craignait que, elle me dit « oui il va débarquer à 3 heures, il va pas avoir les yeux en face des trous » et tout. C'était ça, et finalement on a attendu le lendemain matin. Après j'ai pas suivi parce que c'était, bah justement je suis parti pour venir ici quoi... et euh... donc voilà c'était, ouais c'était assez embêtant parce que bon elle était arrivée à 17 heures on se demandait vraiment ce qu'ils avaient fait et je voyais que la dame c'était depuis 17 heures qu'elle était là, elle en avait marre c'était... elle voulait pas en finir avec la vie mais c'était un ras le bol quoi d'être là quoi. Sur le coup on se demandait vraiment ce qu'ils avaient fait depuis 17 heures, parce que la dame était dans un brancard depuis 17 heures, sans rien... et à 3 heures ils se sont dit « tiens, on va peut-être faire un truc » donc c'était...

silence 9 secondes

Alex : c'était la dame du 7 ?

Animateur : attendez je n'entends rien !

Alex : je lui demandais si c'était la dame du 7.

Animateur : si c'était la dame du 7, d'accord !

Grégory : la dame du 7 c'est juste avant d'entrer dans le truc...

Alex : ouais.

Animateur : donc elle est arrivée à 17 heures aux urgences c'est ça ?

Grégory : oui.

Animateur : et sur un brancard elle est restée de 17 heures à 3 heures du mat' ?

Grégory : oui c'est ça.

Richard : avec une douleur thoracique ?

Grégory : avec une douleur thoracique, avec un mot de son médecin traitant, disant « douleur thoracique » voilà.

Animateur : c'est tout ?

Grégory : c'est type « douleur thoracique type angor instable » avec un mot du médecin et ils ont rien fait !

Animateur : d'autant que elle elle avait le diagnostic si personne ne l'avait... elle l'avait puisqu'elle avait déjà eu ça.

Grégory : une douleur thoracique je sais pas c'est basique de faire un ECG, faire une tropo.

Allison : ils ont pas fait d'ECG ?

Grégory : ils ont...

Allison : c'est pas possible !

Grégory : si ils ont fait un ECG...

Animateur : oui mais à quelle heure ? *rires*

Grégory : ah non ils ont fait un ECG mais il n'était pas vraiment interprétable parce qu'elle avait un Pace Maker donc ils savaient pas trop

Allison : ils ont pas appelé un avis cardio ?
Grégory : bah ils ont appelé l'avis cardio à 3 heures... voilà !
Robert : c'est des blaireaux !
Animateur : vous nous rappelez quel hôpital c'est ?
rires

Lisa : pour ne pas y aller...
Grégory : je dénonce pas ! ...c'est Lariboisière.
Animateur : et pourtant Lariboisière cardio bah...
Lisa : oui la cardio oui mais c'est les urgences.
George : les urgences de Lariboisière ça peut aller, enfin je pense...
Richard : je sais pas, moi les urgences jeudi, ils sont venus à 3 heures parce que « ouais on dormait... » *rires*

Grégory : d'accord...
Animateur : bon...
Grégory : à ton avis il s'est passé quoi ?
Alex : à mon avis, comme elle avait déjà un triple pontage il fallait avoir le mot du médecin, enfin le compte rendu pour savoir quel était le pontage avait été fait et après du coup ils ont fait la coro et c'était pas sur le pontage que c'était sténosé et du coup...
Animateur : vous parlez de la même malade là ?
Alex : oui.
Animateur : ah !
Grégory : donc il y avait quand même quelque chose !
Animateur : enfin faut voir la malade, si elle a déjà eu ça et qu'elle a la même chose, faut lui faire confiance... oui vous disiez ? Tous les deux ?
Richard : non je disais que j'étais de garde jeudi aux urgences, justement il y avait plein de patients avec des douleurs thoraciques, et il y avait une patiente avec une douleur thoracique avec des tropo pas très élevées et en gros un peu élevée et les cardio ils sont arrivés ouais ils lui ont dit « bon bah faites des tropo si ça va pas vous les refaites » et ils sont venus à 6 heures du mat' « bon bah on va peut-être la prendre, c'est peut-être inquiétant » du coup c'était...
Grégory : nous c'était la première garde de l'interne donc il était vraiment il voulait qu'il y ait aucun souci et tout donc il y est allé tout de suite quoi.
Allison : et du coup le chef n'a rien dit ?
Grégory : il y avait pas de chef !
Allison : je veux dire aux transmissions le lendemain matin ? Ils ont pas été aller savoir pourquoi ?
Grégory : pourquoi il s'est rien passé ? Non, ils ont pas cherché...
Allison : il faut pas que ça se reproduise quoi !
Animateur : alors il vous a appelé pour quoi ? Pour vous montrer un cas ?
Grégory : il a dit « si ça t'intéresse » bah oui c'est ça quand on est externe de garde c'est on suit l'interne, on aide un peu comme on peut.
Animateur : parce que vous la connaissiez pas la malade ?
Grégory : non c'est juste il m'a appelé il m'a dit...
Animateur : parce que si je comprends bien c'est le nouvel interne ?
Grégory : c'est... oui enfin c'est...
Animateur : donc souvent c'est l'externe qui connaît les malades d'avant.
Grégory : oui mais là c'était une dame aux urgences en fait...
Animateur : ah oui d'accord, elle était jamais venue ? Donc vous avez été tout seul avec elle ?
Grégory : après oui c'est moi qui ai fait l'entrée donc je lui ai posé des questions, je l'ai examinée et tout. Parce qu'elle n'était pas en phase critique, elle n'avait plus de douleurs, à priori ça faisait plus de douze heures donc il n'y avait pas de raison, il avait appelé le coro, il lui avait dit « non on attend demain ça va quoi » et après oui c'est moi qui l'ai interrogée et justement bah ce que je sentais c'était ça elle craignait que ça refasse comme il y a dix ans quoi. Ce qu'elle disait « c'est moins fort mais c'est comme il y a dix ans, il y a dix ans on m'a ouvert on m'a mis des trucs de partout et tout » et moi j'essayais de lui expliquer « mais non maintenant on peut juste passer là, mettre des petits ressorts » et tout, enfin on a peut-être pas besoin, c'est toujours là le problème c'est que je ne sais pas trop ce qu'il faut faire, enfin ce qu'ils allaient faire donc j'allais, j'essayais de lui dire « non il y a pas forcément besoin d'ouvrir », s'il y avait besoin d'ouvrir j'étais un peu mal... ouais enfin j'essayais de la rassurer parce que elle c'était vraiment « non ne l'appellez pas, il va m'ouvrir, il va rien voir à 3 heures du mat' »
Animateur : donc elle avait déjà une certaine expérience des urgences...
Grégory : oui, dont une douleur comme ça et...
Animateur : elle avait peut-être déjà... plusieurs fois je veux dire. Elle a été pontée une fois il y a 10 ans, c'est ça ? Et depuis elle a peut-être été aux urgences plusieurs fois pour autre chose et elle sait que c'est la galère ?
Grégory : elle sait que c'est la galère. Elle avait aussi une prothèse de hanche, je pense que, enfin elle a été opérée à plusieurs reprises, ce qu'elle craignait le plus à mon avis c'est une opération parce que vraiment... une grosse opération c'est pour ça j'essayais de la rassurer régulièrement « c'est rien, c'est une anesthésie locale, on vous passe un tuyau... »
Animateur : comment elle était quand vous lui parliez comme ça ? Est-ce qu'elle se calmait ? Est-ce qu'elle était mieux ?
Grégory : elle se calmait... mais de temps en temps elle sortait des fulgurances comme ça...
Animateur : oui ce qui prouve que elle avait toute sa tête.
Grégory : mais elle était plus calme quand on essayait de lui expliquer que non on allait pas... après je pense que ça la rassurait aussi quand on lui a dit « non on va attendre demain matin. » parce que là pour elle avait plus de douleurs, elle n'avait plus rien. Mais nous on voyait qu'elle avait la tropo et... je crois elle avait des anomalies à l'ECG aussi, malgré le pacemaker on arrivait à voir. Donc on savait mais ça la rassurait aussi de dire « non c'est demain matin, le service normal, on n'a pas besoin de faire venir quelqu'un. »
Animateur : et c'était vrai cette histoire de famille, c'est-à-dire que ?
Grégory : je n'en sais rien du tout. Ça me paraît bizarre mais je pense c'est surtout... enfin c'est bizarre à chaque fois l'interne il essayait de dire « oui il faut vous accrocher, vous avez des petits enfants... » « Ah non ! »
chuchotements

Grégory : elle n'en avait pas ?
Animateur : des enfants déjà pour commencer non ?
Alex : non je crois qu'elle n'en avait pas...
Animateur : ni enfants, ni petits enfants ?

Grégory : moi c'est ce qu'elle me disait.

Alex : en tout cas petits enfants je suis sûr que non...

Grégory : tu l'as interrogée non ?

Alex : moi je suis arrivé plus tard que...

Animateur : parlez plus fort s'il vous plaît.

Alex : moi je l'ai vu après donc je sais pas mais enfin à chaque fois qu'on lui parlait de ça elle nous disait qu'elle avait pas de petits-enfants, elle en avait pas... elle allait de mieux en mieux, au début elle était vachement bourruée, elle rembarrait un peu tout le monde et à la fin quand elle est sortie elle allait vraiment beaucoup mieux. Une fois qu'on avait eu son compte rendu, qu'on lui avait dit qu'on ferait la coro avec, en regardant bien ce qu'elle avait avec sa chirurgie d'avant, du coup on en ferait qu'une de coro, elle a commencé à voir qu'on s'occupait bien et puis...

Grégory : même moi dès les premières heures je voyais que ça allait mieux, au début elle rembarrait vraiment tout le monde, après ça se calmait.

Animateur : il y avait de quoi non ? Elle avait une prothèse de hanche, elle avait peut-être envie de faire pipi, elle est sur le brancard de 17 heures à 3 heures du matin.

Grégory : je comprends il y avait de quoi, c'était.... Après nous bah ça nous paraît bizarre parce qu'on vient de la voir... Qu'est-ce qu'ils ont foutu depuis 17 heures ?

Porte s'ouvre

Grégory : et la dame la pauvre, elle est là dans un brancard. C'était vraiment on a débarqué elle était vraiment dans un petit box porte fermée et tout dans son brancard...

Animateur : elle pouvait être très en colère !

Grégory : elle était encore habillée avec les chaussures, le sac à main à côté... On a dit « ouais c'est bizarre » et je comprends qu'elle soit comme ça.

Animateur : vous lui avez signifié que vous compreniez qu'elle soit en colère ?

Grégory : oui. J'ai essayé de lui dire justement « oui on comprend ça fait longtemps » parce qu'elle n'avait pas mangé donc. On lui a proposé je crois justement. Oui on lui a proposé quand elle est arrivée de manger parce que comme la coro n'était pas programmée elle pouvait manger, oui c'est ça c'est en gros ça allait mieux. Tout de suite quand elle a vu qu'on s'occupait d'elle...

Animateur : mais pourquoi elle avait plus mal, vous avez donné des antalgiques ou parce que c'était vraiment instable, un coup elle avait mal et... ?

Grégory : oui c'était ça. C'était pas une grosse douleur je crois qu'elle décrivait, c'était la même douleur. Ce qui nous a fait tilter c'est que c'était la même douleur qu'il y a dix ans mais c'était pas une douleur oppressante, anxieuse...

Lisa : c'est pas un peu de la torture de la part des urgentistes de laisser comme ça, le patient... ne pas laisser le patient manger c'est qu'ils s'attendaient à ce qu'il y ait peut-être quelque chose mais pourtant pour qu'il y ait peut-être quel chose il faut qu'ils contacte la cardio mais ils contactent pas la cardio et ils font même pas la tropo... *rires* c'est un peu fou !

Grégory : honnêtement on a rien compris. Et la dernière garde où c'était arrivé, c'était pareil on a eu le même type de cas c'était un monsieur qui était en FA depuis...

Animateur : j'ai pas entendu ?

Grégory : c'était un monsieur qui était en fibrillation atriale depuis 4-5 heures et personne n'avait pensé à l'anticoaguler. Et techniquement il s'est passé ça, on est arrivé aux urgences, la chef, j'étais de garde avec le chef donc elle a essayé de leur expliquer « faut faire ça, faut faire ça » et après quand on repartait c'était « ah mais ils ont fait n'importe quoi encore ! » donc c'est qu'à priori il y a des petits soucis de ce côté... donc oui je comprends, depuis 17 heures... Ce n'est pas possible ! Ils la laisse là depuis 17 heures et puis « ah oui, on va appeler le cardio. »

Robert : et quand t'es arrivé aux urgences avec ton interne, il a rien dit aux gens des urgences ?

Grégory : oui c'est l'interne, c'est sa première garde il a rien dit. Même la chef typiquement devant les urgences elle a rien dit mais après c'était en rentrant dans le truc elle a dit « c'est n'importe quoi ce qu'ils ont fait ! »

Robert : c'est à eux qu'il faut le dire, c'est pas à toi !

Grégory : ouais, moi elle me disait... enfin... j'étais de garde, elle me disait plus « c'est n'importe quoi, ils ont fait n'importe quoi, toi il faut pas que tu fasses ça quoi ! »

Animateur : bah voilà : ce qu'il ne faut pas faire ! Donc vous aviez quel sentiment vis-à-vis de cette malade ? De la compassion ? De l'empathie ? D'essayer de la...

Grégory : je comprenais que ça l'embête de, d'être restée là et d'avoir en tête que oui il va peut-être falloir opérer, de faire venir... je pense qu'elle pensait qu'il fallait faire venir le chirurgien à 3 heures et tout...

Animateur : oui mais je pense plutôt de dysfonctionnement, vous auriez pu être pris entre le, l'envie de dire « oui je vous comprends parce qu'il y a eu un dysfonctionnement aux urgences » et peut-être que vous vous êtes pas autorisé à dire ça ne serait-ce que...

Grégory : ça je ne le dirais pas.

Animateur : voilà.

Grégory : je vais pas dire « oui il y a eu un problème... »

Animateur : ils déconnet complètement oui, oui. Mais on peut, on peut avoir envie de dire ça. De dire « je comprends très bien dans quel cas vous êtes puisque... »

Grégory : parce qu'on voyait qu'ils ont rien fait mais j'allais pas dire à la patiente « bah voilà ça fait depuis 17 heures, ils ont rien fait depuis 17 heures... »

Animateur : oui, mais vous auriez eu envie de le dire ? Pour vous aider à être empathique ?

Grégory : j'aurais voulu lui dire mais bon... on ne peut pas critiquer comme ça...

Animateur : non non je sais bien mais vous avez senti cette ambivalence de dire...

Grégory : s'ils ont rien fait je pense pas que c'était de l'incompétence, ils avaient autre chose à faire ou...

Animateur : oui mais à Lariboisière, ils ont environ 6 d'attente...

Grégory : ils ont une tropo délocalisée, ils ont des petites machines là-bas, ils prennent une prise de sang ils mettent dans la machine, ça tombe tout de suite quoi !

Robert murmure

Animateur : pardon ?

Robert : ils ont attendu 7 heures pour faire ça, c'est pas vraiment parce qu'ils sont surbookés, si c'est juste pour une prise de sang...

Grégory : je sais pas ce qu'il s'est passé...

Animateur : je crois que les urgences de Lariboisière c'est un peu le système... c'est pour ça que quand, moi j'ai... moi j'ai pas souvent utilisé les urgences, je préférais faire n'importe quoi d'autre parce que non seulement les patients attendent 6 heures, 7 heures, ou 8

heures mais en plus ils sont débarqués à 4 heures du mat' et on leur dit « au revoir, vous pouvez rentrer chez vous ! » il y a plus de métro, il y a plus rien.

Grégory : on sait qu'en arrivant aux urgences à 3 heures, c'est bondé quoi. Il y a des patients partout, dans les brancards... mais je peux comprendre que, c'est pas bien de ne rien avoir fait jusqu'à 17 heures mais je peux comprendre qu'ils... que ça arrive...

Robert : mais elle est arrivée avec sa lettre du médecin traitant, du coup...

Grégory : ouais elle avait une lettre.

Animateur : dans la lettre il y a avait pas marqué justement pour sa famille ? Si elle était seule ou si ?

Alex : non.

Silence de 8 secondes

Animateur : donc qu'est-ce qui vous a le plus gêné vous ? Relationnellement par rapport à cette dame-là ?

Grégory : relationnellement ? Moi ce qui m'a gêné c'est de voir justement que, qu'elle était assez vache avec nous, avec le personnel soignant, avec les infirmières et tout alors que nous on savait très bien que c'était surtout qu'elle en avait marre, c'était un ras-le-bol d'être restée là jusqu'à 17 heures et si on mettait ça, nous on venait à peine de la voir on découvrait et...

Animateur : et quand vous dites « nous » là c'est qui ?

Grégory : l'équipe de l'USIC on va dire, l'interne, les infirmières et tout...

Animateur : donc les infirmières aussi comprenaient qu'elle était hargneuse ?

Grégory : je pense qu'elles comprenaient mais sur le coup c'est vrai que ça fait bizarre de voir une dame comme ça qui refuse tout.

Animateur : on lui a refusé tout pendant 7 heures, elle a le droit de refuser les choses !

Grégory : elle voulait pas faire la prise de sang, elle voulait même pas que je lui fasse un ECG.

Animateur : et vous vous avez compris pourquoi, plus que les infirmières ?

Grégory : non je pense qu'elles aussi...

Animateur : non elles aussi avaient compris ?

Grégory : quand on leur a expliqué, elles aussi « oui depuis 17 heures ! » elles comprenaient que la dame en avait marre. Je pense que la personnalité de la dame fait que c'était assez choquant quand elle sort toutes les vacheries qu'elle a pu sortir au début et ça a continué dans la journée, je peux comprendre que ça choque quoi.

silence 10 secondes

Animateur : c'est vous qui êtes censés travailler hein ! C'est pas moi, je peux continuer pendant des heures à poser des questions mais c'est pas mon rôle en principe !

silence 10 secondes

Grégory : Richard t'es aux urgences Lariboisière ?

Richard : non j'ai fait une garde jeudi.

Grégory : ça se passe toujours comme ça ou c'est... exceptionnel ?

Richard : non jeudi ça s'est bien passé. Justement je suis étonné quoi.

Grégory : là je te dis ça fait deux fois quand même que ça arrive. Des petits trucs comme ça.

Richard : ouais non nous les douleurs thoraciques en général ils ont toujours, enfin jeudi ils avaient toujours des prises de sang, des ECG et même quand c'était pas typique et que c'était un peu bizarre, tout le temps... bah il y a une patiente qui est chez vous et qui était chez nous jeudi soir, je vais pas dire son prénom mais elle était partie en cardio, et justement le cardio il est arrivé à 6 heures alors qu'on avait appelé le cardio à 3 heures, il nous a dit « ouais faire une tropo et un ECG » et il s'est pointé à 6 heures et demi quoi !

Grégory : t'avais fait une tropo normale ou délocalisée ?

Richard : non non mais il y a pas de tropo délocalisée aux urgences.

Grégory : c'est les petites machines.

Richard : non non c'est pas les tropo ça.

Grégory : t'es sûr ?

Richard : c'est pas les tropo c'est les gaz du sang.

Grégory : ils ont une tropo délocalisée ?

Richard : je sais pas parce que moi je sais qu'on doit attendre le labo, justement les tropo on les a attendu 4 heures je crois.

Grégory : souvent c'est ça on va attendre 4 heures...

Richard : enfin je sais pas la nuit si elle marche mais en tout cas je sais que la machine qu'il y avait c'était pour les gaz du sang. Et ils ont attendu ouais 3-4 heures pour avoir les résultats de la tropo quoi. Du coup elle a attendu quoi, la cardio elle a dit « ouais le résultat de la tropo vous nous la dites et bah... »

Grégory : c'est vrai que c'est ça quand on vient en cardio ils nous disent « personne avec une douleur thoracique, ECG on sait pas trop » et « faites une tropo et on revient dans 3 heures. »

Richard : ouais c'est ça, tous les patients ont la même prise en charge quoi.

Grégory : justement ils avaient pas appelé avant de faire la tropo, ils ont appelé une fois que la tropo était positive. Donc je pense que ça a contribué aussi à... au petit retard.

silence 19 secondes

Animateur : alors moi j'ai encore une question. Vous avez dit, alors je sais pas si c'est vrai mais, si c'est les propos rapporté par le malade mais vous avez dit quand l'interne essayait de savoir si elle avait des petits enfants ou des enfants elle disait « j'ai rien ».

Grégory : c'est exactement ce qu'elle disait.

Animateur : elle disait pas « j'ai personne » ?

Grégory : elle disait « j'ai rien » pas « j'ai personne. »

Animateur : « j'ai rien » c'est pas la réponse à « est-ce que vous avez des enfants ? » parce qu'en général on répond « j'ai personne » ou « j'ai pas d'enfants. »

Grégory : je sais mais elle disait vraiment « j'ai rien. »

Animateur : « J'ai rien ! »

Grégory : je disais « vous avez un mari ? Vous avez des enfants ? » Elle me répond « j'ai rien. »

Animateur : « j'ai rien » elle disait pas « j'ai personne » c'est assez curieux.

Grégory : oui mais moi ça m'a déstabilisé parce qu'on dit pas « j'ai rien » on dit...

Animateur : bah oui.

Grégory : peut-être « j'ai personne » ou « non je vis seule » ou « je suis veuve » là c'est « j'ai rien. »

Animateur : « j'ai rien » parce que « ça fait 6 heures que je suis sur un brancard et que j'ai plus rien à foutre de cette situation » « j'ai rien à secouer de vous » c'est ça l'idée hein. « J'ai rien à faire ici » « j'ai rien à vous demander » « j'ai plus rien à vous demander » « j'ai rien. »

Grégory : oui mais j'ai pas fait gaffe mais sûrement ça, c'est « j'ai rien » aussi « j'ai rien, j'ai pas de douleurs, je peux partir c'est bon ! »

Animateur : « foutez-moi la paix » ...comme quoi les mots utilisés par les patients sont quand même importants ! On peut les réinterroger sur ce que vous voulez dire par « rien » qu'est-ce que ça veut dire « j'ai rien » ? Le redemander quand vous êtes étonné par quelque chose...

Grégory : j'avais pas tilté sur le coup « j'ai rien » ouais on l'a réinterrogé « vous avez des petits enfants et tout ? » « Non » mais c'est vrai je suis pas allé plus loin.

silence 16 secondes

Animateur : donc vous étiez en situation empathique de vouloir aider une patiente parce que vous voyiez, rendez bien compte qu'elle avait besoin d'aide mais vous étiez coincé par le fait que si vous aviez explosé votre colère avec elle vous auriez dit que les urgences n'avaient pas fait leur boulot.

Robert : pourquoi il faudrait pas le dire ?

Animateur : pardon ?

Robert : pourquoi il faudrait pas le dire ?

Animateur : bah... demandez-lui... *rires*

Grégory : bah je trouve toujours ça limite de dire c'est la faute de...

Allison : au patient ? Tu peux pas dire ça !

Grégory : même quand...

Allison : t'es censé protéger tes... pas protéger mais défendre...

Robert : ils ont fait n'importe quoi. Tu peux dire « moi je trouve pas ça normal que vous ayez attendu 8 heures ! »

Allison : oui mais ça va pas arranger les choses, ça change rien au fait qu'elle ait attendu 8 heures je pense.

Animateur : ça peut être dramatique, ça peut avoir, quelqu'un de son côté, enfin quelqu'un de son côté !

Allison : « Je comprends ce que vous vivez, je crois que c'est pas normal » oui mais tu dis pas « c'est pas normal, ils... » enfin il y a une façon de le dire, enfin c'est ce que je veux dire...

Robert : oui une façon de le dire, t'es externe tu vas pas dire que le chef des urgences c'est un tocard !

Allison : oui voilà.

Animateur : c'est ce que vous avez voulu éviter ça ?

Grégory : ouais moi, quand je fais les observ' et tout j'évite de dire oui la dame elle a des douleurs depuis 6 mois, son médecin généraliste n'a rien fait. Tu vois j'évite.

Robert : des fois il faut le dire quoi enfin tu peux pas...

Grégory : je dis, quand je l'interroge je dis « vous avez vu votre généraliste ? » « oui » « il vous a dit quoi ? » « bah rien » « ok d'accord, bon... »

Robert : t'écris quoi à ce moment-là ? Il a rien fait, il a rien fait !

Grégory : bah voilà il y a un trou dans l'histoire de la maladie de 6 mois.

Animateur : quand même ! *rires*

Grégory : janvier : douleur, juin : consulte son cardio *rires*

Allison : mais son médecin n'a rien fait ?

Grégory : non mais ça... je sais pas mais ça arrive des fois.

Allison : mais le fait de rediriger vers un cardiologue c'est pas ?

Grégory : rediriger au bout de 6 mois ?

Allison : oui, c'est urgent quoi.

Grégory : ça arrive... ça arrive souvent quoi. Donc j'évite moi de critiquer... parce que je me dis justement, on sait pas ils ont d'autres impératifs, les urgences peut-être qu'ils étaient débordés...

Robert : c'est pas critiquer, c'est critiquer ce qui s'est passé, c'est pas critiquer les gens pour dire qu'ils sont incompetents. Tu peux dire il y a eu un dysfonctionnement aux urgences, sans dire il y a un médecin aux urgences qui a fait mal son boulot...

Animateur : il y a peut-être eu un dysfonctionnement, il y a peut-être eu dysfonctionnement.

Grégory : c'est vrai. Ouais mais est-ce que tu le reportes directement au patient ?

Allison : parce que tant que t'as pas parlé avec...

Grégory : je pense pas que ça avance... si tu le dis au patient ça va certes l'aider à comprendre pourquoi il a pas été pris en charge tout de suite mais ça va pas plaire au chef. C'est pas à nous de le dire mais ça sera à reporter au chef pour voir pourquoi il y a eu dysfonctionnement.

Animateur : mais dans l'instant vous avez besoin de la rassurer, d'éponger sa colère, elle est super en colère, vous avez besoin d'être à ses côtés. Et pour être à ses côtés ou vous êtes contre, ou vous êtes pour, vous voyez ce que je veux dire ? Ou vous dites...

Grégory : bah c'est toujours ça...

Animateur : voilà, donc c'est une situation assez fréquente.

Grégory : honnêtement elle m'a pas demandé « pourquoi vous avez attendu ? », « pourquoi on me prend que maintenant ? »

Robert : parce qu'elle le sait en fait, tu le dis ça va rien changer, elle le sait très bien que c'est un bordel, tu vas rien lui apprendre. Enfin ils sont pas naïfs, ils savent bien que quand ils attendent 8 heures c'est qu'il y a un truc qui va pas enfin... enfin ils trouvent ça normal maintenant... c'est les urgences quoi. Je sais pas.

Animateur : c'est vrai que le mot de dysfonctionnement ça peut faire appel à procès, si vous dites ça à quelqu'un de moins vieux sans doute « ça a dysfonctionné » le type il dit à sa famille « l'interne ou l'externe m'a dit que ça avait dysfonctionné donc je fais un procès à l'hôpital ! »

Robert : il y a des mots à éviter mais...

Animateur : oui mais c'est moi qui l'ai inventé celui-là mais alors je le retire parce que c'est vrai que c'était pas le bon mot mais justement ce que vous présentez comme cas c'est comment je m'en sors pour à la fois rassurer la patiente sans fiche le bazar dans le service ou l'hôpital ou faire porter la honte sur le service.

Robert : si le patient il a envie de faire le bazar il va le faire quoique l'externe lui dise. Enfin ce qu'on dit n'a pas non plus parole enfin pas non plus de valeur...

Animateur : oui mais pour la suite je suis d'accord avec vous mais dans l'instant là, il vous rapporte un cas qui l'a embarrassé parce qu'il était à cheval entre rassurer et rassurer ça voulait dire aussi « je suis d'accord avec vous, c'est la merde ! »

Allison : pour moi tu peux rassurer sans lui dire : « il y a eu un problème vous avez raison. »

Animateur : oui c'est ça c'est...

Allison : il y a pas besoin pour la patiente...

Grégory : « Maintenant vous inquiétez pas on va s'occuper de vous, on va faire tous les examens. »

Animateur : et si je vous dis « il serait temps ! Il serait temps de vous occuper de moi ! » qu'est-ce que vous répondez ?

Allison : « Bah on est là pour ça ! »
 Lisa : « Bah c'est le moment, on est avec vous ! »
 Allison : « vous avez raison ! »
 Animateur : « Vous avez raison », voilà c'est ça.
 Robert : souvent j'entends les médecins dire « c'est bizarre » quand le patient lui disait un truc qui allait pas : « c'est bizarre. »
 Animateur : « on ne comprend pas pourquoi. »
 Robert : et puis derrière c'est « c'est des tocards ! »
 rires

Animateur : il y a sûrement des formules à trouver, individuellement d'ailleurs ! Parce qu'on n'a pas de recettes là-dessus et il n'y a pas de mots qui aillent pour tout le monde, à la fois pour le médecin et pour le malade. Dans cette situation vous n'avez pas trop osé coller à « ils sont cons ces urgentistes. »

Lisa : mais c'est vrai que maintenant la peur des procès est beaucoup plus présente pour beaucoup de choses, même parfois il m'ait déjà arrivé d'avoir un interne qui avait fait une faute et il fallait absolument pas dire à la patiente, tout le monde a évité de dire à la patiente qu'elle était revenue en fait en urgence pour thrombose de stent parce que l'interne à oublier de rajouter les anticoagulants sur stent actif « ah bah oups » *rires* elle était pas au courant et personne lui a dit et le but c'était de... je sais pas... c'est un peu bizarre...

Robert : après ça dépend des services hein.

Animateur : qu'est-ce qui dépend ?

Derek : tant c'est pas écrit il y a pas de problème quoi. C'est à partir du moment où c'est consigné dans une observation qu'on constitue une preuve. Enfin si on dit à l'oral qu'il y a un dysfonctionnement il y a aucun problème.

Lisa : t'es obligé de l'écrire si il y a un...

Allison : si elle le découvre après... c'est encore pire !

Robert : là pour le coup les anticoagulants elle les a pas eu, il y a pas de trace de l'ordonnance.

Derek : là par contre c'est pas normal.

Allison : c'est pas normal, enfin ça peut arriver mais...

Robert : la première chose qu'on m'a dit en staff universitaire en gastro c'est quand tu fais une connerie tu dois t'excuser.

Grégory : ils en ont parlé ?

Lisa : quoi ?

Grégory : à l'interne qui a fait l'erreur, ils en ont parlé ?

Lisa : bah je crois qu'il s'est fait engueulé par les chefs mais en même temps les chefs c'était de leur faute aussi ils avaient qu'à relire l'ordonnance. En vrai ils sont censés systématiquement relire les ordonnances avant les sorties ! Normalement ! Mais en USIC notamment ils ne le font pas donc... bon je pense que l'interne ne fera plus la même erreur.

Robert : ça dépend si c'est un interne de premier semestre ou de huitième, c'est pas pareil enfin...

Animateur : mais pour revenir à votre cas je me demande quand même si le médecin généraliste n'a pas eu tort de ne pas appeler le SAMU ? Parce que quand sa malade arrive par le SAMU à l'hôpital...

Grégory : je sais pas s'il a appelé le SAMU ou si elle est venue toute seule...

Animateur : bah si elle est arrivée aux urgences... à mon avis quand on arrive avec le SAMU on reste pas 8 heures sur un brancard.

Grégory : je pense qu'elle est venue toute seule aux urgences.

Animateur : bah elle est pas venue toute seule si elle avait une lettre ?

Lisa : est-ce qu'il y a une feuille du SAMU dans son dossier ? On la garde après...

Alex : non elle est venue aux urgences pas par le SAMU parce que le SAMU il arrive directement dans notre service et il passe pas par les urgences.

Grégory : non c'est ça elle avait juste une lettre du médecin.

Animateur : j'ai rien compris. Donc elle avait vu son médecin pour cette douleur ? Son médecin a fait une lettre pour les urgences, elle est arrivée toute seule aux urgences même pas en ambulance ?

Grégory : elle est arrivée toute seule aux urgences, même pas en ambulance.

Animateur : d'accord. Donc à mon avis il y a probablement aussi un dysfonctionnement que je mets entre guillemets et en italique et en tout petit, police 8-10, un dysfonctionnement du médecin généraliste. A mon avis pour une douleur thoracique chez une dame qui a déjà été pontée, je pense qu'il aurait dû appeler le SAMU. Parce que le SAMU peut déjà faire une thrombolyse ou un ECG ou...

Grégory : et puis il les amène toute suite en USIC.

Animateur : bah oui donc c'est une cascade de dysfonctionnement. Alors qu'avez-vous appris sur vous-même, professionnellement ?

Grégory : bah justement c'est le fait d'être à cheval entre est-ce que je le dis et est-ce que je le dis pas. C'était aussi avec une dame c'est peut-être pas la première fois mais qui est vraiment réticente, qui est vraiment assez méchante avec les infirmières et tout donc j'étais là je me disais « bon qu'est-ce qu'on fait » et puis honnêtement j'ai pas lâché, j'ai essayé de la rassurer et tout et après je voyais que ça allait mieux donc il y avait pas... pas de souci mais c'est ça à un moment je me suis dit « bon elle est vraiment méchante là qu'est-ce que je fais ? »

Animateur : vous étiez aussi à cheval sur c'est une sympathique malade et une sorcière ?

Grégory : j'en ai marre j'arrête de l'interroger je vais faire mon observ' tout seul et je vais me recoucher ou est-ce que je prends le temps ? Bon au final comme je voyais que même le fait de dire « on va s'occuper de vous » ça allait toute suite mieux j'ai dit « bon ça va un peu mieux. »

Animateur : donc vous avez appris que quand on insiste un petit peu les personnes peuvent revêtir un autre aspect extérieur et devenir gentil alors qu'elles étaient méchantes. Il faut pas s'arrêter à son premier sentiment.

Grégory : parce qu'après ça allait tout de suite mieux. De temps en temps elle avait des petites fulgurances comme ça... ça allait nettement mieux.

Animateur : quelqu'un veut rajouter quelque chose ? Quand je dis ajouter c'est parler, dire quelque chose de ce cas...

silence 8 secondes

Animateur : alors quand vous aurez les ECOS là, en décembre, avec la grille d'évaluation, l'objet c'est comment vous avez une relation avec le patient et parmi les sujets qu'on peut vous proposer c'est comment dire non à un patient qui demande quelque chose d'extravagant ou pas d'extravagant d'ailleurs, une demande qui est faite et comment vous allez dire non sans ni recevoir un poing dans la figure ni faire un scandale là où vous êtes. Et la deuxième chose c'est éventuellement dans les situations qu'on propose dans les ECOS puisque j'en ai fait quelques-uns des ECOS, c'est l'annonce d'une maladie grave, cancer, VIH tout ce que vous voulez enfin... comment annoncer les choses au patient. Donc c'est une grille où on regarde si vous avez dit bonjour, si vous avez souri, si vous avez regardé le patient dans les yeux, si vous avez... enfin toutes ces choses-là, je vais pas vous donner la grille parce qu'autant vous donner l'examen au final, mais je veux dire

c'est à ça qu'il faut prêter attention. Donc c'est l'exercice qu'on fait nous en groupe ici c'est de vous rendre conscient de comment vous êtes avec un patient.

Allison : et on devra faire l'annonce du diagnostic, enfin si on tombe sur ce thème ? Alors que c'est pas à nous de le faire tout de suite ?

Animateur : ouais.

Allison : d'accord...

Grégory : il y a forcément un moment où ça sera à nous de le faire...

rires

Animateur : comme vous le disiez au départ « je suis pas médecin » mais quand même il y a des chances que vous le deveniez, enfin c'est ce qu'on peut espérer pour vous disons. Alors ici les ECOS c'était avec les maîtres de stage, c'était le maître de stage qui fait le patient mais pour que ça soit bien uniforme puisqu'à Paris Descartes c'est un acteur, là ça sera un acteur, et que pour que ça soit bien uniforme puisqu'une fois encore c'est une étude multicentrique il faut pas ajouter des biais trop nombreux, l'acteur proposera toujours la même situation dans les trois facs.

Allison : et la situation on la sait le jour même ?

Animateur : oui !

Grégory : t'as un patient qui arrive, tu le vois.

Animateur : comme quand un patient arrive, il rentre ! D'ailleurs ici on fait rentrer le patient, c'est-à-dire le maître de stage est à la porte et c'est lui le patient et le docteur vient lui ouvrir la porte et le patient rentre et vos faits et gestes, regards et paroles seront cochés. Vous avez fait ou vous avez pas fait quoi.

Richard : et comment on annonce à quelqu'un une maladie grave ? Enfin, parce que bon là, là clairement je... ça m'a pas aidé là. *rires* enfin ce qu'on a fait ça m'a pas aidé à...

Animateur : est-ce que vous avez au moins une situation ? Est-ce que vous avez vu quelqu'un annoncer une maladie grave ? Est-ce que vous avez un interne ?...

Richard : je sais plus si c'est toi ou James qui avait dit « ouais on a annoncé à quelqu'un un cancer. »

Allison : non c'est moi, j'avais dit cancer du pancréas.

Richard : ouais enfin on a eu une fois, ça ne m'a pas aidé hein.

Robert : t'avais vu une annonce de cancer ?

Allison : ouais.

Richard : c'était l'interne non qui l'avait annoncé ?

Allison : c'était l'interne, c'était même pas prévu à la base mais il a compris toute suite en fait donc euh. Elle avait dit le mot « tumeur », enfin non c'était pas tumeur, « une masse ». Parce que c'était pour décrire ce qu'on avait vu au scanner et donc elle avait pas trop le choix et au final il a compris toute suite « ah c'est bon j'ai un cancer » je suis restée comme ça du coup...

Richard : bah du coup voilà, là pour l'instant j'ai pas l'impression que ça m'a aidé à...

Animateur : il faudrait que quelqu'un raconte un cas et que vous vous imprégniez de quelles sont les questions à poser qui vous ont inquiétées sur ce cas-là.

Alex : mais le jour des annonces de cancer on nous demande enfin, moi on m'avait demandé de pas être là.

Allison : ça dépend, il faut pas que t'insistes mais que tu demandes parce que c'est comme ça que t'apprends...

Alex : oui mais même, ils y étaient allés à deux, c'était tout, ils avaient fait sortir le patient en chambre double, enfin... j'ai pas vu.

Lisa : c'est vrai qu'après être trop comme ça...

Allison : ça dépend des gens parce que dans notre stage...

Grégory : quand t'es là dans la chambre les bras comme ça...

Lisa : si la patiente est anxieuse et voit trois comme ça qui lui annonce pour elle c'est sa mort enfin ça fait quand même un peu les, pas les bourreaux, je sais pas ça fait un peu bizarre...

Allison : mais justement il faut plusieurs personnes aussi pas que une parce que quand t'es quelqu'un d'extérieur tu vois la chose différemment de la personne qui est en train de parler.

Lisa : ouais.

Allison : et quand tu parles tu te rends pas compte des fois de ce que tu dis, et tu te rends pas compte que tu peux être mal comprise par la personne, tu vois c'est un peu difficile. En plus t'as quelqu'un pas forcément un externe, voilà deux c'est bien, pas trop non plus.

Lisa : ouais c'est vrai, deux c'est bien ouais, trois ça fait trop...

Animateur : alors il y a pas un cas ? Vous n'avez pas un cas d'annonce de maladie grave que vous n'auriez pas... ? Allons-y, fort hein !

Chris : ouais je sais pas si ça sera très pertinent mais c'était un patient qui était, moi je suis en cardiologie à Bichat et c'était un patient qui était hospitalisé parce qu'on lui avait fait un remplacement valvulaire je sais plus lequel et il avait une suspicion de SIDA, donc on avait fait tous les tests pendant son hospitalisation qu'on avait envoyé aux infectiologues et petit à petit ça se confirmait et au final bah il avait bien le SIDA. Du coup j'étais pas là quand ils l'ont annoncé parce que c'est les infectiologues qui sont venus pour l'annoncer, c'était pas les cardiologues mais on m'a rapporté sa réaction et comment c'était et en fait ils lui ont dit qu'il avait le SIDA et il a dit « ah ok » et c'est tout. Et après je l'ai revu un peu plus tard, on a reparlé de ça et il nous a expliqué à moi plus les internes que il savait à peu près où est-ce qu'il l'avait choppé en gros c'est sans doute qu'il avait trainé dans un pays... Il était urgentiste le monsieur mais il était persuadé que c'était pas comme ça qu'il l'a eu. Et vu qu'il avait fait des voyages, il avait dû se faire plaisir et puis il avait dû l'attraper comme ça. Mais il nous avait dit que ça l'inquiétait pas trop, il était plus inquiet par rapport à son cœur en fait.

Animateur : il était urgentiste ? Médecin ?

Chris : oui.

Animateur : oui alors annoncer à un médecin c'est encore autre chose !

Grégory : tu dis il s'y attendait en fait ?

Chris : ah non il s'y attendait pas mais il s'en foutait.

Richard : je le comprends en même temps le VIH c'était une maladie grave grave il y a 30 ans, c'est toujours grave mais on peut vivre avec, enfin je veux dire c'est pas comme un cancer où on dit de toute façon...

inaudible *parlent en même temps*

Richard : après oui c'est une annonce assez terrible mais je peux comprendre qu'il soit « ah d'accord. »

Robert : il avait quel âge ?

Chris : genre il devait avoir 55-60 ans ?

Robert : ça dépend des implications aussi, si t'es marié...

Animateur : alors est-ce qu'il était au courant que vous aviez demandé les tests ? Est-ce qu'on lui a bien dit ?

Tous en même temps : t'es obligé !

parlent en même temps

Lisa : ils le font pas tout le temps, c'est une fois sur deux en général...

Animateur : vous avez lu les recommandations pour l'annonce d'une maladie grave ?

Robert : j'ai eu un topo dessus en pancréato...

Animateur : avant décembre vous pourriez jeter un œil sur les recommandations pour l'annonce d'une maladie grave... non mais j'aimerais que vous soyez brillants, que ça m'intéresserait moi égoïstement !

Derek : mais c'est quand ce ?

Lisa : le 8 ou le 9...

Animateur : je crois que c'est le 9 et le 13 il y a deux dates. Vous êtes tirés au sort... C'est le 8 ? Ah pardon.

Allison : le 13 c'est un dimanche

Animateur : Il y a que le 8 ici ?

Mandy : non mais pour eux, il me semble que c'est le 8.

Animateur : ils sont pas tirés au sort, ça a été décidé déjà ?

Allison : et c'est où par contre ?

Animateur : c'est ici.

Robert : après en cancéro je sais pas toi tu pensais au malade qui avait compris tout de suite, mais nous on a le cas là en ce moment, enfin c'est pas mon patient donc j'ai pas... j'ai suivi ça d'assez loin par écrit sur les trans' mais le patient il a beau avoir compris on ne considère pas que l'annonce est faite, temps qu'il n'a pas eu consultation avec une preuve anapath de cancer.

Allison : oui oui, je comprends, quand je parlais d'annonce...

Robert : c'est-à-dire le patient il sait qu'on a vu une tumeur au scanner, on lui a dit dans sa chambre et il a compris, on lui a dit que c'était sûrement grave mais on lui a quand même dit que... on n'a rien de prouvé du type de... enfin là on considère quand même que l'annonce n'est pas faite. C'est pas la vraie annonce qui est censée se faire dans le bureau du médecin, par un sénior ou par un interne.

Animateur : le problème si vous dites « sûrement grave » alors que vous n'avez pas l'anapath, vous pouvez peut-être pas dire « c'est sûrement grave. »

Robert : bah il y a une masse de 15 cm dans le pancréas qui a une tête d'adénocarcinome à l'imagerie, que il y a une altération, que voilà quoi.

Allison : il y avait une altération de l'état général ?

Robert : on attend l'anapath certes mais la chance que ça soit une tumeur bénigne elle est à zéro quoi.

Animateur : oui mais est-ce que vous êtes autorisé sans l'anapath à...

Allison : mais le patient, enfin ça dépend des patients mais...

Robert : le truc c'est que, mais les dates ont fait que la consultation... on a dû lui faire une ponction hépatique et lui poser un PAC donc enfin...

Grégory : quand on dit biopsie ils comprennent tout de suite...

Robert : ouais ! On leur dit rien avant la biopsie mais on doit bien lui expliquer pourquoi on lui fait la biopsie.

Lisa : on doit expliquer pourquoi on fait la biopsie oui ! On doit expliquer pourquoi on fait la biopsie.

Robert : bah ouais, parce qu'il y a une masse au scanner...

Animateur : oui mais là on est pas encore dans l'annonce, on est dans la démarche médicale pour faire un diagnostic.

Robert : quand même le patient, il comprend quoi. On lui dit qu'il a une masse, on lui dit qu'il a des masses secondaires dans le foie, il sait que c'est un cancer.

Animateur : sur le cas, parce qu'on se centre sur le cas-là, le patient étant médecin et il sait, il sait tout ! C'est ça enfin... il sait tout sauf qu'on l'a pas prévenu qu'on faisait le test et s'il dit « okay » c'est parce qu'il a rien à demander c'est ça vous voulez dire ? Il a rien demandé de ce qu'on allait faire pour lui parce qu'il est médecin ou parce qu'il est médecin on lui a rien dit de plus ?

Chris : ça je sais pas, je sais juste qu'on lui a rien dit et...

Robert : c'est peut-être un déni un peu ?

Chris : à la base ils l'ont su par hasard en fait. Parce que c'était avec les prises de sang qu'ils lui ont fait, bah ils ont vu...

Animateur : bah c'est pas par hasard !

Lisa : bah non c'est pas par hasard ! Ils l'ont demandé ! On ne le demande pas à tout le monde ! A tout le monde qui est hospitalisé on n'a pas un test VIH !

Chris : non mais avec les prises de sang qu'ils ont fait bah ils ont supposé qu'il pouvait y avoir le VIH et du coup ils ont fait des tests plus poussés pour avoir la certitude quoi.

Allison : oui mais avant...

Chris : avant ils ont pas demandé à l'interrogatoire, il y a pas des réponses dans l'interrogatoire qui fait que...

Animateur : oui qu'est-ce que vous disiez ?

Allison : non je disais que avant de passer à la recherche même si tu tombes par hasard sur le fait que c'est possiblement ça, pour faire la recherche du VIH t'es obligé de demander, donc à ce moment-là la recherche... il y en a qui le font pas mais normalement... je sais que dans mon service ils le font tout le temps et vraiment systématiquement. Et la plupart du temps ils disent non mais ils essayent de convaincre mais...

Animateur : ah oui c'est obligatoire !

Grégory : je pense que le fait de demander ce qu'on veut rechercher ça prépare aussi le patient. Est-ce qu'il est conscient qu'il peut y avoir...

Animateur : mais est-ce qu'on lui a demandé dans l'interrogatoire, est-ce qu'il y a trace de ? Est-ce que vous avez fait des voyages à tourisme sexuel. Est-ce que c'est écrit quelque part que il y avait ça dans ces antécédents ?

Chris : non je m'en rappelle pas... enfin ça devait être marqué qu'il a déjà fait des voyages mais pas qu'il s'était fait plaisir là-bas quoi.

George : le type d'interrogatoire lambda je sais pas si...

Animateur : et bah au Canada, si vous regardez l'interrogatoire lambda de n'importe qui, il y a ses préférences sexuelles, il y a sa religion, il y a ses habitudes alimentaires, il y a s'il bouffe du porc ou pas, il y a tout marqué ! Il y a tout marqué ! S'il a des idées suicidaires, des idées noires, avec qui il couche, avec qui il ne couche pas. C'est écrit dans l'interrogatoire parce que la connaissance de la personne, la preuve, c'est que peut-être que même, ça a peut-être pas eu d'importance dans la chirurgie, m'enfin quand même de savoir qu'un patient est VIH positif avant de l'opérer ça peut être intéressant pour le chirurgien qui se pique, pour l'infirmière qui loupe son truc, je ne sais pas ça peut être intéressant de connaître le malade.

Allison : c'est vrai qu'en plus dans l'interrogatoire qu'on doit faire normalement il y a « pratiques sexuelles » sauf que c'est quelque chose qu'on ne demande jamais...

Animateur : ah bah oui !

Allison : parce que bah on, parce que c'est difficile à demander...

Grégory : tu retiens alcool, tabac, il y a limite voyages, mais...

Allison : oui mais tu devrais demander tout le temps ! En infectio si, c'est super important !

Robert : oui ! Bah oui !

Allison : ah pardon je pensais...

Robert : infectio, gyneco, uro ! Ils le font sûrement mais c'est vrai que nous en pancréato les préférences sexuelles des patients...

Allison : oui mais du coup ça peut jouer sur...

Robert : oui ça peut.

Allison : ça devrait être systématique comme le tabac-alcool tu vois.

Animateur : bah déjà tabac-alcool c'est, ils ont du mal hein !

Robert : ah si nous ça... enfin...

parlent en même temps

Robert : tabac-alcool c'est intégré.

Allison : c'est comme la prise de drogues, si on demande tabac-alcool on devrait aussi rajouter la prise de drogues. C'est pareil, c'est comme pratiques sexuelles parce que t'oses pas demander je pense...

Lisa : moi je demande en fonction des patients *rires*

Allison : mais tout le monde fait ça ! C'est ce qu'on devrait pas mais...

Animateur : mais on peut se tromper de tronche hein.

Allison : exactement !

Animateur : moi j'avais eu un patient qui avait une tronche « alcool » et il est venu 3 fois me voir et les 3 fois j'ai pas fait attention j'ai dit « bon vous buvez plutôt du whisky le soir tout seul ou du vin blanc ou du vin rouge, qu'est-ce que vous buvez finalement ? » « Je ne bois pas » une fois. Deuxième fois il revient 6 mois plus tard « bonjour monsieur, qu'est-ce que vous buvez, plutôt de l'alcool, plutôt de... voilà » « m'enfin écoutez docteur je vous ai déjà dit que je ne buvais pas d'alcool ! » troisième fois il m'a envoyé chier hein il n'est plus revenu, jamais, il avait raison. Donc la tronche ça ne suffit pas non plus. Et les gamma GT normales ça ne suffit pas non plus donc il faut vraiment connaître le patient pour davantage se faire une idée.

Allison : bah en fait moi je sais que je le demandais beaucoup en P2 parce qu'on apprenait à faire l'examen mais à force de voir que l'interne ne faisait pas ça donc... bah du coup après c'est trop long sinon aussi donc je peux comprendre que... donc du coup ça se perd et tu le demandes plus...

Animateur : mais au Canada les gens ils ont une feuille écrite comme ça, ils répondent ou ils répondent pas mais en tout cas ils ont l'occasion de le faire, s'ils ont envie de parler de leur voyage en Thaïlande, il y a une case où ils peuvent en parler. S'ils veulent pas peut-être qu'ils ne mettent pas de commentaires mais ils ont l'occasion de pouvoir dire leurs problèmes.

Robert : ils ont une grille qu'on leur donne ?

Animateur : ouais. Et on devrait nous au moins la connaître cette grille parce que même si c'est pas notre... nous sommes des frileux en France mais peut-être que nous de savoir, de connaître cette grille c'est intéressant de savoir comment est-ce que... quelles questions on pose à qui par rapport à cette liste de questions qu'on devrait poser quoi.

Lisa : c'est-à-dire que c'est même pas eux qui posent les questions, c'est une grille qu'on donne au patient ?

Animateur : oui justement on la donne au patient avant.

Lisa : moi je trouve que justement ça met de la distance entre le patient et....

Animateur : oui mais après on en reparle.

Lisa : il y a des avantages mais au final on n'a pas le contact.

Allison : c'est juste un premier abord, vous arrivez, on vous donne ça, vous pouvez remplir ou pas. T'as une première idée.

Animateur : et après on en parle, donc pour...

Lisa : oui mais c'est plus facile de voir si le patient ment parce que du coup la première réponse va être comme ça et on sent... Ouais mais là on va pas savoir... on repose chaque questions après en live?

Allison : bah tu rediscutes avec lui.

Richard : le MMS tu leur donnes à faire puis tu reviens après... enfin non mais.

Allison : c'est mieux ça que de rien demander du tout !

Richard : tu dis remplissez le questionnaire pour l'alcool je sais pas par exemple, je crois qu'il y a ça...

Lisa : le MMS ?

Richard : non non mais par exemple pour l'auto... interrogatoire sur l'alcool c'est votre consommation pour l'alcool, les interrogatoires comme ça tu lui donnes et t'en reparles avec lui. Tu ne lui donnes pas et tu prends ça pour acquis.

Animateur : il y a quatre questions pour le DATA pour l'alcool donc pour ces quatre questions ça pose pas de problème.

Lisa : ouais mais pour une grille énorme où il y a des cases cochées « non » je sais pas si on reprend chaque « non » pour dire « alors vous avez vraiment pas été en Thaïlande cette année ? » *rires*

Allison : non tu ne reprends pas tout mais je veux dire c'est mieux de faire ça que de pas demander du tout ! Au moins t'as un écrit, et au moins t'as plus de probabilité d'avoir des réponses biens. Si tu ne demandes pas bah les gens paniquent...

Animateur : si c'est pas à cette consultation là ça peut être à une autre, moi j'ai écrit « je fume pas » et puis huit jours après « bon bah écoutez si bah quand même je fume. Si vous me l'avez demandé c'est peut-être parce que vous avez une question à me poser autour de ça... »

Robert : c'est aussi plus facile de mentir... ou peut-être au contraire qu'ils vont pas mentir sur un questionnaire et qu'ils vont mentir devant leur médecin !

Allison : parce qu'ils sont tous seuls...

Robert : « vous fumez ? Vous prenez de la drogue ? » « non non » bah voilà alors que dans une feuille justement !

Lisa : qui leur dit qu'on va pas perdre la feuille, ou la distribuer aux gens, la placarder devant chez eux, je sais pas...

Allison : bah quand tu vas chez l'anesthésiste...

Lisa : moi j'aurais plus confiance quand je le dis à une personne devant moi qui me regarde dans les yeux, là j'ai plus confiance que sur un papier, je sais pas ce qu'ils vont en faire ça va voler dans les services, aller dans la chambre de je sais pas qui et concrètement en vrai c'est vrai qu'il y a des papiers qui sont perdus dans les chambres avec des données personnelles de patients. Moi sincèrement je...

Chris : c'est comme au don du sang.

Lisa : toutes les feuilles avec les patients, les noms des patients, avec leurs pathologies des trucs comme ça parfois ça traîne dans ta poche, parfois tu sors parce que tu cherches un stylo...

Allison : dans ces cas là tout le dossier tu devrais le récupérer à chaque fois à chaque hospitalisation.

Lisa : non non mais je dis juste que sur papier moi personnellement j'aurais moins confiance. C'est mon avis personnel.

Allison : quand tu vas chez ton anesthésiste, il te pose ces questions sur un papier, est-ce que vous fumez ? Etc...

Lisa : oui mais c'est lui ! Il le garde, enfin je sais pas.

Robert : surtout que le dossier d'anesthésie, je sais pas c'est pas mieux bien rangé que le reste.

Lisa : bah non bah oui mais.... *rires*

Allison : mais je comprends ce que tu veux dire...

Animateur : et dans votre famille ou dans vos proches, personne n'a eu de maladie grave qu'on lui a annoncé et dont il raconte ce qu'on lui a dit ou ce qu'on lui a pas dit?

Allison : si moi j'ai eu, bah un cancer du pancréas, ma tante. Et elle pensait que c'était ses calculs biliaires donc au début c'était du déni, elle était là « non j'ai mal parce que c'est mes calculs biliaires » donc elle comprenait pas et au fur et à mesure ma mère qui est aussi dans la santé parce qu'elle est infirmière du coup elle est allée lui expliquer et elle a commencé à comprendre... après il y a eu une opération.

Animateur : mais comment les médecins se sont comportés ?

Allison : bah en fait c'était, je ne sais pas trop.

Animateur : qui lui a parlé ? Quand ?

Allison : à sa fille, à leur fille.

Animateur : avant à ?

Allison : parce qu'en fait ma tante elle parlait pas très bien français donc elle pouvait pas déjà comprendre à la base mais elle était persuadée que c'était ses calculs biliaires et donc le chirurgien a parlé à, enfin le médecin qui s'en occupait a parlé à sa fille.

Animateur : en sa présence ?

Allison : en sa présence. Oui en sa présence, pour lui expliquer, donc pour lui dire que c'était un pronostic assez... et même sa fille, enfin ma cousine n'a pas compris, n'a pas tout compris, je ne sais pas si c'était un langage trop médical pour elle ou quoi mais bon elle était énervée aussi donc ça peut se comprendre.

Robert : c'était quand ? Enfin excuse-moi...

Allison : ouais c'était déjà l'année dernière.

Robert : ah d'accord. Il y a 20 ans le cancer du pancréas ils le disaient pas. Ils disaient juste « vous avez un souci. »

Allison : non non c'était l'année dernière donc c'était assez récent. Et du coup, enfin ce que vous voulez savoir c'est la façon dont elle l'a dit ?

Animateur : est-ce que, disons que c'est une patiente lambda parce que c'est désagréable pour tout le monde de parler de votre tante. Voilà un exemple de patient qui a dit « bah oui j'ai été informé, ça m'a rassuré, ça m'a pas rassuré, j'ai été effrayé j'étais déprimé comme pas une quand j'ai compris, j'ai pas compris pendant 3 mois ». Voyez c'est ça qui est intéressant de savoir, comment on fait pour faire comprendre à quelqu'un que c'est grave mais que « nous allons essayer de faire quelque chose pour vous » en gros.

Allison : bah je pense que là elle est vraiment passée par toutes les phases qu'on a appris, par le déni etc... mais je pense que ça s'est bien passé parce qu'au final, elles ont compris et le fait d'avoir de la famille aussi qui est dans la santé ça peut aider. Enfin ça je sais qu'on est plus rassuré ou moins, ça peut aussi être difficile...

Animateur : oui mais dans le cas qu'on a présenté le fait qu'il soit médecin, ça a coupé court à tout et c'est pas évident que cet homme-là il soit bien rassuré pour autant, je veux dire c'est pas parce qu'il dit « bon ok » que c'est bon okay hein.

Allison : au contraire...

Animateur : on ne sait pas s'il a été dirigé après sur un psychiatre ou une psychothérapie ?

Derek : Chris !

rires

Chris : ah je pensais qu'on parlait encore de...

Animateur : on essaye de se centrer sur votre cas, c'est ça l'idée, c'est de se centrer sur un cas même si on illustre un petit peu par d'autres.

Chris : non non je crois pas qu'il ait... il en avait vraiment rien à foutre...

Animateur : enfin c'est ce qu'on vous a rapporté.

Chris : oui mais moi je l'ai vu aussi, je suis allé le voir après l'annonce j'ai un peu parlé avec lui et j'étais avec l'interne aussi et il nous a expliqué que ce qui l'a inquiété c'est son cœur plus que, largement plus que ça, que il y a avait, que il serait soigné.

Animateur : donc il comptait voir qui, son médecin généraliste ? Il en avait un ? Ça m'étonnerait vu le caractère...

Chris : non il comptait revoir les infectiologues je pense pour...

Animateur : être suivi dans le service d'infectio.

Chris : oui voilà.

Allison : il avait une femme ?

Chris : euh oui il avait une femme, il nous a expliqué que s'il avait fait ça c'est parce que ça allait pas trop avec sa femme à ce niveau-là et que...

Animateur : et que du coup elle est séropositive ?

Chris : il avait ses raisons. Ça il ne me l'a pas dit.

Animateur : et oui, ça se pose le problème !

Chris : ah oui mais j'y avais pas pensé...

Animateur : qui prévient la femme ?

Robert : mais ça on n'a pas le droit de le faire.

Animateur : pardon ?

Robert : il y a que lui qui a le droit de le faire, il y a que le patient.

Animateur : oui.

Lisa : est-ce que quelqu'un lui a dit « est-ce que vous allez prévenir votre femme ? Qu'est-ce que vous comptez faire ? »

Chris : je pense que les infectiologues lui ont dit mais nous on en a pas parlé.

Animateur : les cardiologues ils sont spécialistes du cœur, il y a rien à faire...

rires

Animateur : comme ça ! Il y a quatre cavités ...

Lisa : moi j'ai un cas d'annonce... c'était en néphrologie Saint Louis. C'était pas mon patient mais on faisait la visite donc moi je suivais les autres patients, j'avais entendu juste avant qu'on rentre dans la chambre mais j'ai pas compris qu'on allait faire une annonce grave. Je suis rentrée dans la chambre en pensant juste on sait des choses sur le patient mais je savais pas que c'était là l'annonce. Donc c'était un jeune de 30 ans et ils disaient là il a une créat' qui monte au plafond et on a fait une écho et ses reins sont de taille diminuée. Donc bah c'est.... Ils ont pas sous-entendu mais là, ils ont rien dit après ça mais la conclusion c'était insuffisance rénale avancée quand même et donc le patient n'était pas du tout au courant et on rentre dans la chambre et moi j'étais un peu surprise parce qu'on était peut-être cinq dans la chambre avec le patient, le patient, bon ils attaquent pas directement le sujet mais moi j'étais choquée parce que j'avais compris qu'ils allaient en

parler. Ils ont dit « donc monsieur on doit vous expliquer les résultats qu'on a eu, on a vu que votre créatinine était très élevée et on a d'autres signes notamment à l'échographie qui montrent que vous avez une insuffisance rénale très avancée », le patient comprenait pas trop donc forcément ils développent, il dit « c'est... » je sais plus comment il a formulé ça, je cherche un peu le... je sais que assez rapidement il est venu sur le fait, enfin pour faire comprendre que c'était grave il a pas dit le mot « grave » mais pour faire comprendre que c'était grave il a dit « donc à terme il faudra faire la dialyse et dès maintenant il faut penser à la greffe »... le patient a commencé à suffoquer, enfin il était dans un état... il comprenait pas il était « mais comment ça, de quoi vous me parlez ? je ne comprends pas ... je ne comprends pas je n'ai jamais consulté un médecin de ma vie, vous me parlez de greffe mais c'est quoi cette histoire ? » et le médecin dit « en fait il s'avère que là vous êtes venu aux urgences » donc moi j'apprends aussi l'histoire de ce monsieur en même temps « vous êtes venu aux urgences en début de semaine parce que vous aviez des céphalées, ces céphalées sont sûrement dues à une hypertension très élevée qui dure depuis des années, qui était insoupçonnée, c'est le problème avec cette maladie elle est insidieuse on peut pas la détecter, vous-même vous n'avez pas de symptômes mais elle était là et ces céphalées étaient un signe que c'était déjà une hypertension assez forte donc c'est ça qui a détruit vos reins. » et le patient disait « mais comment ça enfin mais vous comprenez pas j'ai jamais été voir un médecin de ma vie ! Et là vous êtes en train de me dire que mes reins sont foutus ! Mais, mais enfin c'est pas possible ! » Ils disaient « nous sommes désolés c'est comme ça et donc maintenant il va falloir penser à comment prendre en charge cette maladie » et ils répétaient encore « il va falloir penser à la greffe » pour essayer de faire comprendre au malade c'est grave, c'est comme ça parce que je pense qu'il faut le faire rentrer directement dans une demande d'organe, enfin... il faut qu'il signe des papiers et voilà. Et donc je sais qu'après le patient a pleuré toute la journée et le lendemain aussi c'était la même chose et je, je demandais tout le temps à son externe « comment ça va » « bah il veut pas me parler, il pleure, il comprend pas, il me demande juste comment c'est possible donc j'essaye de lui répéter un peu la même chose mais il veut toujours pas comprendre donc » et.... Donc à 30 ans...

Animateur : 30 ans ?

Lisa : oui 32 ou je sais plus, 30 quelque chose quoi.

Allison : c'était une maladie... c'était quoi comme maladie ?

Lisa : bah c'était une hypertension.

Animateur : oui mais probablement dû à quelque chose ?

Grégory : c'est le rein qui a causé l'HTA ?

Lisa : non je pense que c'est l'inverse mais après c'est une hypertension...

Allison : c'est pas génétique ? Parce que c'est vachement jeune...

Lisa : peut-être qu'il avait de l'hypertension dans sa famille mais que lui y avait pas pensé, il avait l'air vraiment pas orienté médecine rien du tout comme patient. Il était vraiment...

Animateur : il ne travaillait pas ?

Lisa : si si il travaillait mais...

Animateur : il n'avait pas de médecine du travail ?

Lisa : il disait qu'il n'avait jamais vu de médecin il n'avait jamais eu de problème.

Animateur : c'est pas possible quand on travaille.

Chris : bah il aurait dû !

Animateur : ça c'est sûr qu'il aurait dû mais... ça c'est sûr !

rires

Lisa : en plus il avait ses céphalées depuis plusieurs mois donc...

Grégory : son généraliste ne lui a jamais pris la tension ?

Animateur : mais s'il y allait pas, il y allait pas chez le généraliste.

Lisa : il n'avait pas de problème ou alors quand il avait un rhume, il avait vraiment l'air d'être la personne qui met à distance tu sais les petits soucis, genre les rhumes, c'est pas la personne qui va consulter pour un rhume, il y en a beaucoup mais il y en a qui y vont jamais, moi j'ai déjà vu des patients de 60 ans ils n'ont jamais vu un médecin !

Animateur : mais la médecine du travail elle est annuelle !

Derek : peut-être qu'il était pas salarié. Il avait peut-être une profession libérale ?

Lisa : je sais qu'il travaillait mais je ne sais plus dans quoi.

Allison : oui mais l'hypertension artérielle elle était récente ? Par rapport aux maux de tête ?

Lisa : bah non non, les céphalées dans l'hypertension, quand ça arrive c'est que c'est déjà très vieux et que, très, plutôt grave. Les céphalées normalement, une personne qui est hypertendue normale n'a pas de céphalées quotidiennes.

Animateur : il devait y avoir une sténose de l'artère rénale ? Ou une de l'aorte il devait y avoir un truc ? 30 ans céphalée il y a une cause, c'est pas une hypertension artérielle essentielle ?

Lisa : mais peut-être qu'après ils ont fait plus de recherche mais en tout cas là pour l'instant sur le moment, en tout cas eux pour eux c'était ça il y avait pas d'autres raisons, ils disaient « on a jamais vu ça de notre vie, une hypertension qui a... » Et à l'échographie ils ont vu, après je sais pas, bon la seule chose qu'ils ont vu à l'échographie c'est les reins diminués et ils ont pas vu d'autres anomalies après il faut faire une écho-doppler mais normalement je pense, j'imagine qu'ils ont fait en même doppler.

Allison : c'est bizarre parce qu'il a sûrement eu déjà une angine quelque chose comme ça.

Lisa : mais les gens ne consultent pas forcément pour une angine !

Robert : moi la dernière fois que je suis allée chez le médecin c'était il y a quatre ans hein...

Animateur : bah prenez votre tension quand même hein !

rires

Robert : je la prends quand même mais...

Allison : ah bon ?

Grégory : tu ne vas pas chez le médecin...

parlent tous en même temps

Robert : mon père il a de l'hypertension, quand son appareil traîne je le fais mais...

Lisa : moi j'ai des patients de 70 ans ils ont jamais été voir le médecin et là d'un seul coup on leur découvre un cancer...

Allison : mais et les vaccins ? Tu les fais les vaccins, tu vas chez le médecin !

Animateur : bah non, les gens ils font plus les vaccins !

Lisa : non il y en a plein qui sont contre les vaccins !

Robert : moi la dernière fois que j'ai été chez mon médecin c'était justement pour faire les vaccins.

Lisa : oui mais quand on fait les vaccins on vérifie pas forcément l'hypertension, on va voyager, justement il y a tellement de choses à faire, il faut penser à tous les vaccins à faire dans tel pays ils re-regardent et là les quinze minutes sont déjà passées.

Animateur : oui mais dans sa famille non plus il n'y avait pas d'antécédent d'hypertension artérielle ?

Lisa : lui justement n'a pas fait le lien donc j'imagine que s'il en avait eu dans sa famille il aurait directement « ah oui c'est vrai il y en a dans ma famille. »

Animateur : il faut lui demander quand même.

Lisa : oui mais c'était pas... il avait l'air vraiment mais voir que ça sortait de nulle part et il... de dire qu'il avait jamais eu de problème.

Animateur : alors d'après vous l'annonce a été faite correctement, enfin est-ce que quelqu'un est revenu en parler tout seul parce que vous étiez cinq. Est-ce que après quelqu'un est venu lui en reparler ?

Lisa : tout seul non, je pense qu'après le lendemain l'interne a du se reposer avec lui pour lui demander s'il avait d'autres questions en général c'est comme ça que ça se faisait. C'était d'abord une annonce un peu magistrale après le lendemain le temps que le patient réfléchisse il y a l'interne qui revient.

Animateur : mais il réfléchissait pas, il pleurait !

Lisa : ouais.

Animateur : bon personne n'est revenu à son chevet lui...

Lisa : l'externe essayait, je sais que justement on était tous un peu mal pour le patient mais il était un peu voilà il avait pas envie de parler et il était trop mal, il disait que sa vie allait changer du tout au tout parce que après justement il avait des questions justement c'est quoi la dialyse, alors on lui expliquait ce que c'était la dialyse 3 fois par semaine « ah bon comment ça mais comment je vais faire pour le travail » « mais vous savez c'est possible de le faire soit à la maison pendant la nuit soit vous pouvez avoir des arrêts de travail ! »

Animateur : un mi-temps.

Lisa : ou un mi-temps c'est possible, c'est toute sa vie qui avait l'air de basculer qu'on voyait devant nos yeux qu'il était vraiment... il aura plus jamais la même vie et ça se voyait qu'il...

Animateur : alors comment vous auriez fait vous ? Est-ce que vous auriez dit « votre créat' est très élevée » par exemple ?

Lisa : bah ils ont commencé par des choses un peu concrètes car ils savaient pas par où commencer, comme c'est un peu entre guillemets absurde comme histoire et ça part, il y a aucun début, lui a jamais rien vu le début de sa maladie c'est le moment de cette annonce parce qu'il avait jamais rien eu avant donc je sais pas comment on peut faire débiter cette maladie autrement que par la découverte des analyses médicales mais après...

Allison : ils ont vraiment dit le mot « créat » ?

Lisa : peut-être pas « créat »... si ils ont dit « créatinine qui est un marqueur du rein... »

Animateur : vous avez dit « créatinine élevée » il a dit « je comprends rien » c'est pas mal !

Lisa : ils avaient dit « un marqueur du rein élevé. »

Animateur : « Un marqueur du rein » c'est pas mieux...

Allison : oui c'est...

Animateur : moi je ne comprends toujours pas.

Lisa : bah après je pense qu'il a eu du mal à débiter l'annonce, après il a...

Allison : parce qu'ils étaient eux même perdus donc c'est vrai que c'est difficile.

Lisa : mais c'est vrai que l'histoire, enfin pour le coup je, je sais pas comment on peut commencer une histoire comme ça.

Animateur : qu'est-ce que vous auriez fait ?

Lisa : je serais peut-être partie des céphalées et de l'hypertension pour parler de quelque chose de concret.

Animateur : alors, installez-vous près du malade et racontez-nous comment vous lui annoncez qu'il a une insuffisance rénale. Déjà vous n'avez pas dit « terminale », vous avez dit « grave »...

Lisa : non, « très avancée » ouais.

Animateur : avancée. Très avancée c'est mieux que terminale quand même. Parce que d'habitude on dit « insuffisance rénale terminale ». C'est fini ! C'est terminé ! C'est terminé on passe à autre chose ! Alors que là déjà très avancé c'est mieux je trouve que le mot terminal... alors asseyez-vous près du patient et allez-y... « Bonjour monsieur... »

rires

Lisa : c'est bizarre de dire « bonjour » alors qu'on sait que ça va pas être une bonne journée ! *rires*

Animateur : ah oui d'accord.

Lisa : même ça ça... *rires*

Animateur : vous n'êtes pas hypocrite vous n'osez pas dire bonjour !

Lisa : enfin donc bonjour monsieur je suis Lisa D, non je sais pas, le docteur D, interne, ou je sais pas ce que je suis au moment de l'annonce, en médecine, donc euh il faut qu'on parle de quelque chose de très important, j'aimerais que vous m'écoutez attentivement. Vous êtes venu en début de semaine pour des raisons qui paraissent peut-être un peu banales à savoir une céphalée que vous aviez depuis quelques...

Animateur : pardon, mal de tête ?

Lisa : ah oui mal de tête, ouais ouais. Des maux de tête qui duraient depuis quelque temps et en fait il s'avère que c'est dû à de l'hypertension que vous avez sûrement depuis très longtemps. L'hypertension peut abîmer les organes malheureusement et il s'avère qu'on a découvert à travers certaines analyses que vous avez un organe très touché par cette hypertension, vos reins sont maintenant très atteints, vous avez une insuffisance rénale donc très avancée. Cela signifie que vos reins ne peuvent plus fonctionner tout seuls, il va falloir qu'on vous trouve un moyen de les aider, enfin trouver un moyen médical de les remplacer, donc sur le moment ça, enfin pour le moment ça sera une machine qui va aider votre sang à se purger ce qui est le rôle de vos reins normalement, enfin qui va nettoyer le sang et plus tard je suis obligée de vous en parler dès maintenant parce qu'on va remplir des papiers mais je sais que ce mot va vous faire peur mais là, il faudra faire une greffe rénale, donc changer vos reins, on a beaucoup de patients pour lesquels c'est ce cas qui sont dans le service, ça se passe bien, après ils ont plus besoin de dialyse donc c'est bien. Est-ce que vous avez déjà des questions sur ce que je viens de dire ? Vous avez compris déjà ça ? Je sais pas s'il pose des questions ? Et donc qu'est-ce que c'est la dialyse... enfin moi je ferais en fonction de ses questions...

Animateur : est-ce que vous auriez fait comme ça ?

Allison : non pas trop. Parce qu'en fait j'aurais posé des questions déjà pendant le discours, parce qu'un discours long comme ça t'es vite perdu je pense.

Lisa : ah ouais ?

Allison : si tu restes fixé sur un mot t'entends même plus tout le reste.

Lisa : j'ai essayé de mettre les trucs les plus graves à la fin.

Allison : ouais mais il paraît... par exemple l'hypertension artérielle j'aurais demandé « est-ce que... vous êtes venu pour des douleurs de la tête » donc ça ok, après j'aurais dit « on suspecte une hypertension artérielle est-ce que vous savez ce que c'est l'hypertension artérielle ? » Par exemple...

Lisa : oui oui ça oui...

Allison : vraiment à chaque mot scientifique, enfin à chaque mot de médecine j'aurais arrêté pour demander pour savoir si...

Lisa : après je sais pas j'aurais pensé reprendre les choses après pour que il comprenne globalement l'histoire et après qu'on revienne sur chaque mot qu'est-ce que vous n'avez pas compris moi j'aurais fait ça...

Allison : je ne sais pas.

George : moi j'aurais demandé si il sait pourquoi il est là parce que le mec il est en néphro et il vient pour des céphalées peut-être qu'il en sait rien enfin...

Allison : ouais ça aussi !

Lisa : mais ça je pense que ils avaient vu, je crois que les urgentistes lui avaient déjà dit que il y avait un marqueur du rein justement qui était anormal et qu'il fallait faire plus d'exploration donc il était allé en néphrologie mais il ne pensait pas que ses reins étaient totalement foutu quoi ! Il pensait il y a un problème sur les reins sur le moment.

Robert : je sais pas si, moi j'en sais rien mais je sais pas s'il faudrait venir à lui disant carrément que t'as une mauvaise nouvelle enfin, en le disant directement par ton attitude si tu commences « bonjour vous avez des céphalées » machin bidule...

Allison : elle l'a dit au départ « écoutez-moi attentivement » et tout ça tu comprends direct que c'est grave, je pense.

Lisa : je sais pas mais de dire au début que c'est une mauvaise nouvelle...

parlent en même temps

Chris : le médecin quand il rentre dans la chambre, que ça soit grave ou pas grave, il commence par j'ai une bonne nouvelle ou une mauvaise nouvelle, bah le patient dans le fond il écoute en fait.

Allison : mais je veux dire en disant « écoutez-moi attentivement » c'est bon tu comprends que c'est...

Chris : je dis juste ce que j'avais vu.

parlent en même temps

Animateur : c'est vrai que je reprends la liaison avec la tête et les reins parce que c'est vrai que quand on a mal à la tête on sait pas ce qu'on fout en néphro.

Lisa : ouais, c'est pour ça au départ que je parlais de céphalées... je sais pas...

Animateur : moi il me semble que c'est la deuxième partie ça. Ça peut être un discours, parce que c'est un peu un discours quand même, ça peut être un discours fait à la demande du patient une fois que vous lui avez demandé de parler.

Lisa : c'est juste que c'est tellement dur de trouver ses mots pour expliquer et de modérer ses mots sans faire peur au patient et essayer de lui faire comprendre logiquement l'enchaînement des idées sans même soi-même se perdre et si à chaque fois, je sais que après quand on s'arrête pour dire des choses on ne sait plus où on en est et même le patient, je ne sais pas s'il arrive si facilement à suivre l'histoire, « bon on parlait de quoi ? On parlait de ça ? D'accord », et ça garde plus tellement là, le côté solennel, après je sais pas s'il faut que ça soit solennel, j'en sais rien...

Animateur : non mais là, vous ne savez pas du tout qui est votre patient, de quoi il a peur, de quoi il a pas peur, est-ce qu'il a déjà été hospitalisé, est-ce que sa mère est morte d'une insuffisance rénale aigue ou chronique. Vous...

Lisa : ça m'aurait étonnée mais...

Animateur : peut-être qu'avant de, parce que ce que vous dites tout ça c'est juste, et puis vous essayez d'avoir des mots compréhensibles mais avant « qu'est-ce que vous faites comme travail ? Avez-vous des frères et des sœurs ? » C'est très important pour la greffe entre parenthèses.

Robert : ça on le sait déjà...

Lisa : ça c'était à l'interrogatoire, ça c'était à l'entrée.

porte s'ouvre

Animateur : qu'est-ce qu'il se passe ?

Meredith : je suis désolée, j'ai pas du tout, j'avais oublié que c'était à 11H, euh à 10h... à 10H, je pensais que c'était à 11H...

Grégory : bah il est 11H30...

rires

Meredith : bah il est 11 heures et demie, je sais mais j'ai eu un problème de bus... *rires*

Animateur : attendez-nous deux secondes dehors et on va voir comment on va faire... Oui donc son métier, parce que vous vous interrogez sur pourquoi il a jamais eu de prise tensionnelle.

Lisa : oui peut-être que ça, c'est mieux de le faire avant de l'annoncer, de faire une séance où on pose quelques questions sans qu'il sache pourquoi on pose ces questions-là...

Animateur : vous dites c'est difficile d'adapter son langage mais adapter son langage à quoi, ou à qui. Faut adapter son langage au mec qui est devant vous !

Lisa : oui bien sûr !

Animateur : donc pour adapter le langage au mec qui est devant vous faut savoir d'où il sort !

Allison : c'est sous réserve qu'on le connaisse avant évidemment en fait...

George : la personne qui annonce le diagnostic c'est quelqu'un qui doit déjà connaître le patient.

Allison : oui voilà, là on ne le prenait pas en compte...

Lisa : ça serait bizarre de commencer en posant des questions et après en fait « ah en fait je suis venue ici pour vous dire quelque chose de pas cool ! »

Robert : faut en venir droit au but.

Animateur : le patient il peut vous dire aussi à un moment donné justement « bah qu'est-ce qu'on va faire ? Où j'en suis ? » Quand lui il sera prêt à avoir le discours.

Lisa : il avait déjà posé ces questions-là au médecin mais surtout pour savoir ce que c'était la dialyse.

Animateur : je vous parle de la relation personnelle, je me fiche de ce qu'ils ont fait aux urgences ou ailleurs ou avec les autres, vous vous êtes responsable de lui au moment...

Lisa : au moment où on lui annonce.

Animateur : voilà vous avez une relation particulière avec lui et vous avez besoin de le connaître pour faire l'annonce que vous allez faire. Mais il faut peut-être attendre qu'il soit disposé à entendre ce que vous dites. Et quand il s'arrête de parler, quand il s'arrête de raconter sa vie ou que vous avez l'impression que il vous demande « où vous voulez en venir là ? Vous me posez des tonnes des questions ? Vous voulez en venir où ? » « Et bah là je vais vous dire voilà puisque vous me posez la question, c'est que vous êtes prêt à m'écouter ! Et là je peux vous raconter cette histoire de dialyse, cette histoire de greffe, cette histoire de... » Vous voyez ce que je veux dire ?

Allison : après est-ce qu'on a oublié de faire, c'est de demander au patient comment ça va, ce qu'il en pense de l'hospitalisation, comment ça se passe, ça c'est vrai que... « Est-ce que vous savez pourquoi vous êtes là exactement ? »

Animateur : s'il a des amis qui sont morts d'hypertension, enfin tout ça ça compte !

Grégory : toutes ces questions et après tu enchaînes tu lui expliques pourquoi il est en néphro et là tu peux enchaîner avec...

George : du coup tu fais un récapitulatif de ce que lui a compris...

Animateur : je crois qu'on peut adapter le discours quand on connaît... D'ailleurs c'était rigolo parce qu'à la radio j'ai entendu un journaliste interroger quelqu'un et quelqu'un avait dit un mot et il est reparti du mot de l'interviewé. Parce que même en journalisme, et même dans la vie courante, si vous voulez accrocher l'interlocuteur il vaut mieux parler un petit peu son langage sinon il n'y a aucune raison qu'il vous entende ou qu'il vous écoute. Donc s'il était interrogé sur, je sais pas admettons que ce soit les massacres de ces temps derniers, le type interrogé emploie le mot « massacre » et le journaliste dit « bah à propos de massacre qu'est-ce que vous entendez par massacre ? » C'est-à-dire 4 fois il a repris le mot du malade, du malade... de l'interviewé. Et donc quand on reprend les mots des gens, on adapte notre discours avec mêmes mots, parce que s'il est agrégé de philo il... c'est toujours la même chose il parle pas tout à fait comme la caissière du monoprix et j'ai rien contre personne mais il vaut mieux quand même adapter un peu ses mots en fonction de... sinon si vous parlez trop vulgaire, la vulgarisation les gens ils se disent « mais je suis pas con à ce point, vous pouvez me parler mieux quand même ! Je suis pas un bébé ! » et si vous prenez des mots trop...

Lisa : est-ce que dès le début il faudrait dire, avant de commencer justement ce qu'on... l'annonce, est-ce qu'il vaut mieux directement dire « est-ce que vous savez ce qu'est l'insuffisance rénale ? » avant même de dire qu'après il en a une. Est-ce qu'on lui demande ça par exemple avant, il va commencer à se douter bien entendu mais quand on demande « est-ce que vous avez déjà entendu parler d'insuffisance rénale ? » et si là il dit oui/non bah on lui explique et après on lui dit « bah en fait j'ai une annonce à vous faire ! »

Allison : bah ça se fait pas le fait de demander, il sait que ça va être ça donc ça revient au même que de lui dire tu vois.

Lisa : bah justement est-ce qu'il faut lui demander avant ?

Animateur : ils savent ou ils ne savent pas, quand on dit aux gens « vous êtes diabétiques, est-ce que vous savez ce que ça veut dire ? » « Non je sais pas ce que ça veut dire d'être diabétique ». Donc effectivement c'est bien de pouvoir préciser mais là c'est encore peut-être l'avant discours. En milieu on pourrait faire la relation entre « qu'est-ce que vous savez de cette maladie, qu'est-ce que vous savez de la greffe, est-ce que vous connaissez des personnes qui ont été greffées ? »

Lisa : après l'annonce plutôt ? Je ne sais pas comment situer les choses *pires*

parlent en même temps

Lisa : parce que moi j'aurais tendance à poser les questions après, et les questions avant je sais pas lesquelles il faut poser avant... je suis un peu...

Animateur : bah la mise en confiance du malade, la mise en confiance c'est pas vous... C'est pas vous qui donnez un cours sur la néphro. C'est « monsieur je voudrais bien vous connaître un petit peu quoi. On va parler un petit peu sérieusement donc j'aimerais bien connaître votre vie, votre profession, votre famille, vos amis, vos habitudes... », voir la religion s'il est témoin de Jéhova ça va être l'horreur ! *pires* donc il y a plein de trucs à...

Lisa : peut-être qu'ils auraient dû faire venir une personne de la famille pour l'annonce ?

Robert : en général tu le fais à la personne seule je crois d'abord.

Lisa : ah oui ?

Animateur : alors... sauf que dans le cas Balint, enfin dans le cas hier justement l'annonce a été faite à la famille sauf à la malade parce qu'on avait dit qu'elle était trop vieille, elle avait 95 ans.

Allison : oui il y a certains cas particuliers...

Animateur : donc oui mais il y a pas, il y a pas, même si elle a 95 ans il faut qu'elle soit là, c'est trop lourd pour la famille d'avoir un secret non partagé avec la patiente ou le patient, c'est pas possible de faire ça !

Robert : ça ne se fait plus ça enfin.

Animateur : bah oui bah hier ça se faisait encore.

Allison : en éthique on avait appris ça que dans certains cas...

Robert : bah oui les cancers du pancréas il y a 30 ans ils l'annonçaient éventuellement à la famille et à la malade surtout pas, ils faisaient la chimio sans lui dire ce que c'était...

Allison : ça dépend...

Lisa : je sais qu'il y a dans certains services où ils ne l'annoncent pas forcément.

Robert : bah si la personne elle est démente ou pas en pleine possession de ses moyens, d'accord mais...

Lisa : moi il y a un patient qui m'a dit « moi je sais qu'on me dit pas tout, toute façon je sais qu'on me ment dans le service ! »

Robert : bah quand la personne commence à dire ça il faut se bouger quoi !

Lisa : bah moi...

Animateur : « qu'est-ce qu'on vous dit pas, qu'est-ce que vous voudriez savoir qu'on vous a pas dit et que je pourrais vous dire », ...Non mais je sais plus qui a dit quelque chose de très bien, évidemment que chacun s'adapte à la situation et il faut sûrement, il me semble qu'il faut sûrement connaître un petit peu le patient pour savoir comment on va lui causer, de quoi on va lui causer, qu'est-ce qui l'intéresse et qu'est-ce qui l'intéresse pas.

Derek : enfin là c'est quand même une situation particulière parce qu'en général c'est quand même des patients qu'on a vu auparavant, qui en général quand ils sont en insuffisance rénale, on a déjà fait un interrogatoire auparavant, est-ce que dans une annonce il faut quand même reprendre tout ce que vous dites ?

Animateur : vous venez de dire « on » !

Allison : non mais la personne qui annonce quoi, connaît bien le patient, il est déjà venu le voir !

Animateur : vous vous avez des patients hospitalisés, donc ils ont déjà eu des discours de un tel un tel et un tel...

Grégory : techniquement toi t'as ton patient qui arrive dans ton service de néphro, il est passé aux urgences pour céphalées blabla toi tu l'accueille.

parlent en même temps

Grégory : typiquement il arrive il débarque aux urgences ils ont fait une créat', ils lui ont fait une écho, t'as limite tout le diagnostic avant d'aller voir le patient, il vient en néphro tu lui expliques pourquoi il vient !

Robert : dans ces cas-là il faut lui faire ça en deux temps.

Lisa : si c'est directement la première fois où tu le vois, là j'imaginai, là dans mon histoire il était déjà là depuis deux jours. Je l'avais vu à une visite avant avec lui, mais ils avaient rien dit en particulier, on attend encore les résultats...

Animateur : il faut savoir qui lui a dit quoi et comment, donc qui lui a dit quoi et comment, ça revient à dire « qu'est-ce que vous savez de votre situation et parlez-moi un peu de ce que vous savez ? »

Lisa : faut imaginer que c'est la première fois qu'on le voit c'est ça ?

Animateur : bon bah vous êtes bavard à la fin seulement !

pires

Animateur : du coup on a dix minutes de retard mais ça c'est de votre faute, vous n'aviez qu'à parler avant ! Bon à la semaine prochaine ?
Merci !

Séance 6

Animateur : alors pour commencer je vais vous donner des thèmes liés à l'empathie que j'ai relevés à travers tous les groupes de Bichat, de... oui d'ici et de Cochin. Parce que je vous avais déjà parlé de l'annonce d'une maladie grave, de comment refuser quelque chose à un patient mais quand j'ai relevé ce que vous vous avez fait ici et les autres groupes, j'ai relevé aussi beaucoup de refus de soin c'est-à-dire qu'est-ce qu'on fait en face d'une personne qui refuse les soins, d'où l'idée de connaître la notion de personne de confiance, la dilution des responsabilités, comme dans une équipe tout le monde croit que c'est l'autre qui s'occupe d'un malade et finalement personne s'en occupe, l'impuissance dans une situation médicale, quand on ne sait pas quoi faire ou quand il n'y a pas d'issue, ou quand on ne... quand personne ne sait quoi faire et que le, ni l'équipe médicale, ni du point de vue médical, ni du point de vue du malade, alors la représentation et les croyances ça on a déjà vu ça ensemble ici, l'identification quand vous dites que votre chef d'équipe ou que votre, ou qu'une infirmière ou que le chef de service s'est vraiment bien conduit, que vous avez de l'admiration pour lui ou elle parce que c'est quelqu'un de compétent et de chaleureux donc on s'identifie, évidemment pendant ses études il y a des gens qu'on admirent, la collusion de l'anonymat, personne n'est responsable de rien non plus, la légitimité de votre position souvent vous avez dit en particulier à Bichat « je suis pas médecin » et donc ça veut dire que vous vous interrogez un peu sur la légitimité de votre poste, jusqu'où aller trop loin ou jusqu'où aller pas assez loin, est-ce que vous avez le droit à la parole, est-ce que vous avez le droit à un avis, qu'est-ce que vous pouvez faire, qu'est-ce qui est légitime à votre place.

Chris : surtout est-ce que c'est pas risqué de causer, enfin de dire quelque chose à un patient qui serait faux et du coup de le faire paniquer ou lui donner des faux espoirs pour rien...

Animateur : donc vous voulez rajouter l'embarras d'une méconnaissance ou...

Chris : voilà qui... Parler trop vite...

Animateur : parler trop vite, d'accord... bon il y a eu le problème des migrants, je sais pas ici si on l'a évoqué mais enfin dans les autres groupes on a eu souvent une personne qui est là depuis un mois et demi qui a peut-être mal, qui a peut-être pas mal, on en sait rien, qui parle pas la langue, il y a pas de traducteur, on sait pas quoi en faire, donc ça c'est arrivé plusieurs fois dans les autres groupes. Il y a les tiers, le problème des tiers quand la famille s'en mêle, quand les amis s'en mêlent, quand le médecin du travail est en cause, quand l'institution est en cause, quand les équipes sont pas d'accord. Hier on avait un cas d'un service orthopédique qui était pas du tout d'accord avec le service de soins palliatifs et donc la décision était pas prise parce que ni l'un ni l'autre ne voulait se parler suffisamment pour la malade sache finalement si elle reste en chirurgie ou si elle allait en soins palliatifs. Le blasage, je sais c'est un mot qui n'existe pas mais je l'ai inventé ! C'est bien votre crainte d'être blasé, votre crainte de dire « bon on est encore un peu sensible à quelque chose mais petit à petit on va peut-être être blasé », et puis la puissance de l'habitude j'avais mis aussi, il y a l'impuissance et la puissance de l'habitude on fait comme ça c'est l'ordre médical comme Clavreul l'a écrit dans son bouquin et donc il y a un ordre et donc on est embarrassé par ce qu'on a appris et la priorité du malade n'est plus à l'ordre du jour puisqu'on est un peu envahi et parasité par « c'est comme ça qu'il faut faire et pas autrement ». Voilà moi c'est les thèmes que j'ai entendu au cours des autres groupes. Voilà tous les thèmes qu'on a un petit peu abordé dans les groupes et donc tous les groupes sauront quels thèmes sont abordés par les uns et par les autres. J'ai assez causé. Si vous êtes bien réveillés ce matin ce qui serait bien, vous allez pouvoir nous raconter des histoires ! Quelle est la première histoire ?

silence 4 secondes

Allison : moi je veux bien !

Animateur : bravo !

Allison : alors en fait je suis en réanimation en ce moment et donc dimanche j'étais de garde et donc on nous a appelés à 3 heures du matin dans les étages en médecine, en médecine interne parce qu'il y avait un arrêt cardiaque. Donc ils appellent la réa dans ce cas-là, donc il y a pas de médecin de garde en médecine et c'est juste l'interne d'urgence qui y a été. Donc la réanimation a été appelée, on y a été avec ma chef, mon interne et moi, donc j'ai porté le sac *rires* hyper lourd là ! Horrible ! Bon je suis montée, on est monté dans les étages au cinquième en ascenseur et une fois sur place on voit donc une dame à peu près une soixantaine d'années, 60-65, donc qui était pour le coup vraiment en arrêt cardiaque et qui avait, enfin qui faisait une hémoptysie. Donc ça saignait de partout. C'était un carnage. Et donc elle saignait par la bouche, ça ressortait par le nez, donc on a commencé à faire le massage cardiaque, on l'a fait pendant à peu près 20 minutes et bon elle s'en est pas sortie mais... c'était la première fois pour moi et c'était un peu difficile dans le sens où je ne savais pas quoi faire, parce qu'on est pas du tout préparé à ça, on nous demande des médicaments dans le sac je ne sais même pas quoi est quoi, voilà on a pas le temps de lire, on a pas le temps de... Voilà donc j'ai tout ouvert, j'ai fait ce que je pouvais, dès que je pouvais faire un truc je le faisais et puis j'ai fait le massage cardiaque. Chacun son tour on a massé, le défibrillateur donc on a été le chercher, ça a duré assez longtemps parce que personne ne savait où il était... voilà... Je pense que tout le monde était assez paniqué et en fait c'était juste pour... enfin ce qui m'a étonnée c'est la lenteur avec laquelle on trouvait les choses, enfin on n'était pas assez rapides, assez vifs, c'était difficile, après je peux concevoir, personne n'était préparé même les infirmières mais bon... Enfin personne ne savait où était quoi, donc c'était un peu frustrant et il y avait que la chef qui était, bon elle était en réanimation donc elle était calée mais elle avait pas ce qu'elle voulait au bon moment. En plus la dame elle était assez, elle était en surpoids donc c'était difficile de trouver des voies veineuses. Voilà. Donc c'est ma première expérience.

Animateur : d'arrêt cardiaque ou de décès ?

Allison : non, d'arrêt cardiaque tout court, les deux. Parce que c'est vrai que plusieurs fois on nous a appelés pour un arrêt cardiaque donc c'était souvent des patients qui s'évanouissaient ou des crises d'épilepsie mais il n'y a jamais eu d'arrêt cardiaque.

retard de Lisa

Meredith : donc selon toi, enfin avec ta manière de raconter, on a l'impression que tu blâmes un peu cette lenteur...

Animateur : est-ce que tu ? J'ai pas entendu ?

Meredith : blâme...

Animateur : ah.

Meredith : est-ce que selon toi si les choses avaient été plus, enfin ouais les outils étaient plus disponibles et tout ça, est-ce que tu penses que vous auriez pu la sauver ?

Allison : bah pour le coup là je pense pas parce qu'elle avait vraiment une hémoptysie importante. Après je sais pas, je peux pas savoir parce que je connais pas mais en tout cas ça a duré assez longtemps, on essayait, on essayait mais il y avait pas de rythme choquable, le défibrillateur ne trouvait pas de rythme choquable, c'était une asystolie complète donc on faisait les massages. Enfin moi j'avais l'impression que ça servait à rien. Après je sais pas hein je... j'ai pas de connaissance vraiment... Mais je pense que enfin c'était juste qu'on est pas assez formé et puis, enfin pour montrer que c'est difficile de tout enchaîner. Pourtant on était beaucoup hein, on devait être une dizaine dans la chambre mais...

Animateur : vous aviez vu à la télévision la série Urgences ?

Allison : j'ai jamais regardé vraiment mais je connais.

Animateur : parce que là tout le monde sait quoi faire à la seconde !

Allison : ouais voilà. Je voulais savoir, voilà c'est vraiment pas comme dans les films du coup ! Voilà là on savait plus, on savait pas trop quoi faire... le matériel était pas disponible, il n'y avait pas de chariot d'urgence, enfin c'était...

Animateur : le bazar !

Allison : le bazar...

Animateur : pour être polie.

Richard : t'étais en quelle réa ?

Allison : Louis Mourier... pourquoi ?

rires

Allison : après ça n'a rien à voir avec la réanimation enfin de toute façon je blâme personne, c'est juste qu'on n'est pas assez formé, enfin même en tant qu'externe ne pas connaître le matériel, enfin même en salle... on a aucune connaissance du matériel, on a jamais fait de visite du service vraiment, enfin je sais pas si c'est dans tous les stages comme ça mais rien que le nom du matériel quand les infirmières elles nous demandent je pense que c'est important et ça on est pas assez formé sur la technique.

Animateur : mais cette dame elle avait quoi au départ ?

Allison : après on a regardé un peu son dossier parce que elle était pas du tout du service du coup on la connaissait pas. Elle avait une hémoptysie depuis 3 jours, elle crachait donc un demi-verre de sang par jour et ils l'ont laissée en médecine interne, ça aussi c'était un problème, enfin on n'a pas trop compris parce qu'au lieu de la mettre en pneumologie ils l'ont laissée en médecine interne en hospitalisation quoi. Elle a jamais eu de scanner depuis qu'elle était là, depuis 3 jours. Elle restée 3 jours à l'hôpital, elle a jamais eu de scanner !

Animateur : parce que 60-65 ans c'est encore jeune !

Allison : oui, enfin oui oui.

Animateur : donc normalement c'est récupérable !

Allison : je sais pas.

Animateur : si elle a pas de maladies...

Allison : mais ses antécédents, elle avait pas d'antécédents cardiaques, elle avait pas de grosse maladie.

Animateur : elle était en bon état. Elle était obèse ?

Allison : elle était... enfin elle avait quand même une hémiplegie gauche donc au niveau de l'autonomie elle était pas très... on a pris ça en compte aussi pendant le massage cardiaque, elle demandait « est-ce qu'elle marche encore ? Est-ce qu'elle a beaucoup d'autonomie ? » le médecin ne comprenait pas pourquoi elle demandait ça mais je pense que c'était par rapport au fait que, enfin je pense que c'est différent si c'est une personne jeune qui est active ou si c'est...

Animateur : la question était quoi ?

Richard : non mais elle est pas morte !

Allison : si elle est morte !

Richard : elle est morte ? Mais c'est elle qui demandait ... ?

Robert : non, le médecin, la chef !

Richard : ah ! La chef ouais ! J'ai cru que tu disais que la patiente demandait si elle allait remarcher !

Allison : non non non la chef de réanimation demandait au médecin qui ne savait pas du tout, du coup on a dû chercher le dossier partout donc, enfin pour moi il n'y avait rien en place donc on courait partout pour prendre le dossier, pour regarder les radios, pour... enfin c'était... enfin les radios non c'était pas sur le coup mais en tout cas pour chercher le dossier et enfin le lire alors que c'était urgent et le médecin c'était un, enfin l'interne, c'était un interne des urgences qui était très jeune je crois que c'était son deuxième semestre et il était vraiment très très perturbé.

Animateur : comment ça se voyait ?

Allison : bah déjà il savait pas faire de massage cardiaque... vraiment, c'est-à-dire que...

inaudible *parlent en même temps*

Allison : il était, enfin pour moi c'était la première fois donc je repensais à comment faire, j'essayais de me mettre en tête le rythme, enfin, à laquelle il faut faire le massage et il allait beaucoup trop vite donc la chef de réa elle disait « non non c'est trop vite, qu'est-ce que tu fais ? » enfin ça ça m'a aussi étonnée !

Chris : ça c'est le stress ça...

Allison : voilà bien sûr, il y a le stress, j'imagine mais... bon il était vraiment pas bien mais ce que j'ai bien aimé c'est que la chef de réanimation est allée le voir pour le déculpabiliser un petit peu. Elle lui a parlé etc... donc...

Robert : et à toi elle t'a dit quelque chose en particulier ou ?

Allison : non.

Animateur : un peu plus fort, je n'entends rien !

Robert : toi elle t'a parlé, enfin vous avez discuté un peu après ?

Allison : non, juste l'interne il est venu me voir il a dit... parce que j'ai dit que c'était mon premier, « ah bon c'est ton premier ? Est-ce que ça va ? » et tout, moi ça allait...

Robert : donc il y a quelqu'un qui est venu te voir.

Allison : oui oui l'interne est venu. Je pense que la chef a vu que j'étais pas trop mal donc elle a pas, mais elle a vu que le médecin était vraiment pas bien. Enfin ça se voyait physiquement. Et là pour le coup voilà c'est plutôt l'impuissance, on sait pas trop quoi faire, surtout quand on connaît pas...

Animateur : donc après ça, est-ce que vous êtes allée inspecter le sac avec quelqu'un pour demander ?

Allison : non... j'avoue on avait beaucoup de travail en fait donc j'ai pas eu l'occasion puis après je suis pas retournée en stage ensuite donc j'aimerais bien demander par curiosité pour savoir comment ça fonctionne. Et en plus dans le service l'infirmière ne peut pas venir, c'est l'externe qui doit venir et je trouve que ça aussi c'est un peu dommage parce que l'infirmière connaît beaucoup plus du coup, une fois arrivés là-bas, quand on a vu qu'on avait besoin d'aide et que les infirmières du service de médecine interne ne connaissaient pas vraiment... bah n'étaient pas vraiment prêts à ça parce que c'est de la réanimation du coup on a appelé, on a dû appeler 3 infirmières de réanimation pour qu'elles viennent. Pareil ce qui a fait perdre un peu de temps aussi.

Robert : on t'avait jamais expliqué ce qu'il y avait dans le sac ?

Allison : je ne savais même pas qu'il y avait un sac ! Je pensais que dans tous les services il y avait tout !

Robert : les chariots d'urgences...

Allison : voilà ! Mais non, on nous a dit qu'il y a pas dans tous les services le chariot d'urgence. Enfin il y en a un mais c'est le minimum. Dans le sac t'as vraiment tout !

Robert : enfin tu demandes ce qu'il y a dedans. C'est vrai qu'il y a plein de trucs qu'on est censé apprendre sur le tas. Enfin tout le monde part du principe qu'on va apprendre au fur et à mesure.

Allison : c'est ça !

Robert : on faisait des ponctions en gastro, on me disait « va chercher un cathlon de 12 »...

Allison : c'est quoi un cathlon ? *rires*

Robert : c'est quoi un cathlon ? enfin...

Allison : exactement !

Richard : en tout cas en cours d'urgences en D1 t'as un truc comme ça sur les...

Robert : ah ouais ?

Richard : ouais, t'as un truc pour les appareils pour la, pour l'intubation, les mandrins, le laryngoscope...

Allison : oui oui oui mais...

Richard : après les médicaments il y a pas.

Allison : je sais pas, faire des mises en situation c'est peut-être plus... Par contre tu fais le massage cardiaque, je savais quoi faire ! Ça je pense qu'on nous l'a assez répété depuis la première année de médecine, on a fait la formation mais après on nous a pas expliqué vraiment tout ce qu'il y avait dans le sac. Mais je pense que ça doit être fait aussi au stage pour le coup en réanimation.

Grégory : enfin je pense que c'est mieux de montrer concrètement ce qu'il y a dans le sac.

Allison : ouais de voir !

Grégory : parce que si t'es là en situation d'urgence et qu'il faut que je me rappelle le cours de D1...

Animateur : ce qui est drôle c'est tout le monde s'aperçoit qu'il y a un dysfonctionnement, il y a quelque chose qui va pas dans l'organisation, personne ne sait rien du tout et, je sais pas, j'aurais été le chef de service, j'aurais dit « bon bah allez, cette expérience elle doit servir à quelque chose, vous allez tous venir, et puis comprendre où sont rangées les affaires, comment ça s'appelle ! »

Allison : mais pour le coup là on n'avait vraiment pas le temps parce qu'on avait une entrée à ce moment-là, enfin c'était...

Animateur : mais pas dans la demi-heure, oui oui, ça pouvait être le jour suivant, ou alors dans les deux jours qui viennent, je veux dire que ça serve à quelque chose. Parce que vous avez eu l'impression qu'il y a eu une perte de chance pour cette malade !

Allison : oui oui...

Animateur : même à double niveau parce que même dans le service de médecine interne où elle était, elle n'avait pas eu de scanner donc...

Allison : donc on a cherché, il n'y a pas eu de scanner de fait...

Robert : ils avaient fait quoi ?

Allison : on avait fait quoi ?

Robert : enfin en médecine interne ils avaient fait quoi ?

Allison : pour la patiente ?

Robert : oui.

Allison : en fait elle venait, enfin en fait on leur a demandé, personne ne savait vraiment ce qu'elle avait. Il n'y avait pas de médecin en fait. Pas de médecine interne, donc il y avait que les infirmières de garde et il y en avait plusieurs qui n'étaient même pas de cette aile-là. Donc il devait en avoir que une ou deux quoi maximum qui connaissaient la patiente. Et on demandait pourquoi elle est là, personne ne savait répondre donc du coup aller chercher le dossier, le lire rapidement...

Animateur : et alors le fameux sac il est où normalement ? C'est un sac mobile ou il y en a un par service ?

Allison : non non non c'est que en réanimation.

Animateur : il y a un sac en réanimation ?

Allison : peut-être aux urgences je ne sais pas mais en tout cas en réanimation il y en a un, donc c'est un grand sac rouge comme ça, donc que tu prends et tu montes dans les étages. Donc c'est un sac qui est scellé parce que c'est une seule utilisation je crois.

Animateur : donc le sac on sait où il est mais dans les services ils ne savent pas .

Allison : de toute façon ils appellent la réa.

Robert : ils ont un chariot d'urgence.

Allison : ils ont un chariot d'urgence mais pas partout. Là en tout cas le chariot d'urgence j'avais pas l'impression que c'était un chariot d'urgence ! C'était pas un chariot d'urgence parce qu'il y avait rien de ce qu'on demandait.

Lisa : c'est vrai qu'il y a souvent des problèmes avec les chariots d'urgence, moi il y a un mois pareil, il y a pas de thrombolytique dans un chariot d'urgence et on a eu un patient qui est mort parce que on lui a... bah il a fait une embolie pulmonaire massive et bah... on avait beau le masser si on lui mettait pas de thrombolytique rapidement... bah il était mort quoi. Non mais ça arrive relativement souvent, ils devraient vérifier et même temps montrer aux externes. Faire une réunion et vérifier qu'il y a tous les produits et montrer en même temps aux autres. Je sais pas...

Animateur : dans mon cabinet je, dès qu'on a reçu les externes on a réalisé un petit coin avec les médicaments d'urgence et c'était l'externe qui était chargé de le mettre à jour. D'y regarder ce qui était périmé, ce qui était pas périmé et à chaque fois que l'externe changeait de cabinet c'était lui qui avait cette responsabilité-là.

Allison : après tu sais où les médicaments sont rangés, tu les connais. Moi j'en avais aucune idée donc le seul truc que j'ai fait je suis arrivée, j'ai ouvert tout, j'ai ouvert ce que je pouvais pour mettre à disposition et puis j'ai fait le massage...

Animateur : et le défibrillateur c'est vrai il y en a un par service ?

Allison : normalement oui mais là personne savait, enfin ça a mis du temps pour aller le chercher ! Personne n'a pensé à aller le chercher, c'est la chef de réa qui a dû demander « allez faut aller le chercher, faut aller le chercher ! » c'est arrivé au bout d'au moins 3 minutes enfin bon je... ça a mis vraiment beaucoup de temps...

Animateur : et là c'était aux infirmières du service de savoir où il est...

Allison : oui oui bah c'est elles qui sont parties le chercher.

Animateur : mais elles ne savaient pas trop où il était...

Allison : voilà.

Animateur : donc à tous les niveaux ça a un peu déconné !

Allison : ouais...

Robert : le massage c'est pas trop bizarre ? Ça ne doit pas être la même chose que sur un mannequin ?

Allison : non c'est super fatiguant ! Au bout d'une minute, même une minute c'était... trop fatiguant, il faut chaque fois vraiment... Là je vois l'importance de demander de l'aide avant de commencer un massage cardiaque et pas le faire tout seul parce que ça sert à rien. Même deux personnes je crois que c'est difficile. Vraiment trois personnes pour moi et là je suis, j'ai mal *rire* aux abdos, partout ! Vraiment ! *rires*

Animateur : ça vous sert d'exercice sportif ! Moins cher que l'inscription au fitness !

Lisa : pour le massage ils devraient faire des exercices souvent, je sais qu'en réa moi quand j'étais à Larib' ils, plusieurs fois par an ils essayaient de faire tourner toutes les infirmières, tout le monde, ils venaient, ils ont des super mannequins hyper réalistes !

Allison : ouais pour la réa, ils savent faire !

Lisa : ils sont super biens, on peut faire le laryngoscope pour mettre la...

Allison : ouais pour intuber... Mais enfin en réa je pense qu'ils sont très bien formés parce que bah voilà c'est...

Lisa : c'est bien de refaire.

Allison : je pense qu'il faudrait former plus de personne parce que quand tu vois qu'un médecin, enfin un interne ne sait pas faire de massage cardiaque c'est un peu étonnant enfin... Après je sais qu'il y a le stress et tout mais...

Lisa : même moi par exemple c'est que en réa que j'ai appris qu'il fallait bien surélever le, le...

Animateur : le poignet ?

Lisa : le poignet, sinon on laissait pas assez d'espace pour que la cage thoracique, enfin le cœur se remplisse. Enfin ça par exemple plein de personne font ça, ça, ça, ça, ça et bouge pas, et soulève pas alors qu'il faut faire ça, c'est encore plus fatiguant. Et ça je l'ai appris qu'en réa moi personnellement parce que sinon en fait t'étouffes le malade et son cœur se remplit pas. Enfin au final, plein de choses qu'on apprend que, des détails soit disant au final qui font la différence !

Allison : surtout qu'on forme toute la population au massage cardiaque, enfin on essaye de former le maximum de personnes donc à l'hôpital je pense que c'est là où tout le personnel, le service devrait...

Animateur : et surtout en ce moment La Croix Rouge donne beaucoup beaucoup de leçons.

Robert : les formations qu'on a eu en fin de troisième année c'est ça ? Tu te dis qu'on aurait tellement pu l'avoir eu au lycée, enfin... même avant, du temps que t'as de la force dans les bras...

Allison : oui oui... La première qu'on a eu c'était la journée d'appel quoi.

Robert : ouais. Enfin la journée d'appel c'est... *rises*

Lisa : même la formation qu'on a eu en troisième année je trouve qu'elle est pas... Elle est bien mais...

Robert : elle est pas mal ! Enfin ça va !

Lisa : bah par rapport à ce que j'ai vu en réa le massage c'est pas du tout le même !

Robert : ça dépend du formateur aussi je pense.

Allison : oui mais après il y a un minimum pour savoir faire au moins le bon geste même si c'est pas parfait mais au moins le bon rythme tu vois.

Lisa : bah le rythme ils ont pas assez insisté...

Allison : nous si, ils nous ont donné l'astuce de la musique.

Lisa : même avec le rythme...

Allison : « Staying Alive », et du coup je pensais vraiment ça dans ma tête et le médecin interne, enfin l'interne qui le faisait beaucoup trop vite, la chef de réa a chanté la musique à côté de lui !

Animateur : c'est quoi la musique ? Je ne sais pas.

Robert : c'est « Staying Alive » des Bee Gees!

Allison : « Staying Alive », voilà c'est vraiment ce rythme-là. Moi dès que j'ai commencé, j'ai pensé à ça et du coup dès qu'elle regardait le pouls elle disait « c'est très bien Allison, continue, elle a un bon pouls fémoral » et l'interne qui le faisait beaucoup trop vite, elle a dû lui chanter la chanson pendant le ... Mais vraiment elle a fait « ah ! ah ! ah ! ah ! » *rises* ça fait rigoler mais c'était pas... mais du coup après il le faisait bien.

Chris : il s'était peut-être trompé de musique...

Allison : peut-être... c'était un remix un peu trop rapide *rises*

Lisa : il paraît qu'il y a des réa qui mettent la musique !

Allison : ah carrément !

Lisa : ouais en réa chir Larib' souvent ils se mettent sur le chariot, ils sont à deux, ils s'enchaînent et ils mettent *rises*

Allison : il faut être bien organisé parce que déjà que t'as pas le temps de... Si t'as le temps d'allumer la radio et tout !

Lisa : non mais ils ont un CD déjà prêt...

Animateur : et comment ça se fait le passage des masseurs, c'est-à-dire vous dites « j'en ai marre, je peux plus, quelqu'un vient ? »

Allison : voilà dès qu'on est fatigué, on faisait vraiment bah c'est un, queue, on fait une queue donc on était l'un derrière l'autre. Donc il y avait l'interne... on était 3 à faire le massage cardiaque et donc voilà dès que t'en peux plus tu dis « quelqu'un prend le relais ! » donc la personne derrière dit « oui oui je suis là ! » et dès qu'il est prêt bah tu t'en vas. Et c'est un peu difficile dans le sens où est-ce que tu dois faire le massage cardiaque par exemple quand tu, tu piques la patiente est-ce qu'il faut continuer à faire le massage cardiaque, quand en même temps, des fois il fallait s'arrêter parce que c'était impossible de la piquer. Et aussi il faut bien écouter le défibrillateur quand il dit « arrêtez le massage cardiaque, ne pas toucher à la patiente » Il faut être à l'affût de tout en fait donc... C'est quelque chose qui se prépare vraiment, et on n'est pas assez... enfin... d'où l'importance de l'enchaînement. Chacun doit être à sa place...

Alex : et tu pensais à quoi pendant ?

Allison : je pensais à bien faire le massage et à aider dès que je pouvais, je suis allée chercher le dossier, j'ai fait... enfin... j'ai essayé d'aider au maximum.

Animateur : vous avez le sentiment du devoir accompli ?

Allison : moi je pense que oui, j'ai fait le maximum que je pouvais, je ne suis pas restée plantée là, enfin voilà je suis direct allée faire le massage.

Animateur : il a été décidé d'appeler la famille ?

Allison : du coup la chef après a dû appeler le mari, elle n'avait pas d'enfants, seulement le mari.

Lisa : seulement après ?

Allison : ouais après parce que...

Lisa : personne n'y a pensé pendant ?

Allison : non.

Richard : c'est chaud pendant *rises* c'est compliqué !

Lisa : non non mais parfois ils commencent à appeler pendant.

Allison : non c'est vrai que c'est pas bête hein parce que tu voyais qu'il y avait des personnes qui faisaient rien, qui était là à regarder...

Lisa : ouais en général, il y a des personnes qu'on peut envoyer...

Allison : non non mais ça je suis d'accord.

Lisa : normalement en réa c'était pendant qu'il y a un truc, bon voilà on appelle la famille.

Allison : ouais elle a appelé juste après le massage cardiaque, du coup elle a dû lui annoncer par téléphone, elle n'avait pas trop le choix, et après il est venu, enfin quand on est descendu on a vu arriver quelqu'un dans l'ascenseur qui était pas bien, je pense que c'était son mari.

Animateur : ah vous l'avez vu ?

Allison : ouais, moi je l'ai juste croisé et après la chef est allée le voir pour lui parler.

Animateur : et vous étiez là quand elle a téléphoné la chef ?

Allison : j'étais... enfin j'étais en train d'aider à ranger, j'ai vu qu'elle téléphonait mais j'étais pas là, j'ai pas entendu la conversation.

Robert : la chef elle a dit ça allait et elle est repartie au boulot ?

Allison : ouais, elle était un peu dégoutée quand même. Elle était surtout dégoutée du fait qu'elle comprenait pas pourquoi on l'a laissée sans surveillance ici dans le service alors que quand tu craches un demi-verre de sang pendant 3 jours.

Robert : elle avait juste un scope ?

Allison : comment ?

Robert : elle avait juste un scope ?

Allison : elle n'avait rien. Je ne suis même pas sûre qu'elle était scopée...

silence 13 secondes

Animateur : elle n'avait pas d'enfants vous dites ?

Allison : non

silence 8 secondes

Animateur : donc la chef après a réuni l'équipe avec l'interne ou elle était allée parler à l'interne seulement ?

Allison : non elle est allée parler à l'interne quand on est descendu, donc on passe par les urgences pour aller en réanimation, on a vu l'interne qui reprenait son travail et du coup elle nous a dit « allez-y je vous rejoins » et elle est partie. On n'était pas là au moment où elle lui a parlé.

Animateur : il n'y a pas eu un vrai débriefing de cette histoire tous ensemble ?

Allison : non même moi j'avoue elle est pas venue me parler, me dire ce qu'il fallait faire ou pas, de mieux enfin... l'interne est juste venu voir si ça allait mais bon...

Animateur : là c'était quand ? C'était dimanche ?

Allison : c'était dimanche dans la nuit donc, lundi 3 heures du matin.

Animateur : d'où vos courbatures ?

Allison : *rires* ouais c'est ça !

Animateur : mais il n'est pas trop tard que vous lui demandiez de faire cette réunion !

Allison : ouais. Peut-être le faire en cours pour les externes et... parce qu'on fait un cours tous les matins. On a fait un cours en plus pendant la semaine sur l'arrêt cardiaque. On avait revu comment faire le massage. Après je pense que la pratique c'est quand même, les mise en situation c'est beaucoup plus réalistes que...

Animateur : oui mais là aussi...

Allison : vous voulez dire par rapport au cas ?

Animateur : par rapport au cas et par rapport à la désorganisation des services où personne ne sait rien.

Allison : après c'était mon sentiment, peut-être que... je ne sais pas. On en a pas parlé de ça donc c'était mon sentiment...

Animateur : est-ce que ça vaudrait pas le coup d'en parler justement ?

Allison : oui je vais demander.

Animateur : pas pour comme d'habitude pas pour attaquer les gens mais pour dire que « j'avais l'impression que les gens ne savaient pas trop où était le matériel, moi-même je ne savais pas ce qu'il y avait dans le sac, est-ce qu'on pourrait pas faire une réunion pour dire bah dans ce service là où sont les choses. »

Allison : par rapport à l'interne, je devrais dire au chef qui pourrait faire quelque chose.

Animateur : pour que ça serve puisque...

Allison : oui.

Animateur : il y a des petits manquements quand même lorsque vous racontez l'histoire on a tous l'impression qu'il y a des petits manquements à plusieurs niveaux donc que ça serve, que ça soit utile.

silence 14 secondes

Alex : moi j'avais eu un arrêt pareil en USIC et pareil je ne connaissais pas le chariot d'urgence, je ne connaissais rien et moi ça s'est beaucoup mieux passé parce que du coup ils sont très très bien formés, ils sont super rapides et même, enfin, il y avait une interne qui m'avait bien coaché pendant le truc donc j'avais réussi à faire ce que je pouvais mais pareil j'avais été choqué que quand on arrivait on avait... enfin on avait aucun cours sur l'arrêt cardiaque alors qu'on était en soins intensifs, qu'on nous avait jamais montré le chariot d'urgence et du coup le lendemain, l'interne nous a tous réuni et nous a expliqué le chariot d'urgence. Pas tout, mais en tout cas les principaux trucs parce que même si on te dit « donne-moi le machin » enfin n'importe lequel, il y a 3 tailles différentes et tu sais pas lequel donner, est-ce que tu donnes le jaune, le vert, le rouge ? Et du coup enfin lesquels tu donnes en première intention c'est important.

Animateur : faut mesurer, faut se balader avec un centimètre et faut mesurer les trucs pareils.

rires

Alex : donc je pense que toi tu as vu un arrêt donc quand ils vont le faire tu vas beaucoup plus t'en rappeler. Parce que même moi quand j'arrive dans le service je me disais, enfin je me suis dit deux-trois fois « bon c'était lesquels qu'elle m'avait dit ? C'était le vert que je devais donner ? » ...des trucs comme ça. Je sais pas si les autres qui avait pas eu d'arrêt ça avait été aussi productif mais...

Allison : oui comme quoi la mise en situation ça marque plus que les cours théoriques en fait.

Robert : enfin la mise en situation autour d'un mannequin aussi c'est bien.

Allison : oui voilà, oui quand j'ai dit mise en situation c'était en réel ou autour d'un mannequin, bah non tu ne peux pas le faire quand tu veux. Simplement oui la mise en situation avec un mannequin et faire plus souvent quoi.

Robert : surtout avant une garde quoi, ça à la limite tu sais que...

Animateur : c'est vrai ce que vous dites, la moitié de la population a été à des cours de secourisme à l'adolescence quoi. N'importe qui dans la population à peu près sait faire un massage cardiaque.

Robert : comment ça n'importe qui sait faire un massage ? Je suis pas sûr.

Allison : normalement t'as quand même, enfin...

Robert : mes potes qui sont pas en médecine je les vois, ils ne savent absolument rien !

Allison : ah ouais ?

Robert : il y a juste les 3 souvenirs de la JAPD, ça les a marqué parce que je leur avais dit que c'était le rythme de « Staying Alive », c'est le genre de truc dont tu te souviens mais...

Allison : c'est bien tu leur en as parlé en fait.

Robert : ouais mais voilà c'est qu'on a tellement de modèles négatifs que même si les gens ont appris des choses le lendemain à la tv tu vois un film où t'as un mec qui sort d'une noyade et ils lui mettent un coup de défib' et il est trempé le mec *rises* enfin t'es là enfin même si le mec il se souvient qu'il faut masser à 100 par minute, s'il s'électrocute avec le défibrillateur une minute plus tard ça sert à rien !

rises

Robert : mais c'est vrai en plus il y a plein de films ils font n'importe quoi ! Dans Urgences...

Richard : c'est vrai que c'est efficace un défibrillateur mouillé !

rises

Robert : non mais j'ai vraiment vu ça il y a deux semaines quoi ! Je me souviens c'était un, je me souviens plus c'était quoi comme film, je crois que c'était un Mission Impossible. Le mec il est trempé, il met le défibrillateur, il lui met un choc il... c'est limite s'il est pas à 3 centimètres quoi... et le truc te dit pas du tout : « éloignez-vous du malade ! »

inaudible

Richard : c'était pour l'assommer le mec, c'est pour l'assommer qu'il a fait ça !

Robert : je sais plus...

rises

Robert : du coup on a beau avoir des formations de secouriste, il y a tant de modèles négatifs à côté que... enfin.

Lisa : mais c'est vrai que ça m'a tellement marqué la réa...

Robert : tu te dis tout le monde sait faire un massage ?

Lisa : non mais après j'ai redonné des cours à des connaissances, à plein de personnes j'ai dit « ça vous dit de... » Alors je... je sais pas mais...

Robert : après un certain âge en entreprise ils ont des formations, quand on bosse en entreprise il y a la formation Croix Rouge truc mais dans une population hors médecin entre 20 et 25 ans, à part la JAPD où la plupart du temps ils sont passés 3 minutes dessus...

Allison : mais je veux dire c'est pas quelque chose que médical, ils essayent de le mettre à disposition de toute la population ça de savoir faire un massage cardiaque.

Robert : ouais après il y a des défibrillateurs partout, il y a...

Lisa : partout ?

Robert : si il y en a quand même... enfin Paris en tout cas.

Lisa : enfin... quand t'es chez toi...

Robert : t'en as quand même dans toutes les pharmacies.

Lisa : ... en général après le temps de descendre chercher un défibrillateur. Non mais je veux dire là où t'as le plus de chance de survivre en général c'est dans les gares ou sur les grands lieux publics.

Allison : sur la voie publique.

Robert : après tu rajoutes les gares, les pharmacies.

Lisa : toutes les pharmacies en ont pas.

Allison : ah bon ?

Lisa : non par exemple une ville c'est Corneilles en banlieue il n'y a que deux défibrillateurs alors que c'est quand même une grande ville, il y en a une dans la gare et une à l'autre bout genre dans la piscine je sais pas où qui est à l'autre bout de la ville. Et il y a plusieurs pharmacies dans la ville et il a tout plein de trucs mais quand j'ai vu ça j'étais là mais je connais des gens qui habitent là mais s'ils ont un problème, leur papa va pas bien ou je sais pas quoi le temps d'aller soit à la gare soit à la piscine s'ils sont au milieu...

Robert : on m'avait juste dit qu'à la pharmacie... Je pensais que c'était obligatoire.

Chris : à Corneilles-en-Parisis ?

Animateur : pardon ?

Chris : Corneilles-en-Parisis ?

Lisa : ouais.

Chris : ils ouvrent un Burger King du coup il devrait en avoir plus ! *rises*

Lisa : *rises* tu me rassures !

Robert : plus d'arrêts cardiaques aussi...

Richard : non mais je sais pas c'est plus rapide d'appeler le SAMU ou les pompiers.

Lisa : en général c'est vrai il y a un truc aussi...

Richard : ils viendront plus vite que... sauf si t'es dans une gare à la rigueur ouais c'est normal, mais si à côté de chez toi il y a pas de défibrillateur ça me choque pas quoi

Lisa : même en réa aussi ils nous ont appris qu'il valait mieux d'abord appeler les pompiers parce que c'est ceux qui arrivent le plus vite puis le SAMU parce qu'ils arrivent plus lentement mais c'est l'équipe médicale mieux formée quoi

Richard : en général dans les pompiers t'as un médecin, t'as un médecin. Moi j'avais un chef qui était médecin dans les pompiers aussi, qui faisait les pompiers.

Animateur : mais le délai c'est 10 minutes non ?

Richard : c'est 8 minutes je crois.

Animateur : 8 ?

Richard : ouais je crois que les pompiers c'est 8 minutes.

Animateur : non non le délai entre la mort et l'arrêt cardiaque.

Robert : ça dépend si on masse.

Animateur : si on masse pas justement ?

Chris : à partir de 3 minutes t'as déjà des séquelles.

Animateur : 3 minutes les séquelles cérébrales ?

Robert : le no flow ça dépend vachement de l'âge aussi.

Grégory : 10 minutes de no flow c'est ça ?

Allison : oui c'est ça, 10 minutes, 10% à chaque...

Grégory : toutes les minutes tu perds 10% de...

Robert : après ça dépend de la cause, si t'es en hypoxie 2 heures avant de vraiment faire l'arrêt... en 10 minutes c'est foutu je pense. Après quand t'es jeune 10 minutes tu gardes des séquelles mais tu peux t'en sortir ?

Chris : jeune ou pas une fois que ça fonctionne plus...

Animateur : pardon ?

Chris : je disais jeune ou pas une fois que ça fonctionne plus...

Animateur : ah oui oui, enfin bon pour réunir les deux idées c'est que s'il y a des défibrillateurs et que personne ne sait où ils sont c'est pas, ça gagne pas de temps quoi.

Robert : il y a des appli Smartphones qui te disent... où ils sont.

Animateur : ah bon?

Lisa : bah tout le monde ne l'a pas sur son Smartphone... mais c'est vrai qu'ils en parlent beaucoup des applications.

Richard : t'imagines t'as plus de réseaux ? *rires*

Animateur : là à cause des événements et puis lié à des événements pareils à ces temps qui courent je pense que je vais aller me prendre un brevet de secourisme que je n'ai pas ! Alors qu'avez-vous appris de vous-même avec cette histoire ?

Allison : bah déjà j'étais contente j'ai pas servi à rien quoi. J'ai aidé, et puis j'étais pas paniquée donc j'ai réussi à y aller et... c'est surtout ça en fait. Par rapport à moi...

Animateur : donc vous savez que un peu mieux formée vous serez capable de gérer cette situation-là ?

Allison : comme la chef je sais pas parce que... bah je pense qu'après c'est une question d'habitude aussi. C'est aussi une question d'habitude et oui c'est sur je pense que si on avait été mieux formés ça aurait pu aller plus vite et du coup vu que le temps joue beaucoup.

Animateur : formée et informée ?

Allison : oui oui.

Animateur : informée, savoir où est le matériel.

Allison : rien que savoir où est le matériel, pas forcément savoir au niveau des médicaments mais au moins le matériel quoi. Quand on nous demande « je veux ça, ça, ça », faut que ce soit direct quoi.

Animateur : c'est vrai que partout il y a des pancartes avec issue de secours s'il y a un incendie donc ça c'est bien placardé partout on sait où est l'extincteur, on sait qu'il faut pas prendre l'ascenseur etc. mais dans un service médical, dans un hôpital on pourrait aussi avoir pour trouver le défibrillateur, pour trouver ça...

Allison : que ça soit plus indiqué.

Animateur : exact. Bon et bien merci pour cette histoire. Et nous attendons une autre histoire... oui ! Bravo !

Robert : on avait fait l'annonce de la maladie grave...

Animateur : alors fort ! Fort, fort, fort, fort ! Parce que...

Robert : on avait fait l'annonce de la maladie grave l'autre jour, donc moi je suis en pancréato Beaujon, ils font pas mal de cancers de pancréas qui sont un peu...

Animateur : qui sont un peu de mauvais pronostic vous voulez dire ?

Robert : voilà. On avait fait l'annonce, mais c'était pas vraiment ça c'était plutôt l'intervalle entre le début du diagnostic et l'annonce et pour moi le secret qu'on a gardé pendant ce temps-là il m'a mis particulièrement mal à l'aise même si pareil j'ai pas... enfin au début du stage en fait le chef donc le professeur L nous avait dit que, nous a un peu parlé de comment ça se passait les annonces de cancer dans les années 70-80 où on disait rien au patient, il nous disait que maintenant il y avait pas de mensonge, maintenant on annonçait les choses, ils nous expliquait comment se passait une consultation d'annonce, des mots qu'on utilisait, qu'on utilisait pas. Il nous a fait pas mal de prévention là-dessus sauf que en pratique bah entre le moment où la première fois où on voit sur un scanner, enfin le monsieur il vient pour jaunisse quoi il était ictérique et sur le scanner on voit qu'il y a une masse, une masse de la tête du pancréas qui est clairement tumorale c'est-à-dire c'est... à l'endoscopie ils marquent « infiltration tumorale », sur le scanner ils marquent « aspect tumoral », sauf que pour faire l'annonce il faut attendre la biopsie. Il faut attendre l'anapath. Parce qu'on peut pas dire à un malade « vous avez un cancer » même si on sait que c'est 99 chances sur 100 que ça soit ça, on peut pas lui dire et dans cet intervalle il se passe 5 jours pendant lesquels je dois aller le voir tous les jours et on lui a dit qu'il y avait une lésion, ils ont utilisé le mot « lésion ». Que voilà. Pendant la visite de la chef, elle a un peu préparé le terrain en lui disant que c'était pas juste un calcul biliaire, pas juste une jaunisse que il y avait une lésion qu'on voyait au scanner et que ça nous inquiétait mais voilà il ne sait pas ce qu'il a et bah donc on doit rien lui dire quoi. Et sauf que c'est enfin c'est un délai qui est nécessaire on est bien obligé d'attendre la biopsie sauf que ce délai de la biopsie c'est aussi le délai pendant lequel on est un peu obligé d'en profiter pour faire plusieurs choses parce que la chimio faut qu'elle commence le plus tôt possible. Pendant ce temps-là on doit faire une radio de thorax, une radio de thorax pour... avant de lui poser une chambre implantable qu'on doit aussi programmer. Tout le bilan d'extension donc scanner thoracique, osseux tout ça tout ce qu'il faut faire, tout un tas d'exams et ça du coup on le fait avant la consultation d'annonce et du coup on se retrouve pendant 3-4 jours avec le malade qui nous demande « pourquoi vous me faites une radio de thorax alors que je viens parce que j'ai mal au ventre, c'est quoi le rapport avec ma maladie ? » Je vais pas lui répondre alors que moi je connais la réponse, je vais pas lui dire c'est pour chercher des métastases enfin... et on voit progressivement...

Animateur : alors parlez-nous un petit peu de ce malade-là.

Robert : alors c'était monsieur S, c'est un homme de 72 ans, qui avait pas d'antécédent particulier mis à part le fait qu'il ait voyagé énormément qui a passé 30 ans hors de France donc en plus on doit lui faire le déparasitage c'est compliqué à expliquer aussi pourquoi... qui a une femme et un enfant, qui a jamais eu de maladie grave et qui était en bonne santé. Et qui fait du sport enfin... voilà quoi.

Animateur : en bon état général ?

Robert : en bon état général, rien de particulier.

Animateur : pas encore amaigri ? Pas encore... ?

Robert : il a perdu un petit peu de poids parce que voilà il avait des douleurs abdo et une petite altération de l'état général, c'est pour ça qu'il avait fini par consulter avant que l'ictère apparaisse cause là... enfin voilà il avait perdu 7 kg en 2 mois c'était pas non plus, enfin c'était inquiétant mais c'était plus parce qu'il mangeait moins à cause de ses douleurs que une altération de l'état général. Un monsieur très sympathique en plus donc c'est pour ça qu'il m'a marqué. Et du coup là ça fait 2-3 jours... Bah la première fois que j'étais allé le voir quand j'ai fait son entrée moi je, bah on avait pas encore son scanner donc je ne savais pas qu'il avait un cancer, je lui ai fait son entrée très souriant, on a discuté, on a discuté, il avait fait plein de voyages donc je lui ai demandé où est-ce qu'il était allé et bah du coup enfin j'espère que je l'ai pas faussement rassuré mais on avait un bon contact, j'ai bien passé une bonne heure dans sa chambre pour faire son interrogatoire parce que enfin une bonne heure non mais entre l'examen, au total dans la matinée avec les trucs à demander j'ai passé une heure avec lui quoi et bah le lendemain enfin le lendemain, l'après-midi l'interne est, enfin la chef est venu le voir pour lui dire qu'ils avaient vu quelque chose au scanner et que ça les inquiétait, moi j'avais très bien compris enfin j'avais vu le compte rendu du scanner de toute façon donc je savais ce que c'était et lui on l'a vu, je l'ai vu se décomposer quoi. Enfin sans que ça soit vraiment une annonce parce qu'il savait pas ce que c'était et mais je pense qu'il a enfin je sais pas dans quelle mesure il a compris, je sais pas, j'allais pas lui en parler. J'allais pas lui demander qu'est-ce qui a changé mais lui il a vu ma tête je pense parce que le lendemain j'arrivais dans sa chambre je tirais la tronche, enfin je tirais la tronche... enfin j'essayais de rester pro et sobre dans tous les cas mais c'était pas le même... la même chose. Je pense qu'il savait aussi que moi je savais des choses que je ne pouvais pas lui dire, il l'a bien senti et du coup bah là je les ai appelés... on est quoi mardi là ? Ça doit tomber aujourd'hui quoi donc c'était jeudi j'ai fait son entrée, 5-6 jours quoi. Surtout avec le weekend entre les deux où il a absolument pas vu la chef qui lui a annoncé ça, il a vu l'interne d'astreinte du samedi, de garde le dimanche, le chef de garde. Il a vu 6 personnes différentes qui ont dû prendre des nouvelles et voilà... plus ou moins lui cacher des choses quoi. Alors j'ai quand même dû aller le brancarder... enfin le brancarder, l'accompagner en radio parce qu'il savait pas du tout où c'était et que... et voilà quoi c'est quand même un peu bizarre que... de se dire qu'on a pas le droit de dire des choses à un patient, est-ce qu'on pourrait faire ça autrement je sais

pas mais ça m'a quand même mis mal à l'aise parce que à Beaujon quand on envoie un patient faire une radio, un radio de thorax ou un scanner on leur donne la demande ou le bon de radio à eux pour qu'ils descendent avec sauf que là bah j'étais obligé de le donner au radiologue moi-même parce qu'il y avait marqué en gros dessus « ADK du pancréas, bilan avant pose de chambre implantable »... et voilà... donc on a beau maintenant dire la vérité au patient, faire tout un tas de procédure de consultation d'annonce, d'attendre les biopsies et faire en sorte que tout se passe bien, il reste que pendant 5 jours on a un patient qui sait pas qu'il a un cancer mais à qui on doit quand même expliquer qu'on va lui poser une chambre implantable et j'ai... Enfin mon co-externe il a bien vu que j'étais pas super content d'aller dans sa chambre parce que bah voilà quoi je continue à faire l'examen clinique, je continue à faire mon boulot d'externe, à prendre des nouvelles mais il y avait rien à faire quoi. Il y a juste à attendre la biopsie et attendre que l'annonce tombe quoi... et du coup voilà, mais ça semblait choquer personne.

Animateur : ah oui...

Robert : c'est peut-être ce qu'il m'a le plus dérangé au final c'est que l'interne je lui dis enfin il me demande d'appeler la... ils ont un bloc spécialement pour les chambres implantables à Beaujon, il me demande d'appeler ce bloc là pour programmer le plus vite possible une pose, je lui fais « vendredi, mais est-ce qu'il aura eu son annonce ou pas ? » « bah on verra plus tard » enfin... En priorité c'est la procédure quoi, c'est le bilan d'extension, la pose de chambre, plan de chimio, RCP, machin truc et puis après quand le moment, quand il faut vraiment on va le dire au patient. Moi c'est comme ça que je vois les choses.

Animateur : il voyageait professionnellement ?

Robert : ouais.

Animateur : et qu'est-ce que c'était son métier alors ?

Robert : il était ingénieur en, je me rappelle plus exactement, enfin il était ingénieur et il bossait pour un expat' dans un autre pays, voilà.

Allison : et quand vous lui avez parlé vous lui avez dit le mot « cancer » ou pas du tout ?

Robert : ah non !

Allison : ah bon ?

Robert : je sais pas.

Allison : non mais pas toi mais...

Robert : non quand la chef lui a parlé, bah non parce qu'on a pas les biopsies on sait pas si c'est...

Allison : oui mais par rapport au fait qu'il y avait la masse et tout et qu'il y avait 99% de risque d'avoir un cancer, vous ne dites pas il y a un risque ?

Robert : elle a préparé le terrain à moitié sans, tu peux pas dire, tu peux pas dire le mot « cancer »...

Allison : non mais dire qu'il y a un risque de... que c'est probablement un...

Robert : je sais pas parce que après sa femme est arrivée et elle lui a dit « on va en parler plus en détails avec votre femme quand elle va arriver dans l'après-midi » mais je connais pas trop le contenu de la discussion.

Allison : d'accord, ah oui t'as pas été là.

Robert : et moi derrière les jours suivants où je suis retourné le voir j'ai pas non plus utilisé le mot « cancer » et lui il m'a pas, lui me demandait « c'est quoi la suite de la prise en charge ? » je lui ai expliqué que pour l'instant on faisait un bilan pour voir si tout allait bien ailleurs sans parler de bilan d'extension et de métastases mais voilà je, j'ai essayé de...

Animateur : si tout allait bien ? Ou comment ça allait ailleurs ?

Robert : non enfin mais si il y avait pas de problème, enfin je sais plus ce que je lui ai dit exactement mais je lui ai pas dit « si tout allait bien » ! Je lui ai dit « pour voir s'il y avait pas de souci », je crois que c'est ça que je lui ai dit pour expliquer pourquoi on lui faisait un scanner thoracique alors que enfin, je pouvais pas lui expliquer quoi !

Animateur : et le chef a vu sa femme toute seule ?

Robert : non sa femme est arrivée et elle est retournée le voir je pense dans l'après-midi, je crois.

Animateur : enfin elle les a vus tous les deux ?

Robert : oui je pense.

Animateur : ensemble ?

Robert : non non je pense pas que c'était prévu qu'elle voit sa femme seule particulièrement. Après les visites c'est l'après-midi donc moi le côté famille dans le service on les voit très rarement sauf si c'est le cas d'un patient qui parle pas bien français ou s'il y a un membre de la famille qui peut faire interprète on leur demande de venir plus souvent mais sinon...

Allison : et lui il ne t'a pas demandé personnellement si c'était un cancer ou pas ?

Robert : non. Lui il était inquiet enfin de plus en plus inquiet quand les jours passaient quoi mais voilà enfin en fait... il semblait réaliser mais à moitié, il semblait bien quand la chef est passée, quand même voilà juste se fermer un peu et se dire « ah oui merde c'est pas juste une petite jaunisse ou un calcul voilà ça va, il y a peut-être une merde » mais... mais lui il me demandait quand même c'était quoi la suite de la prise en charge, il ne me demandait pas « est-ce que j'ai une maladie grave ? ». Lui se posait des questions et enfin. Parce que du coup comme il y avait une compression si tu veux, ils ont posé une prothèse en endoscopie, une prothèse biliaire pour drainer un peu l'ictère et... enfin la bile et donc lui il était en train de déjàunir et il était en train de reprendre une alimentation normale donc en fait depuis qu'il était chez nous il allait mieux. Sauf qu'il comprenait pas pourquoi on continuait à le garder chez nous. C'est plutôt vers ça que ses questions se tournaient en fait. C'était peut-être encore plus dur en fait... parce qu'à la limite...

Allison : tu lui disais quoi du coup ?

Robert : bah... je savais pas trop quoi lui dire en fait...

Allison : est-ce que tu lui disais plus « je sais pas faut attendre les médecins » ou t'essayais de répondre quand même ?

Robert : bah je me suis un peu... j'ai fini un peu par me planquer derrière mon statut d'externe...

Allison : on fait tous ça...

Robert : ...en disant que bah « pour l'instant les médecins veulent vous faire toute une série d'exams pour voir le reste » mais bon j'ai quand même essayé de lui expliquer parce que je peux pas non plus...

Animateur : vous nous avez expliqué pourquoi il allait mieux, est-ce que vous lui avez expliqué à lui pourquoi il allait mieux ?

Robert : oui oui il avait repris l'alimentation je lui avais dit que c'était bien parce que voilà le...

Animateur : il était moins jaune etc.

Robert : le foie, enfin la bile était drainée, que ça commençait à aller mieux mais que pour l'instant il fallait qu'il reste pour qu'on surveille comment ça se déroule quoi...

Animateur : alors vous avez dit qu'il était sympathique ce malade ?

Robert : oui.

Animateur : alors pourquoi ? Qu'est-ce qu'il avait de sympathique pour vous ?

Robert : bah enfin facile à la discussion, intéressé aussi enfin, il y avait un échange quoi c'était pas seulement moi qui posait des questions, il m'en a posé aussi à la fin voilà enfin... truc tout bête il m'a appelé « docteur » au bout d'un moment je lui ai dit « non je suis pas » *rires*

je sais que vous aimez bien mais d'un autre côté, on peut pas si on commence à laisser, on est bien obligé de le dire parce que sinon. Et voilà il a demandé en quelle année j'étais mais bon c'est pas seulement ça c'est... Je sais pas en fait je pense c'est, je pense que c'est vrai qu'au moment de faire son entrée j'étais de bonne humeur, il me parlait de ses voyages et il y a des fois où on a pas le temps dans la matinée, on se dit qu'on va rediriger un peu le truc plus précisément, lui dire simplement « vous êtes allé dans quel pays ? » noter ça et passer au reste des questions mais là j'ai discuté avec lui voilà mais parce qu'aussi j'avais le temps.

Animateur : alors il avait une fille ou un fils ?

Robert : il avait un fils je crois, il ne parlait pas de sa famille.

Animateur : vous ne parliez pas de son enfant, enfin son enfant qui avait 50 ans donc...

Robert : ouais voilà.

Animateur : pas de petits enfants ?

Robert : pas de petits enfants à ma connaissance.

Animateur : il était sympathique parce qu'il se prêtait à l'échange de la conversation ?

Robert : ouais sympathique quoi après... le malade était sympathique aussi parce qu'on était le lendemain de la pose de sa prothèse et que déjà il était soulagé et que enfin ça commençait à faire effet quoi.

Animateur : gratifiant, il était content ?

Robert : ouais ouais. Bah du coup le lendemain il était moins content...

Animateur : et vous avez dit aussi que vous aviez un peu changé de tête ? Est-ce que vous le regrettez ou vous pensez que c'est bien puisque ça va dans le sens où il pourrait se rendre compte petit à petit que sa situation devient problématique ?

Robert : bah j'ai essayé de rester un peu voilà cadré sur le médical du coup mais... je sais pas trop... justement je ne savais pas trop quoi faire quoi, est-ce qu'il fallait... parce qu'il fallait le rassurer...

Animateur : c'est comme ça que vous avez fait c'est-à-dire vous, vous ne pouviez pas faire autrement d'avoir une mine un peu plus assombrie, disons vous étiez moins jovial en rentrant dans sa chambre donc ça vous pouvez rien y faire mais est-ce que vous pensez que finalement c'est plutôt bien parce que ça l'a aidé à comprendre que la situation changeait ou est-ce que vous regrettez de ne pas être rentré jovialement dans sa chambre ?

Robert : non je regrette pas parce qu'enfin j'avais pas envie de le rassurer pour... enfin je pourrais hein, en soi l'externe pourrait toujours dire « ça va aller » et faire le gentil et laisser les médecins faire les méchants et annoncer les mauvaises nouvelles... mais bon.

Animateur : oui mais le fait de pas l'avoir fait justement, d'avoir été plus conscient que vous aussi aviez un rôle à jouer dans le fait qu'il comprenne petit à petit que ça allait pas, c'est plutôt bien.

Robert : ouais j'y ai pas trop pensé sur le coup, enfin ça s'est fait un peu...

Animateur : oui et maintenant alors ?

Robert : bah maintenant ouais, enfin parce que... oui non je vais pas, j'allais pas rentrer dans la chambre avec un grand sourire, j'avais pas trop envie quoi.

Animateur : oui spontanément c'est...

Robert : même pas tellement pour le côté pro, parce que là je vous raconte le poids du secret du coup que j'ai, que personne ne prévient en fait. Ok ça se passe comme ça pour une question de timing, ça permet de prévoir la chimio le plus tôt possible, qu'il soit vu en RCP très tôt c'est bien pour le malade au final mais les internes et les chefs ont beau faire de la prévention sur « vous allez voir des choses dures, des maladies difficiles, des annonces de cancer », sur le moment enfin voilà quoi je... j'avais personne à qui dire bah on me dit « tu lui fais son bon de radio et tu lui donnes » je me dit « bah non je vais pas lui donner un bon de radio avec marqué en gros cancer du pancréas dessus enfin ! » Truc un peu évident mais...

Allison : c'est toi qui a dit ça ?

Robert : non enfin c'est moi qui l'ai fait si tu veux c'est-à-dire qu'au lieu de lui donner le bon de radio, je suis allé le donner à la radio... des fois on envoie les gens au scanner avec leur bon ou des choses comme ça, cette fois je l'ai faxé, je les ai appelé en disant que la demande était au fax et qu'il l'avait pas. Mais bon...

Meredith : et donc l'interne t'a dit de donner le bon au patient ?

Robert : non il m'a dit de m'occuper de la radio, de programmer les examens.

Allison : elle t'a pas précisé ?

Robert : elle m'a rien précisé mais elle aurait fait pareil que moi, elle est pas, elle aurait pas fait de bêtises non plus... Pareil le temps que je m'occupe du bon radio, elle était déjà en train de voir d'autres problèmes aussi. Après elle était touchée aussi quoi dans le sens où c'est quand même pas drôle quand quelqu'un vient pour compression biliaire alors qu'en fait c'était pas un calcul c'est une masse de 5 centimètres, c'est drôle pour personne non plus mais... Mais du coup c'est un peu bizarre. C'est pas la première fois que je vois, enfin là c'est la première fois que c'est un de mes malades mais c'est pas la première fois que je vois ce schéma, on fait ce schéma, on programme le bilan d'extension et la pose de chambre implantable avant d'annoncer au malade. Enfin c'est un peu... voilà quoi.

Meredith : et ça tu peux pas, tu peux pas en parler avec...

Robert : j'ai jamais eu l'occasion parce que...

Animateur : avec l'interne vous voulez dire ?

Meredith : oui avec l'interne ou la CCA...

Robert : j'ai pas trop eu l'occasion. En fait on a fait la visite le jeudi où la chef enfin la CCA lui a annoncé un peu ça, le vendredi du coup on était juste avec l'interne et puis il y avait pas encore cette histoire de programme et tout ça, et c'était plutôt hier, c'était hier en fait que j'ai eu pas mal de missions à faire pour lui, des trucs à programmer et la visite là c'est aujourd'hui. C'est ce matin donc...

Animateur : oui mais enfin dès vendredi vous étiez déjà mal à l'aise.

Robert : bah dès jeudi en fait en rentrant, en rentrant... enfin en sortant de sa chambre j'ai été voir ses examens, ses bio et ses scanners et... en fait il a un cancer quoi. On va attendre l'anapath, peut-être hein. Il y a un millièmètre de chance que ce soit un truc bénin qui a toutes les caractéristiques d'un cancer... mais ça m'étonnerait.

Animateur : dans quelle proportion il y a des tumeurs bénignes du pancréas ? 0.5 ?

Robert : pour vous dire je sais même pas... enfin en tout cas quand il y en a c'est des kystes et ça a un aspect très typique. Quand il y a une infiltration à côté c'est que....

Animateur : alors qu'est-ce qu'il va se passer maintenant ?

Robert : bah c'est une bonne question, je pense que là jeudi c'était la visite de la CCA, demain c'est la visite de la PH qui est la responsable de l'aile qui je pense va re-préparer le terrain de manière un peu plus, je pense du coup de manière un peu plus claire, pas que la CCA n'a pas fait ce qu'il fallait mais elle avait juste le scanner sous les yeux et elle avait rien d'autre. Je pense que mardi, enfin aujourd'hui ils auront déjà une partie des résultats anapath au moins.

Animateur : pourquoi une partie ?

Robert : parce qu'il y avait une ponction et un brossage, je sais plus très bien, en gros quand j'ai appelé hier ils m'ont dit qu'on aurait un compte rendu sur les deux. Parce qu'il y a deux échantillons.

Animateur : il y aura pas tous les résultats aujourd'hui ?

Robert : non.

Animateur : et il faut le temps qu'il y ait tous les résultats pour lui annoncer ?

Robert : je pense ouais, je pense quand même qu'ils attendent plutôt que la RCP soit faite. Le staff du mercredi ils voient le malade un petit peu avec le scanner, l'anapath pour voir un peu et ensuite là ils vont vers le malade.

Animateur : donc l'annonce sera faite jeudi ?

Robert : très probablement ouais, parce qu'ils vont lui poser sa chambre implantable vendredi. C'est le timing archi serré quoi !

Animateur : et vous pourrez être là quand ils feront vraiment l'annonce ?

Robert : je pense que je pourrais demander à le faire mais ça se fait généralement enfin en consultation... généralement je pense qu'ils font juste le médecin responsable et le malade. Le malade et sa famille. Il me semble pas que les externes...

Animateur : et vous auriez voulu vous être là quand... ou pas ?

Robert : je sais pas, ça dépend un peu aussi, je pense que là en ce moment il y a la PH qui fait sa visite et qui va le voir en lui disant que, enfin je sais pas si elle va lui parler des résultats des biopsies, je suis pas là mais... j'aurais peut-être bien aimé être là à la visite de ce matin pour le coup... pour voir un peu quoi.

Animateur : et en attendant vous irez le voir ?

Robert : oui bah demain j'irais le voir.

Animateur : demain vous irez le voir tranquillement.

Robert : je vois tous les patients de toute façon, enfin tous les patients, tous ceux dont je m'occupe... mais ouais ouais en gros vendredi on va lui poser une chambre implantable, il va bien falloir qu'il sache pourquoi enfin... enfin j'espère. Si on me pose quelque chose j'aimerais bien savoir pourquoi. Mais même, même s'il a pas trop de notion médical il... voilà il y a bien un moment où il faut l'annoncer. Du coup ça va plutôt être jeudi ou demain dans la soirée.

Animateur : et ça vous angoisse un peu ou ? Ça vous embarrasse plus que ça vous angoisse on dirait...

Robert : ça m'embarrasse parce qu'il y a aucun moyen de faire autrement, enfin... c'est vrai que d'un côté il y a ça et il y a cette situation qui est désagréable pour lui d'accord mais pour moi aussi mais il a de la chance dans le sens où le bloc que je lui ai programmé, il lui a trouvé une place dans la semaine, entre son scanner anormal et le début de sa chimio potentiellement il va se passer dix jours. Et c'est pas beaucoup ! Et c'est quand même une bonne nouvelle pour lui parce que quand on a des errances diagnostiques et qu'on, qui a trois mois d'attente et que bah pendant ces trois mois paf il y a une lésion dans le foie qui apparaît c'est... voilà... et pour l'annonce je pense qu'ils attendent aussi de voir le fameux scanner thoracique que je l'ai emmené faire parce que si il y a une métastase ou un ganglion infecté là... Il est potentiellement opérable ce malade aussi, c'est très circonscrit dans le pancréas sauf si il y a une métastase dans le poumon ou quelque chose, dans ces cas-là bah... on ne va pas aussi faire l'annonce sans...

Animateur : ouais bien sûr.

Robert : ils ne peuvent pas.

Animateur : enfin sauf que cette loi qui veut à la fois qu'on dise au malade ce qu'il a mais qu'on attende que ça soit sûr, elle est pas vieille cette loi.

Robert : ouais ouais mais je trouve ça un peu... enfin...

Animateur : et oui quel est votre jugement les uns les autres sur cette histoire, est-ce que c'est...

Allison : moi je trouve qu'il faudrait tenir au courant le malade à chaque étape des soins.

Grégory : je pense qu'on devrait au moins dire « on suspecte un cancer. »

Robert : je suis d'accord mais le truc c'est qu'on sait pas encore s'il, enfin au scanner abdo pelvien on voit qu'il y a aucun critère qui dit qu'il est pas opérable, potentiellement on peut l'opérer sauf que si le scan thoracique d'hier dit qu'il y a des métastases quelque part, des ganglions quelque part, il passe dans la catégorie plus opérable donc tu peux lui dire « vous avez peut-être un cancer » mais dès qu'il va te dire « c'est quoi les traitements ? » c'est pas du tout les mêmes, il sait pas s'il est opérable !

Allison : bah tu lui explique qu'il y a deux possibilités.

Chris : tu lui dis que tu fais encore des examens.

Animateur : attendez, parlez pas tous en même temps !

Chris : tu lui dis que il y a encore d'autres examens pour pouvoir répondre à toutes ses questions et que t'as pas encore les réponses

Robert : elle est lourde cette question parce que la question c'est entre 3 mois d'espérance de vie et cinq ans quoi... la différence elle est...

Chris : bah oui mais t'as pas la réponse donc de toute façon.

Meredith : ouais mais justement enfin est-ce que le laisser dans ce suspens-là c'est le laisser dans l'angoisse, il sait pas du tout ça lui fait, enfin moi je trouve un peu que ça fait ascension émotionnelle, il y a un jour on sait pas trop et après c'est soit si ça va dans le sens bah c'était bénin bah très bien il va être content il sera soulagé mais si bah le lendemain on a une nouvelle donnée qui dit que bah en fait ça serait certainement grave et donc il nous pose des questions on lui dit « bah je sais pas trop c'est soit opérable, soit pas opérable » enfin il est toujours dans cette incertitude et je pense que c'est vraiment angoissant quoi.

Robert : dans tous les cas il est angoissé, dans tous les cas, tant qu'il a pas la réponse définitive dans tous les cas, il a de l'angoisse, je sais pas.

Meredith : mais là on peut lui donner des perspectives de...

Chris : tu lui dis c'est sans doute une tumeur mais qu'on pense qu'il est opérable mais on fait cet examen là pour savoir si, pour vérifier qu'il soit bien opérable ou pas, s'il est opérable ça permettra de faire ça et...

Animateur : enfin le mot « tumeur » est quand même pas autorisé. « tumeur » parce que « tumeur » ça veut dire « tu meurs »

Chris : ah ouais...

Lisa : sinon il y en a qui disent « méchant », on a peur que ça soit « méchant ».

Animateur : ou « petit »... C'est un petit cancer, un « petit » cancer.

Robert : elle a pas dit juste « il y a un petit truc » elle a dit quand même « il y a une lésion qui est assez grosse ».

Animateur : « Qui nous inquiète », vous nous avez dit « qui nous inquiète ».

Robert : « Qui nous inquiète et qu'on aimerait explorer », elle a pas, elle a pris tous les... oui elle a quand même dit le mot « biopsie » dans sa tête ça a un peu tilté aussi quand elle a dit biopsie, il a pas posé la question mais je pense qu'il a compris, enfin il a compris, je pense que je l'ai trouvé entre guillemets bien c'est que ni à moi ni au médecin il a... enfin il a bien vu qu'on attendait de voir les examens quoi. Elle a bien réussi à lui dire tant qu'on a pas les résultats de cette biopsie là on peut rien vous dire entre guillemets on peut pas vous dire grand-chose et il a pas cherché à...

Animateur : c'est pour ça aussi qu'il est sympathique, il vous emmerde pas trop !

Robert : bah quelque part je sais pas si, je sais pas si c'est conscient ou pas de sa part mais d'un autre côté quand le médecin vous dit « j'attends le résultat de la biopsie pour vous dire » et qu'un malade vous demande 3 fois « est-ce que c'est un cancer ? », qu'il demande à l'externe « est-ce que c'est un cancer ? », qu'il demande aux infirmières « est-ce que c'est un cancer ? » évidemment ça reflète une inquiétude, une angoisse au niveau des réponses d'accord mais quand...

Allison : il vous l'a demandé si c'était un cancer ?

Robert : non pas lui !

Allison : ah pardon, tu parles de...

Robert : on a eu d'autres malades où ils demandaient ça aux infirmières et aux externes plusieurs fois, et plusieurs fois on leur disait que c'est au médecin qu'il fallait poser cette question et ils recommençaient à te poser la question enfin. On peut pas lui reprocher de vouloir savoir mais quelque part oui c'est énervant...

Animateur : mais est-ce que quand même il y a pas, je vais vous demander ce que vous en pensez mais est-ce que c'est pas positif qu'il y ait un petit délai pour se rendre compte de son état ? Parce que si avant on balançait aux gens d'une heure à l'autre...

Robert : non mais là c'était vraiment soudain, je pense que si on lui avait balancé tout de suite « c'est un cancer » ça aurait peut-être été un peu violent aussi.

Animateur : cette loi permet quand même que le malade puisse élaborer petit à petit même s'il angoisse, vous avez raison, il va être angoissé mais ça fait partie peut-être du tableau petit à petit que sa situation change et que ça soit pas trop brutal ce changement.

Robert : je pense que c'est ça l'esprit de la procédure mais après ça reste, ça reste gênant quoi.

Animateur : ça reste très embarrassant pour les médecins bien sûr !

Robert : bah voilà quoi.

Animateur : j'ai dit les médecins hein j'ai pas dit les externes j'ai dit médecin, vous avez bien entendu, docteur ?

Allison : mais là quoi qu'il arrive il sera quand même choqué parce que vous avez pas du tout prononcé, enfin... « Risque de cancer. »

Animateur : enfin « lésion inquiétante pour les médecins » ça dit quand même...

Allison : quelqu'un qui n'est pas en médecine je ne sais pas si...

Robert : lésion inquiétante, masse, biopsie... après je sais pas ce qui a été dit le vendredi aprem avec sa femme... peut-être qu'il y a eu, peut-être qu'ils ont parlé du risque de cancer ce qui expliquerait peut-être pourquoi il m'a pas posé de questions, parce que moi je m'y attendais... j'appréhendais qu'en rentrant dans sa chambre qu'il me demande « mais c'est quoi cette lésion ? Qu'est-ce que ça peut être ? » parce qu'en plus, j'avais pas d'autres réponses...

Grégory : t'aurais dit quoi toi s'il te posait cette question ?

Robert : ah je sais pas.

Animateur : bonne question !

Allison : « Je suis qu'externe. »

Robert : « je suis externe. » oui... *rires*

Animateur : « je suis pas médecin » !

Robert : mais non mais je lui aurais répondu que le type de lésion c'est les biopsies qui nous les donne et puis quelque part c'est vrai !

Grégory : t'aurais dit « on sait rien » et...

Robert : non je lui aurais pas dit « on sait rien » ! Je lui aurais dit « on en sait pas assez » parce que « on sait rien » c'est enfin... je sais pas j'étais un peu entre deux chaises quoi, j'essayais de pas lui mentir sans voilà mais on a... enfin quelque part on a quand même balancé un secret voilà quoi sans...

Animateur : est-ce que vous avez plutôt la sensation d'un mensonge ou d'une trahison ou vous avez honte de pas lui avoir ? Enfin on sait bien qu'on peut pas faire autrement mais ça vous donne plutôt quel sentiment de... vous avez dit embarrassé, vous avez dit malaise, vous avez dit « je veux pas lui mentir » donc vous avez aussi l'impression que...

Robert : c'est du mensonge par omission... mais après je me rassure en me disant que déjà ce malade-là déjà il a peut-être une indication opératoire parce que c'est pas, loin d'être le cas de tous les malades et voilà quoi entre son premier scanner abdo et le début de sa chimio il va se passer deux semaines. Enfin lui il est quand même dans le schéma idéal quoi, pour tous les patients on n'arrive jamais normalement à caser tous les examens, tout le bilan avant de commencer une chimio, il y a toujours un retard quelque part, que ça soit pour la chambre implantable ou... et lui il va avoir tout dans une case, un jour le scanner, un jour le truc, un jour la chambre implantable, un jour l'annonce, un jour la RCP puis le lendemain potentiellement la chimio quoi. Enfin peut-être quelques jours pour digérer avant mais...

Animateur : mais vous vous ressentez quoi ? Malaise ?

Robert : ouais mais là plutôt du dégoût quoi. Enfin que...

Animateur : dégoût parce que vous êtes obligé de prendre cette posture alors que vous seriez prêt à en parler autrement ?

Robert : ouais, du dégoût parce que le médecin du jour a pas les biopsies quoi.

Animateur : c'est trop long pour vous mais est-ce que c'est trop long pour lui ?

Robert : je sais pas si c'est mieux d'avoir le délai à lui mais, je pense que pour lui ça peut être pas mal parce que enfin... là je le vois un peu angoissé mais il commence aussi à... mais bon, et puis aussi au moment de l'annonce il aura déjà déjàuni, il aura plus de douleur et il aura une alimentation normale ce qu'il avait pas depuis un mois donc... voilà donc on avait pas, si tu lui annonçais en sortie d'endoscopie quand on venait de lui mettre sa prothèse et qu'il était sous morphine enfin c'est pas idéal non plus quoi.

Animateur : mais c'est vrai que quand... je sais plus, par là vous disiez que quand on annonce quelque chose il faut peut-être pouvoir aussi proposer quelque chose et qu'on dit pas à quelqu'un « vous avez ça au revoir monsieur. »

Robert : on sait pas si on peut vous opérer, on sait pas.

Animateur : alors, donc peut-être que c'est important de choisir quand même le bon moment pour lui proposer quelque chose en même temps, que ça soit pas que négatif c'est-à-dire « vous avez une merde mais voilà ce qu'on veut vous proposer parce que maintenant on a tous les éléments pour vous dire voilà ce qu'on peut vous faire ». Et ça on peut pas le faire avant qu'il y ait... le résultat de l'anapath probablement ou le résultat du scanner puisque vous dites il sera pas opéré si il y a une métastase.

Robert : bah non mais ça dépend où elle est quoi. Globalement je crois pas qu'ils opèrent les métastatiques ou très peu... sauf une lésion dans le foie bien localisée qu'on peut aussi opérer du coup...

Allison : il était au courant de la chambre implantable ? Il le sait que...

Robert : non mais...

Allison : ah ça il le sait pas...

Robert : ça... enfin ça je l'ai déjà vu ils le font après la consultation d'annonce et globalement... bon c'est vrai que voilà il faut programmer un bloc et voilà mais ça reste une anesthésie locale et un truc qui font tous les jours c'est pas trop, généralement c'est pas trop angoissant pour les malades... enfin nécessairement ça implique chimiothérapie.

Allison : oui dans le sens où est-ce qu'il savait qu'il allait avoir une chambre enfin ça et sans savoir qu'il y avait le cancer c'était pour savoir ça en fait...

Robert : non.

Allison : donc du coup vous lui avez pas dit, vous attendez...

Robert : il y avait un autre malade dont je m'occupais pas, je me suis demandé si on lui avait pas posé un PAC sans... sans avoir réellement fait la consultation d'annonce. C'est un peu... mais je me suis demandé mais après d'après ce qu'on m'avait dit le malade lui il savait... il savait... ça avait été plus... après c'est au cas par cas dans le sens où ma chef a pas prononcé le mot cancer mais je pense que si il lui avait posé la question est-ce que ça peut être un cancer.

Allison : elle serait obligée.

Robert : elle lui aurait pas menti. Enfin elle lui aurait dit « oui ça peut être un cancer » enfin je pense. Il me semble pas qui, enfin voilà quoi.

Allison : il avait peut-être peur de demander.

Animateur : mais autour de lui dans sa famille, il y a déjà quelqu'un qui avait eu un cancer ?

Robert : euh... ouais cancer du sein chez la sœur je crois.

Animateur : donc sa sœur qui avait eu une chimio ? Une chambre implantable etc. ? Enfin il connaît le truc ? Il peut faire des comparaisons avec sa sœur ?

Robert : je sais pas trop parce que sa, sa sœur elle doit être, enfin elle a été opérée, elle s'en est sortie quoi. C'est pas vraiment les mêmes perspectives que le cancer du pancréas... enfin c'était il y a 30 ans quoi... sa grande sœur donc...

Animateur : s'il a un exemple en tête c'est l'exemple de sa sœur qui s'en est sortie.

Robert : ouais.

Animateur : parce que ça peut compter dans sa représentation des choses aussi à lui.

Lisa : il peut aussi avoir des amis qui sont décédés hein parce qu'à 72 ans...

Animateur : oui c'est pour ça que c'est...

Lisa : c'est pas que la famille...

Animateur : oui ou la voisine de palier, la voisine de palier bien sûr...

Robert : moi j'ai bien senti qu'il a pas posé la question mais qu'il... j'en sais rien, je lis pas les pensées mais je pense pas que c'était quelqu'un qui était pas du tout au courant. Quand on lui a dit « lésion, biopsie, masse... »

Allison : il a dû se renseigner, regarder sur internet !

Robert : je crois pas qu'il soit le trop le genre à aller sur son Google !

Animateur : à regarder sur internet ?

Robert : mais oui il pourrait mais non, je pense qu'il a pas voulu poser la question à la fois je pense pour pas savoir, pour respecter et puis voilà quoi il a beaucoup de...

Animateur : vous avez l'impression qu'il respecte les médecins et qu'il ne veut pas les embêter ?

Robert : pas qu'il veut pas les embêter mais qu'il a bien compris qu'on suivait un peu les procédures et...

Animateur : il est vraiment gentil celui-là !

Robert : ah ouais !

Lisa : peut-être qu'il connaît des médecins, qu'il a des amis parce que quand on en a dans l'entourage parfois...

Animateur : mais il avait peut-être peur aussi.

Robert : après moi j'ai loupé l'entretien avec sa femme... j'ai pas recroisé la CCA.

Allison : et du coup toi ta démarche, t'as pas l'impression de lui avoir donné trop de faux espoirs ? Ne pas lui avoir dit que c'était peut-être...

Robert : si si je pense qu'une fois qu'on va lui annoncer qu'il va rentrer que je vais le revoir il va me prendre pour un blaireau mais... enfin un blaireau... qu'il se dira que je lui ai caché des trucs mais bon d'un autre côté je peux pas...

Allison : oui toi tu peux pas...

Robert : voilà après, après il y a deux cas, soit il m'en dit rien et il est moins agréable, moins ouvert à la discussion et dans ces cas-là je ferais mon observé, après s'il me pose des questions et qu'il me demande pourquoi je lui ai rien dit je lui expliquerais.

Animateur : et pourquoi vous iriez pas lui dire ? Même s'il vous pose pas la question ? Pourquoi vous iriez pas lui expliquer que voilà comment ça se passe maintenant ?

Robert : bah parce qu'on, bah je sais pas... ça dépend... Comment ça ? Une fois qu'on aura fait l'annonce ?

Animateur : bah vous dites « soit il fait un peu la tête moi je ferais mon observé », chacun reste de son côté et puis on parle plus, soit il me pose la question pourquoi je lui ai pas dit et je lui répondrais ». Mais pourquoi vous attendriez qu'il vous pose la question, pourquoi vous iriez pas le voir en lui disant...

Robert : honnêtement je me sens pas d'aller parler à un malade de leur cancer si spontanément ils en ont pas parlé !

Animateur : pas de leur cancer !

Robert : bah c'est ça la décision...

Animateur : non ! Non ! C'est « pourquoi vous me l'avez pas dit », c'est pas de leur cancer... Vous êtes dans une situation de malaise !

Robert : mais peut-être qu'il le comprendra aussi enfin...

Animateur : pourquoi pas en parler ?

Meredith : je pense que enfin... Je pense que le malade il peut très bien comprendre pourquoi on a fait ça. Après en plus apparemment...

Robert : en plus quelqu'un lui aura expliqué.

Meredith : on lui a quand même expliqué que c'est parce que c'était dans l'attente des résultats et qu'on était pas dans la certitude donc je pense que le malade il comprend que c'est pas pour lui donner un faux diagnostic.

Animateur : bah celui-là qui est gentil par-dessus le marché oui ! Je crois qu'on peut lui parler et vous allez pas recevoir une paire de baffes hein !

Robert : ah mais non bien sûr !

Animateur : donc pourquoi « blaireau » moi je ne vois pas pourquoi, sauf si vous avez la sensation de l'avoir trahi. Si c'était un homme sympathique, qui se confie à vous et vous lui dites pas alors que tout le monde le sait !

Robert : bah à partir du moment où il m'a pas parlé de son cancer, mais il y a bien un moment où il m'a demandé pourquoi on lui faisait un scan thoracique, la réponse c'était bilan d'extension pour voir s'il y a des métastases et je lui ai donné une autre réponse quoi. Et c'est moi qui l'ai accompagné à la radio, descendu l'ascenseur avec lui quoi donc il y a bien... autant dans la chambre la discussion sur la maladie avec les médecins voilà c'est pas de mon ressort mais autant là à ce moment-là quand je l'ai amené faire un examen qu'il savait pas pourquoi je lui ai donné une autre réponse quoi j'ai pas...

Animateur : c'est pour ça que vous n'avez rien à vous reprocher !

Robert : non j'ai rien à me reprocher mais lui il pourrait très bien se dire qu'il a quelque chose à me reprocher !

Animateur : oui mais c'est pas la peine d'attendre qu'il vous reproche, c'est pas la peine d'attendre !

Robert : ça arrive, je pense pas que ça arrivera... je peux pas...

Animateur : vous pouvez pas aller lui expliquer comment ça se passe ? Et lui raconter son histoire en lui disant « voilà à ce moment-là vous aviez ça, après on a suspecté mais tant qu'on suspecte on ne peut pas vous inquiéter pour rien. »

Robert : le problème c'est que je sais pas comment la consultation d'annonce aura été faite ce qui aura été dit et...

Animateur : oui bah justement, indépendamment de ça, votre problème à vous, votre situation à vous.

Robert : c'est pas indépendant je trouve, on peut quand même pas interférer dans la... Je pense que j'aurais un peu la sensation d'interférer avec la, parce que la médecin doit se poser les mêmes questions que moi. La médecin aussi lui a dit c'est une lésion, lui a aussi menti par omission et c'est elle qui va lui faire l'annonce donc elle va, elle va aussi avoir une confiance à établir parce que...

Animateur : non mais là on parle pas de la relation du chef avec le médecin, on parle de votre relation avec le méd... avec le malade !

Robert : oui mais moi dans 3 semaines quand il va commencer sa chimio et qu'il va avoir besoin d'avoir confiance en la chef qui elle sera toujours là c'est à elle qui faut faire confiance aussi enfin, moi je vais pas commencer à interférer dans ce suivi et lui expliquer mon ressenti par rapport à ça quand ma priorité c'est quand même que lui il suive sa chimio et son plan de traitement et pour ça il a besoin de faire confiance à la chef qui a bien fait son boulot aussi je pense.

Richard : surtout qu'il doit s'en foutre de ce que tu penses surtout !

Robert : oui globalement je me dis il doit peut-être se dire qu'il...

Lisa : moi j'aurais l'impression de parler que de moi aussi alors que c'est son problème à lui, là il doit déjà accepter son cancer, il est déjà mal si en plus je dis « non mais ne soyez pas fâché contre moi j'ai aucun tort... » je sais pas...

Animateur : aller au-devant du malade, aller au-devant du malade c'est pas « attendez je vais vous expliquer, mea culpa j'ai pu vous répondre », c'est aller au-devant du malade et dire « alors où est-ce que vous en êtes, où est-ce que vous en êtes maintenant ? »

Robert : j'irais prendre des nouvelles mais...

Animateur : et là il peut très bien vous dire bah « quand même vous auriez pu me le dire ! » et c'est là que vous pouvez dire bah...

Lisa : donc là vous êtes aussi dans l'objectif que c'est lui qui poserait la question c'est ce qu'il disait...

Animateur : oui mais.

Allison : tu l'amènes à poser la question...

Animateur : oui c'est ça l'amener à discuter de ça.

Robert : non j'ai un peu exagéré ou quand même d'amener un peu la discussion si c'est possible mais...

Allison : en gros c'est aller le voir pour lui dire « où est-ce que vous en êtes ? » voilà et puis dire « est-ce que du coup vous avez bien compris depuis le début ? Est-ce que il y a rien qui vous a gêné dans ce qu'on vous a dit au début ? » Tu vois dans ce sens-là et puis qu'après il puisse te dire....

Robert : s'il te dit « la médecin m'a menti ! »

Allison : et bah là tu lui expliques que c'était pas du mensonge mais c'était pour lui, enfin pour lui que...

Robert : il peut ne pas être d'accord ! Il peut dire « cette procédure elle est pourrave ! »

Allison : bah t'essayes de, bah justement...

Animateur : elle est quoi ?

Robert : il peut dire la procédure elle est complètement pourrie ! « Moi je suis resté 5 jours à angoisser ! » Il pourrait me dire ça

Allison : non mais tu parles pas de la procédure, tu lui dis qu'on savait vraiment pas sur le coup !

Robert : si on le savait !

Allison : qu'on avait des doutes mais qu'on ne savait pas !

Robert : on lui a menti, je vais pas lui re-mentir derrière !

Allison : mais non !

Animateur : il a besoin d'une bonne relation avec le médecin qui va lui suivre...

Allison : s'il s'est senti trahi, tu peux défendre le médecin aussi !

Robert : c'est vrai c'est pas...

Animateur : pour qu'il ait une bonne relation, il faut pas qu'il reste avec l'idée qu'on lui a menti donc là vous aidez au contraire à...

Robert : il faudrait pas non plus que je l'encourage à... il faudrait pas non plus que je sois voilà quoi...

Animateur : encourager à quoi ?

Robert : s'il me dit « on m'a menti » tout ça il faut que, mon rôle ça sera quand même de dire, je dirais à votre médecin que voilà ça, dire à ma chef aussi il y a un petit souci de, « il a pas tout compris, il a pas tout digérer, il faudrait aller lui parler » mais ça serait pas à moi de faire l'avocat du médecin parce que c'est...

Animateur : quand même le mot mensonge vous pouvez dire c'est pas le mot qui convient. On lui a pas menti !

Robert : si c'est un mensonge par omission, on dit ce qu'on veut après mais...

Animateur : on lui a dit qu'il avait une lésion inquiétante.

Robert : on lui a dit qu'on allait lui faire des radio de poumons pour voir si ça allait, si il y avait pas de souci, voilà c'était un bilan d'extension, on recherche des métastases, oui c'est des mensonges par omission voilà !

Lisa : bah ça serait d'autres soucis mais c'est lié à sa lésion mais ça serait quand même d'autres soucis !

Robert : bah pour l'instant il m'a rien dit il m'a rien reproché, c'est une discussion hypothétique...

rires

Animateur : oui mais vous avez quand même dit vous-même « je vais avoir l'air d'un blaireau », donc c'est aussi que pour vous vous ne restiez pas avec cette sensation-là !

Allison : parce qu'il y a beaucoup de patients après qui ne comprennent pas la démarche et « pourquoi on a fait ça, et pourquoi on n'a pas fait ça ? » tu vois !

Robert : bah s'il me pose des questions là-dessus j'essayerais de lui expliquer mais si quelque part tu peux pas voilà quoi, ça reste aussi entre le médecin qui va s'occuper de lui et qui du coup devient par la force des choses, parce que c'était elle qui était dans la visite ce jour-là va devenir son médecin référent et va le suivre pendant sa chimio ou ça sera peut-être une autre mais voilà, au moins pendant le début et. Enfin c'est mon patient en tant qu'externe mais c'est pas mon patient...

Allison : oui mais des fois le patient peut rester avec une idée en tête comme quoi de toute façon on lui a rien expliqué, on lui a rien dit et qu'on a menti justement et là ton rôle c'est justement de dire on a pas menti ! C'est pas du mensonge ! Sans que tu le saches parfois le patient peut penser ça et du coup ça va impacter sur la chef qui s'occupait de lui dans tous les cas tu vois.

Robert : je défendrai...

Allison : après oui tu peux pas y aller en disant bon bah voilà on vous explique, « on vous a pas dit ça parce que on voulait pas vous dire tout parce qu'on n'est pas sûr. »

Robert : il sait que je suis pas responsable de ces décisions donc nécessairement quand je vais lui dire « on a fait ça pour ça » lui il peut entendre « on m'a dit de faire ça comme ça. »

Allison : oui oui oui.

Robert : et du coup je risque d'empirer les choses aussi sans le vouloir, je suis pas...

Richard : je pense que c'est pas notre rôle.

Animateur : pardon ?

Richard : je pense que c'est pas notre rôle pour ce genre de maladie grave d'expliquer un peu la démarche parce qu'en fait on en sait rien en fait, on sait pas plus que le patient...

Animateur : oui mais justement vous avez une place.

Richard : moi justement j'ai aucune connaissance de cancéro.

Robert : enfin on a une place...

Richard : je veux dire on a une place de suivi de patient sur la durée de son hospitalisation mais on a, d'expliquer ce qu'on peut arriver à expliquer, des trucs qu'il pourrait comprendre mais voilà dans une pathologie aussi grave qu'un cancer du pancréas je... de toute façon on a aucune crédibilité envers les patients, enfin moi je sais que bon les patients nous appellent « docteur » mais au fond on leur annonce des trucs mais ils savent très bien qu'on est que des étudiants et qu'on en sait rien.

Allison : moi je suis pas sûre...

Animateur : c'est vous qui passez le plus de temps, il a passé une heure avec ce malade ! Il a échangé, il connaît...

Allison : il faudrait le dire au patient.

Richard : de quoi ?

Allison : ce que t'es en train de dire, comme quoi nous on connaît pas grand-chose, c'est pour ça qu'on n'a pas pu vous dire quelque chose, le mot « cancer » tu vois, c'est justement ça qu'il faut lui dire. Pourquoi on lui a pas dit direct c'est un cancer quand il est arrivé bah parce qu'on savait pas.

Richard : lui ça va changer quoi foncièrement à ce....

Allison : parce qu'il est tombé sur un bon patient mais si c'était un patient qui était énervé après et qu'il dit « non mais je comprends pas vous m'avez rien dit, j'aurais dû savoir depuis longtemps je suis sûr que vous le saviez ! » là par contre il serait dans la merde ! Parce que là...

Richard : non là tu peux lui expliquer mais s'il dit rien enfin...

Allison : tu vas pas attendre que la personne s'énervé pour le dire ! Peut-être qu'il le pense en lui-même et qu'il est pas bien à cause de ça tu vois, et qu'il va mal voir la chef, c'est dans ce sens-là que...

Richard : mais ouais mais si le patient t'engueule et te dit « pourquoi vous me l'avez pas dit ? » là tu peux expliquer.

Allison : pourquoi tu expliques pas avant ?

Richard : mais parce qu'il te dit rien !

Allison : mais peut-être qu'il dit rien mais qu'il y pense !

Robert : il y a 90% de chance que tout ça lui passe au-dessus de la tête et qu'il soit juste...

Allison : il y a rien qui passe juste au-dessus de la tête.

parlent en même temps

Animateur : pas tous en même temps !

Meredith : je pense que tu le sens s'il a une gêne par rapport à toi s'il t'en veut tu le sens enfin il va pas être, enfin de toute manière quelque chose dans son comportement va changer, il va pas être joyeux, il va pas être comme au premier jour et tu le sens si par exemple il est froid ou enfin je pense que tu le sais et à ce moment-là tu lui dis « mais monsieur ça va ? »

Robert : oui mais si c'est pas contre toi et qu'il est froid avec les infirmières et tout le personnel médical parce qu'il en veut à l'hôpital qui lui a menti sur... la plupart des patients c'est pas « mon externe m'a menti » c'est tant le personnel, l'équipe, les infirmières aussi « on m'a menti » c'est plutôt ça qu'ils disent et à ce moment-là, à ce moment-là ça dépend où, pour toi où il s'arrête ton rôle d'externe.

Animateur : mais est-ce que vous n'avez pas la meilleure place ?

Meredith : je pense que...

Animateur : à ce moment-là est-ce que vous n'avez pas la meilleure place ?

Robert : peut-être la meilleure place mais la meilleure légitimité je pense pas.

Animateur : pourquoi ? Est-ce quand il a échangé avec vous, vous vous êtes demandé si c'était légitime d'écouter ses récits de voyage ? « Ah excusez-moi je peux pas écouter vos récits de voyage je suis externe. Oh vous savez ça m'intéresse pas trop je suis là pour... »

Allison : parce que tu parles pas d'un truc médical, tu parles de son ressenti à lui par rapport à comment on lui a annoncé tu vois.

Robert : après son ressenti à comment on lui a annoncé je sais pas si on a quelque chose à faire aussi peut-être que je vais arriver ça sera surtout son ressenti sur son cancer quoi.

Allison : sa maladie.

Robert : peut-être qu'il y réfléchira sur le moment, qu'il serait énervé sur le moment peut-être que ça sera dans 5 ans qu'il se dira mais « putain j'ai pas tilté mais quand ils m'ont demandé de faire le scanner bah en fait voilà quoi ! »

Animateur : donc ça vous avez raison parce que j'ai une patiente à qui on a pas dit qu'elle avait un cancer de la thyroïde et 20 ans après il y a un chirurgien qui a fait des enquêtes parce que moi non plus je ne savais pas qu'elle avait eu un cancer de la thyroïde et comme les hospitaliers arrivent mieux à avoir des comptes rendus et trucs et 20 ans après elle a su qu'elle avait eu un cancer alors là elle a changé complètement d'attitude c'est-à-dire elle avait plus confiance en personne, on lui avait pas dit, mais jamais ! Donc ça aurait été bien qu'il y a 20 ans à un moment ou à un autre, un moment choisi, à un moment où on aurait dit c'est le moment, c'est l'endroit c'est qu'on lui dise qu'elle avait un cancer de la thyroïde qu'on lui avait retiré ! Donc vous avez raison, il y a un temps, il y a un moment, il y a un moment pour dire pas dire hésiter, c'est pas quand le malade est de mauvais poil ce jour-là qu'il faut sans doute dire les choses mais vous vous pouvez essayer il me semble d'aller au-devant de ce qu'il aurait voulu savoir.

Robert : de toute façon on échange quand même avec une personne en face, bien sûr que je vais essayer de répondre un peu à ses questions et ses angoisses mais... mais voilà, en tant qu'externe la question c'est est-ce qu'on est responsable de l'hospitalisation du malade ou est-ce qu'on est responsable de sa prise en charge ? C'est pas la même chose.

Animateur : vous êtes responsable de la prise en charge puisque vous faites partie de l'équipe médicale qui prend en charge ce patient ! Puisque vous faites l'observation, vous parlez avec lui, vous le connaissez...

Robert : là sur cet exemple particulier l'observation que j'ai fait de mon malade elle n'a pas été relue donc... enfin la légitimité qu'on a elle ne dépend que de celle qu'on nous accorde aussi... Ce n'est pas à nous de décider à quel point on fait partie de l'équipe c'est quand même à l'équipe de décider à quel point ils nous prennent au sérieux ce qu'on dit. Le truc qui a été retenu dans l'observ' de l'interne que eux n'avaient pas eu le temps de capter c'est qu'il avait passé 30 ans à l'étranger et qu'il faudra faire un déparasitage avant la chimio quoi. Et concrètement à sa prise en charge globale et ce qui va lui servir quand moi je serai plus stagiaire ou quand lui sera plus dans l'aile etc. Ce qui va rester de notre échange ce sera il aura fait son déparasitage parce qu'il était allé au Maroc ou Arabie Saoudite je sais plus, il était allé dans les pays chaud et ce qui va rester c'est... voilà c'est ça à peu près...

Animateur : ce qu'il va rester...

Robert : tout le reste de l'examen clinique, tout le reste des antécédents, c'était déjà dans son dossier ou... si, il va rester la feuille des antécédents où il a de l'hypertension et un diabète.

Animateur : non mais il va rester vous qui avez eu une relation avec ce malade, avec une relation embarrassante, embarrassée, une relation qui vous a conduit aujourd'hui à en parler et ça va pas s'effacer de votre mémoire, ça va sans doute vous servir pour les autres malades.

Chris : moi si j'avais été à sa place ça m'aurait fait plaisir que tu parles avec moi !

Robert : je vais essayer de lui parler mais...

Chris : non mais même, ce que t'as déjà fait et ce que tu feras après pourquoi pas, tu vois mais t'oublie pas, t'oublie pas quand t'es patient, je pense t'oublie pas... à moins que tout te fasse chier mais sinon t'oublie pas quand il y a un étudiant qui est là et qui même si il connaît pas énormément bah il s'intéresse à ta vie et essaye de faire en sorte que t'aies, enfin il comprend que l'hôpital c'est chiant et que...

Robert : dans le service nous on essaye de pas trop bouger d'aile, de pas enfin voilà les patients ils nous connaissent un petit peu mais il y a d'autres service où les externes t'en vois passer 3 différents dans la journée, où ils font des visites, des grandes visites avec le PH où il y a 12 externes dans la chambre, où il y a les P2, les D1 qui viennent... Il y a des fois où il t'oubliera, il y a des fois non, là non je pense pas mais des fois il t'oublie.

Chris : oui il t'oubliera si tu passes avec le chef et que tu lui parles pas et que après tu vas lui faire un ECG sans lui parler, là il t'oubliera. Si tu restes, si t'es resté une heure dans sa chambre à parler avec lui, il ne t'oubliera pas !

Robert : là j'ai pu le faire parce que mes deux autres patients ils étaient au scanner et que...

Chris : oui mais c'est pas la question ! Là la question c'est qu'il t'oubliera pas !

rires

Robert : mais c'est pas mon but quand je rentre dans la chambre aussi enfin.

Chris : oui c'est juste pour...

Allison : c'est le fait de lui parler, de lui expliquer !

Richard : comment tu sais qu'il t'oubliera pas ? Par exemple le patient, est-ce que ton médecin t'as demandé, est-ce que ton médecin t'as dit, est-ce que le patient t'as demandé pour l'annonce quand il a vu sa femme ?

Robert : mais non ! Enfin il s'en fout !

Richard : le patient si il tenait vraiment à lui « ouais je veux voir l'externe parce que c'est lui qui se soucie bien de moi, je veux qu'il soit là pour quand je parle avec ma femme » tu vois...

Chris : même s'il a pas une relation incroyable avec lui, enfin quand t'es hospitalisé, quand t'es à l'hôpital c'est quelque chose que t'oublies pas trop et pas, c'est pas qu'il a eu une relation de confiance incroyable et qu'il avait besoin de l'externe, mais ça lui a peut-être juste fait un peu de bien de pouvoir parler et faire....

Allison : et du coup il aura aussi une bonne image des autres externes plus tard, il y a ça qui est important, tout ce que tu lui dis, tout ça il le garde pour plus tard. Par exemple, le fait de lui dire pourquoi on lui a pas dit, pourquoi entre guillemets on lui a menti s'il pensait qu'on lui avait menti, du coup plus tard quand tu auras d'autres hospitalisations ou quoi il saura pourquoi ça prend du temps, pourquoi on lui dit pas tout tu vois, moi je pense qu'il...

Chris : moi j'étais de garde cette nuit et ce matin j'ai été faire un ECG à tout le monde en fait et il y a un de mes patients qui était arrivé cette nuit et qui... et il est arrivé cette nuit et il a fait... pour une douleur thoracique. Ce matin il ne comprenait pas trop pourquoi il était là et il stressait pas mal. Il avait 40 ans donc... il savait pas trop ce qu'il faisait là et du coup je l'ai pas mal rassuré pour lui dire pourquoi il était là et j'ai passé un peu de temps avec lui juste pour que, pour qu'il soit moins inquiet et même si j'allais jamais le revoir parce que c'était pas mon service...

Robert : ok on a un rôle dans la... enfin je suis d'accord mais c'est juste qu'on est peut-être les mieux placés mais ça nous...

Chris : ça lui a fait un peu de bien quoi c'est... ce n'était pas grand-chose, il se souviendra peut-être pas beaucoup de moi...

Robert : pour autant chacun son boulot aussi, dans le boulot d'externe. T'as des patients la personne à qui ils parlent le plus, des fois il se trouve que c'est les externes mais la plupart du temps, on en sait rien mais ça peut être son infirmière ou son aide-soignante.

Chris : moi je pense qu'on parle moins...

Robert : autant je respecte leurs compétences autant c'est pas parce qu'il a son aide-soignante préférée qui passe 3 jours par, 3 heures par jour avec elle ou lui à discuter que c'est elle ou lui qui va lui expliquer les trucs de son cancer !

Chris : moi je pense qu'on est moins proche des patients que les infirmières ou les aides-soignants.

Robert : ouais voilà, on l'est largement moins !

Animateur : reste à faire...

Robert : ça donne pas de la légitimité professionnelle sur le reste enfin. Un petit peu peut-être mais pas ça reste quand même dans certaines limites de ce qu'on fait et...

Chris : la légitimité ça va être là où toi t'as décidé qu'elle s'arrêtait !

Animateur : ah oui absolument !

Robert : bah il y a pas que nous qui décidons...

Chris : bah moi je considère que si.

Robert : bah non parce que moi si je considérerais la légitimité moi dans ma tête je lui aurai annoncé son cancer !

Chris : oui mais pour des grosses annonces comme ça d'accord mais pour le suivi du patient, le rassurer et passer du temps avec lui. Pour tous les autres trucs qui sont bénins bah...

Robert : dans un autre service, j'aurais été d'accord que les externes ils sont bien placés mais là... Là pour un cancer du pancréas non parce que...

Chris : non mais d'accord pour les grosses annonces je suis d'accord mais...

Animateur : chacun sent sa légitimité là où il veut, on peut on peut quand même être plus ou moins actif parce qu'on a une personnalité plus ou moins active. On a peut-être une personnalité on s'en fout aussi. Il y a des chirurgiens ils font la visite, ils rentrent pas dans les chambres, la visite elle se fait à la porte du patient et les gens ils rentrent pas.

Robert : oui oui j'ai vu ça.

Animateur : moi ça me fait penser aux japonais qui quand ils visitent Versailles, ils font rentrer dans la pièce l'appareil photo, ils font clic, ils rentrent même pas eux même. Donc on peut visiter Versailles comme ça et se sentir légitime et dire « tiens j'ai visité Versailles ! », en fait c'est son appareil photo qui a visité Versailles et puis le chirurgien qui fait la visite il reste à la porte, s'il se sent pas légitime pour rentrer il se sent pas légitime de rentrer mais c'est chacun quand même qui peut influencer un petit peu sur ce qu'il se passe.

Robert : je suis d'accord avec vous, maintenant moi j'ai posé la limite sur ce stage là j'ai pas envie de... Je me suis posé peut-être bêtement parce je passe à côté d'une bonne expérience ou voilà mais...

Animateur : non mais du moment que vous y réfléchissez, que vous savez où vous êtes, que vous comprenez ce que vous faites, c'est tout ce qu'on vous demande... bon je vois que vous être très bavards mais là il va falloir qu'on se quitte malheureusement. Et on se revoit une seule fois ?

Mandy : oui, le premier décembre.

Séance 7

Animateur : on y va ! Une petite histoire, allons-y...

silence 32 secondes

Lisa : c'est quoi juste les deux sujets c'était la maladie grave et sinon ?

Animateur : mais non mais c'est dans tous les sujets, je vous avais donné.

Lisa : un exemple ?

Animateur : oui c'était des exemples et je vous ai donné la dernière fois d'autres... d'autres sujets...

Lisa : d'accord...

Animateur : mais on peut pas faire, je sais pas si c'était vous qui aviez demandé un thème mais on peut pas changer en cours de, en cours de groupe, parce que les groupes sont homogènes parce qu'il y a 3 études dans 3 facs. Il faut qu'on fasse la même chose dans les 3 facs pour pouvoir comparer les résultats. Donc ça aurait été possible de choisir un thème à chaque fois mais là c'est pas possible pour aujourd'hui quoi.

silence 22 secondes

Alex : moi je veux bien.

Animateur : bravo !

Alex : moi je connaissais pas du tout la patiente c'est pas, enfin j'ai pas de, c'est pas une relation, c'est juste que ça m'a marqué comme moment. Une patiente que j'avais vu une fois à l'étage quand elle allait bien, elle était en salle, elle avait juste une petite infection.

Animateur : rappelez-nous en salle de quoi.

Alex : en salle de cardio. Mais elle était plutôt en fin de décompensation, elle allait bien et voilà. Et donc je reviens un autre jour à l'USIC en soins intensifs et donc elle était là et elle pétait complètement son câble, elle était complètement... on va dire euh... comment dire...

Animateur : out ?

Alex : ouais out. C'est ça. Elle voulait voir son mari à Gare Du Nord qui était mort il y a douze ans, elle voulait nous, elle nous giflait, elle nous mordait, elle nous... Elle voulait se déperfusionner etc. et donc c'était vraiment super dur. On était pas beaucoup ce jour-là, je sais pas où étaient les autres infirmières mais elles étaient deux dont une qui faisait le tour et une qui s'occupait d'elle, on était 3 externes avec elle à essayer de la raisonner, de la calmer enfin, on essayait plutôt gentiment de lui expliquer etc. mais c'est difficile quand elle, elle était vraiment, c'était une petite mamie de, je sais pas, 85, 90 ans, maigre comme un sac d'os, et qui était là, on la voyait complètement désespérée, qui disait qu'on s'occupait mal d'elle, qu'on la séquestrait, qu'on la... et donc on a appelé la psychologue qui était dans le service. Elle commençait pareil à essayer de la calmer, on lui demandait de s'asseoir, de... mais ça marchait pas donc... enfin la réaction que du coup on a été obligé de faire c'est de lui injecter des médos dans la perfusion et de la... de l'attacher à son lit. Et c'était... au départ on voulait l'attacher à son fauteuil mais c'était pas possible, elle voulait pas et du coup c'était dans son lit avec... et c'était pas très très joyeux, on avait son... Au début on a essayé d'appeler, enfin on appelait parce qu'elle voulait absolument écouter ses enfants donc on les appelait au téléphone mais ils ne répondaient pas. En même temps elle disait qu'on essayait pas du coup on montrait qu'on était là enfin, il y avait deux externes au téléphone en même temps devant elle pour montrer que... Il y avait rien à faire donc on a été obligé de la... l'attacher à son lit. Je me suis senti... j'étais un peu mal. *rires* Je savais pas trop comment... comment réagir, comment... c'est toute l'histoire.

Animateur : alors...

Lisa : vous avez prévenu la patiente avant de la contentionner ?

Alex : oui oui on lui a dit, d'abord on lui a dit.

Lisa : que s'il elle se calmait pas vous alliez devoir l'attacher ?

Alex : ouais. Ouais non d'abord on a essayé de la calmer sans lui dire ça.

Lisa : ouais *rires*

Alex : parce que déjà le... on avait peur qu'elle se fasse mal parce que elle était là, elle se, au début avant de nous, de nous gifler, je sais plus dans quel ordre elle nous l'a fait, nous gifler et nous mordre ou alors se mordre elle et se gifler pour montrer qu'elle était prête à se faire du mal si on la laissait pas faire ce qu'elle voulait mais elle était... enfin elle commençait à être à 2 mètres de son lit, sa perf était en train d'être tirée au max, ça allait, enfin voilà. Et donc là on voulait déjà plutôt la calmer, l'asseoir au bord de son lit parce que, pour, pour pouvoir lui parler parce que là c'était même pas possible de, on avait tellement peur de, enfin, elle tenait pas debout donc elle tenait debout parce qu'on la tenait, on était deux en train de la soutenir dans le dos, en tenant les bras enfin etc. mais si on la lâchait pouf elle se serait écrasée par terre donc on pouvait pas... On pouvait pas trop non plus la raisonner tant qu'elle était comme ça. Et après oui au bout d'un moment enfin on lui a dit qu'il fallait qu'elle se calme sinon on serait obligé de l'attacher mais...

Animateur : donc elle était en salle tranquille, elle était sur le point de sortir...

Alex : je ne sais pas, je ne connais pas du tout la salle, je connais pas... Je ne sais même pas le nom de la patiente.

Animateur : mais vous la connaissiez avant vous dites ?

Alex : ouais je l'ai croisée une fois dans le service, j'étais en astreinte, du coup c'était pas dans ma salle. Et je l'ai croisée et je sais que elle avait l'air d'aller plutôt bien, elle avait. Là on la gardait, elle était plus trop en décompensation cardiaque due à une petite infection un truc comme ça.

Chris : c'était quel endroit là où elle était ?

Alex : en salle de cardio à Larib'

Chris : à Larib' en quelle salle ?

Alex : à Vidal.

Animateur : vous la connaissez ?

Alex : je connais pas du tout le nom.

Grégory : et tu l'avais vu avant mais c'est...

Alex : je l'ai vu un jour le samedi et un autre jour en USIC.

Animateur : donc elle était presque prête à partir quand vous l'avez vu la première fois ?

Alex : oui je pense. Oui elle allait bientôt partir.

Animateur : vous savez pas ce qui s'est passé entre le moment où vous l'avez vu samedi et ?

Alex : bah c'était même pas ma patiente, j'y suis allé parce que c'était une patiente d'une co-externe et elle était pas là à ce moment-là donc deux externes étaient allés la voir parce qu'on voyait que ça commençait à être un peu tendu pour l'infirmière qui était toute seule à

ce moment-là, qui demandait de l'aide parce qu'elle savait pas trop comment, comment gérer entre les aiguilles qui étaient encore là, la patiente qui commençait à...

Animateur : alors elle est arrivée en USIC à cause de ça quand ? Par rapport au samedi où vous l'avez vue bien ?

Alex : je pense pas qu'elle est arrivée pour ça, parce que c'est un matin où, mais je pense qu'elle était arrivée la veille... je connais rien de la patiente ! *rires*

Animateur : oui mais dans ce que vous racontez j'essaie de comprendre la succession des événements. Donc le samedi vous la voyez, un samedi.

Alex : je l'ai un samedi... Et c'était sûrement le mardi.

Animateur : le mardi d'après vous constatez qu'elle est à l'USIC ?

Grégory : elle est sortie entre temps ou elle est passée ?

Alex : non je crois qu'elle est descendue...

Animateur : et elle était dans cet état d'agitation depuis quand ? On ne sait pas non plus ?

Alex : depuis le matin. En fait c'était...

Animateur : ah c'était tout nouveau ?

Alex : c'était tout nouveau. C'était la première fois qu'elle...

Animateur : et il y avait pas d'explication médicale ?

Alex : pas d'explications.

Lisa : elle avait une infection ?

James : une décompensation, elle a du faire un épisode de décompensation cardiaque.

Chris : et quand tu l'as vu samedi elle était comment ?

Alex : le samedi elle était très bien, c'était une petite mamie dans la salle Grisol qui se plaignait parce qu'il faisait un peu trop chaud ou un peu trop froid, je sais plus lequel des deux et qui racontait tranquillement tout et qui disait qu'on s'occupait bien d'elle. J'avais l'impression qu'elle était bien, une mamie qui avait l'air gentille quoi.

Animateur : et même dans les transmissions infirmières ou dans le dossier, il y avait rien qui disait que d'un coup ?

Alex : non.

Animateur : elle avait pété les plombs.

Alex : ça nous a pris un peu de court.

Lisa : les médecins sont venus après ou comment ça s'est passé, il y a eu une analyse de cet épisode ?

Alex : je sais pas... J'étais pas là dans les jours d'après donc...

Lisa : oui mais le jour même ?

Alex : le jour même bah on était avec l'interne et elle a fini par se calmer, on a eu sa famille. On leur a dit de, à ses enfants on leur a dit qu'il fallait qu'ils viennent « non on viendra demain ou après-demain » « non non non là nous on peut pas enfin, votre mère elle est pas bien ça serait bien que vous veniez cet après-midi » je crois qu'il y a eu un des fils qui est venu l'après-midi la voir et après je crois que ça allait mieux mais sur le moment, un peu décontenancé, entre être bien avec la patiente, appeler mais ça marchait pas, elle qui avait des propos complètement incohérents et c'est difficile aussi de dire à une dame qui est complètement perdue « non votre mari vous allez pas le voir à Gare Du Nord il est décédé depuis 12 ans ! » *rires*

Animateur : et il y avait pas de biologie anormale, de ? Parce que quand vous parlez de décompensation cardiaque, vous pensez à quoi ?

James : non mais parce que généralement quand, enfin moi je suis en salle et on a beaucoup d'insuffisants cardiaques...

Grégory : je pense qu'elle était redescendue pour...

James : il faut qu'elle fasse un épisode de décompensation pour la soit transférée en soins intensifs.

Grégory : c'est la raison pour laquelle ils l'ont descendu en USIC mais après pour qu'elle soit dans cet état...

Animateur : oui ça ne l'explique pas !

Grégory : est-ce que c'est pas le fait de changer ?

Lisa : ou la fièvre élevée ?

Grégory : changer d'équipe aussi tout d'un coup, peut-être qu'elle reconnaissait plus personne. Elle était très bien à Grisol et tout et là elle descend... En plus du mal à cause de la décompensation peut-être qu'elle a pété un câble...

Allison : et du coup c'était pas possible de ramener quelqu'un qu'elle connaissait bien d'un autre étage ? Vous avez pas pu...

Alex : non je crois qu'on y a pas pensé et...

Allison : ouais peut-être sur le coup...

Alex : sur le coup on était 4 dans la chambre, on a plus essayé d'appeler ses fils pour lui passer au téléphone...

Lisa : mais elle vous a vraiment mordu ?

Alex : quoi ?

Lisa : elle vous a vraiment mordu ?

Alex : oui oui elle nous a vraiment mordu !

Lisa : après ça... *rires*

Animateur : montrez-nous ! Montrez-nous !

Alex : bah ouais elle nous a vraiment mordu, elle nous giflait, elle a des ongles bien pointus donc, elle serrait à mort. Et tu devais la soutenir parce que si tu la lâches elle tombe par terre ! Et du coup ouais on l'a attachée... sur le coup j'étais... je suis sorti un petit coup parce que... Pas facile d'attacher quelqu'un qui est... Déjà elle disait qu'on la séquestrait de base « moi je veux juste aller à Gare Du Nord, je reviens toute suite après »... enfin non !

Chris : est-ce que tu sais si c'était l'anniversaire de la mort de son mari ?

Alex : je sais pas du tout...

rires

Chris : non mais en vrai c'est grave possible hein !

Lisa : et elle criait quand elle était attachée ?

Alex : au moment où on l'a attachée elle a continué un peu mais pas très longtemps parce que les médicaments commençaient...

Robert : je pense que un petit peu de Valium aussi...

Alex : ouais.

Allison : elle a pas arraché sa perf ?

Alex : non bah justement, on l'avait arrêtée avant qu'elle arrache sa perf mais c'était un peu, elle l'aurait arrachée si elle continuait à marcher, le fil tendu au maximum.

Animateur : alors qu'est-ce qui vous a ennuyé dans cette affaire ? Comment vous avez ressenti les choses ? Quelles émotions vous avez ressenti à ce moment-là ?

Alex : bah déjà de l'impuissance parce que j'arrivais pas à la rassurer, je crois que personne ne savait comment la rassurer et comment, enfin on essayait de lui dire des choses censées mais ça avait pas l'air de fonctionner, peur de lui faire du mal parce que on était obligé de la tenir enfin vraiment fortement alors que elle était vraiment... Je pense qu'elle aurait fait des bleus directement *rires* Je pense qu'elle a dû en avoir... enfin voilà... Et en même temps elle, elle était très agressive envers nous aussi donc, parce qu'elle ne se laissait pas complètement faire non plus. On essayait de faire ce qui était le mieux pour elle, on pouvait pas la laisser sortir mais en même temps c'était pas vraiment le mieux non plus de l'attacher et... je vois pas quand même d'autres solutions.

Lisa : et ils l'ont détaché une fois qu'elle...

Alex : ouais on l'a détachée... vers midi un truc comme ça.

Lisa : ils l'ont laissé attachée combien de temps alors ?

Alex : je sais plus, le temps qu'elle se calme, enfin...

Lisa : ouais.

Allison : mais ça allait mieux après ?

Alex : ouais après ça allait mieux.

Allison : elle vous a parlé normalement ou ?

Alex : oui oui après ça allait beaucoup mieux et elle était normale, je sais pas après j'étais pas là les jours d'après, c'était en fin de semaine, ça arrive qu'on voit pas l'évolution et j'étais là ce jour-là mais je sais que ça allait mieux après.

George : tu sais si elle en a reparlé de cet épisode ?

Animateur : pardon ?

Alex : non non.

George : si la patiente a reparlé de cet épisode...

Alex : non non elle en a pas reparlé et je crois pas qu'on lui en ai reparlé.

Animateur : oui donc l'avis de la psychologue ?

Alex : j'ai pas beaucoup d'affinités avec cette psychologue mais c'était de lui mettre les médicaments... *rires*

Animateur : ah bon ?

Alex : elle est un peu particulière...

Animateur : mais elle l'a vu attachée la psychologue ?

Alex : ah oui c'est elle qui a dit qu'il fallait qu'on l'attache et que....

Animateur : ah bon ?

Lisa : elle est psychiatre alors ?

Alex : non non c'était une psychologue.

Lisa : pour prescrire des médicaments et dire qu'on doit attacher...

Alex : non c'était une psychologue.

Animateur : ah oui en effet...

Alex : je sais pas comment on aurait pu faire autrement mais je sais que j'étais... elle est assez touchante enfin ce qu'elle disait c'était quand même enfin c'était attristant. Elle voulait voir son mari alors qu'il est mort, enfin je sais même pas comment répondre à ça.

Allison : vous lui avez dit ? Enfin vous lui avez répété qu'il était mort ?

Alex : on lui a dit au bout d'un moment.

Allison : et elle disait quoi ? Elle écoutait pas ?

Alex : elle écoutait pas, elle disait « non non mais je vous assure je vais le retrouver là on s'était, on va se retrouver là à Gare Du Nord, il va venir avec le train et... »

Animateur : elle habitait dans le nord ?

Alex : je sais pas.

Animateur : ou elle avait perdu le nord aussi peut-être...

rires

Lisa : donc t'as eu les enfants au téléphone toi directement ?

Alex : non c'est... enfin nous on a appelé, on leur a dit et après on a passé l'interne leur a dit que bon voilà il faudrait vraiment venir maintenant, le plus vite c'était le mieux quand même.

Lisa : ils ont compris ce qu'il se passait ou ils croyaient qu'elle était sur le point de mourir ?

Alex : non non.

Lisa : parce que des mots comme ça, parfois pour la famille peuvent raisonner un peu...

Alex : non non je crois qu'ils ont vraiment bien compris, on leur a bien expliqué.

Lisa : vous leur avait dit qu'elle était un peu...

Alex : on leur a dit qu'elle voulait partir, qu'elle avait des propos incohérents, que elle se sentait très mal, séquestrée machin truc et que elle était bien avant, que c'était... et ils sont venus, je crois que ça lui a fait du bien déjà et quand nous, enfin quand elle a commencé un peu à se calmer enfin je sais que, enfin il y a son externe elle est restée pendant toute la matinée avec elle, elle était là, elle demandait toutes les deux secondes « ça y est est-ce que vous avez réussi à avoir mes enfants ? » « non on les a pas encore eu » « allez-y réessayez, réessayez, réessayez » jusqu'à ce qu'on les ait. Quand on lui a dit qu'on les avait eu c'était « qu'est-ce qu'ils ont dit ? » enfin... je pense que ça c'était le bon point qu'on essaye de téléphoner le plus vite possible parce que là elle a vu un peu qu'on faisait quelque chose, même si quand on a commencé elle a pas, elle avait pas vraiment conscience qu'on faisait tous nos efforts, après quand elle a commencé à se calmer elle a vu que elle allait réussir à s'attacher sur, à s'accrocher à ça quoi.

Allison : et ses enfants étaient déjà venus avant cet épisode ?

Alex : aucune idée.

Robert : elle faisait quoi l'infirmière qui était toute seule au départ, juste une prise de sang ?

Alex : je sais plus... je crois que si ouais c'était la prise du sang du matin.

Animateur : n'oubliez pas de parler fort !

Alex : ouais, elle faisait la prise du sang du matin je crois. Les soins...

Animateur : en tout cas l'interne a eu une bonne intuition parce que faire venir la famille ça l'a calmée.

Alex : oui oui ça je crois que ça a été le bon...

Animateur : la famille aurait pu dire « écoutez c'est votre problème, regardez ce qu'elle a et puis fichez nous la paix ! » bon bah c'était effectivement pas biomédical, c'était de l'anxiété aigue ou crise de délire ou je sais pas quoi mais. Et c'est vous qui avez mis les attaches ?

Alex : celle du pied droit oui...

rires

Animateur : et ça vous a fait mal au cœur !

Alex : oui ça m'a fait mal au cœur de la voir... Mal au cœur parce que je savais pas enfin, pas trop d'autres choix mais, pour qu'elle se calme c'était pas... On a l'impression que c'était pas ce qu'elle voulait...

Animateur : bah d'un autre côté... non, mais vous vous dites quand même qu'il y avait pas de moyen de faire autrement, là dans...

Alex : bah je sais pas ça se trouve oui mais...

Animateur : parce que normalement...

Alex : je sais pas si on aurait dû réagir autrement ou non mais...

Animateur : mais si vous avez mis dans la perf, qu'est-ce que vous avez mis dans la perf ?

Alex : je me souviens plus ce que c'était...

Robert : du valium...

Alex : comment ?

Robert : du valium non ?

Alex : ouais.

Animateur : ça agit assez vite en intraveineuse ?

Robert : ah oui ça calme !

Animateur : tout de suite ! En un quart d'heure, je sais pas ? J'imagine.

Robert : bah on sait pas.

Alex : je crois qu'on a commencé, qu'on a pas mis la dose hyper forte toute suite... Après ça l'a... enfin elle était pas complètement endormie quoi... Parce qu'elle a continué à nous dire, à nous demander pour sa famille, pour ses enfants, si on les avait eus au téléphone.

Animateur : oui mais...

Animateur : si on disait qu'on n'avait pas réussi, elle se remettait un peu à nous engueuler...

Animateur : oui mais enfin entre attacher quelqu'un 10 minutes le temps que le valium fasse effet, et 3 heures...

Animateur : ouais je pense qu'elle l'a été plus que 10 minutes... parce que le matin ils l'ont laissé un peu attachée.

Lisa : est-ce que, quoi ?

Animateur : je pense que le matin elle est restée un peu attachée un peu longtemps.

Lisa : oui c'est ça on disait 3 heures c'est ça ?

Animateur : je ne pense pas 3 heures non plus mais...

Animateur : vous avez dit vers midi, si...

Animateur : c'était enfin, je ne me rappelle plus exactement...

Lisa : je crois que normalement on a le droit de contentionner en cas de problème psychiatrique que si on arrive vraiment pas à calmer la patiente avec des médicaments et après on doit détacher dès que la personne est apaisée, enfin vraiment on met une bonne dose de charge au point que la personne roupille et on la laisse détachée et on attend qu'elle se réveille tranquillement...

Robert : si elle arrache sa perf et que tu peux pas donner de médicament c'est compliqué.

Lisa : bah tu mets dans la fesse, tu fais une pique en intramusculaire. C'est ce qui est dit dans les cours de psychiatrie.

Robert : il faut immobiliser le patient pour ça !

Lisa : bah oui, il faut réussir ! Si tu peux pas, je veux dire elle c'était peut-être possible, comme là ils ont réussi de mettre dans le truc si c'était possible mais en revanche quelqu'un qui est en pleine crise maniaque ou je sais pas quoi qui est vraiment hyper agité, hyper énervé là tu peux l'attacher le temps de faire la pique dans la fesse.

Animateur : la contention elle est proscrite quand même depuis très longtemps maintenant !

Lisa : sauf pendant un quart d'heure.

Animateur : oui pendant un quart d'heure, un quart d'heure...

Lisa : donc c'était plus d'un quart d'heure...

Alex : ouais je pense. Je demanderai mais... je vous dirai.

Animateur : vous étiez tous d'accord, vos co-externes aussi ?

Alex : de ? Oui oui.

Animateur : après le passage de la psychologue vous aviez plus que ça à faire...

Alex : oui oui.

Animateur : ce qui vous semblait en tout cas.

Alex : au début on voulait pas la remettre dans son lit parce qu'elle voulait pas, absolument pas être dans son lit donc on voulait la mettre au fauteuil mais c'était pas possible parce que ça avait pas l'air de marcher non plus et finalement on a réussi, on l'a portée à 3 pour la mettre dans son lit quoi. Un à la tête, un au milieu et un aux pieds et pouf quoi !

Animateur : donc un peu de culpabilité ?

Alex : un peu ouais...

Animateur : d'impuissance ?

Alex : surtout.

silence 5 secondes

Alex : je voyais pas enfin ce qu'on aurait pu faire, on a essayé de lui dire tout ce qu'on pouvait pour la raisonner mais c'était pas...

Chris : vous vous êtes énervés un peu ou pas ?

Alex : pardon ?

Chris : vous vous êtes énervés un peu ou pas ?

Alex : non pas du tout.

Chris : par rapport au...

Alex : non je crois pas on s'est pas du tout énervés, enfin elle était touchante donc on peut pas, dans tous les cas tu peux pas t'énervé.

Animateur : même quand elle vous mordait ? Vous n'étiez pas en colère ? Elle n'était pas VIH positive ?

Alex : non non, moi je... enfin j'étais pas vraiment en colère qu'elle, enfin je savais bien que c'était pas elle enfin, pas vraiment elle qui nous mord mais enfin, tu utilises forcément de la force mais tu doses pour que enfin, c'est ça qui est compliqué enfin, parce qu'on la maintenait mais tu peux pas enfin, c'est difficile, si tu fais plus fort qu'elle, forcément tu vas lui faire mal et du coup tu peux pas trop gagner, tu peux enfin tu peux ni la maîtriser tu peux juste la stabiliser quoi.

silence 12 secondes

Animateur : ça m'étonne aussi parce que vous dites, vous avez, vous essayez de la rassurer, vous lui expliquez rationnellement qu'elle peut pas aller voir son mari à Gare Du Nord. Mais quand quelqu'un est out comme ça, débranchée du monde réel, est-ce qu'on peut le rassurer en étant rationnel ?

Alex : je crois pas justement... ça a pas l'air de fonctionner...

Animateur : c'est pas le bon discours, enfin moi je crois pas que ça soit le bon discours. On peut faire des gestes rassurants, on peut la caresser, on peut peut-être faire quelque chose de physique mais c'est pas sur le mode...

Alex : je pense qu'on a commencé par ça, on a essayé de la rassurer, lui demander de s'asseoir, de respirer, de... On a commencé par là, enfin voilà mais...

Lisa : dans ces cas-là je sais pas si on peut rentrer dans son délire et dire « oui mais il arrive là, il va venir à l'hôpital vous voir ! »

Robert : c'est pas possible !

parlent en même temps

Lisa : non mais pour la calmer ! C'est une question, j'en sais rien !

Animateur : et là elle vous répond « mais vous êtes complètement idiot, il est décédé depuis 12 ans ! » *rires*

Lisa : au moins c'est fait ! *rires*

Allison : je suis d'accord sur le fait que quand quelqu'un raconte des choses un peu délirantes, t'es obligé toi-même de raconter des choses un peu délirantes. Dans le sens où si tu veux rentrer dans son jeu pour qu'elle se calme et...

Lisa : oui voilà pour qu'elle se calme.

Allison : qu'elle pense que tu la comprends et qu'elle, que t'es au même niveau qu'elle entre guillemets, du coup t'es un peu obligé de dire pas n'importe quoi non plus mais des choses que tu penses pas forcément, que tu dirais pas.

Animateur : oui « on va voir ça tout à l'heure, c'est peut-être une possibilité. »

Allison : oui voilà « donnez-moi son numéro, où exactement, je vais voir, bah dites-moi ! » enfin voilà sans forcément dire « allez on va le voir ! » tu vois mais...

Animateur : oui c'est ça.

Allison : rentrer un peu pour qu'elle se calme et après lui redire, « vous savez il est pas là » et là peut-être qu'elle réalisera...

Grégory : si tu lui dis la vérité tout de suite elle va pas te croire et...

Allison : voilà elle va penser que...

Lisa : elle va croire que tout le monde est contre elle, c'est un complot.

Animateur : pardon ?

Mark : j'ai dit ça va la braquer encore plus !

Animateur : alors, ça veut dire c'est encore un complot contre elle quoi puisque personne n'est d'accord avec elle, c'est encore une façon de se retirer du monde réel puisque...

Allison : comme lui dire de se calmer je crois que c'est pire. Enfin j'ai remarqué que chez les patients c'est de dire « asseyez-vous déjà » alors là c'est...

Animateur : « Et pourquoi d'abord ! »

Allison : ils supportent pas parce qu'ils sont énervés, ils veulent partir, ils veulent...

Animateur : et il me semble qu'au fauteuil on est plus calme que dans un lit à regarder le plafond, parce qu'on contrôle un peu la situation, on peut regarder autour, on peut voir qui rentre qui sort alors que quand on est allongé et que... je trouve que c'est anxiogène ça.

silence 6 secondes

porte s'ouvre *retardataire Christina *

Animateur : bonjour...

silence

Animateur : donc si vous étiez en responsabilité dans cette affaire vous auriez pas fait différemment finalement, si vous aviez été le chef ? Vous auriez fait pareil ou ?

Alex : enfin... faut sûrement essayer de faire comme ce qu'on a dit là mais je pense que enfin au bout d'un moment on n'a pas beaucoup d'autres choix. C'est essayer de faire au mieux pour... après la crise on a fait venir la famille mais essayer au mieux de préparer...

George : mais le psychologue elle a fait quoi en fait ? Parce que... non mais...

parlent en même temps

Animateur : pas tous en même temps !

Alex : elle est assez spéciale en fait. Elle est pas très très...

Grégory : elle lui a parlé un peu quand même ?

Alex : ouais mais pas longtemps, elle a essayé de, essayé de voir, essayé de voir un peu c'était quoi, elle lui a posé quelques questions, essayé de la rassurer et de la calmer mais comme elle a vu que ça marchait pas et que elle a essayé de la gifler et de la mordre.... *rires*

bon bref...

silence 13 secondes

Animateur : voilà. Bon ça vous a appris quoi ?

silence 10 secondes

Alex : comment c'est de voir quelqu'un qui perd le nord un peu... bah grand grand-chose en fait. J'ai pas appris grand grand-chose j'ai...

Animateur : bah sur vous hein, sur votre façon d'agir, sur votre comportement, sur ce que vous feriez...

Alex : bah déjà pas faire mal, pas lui faire mal.

Animateur : ouais.

Alex : ça je pense pas qu'on lui ait, qu'on lui ait fait mal, on a évité qu'elle... Ce dont on a fait le plus attention c'est de ne lui faire mal ni qu'elle se fasse mal elle-même. Je pense qu'on avait très très peur qu'elle se fasse mal elle-même parce que quand elle a essayé de se mordre c'était encore plus difficile de l'arrêter et de, de se, enfin de se déperfusionner, de, de si on la lâche, si on la laissait partir, elle tenait pas debout. Enfin elle aurait vraiment pu se faire mal puisqu'elle comptait sortir de l'hôpital alors qu'elle tenait pas debout. Elle était complètement, enfin...

Animateur : ça vous a appris que vous êtes capable de sentir jusqu'où aller dans une situation aigue comme celle-là ? En étant tout le temps attentif dans le fait de pas lui faire mal, au fait de vous sentir culpabiliser mais de savoir que vous pouviez pas faire autrement là dans le quart d'heure. Peut-être qu'une prochaine fois votre malade ne resterait pas aussi longtemps attaché par exemple.

George : t'en as parlé à l'interne ?

Alex : non on n'a pas beaucoup parlé.

Animateur : vous voulez dire après l'épisode ?

Alex : on était tous un peu mal mais je pense que l'interne il était pas très, il se sentait pas très très joyeux d'avoir fait ça mais, du coup tout le monde a tiré la gueule pendant un moment et...

Animateur : et vous avez reparlé à l'interne de qu'est-ce qui a pu se passer ?

Alex : non pas du tout.

Animateur : une explication à ce mystère ?

Alex : il savait pas du tout non plus.

Animateur : ou la famille ?

Alex : oui mais la famille je l'ai pas vue, elle est venue l'après-midi et je l'ai vue que ce jour-là cette patiente.

Animateur : oui mais après si vous en avez rediscuté le lendemain avec l'interne ?

Alex : j'en ai pas rediscuté.

Animateur : vous en avez pas rediscuté le lendemain ?

Alex : je sais qu'on l'a pas du tout laissée toute seule même quand elle s'est calmée, il y avait toujours quelqu'un dans sa chambre pendant un bon moment de la matinée. Parce que S- elle est sortie de sa chambre à midi et demi un truc comme ça et...

Animateur : oui mais pour revenir à la question qui vous est posée est-ce que vous auriez pu dans les jours plus tard essayer de savoir ce qui s'était passé pour cette dame ? Mais tout le monde est pressé et l'interne ne vous aurait pas répondu. Vous pensez qu'il avait pas le temps de...

Alex : non mais, si si il aurait pu nous répondre mais c'est vrai que, à ce moment-là on a d'autres patients, à l'USIC ça tourne beaucoup et on n'a pas le temps. Et puis j'ai pas eu l'idée de... pas que je suis pas intéressé...

Animateur : bon est-ce que vous voulez ajouter quelque chose sur ce cas ?

Mark : est-ce que, est-ce qu'il y aurait un comportement à adopter en particulier ?

Animateur : non je pense que c'est au coup par coup mais chaque situation vous apprend à être meilleur la prochaine fois puisque là le groupe a dit que finalement il était question de l'attacher peut-être un quart d'heure le temps de faire un neuroleptique ou le temps de faire une piqure dans la fesse ou bien consolider la perf mais après il y a pas de raisons de, par exemple, je ne sais pas. Ça a pu vous apprendre ça puisque vous avez eu la culpabilité de le faire...

Alex : je ne savais pas du tout combien de temps on était censé attacher, ni....

Animateur : c'est zéro minute, attacher c'est zéro minute.

Lisa : mais c'est toléré dans les cas de psychose aiguë.

Robert : oui mais là elle a frappé le personnel tu peux pas...

Animateur : oui mais après on peut faire zéro minute et quelques secondes mais je veux dire...

Lisa : c'est toléré en cas...

Animateur : c'est toléré ! C'est pas indiqué, c'est effectivement toléré !

Lisa : c'est toléré aussi en réanimation au moment où les gens commencent à se réveiller pour pas qu'ils se, qu'ils enlèvent....

parlent tous en même temps

Animateur : pas tous en même temps ! Allez-y !

Lisa : c'est toléré aussi en réanimation pour pas qu'ils, enfin au début, quand ils commencent à se réveiller pour pas qu'ils sortent l'intubation dans c'est toléré, c'est pas écrit dans les... et c'est totalement interdit dans les, enfin dans les services de gériatrie et ce qui est encore relativement encore fréquent en France...

Animateur : moi je me souviens que dans une maison de retraite je suis arrivée voir un patient que j'ai détaché, j'ai pris l'engueulade du jour mais bon j'ai dit « bah écoutez je vais rester là si le problème c'est un problème de personnel, il y a aucune raison je vais rester là ! Mais je vais le détacher ! » C'est incroyable quoi !

Lisa : c'est interdit, ils disent même si la petite mamie elle tombe de son lit on l'attache pas parce qu'elle risque de se faire encore plus mal attachée à essayer de sauter et après se faire encore plus mal à mettre beaucoup d'énergie que si elle tombe, elle tombe mais voilà enfin, ça peut paraître bizarre...

Animateur : il y a un type génial qui a inventé que le lit soit par terre. Dans les services d'Alzheimer il a mis le lit par terre !

Lisa : *rires*

Animateur : c'est le plus intelligent que j'ai jamais entendu moi ! Il ne risque pas de tomber, il y a pas besoin d'attacher, les gens sont sécurisés, tout va bien ! C'est astucieux ! C'est astucieux... Allez, on va faire un petit autre cas alors si on a épuisé celui-là ! Oui !

Allison : parce que ça m'a rappelé un de mes cas en fait, c'était un peu le même genre. Donc j'étais en réanimation, donc il y a deux semaines à peu près, il y avait une patiente de 30 ans, drépanocytaire, qui est venue pour une crise drépanocytaire, donc la crise drépanocytaire c'est en fait très douloureux, ils souffrent, les patients souffrent beaucoup beaucoup donc on les met en réanimation, enfin en soins continus, à côté de la réanimation et donc j'avais fait son entrée parce que j'étais de garde, donc j'ai parlé avec elle, enfin elle avait très mal donc on lui a mis tout ce qu'il fallait, PCA de morphine, Acupan, etc. Elle allait mieux le lendemain donc je parlais beaucoup avec elle, elle était très gentille, super jeune parce qu'elle avait une trentaine d'années. Voilà. Rien de spécial au niveau psy. Et en fait la semaine dernière, donc je m'en occupais plus depuis assez longtemps parce qu'on change, on tourne souvent en fait. Et la semaine dernière à la visite, on passe devant sa chambre et puis les infirmières disent que cette nuit elle a, elle a eu des hallucinations, « elle veut pas nous voir, elle nous rejette de la chambre, elle est super désagréable, on en a marre », enfin donc moi j'étais très très étonnée parce que je me suis dit c'est moi qui ai fait son entrée donc je la connaissais dès de début et puis voilà elle était pas du tout comme ça. Et donc on continue la visite avec les autres patients mais toujours à côté de sa chambre. Et un moment on voit donc cette patiente-là sortir, et elle commençait à crier « vous faites quoi ? pourquoi vous parlez de moi ? ! » quelque chose comme ça, du coup pendant la visite je vais la voir, je referme la porte et donc quand elle me parlait, elle était comme ça, [tourne la tête vers l'arrière] elle voulait pas me regarder. Donc elle voulait pas me regarder donc je lui ai dit « qu'est-ce qu'il se passe madame, vous allez bien ? » elle me dit « non, non je vais pas bien, ils sont là, ils ont pris des vidéos de moi ». Donc bref elle était complètement en pleine hallucination. Elle s'était déperfusée la nuit même en plus donc d'elle-même. Elle s'était déperfusée donc ils l'avaient laissée comme ça et puis ça faisait quelques jours qu'elle était là donc elle avait plus trop besoin d'antidouleurs, on la gardait parce qu'elle avait encore quelques douleurs costales, il fallait faire encore des examens plus poussés. Et donc elle avait plus de médicaments, plus rien. Et donc elle voulait pas me regarder et bon alors là j'étais bloquée, je savais pas quoi faire. Donc en fait ce que j'ai fait c'est que je suis restée devant elle et j'ai pas parlé pendant une minute entière ! J'ai refermé la porte et je suis restée, elle a fini par me regarder, j'ai dit « pourquoi vous voulez pas me regarder ? » et donc elle me tourne la tête et elle me fait « non je veux pas parce qu'ils vont tout voir ! » je fais « comment ça ils vont tout voir ? » elle me dit « les gens qui sont dans ma tête, je vois des bandes passer, ils sont en train de tout filmer, faut vous protéger ! » je comprenais pas. Je fais « mais vous parlez de qui ? » elle me dit « mais vous savez, vous savez de qui je parle ! » et tout. J'ai fait « bon vous voulez pas vous asseoir ? » là elle a gueulé, elle m'a dit « non ! Je veux pas m'asseoir ! J'en ai marre ! » donc après il y a un autre externe qui est venu, elle l'a rejeté avec violence, genre elle l'a poussé et tout et je lui ai dit « bon je vais rester avec elle. » Au début moi aussi elle me repoussait mais au fur et à mesure elle faisait plus rien et puis je lui disais « vous vous souvenez de moi ? » parce que j'avais fait son entrée puis là elle me regarde et elle me fait « bah oui je me souviens de vous ! » elle commence à rigoler « mais vous croyez que je suis bête ou quoi ? Toute façon vous croyez que je suis folle ici, vous croyez tous que je suis folle ! » J'ai dit « ah non j'ai jamais dit ça » « bah si personne me croit ! » « mais je vous crois, moi ! » et puis là elle m'a regardé elle m'a dit, elle a commencé à se calmer et puis après on est allé s'asseoir. En gros je suis restée avec elle pendant deux heures je crois, enfin je suis restée avec elle pendant deux heures...

Animateur : wow bravo !

Allison : la psychiatre est venue, bon j'ai discuté elle m'a raconté toutes ses histoires, elle hallucinait complètement, elle voyait des bandes audiovisuelles, où les gens qui filmaient, qui avaient aussi son portable, elle pouvait pas le regarder parce qu'ils étaient aussi dans son portable. Enfin ils avaient des choses trop bizarres enfin, je comprenais pas trop et la psychiatre est venue parce qu'elle refusait de prendre ses médicaments, elle refusait tous les soins, donc la psy est venue, et puis donc je lui ai dit « bon bah je vais vous laisser » elle m'a dit « non non reste là ça va lui faire... » enfin elle allait mieux « si t'es là c'est mieux et ça va la rassurer » et du coup je suis restée et la psychiatre lui a demandé « bah qu'est-ce qu'il se passe ? Qu'est-ce que vous voyez etc. » elle fait « bah je vois des bandes » et tout et bon elle lui réexplique et en fait elle lui a demandé « qu'est-ce que vous avez pris comme médicament ? » et moi je lui avais déjà demandé, et le truc c'est que il fallait pas qu'elle écrive, ou qu'elle nous le dise, parce qu'ils pouvaient entendre ce qu'on disait et il fallait pas qu'elle l'écrive devant nous parce que il fallait pas que elle, ses yeux voient ce qu'elle écrit, donc elle prenait la feuille comme ça, et elle écrivait les mots comme ça. Et moi j'avais compris elle me disait « faut pas dire » et tout elle fermait les yeux, elle était comme ça, donc elle écrivait et donc moi je lisais et j'avais noté sur mon cahier et puis la psychiatre lui redemandait et à un moment elle a écrit le mot « Acupan » en gros, après elle a dit « d'accord vous prenez de l'Acupan ! » et elle a fait « Non mais fallait pas le dire ! Fallait pas le dire ! » etc.

porte s'ouvre

Meredith : je suis désolée mais mon chef n'a pas voulu me laisser partir...

Allison : bon. Et donc elle écrivait « Acupan » et la psychiatre l'a dit à l'oral et à voix haute et elle a crié « non pourquoi vous l'avez dit ! Je vous ai dit, voilà vous me croyez pas ! » Et puis elle a commencé à pleurer parce qu'elle voyait que la psychiatre la croyait pas, du coup la psychiatre en avait marre, elle est partie. Voilà bon, elle a écrit un mot d'évolution, je suis repartie la voir, elle m'a expliqué un peu ce que c'était, en gros elle avait des délires, des hallucinations etc. et elle me demandait ce qu'elle prenait comme médicament, du coup j'ai dû appeler sa famille pour savoir et après il fallait qu'on lui donne un autre médicament pour la calmer, elle refusait tout le monde du coup je suis allée la voir, elle m'a dit « je le prendrais pas temps que je sais pas c'est quoi et que je sais pas ça sert à quoi ». Donc c'était un truc pour la calmer, du coup je savais pas quoi faire. Je suis allée voir l'interne j'ai dit « qu'est-ce que je fais ? Est-ce que je lui dis ce que c'est ou pas ? » Elle me dit « non si tu lui dis elle va pas, elle va pas le prendre alors dis-lui que c'est des vitamines ! »... « ok » donc je suis repartie la revoir, je sais pas si j'étais trop d'accord avec ça mais je pense que c'était le seul moyen qu'elle prenne le calmant de toute façon donc je lui ai dit « vous me faites confiance ou pas ? » elle m'a dit « oui » J'étais obligée hein, parce qu'elle voulait pas le prendre au début *rires* je lui ai dit « bon faites-moi confiance c'est quelque chose qui va pas vous faire de mal et tout, c'est ce qu'il y avait dans la perfusion », elle me dit « mais c'était quoi ? » « c'était un médicament important pour, pour, pour vous savez les médicaments, toutes les vitamines, vraiment tout ce qu'il y avait dans la perf » pour éviter de pas dire... Et puis elle a dit « bon d'accord » elle a commencé à le boire et après elle m'a regardée, elle m'a fait « je sais ce que c'est, j'ai senti le goût ! » j'ai fait « ouhlala » *rires* là je commençais à devenir pâlotte, je fais « ah bon c'est quoi ? Parce que moi c'est le médecin qui me l'a donné » moi j'étais pas..... *rires* et puis elle me dit « c'est de l'Acupan » et là pour le coup c'était pas de l'Acupan donc je lui ai dit « bah non c'est pas ça, vous n'avez plus mal on a aucune raison de vous donner de l'Acupan. » Après on en a pas reparlé. Donc c'était bon, je suis repartie, elle était plus calme, elle est restée dans son lit et du coup le médicament a fait effet et donc elle s'est endormie, ça lui a fait du bien. Après je suis allée la revoir après, donc quand je suis rentrée je suis passée la revoir, pour savoir si elle allait mieux, elle allait mieux mais elle avait toujours ses délires et ses hallucinations. Au final on n'a pas trop compris ce que c'était, peut-être le sevrage de la morphine qui peut donner ça, parce qu'elle a eu beaucoup de morphine et donc elle était sevrée du coup, parce que ça faisait déjà 2 jours qu'elle en avait plus et... et donc voilà. Et donc au final j'ai su le lendemain qu'elle était partie contre avis médical mais je pense que c'est sa maman parce que en lui disant qu'elle était pas bien mais elle a dit « non vous l'avez laissée trop longtemps à l'hôpital, c'est de votre faute et tout, c'est à cause de l'hôpital parce qu'elle est restée plus longtemps que d'habitude ». D'habitude c'était 2 jours pour la douleur, une nuit, deux jours, et là on l'a laissée plus longtemps parce qu'elle avait encore des douleurs... Donc elle est sortie contre avis médical. Et voilà.

Animateur : belle histoire !

Allison : donc en gros ça rejoint un peu ton cas dans le sens quoi faire. Et c'est pour ça je disais est-ce que quelqu'un est venu la voir, quelqu'un qui la connaissait parce que le fait que ce soit moi du coup elle m'avait déjà vue bah elle réagissait mieux, les infirmières ne pouvaient même pas l'approcher, elle regardait même pas les infirmières tu vois.

Animateur : et il y a quelque chose d'extraordinaire c'est qu'elle vous a dit « vous savez bien qui c'est ! »

Allison : oui.

Animateur : comme si vous étiez de son côté et que...

Allison : bah à force oui elle disait ça parce qu'elle voyait que...

Animateur : voilà, « vous êtes bien au courant, je peux vous confier puisque vous les connaissez », donc elle vous a vraiment mis de son côté à elle !

Allison : parce qu'au début c'était « non vous comprenez pas, vous me croyez pas » après c'était explication donc elle m'expliquait ce que c'était et puis à la fin c'était...

Animateur : « Vous savez bien ! »

Allison : j'étais avec la psychiatre à côté, elle me disait « vous voyez, elle comprend pas, elle me croit pas, elle, vous voyez ! »

Animateur : oui oui, c'était formidable que vous puissiez à ses cotés...

Allison : oui bah voilà j'ai dû un peu mentir et de croire en des choses que bah voilà je croyais pas...

Animateur : alors j'ai pas compris pourquoi elle aurait pas voulu un calmant ?

Allison : bah moi j'avoue j'ai suivi l'ordre du médecin parce que en fait les infirmières sont venues pour la reperfuser et lui donner d'autres médicaments et elle ne voulait pas les prendre. Qui était quoi alors ? Bah c'était un calmant, je sais plus ce que c'était, ça devait être du...

Animateur : du Valium ?

Allison : voilà du Valium. Et donc je pense que les infirmières lui avaient déjà dit que c'était du Valium et c'est vrai que moi j'aurais dû peut-être essayer de lui proposer en lui disant c'est du Valium mais j'ai pas essayé par peur qu'elle me dise non et qu'elle ne prenne rien du coup.

Animateur : oui parce que c'est la façon dont les infirmières ont voulu lui administrer de force entre guillemets le Valium alors que...

Allison : peut-être.

Chris : parce que lui donner un calmant c'était comme...

Allison : la prendre pour une folle en fait.

Chris : ouais voilà.

Animateur : c'est ce qu'elle disait mais si on appuie sur sa souffrance psychique parce que elle souffre psychiquement à ce moment là.

Allison : oui et elle savait qu'elle était en délire parce que elle disait « mais j'ai entendu mon patron à côté parler avec vous, c'était lui, c'était O- qui parlait ? » je lui fais « ah non pas du tout il est pas venu ! » elle m'a dit, elle m'a regardée, elle rigolait, elle a fait « mais je suis folle en fait ! » « Oui un peu... » non je lui ai pas dit...

rires

Animateur : légèrement...

Allison : et j'étais, ça me faisait, enfin...

Animateur : non mais...

Allison : c'est un peu...

Animateur : il y a des idées que vous ne pouvez pas contrôler, il y a des choses qui se passent chez vous là en ce moment tout de suite que vous ne pouvez pas contrôler qui vous font souffrir et on peut vous donner un médicament qui éteint un petit peu cette agitation, après ça n'a rien à voir avec la folie, ça n'a rien à voir...

Allison : oui c'est vrai j'aurais dû essayer mais j'avais vraiment peur qu'elle refuse et qu'après elle refuse tout en fait. Et je savais pas trop et j'étais pas trop pour dire que c'était des vitamines... ça se fait pas mais après dans les cas un peu... en plus c'était pas un cas extrême elle était pas violente. Au début elle l'était un peu, elle poussait mais elle n'était pas aussi violente que ta patiente par exemple, donc...

George : il y avait pas moyen sinon de rentrer un peu dans son délire et dire mais justement ce médicament vous permet de lutter un peu contre eux ?

Allison : ouais mais c'est encore plus mentir je pense, déjà que je me sentais assez mal !

George : en même temps c'est pas complètement faux enfin...

Allison : oui c'est vrai ce que tu dis, c'est bien de dire que c'est pour lutter contre ces personnes qui sont dans sa tête. C'est vrai que j'aurais pu...

Chris : t'inventes un nom de maladie, une personne qui rentre dans votre esprit...

Allison : elle voyait vraiment des bandes audio, elle a demandé à avoir un examen ophtalmo carrément ! Parce que elle les voyait quand elle fermait les yeux « vous voyez bien du noir vous » je fais « oui » « bah moi je vois plein de bandes audio » et tout, et puis elle parlait un peu de terrorisme aussi donc je sais pas si c'est peut-être de l'anxiété d'en ce moment parce qu'au moment où ça s'est passé je crois que c'était quand elle était hospitalisée donc toutes les histoires qu'il y a eu donc du coup...

chuchotent

Animateur : pardon ?

Allison : non non c'était pas dans les hôpitaux où ça s'est passé ?

Animateur : ah oui.

Allison : c'était à Louis Mourier mais il y a pas la télé chez elle donc peut-être qu'on lui a dit mais elle est très Facebook Twitter etc. donc elle pensait qu'on avait mis une vidéo d'elle sur Facebook donc ça allait super loin quoi.

Animateur : ça dérange ces trucs-là...

Allison : bah ouais.

Lisa : tu ressentais quoi quand t'es restée des heures dans sa chambre ?

Allison : j'ai eu beaucoup de peine et j'avais l'impression de voir une autre personne différente parce que je la reconnaissais vraiment pas par rapport à l'entrée, j'ai essayé de la rassurer un maximum et je pense que rentrer dans le jeu de la, du délire pour le coup je pense que c'est un peu une bonne méthode sans forcément dire « vous avez totalement raison » et tout mais en essayant de comprendre, d'écouter et de faire ce qu'elle dit. Par exemple, le fait de pas dire le médicament à voix haute c'est ce qui l'a fait pleurer et qui a fait qu'elle parlait plus à la psychiatre.

Animateur : et pourtant elle l'avait prévenue !

Allison : pourtant elle avait bien prévenu et voilà donc. Dans ça je rentrais vraiment dans son jeu, j'essayais de décrypter ce qu'elle écrivait, c'était vraiment galère, elle était comme ça en train d'écrire, et à un moment elle voulait plus parce qu'elle disait « non ils les voient et tout », du coup je lui disais, je lui trouvais des techniques, poser la tête sur l'oreiller, fermer les yeux, elle me disait « mais je regarde je vois encore et tout ils sont encore là ». Enfin c'était... J'étais obligée, je me sentais un peu ridicule mais en même temps je savais que ça l'aidait donc...

Animateur : je crois que dans ces crises là je pense que c'est vraiment apocalyptique, les gens souffrent énormément.

Allison : oui.

Animateur : ils sont complètement dissociés de partout, c'est comme si ils allaient exploser quoi.

Allison : c'est des crises vaso-occlusives donc ils ont mal absolument partout au niveau des os, des membres inférieurs, enfin c'est vraiment une douleur atroce... les crises drépanocytaires...

Animateur : oui non je parlais de la crise psychique là !

Allison : ah pardon !

Animateur : enfin ça s'ajoute peut-être à l'autre mais là la crise psychique où on hallucine et où on délire, on est complètement dissocié et

Allison : oui, oui. Après dans le temps et dans l'espace voilà je savais que, enfin je lui posais les questions comme d'habitude, « on est où ? à quel endroit ? » et là elle me fait « je sais ce que vous allez me poser : on est où, on est quand, je sais on est en 2015, on est en novembre, je suis pas bête ! » enfin c'était vraiment... du coup dans la façon de lui demander j'étais obligé de lui dire « bon je dois poser cette question tous les matins, à tous les patients, je suis obligée, c'est un rituel, je suis étudiante » voilà d'une façon à ce que elle se sente pas comme une folle en fait...

Animateur : moi je délire tous les matins de façon chronique à vous demander toujours les mêmes conneries *rires* donc ne vous inquiétez pas !

Allison : c'est exactement ce que j'ai dit !

Robert : tu dis la psy elle en a eu marre mais elle s'est barrée où après ?

Animateur : plus fort !

Robert : quand tu dis la psychiatre elle en a eu marre mais elle s'est barrée ?

Allison : bah en fait elle me regardait et puis elle me disait « ouais elle est complètement en délire quoi » je lui dis « mais elle est à côté ! » enfin moi j'étais pas bien ! Je me disais... Et puis dès que j'essayais de parler avec la patiente pour dire « redites lui ce que vous m'avez dit etc. » la psychiatre elle me coupait elle disait « bon on est où ? On est à quel endroit ? » Enfin c'était un peu trop... Après elle lui disait « non mais je vous crois, je vous crois » mais ça se voyait que c'était pas crédible.

Robert : elle était pas très psychologue quoi...

Animateur : c'est le moins qu'on puisse dire.

Allison : après je comprends que son rôle c'était surtout si c'était médicamenteux ou quelque chose d'organique tu vois, ou que c'était un délire à cause des médicaments donc elle était là que pour ça. Voilà. Moi j'ai eu l'opportunité de rester longtemps avec elle donc j'en ai profité mais c'est peut-être pas toujours le cas du médecin aussi c'est peut-être pour ça.

Animateur : oui mais elle a pas bénéficié de ce que vous avez fait précédemment.

Allison : voilà c'est ça elle a pas pris toutes les étapes que j'ai fait, elle est passée d'une étape à l'autre directement donc il lui manquait toute la période de il faut surtout pas dire les médicaments à l'oral etc. et donc forcément...

Animateur : bah oui, elle a rien compris ! Alors que vous aviez bien préparé les choses et que...

Allison : oui c'était comme si ça avait tout cassé ce que j'ai fait !

Animateur : voilà exactement !

Allison : donc après elle est sortie contre avis médical, je sais pas si. Je pense que sa maman lui a aussi dit... parce qu'ils voyaient, elle avait jamais été comme ça quoi. Je pense que c'était pas possible pour la famille aussi.

Animateur : et qui est-ce qui fait la lettre pour le médecin traitant après un épisode comme ça ?

Allison : la lettre ?

Animateur : oui la lettre de sortie en général.

Allison : ah je j'ai pas demandé, bah je pense que c'est le médecin qui s'en occupe je pense enfin l'interne qui s'en occupe.

Animateur : l'interne... vous l'avez vu cette lettre ?

Allison : non j'ai même pas demandé, j'ai jamais pensé à...

Animateur : ça serait intéressant de savoir ce qu'il y avait d'écrit dans cette lettre.

Allison : bah la psychiatre avait mis un petit mot d'évolution en disant que c'était sûrement dû aux médicaments, peut-être cause organique aussi.

Animateur : oui mais c'est pas pareil quand même pour le médecin traitant qui suit cette patiente en ville si c'est organique ou si c'est médicamenteux. Si c'est le médicament ça va se tasser, si c'est organique elle peut retourner à l'hôpital donc ... non je suis surtout curieuse de savoir si l'incident a été noté quoi.

Allison : ouais c'est vrai peut-être qu'ils en ont même pas parlé.

Animateur : ouais c'est ça, ça peut être « est partie, a signé sa pancarte, bonsoir. » sans explication. Bon tout ça ça nous éloigne de votre travail à vous donc vous êtes contente de vous là j'espère !

Allison : ah oui, bah oui parce que j'ai atteint mon objectif qui était de la calmer, qu'elle prenne le médicament surtout et bon bah j'ai fait ce que j'ai pu, j'ai essayé de la rassurer, après elle me connaissait donc c'est pour ça j'ai dit ça joue beaucoup, de voir un visage... les infirmières, elle les connaissaient mais je pense que c'était pas pareil parce que elles ont beaucoup de travail du coup elles ont peut-être pas pris le temps de parler avec elle, de discuter, d'en savoir plus et elles ont beaucoup de patients assez violents du coup voilà tout de suite elles se braquent et disent « non mais c'est bon j'en ai marre » enfin là c'était le cas pour elle en tout cas... donc moi j'ai fait ce que j'ai pu et oui je suis contente parce que ça...

Animateur : et puis l'importance du regard aussi. C'est extraordinaire le regard parce que dans votre histoire il y a tellement rupture que il y a aussi rupture du regard avec une tête qui se tourne !

Allison : oui oui elle parlait vraiment comme ça !

Animateur : je pense que nous si on veut avoir une relation de confiance avec un patient il vaut mieux le regarder. Surtout quand on dit des choses importantes, il vaut mieux pas regarder ses chaussures pendant ce temps là parce que...

Allison : ah bah oui.

silence 10 secondes

Animateur : vous avez déjà été confrontés au mensonge ? Les uns et les autres ? Dire à un malade qu'on a va lui donner... ou mettre dans le yaourt ou je sais pas quoi, comme on fait en maison de retraite, glisser doucement le Valium dans le yaourt du soir...

Robert : c'est vrai qu'ils disent rarement les mots quoi.

Grégory : c'est pas vraiment un mensonge.

Robert : ils vous disent « on vous donne quelque chose pour dormir, on vous donne quelque chose pour vous calmer » mais c'est jamais « on vous met un antidépresseur ou un anxiolytique » c'est pas anodin comme médicament quoi. Des fois on glisse ça avec l'aspirine et puis un petit truc pour vous calmer quoi. Ça dépend ce que c'est si c'est un peu d'Atarax ok mais si ça commence à être des anxiolytiques un peu plus forts ou des neuroleptiques, moi je suis pas toujours à l'aise par rapport à ça.

Animateur : si le médicament est indiqué, il est indiqué. Autant peut-être...

Robert : ah oui mais même si le patient dit oui... ça dépend aussi de ses connaissances quoi.

Animateur : après on les engueule les patients en disant « ah bon vous ne savez même pas ce qu'on vous a donné hier ou avant-hier ou le mois dernier »... Oui vous vouliez dire quoi ?

Grégory : moi personnellement c'est pas vraiment des mensonges ou on dit pas ce qu'on donne, c'est soit des mensonges par omission, c'est par exemple nous on a eu un patient qui a eu une décompensation parce qu'un autre médecin ne lui a pas donné tel médicament, on va pas lui dire ça, on lui dit « vous savez votre cœur est assez malade donc ça peut arriver » et tout. Mais des vrais mensonges comme ça de dire « ça c'est des vitamines, c'est pas un neuroleptique » je sais pas pour vous mais moi perso enfin....

Robert : franchement je préfère dire que c'est des vitamines à la place du Valium que de pas dire à un patient qu'il est dans cet état là parce qu'un mec a fait une connerie avant... il y a du mensonge par omission mais c'est quand même plus... enfin...

Lisa : il y en a un c'est pour aider le patient et là et l'autre c'est juste pour sauver le cul des... de celui qui a fait l'erreur !

Robert : ça dépend de la situation quoi, là c'est pour protéger les médecins....

Allison : ouais enfin c'est important quand même, parce que le jour où t'es dans cette situation !

Chris : sinon le patient il a plus confiance en ses médecins !

Lisa : c'est mieux de, enfin pour le patient...

parlent en même temps

Animateur : attendez !

Chris : si tu dis la vérité là pour le coup le patient il a plus confiance en les médecins de l'hôpital.

Allison : oui aussi.

Lisa : il y a la façon de le dire aussi...

Grégory : c'était pas un mensonge quoi parce que c'est vrai que son cœur il était pas sain, le fait de pas mettre de traitement ça a favorisé la décompensation mais voilà quoi.

Robert : ça dépend de l'erreur.

Grégory : c'est un facteur parmi tant d'autre.

silence 6 secondes

Lisa : oui mais comme par exemple j'avais déjà cité que moi pareil à l'USIC, il y avait un interne qui avait oublié de mettre des anticoagulants sur un stent actif.

Animateur : plus fort !

Lisa : sur un stent actif... Au final la patiente n'a jamais été au courant alors qu'elle est revenue pour thrombose de stent. Donc moi je trouve que, enfin je sais pas ce qu'on aurait dû dire mais on aurait plutôt du dire quand même quelque chose plutôt que « ah bah non ça arrive comme ça » alors que là c'était pire que... Elle était arrivée pour un angor instable et pas du tout, elle était pas arrivée dans un état d'infarctus et là elle était vraiment dans un état où elle aurait pu mourir sur le champ et en plus elle a perdu des fonctions cognitives à cause de ça donc c'est un peu limite quoi enfin...

Animateur : mais vous ne pensez pas qu'il y a eu une suite à ça ?

Lisa : bah moi je sais qu'ils l'ont pas dit et que le but dans tout le service c'était « on le dit pas à la patiente machin que... »

Animateur : oui mais aux autorités ? Il y a un directeur de l'hôpital ?

Lisa : ah ça je sais pas.

Animateur : un chef de service ?

Lisa : ça je sais pas, je crois que l'interne ne devait plus s'en charger et peut-être que après les chefs derrière ont dû dire mais après la patiente en tout cas elle était pas au courant. Je sais pas ce qu'on aurait dû dire je suis d'accord après c'est compliqué par rapport au fait qu'elle doit encore faire confiance aux médecins mais en même temps c'est une véritable faute qui a mis sa vie en jeu enfin bah ouais dans ces cas-là qu'est-ce qu'on doit dire à la patiente ? Moi j'osais même pas y retourner parce que c'était ma patiente avant, on l'a fait sortir mais moi j'étais pas là le jour où elle est sortie donc voilà et je sais qu'après elle est revenue dans un état catastrophique et j'ai pas osé retourner la voir parce que devoir lui mentir ou enfin de faire « comment ça va » et pas lui dire... je sais pas...

Allison : et on lui a même pas dit qu'il y avait eu des complications ?

Lisa : non non le but c'était de rien dire et comme elle était totalement à l'ouest parce qu'elle a eu, enfin... Apparemment ils avaient dit mais c'était pas encore évalué objectivement c'était encore dans l'épisode aigu mais qu'elle avait sûrement perdu un petit peu de fonctions cognitives, enfin ils avaient dit qu'elle avait l'air d'être un peu quand même...

Chris : c'était un stent au cœur toute façon c'était pas....

Lisa : je sais pas enfin après... Peut-être qu'il y a eu.... Comme j'ai pas suivi l'histoire j'ai pas eu... J'ai juste su qu'il y a eu des complications et que maintenant elle avait perdu... peut-être que ça a pu aussi... Enfin bon. Je sais pas ce qu'il aurait dû dire dans ce cas-là, si quelqu'un a un avis ? *rires*

Allison : dire qu'il y a eu une complication de la chirurgie je pense c'est le...

Lisa : ouais c'est une complication de la chirurgie.

Robert : moi je pense qu'on peut pas dire tout le temps qu'il faut rien dire au patient sinon ils font plus confiance parce que le jour où ils se rendent compte qu'on leur a menti c'est encore pire !

Animateur : bah oui pour avoir une bonne relation de confiance il faut pas commencer par mentir ça c'est sûr !

Robert : après ça dépend de l'erreur, ça pour moi c'est le genre de truc qu'on doit dire parce que si la patiente elle y était restée, tu dis quoi à la famille ?

Lisa : ouais là elle aurait pu hein !

Animateur : oui mais je pense, à mon avis ça en est pas resté là. Nous on ne sait pas forcément mais ça n'en est pas resté là sûrement.

Lisa : en tout cas la patiente était pas au courant... après...

Animateur : oui mais le chef de service, la patiente c'est pas important !

Lisa : pas important ? *rires*

Animateur : pas plus important que le problème de l'interne qui a fait une connerie énorme et qui pourrait en faire une autre !

Lisa : c'est au chef de vérifier aussi !

Animateur : oui oui mais peut-être que le chef a pas été content quoi !

Robert : c'est un problème de communication aussi enfin. Il y a quand même 90% des infirmières aussi savent que tous les patients qui ont un stent enUSIC de cardio ils sont sous anticoagulants, si elles voient pas ça dans leurs prescriptions... il y a quand même mille personnes qui peuvent s'en rendre compte quoi. L'interne il a fait une connerie mais il y a aussi un gros souci de communication !

Animateur : mais elle était sortie cette malade ?

Lisa : mais au moment où elle sort il y a la prescription de sortie quoi.

Animateur : oui quelqu'un a lu la prescription ?

Lisa : peut-être que l'interne pour le coup parce que ça a du se faire vite, peut-être parce qu'il y a une autre entrée derrière, on sait bien comment ça marche la machine, peut-être qu'il faut aller vite...

Alex : il y a juste l'interne qui relit la prescription de sortie...

Lisa : oui, officiellement il devrait y avoir le chef qui relit rapidement.

Alex : nous, on est enUSIC, c'est que l'interne.

Lisa : ouais enUSIC c'est juste l'interne. Ils changent même pas leur méthode après cet épisode-là !

Alex : nous on remplit le truc de l'évolution et après...

parlent en même temps

Lisa : je me disais qu'au moins après ils essaieraient d'adopter au moins que le chef relise !

Robert : même les comptes rendus il y a aucun chef qui relit. Ils sont en quels semestres les internes ?

Lisa : ouais juste la prescription pour vérifier qu'il y a pas d'anticoagulants oubliés.

Robert : après ils sont pas en premier semestre je suppose mais...

Lisa : lui il était pas premier semestre mais je sais pas il avait dû faire plusieurs gardes et je sais pas...

Alex : les comptes rendus ils sont signés après parce que souvent le compte rendu n'est pas signé et hop la pochette et le patient il sort...

Lisa : bon. C'est dommage qu'ils changent même pas leur. Parce que pour le coup ils auraient pu se remettre en cause.

Animateur : leur expérience pourrait servir à quelque chose.

Lisa : ouais parce que c'est dans ce service là....

James : j'ai aussi eu un problème avec des anticoagulants.

Lisa : ah oui ?

James : où c'était une patiente qui avait une valve cardiaque et qu'il fallait surveiller son INR pour voir si elle était bien anti-coagulée ou pas et on s'est retrouvé avec un INR à 9 le matin, 3 fois plus que la norme habituelle... et donc c'était toute une petite chose, c'était l'interne qui était d'astreinte qui a pas vu, qui lui a donné le médicament, les infirmières qui ont pas forcément regardé, fait attention et c'est toute une accumulation de choses qui ont fait qu'il y a eu l'erreur. Alors j'ai vu la chef en a parlé à l'interne mais après ça en est resté là.

Lisa : il y a pas eu de complications, elle a pas...

James : non. Il y a pas eu d'hémorragie.

Lisa : ça aurait pu...

Animateur : oui mais enfin ça peut en rester là pour le patient mais enfin je pense pas que ça en reste là forcément pour la hiérarchie.

Lisa : bah je sais pas je trouve qu'il devrait y avoir plus de concertations.

Animateur : oui de communication.

Lisa : même de changements d'attitude de la part des chefs et des autres pour juste dire « bon bah tu m'envoies par sms » j'en sais rien si ils veulent aller vite « la prescription, je relis » et voilà j'en sais rien. C'est dommage qu'ils changent pas...

Animateur : oui c'est le contraire de ce qu'on fait ici, ici on raconte des expériences pour que la prochaine fois on fasse mieux !

Lisa : voilà on devrait faire ça !

Animateur : et eux ils bénéficient pas de...

Meredith : mais après enfin moi je me dis les chefs, ils ont quand même plein de trucs à faire et généralement par exemple si ce sont les internes qui font les sorties c'est parce qu'il y a un partage en fait des tâches, alors est-ce que les chefs nécessairement ils ont le temps de repasser derrière tout ce que chaque interne fait pour tout le service quoi...

Animateur : en tout cas moi quand je reçois du courrier au cabinet, enfin je recevais, il y a vraiment deux types de courrier, il y a type les courriers relus, c'est marqué « relu » ou bien c'est pas relu.

Meredith : ah il y a marqué ?

Animateur : oui.

Chris : moi dans mon service on est 19 externes, je pense qu'il doit y avoir 6 ou 7 ailes, dans chaque aile tous les matins il doit y avoir 3 ou 4 sortants si le chef de service et bah il relit tous les trucs...

Robert : pas le chef de service, un CCA, un ph, un sénior.

Lisa : il y a plusieurs CCA aussi hein, un sénior c'est censé encadrer les internes, c'est leur fonction !

parlent en même temps

Animateur : parlez pas tous en même temps !

Allison : entre faire et relire...

Alex : le chef quand il est là il est en coronarographie.

Animateur : il est quoi ?

Alex : il est en coronarographie, il est pas, il fait la visite de la salle le jeudi et...

Animateur : oui mais enfin...

Lisa : oui mais elle peut regarder, si il y a que 3 sorties dans la journée elle peut juste regarder les ordonnances.

Animateur : je vous signale que les gens qui sortent début octobre on reçoit la lettre fin novembre hein, donc ça a le temps d'être relu pendant deux mois !

Alex : je crois que c'est relu, c'est pas le compte rendu qu'on donne au patient n'est pas relu mais après il est relu quand même.

Lisa : oui mais ça c'est pas grave.

Animateur : si c'est grave justement.

Lisa : oui mais je parle en dehors du compte rendu c'est moins grave que l'ordonnance !

Animateur : ah oui, oui oui.

parlent en même temps

Lisa : le compte rendu tu peux au pire raconter la petite histoire via l'interne, il a à priori compris l'histoire mais quand même mais l'ordonnance voilà il peut... enfin vu que c'est lui qui fait plein de gardes, c'est lui qui fait plein de choses enfin ils sont sur le coup débordés et ils ont plus de patients encore à s'occuper quotidiennement que les chefs qui doivent, même en coronarographie ils ont quand même plus de temps...

Animateur : c'est vrai que ça m'ait arrivé d'appeler le service en disant « je vois l'ordonnance de sortie, je vois ce qu'il avait pendant l'hôpital, est-ce que c'est normal que dans l'ordonnance de sortie il n'y ait pas tel ou tel médicament », et ça j'appelle et puis voilà, faut avoir le sens de la responsabilité de ce qu'on a à faire quoi. Donc si en sortant l'interne n'a pas le sens de la responsabilité et qu'il oublie l'anticoagulant sur...

Lisa : non mais je me dis ça peut, enfin dans l'absolu enfin quand on est fatigué, je sais pas je me dis c'est peut-être possible et que... Moi je l'ai eu comme interne et il est très compétent, vraiment il était très bien donc c'est pas une question de la mauvaise qualité d'un interne, c'est peut-être qu'il avait enchaîné les gardes, qu'il en pouvait plus et c'est vrai qu'à l'hôpital c'est pas, ils font pas très attention à nos internes et à leur santé *rires* donc...

Robert : oui ça peut arriver mais c'est même pas forcément relire le compte rendu entier, c'est juste demander, je vois souvent des chefs demander à la sortie « t'as bien mis tel médicament ? » « T'as bien mis l'insuline ? » si le diabète s'est déclaré, « t'as bien mis » le truc quoi. Le minimum, tu vérifies quand même... je sais pas...

Animateur : a priori il y a plusieurs catégories de mensonges par omission, de mensonges tout court, de mensonges qui arrangent la situation, qui débloquent la situation... bon bah je pense que c'est bien de terminer sur un cas positif qui a bien marché.

Lisa : ils t'ont félicité après ?

Allison : non ils m'ont dit « elle t'a pas lâchée ! »

rires

Lisa : sous-entendu...

Animateur : ah c'est bien !

Grégory : c'est toi qui a pris parti de rester deux heures ?

Allison : oh bah oui je me suis dit...

Grégory : et personne t'a...

Allison : ouais quand t'es externe t'as quand même, comme on disait on a le privilège d'avoir le temps de rester avec les patients et au lieu d'être là soit à finir mon observation que je peux finir un peu plus tard donc voilà je préférerais rester avec la patiente pour, bah déjà c'était un cas intéressant pour voir, enfin pour ta propre expérience, pour voir jusqu'où tu peux rassurer un patient, jusqu'où tu peux aller tu vois, déjà pour ça et puis pour la patiente aussi !

Grégory : mais toi t'en a jamais eu marre ?

Allison : non. Enfin de ses histoires un petit peu parce qu'à force c'est toujours la même chose et puis ça me faisait beaucoup de peine de la voir comme ça mais quand je voyais que ça avançait et ça aidait à quelque chose, qu'elle me donnait le nom des médicaments comme je le voulais même si c'était la galère mais que elle a pris le médicament que je lui ai dit de prendre du coup ça te motive encore plus !

Animateur : oui parce que vous saviez qu'il y avait un lien thérapeutique indispensable, ce lien que vous aviez créé avec elle avant vous saviez qu'il avait une puissance !

Allison : oui qu'il allait aider c'est pour ça que j'ai première chose que j'ai dit c'est « vous vous souvenez de moi ? »

Animateur : voilà.

Allison : et quand je lui ai dit ça c'est bête, au début elle me regardait pas et au lieu de dire regardez-moi je lui ai dit vous vous souvenez de moi donc elle était obligée de me regarder et puis elle me dit « bah oui je suis pas bête » j'étais « ah ok » déjà il y a eu un contact visuel.

Animateur : et c'est vraiment une illustration de la relation thérapeutique, cette relation-là elle est déjà thérapeutique puisque...

Allison : oui ça l'a aidé déjà en soi. Bah pour moi les médicaments je suis même pas sûre qu'elle en ait eu besoin au final hein. Parce qu'elle était calme après et elle était sur son portable, elle a même téléphoné à son ami que j'avais téléphoné elle l'avait eu au téléphone... Je sais pas trop pourquoi ils lui ont mis... peut-être pour les hallucinations mais je crois pas que ça fasse partir les hallucinations ce genre de médicaments. Bon bah elle était beaucoup plus calme après... De se reposer aussi peut-être...

Animateur : elle ne se sentait plus seule et elle a avancé à cause de ça. Bien sûr on crée des liens qui quelque fois servent à rien mais pourquoi pas créer des liens qui... dont on sait que possiblement ils peuvent être thérapeutiques ensuite.

silence 5 secondes

Animateur : bon est-ce que vous voulez consacrer 2-3 minutes à... puisque nous allons nous quitter... à votre... Je crois que vous avez une grille de satisfaction à remplir sur ces 5 ou 6 rencontres que nous avons eu mais est-ce qu'il y a quelque chose que vous voudriez ajouter ou demander ou je sais pas ?

silence 10 secondes

Allison : est-ce que dans notre cursus on va avoir des cours sur, vraiment les thèmes principaux c'est-à-dire annoncer le diagnostic etc. ?

Animateur : ah oui.

Allison : d'accord.

Animateur : ah mais il y a des groupes Balint aussi. Des groupes de formation à la relation thérapeutique mais qui sont facultatifs ici et obligatoires à Cochin.

Meredith : c'est pas dans le module 1 ?

Allison : si la relation au patient...

Chris : on peut ouvrir la fenêtre ?

Animateur : bah bien sûr, Mandy vous voulez pas l'ouvrir la fenêtre s'il vous plaît ?

Lisa : c'est moins développé que...

Animateur : alors parlez plus fort parce qu'avec le bruit de l'extérieur faut vraiment parler très fort là !

Lisa : je disais que les cours du module 1 sont quand même moins développés que si par exemple on parle d'ici, de Balint...

Animateur : oui mais c'est vrai qu'en situation on apprend mieux la relation en parlant des cas que avec un cours magistral avec une conduite à tenir devant...

Lisa : en pratique...

Animateur : une conduite à tenir devant c'est jamais le moment de... enfin je veux dire c'est, moi je trouve c'est bien.

Lisa : c'est trop systématique c'est pas...

Animateur : c'est très bien, il faut qu'on ait ça dans la tête, il faut qu'on ait ça dans la tête mais ça sert pas souvent.

Meredith : après je peux, enfin c'est l'idée qui... enfin moi je me suis dit, enfin moi l'impression que j'ai eu des séances. Est-ce que enfin ça serait, est-ce que ça serait pas mieux d'axer pour chaque séance sur un thème ? parce qu'en fait...

Animateur : c'est ce qu'on avait dit la dernière fois c'est... c'est... c'est... alors on pouvait pas changer en cours de route parce que tous les groupes homogènes travaillent de la même façon, c'est-à-dire spontanément avoir le cas qu'on a dans la tête et qu'on a envie de raconter à ses camarades.

Robert : c'est ce qu'...

Animateur : pardon ?

Robert : c'est ce qu'on a fait un peu au final non ? On a parlé de mensonge, la dernière fois on a parlé d'annonce de maladies...

Animateur : oui mais ils viennent à postériori !

Grégory : à partir du cas !

Animateur : ça vient à partir du cas, on essaye de théoriser un tout petit peu à partir de ce que vous racontez.

inaudible

Meredith : mais c'est un peu difficile parfois à l'inverse. Généralement en fait c'est enfin c'est une histoire qui rappelle une autre histoire et du coup enfin c'est comme ça qu'on parle et c'est vrai qu'à la fin des séances à chaque fois c'est pour ça qu'on s'exprime beaucoup mais c'est vrai qu'au début c'est un peu difficile de tout d'un coup de penser à...

Robert : ça serait encore plus difficile si on nous disait « racontez-nous une histoire qui parle de mensonge » aussi... bah...

Meredith : je sais pas...

Robert : enfin tu pourrais en soi mais...

George : tu donnes un panel de thèmes et les gens choisissent, ce qui permet du coup d'avoir...

Animateur : le panel de thèmes il est... il est infini parce que c'est tout ce que vous ressentez à travers une relation, alors bien sûr avec tous les groupes Balint qu'on a listé, les 46 émotions et les 300 situations difficiles mais c'est une liste !

George : mais par exemple les séances qui je trouve m'ont le plus apporté c'est celle sur l'annonce du diagnostic où on a réussi quand même à pas généraliser mais à trouver des petits conseils, des conduites, des choses en partant d'un cas et en trouvant les points faibles et en travaillant ensemble dessus.

Animateur : oui c'est...

George : et la séance d'aujourd'hui par exemple où on a développé sur le mensonge et que finalement, on partait d'un thème officieux quoi enfin ça donne plus de...

Animateur : mais il y a mille manières d'apprendre la relation, il y a des jeux de rôle, il y a la médecine narrative, il y a je sais pas 36 machins. On a proposé pour cette étude-là de procéder comme ça en disant qu'on travaille aussi sur la spontanéité de l'histoire parce que dans les groupes Balint... pour adultes j'allais dire, pour médecins généralistes, souvent tout le monde a un cas à raconter et on travaille avec l'urgence c'est-à-dire que bon vous avez chacun un cas à raconter est-ce qu'il y en a un qui est urgent ? Est-ce qu'il y en a un qu'il faut vraiment que vous vous débarrassiez, dont il faut que vous parliez parce que vous revoyez la personne dans 3 jours ou parce que vous êtes vraiment dans la débâcle ? Donc il y a tellement de cas que on prend spontanément celui qui est le plus lourd pour... donc l'idée ici c'est aussi de prendre le cas qui vous a le plus ému de la semaine ou le plus travaillé ou le plus troublé, c'était ça l'idée. Mais bien sûr on peut... il y a mille manières de faire !

Allison : moi je pense que le jeu de rôle c'est le plus parlant.

Grégory : c'est complémentaire.

Allison : ouais, ou complémentaire, c'est-à-dire tu peux raconter une histoire et après dire bah voilà maintenant on va voir comment une autre personne réagirait donc la personne qui raconte une histoire fait le patient et puis la personne qui réagit... voilà après c'est peut-être plus long mais...

parlent en même temps

Alex : elle avait annoncé une fois la...

George : ouais on avait annoncé une mauvaise nouvelle.

Allison : et tu vois comment c'est difficile le fait d'en parler et puis de faire selon... du coup c'est...

Animateur : mais ça existe parce que ça s'appelle le psychodrame Balint, c'est-à-dire la personne a exposé un cas comme dans un groupe Balint, comme ce que vous avez fait là et après on dispose la pièce, donc grand déménagement encore, grand bouquant, on met la télévision, le chien, le vase et tout, on met tout en scène et là les personnages jouent les rôles et on choisit celui qui va faire le médecin, celui qui va faire la belle mère, celui qui va... Donc ça existe effectivement. Alors moi je vais quand même ajouter un tout petit truc après on va se quitter. C'est que c'est un groupe de liberté de parole donc chacun est invité à parler le plus librement possible. Dans la liberté de parole, il y a la liberté de se taire que nous avons entièrement respecté pour vous [s'adresse à Christina] bien que personnellement j'étais

un tout petit peu gênée. Parce que un groupe c'est un groupe et que normalement on entend la voix de tout le monde et moi ça m'a un peu peinée et un peu gênée. Mais la liberté de parler c'est la liberté de se taire et donc je suppose qu'ici personne ne vous en voudra.

Christina : bah j'espère !

rires

Animateur : merci !

Débriefing avec les animateurs

ME : ça serait bien d'avoir des retours parce que les jeunes ils sont, ils sont en communication, ils sont en médecine par les preuves, c'est assez, enfin c'est...

F : donc je me suis dit c'est assez intéressant tout ce qu'on fait mais...

MA : il y aura-t-il une suite ?

F : je crains bien que...

Eric : oh que tu es défaitiste !

F : bah non c'est la réalité !

ME : il y aurait peut-être des études à faire parce que les étudiants sont contents, les acteurs sont contents, les étudiants sont plutôt ravis de ce qu'il s'est passé. Il faudrait utiliser les commentaires qu'ils ont fait, il faudrait faire un truc avec...

F : les commentaires ?

ME : on leur a demandé à la sortie.

Eric : si vous voulez, alors, comment on va utiliser ce qu'on a fait là, on peut en discuter, on est encore là, on va le faire au maximum. Après c'est vrai que la question c'est pour la suite, par exemple la fac ils nous ont demandé « où vous en êtes ? » donc il faut qu'on aille au département de pédagogie à Bichat, on va leur dire où on en est. En gros si on leur dit on continue ils, à mon avis ils seront partants quoi mais la question c'est que bah c'est beaucoup d'énergie, tu vois, je veux dire... Imaginons qu'ils nous disent ils veulent bien continuer là, sans parler de l'enquête, mais ils sont d'accord pour refaire un groupe Balint. Dans ce que vous avez écrit les unes les autres, il y en a qui ont dit il faut que ça soit obligatoire et d'autres qui disent « bah oui mais s'ils viennent et qu'ils sont pas contents, ça vaut pas le coup » donc par exemple ça on est déjà dans notre travail. Est-ce que il faut que ça soit obligatoire ou volontaire ?

ME : alors moi j'en ai quelques-uns qui s'autorisent... parce que nous en troisième cycle on en fait pas mal, il y a quelques petites choses qu'on passe bien, on résiste, on résiste bien en fait hein, c'est pas comme des portes ouvertes... il y a toujours des étudiants, moi il y en a un qui m'a dit mardi dernier, c'était son dernier groupe, « bah écoutez, moi j'étais venu pour la validation de mes CTS » c'est-à-dire sa validation de ses unités de valeur « et je repars avec un peu plus que mes unités de valeurs ! »

Eric : d'accord...

ME : il y en a qui viennent, il y en a qui viennent par hasard et qui repartent avec quelque chose. Et moi il y en a un qui m'a dit la même chose l'année dernière en troisième cycle, il m'a dit « moi honnêtement, on m'aurait mis un groupe Balint, on m'aurait mis un groupe Balint au programme j'y serais pas allé si c'était pas obligatoire et puis en fait je suis content d'être venu » donc voilà il y a ce mouvement-là.

F : à Cochon j'en ai un, enfin j'ai une bande de trois mecs qui arrêtaient pas de rigoler, de se foutre de moi, enfin bref, bon ils apportaient aussi du matériel pas inintéressant et au moment du débriefing un m'a dit « ouais au début je trouvais que c'était de l'enculage de mouche mais finalement moi qui suis brut de décoffrage ça m'a quand même été, j'ai quand même trouvé que c'était intéressant, ça m'a servi à quelque chose. » Il a pas pu développer à quoi mais... et il venait de Marseille, où à Marseille au premier cycle ils avaient entendu parler de Balint. Et c'est lui que j'ai fait parler pour dire qui était Balint etc. donc je trouvais que c'était pas... je trouvais que le fait que ça soit obligatoire à mes yeux met la relation dans une place obligatoire.

Eric : de toute façon... oui c'est vrai oui.

F : parce que moi à certains moments je leur ai parlé de problèmes en leur parlant du trépied et que, et que ils étaient complètement formatés au niveau des connaissances et qu'il y avait donc les deux autres pôles et que cet outil-là en faisait partie.

MA : alors moi j'ai un petit cas, je peux pas répondre à la question, mais il y a un petit cas marrant, c'est une fille qui a oublié de se désinscrire, elle a été tiré au sort, elle doit venir et elle vient et elle dit « ah bah non finalement non ça ne me plaît pas » « ah bah oui mais vous avez été tirée au sort et vous pouvez pas revenir en arrière » donc elle n'a pas desserré ni les yeux, ni les fesses, ni la bouche !

Eric : c'est impressionnant.

MA : pendant tous les groupes et bizarrement... Bon à la fin j'ai fait une petite réflexion parce que *inaudible* donc je lui dis « vous savez un groupe comme ça c'est la liberté de parler, faut croire que c'est la liberté de se taire aussi » et là je la regardais voilà « mais j'espère que vos petits camarades ne vous en voudrons pas » elle a juste dit au lieu de s'expliquer pourquoi elle avait rien dit, elle aurait pu dire « moi j'étais désignée mais finalement j'en voulais pas » mais elle a dit « j'espère » c'est tout. Et finalement elle a très bien fait la grille empathie. C'est-à-dire qu'aux ECOS Mandy l'a surveillée.

Eric Ah oui ?

MA : et elle a de très bonnes grilles !

Eric : ah d'accord.

MA : alors je ne sais pas si voilà. C'est pas obligatoire... enfin elle résiste pendant les 6 groupes et elle est empathique !

Eric : c'est-à-dire qu'elle voulait pas à la base et que...

MA : oui alors du coup...

F : alors moi je, dans les 2 groupes il y en a un bon paquet qui ne parlait pas et au moment du débriefing ils ont dit, enfin certains ont dit « non moi je, j'ai pas, j'ai pas parlé mais j'ai trouvé que c'était extrêmement intéressant d'entendre les propos des uns et des autres parce que ça va me servir ! »

MA : mais tu vois ne pas parler parce que ça vient pas, moi j'ai été deux ans dans mon groupe Balint sans parler c'est dire, mais cette hostilité, c'est-à-dire cette façon fermée d'arriver et de me regarder, de pas dire bonjour, de pas regarder les gens...

ME : ah oui c'était pas seulement ne pas parler, c'est aussi ne pas communiquer pas que dans le langage non verbal.

F : c'est rester sur l'opposition, de pas en bouger.

MA : donc moi je dirais bien obligatoire, ça lui a servi, la preuve c'est la grille bon je pense qu'obligatoire c'est utile !

P : à Créteil l'expérience qu'on a c'est que tous les groupes sont obligatoires. Qu'ils soient en troisième année, en psychologie médicale et autre, après en médecine générale parce qu'en fait effectivement tout le monde a des défenses au départ...

Eric : bien sûr oui oui.

P : et il s'avère que tout le monde les découvre et dit que finalement c'est hyper intéressant.

Eric : alors moi je suis d'accord.

P : alors sauf que là par exemple je voulais revenir sur les groupes, il y en a quand même 6 qui se sont barrés les deux dernières séances.

Eric : donc déjà ça veut dire qu'est-ce qu'on fait de ceux qui ne viennent pas quoi. Je sais pas qui a dit il faut faire un truc écrit ?

P : non moi ça m'a d'autant plus, je veux dire interrogée parce que quand même ils se sont engagés. Ils avaient la possibilité de dire non en disant « non on veut pas faire partie de ces groupes » et je trouve que dès l'instant où ils se sont engagés bah il fallait qu'ils aillent jusqu'au bout. Et on sait pas pourquoi ils sont pas venus.

Eric : oui la notion d'engagement.

P : ça c'est une question.

Eric : tu vois c'est intéressant.

P : bah oui quand même moi je trouve qu'ils ont pas 18 ans hein !

F : dans l'ensemble quelle est l'adhésion à la formule, moi j'en ai pas eu beaucoup qui ne sont pas venus à Cochin.

MA : moi non plus.

Eric : ME parle plus ?

ME : nous on a eu 40 % d'absents mais la période de désinscription était courte et ils ne vont pas sur l'ENT et donc il y en a beaucoup qui ne se sont pas désinscrits donc on a fait un cinquième groupe en urgence en se disant « oh lalala on a très peu de désinscrits à Bobigny » et en fait MJ a rattrapé ces deux groupes et elle a eu 17 étudiants. Moi j'ai eu un groupe où j'en ai eu 11 et un groupe où j'en ai eu 6 et C je sais pas combien elle en avait. Donc voilà on en a eu beaucoup mais on a eu des gens qui sont restés ils étaient intéressés.

F : donc ça renvoie au fait que le cadrage de l'étude crée un biais.

Eric : bah oui.

F : donc là...

Eric : alors juste, donc si on continue on fera plus d'étude.

F : oui oui non non.

Eric : après moi une chose je, je sais pas, j'ai eu le ressenti mais peut-être que je me suis trompé mais c'est que ce fait que les gens viennent et qu'ils fassent la gueule etc. c'est difficile pour l'animateur que vous êtes quoi. Donc est-ce que ça vaut quoi, c'est une souffrance pour l'animateur de dire ils viennent, ils veulent pas...

P : non mais là c'est un peu différent c'est-à-dire que l'étude c'est un cas très à part.

Eric : oublions l'étude.

P : ce que disait F, ce que nous on fait à Créteil par exemple, c'est que si on rend ça obligatoire c'est parce qu'on pense que la relation est importante !

Eric : importante c'est indiscutable, c'est bien !

P : que du coup...

Eric : mais t'es prête toi à faire l'effort d'avoir des gens dans ton groupe ?

P : ah bah oui !

Eric : qui viennent en faisant la gueule quoi, tu vois je veux dire...

F : moi ils faisaient pas la gueule. Ceux qui étaient silencieux n'étaient pas hostiles !

Eric : d'accord.

F : donc je reprends la remarque d'une étudiante, c'est-à-dire, ou ce que j'ai observé moi c'est que ceux et celles qui présentaient des situations, qui étaient souvent les mêmes, souvent se retenaient pour essayer de laisser la parole aux autres ou bien au départ je, j'invitais à ce que les uns et les autres annoncent qu'ils avaient quelque chose à dire, pour pas toute suite embrayer le pas mais je sentais que celles et ceux qui avaient l'habitude de parler attendaient que les autres parlent.

Eric : d'accord.

F : et l'une a dit... et puis quand ça venait pas ça venait pas. Et l'une a dit « effectivement c'est dommage que mes collègues qui n'aient rien apporté parce que c'était pas toujours les mêmes cas mais c'était dans le même service, c'était des situations comparables » donc elle... ils, elles sont dans la recherche de diversité puisqu'ils cherchent des thèmes différents qu'on apporterait donc ils n'ont pas encore compris qu'on peut travailler sur des cas différents venant d'un même service mais qui aborde quelque fois des problématiques différentes. Ils ont l'impression que c'est du même.

Eric : oui.

F : mais...

P : nous on avait ce problème on en avait qu'un en service de médecine.

Eric : oui, alors ça c'est le problème, ah oui !

P : gros problème !

Eric : alors ça c'est un gros problème !

P : en chirurgie.

Eric : chirurgie à la limite tu vois, en réanimation aussi tu vois des patients...

P : réanimation à peu près sauf qu'ils sont tous dans le coltar !

Eric : oui mais il y a de l'humanité quand même, les gens qui viennent, tu vois c'est pas complètement...

P : c'est pas évident, en chirurgie ils sont au bloc.

Eric : mais ils sont pas que au bloc, si ?

P : parfois en consultation mais beaucoup au bloc. Et il y avait radiologie... sauf l'échographie parce que là effectivement quand ils faisaient les écho ils pouvaient parler avec les malades.

Eric : d'accord.

F : oui mais ça dure vachement très peu de temps, du style on peut dire trois mots...

P : mais on a pu quand même justement, là par exemple travailler sur le fait que quand on est avec...

ME : on annonce quand même quand on est à l'écho...

P : oui enfin pas forcément parce qu'ils n'annonçaient pas trop de choses. Parce que quand même ils sont corrigés derrière quoi. Mais le fait de mettre le patient en confiance...

Eric : voilà oui, enfin c'est sûr que voilà ces spécialités sont pas très propices...

P : c'est dur on a travaillé pratiquement que sur des cas rapportés par le même, alors par contre c'était hyper riche et ils associaient vachement bien.

Eric : et eux ils réagissaient d'accord même si il y avait... voilà.

P : ça ils associaient !

MA : moi j'ai un externe en radio qui était tout à fait gentil et c'est les autres du groupe, là encore la dynamique a bien marché parce que ils se disent « pourquoi tu dis rien ? » etc. c'est venu du groupe, et le groupe l'a interrogé un peu alors il a répondu « bah je suis en radio » « bah tu vois pas de malades ? » « Je vois zéro malade, je ne vois que les radio » « mais est-ce que tu pourrais ? demande le groupe « aller voir le malade, est-ce que tu pourrais ? Avant ou après je sais pas ? » et il disait « oui oui je pourrais mais j'ai pas le temps. »

Eric : c'est intéressant.

MA : et les autres lui ont dit « tu pourrais peut-être aller le voir ! »

Eric : donc ça ça veut dire que la dynamique du groupe était pas mal quand même. Et vous aussi, les autres groupes aussi c'était des ?

ME : oui ça a été.

F : ça a été variable.

P : ça dépend du groupe.

ME : j'ai un groupe c'était un peu compliqué au départ parce qu'ils étaient pas très nombreux, le rond était à peu près celui-là, où ils étaient 6 le lundi soir et en fait il y avait deux étudiants qui manifestement connaissaient la maladie de près. De très près en fait...

Eric : personnellement tu veux dire ?

ME : personnellement.

Eric : d'accord oui oui.

ME : et ça se, bon ça c'est perçu très très vite en fait. Et à côté il y avait les un ou deux qui voulait devenir neurologue ou chirurgien avec les bonnes plaisanteries bien grasses tu sais « ouais la patiente obèse le chirurgien il arrive en l'appelant le cube » tu vois enfin voilà ce genre de... tu vois et les autres et eux qui se révoltaient de, j'ai eu peur à un moment donné d'un affrontement et en fait ça s'est harmonisé... au départ c'était...

Eric : c'était intéressant qu'il y ait un affrontement sur les valeurs « le tube » et tu vois c'est c'est formateur quoi !

ME : et en fait il y en a un il a une encéphalopathie démyélinisante on sait pas encore si c'est une sclérose en plaque ou...

Eric : un des étudiants ?

ME : un des étudiants. Et c'est lui qui...

Eric : et comment tu sais, il l'a dit, comment tu ?

ME : on en a discuté dans la séance.

Eric : mais publiquement avec le groupe ou en ?

ME : parce que il m'a envoyé une fois il était pas là, non non pas avec le groupe.

Eric : ah oui ça c'est autre chose.

ME : en tête à tête. Il était absent une fois et il m'a montré un certificat d'hospitalisation si tu veux donc il m'a donné des données à voir pour que je l'entende qu'il était pas que soignant en fait. Il m'a, il est allé me chercher de ce côté-là.

Eric : d'accord ça c'est intéressant.

ME : et l'autre m'a parlé en me disant qu'il avait une maladie génétique... et il était en stage de génétique... ça avait ce côté, ce groupe-là avait ce côté un peu particulier quand même... ça s'est bien décanté finalement. En dehors de cet aparté là il y a pas eu de, ça a pas débordé sur des psychothérapies individuelles.

Eric : oui. Qu'est-ce que tu veux dire ?

F : ce que j'ai trouvé intéressant dans le débriefing de fin de groupe à Bichat c'est que l'un a trouvé du sens à sa position d'externe.

Eric : oui.

F : et j'ai trouvé que c'était quand même vachement intéressant parce que au début ils disaient bien à quel point ils servaient à rien, qu'ils étaient là utilisés, qu'ils savaient... enfin bref ils se demandaient ce qu'ils faisaient là. Qu'ils étaient très impressionnés par la hiérarchie auprès de qui ils n'osaient pas poser ou interroger par rapport à leur propre questionnement. Et ils ont trouvé du sens à leur position par rapport à la relation au patient et ça a été repris par les autres en disant « oui effectivement on a plus de temps pour parler au patient. » Une a rapporté une suite de cas où effectivement quand elle avait présenté elle, elle était très embarrassée par là, une question du patient qui l'embarrassait, elle avait qu'une envie c'était de se carapater et ne pas répondre parce qu'elle était vraiment en difficulté. Le groupe lui a apporté matière à réfléchir et elle est, déjà à la fin du groupe je sentais qu'elle était plus dans la même position et là au débriefing elle a dit, elle a reparlé de ce patient en disant qu'elle avait eu envie de le rencontrer, de lui parler, de le rassurer et que le patient l'avait remercié. Et son visage s'était transformé. Donc je, avec l'autre qui disait que son stage d'externe donnait, prenait sens par rapport aux patients

Eric : ah c'est pas la même ?

F : c'est pas la même !

Eric : ah d'accord, c'est intéressant.

F : donc ça a été repris et donc je trouvais que les autres semblaient adhérer à la fois en le disant soit en ayant des hochements de tête pour donner du sens à leur fonction. Et par rapport à leur position de médecin et de reconnaissance du patient. Je trouvais que ça s'était effectivement intéressant.

MA : alors moi je pense que je sais pas si je vais me suicider *rires* moi j'ai eu l'une des externes qui a abandonné ses études pendant mon groupe.

Eric : pendant ?

MA : pendant mon groupe !

Eric : pendant ton groupe elle l'a déclaré ?

MA : elle l'a pas dit elle est pas venue. Et c'est les copains qui m'ont dit « elle est pas là parce que elle a abandonné ses études... »

Eric : à cause de toi !

MA : après je me dis...

Eric : ou grâce à toi !

ME : tu as son adresse mail ou quelque chose ?

MA : alors pour l'instant PJ m'a dit « t'interviens pas », moi je n'avais qu'une envie c'est d'aller lui parler parce qu'elle avait tout de suite dit « moi je voudrais être généraliste c'est le boulot qui m'intéresse, le stage dans lequel je suis est affreux, affreux. » Le stage, les copains disent « oui c'était affreux ! »

P : c'est quoi comme stage tu sais ?

MA : alors...

F : c'est pas un stage de pédiatrie ?

MA : non non mais alors attends je crois que c'est... j'hésite entre rhumato et chir. Non c'est chir sûrement.

P : c'est chir c'est sûr, parce que la chir c'est toujours horrible !

rires

MA : c'était la plus censée du groupe hein. C'était la plus empathique. Est-ce qu'elle s'est dit « alors oui finalement l'empathie ça existe ça me plaît, et c'est ça que je veux faire mais avec mes études je vais jamais y arriver parce qu'ils sont tous nuls ! »

Eric : « j'ai pas envie de souffrir » ?

MA : c'est ça, elle l'a dit « je suis très sensible », elle a dit « est-ce que je suis ? enfin... »

Eric : moi je me pose une question presque éthique, est-ce qu'on peut la recontacter ? Est-ce qu'il faut la recontacter ?

MA : moi personnellement je, j'ai envie de le faire mais PJ voudrait que j'attende la fin de l'étude.

Eric : ouais, oui mais peut-être ça vaut le coup oui.

P : je pense que oui, ça vaut le coup quand même.

Eric : oui oui.

MA : c'est dommage.

P : parce que la chir ça peut dégouter à tout jamais !

MA : oui c'est ça, je me disais ça. A Cochin c'était une horreur !

F : en les écoutant j'ai mesuré la violence pour ces jeunes et ce qu'on a vécu aussi. La violence des études de médecine. C'est d'une violence !

MA : les stages en tout cas.

F : en tout cas les stages. C'est c'est... et qu'ils, parce qu'au début l'une a dit à propos de l'empathie qu'elle avait pour une patiente à un certain moment quand elle était stagiaire et que à postériori en étant dans un autre stage elle avait appris que la patiente était décédée et autant au départ elle avait un attachement pour cette patiente etc. autant quand elle a appris le décès et qu'elle était ailleurs elle n'a, elle a signalé qu'elle n'avait rien ressenti. Et elle s'est dit « est-ce que je suis un monstre ? » donc euh... et elle n'était que stagiaire. Et donc ce jour-là on a travaillé sur la distance et ils ont travaillé sur la distance relationnelle et émotionnelle, ils ont bien travaillé mais elle n'était que stagiaire. Et moi je n'ai pas eu de cas horribles mais quand même dans plein de situations qu'ils ont apporté en hépato, vis-à-vis des greffés, et des comportements de certains chefs, ils ont décrit effectivement une violence !

ME : mais quand tu dis violence moi je vais raconter les deux cas, je l'ai raconté à tout le monde parce que j'en pouvais plus, deux cas...

Eric : bah dis-nous !

MA : le premier cas du premier groupe, le premier jour.

Eric : ici là ?

MA : à Cochin.

Eric : vas-y ouais.

MA : la première dit, un enfant de dix ans qui est cancéreux et qui est donc dans un plâtre fixé de partout et donc il a des vis dans le crâne qui ont rouillé, enfin qui sont infectées, je dis ça à ma sauce aussi, ils sont infectés et on va lui enlever, on va lui remplacer ces vis dans le crâne et il y a eu une erreur médicale ça ne s'est pas fait sous anesthésie générale au bloc, ça s'est fait, et l'externe nous raconte « je suis sortie en pleurant » mais quand elle a raconté ça c'était presque les autres qui pleuraient tu vois parce que elle avait ravalé les trucs mais, et alors il y avait la grand-mère qui était dans le couloir et qui entendait hurler son petit fils et ça a duré vingt minutes et on a su après parce que on a, tout le groupe lui a demandé après, mais comment on explique qu'elle dit que c'est une erreur médicale « on m'a demandée de la boucler » Erreur médicale. Le chirurgien n'avait pas compris qu'il fallait qu'il aille dans un bloc et que c'était sous anesthésie générale. Bon alors violence. Violence, mais ça commençait bien. Et le deuxième du coup il dit « bah puisqu'on en est là. » J'appelle ça le groupe de l'horreur. Vous êtes le groupe des films d'horreur. Le deuxième c'est un externe, le premier jour, c'est pareil il venait de...

F : ils venaient d'être en stage il y a deux jours.

MA : il rentre dans la, au bloc, obligé de venir au bloc et on lui demande, il dit « qu'est-ce qu'on va faire ? » « Amputation. » Bon. Il rentre, amputation des 4 membres à cause d'un purpura fulminans. Et on lui passe la scie du genre « tu préfères couper le pied droit, tu préfères couper le pied gauche ? » Affreux !

ME : la grosse plaisanterie de bizutage dans les trucs d'orthopédie c'est de te faire tenir le membre en te disant au dernier moment « tire un peu s'il te plaît » au dernier moment tu coupes ce qu'il tient et tu dis « oh bah t'as tiré trop fort ! » *rires*

MA : d'accord... mais quelle violence ! Mais quelle violence ! Et après je suis partie là-dessus dans ce groupe là si tu veux c'était... ça m'a fait violence à moi hein !

Eric : ah bah là tu me fais violence aussi ! On se fait violenter là !

MA : horrible ! Alors, où est la pédagogie ?

F : oui où est la pédagogie ? Il y a aussi une violence ça c'était à la fois physique et puis la violence verbale de certains chefs qui demandent, ou internes qui demandent au patient pour remplir le dossier « bon votre greffe elle ne prend pas qu'est-ce que vous voulez ? Qu'on recommence et que vous vous retrouviez en réa avec des tuyaux partout ou mourir tranquillement ? Il faut que je note dans le dossier ce que vous préférez. » Alors là je caricature un peu mais l'externe était terrifié et le groupe aussi.

MA : l'absence de pédagogie, juste encore une petite anecdote... l'absence de pédagogie totale : l'externe examine pour une sciatique une patiente. Et l'interne lui demande « t'as fait le TR ? » Elle a dit « bah non j'ai pas fait le TR », « bon bah vas-y fais le TR », « bah j'en ai jamais fait », « et qu'est-ce qu'on va chercher ? Et qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? » « Bah tu te débrouilles. » Où est la pédagogie là ? Où est la pédagogie quand l'interne dit « démerde toi » c'est le cas de le dire. Voilà, absence totale de pédagogie, de soutien quoi !

P : en parlant de TR le premier cas entre guillemets c'est effectivement un chef de service qui dit « dans mon service chez tout homme de plus de 50 ans faut faire un TR. » Non avant il dit, il s'adresse aux externes en disant « vous allez avoir à faire à du matériel humain et donc allons-y pour le TR, alors le TR c'est pas compliqué, c'est 2 doigts dans le cul et c'est tout bon, voilà. » Et voilà les externes ils se balancent ça !

MA : et qu'est-ce qu'ils en font, « oui j'ai fait le TR et alors ? »

P : du matériel humain. Alors on a beaucoup travaillé sur ce que c'était le matériel humain. Mais euh...

MA : ça nous a aussi appris à nous hein.

P : et aussi des choses dans un service de chirurgie, c'était une femme chirurgien et je crois que c'était un patient portugais qui revenait pour des volvulus du sigmoïde, bon à chaque fois on a réussi à empêcher l'occlusion mais là elle a dit « alors maintenant c'est pas compliqué ou vous vous faites opérer sinon vous sortez. » Et le malade se met à pleurer et tout le monde s'en va.

MA : oui la violence elle est en cascade, elle est en cascade !

F : oui.

P : voilà c'est plein de choses comme ça quoi. Ils ne comprennent pas quoi.

F : en réa alors il y a eu plusieurs modes de fonctionnement, des services où l'une nous dit « non nous on nous a dit que les patients soient dans le coma ou sédatisés, il faut toujours parler au patient et leur dire bonjour ou quoi que ce soit parce qu'une autre disait « on nous a demandé de parler aux patients qui sont dans le coma mais moi je sais pas comment m'y prendre » enfin bref là il y a eu une confrontation. Et une autre dit « le chef nous fait un cours, la pédagogie devant le patient qui est plus ou moins sédaté. Il nous fait un cours, déjà on est très content, il est assis sur le lavabo ou sur le lit et puis il décrit toutes les formes cliniques du cas du patient, on était horrifiés parce que il dit « bah oui il y en a 30% qui cassent leur pipe » vous vous rendez compte il dit ça devant le patient ! » Mais là ils étaient conscients que le patient avait quelque chose à voir avec l'environnement etc. et qu'il avait à être respecté mais en même temps ils étaient également à l'affût de connaissances pédagogiques et partagés entre les deux positions mais en même temps horrifiés. Ou aussi en réa, parce qu'il y a des protocoles et bien bon on continue à répondre aux consignes du protocole même si tel ou tel patient qui entre dans le protocole est un

peu hors protocole et comme il faut remplir les questions du protocole, « il est quatre heures du matin on a rien à faire bah on va finir cela ! » et l'externe dit « mais la patiente dort », « oh bah on s'en fout on a le protocole à remplir ! Qu'est-ce que ça peut faire ? »

rires

F : et la patiente se rebelle, et physiquement on la contient parce que, ou parce que on a le temps on va changer le cathé à quatre heures du matin parce que là bah on a le temps voilà. Donc ils ont pris conscience à ce moment-là de la place du patient et oui mais le protocole vous comprenez c'est quand même de la recherche, on a, donc ils étaient partagés entre suivre les consignes du protocole ou respecter le patient et donner du sens au protocole par rapport au patient, faire faire sortir le patient du protocole enfin c'est...

MA : pour revenir aux internes malades et dire quelque chose de positif du côté de la pédagogie, il y a un interne... un externe qui a raconté que quand il a mis les pieds dans le service pour la première fois, le chef s'est entretenu avec lui et lui a demandé s'il avait déjà été malade et s'il avait eu des malades dans son entourage ou des parents malades ou de la famille malade, qu'est-ce que la maladie représentait pour lui ?

F : wow ah bravo !

MA : et moi je trouve que ça devrait être obligatoire que tous les chefs de services accueillant des externes disent aussi « comment vous vous représentez la maladie quoi » c'est-à-dire qu'apprenne déjà qu'on peut représenter la maladie !

F : mais il y a quand même un externe qui a parlé d'un service où il a découvert la qualité de la relation où les médecins entre eux se parlent d'autres choses, se parlent de façon humaine, les médecins parlent aux infirmières et aux aides soignantes, se soucient de l'enfant qui est en crèche que... que ça retentit sur la relation au patient que l'on se respecte et qu'il y a une ambiance où tous les individus se respectent, sont respectés et donc ça démarre, ça part de l'éthique du chef de service et évidemment ça retentit partout. Donc c'était une démonstration...

MA : ça aussi c'est en cascade !

F : et pour revenir au travail qu'on a fait ensemble, l'une dit à la fin « pour mon prochain stage j'hésitais entre chirurgie et médecine et maintenant c'est clair je vais choisir médecine parce que je m'aperçois que ça m'intéresse de m'intéresser au patient. »

ME : dans la série les violences moi j'ai un groupe qui a beaucoup travaillé avec l'éthique. Et la première séance c'était une jeune femme qui racontait qu'elle était en consultation de gynéco et qu'il y avait une femme qui était un peu désagréable quand même qui avait pris de haut la chef de clinique avec qui elle était et la chef de clinique l'examine et lui dit « bah viens l'examiner ». Et la dame lui dit « mais je ne veux pas me faire examiner par l'étudiante » et la chef lui a répondu « vous avez signé un papier ici comme quoi vous pouviez, pour que vous puissiez rentrer comme quoi vous pouviez être amenée à être examinée par plusieurs personnes. Si vous ne voulez pas de ça il faut aller vous faire suivre dans le privé. » Et elle se trouve à faire un toucher vaginal à une femme qui l'a refusé donc c'est quelque chose qui...

MA : c'est bizarre... bah non moi je croyais que la chartre au contraire du patient hospitalisé c'est qu'il peut refuser à tout moment.

ME : ça se passe à Jean Verdier, un hôpital du 9-3 où ce sont souvent les hommes qui sont mis au banc où tu vois voilà il peut y avoir des choses, où le papier était peut-être mieux tourné que ça et l'externe a fini par dire si la patiente n'avait pas été aussi désagréable peut-être que la chef de clinique aurait mieux répondu en fait. Mais elle elle s'était trouvée, c'était elle qui avait payé les pots cassés.

MA : moi je crois pas qu'on signe un papier comme quoi on peut avoir 300 TV par jour hein !

ME : c'est pas dit comme ça !

P : je crois que c'est un papier où on te dit que t'es dans un hôpital hospitalo-universitaire enfin dans un centre, et que tu, en conséquence voilà il y aura peut-être des étudiants qui seront amenés à...

MA : oui mais si tu les refuses, tu les refuses !

P : à priori oui.

MA : je crois que tu as le droit de les refuser.

ME : je crois que c'est tourné...

MA : bon faudra regarder, encore un truc à apprendre !

ME : c'était...

P : le seul externe qui racontait des choses a parlé d'un cardiologue qui était dans leur service qui était un service de diabète, qui était absolument remarquable, merci pour les cardiologues !

rires

P : non c'était très intéressant parce que c'était un homme qui visiblement était très humain et il a montré, il a montré aux externes que les patients avaient aussi le droit de dire oui ou non à certaines choses, à certaines thérapeutiques qu'on leur proposait et que c'était pas que des objets quoi et je crois que pour eux c'était très, très intéressant. Parce que comparé à ce chef de service qui lui était absolument odieux et qui traitait les gens comme des, oui comme des objets. Il y avait un SDF qui était venu pour un problème de diabète au bout de 3 jours d'équilibre il dit « bon bah allez maintenant vous me le foutez dehors » et en fait il savait pas que le type était à la rue.

MA : c'est le cas de le dire, dehors...

P : dehors, à la rue, ouais ouais c'est ça. Ça c'était un service, d'ailleurs pour les externes c'était épouvantable, ça tournait tous les 3 jours donc ils disaient c'était impossible de voir les malades.

MA : ouais ça aussi c'est...

P : on peut...

MA : ça pour les externes, apparemment ils sont 3 mois quelque part mais ils bougent tout le temps et ils ont jamais les malades après ou avant.

P : c'est très très difficile de...

Eric : ils sont là que le matin en plus c'est...

MA : oui donc ils voient pas les familles, en même temps ils savent pas s'il y a de la famille, ils savent pas !

F : on a quand même l'impression qu'ils ont une vision, on leur donne, où ils sont déjà formatés sur le fait que les patients ne sont quand même que des maladies et qu'ils sont isolés du monde. Ils sont là ponctuellement.

MA : justement quand ils s'expriment dans les groupes là, dans le groupe ils ont bien vu que c'était pas le cas, ils ont appris à exprimer ça.

F : oui mais je trouve qu'il, j'allais dire qu'il est déjà tard, ils sont déjà, il faut les, en tout cas il y a du travail à faire, à poursuivre pour qu'ils n'oublient pas que le patient est hospitalisé pendant un laps de temps court et qu'il a une vie avant et après.

MA : et malheureusement pendant... *rires*

F : et pendant aussi. Donc il est quand même extrêmement regardé de façon étroite. Isolé de tout un environnement !

MA : mais l'externe aussi il a une vie avant pendant et après !

F : oui.

MA : moi j'aurais dit *inaudible*

Eric : et la relation dans la dynamique du groupe, la relation qu'ils avaient entre eux, qu'est-ce que vous avez à en dire sur la dynamique du groupe elle-même, des échanges, c'était plutôt satisfaisant ?

P : bah moi j'ai trouvé qu'ils étaient très attentifs, il n'y avait pas de blablabla, de messe basse.

Eric : les uns aux autres, d'accord.

F : très attentifs, ils écoutaient, donc ils associaient, c'était quand même... les portables on n'a même pas eu besoin de dire, je sais plus moi j'ai peut-être dit « bon vous éteignez vos portables » et puis on est jamais revenu dessus quoi. Alors que en général...

Eric : ils ont participé ? Ils étaient bienveillants les uns les autres ?

P : ce qui était amusant au départ c'était que par exemple quand tu leur dis « bon bah alors voilà vous allez rapporter des cas » au début, ils ont l'impression qu'ils ont rien à rapporter parce que ils sont oh bah ils sont pas habitués. Il suffit qu'il y en ait un qui démarre pour qu'après les autres... et il suffit qu'on pose certaines questions, qu'on raconte même des histoires perso quand on était externe, et à ce moment-là en fait ça démarre quoi. Donc je trouve qu'ils étaient très bienveillants les uns envers les autres.

F : oh ça dépend.

MA : moi mes deux groupes intéressants je dis oui, et le groupe qu'on a enregistré était particulièrement duraille !

ME : bah oui.

MA : c'est dommage qu'on ait enregistré le groupe duraille.

ME : et tu penses que c'était parce qu'il était enregistré qu'il était duraille ?

Eric : c'est une vraie question...

P : les étudiants le savait ?

Eric : ah oui, bah oui, il y avait l'interne et son micro oui.

ME : je leur ai dit à la fin, il y en a quelques-uns, « et vous vous seriez exprimés de la même façon si vous étiez enregistrés ? », ils n'étaient pas sûrs mais tu vois c'est à postériori enfin...

Eric : oui. On peut supposer dans l'autre sens, ils auraient été plus gentils en se disant « je suis filmé » mais visiblement ça a pu avoir un impact.

ME : j'avoue qu'ils ont eu un peu de mal à démarrer donc il y avait beaucoup de petites vignettes, des phrases, ça bougeait comme ça mais il y avait pas une, il y avait pas quelque chose qui se mettait à ronronner en fait. Et à la, je crois la cinquième séance, c'était après les attentats et en fait il y en a une qui a rapporté que la chef de service de thoraco avait refusé d'opérer un des terroristes, pas ceux du jour des attentats mais le mercredi d'après, ça s'est passé à saint Denis, ça s'est passé à 2-3 km de mon cabinet et le bâtiment où il s'était retranché, et il y en a un qui était blessé et on avait eu très peu d'info la dessus et il avait été transféré à Bobigny et la chef de service a refusé de l'opérer et alors ce qui était dommage c'est que eux n'y avait pas assisté, on savait pas donc on a émis des hypothèses un peu sur cette chef de service, comment elle l'avait dit, est-ce qu'elle avait passé la main, qu'est-ce qu'elle avait, quels étaient, comment elle s'était justifiée, quels étaient ses propos, si elle avait le droit ou pas donc. Et voilà, mais après ça met une dynamique, ça soulève des cas d'éthique à nouveau et après ça, les groupes d'après ça de pas parler d'eux finalement ça les... *inaudible*

MA : est-ce que tu dis c'est pas après les attentats ? Ils ont tous parlé les uns avec les autres, ce qu'ils ne faisaient pas avant. Là il y avait un petit peu des messes basses quand même. Ils avaient envie de se dire des petits trucs. C'est vrai avant ils parlaient chacun leur tour.

Eric : mais pas ensemble, ils ne se parlaient pas tu veux dire ?

MA : ah si si si ils se parlaient mais chacun leur tour, j'avais pas de messes basses.

Eric : ah.

MA : des messes basses comme si il fallait en parler un peu, ça débordait quoi.

Eric : et justement lors des attentats vous avez senti un impact, une angoisse particulière ?

ME : impact, je ne sais pas si c'est le bon mot !

rires

Eric : oui !

F : un petit peu, ça s'est passé le...

Eric : le 13 novembre.

F : c'était quand ?

Eric : vendredi 13 novembre.

F : enfin bref j'avais un groupe très peu de temps après.

MA : le mercredi d'après.

F : non mais à Cochin. Et un des externes avait été réquisitionné pour soigner aux urgences de Cochin ou quelque chose comme ça et lui qui était, ce que j'avais à Cochin un groupe de 3 qui étaient envahisseurs, qui voulaient déconner sans arrêt et qui pouvait être intéressant de temps en temps mais qui parlaient entre eux, étaient irrespectueux du groupe etc. et là l'un des trois a été réquisitionné pour être aux urgences et il a pu parler de ses émotions de comment il avait multiples fonctions et il avait, et pour une fois il était plus posé, plus respectueux, et...

MA : de là ça dire qu'il faut des attentats pour...

rires

F : non non il a, c'est comme si lors de ce groupe là il avait pris conscience du caractère sérieux de sa fonction ou en cherchant éventuellement à avoir un débriefing ailleurs... et les autres étaient un peu attentifs mais bon c'est pas allé très loin, je sais pas pourquoi j'ai pris la parole...

Eric : tu as l'impact des attentats, il a pris conscience que la médecine c'est pas du bidon !

P : c'est étonnant parce que dans mon groupe, moi je les ai vu le mercredi après et je leur ai tout de suite demandé s'ils avaient été touchés de près ou de loin, ils ont dit « non non » puis visiblement ils avaient pas envie d'en parler, et c'est sorti deux groupes après où il y en a un qui a raconté qu'il avait été réquisitionné et que finalement il est rentré dans un, au bloc et tout, il savait pas ce qu'il devait faire et il y avait tellement de monde, et il a dit « ça c'était plutôt rassurant » parce que il y avait tellement de gens à revenir on lui a dit « bon écoute toi t'es pas très au courant alors tu peux rentrer » voilà. Et du coup il a dit que c'était vachement agréable de sentir que tous ces médecins étaient...

F : en tout cas oui il a dit c'était réglé comme du papier à musique, chacun savait ce qu'il avait à faire, c'était rassurant en tout cas il a fait en quelque sorte l'éloge du dispositif de santé !

Eric : donc dans l'ensemble vous êtes plutôt contentes toutes les 4 n'est-ce pas, c'était une expérience enrichissante, pas trop souffrante, malgré que c'était pas tellement plus que un groupe autre quoi. Après si on devait faire, j'ai deux questions à poser : d'une part la différence avec un groupe Balint pour des vieux et la fac ce fameux boulot à cette issue de votre expérience avec des jeunes finalement c'est quoi le dispositif boulotte adapté pour les petits quoi ?

rires

P : comment on appelle ça ?

Eric : boulotte, le boulotte !

ME : leur place dans l'équipe, leur statut et comment ils se font reconnaître dans l'équipe, comment ils ont du mal.

Eric : ça c'est la question les thèmes qui apparaissent. Ma question c'était le dispositif qu'on peut, est-ce que ce dispositif c'est bien, est-ce que il y a des spécificités, est-ce qu'il faut plus intervenir par exemple parce que ?

P : ah oui il faut plus intervenir !

parlent en même temps

MA : dans les premiers groupes j'avais 4 ou 5 vignettes.

F : oui.

MA : après j'ai eu deux cas comme dans les groupes Balint mais au départ tant pis ça glisse, ils savent rien du malade, on va pas rester une heure. « Bon bah vous ne connaissez pas sa famille, son métier, son âge et bah passons à autre chose maintenant ! »

P : et puis parfois je pense qu'il faut aussi donner quelques notions. Par exemple nous on a travaillé sur les mécanismes de défense.

ME : oui.

P : tu vois j'en ai parlé.

MA : avant ou après le ?

P : non après, après le cas.

MA : après le cas oui.

P : dans un cas par exemple, ça permet de dire « bah là pourquoi vous pensez que ce chef de service réagit comme ça ? Est-ce que c'est un mécanisme de défense ? » Bah voilà tu vois. Après on parle de représentation aussi, la représentation du patient par rapport à la maladie, du médecin...

MA : dans un groupe d'internes tu fais la même chose !

P : non, oui oui enfin...

MA : quand je sais pas la collusion de l'anonymat et que c'est un cas de collusion de l'anonymat tu dis bah voilà nous on appelle ça la collusion de l'anonymat par exemple.

P : oui mais on a moins besoin d'intervenir dans les groupes d'internes, enfin moi je...

MA : il y a une autre spécificité que j'ai trouvée c'était comme ils sont pas forcément en relation permanent avec le malade ce qui est intéressant c'est comme t'as raconté l'histoire du chef qui a refusé d'opérer un terroriste, celui qui raconte ça, il n'est pas ni en lien avec le malade ni même en lien avec le...

P : le chef.

MA : voilà, donc c'est comme si c'était différé, et je me souviens de deux cas.

ME : ça leur a permis de délier par contre...

MA : donc ça ça n'arrive pas dans les groupes d'internes, ça arrive que dans les groupes d'externes, où ils sont comme ricochet ricochet ricochet, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas en direct. Il y en a même une qui a parlé de la relation médecin-malade de son co-externe. Parce que son co-externe il s'intéressait au malade et « je sais pas comment il faisait ! moi ça m'aurait intéressé de m'intéresser au malade mais je sais pas comment faire mais mon co-externe il le fait bien ». Donc c'était drôle que cette externe raconte l'histoire de sa co-externe. Et ça faudrait peut-être accepter *inaudible*

ME : préserver leur pudeur dans un premier temps.

P : oui oui.

Eric : et puis *inaudible*

F : je pense qu'en effet... je vais laisser la parole à ME avant de...

ME : ça leur permet de mettre en mot leur ressenti finalement parce que celle-ci a forcément des ressentis mais elle n'a pas les mots pour mettre dessus et parler de l'autre ça permet de voir un petit peu, de mieux se situer après en fait.

MA : donc on a moins la relation médecin-malade, externe-malade que dans le service comment ça se passe, pourquoi, c'est pas les mêmes interrogations.

F : oui on balaye beaucoup plus large parce que en effet il y a l'environnement, il y a le service, il y a la relation avec le chef de service ou avec l'interne, on va beaucoup plus loin dans l'environnement qui les interpelle d'avantage, et c'est vrai qu'à la fin ils commencent à s'intéresser, à élargir leur relation au patient en prenant l'habitude de s'interroger eux-mêmes sur l'histoire du patient ou son inscription dans la vie alors qu'au début il a juste un, il a une tranche d'âge, il a pas de profession, on sait pas d'où il sort, il est complètement isolé, en effet on a l'impression d'élargir un peu et on élargit ce qu'il se passe par rapport au patient à ce qu'il se passe par rapport au collègue, à la hiérarchie et au service.

Eric : ce qui est intéressant c'est que quand tu dis élargir, c'est à la fois pour eux élargir c'est se rappeler que le patient il est aussi dans le circuit, alors ils sont plutôt autour, ils vont plutôt de l'extérieur vers le patient que du patient vers l'extérieur quoi. Ça c'est intéressant je trouve comme notion tout à fait. Donc si on remettait ça là, vous avez fait plusieurs... déjà le temps, une heure et demi c'est bien ça va ? Ou c'est trop court trop long ça va ? Une heure et demi, 10-12 ou c'était un peu trop ?

MA : non mais 10-12 c'est bien.

Eric : c'est bien ? C'est pas trop de monde ?

P : 15 c'est trop !

ME : 10-12 c'est bien.

Eric : 10-12, 90 minutes. Certains ont parlé de la fréquence d'une semaine c'était trop court.

ME : alors ça oui.

Eric : c'est trop...

F : certains ont dit à cheval sur... plus, de façon plus espacée et à cheval sur deux services.

Eric : qu'est-ce que vous pensez de ça, c'est peut-être pas mal mais après il faut l'organiser mais dans l'idée ça vous semble mieux que... parce que 3 mois c'est court... ou alors tout à l'heure on parlait avec toi en disant il faut remettre ça un peu plus tard. Peut-être que l'option c'est tu fais un service et puis 6 mois ou un an après tu refais un, une petite série.

P : bah là c'est vrai que par exemple là on a commencé trop tôt quoi par rapport à leur fonction d'externe. Parce que quand ils venaient d'arriver, ils ont pas pris les marques dans le service, je pense que c'est un peu compliqué.

F : bon ils ont apporté des cas de stagiaires.

P : pas toujours... oui au début mais après mais c'est trop tôt quoi.

MA : c'est un petit peu tôt dans leur cursus.

Eric : il faudrait au semestre suivant, au trimestre suivant.

P : trimestre hein.

Eric : oui pas au premier trimestre mais plutôt au deuxième ou au troisième quoi.

P : voilà.

MA : mais pas trop tard non plus parce que sinon on perd...

Eric : ah bah oui.

MA : on perd ce qu'on veut faire.
Eric : finalement pour vous optimal, c'est au deuxième trimestre ?
ME : en deuxième ça serait pas mal.
Eric : plutôt que le premier quoi.
ME : pas en début du stage par contre effectivement pas les quinze premiers jours pour leur laisser le temps d'arriver.
Eric : oui mais si on est au deuxième trimestre on peut commencer au début du stage.
ME : oui mais ils auraient changé de stage entre temps.
MA : ah bah oui.
Eric : alors donc il faut que ce soit sur deux stages, par exemple un stage c'est trois mois.
F : à cheval sur 2 stages.
Eric : si tu fais 15 jours au maximum t'as 6 séances si tu veux commencer, disons ça fait. Tu peux avoir trois séances par stage, pour un stage, et puis après le stage suivant ou deux stages plus loin trois séances avec la même équipe. Ça ça peut être pas mal ça...
Ensemble : oui.
MA : mais toutes les semaines enfin moi j'ai comparé avec Bichat parce que Bichat ils étaient en vacances, Cochin ils n'étaient pas en vacances et bah j'ai eu l'impression qu'il a fallu que je recommence que tout ce qui avait été fait avant les vacances était perdu.
Eric : « ah bah moi je croyais que c'était les vacances j'ai j'ai... »
F : moi j'ai pas eu cette impression du tout. Le break de 15 jours n'a pas semblé rompre la dynamique du groupe !
P : pas trop mais on a quand même été déçu parce qu'on s'était dit en 15 jours il va se passer des choses et en fait pfff... pas plus que en une semaine.
Eric : d'accord. Mais plutôt 15 jours qu'une semaine c'est-à-dire là c'était un changement de rythme mais le rythme de 15 jours c'est peut-être un peu long non dans la... non ?
MA : je suis pas d'accord.
Eric : vous pensez que c'est mieux 15 jours ?
MA : une semaine.
Eric : ah une semaine c'est plus intensif quoi.
MA : bah oui.
F : ah enfin je ne sais pas ça dépend des groupes. Parce qu'à Cochin ils étaient, ils trouvaient que c'était « encore ? Encore ? Oh non c'est trop long ! »
MA : toutes les semaines ils ont bien travaillé, ça permettait... c'est eux qui pensaient aux suites de cas, c'est eux qui pensaient à se demander même « alors ton malade ? »
P : pour revenir à un groupe Balint tu bosses pas toutes les semaines donc...
Eric : Balint c'est toutes les semaines. Non tous les 15 jours, c'est plutôt tous les 15 jours oui.
MA : c'est toutes les semaines Balint lui-même, Mickael.
Eric : oui Mickael !
MA : Mickael il faisait toutes les semaines !
rires
MA : qu'on ne puisse pas dans... mais pour l'étude c'est intéressant.
Eric : oui mais là on oublie l'étude, maintenant on se dit c'est ça serait quoi le dispositif optimal ?
F : je pense tous les 15 jours ça nous inscrit dans une plus longue durée et peut-être que ça les amène à ce qu'ils intègrent cette dimension de la relation davantage dans leur cursus plutôt qu'un truc intensif comme un certificat, « PAF on fait groupe Balint bon machin allez hop on passe à autre chose c'est fait. » tandis que si on s'inscrit dans quelque chose qui dure un peu plus longtemps avec des stages différents avec des, une hiérarchie différente, des patients différents. Moi j'ai l'impression qu'on s'inscrit plus dans quelque chose qui s'intégrerait dans leur mental.
Eric : leur mode de fonctionnement.
MA : oui mais ça serait vrai s'ils voyaient et qu'ils revoyaient les patients, toute façon les patients ils les revoient pas.
F : oui d'accord mais quand même.
P : à mon avis ça permet de ne pas trop forcer les résistances non plus.
F : oui.
P : parce que si tu l'attrapes toutes les semaines...
F : même là aller voir toutes les semaines si il y a un turnover tous les 5 jours ou tous les 3 jours...
Eric : parce qu'après peut-être que tous les 15 jours c'est un peu long et ça met pas dans l'ambiance puisque déjà ça fait pas parti de leur vie. L'idée qu'il y ait au moins au début un truc intensif ça intègre mieux.
F : dans ce cas-là il faudrait pas que ça s'arrête. Si il y a un truc intensif au début, il faudrait que après il y ait une continuité à un rythme plus lent.
Eric : ah bah ça c'est...
MA : là c'est...
F : bah oui c'est autre chose.
Eric : après il y a aussi la...
MA : c'est le Balint à la fac.
Eric : si déjà...
F : oui oui bah oui mais...
Eric : si déjà on veut le rendre obligatoire, vous vous rendez compte que là vous avez fait donc mais c'est beaucoup beaucoup de travail quoi il faut plein d'animateurs, parce que c'est des promotions énormes hein donc même si disons que l'obligation serait pertinente on a pas les moyens humains je crois de l'assumer !
F : moi je reste sur un rythme d'un, d'une quinzaine de jours !
ME : tous les 15 jours c'est raisonnable, c'est plus proche que un mois, ça leur permet de voir des patients de tourner, voir d'autres choses que le même patient.
F : et idéalement à cheval sur 2 services.
ME : il y a un item que vous avez pas abordé alors je ne sais pas si ça existe autant dans les autres facs c'est celui du patient de la même nationalité qui parle un français approximatif donc tu sers d'interprète, tu n'es que soignant.
F : ah oui.
ME : et il y a des transferts massifs et quelques fois des transferts amoureux hein. Je me rappelle il y a une patiente qui a raconté, un SDF, quand elle l'a accompagné faire des examens, il disait « oui j'aimerais bien épouser une femme discrète, intellectuelle... »

rires

ME : et ils décrivent des situations comme ça où ils sont pris comme ça dans un transfert ouais dans quelque chose ou de d'une proximité de quelqu'un de la personne qui traduit qui lui facilite l'arrivée dans un monde un peu, un peu hostile et il y en a une qui a raconté une histoire comme ça, un histoire un peu plus pervers d'un patient qu'elle examinait qui lui montrait des signes que c'était pas désagréable en disant « ah... »

MA : ça ça arrive à tout le monde hein pas seulement à ceux qui sont, qui parlent pas la langue !

ME : lui il parlait bien français mais il était de la même nationalité et en fait le jour de la visite du chef de service il lui a offert une bouteille de parfum !

Eric : ah !

ME : comme elle était toute gênée, en plus il y a le chef, il y avait tout le monde quoi elle a, elle s'est débrouillée pour faire disparaître la bouteille de parfum dans sa poche, du coup elle a été obligé de l'accepter !

rires

Eric : c'est marrant ça !

ME : et le chef de service n'a pas réagi, il ne l'a pas protégée, il n'a pas dit « attendez ici on est... » Voilà.

MA : est-ce qu'on va entendre le son de la voix de notre...

Eric : alors Mathilde, Mathilde alors vas-y !

Mathilde : alors sur le...

Eric : elle a pas assisté aux cours.

Mathilde : j'ai assisté à un cours avec MA, le tout premier.

Eric : tu étais là au premier groupe Balint ? Non...

Mathilde : si le premier !

MA : ah oui c'est vrai !

Mathilde : oui oui !

Eric : au premier groupe que t'as fait ? Ah d'accord, bah vas-y alors dis-nous qu'est-ce que...

Mathilde : alors moi j'avais trouvé que bah après c'était le premier groupe moi je, ce qui m'avait un peu frappée c'est que j'avais trouvé beaucoup qu'il y avait pas mal de plaintes de « je me plains de ma vie d'externe » et de « mes chefs sont pas gentils » « j'ai pas une place facile » enfin j'ai trouvé que du coup qu'ils parlaient pas beaucoup de la relation avec les patients mais beaucoup plus de « le chef m'a dit de faire ci » après ça c'est, s'était la première séance, je suppose que c'est normal. Qu'il fallait qu'ils prennent leurs marques.

MA : c'est-à-dire les faire venir vers le malade.

Mathilde : oui.

MA : mais comme je disais tout à l'heure c'est à travers la position de quelqu'un d'autre, à travers le chef qui a fait ça et qui aurait pas dû faire ça parce que l'externe qui est pas d'accord ou qui aurait pas dû faire ça. Enfin lui il n'aurait pas fait ça et qu'il se mette comme si, oui c'est la première fois où ça a commencé par « moi je ne suis pas médecin » vous étiez là quand ?

Mathilde : oui j'étais là exactement. Et puis il y avait des gens assez fermés j'ai trouvé...

MA : oui oui c'était le groupe le plus fermé.

Mathilde : il y en avait un.

MA : qui est resté le plus fermé.

Mathilde : même physiquement, ils étaient comme ça et ils étaient les bras croisés et...

MA : il y en a un qui jouait avec son pied.

Mathilde : ça c'est Mandy qui me l'a dit, j'avais pas remarqué mais...

MA : non mais elle l'avait vu et du coup on mettait le micro loin, parce que le micro était là et puis pendant un cours elle a entendu les glissements sur toute la bande*rires*

ME : ça voulait peut-être dire quelque chose d'ailleurs hein.

Eric : bon écoutez-moi je trouve que c'est, je vous remercie vraiment beaucoup c'est vachement intéressant. Alors on va enregistrer ça, enfin c'est enregistré, on va essayer de saisir, peut-être pas tout mais au moins les idées fortes. Comme j'ai compris que vous étiez des gens intelligents, motivés etc.

rires

Eric : vous avez déjà écrit des choses sur internet, moi j'ai tout corrigé, vous avez peut-être suivi de loin mais je vais tout vous envoyer tout comme ça vous aurez le doc écrit quoi. Mais si vous voulez en rajouter une couche c'est-à-dire à l'issue de ce qu'on a dit là peut-être en rentrant vous vous dites « tiens finalement moi ce que je retiens ça ça », déjà c'est très riche ce qu'on a dit, ne vous privez pas comme ça on fera profiter les autres animateurs, on a sollicité il y a J et M qui a envoyé des trucs je sais pas si vous avez lu donc je pense que si

MA : on a mis répondre à tous hein !

Eric : non mais moi j'ai eu quelque chose, j'ai reçu un texte donc je vous récapitulerai tout ça quoi ce que je voulais dire...

MA : et F tu as eu la demande de... initiale de C ? Parce que moi quand j'ai fait « répondre à tous » ce matin pour relister les thèmes j'ai eu un message d'erreur pour toi alors que j'ai pas mis ton mail à toi, j'ai fait simplement « répondre à tous. »

Eric : moi je vais, regardez, je vais mettre sur un seul fichier, je vais mettre sur un seul fichier tout ce qui a été envoyé. Peut-être avant de faire ça, si là en rentrant, d'ici, dans les jours, vous avez envie d'écrire des choses complémentaires parce que vous avez dit. Parce qu'on dit des choses après on récapitule donc c'est vraiment précieux je trouve, moi, c'est vachement intéressant quoi et une fois que j'ai ça je vous envoie à tous comme ça on l'aura tous et on verra comment organiser donc. A priori c'est Mandy qui va travailler ces matériaux quoi.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bouldouyre-Magnier AM, Druais PL, Galam E, Gallais JL, Gervais Y, Gros F, Lepez C, Renault JF, Velluet L. Pédagogie de la Relation Thérapeutique en Médecine Générale [Internet]. [cited 2016 Jun 13]. Available from: <http://www.sftg.net/Relation%20th%8Erapeutique.html>
2. Salomé J. Pour ne plus vivre sur la planète TAIRE.
3. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot. 1996. (Bibliothèque Scientifique Payot).
4. Begot MP. Perception de la formation à la relation médecin-patient à travers la pratique de groupes Balint chez les internes de médecine générale de la région centre. [Thèse d'Exercice]. [Tours]: Université François-Rabelais; 2012.
5. Rampillon R. Dire ou écrire: quels apports pédagogiques dans la formation en médecine générale?: étude qualitative auprès de médecins généralistes pratiquant des groupes de parole d'inspiration psychanalytique avec présentation écrite et/ou orale de cas. 2011. 488 p.
6. Gourrin E. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale. Etude qualitative par entretien semi-directif [Thèse d'Exercice]. [Bordeaux]; 2014.
7. Marin E. Enseigner l'empathie en médecine? Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques [Thèse d'Exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2011.
8. Mahood SC. Formation médicale. Can Fam Physician. 2011 Sep;57(9):e313–5.
9. Eikeland H-L, Ørnes K, Finset A, Pedersen R. The physician's role and empathy – a qualitative study of third year medical students. BMC Med Educ. 2014 Aug 9;14:165.
10. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. BMJ. 2004 Oct 2;329(7469):770–3.
11. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestiaux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg [Internet]. 2002 [cited 2016 Jun 13]; Available from: http://dmgp13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
12. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.
13. Iezzoni LI, Ramanan RA, Lee S. Teaching Medical Students about Communicating with Patients with Major Mental Illness. J Gen Intern Med. 2006 Oct;21(10):1112–5.

14. Galam É. Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. *Presse Médicale*. 2014 Apr;43(4, Part 1):358–62.
15. De l'Einfühlung à l'empathie, par Maurice Elie - Temporel.fr [Internet]. [cited 2016 Jun 13]. Available from: <http://temporel.fr/De-l-Einfuehlung-a-l-empathie-par>
16. Galam É. Carl Rogers : une approche centrée sur la personne. *Medecine*. 2014 Nov;
17. Buffel du Vaure C. Déterminants de l'empathie clinique des Médecins Généralistes et de leur pratique [Thèse d'Exercice]. Université Paris Descartes; 2012.
18. Compassion ou Empathie. Atelier Français de Médecine Générale; 2010 Oct. Report No.: 56.
19. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry*. 2002 Sep 1;159(9):1563–9.
20. Stepien KA, Baernstein A. Educating for Empathy. *J Gen Intern Med*. 2006 May;21(5):524–30.
21. Decety J. The Neurodevelopment of Empathy in Humans. *Dev Neurosci*. 2010 Dec;32(4):257–67.
22. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2011 Aug;86(8):996–1009.
23. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. 2004 Sep;38(9):934–41.
24. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2009 Sep;84(9):1182–91.
25. Polomeni A. Les groupes Balint à l'ère de la "surmédicalisation de l'existence." *Rev Médecine*. 2016 février;12(2).
26. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013 Jan;63(606):e76–84.
27. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents. *J Gen Intern Med*. 2005 Jul;20(7):559–64.
28. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. *J Gen Intern Med*. 2007 Feb;22(2):177–83.

29. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ* [Internet]. 2014 Oct 14 [cited 2016 Jun 13];14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4201694/>
30. LEMOGNE C. L'empathie en médecine, nécessaire mais non dénuée de risque. *Rev Prat.* :1027–30.
31. Marot M-L. Facteurs prédictifs d'empathie chez les internes en médecine générale [Thèse d'Exercice]. [Dijon]: Paris Descartes; 2015.
32. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof.* 2004 Sep;27(3):237–51.
33. Satterfield JM, Hughes E. Emotion skills training for medical students: a systematic review. *Med Educ.* 2007 Oct;41(10):935–41.
34. Lucet C. Influence du stage chez le médecin généraliste sur l'empathie des externes [Thèse d'Exercice]. Paris Descartes; 2015.
35. Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ.* 2007 Jul 25;7:24.
36. Chen JY, Chin WY, Fung CSC, Wong CKH, Tsang JPY. Assessing medical student empathy in a family medicine clinical test: validity of the CARE measure. *Med Educ Online* [Internet]. 2015 Jul 7 [cited 2016 Jun 13];20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4495620/>
37. Laurent-Chatelain C. Michael Balint Le renouveau de l'Ecole de Budapest » Société Psychanalytique de Paris [Internet]. [cited 2016 Jun 16]. Available from: http://www.spp.asso.fr/wp/?publication_cdl=michael-balint-le-renouveau-de-lecole-de-budapest
38. Société Médicale Balint France. Le groupe Balint [Internet]. [cited 2016 Jun 16]. Available from: <http://www.balint-smb-france.org/pages/les-actions-de-nom-structure.html>
39. Montecot C. Expérience d'analyse des pratiques, de type Balint dans un groupe d'externes de médecine générale : vers une élaboration psychique [Thèse d'Exercice]. Faculté de Médecine d'Angers; 2011.
40. Rushforth HE. Objective structured clinical examination (OSCE): review of literature and implications for nursing education. *Nurse Educ Today.* 2007;27(5):481–490.
41. Kjeldmand D, Holmström I. Difficulties in Balint groups: a qualitative study of leaders' experiences. *Br J Gen Pract.* 2010 Nov 1;60(580):808–14.
42. Galam É, Multon R. Désaccords entre internes de médecine générale et seniors sur les soins aux patients. Gestion et impacts sur le hidden curriculum. Étude qualitative de 37 situations en Île-de-France. *Presse Médicale.* 2016 Mar;45(3):e39–50.

43. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med PEHM*. 2008 Mar 12;3:10.
44. Osmond L. Une formation à la relation médecin malade : pourquoi ? comment ? [Internet]. [Caen]: UFR de médecine de Caen; 2007. Available from: www.balint-smb-france.org/medias/files/3osmontthese-1.rtf
45. Galam É. L'erreur médicale, le burnout et le soignant. *springer*; 2011. 327 p.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse
Université Paris Diderot

Le Professeur

AUBIN-AUGER

Date 30/6/2016

Isabelle AUBIN-AUGER

Coordinatrice du Département

de médecine Générale

de l'Université Paris Diderot

16 Rue Henri Huchard

75890 PARIS Cedex 18

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

université
PARIS DIDEROT
PARIS 7
UFR DE MEDECINE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

université
PARIS DIDEROT
PARIS 7
UFR DE MEDECINE
Philippe RUSZNIEWSKI