

Année 2016

n° \_\_\_\_\_

**THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**ROGER Julie  
Née le 26 février 1987 à Fougères (35)**

\_\_\_\_\_

*Présentée et soutenue publiquement le : 13 octobre 2016*

\_\_\_\_\_

**L'annonce d'une mauvaise nouvelle : analyse des traces  
d'apprentissage produites par les internes du département de  
médecine générale Paris Diderot.**

Président de thèse : Professeur BUDOWSKI Max

Directeur de thèse : Professeur GALAM Eric

**DES de Médecine Générale**

# Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble des membres de mon jury d'avoir accepté d'évaluer mon travail de thèse. Merci à monsieur le Professeur Budowski qui me fait l'honneur de présider ce jury. Merci à messieurs les Professeurs lung et Ou d'avoir examiné mon travail et d'être présents le jour de la soutenance.

Un grand merci au Professeur Galam, mon directeur de thèse, pour ses conseils, sa disponibilité, et sa patience. J'ai trouvé nos échanges enrichissants et constructifs. Vous m'avez guidée et encouragée, tout en me laissant beaucoup d'autonomie. Je vous souhaite bonne continuation pour tous vos projets, et dans votre activité.

Je remercie Mme Lecoy pour sa gentillesse, sa disponibilité et sa patience.

Je tiens également à remercier les docteurs Da Cunha et Loscheider, pour leurs précieux conseils pendant mes stages. Vous m'avez transmis la rigueur, la curiosité, l'écoute, et la volonté de faire au mieux dans notre pratique quotidienne.

A ma mère et ma sœur, qui m'ont soutenue pendant toutes ces années, qui ont été présentes dans les moments difficiles, comme dans les moments de joie.

A mes amies, qui ont égayé toutes ces années d'études et de travail. Je remercie Elise, qui travaille avec moi, me soutient et m'encourage sans relâche depuis de nombreux mois. Je remercie Aude, qui me transmet son énergie depuis le début de notre rencontre, et sans qui ce travail n'aurait jamais pu prendre forme. A Macha et Léna, qui m'encouragent régulièrement. A Clémentine, qui m'a apporté une aide précieuse dans la réalisation de cette thèse.

A mes co-internes, avec qui j'ai partagé de nombreuses émotions pendant trois ans, et dont certains sont devenus des amis.

A Eder, qui a traversé les années d'étude et les années d'internat avec moi, qui m'a donné la force de continuer et de me dépasser, qui fait ressortir le meilleur de moi-même.

A Emma, ma joie de vivre.

# Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>2</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>3</b>
<b>Liste des abréviations :</b> .....	<b>6</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>8</b>
I. L'annonce d'une mauvaise nouvelle .....	8
II. Un peu d'histoire et de philosophie .....	18
III. Les Récits de Situations Complexes Authentiques (RSCA) .....	22
<b>Méthode</b> .....	<b>31</b>
<b>Résultats</b> .....	<b>33</b>
I. Analyse quantitative .....	33
A. Structure des traces .....	33
1) Nombre moyen de mots .....	34
2) Titre .....	35
3) Introduction .....	35
4) Récit .....	35
5) Problématique.....	35
6) Analyse théorique .....	35
7) Conclusion .....	36
8) Bibliographie .....	36
B. Lieu .....	37
C. Les patients.....	39
D. Le semestre de l'interne .....	40
E. Les Pathologies.....	40
F. Auteur de l'annonce.....	41
G. Intervenants .....	42
II. Analyse qualitative .....	42
A. Des récits douloureux.....	42
B. Un mélange de sentiments.....	43

1) Sentiments négatifs .....	43
• Les difficultés émotionnelles.....	43
• La sensation d'échec.....	44
• Le doute, l'hésitation.....	44
• La culpabilité.....	45
• L'impuissance.....	45
• La peur .....	46
• La solitude .....	47
• Attachement au patient.....	47
2) Les sentiments positifs.....	48
• Satisfaction.....	48
3) Les difficultés rencontrées .....	49
• Difficultés d'acceptation par le médecin .....	49
• Difficulté à ne pas pouvoir dire la vérité .....	49
• Manque d'expérience .....	50
• Phénomène d'identification .....	51
• Devoir se « blinder émotionnellement » .....	52
4) Les aspirations.....	53
• Volonté d'être honnête .....	53
• La fuite.....	53
C. Des internes non préparés .....	54
D. Des chefs pas toujours bienveillants.....	55
E. Un besoin d'en parler.....	56
F. Des situations particulières.....	57
G. Impact sur le patient.....	58
1) Réaction du patient lui-même.....	58
2) Réaction de la famille du patient .....	59
H. La bibliographie.....	60
<b>Discussion.....</b>	<b>62</b>
I. Limites et points forts de l'étude .....	62
A. Les limites .....	62
B. Les points forts.....	62

II. Résultats et comparaison avec la littérature .....	63
A. Les structures des traces .....	63
B. La mauvaise nouvelle.....	65
C. Des situations douloureuses .....	66
D. Difficultés d'acceptation.....	67
E. Se « blinder » émotionnellement .....	67
F. La formation .....	68
<b>Conclusion .....</b>	<b>70</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>72</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>75</b>
Annexe 1 : Tableaux récapitulatifs .....	75
Annexe 2 : Distribution du volume de mots dans les traces d'apprentissage analysées. Valeurs détaillées.....	94
<b>Résumé.....</b>	<b>96</b>
<b>Permis d'imprimer.....</b>	<b>97</b>

## Liste des abréviations :

ACFA	Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire
ADO	Antidiabétiques Oraux
AEG	Altération de l'Etat Général
AOMI	Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
ASH	Agent de Service Hospitalier
ATCD	Antécédents
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVP	Accident de la Voie Publique
BPCO	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CASO	Centre d'Accueil et de Soins d'Orientation
CHC	Carcinome Hépatocellulaire
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
DES	Diplôme d'Etudes Supérieures
DMG	Département de Médecine Générale
DNID	Diabète Non Insulino-Dépendant
EBM	<i>Evidence Based Medicine</i>
ECOS	Examen Clinique à Objectifs Structurés
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patients Santé et Territoires
HTA	Hypertension Artérielle
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IV	Intraveineuse
LMC	Leucémie Myéloïde Chronique
MDS	Maître De Stage

MI	Membre Inférieur
MS	Membre Supérieur
MT	Médecin Traitant
OMI	Œdèmes des membres Inférieurs
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PA	Paquets Années
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RSCA	Récit de Situations Complexes Authentiques
SA	Semaines d'Aménorrhée
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WONCA	<i>World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians</i>

# Introduction

Annoncer une mauvaise nouvelle est probablement l'une des choses les plus difficiles à faire pour un médecin. Cela ne fait très certainement pas partie des raisons initiales qui l'ont poussé à faire ce métier. Idéalement, nous devenons médecin pour soigner, guérir, aider les patients, les accompagner dans la lutte contre une maladie. Nous ne devenons pas médecin pour être celui ou celle qui leur en fera la première annonce, surtout si elle est grave. Pourtant, chaque médecin sera confronté à cette épreuve dans sa carrière, qu'il soit médecin généraliste, chirurgien ou autre, cela fait partie intégrante de notre rôle de soignant. Le médecin généraliste ayant une importante activité de dépistage et de suivi, est souvent confronté à ce type de situation, et le fait qu'il soit proche de ses patients, qu'il aura vu vieillir et évoluer, rend souvent l'annonce encore plus difficile. Pourtant, comme le souligne la Haute Autorité de Santé (HAS) (1), c'est une « étape majeure dans la relation avec le patient », et la qualité de l'annonce joue un rôle déterminant dans la suite de la prise en charge.

D'après Buckman (2), une mauvaise nouvelle est une « nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son être et de son devenir ». Une des difficultés réside dans le fait que la notion de mauvaise nouvelle est subjective, le patient et le soignant n'ayant pas toujours la même représentation de la maladie, et de son atteinte sur la qualité de vie. Cela peut amener le soignant à minimiser l'impact sur son patient, et donc à « rater » son annonce.

## I. L'annonce d'une mauvaise nouvelle

Dans toute la littérature, une phrase qui résume très bien la situation revient souvent. Elle fut initialement écrite en 2004 (3), puis reprise par la HAS en 2008 : « il n'existe



pas de bonnes façons d'annoncer une mauvaise nouvelle, mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres ». Plusieurs groupes d'études se sont donc intéressés au sujet, pour essayer d'établir un « guide » ou un « plan d'annonce » à suivre par le soignant de manière générale, et bien sûr à adapter à chaque patient et à la pathologie qui le concerne. Ainsi en 2005, Kaplan (4) rédige un protocole d'annonce appelé « SPIKES », dont les principaux items sont chronologiquement présentés comme tel : le respect du cadre de l'annonce, l'évaluation de la perception de la maladie par le patient, la nécessité de s'enquérir des informations qui intéressent le patient et de celles qu'il est prêt à entendre, les formalités de l'annonce en elle-même (c'est à dire le style de langage et la façon de s'adresser au patient), le respect de la phase de réaction du patient, d'expression de ses émotions et de ses questions, puis l'intérêt de finir par un court résumé de la situation exposant la stratégie de prise en charge. Dans le même esprit, la HAS a édité en 2008 un outil d'aide à la pratique qui se nomme « Annoncer une mauvaise nouvelle » (1), et qui développe les questions que doivent se poser les soignants avant de faire une annonce.

Pour la HAS, l'annonce a un « effet fondateur de la relation médecin-malade ». L'annonce est certes difficile à entendre par le patient qui reçoit l'information, mais également difficile à vivre pour le soignant qui doit livrer cette information. Le soignant doit constamment s'adapter aux réactions du patient, afin d'adapter en temps réel la façon dont il délivre l'information : « L'important c'est ce qui est compris, pas ce qui est dit ».

Plusieurs études, anciennes, concernant ce que le patient retient d'une consultation ont été réalisées. En 1986, Tuckett (5) effectue une étude sur 474 patients, et obtient les résultats suivants : 36% des patients auxquels un diagnostic ou une explication de leur maladie a été donné n'ont pas souvenir de ce que le médecin leur a dit, n'ont

pas compris ses explications, ou n'ont pas compris l'intérêt de ses explications. Par ailleurs, 30% des informations données sur le traitement, et 42% de celles communiquées à des fins préventives n'ont pas été comprises. Pour 50% des consultations, les patients sont incapables de donner les points essentiels de leur diagnostic, du traitement qui leur a été prescrit, ou des conseils de prévention qui leur ont été donnés.

Pour pouvoir adapter son annonce à chaque patient, il est nécessaire pour le soignant de se préparer à l'annonce en se posant quelques questions, concernant le patient bien sûr, mais également soi-même. Il doit principalement se poser la question de sa propre représentation de la maladie pour ne pas transmettre ses propres peurs, angoisses, ou mêmes espérances au patient. Il doit être conscient de ses propres sentiments, afin de délivrer une information plus neutre au patient, puis tenter de connaître à travers le dialogue, les connaissances et représentations du patient sur la pathologie concernée. Ainsi, il pourra répondre de manière plus adaptée aux attentes de son patient, et ne pas lui attribuer des pensées ou émotions qui finalement seraient les siennes.

D'après la HAS, le professionnel de santé peut se retrouver face à plusieurs sentiments lors de l'annonce :

- La peur de la maladie et la mort
- La peur d'être désapprouvé
- La peur de faire mal
- Le sentiment d'impuissance, le renoncement, l'acceptation de ses limites
- Le sentiment de culpabilité
- La peur de ne pas être à la hauteur
- La peur des réactions émotionnelles

Ainsi, les professionnels peuvent également mettre en place des mécanismes de défense, qui, s'ils ne sont pas identifiés avant l'annonce, pourraient être délétères pour le patient :

- L'identification projective : mécanisme le plus fréquemment utilisé qui vise à attribuer à l'autre ses propres sentiments, réactions, pensées ou émotions. Il permet au soignant de se donner l'illusion qu'il sait ce qui est bon pour le patient.
- La rationalisation : discours hermétique et incompréhensible pour le patient. Il induit un échange sans réel dialogue avec le patient.
- La fausse réassurance : le soignant va optimiser les résultats médicaux en entretenant un espoir artificiel chez le patient.
- La fuite en avant : le soignant, soumis à une angoisse imminente, ne trouve pas de solution d'attente et se libère de son savoir, « il dit tout, tout de suite, et se décharge de son fardeau. ».
- La banalisation : le soignant se focalise sur la maladie, et met totalement de côté la souffrance psychique du patient.
- Le mensonge : il a pour objectif de « préserver » le patient. En réalité, il préserve le médecin (et parfois la famille du malade), de la réaction du patient, telle qu'il l'imagine ou la redoute.

Chaque soignant reconnaîtra ces mécanismes de défense, et les aura probablement déjà utilisés sans même s'en rendre compte dans sa pratique quotidienne, à part peut-être le mensonge.

L'« identification projective » est un processus presque « normal » pour un médecin, dont le rôle principal tous les jours est de guider le patient, le traiter, le conseiller, car il sait ce qui est bon pour sa santé, et par conséquent ce qui est bon « pour lui ». Mais lorsqu' il ne s'agit plus de guider le patient sain pour qu'il reste sain, mais que le

patient doit faire face à une maladie, qui le touche lui, et non son docteur, à laquelle il va devoir faire face et avoir la force de lutter, la relation est différente. Chacun lutte avec ses propres armes, et le médecin doit avoir identifié celles de son patient pour pouvoir espérer le guider.

La « rationalisation » est utilisée quand un patient demande à son médecin des informations claires et réelles sur une pathologie potentielle, ou lorsque que le médecin veut informer un patient sans influencer son choix. Mais le risque, lorsqu'on ne veut pas influencer son patient, c'est d'avoir un discours très professoral et médicalisé, auquel le patient n'adhérerait pas.

La « fausse réassurance » est un autre mécanisme presque « naturel » chez un médecin attaché à son patient. Il est tenté de vouloir lui donner de l'espoir, pour diminuer sa peine, pour ne pas qu'il s'effondre devant lui dans son cabinet, pour qu'il ait envie de lutter et qu'il adhère aux thérapeutiques. Mais attention à ne pas empêcher le patient de se préparer psychologiquement au pire.

La « fuite en avant » est une façon de délivrer l'information sans s'impliquer sur le plan émotionnel. Mais le patient ne peut plus trier la surcharge d'information, et aucun message n'est finalement délivré.

La « banalisation » est probablement un mécanisme très utilisé dans la pratique quotidienne des médecins. Le médecin a un avis sur ce qui est important ou pas sur le plan de la santé, santé qu'il prône et qui passe avant tout pour lui. Ceci peut l'entraîner à minimiser l'impact de certains aspects de la maladie ou du traitement, sur la qualité de vie du patient.

En ce qui concerne le mensonge, les médecins apprennent tout au long de leurs études à ne pas mentir à leurs patients, donc la plupart des soignants évitent d'en arriver là. Mais qui n'a jamais menti à un patient au moins par omission ?

Ce sont donc des mécanismes que les soignants utilisent de façon quotidienne, sans même s'en apercevoir, et qui sont amplifiés lorsqu'ils se retrouvent dans une situation d'annonce de « mauvaise nouvelle ».

Le patient va lui aussi développer des mécanismes de défense, que le médecin doit connaître pour ne pas être déstabilisé, pour ne pas avoir l'impression que son annonce a échoué. Le médecin doit les reconnaître et les respecter, pour protéger son patient de traumatismes psychiques :

- L'isolation : la charge affective se trouve séparée de la représentation à laquelle elle était rattachée.
- Le déplacement : la charge affective est déplacée d'une représentation sur une autre, généralement moins menaçante. Il faut savoir écouter pleinement sans émettre de jugement hâtif. Le médecin doit rester vigilant à ce que le patient évoque, même si cela lui paraît n'avoir aucun rapport avec l'objet de l'entretien.
- La projection agressive : l'angoisse se trouve projetée sous forme d'agressivité sur l'entourage, souvent le médecin ou l'équipe soignante. Il est nécessaire dans de pareilles situations très difficiles pour les soignants, d'essayer de ne pas se sentir personnellement mis en cause.
- La régression : elle permet au patient de ne plus avoir à assumer les événements, mais de les laisser à la charge de l'autre. Dans ce cas précis, il serait très anxiogène de mettre le proche à l'écart, et obliger le patient à affronter seul les événements qui le concernent.
- Le déni : le patient se comporte comme si rien ne lui avait été dit. Le déni se met en place face à une angoisse massive que le patient est incapable de

traiter, il est généralement partiel et transitoire. Il est nécessaire de laisser alors un peu de temps au patient.

C'est en identifiant et en reconnaissant ces mécanismes que le médecin peut s'adapter et délivrer une information adaptée. Pour cela il doit veiller à poser des questions ouvertes, qui permettent au patient de s'exprimer.

Ainsi, si un patient parle de sa maladie sans affect (isolation), cela ne veut pas dire qu'il est prêt à tout entendre, et qu'il faut lui délivrer une information complète au premier rendez vous. Celle-ci doit toujours être délivrée de façon progressive.

Par ailleurs, si le patient compare sa maladie actuelle à un évènement antérieur qui n'a pas de rapport évident (déplacement), il faut le laisser s'exprimer et le suivre dans sa comparaison.

Si celui-ci n'arrive à pas à poser de questions ni à prendre des décisions, et qu'il passe toujours par un tiers pour cela (régression), il faut accepter la présence de ce tiers.

Le patient peut aussi développer un comportement agressif. C'est un moyen d'exprimer sa colère contre ce qui lui arrive, il faut donc essayer de se contenir et la tolérer.

Enfin, celui-ci peut également passer par une phase de déni qu'il faut absolument respecter. Il ne faut en aucun cas le forcer à entendre des informations qu'il ne serait pas prêt à entendre. Le soignant doit s'efforcer d'accompagner le patient dans l'acheminement vers l'acceptation de la maladie.

Ces différentes étapes font écho aux cinq étapes du deuil décrites par Elisabeth Kübler Ross (6) :

- Déni
- Colère

- Marchandage : la situation est acceptée, mais la personne tente de gagner du temps. Elle peut ainsi prier, promettre, en échange d'une prolongation de la vie.
- Dépression
- Acceptation

En ayant pleine conscience de tout ceci, le professionnel de santé peut ensuite se poser des questions utiles pour organiser son entretien, et savoir quelle information délivrer. Il doit s'informer sur la maladie et les différentes prises en charge thérapeutiques possibles, ainsi que sur les conditions familiales et sociales du patient, afin de lui proposer un projet thérapeutique adapté.

En 2011, la HAS a élaboré un guide intitulé « Annonce d'un dommage associé aux soins » (7) où l'on retrouve évidemment la notion d'annonce de mauvaise nouvelle, et plus précisément d'une mauvaise nouvelle due à une erreur intervenant dans le processus de soins, donc potentiellement évitable. Il en ressort le principe fondamental de préparation de l'entretien. Le médecin doit réfléchir à ce que l'erreur entraîne pour le patient, à quel point l'erreur le touche lui-même, à sa propre culpabilité, pour pouvoir gérer ses émotions lors de l'annonce. C'est au médecin responsable du patient de l'appeler pour organiser un rendez-vous pendant lequel il délivrera une information complète, n'essaiera pas de cacher des éléments, et reconnaitra le dommage subi. Le médecin fera preuve de sincérité et d'empathie, et abordera la suite de la prise en charge pour en « atténuer les conséquences ».

Le cheminement jusqu'à l'annonce d'un dommage associé aux soins est donc le même que celui de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, mais plus orienté vers les

notions de responsabilité et de soutien. D'ailleurs, le docteur Galam définit le concept d' « écoute active » qui reprend les différentes étapes de l'annonce :

- Se poser des questions sur soi-même pour « travailler ses ressources et ses fragilités ».
- Des conseils relationnels sur la communication non verbale, l'assise, le lieu de l'annonce ».
- La phase d'écoute active en elle-même, qui donne la parole au patient, sans le couper, tout en lui faisant des « accusés de réception » verbaux ou non, afin qu'il se sente entendu, sans poser de question ni chercher à se justifier.
- Puis clore la rencontre en « s'efforçant de récapituler et donner des perspectives », et en se rendant disponible à tout moment pour le patient.

Dans les deux guides de la HAS sont également précisées les conditions idéales pour faire une annonce :

- Rendez-vous si possible, organisé sans mise en scène excessive pour éviter de majorer l'angoisse.
- Dans un délai acceptable en tenant compte du fait que, si parfois la prise en charge médicale n'est pas une urgence, celle de la détresse psychique peut l'être.
- Pas trop loin dans le temps.
- Proposer au patient, s'il le souhaite, d'être accompagné d'un proche.
- Lieu dédié mais non spécifique : salle de consultation, chambre sans voisin.
- Environnement calme : pas de téléphone, pas de dérangement lors de l'entretien.
- Laisser au patient le choix d'être seul ou accompagné (professionnel de santé et/ou proche du patient).



- S'asseoir pour parler, face à face.
- Prendre le temps : entretien spécifiquement consacré à une discussion.

Bien sûr, ceci est à adapter aux conditions dans lesquelles le professionnel de santé travaille, l'objectif étant de s'y approcher au maximum.

Enfin, la HAS a également rédigé des recommandations de bonne pratique sur la « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé » en 2012 (8). L'information délivrée au patient doit être « synthétique, hiérarchisée, compréhensible par la personne, et personnalisée ». Il faut lui « présenter, quand elles existent, les alternatives possibles ; présenter les bénéfices attendus des actes ou soins envisagés, puis leurs inconvénients et leurs risques éventuels. ».

« L'information porte sur les risques fréquents et, pour les risques normalement prévisibles, sur les risques graves, c'est-à-dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou fonctionnel. L'information porte également sur les risques spécifiques à la personne, et les précautions particulières à prendre pour les éviter. Au cours de cette démarche, le professionnel de santé s'assure que la personne a compris l'information qui lui a été délivrée, par exemple en lui demandant de dire ce qu'elle a compris. Le professionnel de santé indique la proposition qui a sa préférence, en expliquant ses raisons. Il invite la personne à s'exprimer et à poser des questions sur les informations données. Il lui propose de revenir pour un autre entretien dans le cas où elle se poserait des questions nouvelles. Il lui propose également, si nécessaire, de recourir à un second avis ». Il s'agit donc toujours de poser des questions ouvertes, et de demander au patient de résumer ce qu'il a compris, afin de s'assurer que le message voulu a bien été délivré. Il est par ailleurs précisé, que l'information orale est primordiale, et qu'elle peut être complétée par des documents écrits.

Une étude menée en Angleterre par Brown VA *et al.* (9), cherchait à connaître les préférences des patients en ce qui concerne la façon d'annoncer une mauvaise nouvelle. Les résultats mettaient en évidence une volonté des patients de collaborer avec le médecin dans la prise de décision, et les patients insatisfaits de l'annonce trouvaient le médecin trop pessimiste, ou peu sympathique.

Une étude menée par Liénard A *et al.* (10), avait pour objectif d'évaluer la possibilité d'améliorer les capacités d'annonce de mauvaises nouvelles des médecins, grâce à des tests de simulation. Le travail s'est révélé concluant, car les médecins qui s'étaient entraînés utilisaient plus de questions ouvertes, et faisaient preuve de plus d'empathie.

Les étudiants en médecine sont confrontés assez rapidement dans leur cursus à cette épreuve, dès les premiers stages d'internat, alors que la plupart cherchent encore leur place entre l'ancien étudiant à la faculté et le futur médecin installé. Pendant la formation à la faculté, il y a des cours d'éthique, dont certains sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle, qui reprennent essentiellement le contenu du guide de la HAS. Mais il n'y a pas, ou peu, de formation pratique. L'équipe de Wittman E *et al.* (11) a mené une étude auprès de cent jeunes docteurs et de cent patients, sur les items qui leurs semblaient importants dans l'annonce d'un cancer. Les résultats mettaient en évidence une divergence importante entre l'avis des patients et celui des jeunes docteurs, qui avaient pourtant reçu une formation pratique, que vingt d'entre eux jugeaient cependant inadaptée.

## **II. Un peu d'histoire et de philosophie**

L'annonce d'une mauvaise nouvelle fait partie intégrante de notre métier. Il y a quelques siècles c'était l'essence même de ce métier. Les gens allaient voir le médecin exclusivement quand ils étaient gravement malades, pour se faire

« soigner », les notions de prévention et de suivi n'existant pas à l'époque. Et c'est souvent le médecin qui venait à eux pour leur annoncer la maladie au pied du lit. Le médecin, dont la connaissance était « toute puissante » et non contestable, venait examiner le patient, et annoncer de façon très professorale le diagnostic et la suite de la prise en charge. D'après Hoerni (12), depuis l'antiquité le médecin est considéré comme un « oiseau de mauvaise augure ». Il a d'ailleurs longtemps fait partie des « trois robes noires » à côté du juge et du confesseur. Dans son article, Hoerni reprend la mythologie et la naissance d'Esculape, dieu de la médecine, enfant d'Apollon et d'une mortelle Coronis, qui de peur de se faire abandonner par le dieu décida de se marier avec un mortel, et de lui cacher la grossesse. La naissance de l'enfant fût rapportée à Apollon par un corbeau, et de colère celui-ci changea le plumage blanc et argent de l'oiseau en noir, et fit tuer la mère. L'enfant, Esculape, fût épargné et devint dieu de la médecine. Il cite ensuite Pascal, pour qui « dire la vérité est utile à qui on la dit, mais désavantageux à ceux qui la disent car ils se font haïr ». Alors qu'en est-il de la délivrance de l'information au patient à travers l'histoire ?

Hoerni (12) cite le premier code de l'American Medical Association de 1847, dans lequel il serait écrit que: «La vie d'une personne malade peut être raccourcie par les actes, mais aussi par les mots ou le comportement du médecin. C'est donc un devoir sacré pour lui d'être prudent sur ce point ».

La relation médecin-malade a beaucoup évolué, et deux modèles s'opposent : anciennement le modèle paternaliste, et aujourd'hui le modèle autonomiste. La philosophe Suzanne Rameix (13) a d'ailleurs travaillé sur ce sujet. Elle cite des ouvrages d'éthique de 1950 où il était écrit que : « Tout patient est, et doit être pour lui (le médecin), comme un enfant à apprivoiser non certes à tromper ; un enfant à consoler, non pas à abuser; un enfant à sauver, ou simplement à guérir ». Elle les met en opposition avec des extraits de la loi du 4 mars 2002 (14) : « Toute personne

prend, avec le personnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé [...] Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix [...] Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111, ou la famille, ou, à défaut, un de ses proches, ait été consulté. ». Dans la première citation, le patient est considéré comme un enfant, vulnérable, que le médecin bienveillant doit protéger. C'est l'essence même du modèle paternaliste. La volonté de protéger le patient amène le médecin à cacher certains éléments péjoratifs.

De nombreuses études ont été menées, et les résultats sont le reflet de l'évolution des pensées. En 1953, Fitts (15) rapporte que 69% des médecins n'informent jamais leurs patients de la gravité de leur maladie. Une étude similaire effectuée par Friedman (16) en 1970, fait apparaître que les médecins dissimulant toujours la vérité ne sont plus que 9%. Neuf ans plus tard, dans l'étude de Novack *et al.* (17), 97% des médecins informent leurs patients d'un diagnostic de cancer.

Depuis la loi du 4 mars 2002 (14), le patient est au centre des décisions. Le médecin doit respecter sa volonté, doit lui délivrer une information complète et loyale, et recueillir son consentement éclairé avant de débiter ou non les soins : c'est le modèle autonomiste. Ces principes sont repris dans le Code de déontologie médicale (18) :

- Article 6 : Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit.

- Article 34 (*article R.4127-34 du code de la santé publique*) : Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage, et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.
- Article 35 (*article R.4127-35 du code de la santé publique*) : Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications, et veille à leur compréhension. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception, ou si le malade a préalablement interdit cette révélation, ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

De nos jours, le patient est plus exigeant envers son médecin, et a le droit et la possibilité de changer de médecin quand il le souhaite. Cependant, la « séparation est souvent mal vécue par le praticien, qui peut se sentir désavoué et en souffrir » comme l'écrit Hoerni dans son article intitulé « Ruptures » (19). La « fidélité des patients contribue à leur assurance, à leur estime de soi, à leur bien être. L'abandon d'un malade les dévalue, leur fait craindre qu'ils ne soient pas à la hauteur de ce qu'on attend d'eux, les rend tristes, les inquiète. ». Il va même plus loin en écrivant : « Quelles que soient les recommandations pour respecter «la bonne distance», ils s'attachent tant à certains d'entre-eux, qu'ils ont appris à connaître intimement, que le détachement leur sera douloureux ». L'annonce d'une mauvaise nouvelle est un moment fragile dans la relation médecin-malade, facteur favorisant parfois la rupture. Il n'est d'ailleurs pas rare que les patients se tournent vers un autre médecin, ou vers le spécialiste, juste après l'annonce, et reviennent vers leur médecin traitant lorsque l'acheminement vers l'acceptation de la maladie est fait. Le médecin attaché à son

patient est d'autant plus touché par la séparation dans de telles circonstances. Depuis la nuit des temps, le médecin doit donc endosser le rôle difficile « d'oiseau de mauvaise augure », et doit s'efforcer de le faire au mieux pour le patient, et pour lui-même. Et si le secret et l'omission étaient les principes fondamentaux il y a quelques années, la loyauté et la vérité les ont aujourd'hui remplacés, ce qui rend la tâche plus difficile.

### **III. Les Récits de Situations Complexes Authentiques (RSCA)**

Pendant le troisième cycle des études de médecine générale, les étudiants doivent valider un certain nombre d'heures d'enseignement, et rédiger des travaux centrés sur leur pratique de jeune docteur. Pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale, la coordination Ile de France, en accord avec les orientations nationales, a choisi le modèle d'apprentissage dans une logique de compétences comme référence théorique, scientifique et pédagogique. Ce modèle met l'accent sur celui qui apprend (apprentissage), plutôt que sur celui qui enseigne (modèle classique). Ces compétences concourent à la réalisation des rôles que la société attend du médecin généraliste, tels que définis dans la loi HPST (« Hôpital, patients, santé et territoires ») du 21 juillet 2009 (20).

En 2002, la WONCA (World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) (21) a su impliquer les différentes structures européennes de médecine générale pour valider une définition consensuelle de la médecine générale, publiée avec l'assistance et la coopération du bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette définition contient 11 notions qui sont les suivantes :

- Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité 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 avec les autres professionnels de 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 sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence, et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé, par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

D'après la WONCA, ces onze caractéristiques qui définissent la médecine générale peuvent être regroupées en six compétences, que le médecin généraliste doit avoir acquis :

1. La gestion des soins de santé primaires
2. Les soins centrés sur la personne
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
4. L'approche globale
5. L'orientation communautaire.
6. L'adoption d'un modèle holistique

En 2006, le groupe Certification du Collège national des Généralistes Enseignants (CNGE) (22), en s'appuyant sur la WONCA et sur le travail de leur groupe, propose trois types de compétences :

- Des compétences génériques
- Des compétences décisionnelles spécifiques
- Des compétences en rapport avec l'activité professionnelle

**Les compétences génériques** sont définies comme telles :

- Gérer le premier contact avec les patients.
- Prendre en charge des problèmes de santé de premiers recours non sélectionnés.
- Coordonner la prise en charge du patient avec les professionnels de santé, afin de fournir des soins efficaces et appropriés
- Respecter la loi et le code de déontologie.
- Assurer la continuité des soins dans la durée, selon les besoins du patient, en équilibre avec les ressources disponibles et les contraintes, tout en assumant un rôle de défenseur du patient si cela est nécessaire



- Privilégier le modèle biopsychosocial qui prend en considération les dimensions culturelles et existentielles

**Les compétences spécifiques décisionnelles** sont les suivantes :

L'aptitude à la résolution de problèmes :

- Développer un processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Utiliser le temps comme outil décisionnel et tolérer (intégrer) l'incertitude dans la décision.
- Gérer des situations au stade précoce et indifférencié d'une part, au stade avancé voire "terminal" d'autre part.
- Prendre des décisions qui intègrent les principes de données actuelles de la science adaptées aux besoins du patient dans son contexte (Evidence based medicine).
- Intervenir dans l'urgence si nécessaire, c'est-à-dire gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et les plus graves en soins primaires, et exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours.

Les soins centrés sur la personne :

- Adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient.
- Créer une relation adaptée entre le médecin et le patient, en respectant son autonomie

L'approche globale (prévention, dépistage, soins curatifs et palliatifs, réadaptation) :

- Gérer simultanément des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient.
- Eduquer le patient à la gestion de sa santé et de ses maladies
- Articuler et assurer dans la pratique l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage, les soins y compris palliatifs et de réadaptation.

#### L'orientation communautaire :

- Prendre en compte le fonctionnement du système de soins, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement.
- Intégrer les logiques de santé individuelle et de santé publique dans la décision.
- Entreprendre et participer à des actions de dépistage individuel et de dépistage de masse organisé.

**Les compétences en rapport avec l'activité professionnelle** sont les suivantes :

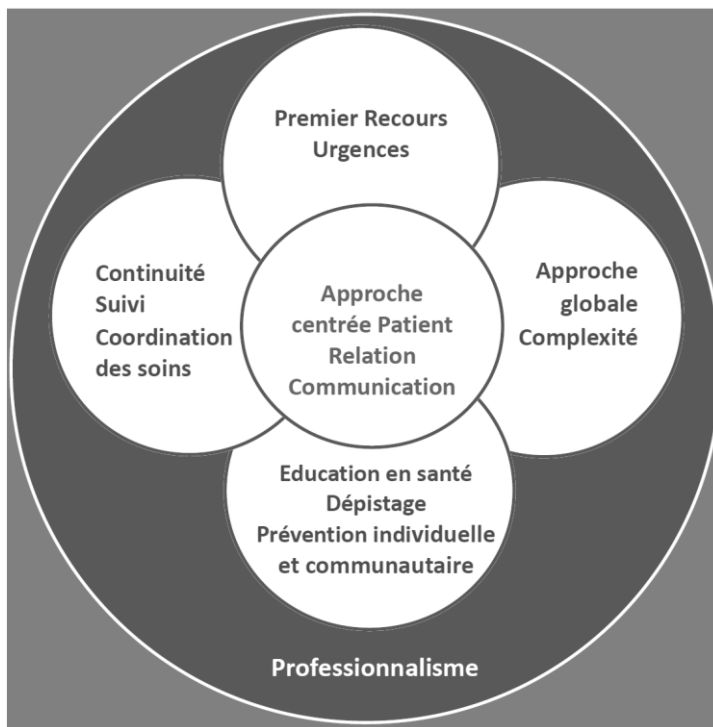
#### Se préparer à son exercice professionnel :

- Organiser le temps de travail de façon à préserver sa capacité de travail et d'investissement.
- Adapter le lieu et les conditions d'exercice à ses besoins, désirs et capacités, et aux nécessités du système dans une démarche qualité : exercice en commun, hygiène, maintenance.
- Gérer l'outil de travail et les ressources humaines selon les modalités de l'exercice.

#### Actualiser et développer ses compétences :

- Adopter une attitude critique envers ses savoirs, basée sur la recherche.
- Maintenir et améliorer ses compétences par une formation médicale continue validée.
- Evaluer sa pratique professionnelle.

En 2013, un groupe d'expert a redéfini les compétences de médecine générale, pour aboutir à six compétences génériques et transversales, illustrées par la marguerite ci-dessous. Ce document a été réalisé par la mission "Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé" au ministère de la Santé, dirigée par le CNGE (23).



**Les six compétences** (illustrées ci-dessus) définies sont donc les suivantes :

- Approche globale, prise en compte de la complexité
- Education, prévention, santé individuelle et communautaire
- Premiers recours, urgences
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- Relation, communication, approche centrée patient
- Professionnalisme

Pour valider le DES de médecine générale de la Faculté Denis Diderot, l'étudiant doit valider onze compétences, à travers des travaux d'apprentissage qu'il aura réalisés lui-même. La production écrite de traces d'apprentissage à partir du travail réalisé

par l'interne est donc à la fois une méthode de formation, et d'évaluation de l'acquisition des compétences de médecine générale.

Les traces d'apprentissage peuvent être de deux types :

- Les traces d'apprentissage cliniques : RSCA ou journal de bord
- Les traces d'apprentissage non cliniques : document d'information au patient, publication, rédaction d'ECOS (Examen Clinique Objectif Structuré).
- Les autres travaux : résumé d'article, présentation en staff.

Le RSCA est l'un des plus complets travaux d'apprentissage pour l'étudiant. Comme le définit le docteur Galam (24), c'est un « récit descriptif et analytique d'une situation professionnelle complexe vécue par l'interne. Il tient compte de la clinique, du contexte, et du vécu des protagonistes. Le récit est complété par une analyse critique de la situation, des questions induites et des réponses apportées. ».

Il suit un plan bien défini par les enseignants de la faculté :

- L'introduction : qui précise le contexte et la raison du choix de ce cas.
- La narration : description des faits, actes et ressentis de l'interne, du patient et des différents protagonistes.
- L'analyse : qui précise les problèmes rencontrés et ce qui aurait pu être fait. Elle fait le point sur l'état de la question (recherche bibliographique et avis éventuels de médecins, autres professionnels de santé ou travailleurs sociaux).
- La conclusion : qui répertorie les solutions apportées et les acquisitions de compétences obtenues, ou à obtenir.
- La bibliographie

La rédaction d'un RSCA nécessite des échanges répétés entre l'interne, son maître de stage (MDS), et son tuteur. Il permet, en général, de valider plusieurs compétences. Il permet à l'interne de faire un état de ses compétences, notamment

sur un problème médical donné, mais aussi et surtout, sur ses capacités à gérer les différents aspects de la relation médecin-malade.

Afin de valider la compétence « Communiquer de façon efficiente avec le patient et / ou son entourage », un grand nombre d'étudiants choisissent d'écrire un RSCA dans lequel ils relatent leur première annonce d'une mauvaise nouvelle médicale, qu'elle soit faite au patient ou à sa famille. En pratique, les étudiants ne suivent pas toujours le modèle établi par la faculté pour rédiger leurs RSCA. Les deux constantes sont la partie descriptive et la recherche, mais les autres sont parfois manquantes. Certains internes racontent même deux situations cliniques. Ce type de trace d'apprentissage attend de l'interne qu'il se livre sur son vécu, ses émotions, ses difficultés, ce qui le rend personnel, et donc parfois difficilement adaptable à un « standard ». C'est d'ailleurs cette particularité qui le rend précieux. La difficulté du travail du tuteur ou du maître de stage, est de guider l'interne vers un modèle d'écriture sans porter atteinte à « la dimension émotionnelle du récit ».

Notre travail s'intéresse à deux aspects : en premier lieu il s'agit d'analyser les difficultés rencontrées par les internes lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, dans le but d'améliorer l'enseignement, et pouvoir leur apporter une aide adaptée. En second lieu, analyser la structure même des travaux établis par les internes, afin de trouver des solutions pour les guider dans l'approfondissement de leur travail d'écriture et de réflexion. Ce travail a par ailleurs été déjà réalisé par d'autres étudiants de la faculté, mais concernant d'autres compétences parmi les onze citées. Sellam (25) a ainsi analysé des traces d'apprentissage concernant le travail au sein d'une équipe de soins, Talbi (26) a analysé celles sur le professionnalisme, et Bismuth (27) s'est intéressé aux RSCA sur la gestion de l'erreur médicale.

**L'objectif principal de ce travail de recherche** est donc l'analyse du vécu des internes lors de leurs premières annonces de mauvaise nouvelle médicale à un

patient ou sa famille. L'objectif secondaire est d'apprécier la pertinence des RSCA pour aider les internes dans leur compétence et leur vécu de l'annonce des mauvaises nouvelles.

# Méthode

Le DMG dispose d'une base de données contenant l'ensemble des traces d'apprentissage rédigées par les internes de médecine générale de la faculté Denis Diderot. Cinquante et une traces ayant le mot clé « annonce d'une mauvaise nouvelle » ont été choisies de manière aléatoire et ont été anonymisées, afin que ni l'auteur ni les différents intervenants ne puissent être identifiés.

La première étape de l'analyse était quantitative. Il s'agissait d'un compte de mot des différents chapitres des RSCA, afin d'étudier les différences de structure selon les auteurs. Nous avons réalisé un tableau à double entrée sur le format Excel en plaçant un numéro de trace sur chaque ligne et chacun des items suivants dans différentes colonnes : numéro de trace, nombre de cas clinique par RSCA, nombre de mots de titre, nombre de mots d'introduction, nombre de mots de narration, nombre de mots de problématique, nombre de mots d'analyse théorique, nombre de mots de conclusion, nombre de mots de références bibliographiques, nombre total de mots. A partir de ce tableau nous avons calculé des pourcentages, afin de déterminer le volume de mots de chaque paragraphe par rapport à l'ensemble des mots du RSCA. Nous avons également réalisé des tableaux Excel pour déterminer des pourcentages pour le sexe et l'âge des patients, ainsi que des distributions de valeurs pour les services hospitaliers et les pathologies.

La deuxième étape de notre étude était qualitative. Elle a consisté en une analyse de chaque trace séparément, avec la constitution pour chacune d'elle d'un document récapitulatif comportant : le lieu du cas clinique, les antécédents du patient, la pathologie annoncée, le contexte, l'auteur de l'annonce, les différents intervenants, l'impact sur l'interne, et l'impact sur le patient ou sa famille. Le but de ces tableaux était de dégager les éléments importants à analyser dans nos résultats. Nous avons

également réalisé un tableau reprenant les items et phrases clés à partir desquels nous avons dégagé les différents sentiments, difficultés et aspirations, qu'avaient ressentis les internes. Tous ces tableaux ont servi de base de travail pour réaliser l'analyse qualitative de notre échantillon de traces.



# Résultats

## I. Analyse quantitative

### A. Structure des traces

Le DMG propose un modèle de RSCA qui suit le plan suivant : titre, introduction, récit, problématique, analyse théorique, conclusion, bibliographie. Cependant ce modèle n'est pas toujours respecté par les étudiants. Nous avons analysé 50 traces sur les 51 prises de façon aléatoire initialement, la trace 48 ne concernant pas l'annonce d'une mauvaise nouvelle mais l'erreur médicale. Dans onze traces sur 50, les paragraphes « problématique » et « analyse théorique » ne sont pas individualisés. Il y a souvent une question, suivie de la recherche théorique qui lui correspond, et le modèle se répète pour chaque question. Pour notre analyse, nous avons donc décidé de compter les mots qui correspondaient aux questionnements des internes parmi ce mélange, et de les intégrer dans la partie « problématique ». La bibliographie est parfois mélangée à la partie théorique et aux problématiques, les étudiants ayant inséré des liens (traces 5, 6, 41), des titres d'articles (trace 49), des citations de texte (trace 36), dans les deux autres paragraphes, ou bien en bas de page (trace 35). De la même façon nous avons compté les mots qui correspondaient à la bibliographie, en l'absence de paragraphe individualisé. Plusieurs RSCA relatent deux situations cliniques : c'est le cas des traces 2, 6, 8, 9, 10, 15, 16, 35. Dans ces traces, l'analyse théorique concerne le plus souvent le deuxième cas clinique. La trace 39, elle, est une trace collective et comporte trois cas cliniques. Il y a donc au total 50 traces analysées mais 60 cas cliniques. Dans les traces 16, 25, 33, 42, la suite de la narration apparaît dans la partie analyse théorique. Dans la trace 18, l'introduction apparaît après le récit. Il y a une trace avec un plan (trace 40), et une

trace dans laquelle les compétences validées sont citées en fin de trace (trace 19). Ces données étant sensées apparaître avant le début du RSCA, nous n'avons pas comptabilisé ces mots. Dans les traces 17 et 41, les remarques des tuteurs apparaissent dans le texte, surlignées ou dans une autre couleur de police. Nous ne les avons pas non plus comptabilisées dans le nombre total de mots. Dans la trace 44, on retrouve un paragraphe nommé « enrichissement » qui semble être une conclusion et qui a été comptabilisé comme tel. La trace 22 ne comporte aucun paragraphe, nous avons dû les définir pour le compte de mots. En ce qui concerne la trace 35, la conclusion est en fait une nouvelle situation clinique dans laquelle l'interne s'est enrichi des connaissances apportées par le RSCA. Enfin dans la trace 28, la narration est écrite sous forme de poème.

## 1) Nombre moyen de mots

Le nombre moyen de mots des RSCA de notre échantillon est de 2779 mots. En grande majorité les internes ont écrit entre 1000 et 3000 mots. Il y a une trace qui fait plus de 6000 mots, et une qui fait moins de 1000 mots.

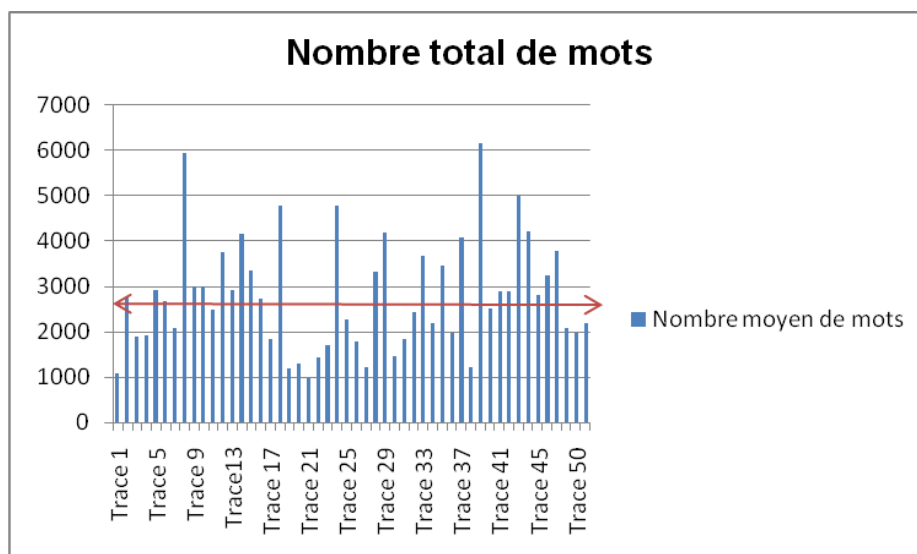


Figure 1 : Nombre total de mots des RSCA

## **2) Titre**

Seules 5 traces sur 50 comportent un titre (traces 13, 19, 26, 36, 49). Celui-ci est souvent très court. Il représente 0.03% du nombre total de mots sur l'ensemble des traces.

## **3) Introduction**

Sept traces comportent une introduction (traces 9, 15, 17, 28, 33, 37, 39). Elle représente 0.35% du nombre total de mots sur l'ensemble des traces.

## **4) Récit**

Il s'agit du deuxième paragraphe le plus conséquent puisqu'il représente 40.18% de l'ensemble des mots de notre échantillon. Comme je l'ai dit précédemment, certains RSCA relatent deux, voire trois situations cliniques.

<b>Numéro de trace</b>	<b>Nombre de mots Cas 1</b>	<b>Nombre de mots Cas 2</b>	<b>Nombre de mots Cas 3</b>
Trace 2	1279	2348	
Trace 6	259	697	
Trace 8	939	887	
Trace 9	552	759	
Trace 10	465	282	
Trace 15	902	394	
Trace 16	829	583	
Trace 35	230	682	
Trace 39	883	1008	2085

Tableau 1 : Nombre de mots par cas cliniques (dans les traces à plusieurs cas)

## **5) Problématique**

Elle représente 4.44% de l'ensemble des mots. Dans 11 RSCA, les différentes questions sont éparpillées dans le paragraphe « analyse théorique ».

## **6) Analyse théorique**

Elle représente le plus gros paragraphe des RSCA, c'est-à-dire 48.43% du nombre total de mots. Il faut tout de même noter que l'analyse ne porte pas toujours

exclusivement sur les difficultés de l'annonce en elle-même, les internes faisant parfois des recherches sur la prise en charge thérapeutique de la pathologie du patient.

## 7) Conclusion

Elle représente 4.45% du nombre total de mots. Elle est absente dans 17 RSCA.

## 8) Bibliographie

Elle représente 2.11% du nombre total de mots, mais est probablement sous estimée. En effet, les internes utilisent de plus en plus internet pour leurs recherches, et les liens hypertextes de type <http://www.exemple.fr/exemple/etc/etc/> sont considérés par le logiciel de traitement de texte comme un seul mot. Il peut s'agir également d'articles, de livres de médecine, d'extraits de textes juridiques ou législatifs, et très souvent de recommandations médicales. Tout comme l'analyse théorique, la bibliographie concerne l'annonce de la mauvaise nouvelle, mais aussi parfois la prise en charge thérapeutique.

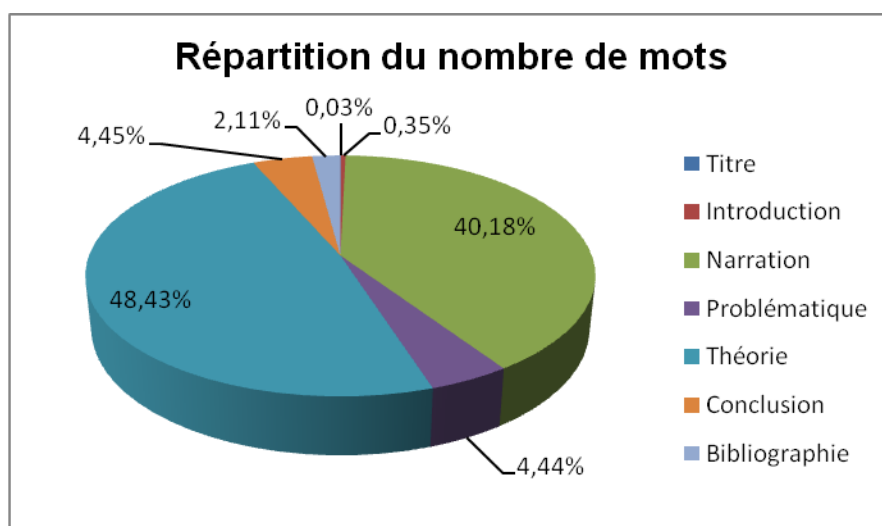


Figure 2 : Répartition du nombre de mots par paragraphe

Nous avons comparé nos résultats avec les trois études faites précédemment pour les étudiants du DMG Paris 7 :

	Roger	Talbi	Bismuth	Sellam
Introduction	0.35%	4.1%	1.45%	4%
Récit	40.2%	27.4%	37.9%	39%
Problématique	4.4%	2%		
Analyse	48.4%	60.6%	51.8%	50%
Conclusion	4.5%	3.6%	4.5%	3.8%
Bibliographie	2.1 %	2.3%		1.4%

Tableau 2 : Comparaison de 4 études analysant la structure des traces

d'apprentissage.

Notre répartition de mots est assez proche de celles de Sellam et Bismuth. La partie « récit » représente 40.18 % du nombre total de mots dans notre étude, contre 39% pour Sellam, 37.9 % pour Bismuth, et seulement 27.4 % pour Talbi. Le thème « annonce d'une mauvaise nouvelle » semble se prêter à la narration de situations cliniques douloureuses et complexes. De la même façon, le paragraphe « problématique » est plus conséquent dans notre étude : 4.44% contre 2% pour Talbi. La partie « analyse théorique » quant à elle, est plus courte : 48.43% versus 50% pour Sellam, 51.8% pour Bismuth et 60.6% pour Talbi. Notre thème semble donc soulever plus de questions aux internes, mais les réponses sont peut être plus difficiles à trouver, ou les références théoriques sont moins abondantes. La bibliographie est similaire à celle de Talbi (2.11% versus 2.3 %), et plus dense que celle de Sellam qui est de 1.4 %. Mais gardons en tête que le compte de mots de la bibliographie est erroné par le logiciel de traitement de texte, et donc moins exploitable.

## **B. Lieu**

La majorité des cas cliniques relatés dans les RSCA ont lieu dans un service hospitalier : 55 sur 60, soit 92%. Les deux principaux secteurs qui donnent lieu à des

situations d'annonce de mauvaises nouvelles sont les Urgences, et les services de Médecine Interne, qui sont souvent des « Unités d'Aval des Urgences ». Il s'agit de services dans lesquels les médecins « débrouillent » la situation, et font un diagnostic, avant que le patient ne soit transféré dans le service de la spécialité qui y correspond.

Lieu	Nombre
Hôpital	55
Cabinet de ville	1
Consultations hospitalières	4

Tableau 3 : Répartition des lieux des cas cliniques de l'ensemble des traces

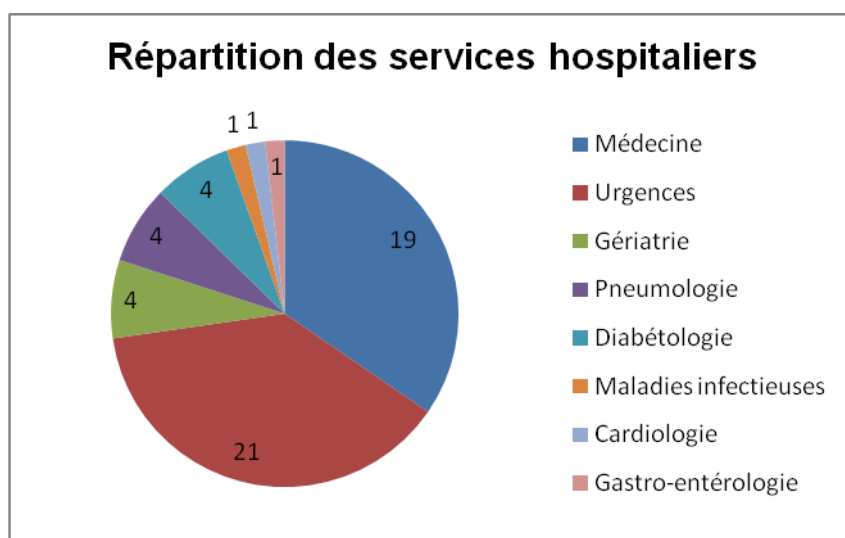


Figure 3 : Répartition des services hospitaliers dans l'ensemble de l'échantillon

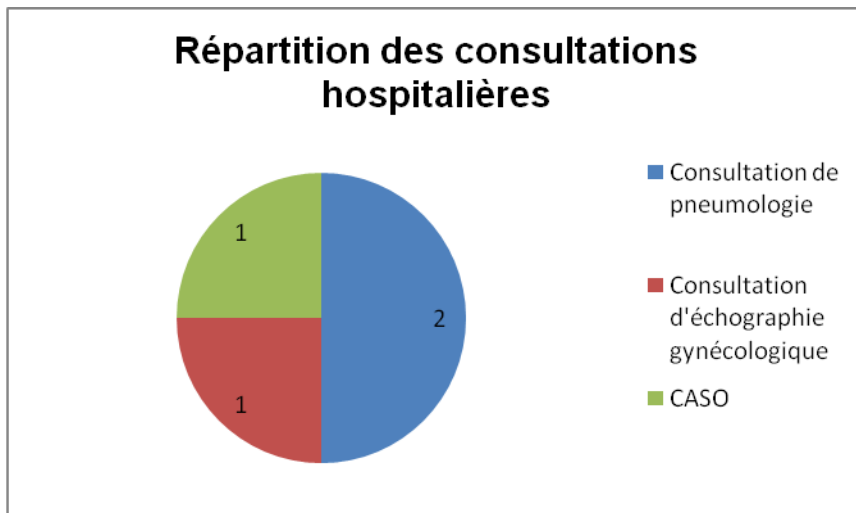


Figure 4 : Répartition des consultations hospitalières dans l'ensemble de l'échantillon

### C. Les patients

La proportion d'hommes est légèrement supérieure à celle de femmes, et il s'agit de patients plutôt âgés. En effet, 60% des patients de l'étude ont plus de soixante ans.

A noter que dans un cas clinique, l'âge du patient n'est pas mentionné.

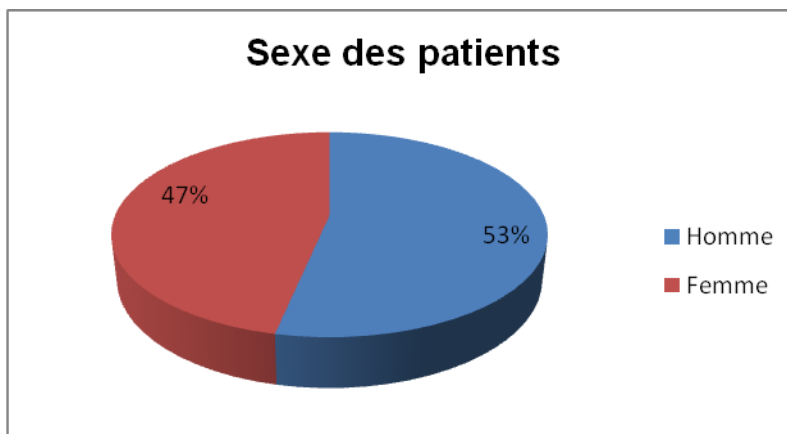


Figure 5 : Répartition du sexe des patients dans l'échantillon

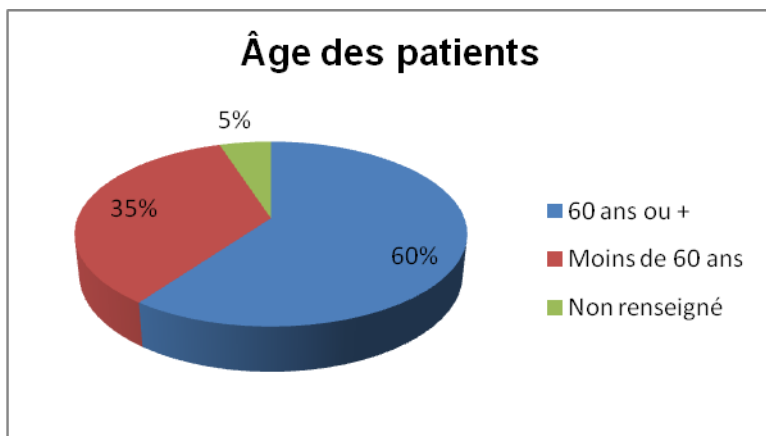


Figure 6 : Répartition de l'âge des patients dans l'échantillon

## D. Le semestre de l'interne

Cette donnée est peu renseignée, elle est en effet omise dans 43 cas cliniques sur 60. Treize cas cliniques sont relatés par des internes de premier semestre, 3 par des internes de deuxième semestre, et 1 par un interne de quatrième semestre. Cela signifie que les internes sont confrontés tôt dans leur exercice à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, et sont peu expérimentés pour la plupart. Cela peut expliquer que leurs premières annonces soient souvent difficiles et marquantes.

Semestre 1	Semestre 2	Semestre 4	Non renseigné
13	3	1	43

Tableau 4 : Répartition du semestre des internes

## E. Les Pathologies

La mauvaise nouvelle à annoncer au patient est en très grande majorité l'annonce d'un cancer, le plus fréquent étant le cancer du poumon (Figure 7 ci-après). Il y a également plusieurs annonces de décès, avec deux contextes différents : d'une part les appels pendant les gardes de nuit pour réaliser les certificats de décès des patients dans les différents services de l'hôpital, d'autre part les patients arrivant



dans un état très grave dans le service, et qui décèdent quelques jours ou semaines plus tard. Dans 5 autres cas, les internes doivent annoncer à la famille d'un patient que leur proche est dans un état grave et qu'il ne bénéficiera pas de réanimation en cas d'aggravation. Il y a 3 cas d'annonce d'infection par le VIH, et 3 cas d'annonce de diabète. On note aussi l'annonce de geste chirurgical à but curatif comme le pontage coronarien, qui pourrait sembler moins dramatique au premier abord, mais qui est suffisamment difficile pour que l'interne ressente le besoin d'en parler dans une trace.

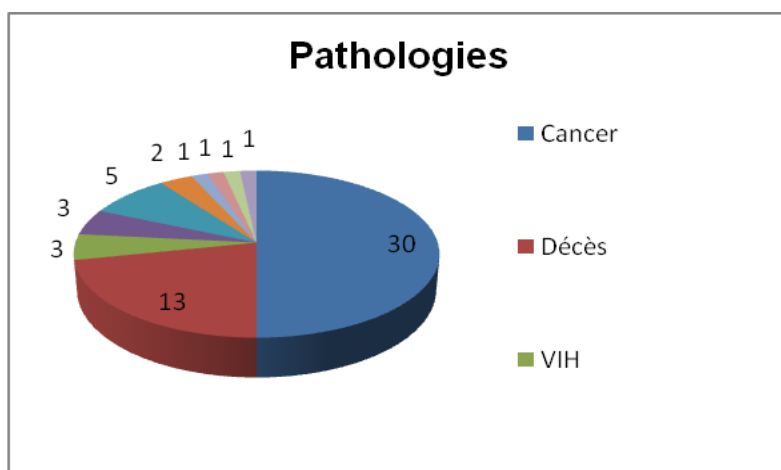


Figure 7 : Répartition des différentes pathologies de l'échantillon

## F. Auteur de l'annonce

Dans 20 traces l'annonce est faite par le chef, l'interne est présent mais spectateur. Dans 5 traces, l'interne dit « nous » quand il raconte l'annonce, le « nous » désignant son chef et lui-même. Il est assez rare en pratique que l'interne prenne la parole quand le chef s'adresse au patient, mais cela peut arriver. Il n'y a malheureusement pas plus de détails pour nous éclairer. Dans une trace, l'annonce est faite par l'oncologue, probablement le plus expérimenté des spécialistes pour l'annonce d'une pathologie cancéreuse (trace 40). Dans 31 traces, l'interne est seul pour annoncer à

un patient qu'il est atteint d'une pathologie grave, ou à une famille qu'un proche est en fin de vie. Certains sont désireux de se « tester », d'autres auraient souhaité être accompagnés par leurs chefs. Dans la trace 21, le chef a refusé d'accompagner son interne, et dans la trace 47 il l'accompagne mais lui laisse faire l'annonce, ce qui est encore plus déstabilisant. Dans la trace 3, l'annonce de la pathologie au patient n'est pas relatée, dans la trace 35 l'annonce avait été faite la veille par le médecin traitant, et dans la trace 31 l'auteur de l'annonce n'est pas renseigné.

## **G. Intervenants**

Les principaux intervenants sont l'interne, le chef directement au dessus de l'interne, l'oncologue quand il s'agit d'une pathologie cancéreuse, le spécialiste de la pathologie quand elle n'est pas cancéreuse, et bien souvent l'équipe mobile de soins palliatifs. Le chef de service peut également intervenir, et fait parfois l'annonce. Les réanimateurs interviennent souvent dans les décisions pour les patients en fin de vie. Les psychiatres et psychologues participent à la prise en charge du patient, et aident parfois l'interne à améliorer le dialogue avec son patient.

## **II. Analyse qualitative**

### **A. Des récits douloureux**

Pour la plupart des internes l'annonce d'une mauvaise nouvelle est un moment douloureux, souvent vécu comme un échec, d'autant qu'il s'agit souvent de la, ou de l'une, de leurs premières annonces de mauvaise nouvelle. Ainsi on peut lire dans la trace 19 : « Mon moral était au plus bas, ce patient était aux urgences depuis le début de la matinée ». Certains internes éprouvent un sentiment profond de culpabilité, qui ne s'efface pas en quittant leur lieu de travail, qui les poursuit parfois une nuit, une

semaine, un mois, ou bien plus. Ainsi on peut lire dans la trace 27 : «j'ai pensé à lui toute la nuit, le lendemain je me précipitais sur un ordinateur pour découvrir que malheureusement, le patient avait été transféré en réanimation à Melun », ou bien dans la trace 29 : « Finalement, 15 jours après le décès, je me suis décidé à en parler avec mon chef qui a suivi tout le dossier [...] Et cette discussion m'a soulagé. Le poids est parti, j'étais finalement convaincu que je ne pouvais rien faire de plus, et que je n'avais pas à me sentir coupable ». Cette expérience est suffisamment douloureuse pour que les internes choisissent de la relater dans un RSCA, dans le but de valider une compétence qui se nomme «communiquer de façon efficiente avec un patient et/ou son entourage» et non « annonce d'une mauvaise nouvelle ». A noter que certains internes, probablement plus confiants en eux, se sentent plutôt fiers de leur annonce, comme c'est le cas dans la trace 19 : « Mon annonce n'a pas été une catastrophe. Je ne pense pas avoir mal fait », ou bien dans la trace 44 : « je fus très émue et contente d'avoir pu l'aider et le rassurer ».

## **B. Un mélange de sentiments**

Dans tous les items que nous avons relevés, nous pouvons établir quatre catégories: de nombreux sentiments à caractères plutôt négatifs, quelques sentiments positifs, de nombreuses difficultés, et quelques aspirations.

### **1) Sentiments négatifs**

- *Les difficultés émotionnelles*

L'annonce d'une mauvaise nouvelle est une expérience éprouvante pour les internes. Elle est aussi émouvante, et les récits de ces situations cliniques reflètent bien la variété et l'intensité des sentiments ressentis. Dans la trace 43, l'interne écrit :

« Je ressors du box dévastée [...] Je sors pleurer », et dans la trace 36 : « je suis submergé par une émotion que jusque-là je n'avais jamais ressentie pour un patient ». Dans la trace 49, on peut lire : « Cette personne initialement dans le déni que j'avais vue la veille m'a semblé très attachante. Il a été difficile pour moi de gérer cette émotion ». Ce sont des récits dans lesquels les internes se mettent à nu et livrent une partie d'eux-mêmes, ce qui fait toute la richesse et l'unicité de ce travail.

- *La sensation d'échec*

La sensation d'échec, la sensation d'avoir « mal fait », est aussi très présente dans les récits. Ainsi dans la trace 13, on peut lire : « un mal-être et un sentiment de mauvaise prise en charge globale de la patiente et de sa famille », ou bien dans la trace 35 : « Tout en parlant, je savais pertinemment que je n'annonçais pas le décès comme il aurait fallu, mais j'étais incapable de faire autrement. » L'échec est encore plus difficile à gérer dans ce métier puisqu'il s'agit de la vie de personnes humaines, et nous savons que l'annonce peut avoir un rôle fondateur dans la suite de la prise en charge.

- *Le doute, l'hésitation*

Le doute est omniprésent dans les récits des internes, qui rappelons-le, sont jeunes et peu expérimentés pour la plupart. Ainsi dans la trace 5, on peut lire : « mais j'ai peur d'en dire trop ou pas assez, de leur donner trop d'espoir ou de les anéantir », et dans la trace 15 : « je ne savais d'ailleurs pas si je devais parler ou la laisser s'exprimer ». Le doute est présent pendant l'annonce, mais aussi après l'annonce. La remise en question est fréquente, comme l'illustrent la trace 29 : « Je sors de la chambre perplexe, me demandant si j'ai bien dit tout ce qu'il faut au patient, s'il a bien compris les enjeux de l'hospitalisation », ou la trace 46 : « Ne l'empêchons-nous

donc pas ainsi de se préparer à la mort, d'exprimer ses dernières volontés ? Est-ce la chose la plus juste à faire ? Avais-je fait les choses correctement ? ». Les internes se retrouvent face à des problématiques auxquelles ils n'ont jamais été confrontés, dans un domaine non régi par la science, dans lequel le doute a toute la place pour s'installer.

- *La culpabilité*

Se sentir coupable d'être la personne qui annonce la mauvaise nouvelle au patient, celle qui rompt à tout jamais son état de santé antérieur, celle que le patient retiendra comme l'auteur du diagnostic...ce sentiment de culpabilité est souvent cité par les internes. Dans la trace 5 il est écrit : « j'en viens à me sentir coupable d'avoir été celle qui lui a dit », et dans la trace 35 : « Je raccroche en me sentant coupable ». Il existe également d'autres formes de culpabilité. Dans la trace 44 par exemple, l'interne se sent coupable de n'avoir pu être honnête avec son patient : « Je m'en voulais de n'avoir rien pu faire, ni pu lui dire tout au long de la semaine ». Cette culpabilité n'est généralement pas justifiée, les internes n'étant pas responsables de la pathologie du patient, ni des obligations légales encadrant son annonce.

Dans la trace 47, l'interne se sent coupable d'avoir heurté ou choqué son patient : « Je vais mourir, c'est ça ? La question vient tellement brutalement, peut-être aussi abruptement que l'annonce que je venais de lui faire ».

- *L'impuissance*

Certaines pathologies sont plus difficiles que d'autres à annoncer par le professionnel de santé, certaines étant curables, d'autres non. Certaines placent le médecin au centre de l'action et de la prise en charge, et lui laissent la possibilité de faire des choix thérapeutiques, d'autres non. Les annonces les plus difficiles sont

celles pour lesquelles le médecin se sent impuissant face à la maladie, pour lesquelles le message d'espoir est difficile à délivrer : « Me voilà un peu démunie, j'ai une patiente qui se dégrade et je ne vois pas ce que je peux faire pour l'aider. » (trace 45). Dans le cas de maladies graves et/ou chroniques, le médecin a parfois envie d'apporter un soutien psychologique à son patient, par lui-même, ou par l'intermédiaire de confrères. Il peut même estimer que c'est un devoir envers son patient, et se sentir impuissant en cas d'échec. C'est ce que ressent l'interne dans la trace 40 : « Je n'arrivais à apporter à Mme L. aucun réconfort, ni sur le plan somatique (je n'arrivais pas à soulager ses nausées), ni sur le plan psychologique. Elle refusait de rencontrer les psychologues et ne se confiait pas à moi. Ce sentiment d'impuissance vis-à-vis de cette patiente était manifeste ».

- *La peur*

L'annonce d'une mauvaise nouvelle est source d'angoisse et de peur pour les internes. Il peut s'agir d'une peur liée à la gestion des relations avec le patient, ou bien de situations cliniques qui réveillent les propres peurs des internes. Ainsi dans la trace 11, on peut lire : « je me suis trouvée confrontée à différents sentiments : la peur de la mort, la peur de faire mal [...] la peur de ne pas être à la hauteur ». L'interne a peur de blesser la famille, mais a également peur de se retrouver face un être inanimé, et face à tout ce que cela peut réveiller en lui. Dans la trace 47, l'interne a peur de la pathologie du patient, et se sent incapable de faire l'annonce seule. Elle craint de transmettre ses propres angoisses au patient : « Ma représentation de cette maladie est tellement négative et chargée d'images terribles, d'angoisses, que je préfère être accompagnée pour l'annonce ».

- *La solitude*

Certains internes se sentent seuls, sans forcément se sentir mal encadrés par leurs chefs. La fonction d'interne nécessite de passer du temps seul avec ses patients, de gérer les traitements et les résultats. Mais elle doit aussi offrir la possibilité de faire un point secondairement avec son chef, pour parler des difficultés rencontrées, médicales comme émotionnelles. En pratique, ce n'est pas toujours le cas. Ce manque d'encadrement est assez fréquent dans les services d'urgences, probablement par manque de temps, mais également dans des services d'hospitalisation traditionnels. Dans la trace 39, il s'agit d'un service de pneumologie : « les internes se sentent très seules. Nous n'avons pas reçu de préparation spécifique par l'équipe du service à notre arrivée, et nous ne bénéficions pas de séances de débriefing après les situations complexes ». Dans la trace 21, le service concerné est la médecine interne : « Je lui demande alors si on va voir maintenant la patiente pour lui donner les résultats et faire l'annonce du diagnostic. A ma grande surprise, il me répond d'y aller seule pendant qu'il termine ce qu'il est en train de faire ».

- *Attachement au patient*

Un sentiment positif à première vue, met l'interne en difficulté lorsqu'il s'agit d'annoncer une mauvaise nouvelle. Cela justifie en partie le fait que le médecin doit être empathique et non sympathique. L'attachement peut se faire au bout de plusieurs jours, lorsque le séjour du patient se prolonge. C'est le cas dans la trace 23 : « Cette patiente est restée longtemps hospitalisée dans le service et je me suis attachée à elle [...] Le décès de cette patiente, qui a été brutal, et l'échec de la RCP m'ont beaucoup touchée », et dans la trace 41 : « Au fil des jours, ce patient que je trouvais « envahissant » au début s'est révélé très attachant ». Il peut également

apparaître dès les premiers jours, comme pour l'interne de la trace 49 : « Cette personne initialement dans le déni, que j'avais vue la veille, m'a semblé très attachante. Il a été difficile pour moi de gérer cette émotion ». Les internes s'attachent parfois à la famille des patients, ce qui peut interférer dans leurs choix thérapeutiques. L'image que la famille renvoie au soignant de lui-même est très importante, et influe sur l'issue positive ou négative de la situation clinique. Dans les cas de décès, toute l'attention du soignant est portée sur la famille. La dimension affective est donc d'autant plus difficile à gérer, lorsque l'on s'est attaché à cette famille. Dans la trace 6, l'interne a voulu s'entretenir personnellement avec la fille de la patiente suite au décès de celle-ci, pour que chacune puisse faire son deuil : « Je pense avoir demandé de m'entretenir avec sa fille, pour elle, mais aussi pour moi, afin de pouvoir exprimer ma compassion et partager mon émotion avec elle, car nous avons été surprises toutes les deux de l'évolution si brutale de la maladie ».

## **2) Les sentiments positifs**

- *Satisfaction*

Ils sont minoritaires, mais fort heureusement certains internes sont satisfaits de leur annonce. Dans la trace 19, l'interne est plutôt satisfait de son premier constat de décès, il pense avoir été correct avec la famille, et pense surtout ne pas avoir commis de grosse erreur : « Mon annonce n'a pas été une catastrophe. Je ne pense pas avoir mal fait ». Dans la trace 44, l'annonce de l'infection par le VIH a été faite par le médecin infectiologue, mais l'interne est secondairement retournée parler à son patient pour qu'il exprime ses craintes et qu'elle y réponde. Cela fut bénéfique pour le patient, l'interne ressent donc de la satisfaction : « Je fus très émue et contente d'avoir pu l'aider et le rassurer ».



### **3) Les difficultés rencontrées**

- *Difficultés d'acceptation par le médecin*

Certains internes sont confrontés pour la première fois aux limites de la médecine. Rappelons qu'il s'agit le plus souvent de jeunes internes, pleins d'espoir, l'espoir de « sauver des vies », de « guérir des patients », mais qui doivent ici faire face à des situations dont l'issue sera fatale. Dans la trace 45, l'interne utilise des mots simples pour exprimer ce qu'elle ressent : « C'est ma première situation d'annonce, la gérer est difficile [...] admettre les limites de la médecine [...]. Je suis surtout en colère contre ce cancer qui a gagné la partie, qui l'aurait gagnée même sans ces imprévus. ». Et comment annoncer au patient les décisions thérapeutiques et l'aider à les accepter, si le soignant lui-même ne les accepte pas ? C'est la question posée dans la trace 42 : « Il a été tout d'abord très difficile pour moi d'accepter la décision de la RCP, car je ne la comprenais pas. Je trouvais cela impossible de ne rien proposer comme prise en charge active, même si nous ne connaissions pas la nature exacte de la tumeur. Cela était difficile pour moi de trouver les arguments justes afin d'expliquer à la famille cette décision collégiale. ». La famille de ce patient n'a d'ailleurs pas accepté la prise en charge palliative.

- *Difficulté à ne pas pouvoir dire la vérité*

Les internes vivent plus ou moins mal le moment de l'annonce de la mauvaise nouvelle, mais les jours précédant cette annonce sont également difficiles à gérer. Ils doivent en effet amener le patient à faire des examens complémentaires pour avoir un diagnostic précis d'une pathologie qu'ils savent déjà grave, mais qu'ils ne peuvent annoncer au patient. En effet, d'un point de vue déontologique et légal, ils doivent attendre d'en avoir la preuve. Pour les pathologies cancéreuses, la preuve est

histologique et nécessite un délai d'une à deux semaines. Dans l'attente des résultats, le patient souffre et s'angoisse, surtout s'il craint une pathologie incurable. Alors comment gérer le mal-être du patient ? Certains internes sont tentés de vouloir rassurer le patient pour le soulager, mais culpabilisent secondairement de lui avoir « menti ». Ainsi dans la trace 5, on peut lire : « mais comment rassurer quand on sait que l'issue n'est pas très gaie ? », et dans la trace 16 : « Je lui ai donc dit que ça ne voulait pas dire qu'il avait le cancer (même si au fond de moi je le pensais fortement) ». D'autres internes veulent préparer leur patient à l'annonce, et ne veulent surtout pas leur mentir. Ils se retrouvent alors bloqués par le devoir d'attendre la preuve diagnostique, comme on peut le lire dans la trace 40 : « D'un point de vue théorique je m'interdisais de lui parler de cancer sans preuve histologique, mais d'un autre côté je me sentais tiraillée ». Cette interne a d'ailleurs décidé d'elle-même de répondre honnêtement aux questions de sa patiente, et cela contre l'avis de sa chef. La patiente lui en a été reconnaissante. La relation d'un patient avec son médecin est différente selon chaque patient, et les internes essaient de trouver un juste milieu entre le cadre légal, et les capacités émotionnelles de leurs patients.

- *Manque d'expérience*

Les internes se sentent limités par leur manque d'expérience. La plupart appréhendent de faire l'annonce, et estiment ne pas avoir les compétences nécessaires, comme dans la trace 47 : « Je ne me sens pas de le faire seule ». Dans la trace 45, l'interne se lance mais se rend compte pendant l'annonce que la théorie est difficile à appliquer : « C'est ma première situation d'annonce, la gérer est difficile, trouver les mots, répondre aux interrogations, admettre les limites de la médecine, laisser les personnes s'exprimer, respecter les silences ». Certains

internes essaient d'acquérir de l'expérience en observant l'attitude des spécialistes, puis en faisant secondairement leur propre auto-critique : « J'étais mal à l'aise avec cette patiente, j'essayais de lui sourire pour lui apporter un peu de réconfort, mais je n'avais pas l'assise neutre et bienveillante que dégagait l'oncologue. Je pense avoir tenté de m'approcher plus de la sympathie que de l'empathie ». D'autres internes ont conscience de leur manque d'expérience, mais cela ne les freinent pas. Ils se lancent, conscients de leurs limites et désireux de s'expérimenter : « j'hésite car c'est une chose que je n'ai jamais faite [...]. Bref, je vais être médecin, j'aurai ce genre de chose à faire par moi-même donc je me lance » (trace 43).

- *Phénomène d'identification*

Les internes éprouvent des difficultés différentes en fonction des situations cliniques. Les plus éprouvantes sont souvent celles dans lesquelles ils s'identifient au patient, sa famille, ou à la pathologie. Ce mécanisme est incontrôlable. Savoir l'identifier est bénéfique pour le soignant qui pourra secondairement s'en détacher. Dans le cas contraire, il risque d'influencer ses décisions thérapeutiques. Ainsi dans la trace 34, l'interne s'identifie à la fille du patient : « Lorsqu'il a parlé de sa fille et qu'il a dit qu'il pensait à elle surtout...cela m'a vraiment touchée... ». Dans la trace 47, l'interne s'identifie à la patiente et sa pathologie, et est anormalement angoissée : « j'imagine la douleur de la patiente... Je me mets à sa place, comment aurais-je réagi ? Je ne veux même pas y penser une seconde... ». Dans la trace 39, les internes analysent leur comportement, et semblent se rendre compte que ce phénomène d'identification ne leur a pas été bénéfique : « Dans ces moments, nous n'avons que très peu de recul et nous nous sommes naturellement identifiées aux patients et à leurs familles. Il était parfois difficile de contenir nos larmes (ce qui nous a valu des reproches et une incompréhension de la part de certains médecins) ».

- *Devoir se « blinder émotionnellement »*

Certains internes éprouvent des difficultés à retenir leurs émotions, leurs larmes. S'ils ont été trop proches des patients ou leurs familles, ils se disent qu'ils doivent prendre du recul et être moins sensibles, comme il est écrit dans la trace 39 : « J'ai fait ce que je pensais être juste sur le moment. J'espère pouvoir me renforcer à l'avenir et acquérir plus de sagesse et de recul dans ces situations ». Cependant, ils ont parfois peur de devenir « insensibles », et de ne plus apporter assez d'attention à leurs patients. Ils craignent de perdre le côté humain de la relation médecin-malade, qui fait la richesse de cette relation, et auquel ils sont souvent attachés. Ainsi dans la trace 21, l'interne écrit : « On dit qu'avec le temps, on se blinde. C'est certainement vrai, mais est-ce toujours une bonne chose ? Le restant du stage, j'ai pris soin de ne plus m'impliquer autant émotionnellement, de mettre une certaine « barrière » entre eux, les patients, et moi, le docteur. Or parfois, en sortant des chambres, je me trouvais trop distante ». Elle se sent obligée de mettre du recul mais n'en est pas fière. Dans la trace 19, l'interne arrive à minimiser l'impact émotionnel des situations cliniques qu'elle rencontre dans sa pratique, mais s'interroge sur le risque de devenir trop « blindée », voire insensible : « Le décalage entre ce que l'on ressent et ce que l'on montre peut s'apparenter à un refoulement [...]. Je repense souvent à ces patients et à ces situations [...]. Elles me semblent toujours irréelles, et bien plus désagréables dans mon souvenir que je n'ai l'impression de les avoir ressenties sur le coup ».

#### **4) Les aspirations**

- *Volonté d'être honnête*

Les internes éprouvent généralement le besoin d'être honnêtes avec leurs patients. On nous apprend tout au long de l'externat que la relation médecin-malade se construit sur une base de confiance, et qu'il faut dire la vérité, tout en la disant de façon très progressive lorsque cela s'avère nécessaire. Nombreux sont les internes qui ont souffert de ne pouvoir annoncer les résultats des examens à leurs patients, dans l'attente de la décision de la RCP. Certains internes ont décidé d'être honnêtes, à l'encontre de l'avis de leurs chefs. Ainsi dans la trace 23, l'interne a préféré annoncer à la fille par téléphone que sa mère était décédée, plutôt que lui dire qu'elle était dans un état grave et lui annoncer secondairement qu'elle était décédée depuis plusieurs heures : « j'ai préféré ne pas mentir à la fille, lui dire tout de suite que sa mère était décédée, mais j'ai essayé de m'assurer qu'elle n'était pas toute seule ». De manière générale, les patients semblent apprécier que leurs médecins soient honnêtes, sous réserve que les informations délivrées ne soient pas brutales : « Elle m'a remercié de mon honnêteté, et à partir de là nos rapports ont été un peu plus simples à gérer pour moi » (trace 40).

- *La fuite*

De manière générale, les internes aimeraient éviter d'être l'auteur(e) de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Ils semblent soulagés lorsque leurs seniors proposent de les accompagner. Certains sont désireux de se tester seuls, mais représentent une très petite minorité dans cet échantillon. Ainsi dans la trace 26, on peut lire : « J'ai laissé mon senior répondre, quelque part soulagée de ne pas être à sa place », ou dans la trace 25 : « je me rends compte que j'aurais préféré ne jamais les voir car il

allait maintenant falloir que quelqu'un l'annonce au patient et à sa famille, et que le quelqu'un en question c'est moi ! ». Cette envie de fuir est également instinctive dans les annonces « ratées », lorsque le malaise entre l'interne et le patient est devenu insoutenable : « La sœur fût d'un secours inespéré dans cette situation en la consolant, me permettant ainsi de me retirer ou, disons-le franchement, de fuir et de les abandonner... » (Trace 22). Ce sentiment est naturel, surtout chez de jeunes internes, et s'atténue avec l'expérience. L'annonce d'une mauvaise nouvelle est une expérience douloureuse, à laquelle ils espèrent pouvoir échapper. Mais comme toute expérience douloureuse, il faut savoir l'appréhender avant de s'y confronter.

### **C. Des internes non préparés**

L'absence de formation, de préparation, de mise en situation, est fréquemment citée. Elle s'explique en partie par le fait que les internes racontent leurs premières annonces, en tant que jeunes semestres pour la plupart. Il n'y a qu'un interne de quatrième semestre dans l'ensemble de notre échantillon. L'expérience est bien sûr un atout irremplaçable, et chaque médecin doit tester ses propres outils de communication pour trouver la façon de communiquer qui lui convient le mieux. Ainsi, on peut lire dans la trace 20 : « Du fait de ma petite expérience en soins palliatifs acquise au cours d'un stage précédent, je n'étais pas angoissée ». Mais l'acquisition de bases théoriques solides est nécessaire au développement d'un savoir-faire pratique. Tout comme nous étudions les pathologies médicales et leurs traitements avant de débiter notre exercice professionnel, il semble logique d'étudier les techniques de communication avec les patients, notamment celles concernant l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Les étudiants bénéficient bien sûr de quelques cours d'éthique sur ce sujet pendant la formation du deuxième cycle, mais ils leur paraissent abstraits à ce moment de la formation. Ainsi, on peut lire dans la trace

36 : « Pendant tout l'externat, on nous parle de l'annonce d'un pronostic grave, on nous explique comment faire, l'item numéro 1...Mais dans un contexte d'urgence, avec un flux permanent, une malade qui s'aggrave [...], toute la théorie vole en éclats.», et dans la trace 43 : « J'essaie de me remémorer mes cours, car le contenu de ce que je dois dire n'est pas très compliqué, ce qui est difficile c'est comment je vais pouvoir le dire. Au calme, dire les choses avec des mots clairs, une attitude empathique, donner du temps, laisser de la place aux questions, évaluer ce que la patiente est prête à entendre ». Les internes souhaiteraient bénéficier d'une formation plus approfondie et plus pratique, qui serait délivrée suffisamment tôt, afin d'être préparés dès le premier stage d'internat.

## **D. Des chefs pas toujours bienveillants...**

Certains chefs acceptent d'accompagner les internes qui ne se sentent pas le courage de faire l'annonce seuls, comme on peut le lire dans la trace 18 : « J'étais tellement peu confiante, que je ne voulais pas que la patiente le voit et panique. J'ai donc demandé à ma chef, Dr D., de venir avec moi, nous avons fait l'annonce dans un box des urgences ». Certains sont joignables en dehors de leurs heures de travail, et prêts à discuter des situations complexes ou douloureuses avec leurs internes, comme dans la trace 29 : « Finalement, 15 jours après le décès, je me suis décidé à en parler avec mon chef qui a suivi tout le dossier, celui que j'ai appelé un dimanche matin à 9h20 alors qu'il n'était pas d'astreinte. ». D'autres chefs, parfois pris par le temps, comme aux urgences, ont refusé d'accompagner leurs internes lors de l'annonce, bien que ceux-ci aient explicitement formulé la demande : « Je décide alors d'informer mon sénior que je n'avais jamais eu l'occasion durant mon externat d'assister à une annonce, et qu'aucune formation ne m'avait été donnée à ce sujet. Ce dernier était surchargé de travail et m'a demandé de m'y rendre seule,

et de me débrouiller sans lui pour cela. » (Trace 11). Une interne a été surprise par le comportement de son chef, qui suite à sa demande est entré dans le bureau avec elle, mais l'a laissée faire l'annonce. Elle s'est sentie d'autant plus mal à l'aise : « J'entre après le docteur L. et la patiente. Je m'attendais, ou tout du moins j'espérais, que le docteur L. s'asseye en face du bureau, qu'il prenne les commandes. Malheureusement, il s'installe sur le côté.[...] Au final, je me sens un peu mal à l'aise en début de consultation avec un médecin expérimenté à mes côtés. J'ai l'impression d'être jugée, de mal faire, de mal choisir mes mots. » (Trace 47). Il y a parfois des désaccords entre l'interne et son chef, qui sont généralement bien vécus par les internes lorsque la discussion est possible et ouverte : « Ma chef n'était pas d'accord avec moi : elle soutenait mordicus que je n'aurais pas dû évoquer le cancer avec elle tant qu'on n'avait pas obtenu de preuve histologique. » (Trace 40). Les situations cliniques sont globalement mieux vécues par les internes lorsqu'ils se sentent encadrés et soutenus par leurs chefs, même en cas d'échec.

## **E. Un besoin d'en parler...**

Les internes recherchent souvent une personne avec qui échanger sur leur expérience de l'annonce. Cette personne peut être un collègue co-interne, un chef bien sûr, mais parfois un oncologue, un membre de l'équipe de soins palliatifs, ou encore un brancardier, comme dans la trace 30 : « Je suis d'ailleurs assez soulagée de pouvoir en parler avec le brancardier, j'ai l'impression qu'il me soutient vue l'annonce que je vais devoir faire... ». Dans la trace 40, l'interne en désaccord avec sa chef, a ressenti le besoin d'en parler avec l'oncologue qui a fait l'annonce à la patiente, et cet échange fût enrichissant : « Je me suis entretenue en tête à tête avec l'oncologue juste après...Il m'a rassurée en me disant que la pratique différait de la



théorie, et que dans ce cas précis j'avais selon lui opté pour une attitude tout à fait adaptée ».

Les internes ressentent parfois le besoin de s'entretenir avec la famille du patient, pour exprimer leur chagrin, leur compassion, et s'assurer qu'ils n'ont pas de question en suspens qui les empêcheraient de faire leur deuil. C'est le cas dans la trace 6 : « Je pense avoir demandé à m'entretenir avec sa fille, pour elle, mais aussi pour moi, afin de pouvoir exprimer ma compassion et partager mon émotion avec elle, car nous avons toutes les deux été surprises de l'évolution si brutale de la maladie ».

## **F. Des situations particulières**

Dans quatre traces, les internes étaient gênés par le fait de devoir faire l'annonce par téléphone, au-delà de faire l'annonce en elle-même. Pendant le deuxième cycle de nos études médicales, on nous apprend l'importance du secret médical, ce qui implique d'éviter au maximum de donner des informations par téléphone, l'identité de l'interlocuteur ne pouvant être vérifiée. Mais le véritable problème de l'annonce par téléphone se pose lorsqu'il s'agit d'annoncer le décès d'un patient à un membre de sa famille. Et les réactions sont différentes selon les internes. En effet dans la trace 9, l'interne ne veut pas annoncer le décès par téléphone, il ne trouve pas cela respectueux : « je pensais qu'annoncer une telle nouvelle par téléphone n'était pas correct vis à vis de la famille. D'habitude, dans les autres services, on appelait en disant aux membres de la famille qu'ils devaient venir rapidement car le patient s'était aggravé ». Dans la trace 23, l'interne préfère être honnête envers la fille et ne pas lui mentir : « j'ai préféré ne pas mentir à la fille, lui dire tout de suite que sa mère était décédée, mais j'ai essayé de m'assurer qu'elle n'était pas seule, qu'elle était entourée, car on ne sait pas comment vont réagir les gens à l'annonce du décès d'un proche, et la situation est d'autant plus difficile quand on l'annonce à distance ».

Dans les 50 traces analysées, il y a une trace collective écrite par deux internes qui ont fait leur stage ensemble, dans le même service de pneumologie. Elles racontent chacune un cas clinique personnel, puis une situation qui les impliquent toutes les deux avec le même patient. Elles ont probablement choisi de l'écrire ensemble car elles ont dû se soutenir mutuellement pendant leur stage : « A l'inverse, les internes se sentent très seules [...] Seules la présence et l'écoute de nos co-internes et de certaines infirmières nous ont permis de tenir le coup, émotionnellement parlant » (trace 39). Enfin, trois traces ne sont pas anonymisées : dans les traces 35 et 51 apparaissent le nom du médecin, et dans la trace 44 apparaît le nom du patient.

## **G. Impact sur le patient**

### **1) Réaction du patient lui-même**

La première réaction est souvent le choc. Il est intense et violent lorsque le patient ne s'attendait pas à l'annonce d'une pathologie grave. Il est tout aussi violent pour les patients qui appréhendaient ce genre de diagnostic, mais essayaient de se rassurer. La réaction à ce choc est majoritairement silencieuse, c'est-à-dire que les patients restent stoïques, ne s'expriment pas, ce qui décontenance souvent l'interne qui se sent obligé de parler pour combler les silences. Ainsi dans la trace 20, on peut lire : « Pendant quelques instants, on se regarde en silence. Ensuite j'essaie de la « rassurer » en disant que différents médecins spécialistes vont la prendre en charge : le pneumologue, le cancérologue ». La réaction est parfois vive, avec des pleurs, des larmes, des patients qui s'effondrent devant un interne qui a instinctivement envie de les rassurer. Dans la trace 15, on découvre un diabète de type I chez une patiente de 68 ans qui se pensait en bonne santé, et qui s'effondre à l'annonce de la nécessité de l'insuline : « Honnêtement, j'aurais dû mourir la semaine

dernière, je ne pourrais pas vivre comme ça, je ne pourrais pas sortir de chez moi, c'est beaucoup trop de contraintes. Si j'avais eu ça enfant encore je m'y serais habituée, mais là, non, pas à mon âge ». Les patients peuvent être aussi dans le déni initialement, ou bien adopter un mécanisme de « déplacement », c'est-à-dire qu'ils centrent leur attention sur un autre problème. Dans la trace 16, la jeune fille est plus angoissée par ses partiels que par l'annonce du diabète, et dans la trace 18, la femme enceinte ne pose aucune question sur les risques pour sa santé, mais uniquement pour celle de l'enfant à naître. Après avoir passé la phase d'acceptation de la maladie, certains patients développent une attitude combattive, alors que d'autres développent un syndrome dépressif avec une attitude complètement passive vis-à-vis de la pathologie, comme c'est le cas dans la trace 20 : « Au décours de l'annonce, l'état clinique du patient s'est très rapidement dégradé avec la forte sensation que celui-ci avait abandonné le combat ».

## **2) Réaction de la famille du patient**

Les membres de la famille du patient sont souvent plus expressifs que le patient lui-même, et sont parfois même « effondrés ». Ils pleurent souvent devant l'équipe médicale, et tentent secondairement de paraître plus forts devant le patient. Les internes sont surpris et encore plus touchés, lorsque les membres de la famille réussissent à surmonter leurs émotions. Ainsi dans la trace 36, on peut lire : « Le courage de ce fils qui comprend qu'on n'ira pas au bout de l'acharnement thérapeutique pour sa mère, associé à ma première annonce d'un pronostic fatal à une famille, le tout dans ce contexte d'urgence, me touche énormément ».

La famille est parfois dans l'incompréhension et adopte une attitude agressive envers l'équipe médicale, ce qui est encore plus douloureux pour les internes. C'est le cas dans la trace 45 : « Son compagnon, sa fille et son fils sont en pleurs, on leur

explique qu'il faut se préparer au fait qu'elle puisse mourir dans la nuit. Sa fille est toujours revendicatrice, elle a toujours espoir qu'il y ait quelque chose de curable à faire.» Le ressentiment de la famille peut influencer l'avis que l'interne se fait de la prise en charge de son patient, et a pour cela une importance majeure.

## H. La bibliographie

Ce paragraphe est plutôt mal présenté dans notre échantillon et parfois absent, ce dont nous discuterons plus loin. Une très grande majorité d'internes a utilisé pour support de recherche les recommandations de l'HAS 2008 sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Elles représentent parfois à elles seules l'ensemble de la bibliographie, et sont parfois complétées par des textes de loi, ou des articles. Neuf traces ne contiennent pas de bibliographie : la trace 1, qui ne contient qu'un récit narratif et aucune problématique ni recherche associée, ainsi que les traces 3, 8, 22, 23, 25, 31, 36, 51 et 44. Dans l'analyse théorique de la trace 8, nous pouvons lire que l'interne s'appuie sur le Plan cancer 2006 et la HAS, mais il n'a pas cité les références bibliographiques en entier. Le problème est identique dans les traces 25 et 51. Dans la trace 22, l'interne parle d'une « récente étude » sans citer ni le titre, ni l'auteur, ni le journal dans lequel elle aurait été publiée. Dans la trace 23, l'interne dit avoir cherché des textes sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle par téléphone, et ne pas avoir trouvé de choses pertinentes. Dans la trace 36, l'interne mélange les problématiques, les références bibliographiques ainsi que les résultats de sa recherche, dans un seul paragraphe nommé « bibliographie ». Dans la trace 3, l'interne cite à la fin du récit narratif, un colloque auquel il aurait assisté. Enfin, dans la trace 31, nous n'avons aucune information sur la provenance des recherches documentaires. La trace 12, elle, comporte une autre spécificité. La bibliographie est présente, mais l'analyse théorique contient une partie nommée « législation » dans

laquelle sont cités des articles du Code de Santé Publique, qui n'apparaissent pas dans la bibliographie.

# Discussion

## I. Limites et points forts de l'étude

### A. Les limites

Le fait qu'il ne s'agisse pas de questionnaires standardisés mais de récits cliniques écrits par les internes est autant une force qu'une limite. En effet, les données à analyser ne sont pas présentes dans tous les RSCA, nous devons parfois les chercher, ou les deviner quand elles ne sont pas renseignées de façon explicite.

Par ailleurs, en ce qui concerne la partie qualitative de notre étude, nous avons parfois dû catégoriser certains sentiments ou idées exprimés par les internes, ce qui implique un biais d'interprétation.

Comme l'avait souligné Bismuth (27), nous ne pouvons certifier l'exactitude des faits relatés par les internes : la mémoire des faits peut ne pas être tout à fait exacte si l'interne les relate quelques semaines plus tard, nous ne pouvons donc exclure un biais de mémorisation. Nous ne pouvons pas non plus certifier que les internes n'aient pas modifié les faits afin d'augmenter la qualité de leurs RSCA. Par ailleurs, le RSCA étant soumis à la validation du tuteur, il n'est pas exclu que les internes aient modifié certains éléments pour répondre aux attentes de celui-ci.

### B. Les points forts

Notre étude est un travail unique, qui analyse le vécu des soignants, et plus précisément de jeunes internes, dans le cadre de l'annonce de mauvaises nouvelles. Contrairement à une étude qualitative typique qui s'appuie sur des questionnaires dirigés, notre étude s'appuie sur l'analyse de RSCA, dans lesquels les internes sont libres de conter l'histoire qu'ils veulent nous raconter, à leur façon, avec une certaine

liberté. Des thèses qualitatives ont déjà été réalisées, notamment des enquêtes auprès de médecins généralistes, comme celle de Vivier en 2013 (28), mais notre travail se voulait plus authentique et plus brut. Il cherche à évaluer l'aide que l'écriture de RSCA peut apporter aux internes dans leur vécu de l'annonce de mauvaises nouvelles, les internes étant plus vulnérables que des médecins généralistes installés, et peut-être plus enclins à la formation et l'apprentissage.

Notre échantillon est composé de 50 RSCA tirés au sort dans la base de données du DMG, parmi les RSCA validant la compétence «communiquer de façon efficiente avec le patient et /ou son entourage», à partir des mots clés « annonce de mauvaise nouvelle ». Il s'agit donc d'un échantillon conséquent pour une analyse qualitative.

Par ailleurs, notre travail possède également un versant quantitatif. Il consiste en l'analyse de la structure et du contenu des RSCA produits par les internes, qui sont variables selon les internes.

Ce même type de travail de thèse a été réalisé par d'autres étudiants ces dernières années, mais sur des sujets différents. Ainsi, Bismuth (27) s'est intéressé à l'erreur médicale, Sellam (25) au travail au sein d'une équipe, et Talbi (26) au professionnalisme. L'annonce d'une mauvaise nouvelle est un thème qui fait partie de la formation médicale continue des médecins, auquel les soignants, tout comme les autorités de santé, s'intéressent de plus en plus.

## **II. Résultats et comparaison avec la littérature**

### **A. Les structures des traces**

Trois étudiants du DMG Paris 7 ont réalisé un travail similaire au nôtre, avec un thème différent. Ainsi, Sellam (25) a réalisé un travail quantitatif et qualitatif concernant les traces d'apprentissage validant la compétence 5 «travailler en

équipe» ; Bismuth (27) s'est intéressé à « l'erreur médicale » ; et Talbi (26) a travaillé sur la compétence « se préparer à l'exercice professionnel ».

Dans notre étude, le nombre moyen de mots par trace est de 2779 mots. Le nombre moyen de mots par trace dans l'étude de Sellam (25) est de 2865, et de 1990 dans celle de Bismuth (27). Les traces d'apprentissage étant essentiellement des RSCA, il semble que les internes aient une vision à peu près similaire de la taille que ce travail d'écriture doit faire.

En ce qui concerne les différents paragraphes qui composent les RSCA, nous pouvons nous reporter au tableau 2 ci-dessus : l'introduction est très brève et le plus souvent inexistante dans notre échantillon, alors qu'elle représente respectivement 4 % et 4.1 % de l'ensemble des mots pour Sellam (25) et Talbi (26). Il semblerait que l'annonce d'une mauvaise nouvelle soit un thème précis et non équivoque, qui entraînerait les internes à attaquer immédiatement le vif du sujet, c'est à dire la narration du cas clinique.

D'ailleurs le paragraphe « récit » est le plus conséquent des quatre études décrites précédemment, puisqu'il fait 40.18% de l'ensemble des mots, suivi de près par celui de Sellam (25) à 39%, puis Bismuth (27) à 37,9 %, et enfin Talbi (26) avec 27.4%. Contrairement à ce que l'on pouvait trouver chez Talbi (26), il n'y a pas dans notre échantillon de récit très court de moins de 200 mots. Ils sont plutôt conséquents, et relatent parfois deux, voire trois, cas cliniques différents. Tout comme le souligne Bismuth (27), cela pourrait s'expliquer par le potentiel affectif, voire traumatisant, du thème « annonce d'une mauvaise nouvelle ».

Les problématiques représentent 4.44% de l'ensemble du nombre de mots, et sont plutôt bien définies par les internes dans notre étude, contrairement à celles de Bismuth (27) et Sellam (25) dans lesquelles elles n'apparaissent pas. Elles sont souvent individualisées dans un paragraphe. Dans 11 traces elles sont intégrées au



sein de l'analyse théorique, une question étant suivie par l'analyse qui permet d'y répondre. Nous avons donc dû faire l'effort de mettre en valeur les problématiques dans certaines traces, ce qui n'a peut-être pas été fait dans les autres études.

Le paragraphe « analyse théorique » lui, est plus court dans notre étude par rapport aux trois autres, avec 48.43 % de l'ensemble du nombre de mots contre 51.8% chez Bismuth (27), et 60.6 % chez Talbi (26). L'annonce d'une mauvaise nouvelle semble donc soulever plus de questions aux internes, mais les références théoriques sont peut-être moindres, ou plus difficiles à exploiter.

La conclusion représente 4.45 % de l'ensemble des mots, ce qui est assez similaire aux trois autres études. Ce paragraphe n'est pas constant. Ceci constitue un défaut de structure du RSCA, car c'est une partie essentielle. Par ailleurs, cela pourrait être lié au niveau des internes. En effet, dans les traces où le semestre de l'interne est renseigné, il s'agit essentiellement d'internes de premier semestre, qui n'ont peut-être pas assez de maturité pour synthétiser ce que ce travail de recherche a pu leur apporter.

Enfin, la bibliographie représente 2.11 % de l'ensemble des mots, contre 2.3 % pour Talbi (26), et 1.4 % pour Sellam (25). Dans six traces, les références bibliographiques sont mélangées dans l'analyse théorique. Elle est absente dans neuf autres traces. Elle est souvent mal présentée, et rappelons la problématique des liens hypertextes qui ne sont comptés que comme un seul et unique mot par le logiciel Word.

## **B. La mauvaise nouvelle**

50 % des annonces de notre étude concernent une pathologie cancéreuse. Elles sont difficiles à annoncer par les médecins, car elles ne sont pas toujours curables.

Dans la thèse de Vivier (28), qui s'intéressait à des médecins généralistes installés depuis de nombreuses années, 9 médecins sur 15 associaient la maladie grave à un pronostic vital engagé, et la pathologie cancéreuse était en première ligne.

L'annonce du décès d'un patient à sa famille arrive en deuxième ligne dans notre étude. Ceci est probablement lié à l'activité hospitalière des internes.

Bien que curables, le diabète et l'infection par le VIH sont les autres pathologies les plus citées. Elles sont difficiles à annoncer, car elles remettent en question le mode de vie du patient et ses habitudes, et sont chargées de représentations différentes selon les patients, et difficiles à appréhender par le médecin.

## **C. Des situations douloureuses**

L'annonce d'une mauvaise nouvelle est une expérience douloureuse, généralement mal vécue par les internes, qui doivent faire face à des sentiments tels que la culpabilité, la solitude, la peur, l'impuissance. D'après le docteur Galam (29) : « Elle représente toujours aussi un moment difficile pour le médecin confronté à ses propres sentiments vis-à-vis du malade, de la maladie, mais aussi à ses propres peurs et à son impuissance ». Les résultats de Vivier (28) chez les médecins généralistes de la région nantaise corroborent les nôtres. Leurs difficultés sont d'une part liées au patient : la peur de le faire souffrir, la crainte de lui ôter tout espoir, ou encore de provoquer chez lui des réactions violentes. Elles sont également liées à eux-mêmes : la peur de se laisser envahir par leurs propres émotions, la peur d'être considérés par le patient comme responsables de la mauvaise nouvelle, la crainte de ne pas savoir réagir devant les émotions du patient, ou encore l'évocation de leur propre mort ou celle de leurs proches.

## **D. Difficultés d'acceptation**

Nous avons mis en évidence la difficulté des internes à accepter les limites de la médecine, et ce sentiment d'échec vis-à-vis de la maladie. Le docteur Galam écrit en 2005 (29) : « Ainsi, l'annonce est souvent vécue comme un premier échec de la médecine à incarner l'espoir d'une vie sans fin et sans souffrances. ». Vivier (28) parle de la notion de « constat d'échec du médecin face à la maladie », qui est fréquemment citée par les médecins qu'il interroge. Que l'on soit jeune médecin ou plus expérimenté, cette sensation d'échec est toujours présente et aussi insupportable.

## **E. Se « blinder » émotionnellement**

Les internes sont tiraillés entre la volonté de prendre du recul vis-à-vis du patient, afin de ne plus se laisser submerger par l'émotion et rester professionnel, et la peur de devenir froids, distants, voire « insensibles ». Ils cherchent à être empathiques, mais sont souvent plus proches de la sympathie.

Galam (30) cite Carl Rogers : « C'est particulièrement vrai pour la relation d'aide, où l'aidant ne s'efface pas mais écoute d'autant mieux qu'il s'affirme dans sa position ». Pour lui, le soignant doit s'écouter, s'accepter, et apprendre à se connaître pour rester à sa place de soignant, et laisser au patient tout l'espace dont il a besoin pour s'exprimer. Il définit ainsi la notion de « congruence » qui est essentielle dans la relation médecin-malade. Il pense également que le soignant doit mettre de la distance vis-à-vis de son patient, qui est dans une phase de transformation, déstabilisante pour lui, et qui aura donc tendance à se raccrocher aux réactions du médecin : « Il me faut à la fois aller vers lui et préserver la distance qui nous sépare, pour qu'aucun d'entre nous ne se sente menacé par la rencontre. »

Cette distance que les internes ont tant de mal à installer semble être bénéfique pour les patients. Elle vient avec l'expérience, après avoir appris à reconnaître et appréhender les sentiments que l'on ressent lors des premières annonces.

## **F. La formation**

Les internes ne se sentent pas suffisamment préparés et souhaiteraient bénéficier d'une formation plus approfondie, plus pratique, à un moment adapté dans leurs études médicales. Dans l'étude de Dufouleur C *et al.* (31), les internes interrogés estimaient nécessiter une formation plus pratique que théorique, et pensaient que les formations reçues, trop tardives et trop brèves, n'avaient répondu que partiellement à leurs attentes. Dans sa thèse, Gros (32) soulève un point essentiel : la formation n'est utile que lorsque le médecin pense en ressentir le besoin, dans le cas contraire elle n'a pas d'impact. Elle cite une étude de Jutard, dans laquelle un des médecins interrogés affirme : « tant qu'on n'a pas eu la formation, on a le sentiment de ne pas en avoir besoin. Mais une fois qu'on l'a eue, on estime que cela a apporté des modifications à notre façon de faire, on évolue ». Dans la même étude un autre médecin s'exprime : « c'était en deuxième année, en cours de psychologie (15 heures sur la relation médecin-malade), mais j'étais trop jeune [...] c'était trop tôt dans le cursus pour en retenir des bénéfices personnels. ». Ainsi, la formation doit avoir lieu à un moment propice : lorsque le médecin commence à se poser de réelles questions sur sa pratique, au contact des patients; et suffisamment tôt pour que ses premières expériences ne soient pas vécues comme un traumatisme. En ce qui concerne le type d'enseignement, l'étude de Dufouleur C *et al.* (31) met en évidence la nécessité d'une formation « moins théorique que pratique ». Dans la revue de la littérature de Gros (32), deux autres formes de formation semblent intéressantes : le feed-back, c'est-à-dire des groupes de paroles qui permettent de revenir sur des

situations passées et sur les sentiments que l'on a éprouvés, et l'apprentissage par jeux de rôles.

# Conclusion

De nombreux internes écrivent un RSCA sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle pour valider la compétence «communiquer de façon efficiente avec un patient et /ou son entourage». Cette situation clinique est globalement mal vécue par les internes, surtout en début de cursus. Elle est tellement douloureuse qu'ils ressentent le besoin de la partager via l'écriture. Pendant leurs stages, ils cherchent à échanger sur leurs pratiques et leurs vécus avec différents intervenants allant du collègue de travail, à l'oncologue, en passant par le maître de stage. Ils ressentent le besoin d'évacuer et de se libérer de sentiments négatifs qui les hantent parfois longtemps. Le RSCA est structuré de telle façon qu'il nécessite que l'interne décrive la situation clinique, les réactions des différents intervenants, puis détermine les problématiques que cette situation a soulevées, fasse des recherches afin de trouver des outils de réflexion et de réponse, et enfin établisse son propre bilan au vu de l'ensemble des éléments collectés. Cette démarche réflexive semble aider les internes d'une part à extérioriser des sentiments profonds et douloureux tels que la culpabilité, la détresse, l'impuissance, la peur, la solitude, et d'autre part à trouver des clés et des lignes de conduite pour les prochaines annonces. Les RSCA semblent donc aider les internes dans leur compétence et leur vécu de l'annonce des mauvaises nouvelles, mais ne représentent pas la seule forme d'enseignement qui leur paraît utile. Ils sont désireux, pour la plupart, de bénéficier d'un enseignement pratique, de mises en situations, à la fin du deuxième cycle ou dès le début du troisième cycle. Le DMG de l'université paris 7 a pour cela créé deux ECOS sur ce thème, l'un destiné aux externes et l'autre, aux internes. Il existe également des groupes de paroles pour les internes appelés « groupes Balint », pour leur permettre échanger sur des situations problématiques. Le développement de ces autres formes d'enseignement pourrait

permettre aux internes de se familiariser avec la diversité des sentiments et difficultés auxquels ils peuvent être confrontés dans leur pratique, pour mieux les appréhender.

# Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé- Annoncer une mauvaise nouvelle [Internet]. 2008. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle\\_vf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf)
2. Buckman R. S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Interéditions. Paris; 1994.
3. Moley massol I. L'annonce de la maladie. Une parole qui engage. DaTaBe éditions. Puteaux; 2004.
4. Kaplan M. SPIKES: a framework for breaking bad news to patients with cancer. Clin J Oncol Nurs. août 2010;14(4):514-6.
5. Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A. Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations. Tavistock. 1985;
6. Kübler-Ross E. Les derniers instants de la vie. 1969. 279 p.
7. Haute Autorité de santé- Annonce d'un dommage associé aux soins [Internet]. 2011. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce\\_dommage\\_associe\\_aux\\_soins\\_4\\_pages.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_4_pages.pdf)
8. Haute Autorité de Santé- Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé [Internet]. 2012. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations\\_-\\_delivrance\\_de\\_linformation\\_a\\_la\\_personne\\_sur\\_son\\_etat\\_de\\_sante.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf)
9. Brown VA, Parker PA, Furber L, Thomas AL. Patient preferences for the delivery of bad news - the experience of a UK Cancer Centre. Eur J Cancer Care (Engl). janv 2011;20(1):56-61.
10. Liénard A, Merckaert I, Libert Y, Bragard I, Delvaux N, Etienne A-M, et al. Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. Br J Cancer. 13 juill 2010;103(2):171-7.
11. Wittmann E, Beaton C, Lewis WG, Hopper AN, Zamawi F, Jackson C, et al. Comparison of patients' needs and doctors' perceptions of information requirements related to a diagnosis of oesophageal or gastric cancer. Eur J Cancer Care (Engl). mars 2011;20(2):187-95.
12. Hoerni B. Oiseau de mauvaise augure. Rev Médicale Suisse. 2005;1:400.
13. Rameix S. La relation médecin-patient:enjeux moraux et politiques [Internet]. 2013. Disponible sur: [http://aes-france.org/IMG/pdf/AES\\_\\_S-Rameix.pdf](http://aes-france.org/IMG/pdf/AES__S-Rameix.pdf)
14. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé | Legifrance [Internet]. Disponible sur:



<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

15. Fitts WT, Ravdin IS. What Philadelphia physicians tell patients with cancer. *J Am Med Assoc.* 7 nov 1953;153(10):901-4.
16. Friedman HS. Physician management of dying patients: an exploration. *Psychiatry Med.* 1970;1:295-305.
17. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennett JM. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA.* 2 mars 1979;241(9):897-900.
18. Code de déontologie médicale | Legifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=4FC7971E01A0D982C36321C3B0592690.tpdila07v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006103062&cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=4FC7971E01A0D982C36321C3B0592690.tpdila07v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006103062&cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807)
19. Hoerni B. Ruptures. *Rev Médicale Suisse.* 2008;2664.
20. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
21. WONCA Europe- La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille [Internet]. 2002. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
22. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J. Compétences pour le DES de médecine générale. *Rev Prat Med Gen.* 2006;20:525-6.
23. Compagnon L, Ball P, Huez jean-F, Stalnkiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer.* 2013;108:148-55.
24. Galam E. Produire des traces d'apprentissage: le RSCA. *Rev Prat Med Gen.* 2006;20:654-6.
25. Sellam M. Travailler en équipe au sein du système de santé: analyse des traces d'apprentissage produites par les internes du département de médecine générale Paris Diderot. Paris 7; 2014.
26. Talbi R. Se préparer à l'exercice professionnel: analyse des traces d'apprentissage produites par les internes du département de médecine générale Paris Diderot. Paris 7; 2015.
27. Bismuth D. L'erreur médicale: analyse des traces d'apprentissage produites par les internes du département de médecine générale Paris Diderot. Paris 7; 2015.
28. Vivier J. L'annonce d'une maladie grave Enquête auprès de médecins généralistes de la région nancéenne. Université de Médecine de Nancy; 2013.

29. Galam E. Annoncer une mauvaise nouvelle. Comment assumer sa place et y rester? Rev Prat Med Gen. oct 2005;(704/705).
30. Galam E. Carl Rogers: une approche centrée sur la personne. Médecine. nov 2014;408-12.
31. Dufourleur C, Vincens M-E, Doré M, Vallée J-P. L'annonce de la mauvaise nouvelle en médecine générale. Peut-on, et comment, s'y préparer? Médecine. mars 2011;131-5.
32. Gros M. L'enseignement de l'annonce de maladie grave dans la formation médicale: enjeux, état des lieux, impacts. Faculté de Médecine Lyon Sud; 2009.

# Annexes

## Annexe 1 : Tableaux récapitulatifs

**Tableau 1.1 : Lieu, patient, pathologie**

	Lieu	Patient	Pathologie
Trace 1	Service de médecine	Homme 77 ans ATCD HTA, Troubles du rythme supra-ventriculaires, tabac 25 PA	Carcinome pulmonaire à grandes cellules
Trace 2 Cas 1	Consultation pneumologie 1 mois après une hospitalisation	Homme 73 ans, tabagisme depuis 15 ans	Carcinome pulmonaire à petites cellules avec métastases hépatiques
Trace 2 Cas 2	Consultation de pneumologie après une hospitalisation en pneumologie	Femme 65 ans, ancienne IDE, pas d'ATCD particulier	Carcinose pleurale
Trace 3	Médecine Interne	Homme 47 ans, ouvrier	Maladie de Charcot
Trace 4	Urgences	Femme 85ans, ATCD tuberculose, LMC, HTA, syndrome dépressif	Détresse respiratoire aiguë sur insuffisance respiratoire chronique post tuberculeuse. Puis décès.
Trace 5	Urgences. Service Porte	Homme 62 ans vivant au Maroc, DNID non traité IDM en 2010	Carcinome hépato cellulaire avec thrombose porte et métastases hépatiques et pulmonaires
Trace 6 Cas 1	NR	Homme 73 ans, ATCD AVC avec hémiparésie	Découverte carcinome pulmonaire non à petites cellules T1N0M0
Trace 6 Cas 2	Médecine interne	Femme 91 ans, ATCD ACFA avec échec cardioversion donc anticoagulée. Escarres des talons	Décompensation cardiaque sur ACFA résistante aux diurétiques et pyélonéphrite. Puis décès
Trace 7	Gériatrie	Homme 88 ans, qui s'occupe de sa femme atteinte d'Alzheimer.3 enfants	Démence mixte
Trace 8 Cas 1	Diabétologie	Homme 73 ans, ATCD HTA	Cancer du pancréas
Trace 8 Cas 2	Diabétologie	Homme 82 ans	Cancer de la thyroïde indifférencié
Trace 9 Cas 1	Unité de gériatrie aigue	Femme de 92 ans, ATCD AVC avec troubles de la déglutition	Pneumopathie d'inhalation puis décès.
Trace 9 Cas 2	Unité de gériatrie aigue	Homme de 86 ans maladie d'Alzheimer sévère, diabète	Décès brutal
Trace 10 Cas 1	Consultation d'échographie	Femme de 35 ans, 3 enfants quatrième grossesse	Myéломéningocèle lombo-sacrée avec Arnold Chiari pour le futur bébé
Trace 10 Cas 2	Consultation d'urgence	Femme de 37 ans enceinte à 24 SA	Dysplasie multi kystique bilatérale avec anamnios complet
Trace 11	Garde aux urgences. Appelée dans le service de gastro-entérologie	Femme de 55 ans, carcinome hépato cellulaire sur infection chronique hépatite C, avec métastases	Annonce de décès
Trace 12	Urgences	Homme 25 ans	Cancer du testicule
Trace 13	Urgences	Femme 75 ans ATCD cancer poumon, cancer du sein, AVC, BPCO	Détresse respiratoire et décès suite à récurrence cancer du sein avec épanchement pleural

Trace 14	Urgences	Femme 85 ans, serbe, ATCD HTA et maladie d'Alzheimer	Sepsis sévère sur cholécystite
Trace 15 Cas 1	Service de médecine/ diabétologie	Femme 68 ans, vivant seule, sortant souvent avec ses amies	Découverte diabète type I
Trace 15 Cas 2	Idem	Garçon de 15 ans, 130 kg, 1.80 mètres	Découverte diabète type II. Sœur et père diabète type II
Trace 16 Cas 1	Urgences chirurgicales	Femme de 18 ans, étudiante, sans ATCD	Découverte d'un diabète aux urgences
Trace 16 Cas 2	Urgences	Homme de 70 ans, ATCD cancer oropharynx et carcinome spinocellulaire, tabac	Masse médiastinale évocatrice d'un cancer
Trace 17	Urgences	Femme 93 ans, ATCD HTA, démence et maladie de parkinson	AVC sylvien massif probable avec thrombose du MS gauche sur découverte d'ACFA. Puis décès
Trace 18	Urgences	Femme 28 ans, enceinte, ATCD kyste pylonidal opéré	Infiltrat lymphoïde ganglionnaire (Lymphome ou leucémie)
Trace 19	Garde d'intérieur	Femme	Annonce de décès à la famille
Trace 20	Médecine interne	Homme 89 ans, MI droit amputé suite à surinfection d'ulcères	Adénocarcinome lieberkühnien peu différencié du colon
Trace 21	Médecine interne	Fe 79 ans, pontage fémoro-poplité compliqué d'une nécrose orteil, HTA, tabac 45 PA sevré depuis 2 ans	Cancer du poumon palliatif puis décès
Trace 22	Médecine	Femme 30 ans, ATCD maladie de Hodgkin en rémission complète	Pneumopathie intersticielle bilatérale avec syndrome restrictif sévère secondaire à chimiothérapie
Trace 23	Gériatrie	Femme 73ans, HTA, dépression, asthme, cardiopathie hypertrophique, psychose hallucinatoire chronique, épilepsie, embolie pulmonaire. Veuve. 2 enfants. autonome	Arrêt cardio respiratoire avec échec de la réanimation
Trace 24	Urgences	Homme 58 ans, HTA, tabac 30 PA sevré depuis un an. Accompagné de sa femme très angoissée	Découverte d'une masse médiastinale aux urgences évoquant un cancer du poumon
Trace 25	Médecine	Femme 60 ans polyglobulie, obésité, intoxication alcoolique et tabagisme 100 PA, diabète, BPCO	Carcinome neuro endocrine à petites cellules (cancer du poumon) avec lésions secondaires hépatiques et surrénaliennes
Trace 26	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée	Femme 41 ans, tabagisme actif 20 PA, mère de 3 enfants	Cancer du poumon avec métastases ganglionnaires et cérébrales
Trace 27	Urgences	Homme 62 ans, diabète, non suivi. Sœur cancer du sein, femme cancer du sein avec métastases osseuses	Masse rénale avec insuffisance rénale et hyperkaliémie évocatrice de cancer
Trace 28	Pneumologie	Femme, ATCD tuberculose, tabac, 1 fils	Cancer poumon métastasé
Trace 29	Médecine interne	Homme 58 ans, retraité depuis deux ans, AOMI avec pontage fémoral, tabagisme 70 PA sevré depuis quelques années	Adénocarcinome pulmonaire avec métastases costales, fistule oeso-trachéale et péricardite carcinomateuse puis décès du patient 16 jours plus tard
Trace 30	Urgences	Homme 60 ans, ATCD cancer ORL il ya 15 ans, ancien tabagique 50 PA sevré depuis 15 ans	Découverte multiples masses intra cérébrales évocatrices de métastases
Trace 31	Médecine interne	Homme 91 ans, ATCD AVP, ACFA, hypothyroïdie, adénome prostate, 3 filles dont une médecin. Etait autonome jusqu'à peu	Carcinome broncho pulmonaire non à petites cellules avec métastases cérébrales, surrénaliennes, et hépatiques
Trace 32	Urgences	Femme, âge non précisé, cancer du pancréas, deux phlébites et une embolie pulmonaire. Patiente autonome bon état général	Carcinome péritonéale entraînant syndrome occlusif, récusée de la chirurgie
Trace 33	Médecine interne	Homme 78 ans, adénome prostate, tabagisme sevré il ya 35 ans, Exérèse de 2 polypes coliques et un polype vésical. Bon état général	Adénocarcinome pulmonaire avec métastases cérébrales
Trace 34	Cabinet médecine générale	Homme 45 ans	Leucémie Myéloïde Chronique
Trace 35 Cas 1	Hôpital de jour de médecine	Femme 50 ans	Découverte séropositivité VIH
Trace 35 Cas 2	Urgences	Femme 82 ans hospitalisée pour AVC gauche, en soins palliatifs	Certificat de décès
Trace 36	Urgences	Femme 60 ans vivant en maison de retraite car hémiplégié sur gliome cérébral malin, tabac. En soins palliatifs	Engagement cérébral avec déviation des ventricules latéraux + sepsis. Patiente récusée de la réanimation.

Trace 37	Médecine interne	Homme 72 ans, HTA, dyslipidémie, hypertrophie prostatique, Alcool (1 verre par jour)	Cancer du pancréas avec métastases hépatiques et pulmonaires
Trace 38	Médecine interne	Homme 65 ans, alcoolisme - tabagisme chronique, témoin de Jehova	Carcinome épidermoïde de l'œsophage
Trace 39 Cas 1	Pneumologie	Femme 49 ans, tabagisme chronique	Adénocarcinome pulmonaire avec métastases cérébrales
Trace 39 Cas 2	Pneumologie	Homme 57 ans, insuffisance respiratoire chronique post BPCO, ATCD cancer ORL avec trachéotomie	Détresse respiratoire aiguë sur insuffisance respiratoire chronique. Réfusé de la réanimation
Trace 39 Cas 3	Pneumologie	Homme 81 ans hospitalisé pour AEG + épanchement pleural	Pleuro-pneumopathie en cours d'explorations puis décès sur probable détresse respiratoire aiguë
Trace 40	Médecine interne	Femme 73 ans, célibataire sans enfants à la retraite, ancienne journaliste	Léiomyosarcome utérin multi métastasé
Trace 41	Service de médecine	Environ 60 ans, pas d'enfant, célibataire. Arrêt du tabac il y a quelques mois. HTA, diabète, ulcère duodénal, dépression	Adénocarcinome rectal type lieberkühnien moyennement différencié
Trace 42	Médecine interne	Homme 78 ans, sans ATCD, marié 3 enfants	Lésion cérébrale évocatrice de glioblastome
Trace 43	Urgences	Homme 59 ans, ATCD myélome multiple, HTA. Marié, une femme, un fils de 20 ans, une fille de 6 ans	Sepsis sévère. Réfusé de la réanimation
Trace 44	Hépatogastroentérologie	Homme 30 ans, origine malienne, découverte hépatite B active il y a deux mois	Séropositivité HIV
Trace 45	Urgences	Femme 54 ans, ATCD cancer du sein avec métastases hépatiques récentes	Insuffisance hépatique sévère avec obnubilation puis décès 48 heures plus tard
Trace 46	Médecine polyvalente	Homme 74 ans, démence traitée mais vit seul avec sa femme sans aides. OH chronique sévère depuis de nombreuses années, hépatite B chronique	Découverte carcinome hépatocellulaire avec thrombose porte. Pas de traitement curatif proposé
Trace 47	CASO	Femme 27 ans malienne	Séropositivité VIH
Trace 49	Cardiologie	Homme 65 ans, dyslipidémie, spondylarthrite ankylosante	Pontage coronarien pour multiples sténoses
Trace 50	Maladies Infectieuses	Homme 35 ans, sa femme enceinte de leur premier enfant	Lymphome non hodgkinien
Trace 51	Urgences	Femme 94 ans mariée 5 enfants, maladie d'Alzheimer avec perte d'autonomie sévère, diabète, insuffisance cardiaque post IDM, cancer de l'endomètre	Sepsis sévère sur point d'appel urinaire. Réfusée de la réanimation. Puis décès

**Tableau 1.2 : Contexte, Auteur de l'annonce, Intervenants**

	Contexte	Qui fait l'annonce	Intervenants	Qui est présent pendant l'annonce
Trace 1	Toux grasse résistante aux traitements. Découverte d'une masse aux urgences.	Interne.	Interne, patient, frère du patient.	Patient seul avec interne. Puis patient, son frère et l'interne.
Trace 2 Cas 1	Pneumopathie lobe supérieur droit sans syndrome inflammatoire.	Pneumologue.	Pneumologue, patient.	Patient, sa femme, son frère jumeau, le pneumologue, l'interne.
Trace 2 Cas 2	Pleurésie droite récidivante. Suspicion carcinose pleurale, nécessité d'une thoracoscopie pour avoir l'anatomopathologie.	Chirurgien a annoncé que c'était un cancer avant d'en avoir la preuve. Pneumologue a ensuite confirmé le diagnostic avec la preuve anatomopathologique.	Pneumologue, patiente, chirurgien.	Patiente, pneumologue, interne.
Trace 3	Ouvrier adressé pour pathologie rhumatologique. Mais à l'interrogatoire découverte d'ATCD familiaux de maladies neurodégénératives.	Pas d'annonce.	Interne, chef, neurologue.	Pas d'annonce.
Trace 4	Arrivée aux urgences pour détresse respiratoire aiguë. Perte d'autonomie progressive depuis un mois avec entrée en SSR il y a deux jours. Aggravation rapide en deux jours.	Interne qui fait l'annonce de décès aux deux filles et le petit fils.	Interne des urgences, sénior des urgences, réanimateur, médecin du SSR.	Les deux filles et le petit fils.
Trace 5	Arrivé du Maroc pour se faire soigner en France. Ascite et OMI depuis 5 semaines. Patient inquiet car buvait beaucoup. Découverte d'un CHC.	Interne	Interne, patient, frère du patient, sénior, Hépatogastro-entérologue.	Patient seul mais sans dire le mot cancer. Puis annonce de probable cancer au frère seul.
Trace 6 Cas 1	AEG depuis 6 mois. Patient en fauteuil car hémiparésie droite. Femme parkinsonnienne en fauteuil.	Chef	Chef, patient	NR
Trace 6 Cas 2	Patiente transférée du SSR à la médecine interne car décompensation cardiaque résistante aux diurétiques. Amélioration sous traitement IV. Puis décès brutal.	Interne.	Interne, fille de la patiente, équipe de soins palliatifs.	Annonce faite aux filles pas à la patiente elle-même.
Trace 7	Patient qui s'occupe de sa femme Alzheimer à qui on découvre une démence mixte.	Chef.	Interne, enfants du patient, chef, médecin traitant.	Annonce de la maladie faite aux enfants. L'annonce au patient sera faite dans un deuxième temps.
Trace 8 Cas 1	Découverte diabète sur décompensation cétosique. Douleurs abdominales.	Chef.	Interne, patient, chef, famille du patient.	Annonce faite au patient par le chef, en présence de l'interne et toute la famille du patient.
Trace 8 Cas 2	Patient hospitalisé en neurologie pour Claude Bernard Horner. Découverte d'un volumineux goitre avec effet de masse. Ré hospitalisé pour dysphonie : Découverte d'un cancer de la thyroïde à la cytoponction	Chef.	Neurologue, patient, chef d'endocrinologie, famille du patient, oncologue.	Patient, famille du patient, chef, interne.
Trace 9 Cas 1	Patiente ayant un seul neveu. Patiente décédée le week-end. Message laissé sur le répondeur du neveu qui ne l'a pas eu et qui vient la voir deux jours après.	Interne et chef.	Interne, chef, neveu de la patiente, réanimateur.	Annonce de décès faite au neveu.
Trace 9 Cas 2	Patient qui a bien évolué en une semaine, retour à domicile prévu le jour même. Fille très présente qui l'attendait à la maison. Décès brutal le jour de la sortie.	Interne, par téléphone.	Interne, fille du patient, chef qui demande à l'interne d'annoncer le décès à la fille par téléphone.	Annonce au téléphone
Trace 10 Cas 1	Echographie du deuxième trimestre, découverte malformations cérébrales.	Echographe aux parents.	Echographe, parents.	Echographe interne parents.
Trace 10 Cas 2	Consulte aux urgences pour métrorragies.	Sénior des urgences annonce pendant l'échographie les	Interne, sénior, parents	Interne, sénior, parents

		anomalies en les montrant à l'interne sans s'adresser aux parents.		
Trace 11	Patiente hospitalisée pour aggravation. 3 enfants prévenus du mauvais pronostic à court terme et qu'il n'y aura pas de réanimation.	Interne, par téléphone au fils de la patiente.	Interne, fils.	Interne qui fait l'annonce au téléphone au fils.
Trace 12	Découverte d'une masse testiculaire par le patient.	Urologue	Interne, patient, urologue	Urologue, patient, interne
Trace 13	Vient suite à détresse respiratoire post fibroscopie bronchique pour exploration d'un épanchement pleural. Les enfants ne sont pas au courant de la récurrence du cancer du sein avec métastases multiples.	Interne.	Interne, réanimateur.	Interne fait l'annonce de non réanimation à la sœur et au fils de la patiente.
Trace 14	Patiente âgée, démente. Découverte d'un sepsis sévère sur cholécystite aux urgences mais fils et belle fille ne veulent pas qu'elle soit opérée	Chef + Interne.	Interne, sénior des urgences, chirurgien viscéral, fils et belle fille.	Interne, chef, fils et belle fille.
Trace 15 Cas 1	Découverte diabète type 1 à 68 ans sur acidocétose.	Interne.	Interne, chef.	Interne, patiente.
Trace 15 Cas 2	Découverte diabète type II sur syndrome polyuro-polydipsique.	Interne.	Interne.	Interne, patient, ses parents.
Trace 16 Cas 1	Découverte aux urgences chirurgicales d'un diabète devant des douleurs abdominales depuis 3 semaines.	Chef.	Interne, chef, endocrinologue.	Chef, interne, patiente, mère de la patiente.
Trace 16 Cas 2	Adressé par médecin traitant pour douleur thoracique constrictive depuis trois semaines. Découverte volumineuse masse médiastinale et multiples ADP	Interne	Interne, pneumologue	Interne, patient puis interne, femme du patient
Trace 17	Patiente 93 ans adressée pour suspicion de dissection aortique. En fait thromboses multiples dont thrombose du MS compliquant une ACFA.	Interne.	Interne, sénior des urgences, neurologue, radiologue, infirmières.	Interne, petite fille de la patiente.
Trace 18	Femme enceinte adressée par MT pour polyadénopathies. Pense à maladie infectieuse.	Chef accompagné de l'interne puis entretien interne et patiente voulu par l'interne.	Interne, sénior des urgences, interniste, laborantin d'hématologie.	Interne, chef, patiente.
Trace 19	Interne de garde appelé par infirmière pour certificat de décès.	Interne.	Interne, infirmière, aide soignante.	Interne, infirmière, aide soignante, famille de la patiente.
Trace 20	Adressé par son médecin traitant pour méléna + anémie à 7.9 g/dl.	Interne.	Interne, gastro entérologue.	Interne, patient puis interne, fille du patient.
Trace 21	Hospitalisée pour érysipèle MS. Découverte d'une thrombose étendue faisant découvrir un cancer du poumon étendu.	Interne seul (aurait aimé y aller avec son chef). Puis chef et interne pour l'annonce à la fille (à la demande de l'interne).	Interne, chef, pneumologue, cancérologue, médecin de soins palliatifs.	Interne, patiente. Puis interne, chef, fille.
Trace 22	Maladie de Hodgkin découverte il y a 8 mois, traitée par chimiothérapie et radiothérapie, mais pneumopathie interstitielle sévère secondaire aux traitements 1 mois après la rémission	Interne seul.	Interne, chef.	Interne, patiente et sa sœur.
Trace 23	Patiente hospitalisée suite à une chute au domicile. Encéphalopathie à la dépakine pendant l'hospitalisation résolutive. Arrêt cardio-respiratoire la veille de son départ.	Interne annonce le décès de la patiente à sa fille par téléphone.	Interne, chef, réanimateur.	Interne annonce le décès à la fille de la patiente par téléphone.
Trace 24	Dyspnée depuis 3 semaines. Arrêt du tabac depuis un mois.	Interne fait l'annonce de la masse médiastinale à la femme du patient avant le patient.	Interne sénior, pneumologue.	Interne, femme du patient. Puis interne, patient, femme du patient. Puis pneumologue, interne, patient, femme du patient.
Trace 25	Perte de 20 kilos en deux mois, polyglobulie. Patient certain d'avoir un cancer, veuve, 3 enfants, parents et mari décédés d'un cancer, fils	Interne.	Interne, assistantes sociales.	Interne, patiente, fils de la patiente.

	handicapé suite à tumeur cérébrale, vivant avec la patiente et dépendant de lui.			
Trace 26	Femme de 41 ans paralysie faciale et déficit du MS depuis deux jours : Découverte de 3 lésions cérébrales d'allure secondaires.	Neurologue.	Interne, chef de l'UHCD, pneumologue, neurologue, radiologue, psychologue.	Neurologue, interne, patiente, sœur de la patiente.
Trace 27	Vient aux urgences pour dyspnée, bon état général. Découverte d'une insuffisance rénale avec oligurie et d'une masse rénale évocatrice de cancer	Interne.	Interne, réanimateur.	Interne, patient.
Trace 28	Adressée par son médecin traitant en pneumologie car la biopsie d'un prélèvement cutané retrouvait un adénocarcinome.	Pneumologue.	Interne, pneumologue, médecin traitant.	Pneumologue, patiente.
Trace 29	Douleur thoracique depuis 48 heures, découverte masse pulmonaire sur la radiographie thoracique.	Chef.	Chef, chirurgien digestif, ORL, cardiologue, psychologue, réanimateur.	Chef, interne, patient. Puis chef, interne, femme du patient.
Trace 30	Hémiplégie droite depuis 15 jours. Consulte aux urgences.	Interne.	Interne, radiologue, brancardier.	Interne, patient, femme du patient et fils du patient dans le couloir des urgences.
Trace 31	Consulte aux urgences pour hémiplégie droite d'aggravation progressive avec crises comitiales partielles.	NR.	Sénior, oncologue.	NR.
Trace 32	Cancer du pancréas découvert il y a moins de 6 mois. Adressée par MT pour syndrome occlusif. Bon état général.	Interne.	Interne, chirurgien viscéral.	Interne, patiente, fille de la patiente.
Trace 33	Consulte aux urgences pour lombalgies aiguës hyperalgiques.	Chef +Interne (pas dit explicitement).	Interne, chef, RCP.	Chef, interne, patient (pas dit explicitement).
Trace 34	Découverte Leucémie Myéloïde Chronique dans un bilan demandé pour troubles de l'érection.	Maître de stage.	Maître de stage, interne, autre maître de stage.	Maître de stage, interne, patient.
Trace 35 Cas 1	Vient le lendemain de l'annonce de séropositivité VIH (faite par le médecin traitant) pour hôpital de jour d'infectieux. Avait des doutes sur la fidélité de son mari.	Le médecin traitant la veille.	Médecin traitant, interne, patient.	NR.
Trace 35 Cas 2	Certificat de décès pendant une garde aux urgences. Annonce par téléphone à la famille qui n'était jamais venue la voir.	Interne qui annonce le décès par téléphone à la nièce.	Interne, infirmières.	Interne et nièce de la patiente, par téléphone.
Trace 36	Patiente amenée aux urgences pour troubles de la conscience et fièvre. Découverte engagement cérébral + sepsis.	Interne annonce au fils que sa mère ne sera pas prise en réanimation.	Interne, réanimateur.	Interne, fils de la patiente.
Trace 37	AEG+ ictère depuis 6 semaines. Patient non inquiet.	Chef.	Chef, RCP oncologie, équipe de soins palliatifs.	Chef, interne, patient, sa femme et ses deux fils.
Trace 38	AEG depuis quelques mois avec perte 5 Kilos. Découverte anémie à 8g/dL.	Interne puis Oncologue.	Oncologue.	Interne, oncologue, patient.
Trace 39 Cas 1	AEG, céphalées et vomissements.	Chef de service.	Chef de service, chef, interne, oncologue, infirmière.	Chef de service, praticien hospitalier, interne, infirmière, cadre du service, voisine de chambre de la patiente et la patiente.
Trace 39 Cas 2	Patient hospitalisé depuis 3 semaines. Episode de détresse respiratoire aiguë.	Interne.	Interne, chef.	Interne, fille du patient. Puis interne annonce à la femme du mari par téléphone.
Trace 39 Cas 3	Patient hospitalisé pour exploration d'une pleuro-pneumopathie, puis décès brutal sur détresse respiratoire aiguë la nuit.	Interne de garde (qui est aussi interne dans le service) annonce le décès par téléphone à la fille.	Lendemain conversation avec la famille, le chef, l'interne, et le chef de service.	Interne, fille du patient par téléphone
Trace 40	Hospitalisée pour AEG. Patiente persuadée d'avoir un cancer.	Oncologue. Mais interne avait dû parler de la	Oncologue, interne, chef.	Oncologue, interne, patiente.



		possibilité de cancer à la patiente qui était très demandeuse		
Trace 41	AEG et rectorragies depuis un an. A consulté un proctologue il y a 4 mois qui lui a dit qu'il s'agissait d'hémorroïdes.	Sénior.	Sénior, oncologue, chirurgiens viscéraux, psychologue, psychiatre, médecin traitant.	Sénior, interne, patient.
Trace 42	Transfert aux urgences suite à crise d'épilepsie. Découverte lésion cérébrale évoquant glioblastome. Preuve histologique impossible car patient trop altéré	Chef.	Chef, neurologue, neuro-chirurgien, interne.	Sénior, interne, femme du patient. (patient n'a pas été informé de la gravité du diagnostic).
Trace 43	Arrive aux urgences pour sepsis sévère. Myélome réfractaire aux traitements.	Interne doit annoncer à sa femme le risque de décès et leur avis sur la réanimation.	Chef, interne, réanimateur, hématologue, ASH (amie de la famille).	Interne, femme du patient, ASH.
Trace 44	Adressé par médecin traitant pour AEG.	Chef.	Chef, interne, infectiologue.	Chef, infectiologue, interne, patient.
Trace 45	Patiente omnibulée. Extension cancer du sein, en soins palliatifs. Mais la famille pense qu'elle attend un nouveau traitement à visée curative.	Interne puis Chef + interne.	Interne, chef, oncologue, réanimateur.	Interne, fille de la patiente, fils de la patiente.
Trace 46	Patient adressé pour chutes et asthénie. Découverte carcinome hépatocellulaire avec thrombose porte sans possibilité de traitement curatif.	Interne et oncologue.	Interne, chef, oncologue, équipe mobile d'accompagnement de la douleur et des maladies chroniques.	Interne, oncologue, famille du patient.
Trace 47	Découverte d'une séropositivité VIH suite à un bilan de désir de grossesse demandé par un autre médecin.	Interne, un médecin plus expérimenté étant présent mais laissant l'interne faire l'annonce.	Interne, médecin, patiente.	Interne, médecin, patiente.
Trace 49	Patient asymptomatique venant pour coronarographie suite à test d'effort positif. Découvertes multiples sténoses nécessitant un pontage. Patient dans le déni de son risque cardio-vasculaire.	Interne.	Interne, chef.	Interne, patient.
Trace 50	AEG depuis 3 mois et hémoptysie. Découverte d'un Lymphome compliqué d'un syndrome cave supérieur.	Chef+Interne.	Interne, chef, patient.	Chef-Interne-patient.
Trace 51	Patiente amenée aux urgences pour fièvre et troubles de la conscience. Découverte sepsis sévère. Arrivée de 5 membres de sa famille.	Interne.	Interne, infirmière.	Interne, mari, sœur, fils et belle-fille, fille de la patiente.

**Tableau 1.3 : Problèmes rencontrés par le soignant, Impact sur le patient**

Numéro de trace	Problèmes rencontrés par le soignant	Impact sur le patient et sa famille
Trace 1	Interne perturbé car le patient dit vouloir connaître son diagnostic mais attitude passive. Il doit annoncer l'échec de la chimiothérapie et le mauvais pronostic au patient et sa famille, puis le décès. Le patient lui demande de faire l'annonce à son frère. Première explication trop médicale d'après l'interne, humainement non satisfaisante, n'a pas parlé du traitement. Annonce du cancer dans chambre double. Le patient ne pose jamais aucune question sur les résultats.	Attitude passive et renfermée du patient suite à l'annonce. Patient plus ouvert et impliqué au fur et à mesure des entretiens avec l'interne.
Trace 2 Cas 1	NR	Patient soulagé d'avoir le diagnostic après un mois d'anxiété. Patient motivé et impliqué dans la prise en charge thérapeutique.
Trace 2 Cas 2	NR	Patiente agressive. Patiente insiste pour débiter au plus vite les traitements.
Trace 3	Interne fier d'avoir fait le diagnostic alors que ses chefs pensaient à autre chose. Il se sent immédiatement coupable d'être fier car le pronostic est effroyable pour son patient.	Patient dans le déni, qui cherche à se rassurer.
Trace 4	L'interne ne sait pas quelle est la pathologie exacte mais doit annoncer par téléphone à la famille la gravité de la situation. Famille non préparée au décès. L'interne se sent inutile. Elle doit s'occuper des autres patients des urgences. Elle assiste au décès de la patiente devant la famille, ne sait pas quoi faire. Communication non verbale importante : elle se sent intruse et mal à l'aise. Phénomène d'identification : elle pense au décès possible de ses proches. Elle pleure en sortant, se sent ridicule.	Fille de la patiente sous le choc.
Trace 5	Le patient ne se sent pas malade et l'interne doit lui annoncer un cancer métastatique. L'interne ne sait pas de quelle thérapeutique le patient pourra bénéficier. Il ne pourra pas donc pas répondre à toutes les questions du patient pendant l'annonce. Il n'a pas dit tout de suite le mot cancer car trop difficile, et parce qu'il attendait la confirmation histologique. Arrivée du fils à qui il doit refaire l'annonce. L'interne n'a pas les réponses à toutes les questions du fils, notamment sur le pronostic et la thérapeutique. Le patient n'est pas dans le service adapté, dans l'attente du spécialiste qui ne passe pas.	Patient distant qui ne pose aucune question mais a compris qu'il s'agissait d'un cancer.
Trace 6 Cas 1	Interne ne sait pas comment réagir face au déni et à l'évitement du patient.	Patient dans le déni, distant.
Trace 6 Cas 2	Comment annoncer l'absence de guérison de la patiente à sa fille, et le passage en soins palliatifs? Quelles sont les étapes à respecter? Patiente qui s'améliore avant de se ré-aggraver, donc sentiment d'échec plus profond. Annonce du décès par téléphone, difficile et courte. L'interne propose un entretien à la fille pour prendre plus de temps. Difficulté à gérer ses sentiments, en plus de ceux de la patiente et de la famille.	Fille de la patiente initialement sous le choc puis soulagée que sa mère ne souffre plus.
Trace 7	Découverte d'une légère démence chez un patient qui est le principal aidant de sa femme démente. Patient dans le déni. Pression des enfants car aggravation brutale de son état pendant l'hospitalisation. Bilan de démence a été fait à la demande du médecin traitant dans un autre hôpital. L'interne ne sait donc pas s'il peut faire l'annonce car n'a pas les documents. La maladie n'ayant pas de traitement, doivent-ils faire l'annonce? A qui faire l'annonce? Faut-il faire l'annonce au patient?	Enfants soulagés d'avoir un diagnostic et de pouvoir agir en conséquence. Le patient n'a pas été mis au courant du diagnostic.
Trace 8 Cas 1	Patient sympathique qui n'a jamais été malade. Découverte fortuite d'un cancer du pancréas. Qui informer en premier? Le patient ou la famille?	Patient sous le choc. Stoïque.

	Faut-il dire le mot cancer ? Comment annoncer qu'il ne guérira pas ? Comment ne pas faire de transfert devant ce patient avec toute sa famille présente lors de l'annonce?	
Trace 8 Cas 2	Possible retard thérapeutique donc annonce encore plus difficile à faire. Difficulté pour l'interne de devoir proposer une prise en charge palliative en première intention. Interne gêné car le patient veut que l'annonce soit faite en présence de sa famille.	Patient sous le choc, décontenancé. Souhaite quitter l'hôpital .
Trace 9 Cas 1	Interne se sent coupable car n'a pas pris le temps de parler au neveu la veille du décès. Décès a eu lieu pendant le week-end, neveu non prévenu. Interne doit annoncer le décès au neveu deux jours plus tard, alors qu'il venait rendre visite à sa tante.	Neveu triste, déçu ne pas avoir pu être à son chevet.
Trace 9 Cas 2	Patient décède le jour de sa sortie. La chef demande de faire l'annonce par téléphone alors que l'interne n'est pas d'accord. Fille très proche du patient et très présente. Sentiment d'impuissance.	Fille sous le choc, effondrée, abattue.
Trace 10 Cas 1	NR	Aucune réaction des parents, aucune question.
Trace 10 Cas 2	Découverte malformation du foie du fœtus aux urgences. Le chef décrit les malformations à l'interne devant la mère, sans s'adresser à elle. Le chef annonce le RCIU et s'en va. L'interne se retrouve avec les parents mais ne connaît pas la pathologie, ni le pronostic. Interne mal à l'aise car le chef n'a pas fait preuve d'empathie.	NR
Trace 11	Première annonce de décès. Faut-il annoncer à la famille? par téléphone? Faut-il les faire venir? L'interne ne sait pas quels sont les critères pour annoncer de façon formelle le décès. Peur de la mort. Peur de mal faire. Impuissance et culpabilité. N'avait pas été formé et l'a très mal vécu.	Fils en larmes même s'il était préparé au décès de sa mère.
Trace 12	NR	Patient en pleurs, stressé. Patient qui se repose sur les décisions des médecins, coopératif.
Trace 13	Pas de RCP aux urgences, avis uniquement du sénior de refus de soins invasifs. Interne doit faire l'annonce seul à la famille alors qu'il est inexpérimenté. Famille non informée de la récurrence du cancer, donc choc brutal. Pas de décision collégiale.	Famille effondrée, n'était pas au courant de la récurrence. Initialement en désaccord avec la décision des médecins, puis acceptent l'absence d'acharnement thérapeutique.
Trace 14	La famille refuse la prise en charge chirurgicale car la patiente est trop âgée, mais elle a un bilan sanguin tous les deux jours. L'interne n'est pas d'accord avec la définition de soins de confort.	Famille refuse la prise en charge chirurgicale, souhaitent des soins de confort.
Trace 15 Cas 1	La patiente a une mauvaise représentation de l'insuline. Elle vit très mal le fait de devoir changer ses habitudes à son âge. Remise en question de tout le mode de vie de la patiente. Mère de la patiente décédée peu après le passage des ADO à l'insuline. Patiente qui sortait beaucoup, et qui n'osera plus sortir à cause de l'insuline. Interne très mal à l'aise lorsque la patiente se met à pleurer immédiatement après l'annonce.	Patiente effondrée, dans le refus des soins. Un mois plus tard, la patiente est beaucoup plus sereine.
Trace 15 Cas 2	Non respect du régime diabétique pendant l'hospitalisation. Regard fuyant du patient. Pas d'adhésion du patient aux propos de l'interne. L'interne a l'impression de ne pas être prise au sérieux.	NR
Trace 16 Cas 1	Annonce faite par le chef car l'interne ne savait pas comment faire. Le chef n'a pas demandé si la mère pouvait rester. Difficulté d'annoncer une maladie chronique aux urgences.	Patiente inquiète pour ses partiels (phénomène de déplacement). Sentiment de culpabilité immédiat pour la mère de la patiente.

Trace 16 Cas 2	Patient sans réaction, demande qu'on prévienne sa femme. Femme en pleurs, interne mal à l'aise. L'interne a envie de la rassurer donc il arrange la vérité pour véhiculer un message d'espoir.	Aucune réaction du patient. Le patient demande à l'interne de faire l'annonce à sa femme. Femme effondrée en pleurs.
Trace 17	Interne mal à l'aise, sourit. Elle décide de raconter de manière objective les faits depuis que la patiente est arrivée. Elle essaie de se protéger elle-même. Elle est surprise par la réponse de la petite fille sur la durée que cela peut prendre. Identification à une situation similaire. L'interne pense ne pas avoir pris assez de temps car beaucoup de monde aux urgences. L'interne est mal à l'aise de devoir annoncer qu'ils ne tenteront rien alors que la patiente était autonome.	Petite fille calme, seule, discrète.
Trace 18	Patiente et soignants ne s'attendaient pas à une pathologie cancéreuse, son lit en maladies infectieuses était même réservé. L'interne manque d'informations sur cette pathologie, n'a pas le temps de faire des recherches car est aux urgences. Elle ne pourra pas répondre aux questions sur le traitement, ni sur la poursuite de la grossesse, alors elle demande à sa chef de venir pour l'annonce. Patiente réagit peu, concentre ses questions sur le bébé. L'interne retourne dans le box pour s'assurer que la patiente a bien compris, même si elle a peu de notions sur la pathologie. Patiente seule sans famille dans la région hormis son mari.	Patiente s'inquiète uniquement pour le bébé (phénomène de déplacement).
Trace 19	L'interne ne connaît pas le patient décédé. La famille est déjà présente donc l'interne ne peut aller lire le dossier. Les infirmières de nuit ne connaissent pas la pathologie exacte ni la cause du décès. L'interne n'a jamais vu d'annonce de décès avant. Vue du cadavre difficile émotionnellement.	Famille triste mais également soulagée.
Trace 20	Le patient ne semblait pas angoissé, l'interne pensait qu'il voulait savoir la vérité. Il ne s'est pas rendu compte que pendant l'attente des résultats, le patient s'était refermé sur lui-même	Patient qui se doutait que la pathologie était grave. Patient initialement stoïque, courageux. Perte d'espoir et abandon secondairement.
Trace 21	L'interne pense que c'est cancéreux depuis le début de l'histoire clinique mais n'ose pas le dire à la patiente. Elle essaye de lui suggérer mais n'ose pas dire le mot "cancer". Première annonce, n'en avait pas vu avant. Elle pensait faire l'annonce avec son chef, mais il lui dit d'y aller seule. Aggravation rapide de l'état de la patiente difficile à gérer. Attachement émotionnel. Elle se sent incapable d'annoncer l'aggravation de l'état de la patiente à sa fille, donc demande à son chef de venir avec elle.	Patiente dans le déni pendant les examens. Sortie brutale du déni à l'annonce du cancer, choc émotionnel.
Trace 22	Les chefs décident que c'est à l'interne de faire l'annonce. Il accepte sans leur dire qu'il ne connaît pas bien cette pathologie. Il dit la vérité de façon abrupte: la patiente s'effondre en larmes. L'interne ne s'est pas préparé. Il n'a pas laissé de porte de sortie, y compris pour les thérapeutiques. Sœur de la patiente qui l'a consolé, donc l'interne peut fuir.	Effondrement complet de la patiente, en larmes. Consolée par sa sœur qui était présente pendant l'annonce.
Trace 24	Annonce d'un probable cancer du poumon à un patient qui a arrêté de fumer il y a un mois. L'interne croise la femme du patient dans le couloir, mais n'ose pas lui dire avant de le dire au patient lui-même. Font faire l'annonce par le pneumologue le lendemain. Le patient paraît choqué de l'apprendre par un autre médecin. Interne a adopté une stratégie d'évitement. Difficile d'annoncer un cancer aux urgences, manque de temps.	Femme du patient très anxieuse, pose beaucoup de questions. Choc à l'annonce du diagnostic, peu de réaction du patient et de sa femme.
Trace 25	Patiente apathique, qui est sûre d'avoir un cancer et qui dit vouloir "mourir en paix" pendant l'attente des résultats. Tous les proches de la patiente sont décédés d'un cancer. Son fils est handicapé et totalement dépendant suite à une	Patiente résignée, qui s'attend à avoir un cancer et qui ne veut pas de traitement.

	tumeur cérébrale. La patiente refuse initialement la chimiothérapie puis accepte pour son fils. Patiente décédée trois jours plus tard. Fils sans aucune aide sociale, laissé seul et perdu.	
Trace 26	Patiente qui s'exprime très peu, sa sœur parle à sa place. Annonce faite sur plusieurs jours. Interne gêné par l'absence de vérité immédiate, et l'information incomplète. Mais il a finalement compris qu'il n'était pas obligé de tout dire d'un coup, et qu'il pouvait s'adapter au rythme de la patiente.	Patiente initialement effrayée puis attitude passive. Ne pose aucune question.
Trace 27	Patient dont la sœur est décédée d'un cancer du sein et la femme a un cancer du sein avec métastases osseuses. Le patient ne semblait pas dans un état grave donc l'interne n'était pas préparé. Attachement émotionnel.	Patient calme, stoïque, courageux.
Trace 28	Interne attachée à la patiente. Elle est gênée de ne pas pouvoir lui donner les résultats. Difficulté à gérer l'angoisse de la patiente.	Patiente initialement dans le déni, puis attitude combattive.
Trace 29	Première annonce de maladie grave. Patient charmant tout comme sa femme : attachement. Patient sidéré qui garde le sourire. Il dit qu'il a tout compris et ne pose aucune question. Il demande aux médecins de prévenir sa femme. En réalité le patient était anxieux et insomniaque, mais il n'en a parlé qu'à l'équipe de soins palliatifs. Décès brutal du patient par défaillance multi viscérale difficile à accepter pour l'interne. Sentiment de culpabilité qui a disparu 15 jours après, suite à une discussion avec son chef.	Patient initialement dans le déni. Puis abattu et attitude passive, aucune réaction, aucune question.
Trace 30	L'interne parle du patient avec le brancardier, mais découvre à la fin que c'était un ami du fils. Le radiologue a fait l'annonce des lésions intracérébrales au patient. L'interne se retrouve obligée de faire l'annonce dans le couloir des urgences. Elle se sentait seule et était contente de pouvoir parler du dossier avec le brancardier. Se sent secondairement coupable.	Patient et sa famille très angoissés.
Trace 31	L'interne est surpris par la combativité du patient, il craint qu'il soit sous l'influence de ses enfants. L'interne est préoccupé par la qualité de vie du patient, en désaccord avec son choix.	Patient initialement calme à l'annonce, voire serein. Il développe secondairement une attitude combattive.
Trace 32	Patiente qui ne semble pas affectée par son cancer, reste en bon état général et volontaire. Attachante. Elle est autonome pour les actes de la vie quotidienne, et a pleine conscience de la situation. Décision de prise en charge palliative difficile à accepter par l'interne. Elle n'a pas prononcé le mot "palliatif" ni "décès", et n'a pas l'impression d'avoir été claire. Elle trouve que la patiente et sa fille ont trop bien réagi. L'interne ne sait pas si la patiente est résignée ou dans le déni.	Patiente et sa fille calmes, acceptent la prise en charge palliative.
Trace 33	Patient en très bon état général qui ne s'attend pas à une mauvaise nouvelle. Interne angoissé de ne pas pouvoir répondre aux questions du patient en attendant le résultat de la RCP. Le patient demande aux médecins de faire l'annonce à son fils dont il est très proche. Patient attachant.	Patient initialement abattu, puis regain d'espoir, acceptation et attitude combattive. Patient vivant seul et autonome jusqu'alors: l'atteinte à son autonomie sera très difficile pour lui.
Trace 34	Patient jeune donc difficile d'annoncer un cancer. Interne gênée par le fait que le patient paie sa consultation. Le patient parle tout de suite de sa fille, interne touchée, phénomène d'identification.	Patient sous le choc, dans l'incompréhension, très angoissé.
Trace 35 Cas 1	Annonce faite par le médecin traitant la veille. Patiente dévastée en larmes, émouvante.	Patiente dévastée, en larmes. Inquiète pour sa famille, peur de faire du mal à d'autres personnes. Patiente angoissée de transmettre sa maladie à sa famille
Trace 35 Cas 2	Premier constat de décès donc première réaction face à la mort. L'interne ne connaît pas la patiente, elle ne sait pas quoi dire. La nièce lui demande si la patiente l'a réclamée, l'interne est prise au dépourvu. La nièce n'a pas pu venir car sa propre fille est décédée : l'interne est abasourdie et ne sait pas comment réagir.	Nièce initialement sereine, soulagée. Puis sentiment de culpabilité de ne pas avoir été au chevet de sa tante. Effondrement émotionnel au téléphone.

Trace 36	Interne seul sans chef. Il ne sait pas comment expliquer au fils que sa mère est récusée de la réanimation. Interne surpris par la réaction du fils qui comprend très bien la situation. Attachement à la patiente et son fils.	Fils de la patiente calme, courageux.
Trace 37	Difficile pour l'interne de gérer la détresse du patient. Le patient ne s'attendait pas à avoir une pathologie grave, donc choc et incompréhension.	Patient sidéré, sous le choc. Puis patient déprimé. La famille du patient a une vision erronée des soins palliatifs, attitude défensive. Attitude passive du patient qui se laisse porter par sa famille.
Trace 38	Difficile pour l'interne de gérer ses propres représentations de la maladie et de ne pas les transmettre.	Attitude combattive du patient, ne se laisse pas abattre.
Trace 39 Cas 1	Interne gênée par l'annonce faite en présence de la voisine de chambre. Trop de personnes présentes d'après l'interne.	Patiente calme, courageuse, qui s'informe sur la prise en charge thérapeutique. Attitude combattive.
Trace 39 Cas 2	Difficile d'annoncer à la fille que le patient sera récusé de la réanimation s'il s'aggravait. L'interne pense que la fille n'a pas compris, donc elle utilise des mots "crus", puis culpabilise.	Fille du patient angoissée et triste.
Trace 39 Cas 3	L'interne ne connaît pas le patient décédé. Elle doit annoncer le décès par téléphone à sa fille. La fille a appelé la veille, son père était stable, elle n'est donc pas venue le voir. Elle est donc en colère contre le service et contre l'interne qui s'occupait du patient. Agressivité difficile à gérer par téléphone. La deuxième interne se sent coupable d'avoir donné une mauvaise impression à la fille. Elle va s'excuser auprès de la fille et s'effondre en larmes. Elle a besoin d'être rassurée. Elle est secondairement mal à l'aise de ne pas avoir su gérer ses émotions.	Fille choquée, effondrement émotionnel, incompréhension. Elle remet en question la compétence des médecins Le lendemain, attitude plus calme et compréhensive, elle console même l'interne.
Trace 40	La patiente a un niveau intellectuel élevé, elle est très lucide, sèche et froide dans son contact, sans méchanceté. L'interne est impressionnée par la patiente. Sentiment d'échec pour l'interne car n'arrive pas à soulager les nausées de la patiente. La patiente est distante avec les médecins, elle n'exprime pas ses émotions. Elle demande à l'interne d'être honnête et de lui dire s'il est possible que ce soit un cancer. L'interne a envie d'être honnête mais sa chef n'est pas d'accord. Elle n'arrive pas à apporter de réconfort à la patiente. Elle est donc mal à l'aise, sourit, essaie d'être sympathique alors que ce n'est pas approprié.	Patiente clairvoyante, se doute que la pathologie est cancéreuse. Elle semble déjà avoir accepté la maladie avant même d'avoir un diagnostic certain. A l'annonce du diagnostic, la patiente est triste, calme, résolue.
Trace 41	Le patient a arrêté de fumer il y a quelques mois. Il a très peur qu'on lui parle de cancer. Il a vu un proctologue il y a 4 mois qui n'a pas fait le diagnostic. Sensation de perte de chance, donc annonce d'autant plus difficile. Le patient est très anxieux, il appelle sans arrêt pour qu'on le rassure. Il devient secondairement attachant. L'interne n'ose donc pas lui faire le diagnostic mais le patient sent qu'on lui cache des choses. Altération de la relation de confiance médecin-patient. L'interne est déstabilisé par la représentation que le patient a du cancer : il pense que c'est contagieux et ne veut pas aller en oncologie. L'interne découvrira plus tard que le patient avait des ATCD psychiatriques, mais qu'il les cachait de peur d'être mal soigné.	Patient très angoissé, pose des questions dans le but d'être rassuré car se doute qu'il s'agit d'une pathologie grave. Toujours très angoissé à l'annonce de la maladie, se laisse porter par l'équipe médicale. Refuse de rentrer chez lui.
Trace 42	Patient avec troubles de la conscience donc l'annonce du pronostic est faite uniquement à la famille. Difficile pour l'interne d'accepter qu'en l'absence de biopsie, une prise en charge active est impossible. Donc encore plus difficile pour lui de l'expliquer à la famille. Refus des soins palliatifs par la famille, donc nouvelle RCP. Accord exceptionnel pour tenter radio-chimiothérapie. Décès du patient un mois plus tard.	Incompréhension de la famille, refus de la prise en charge palliative.

Trace 43	<p>Difficile pour l'interne d'annoncer à la femme que son mari est récusé de la réanimation. Première fois qu'elle doit faire une telle annonce. Elle est déstabilisée car l'hématologue était initialement pour la réanimation, alors que le chef des urgences et le réanimateur étaient contre. Elle est gênée car l'avis du patient n'a pas été pris en compte. Elle est troublée car la femme ne semble pas réagir, ne pose pas de question. Elle répète plusieurs fois pour s'assurer qu'elle a compris, jusqu'à ce que la femme pleure. L'interne se sent coupable, elle fond en larmes dès que la patiente sort. Elle ressent le besoin d'en parler à son chef et de lui dire qu'elle ne veut plus refaire une telle annonce. Elle s'est identifiée à la femme du patient, et a l'impression de lui avoir fait du mal. Elle culpabilise.</p>	<p>Femme du patient initialement sous le choc, impassible. Suite à l'insistance de l'interne, effondrement émotionnel, larmes.</p>
Trace 44	<p>Difficile pour l'interne de mentir au patient en attendant que le spécialiste vienne faire l'annonce. Elle culpabilise après l'annonce de lui avoir menti. Elle se sent impuissante face aux croyances du patient : il pense avoir été puni par Dieu. Elle passe tous les jours pour lui expliquer la transmission, le mode de vie, le traitement. Elle est émue car le patient l'a remercié de l'avoir aidé en quittant le service.</p>	<p>Patient replié sur lui-même, le vit comme "une punition de Dieu". Il est angoissé et déprimé. Au fur et à mesure des jours, il accepte de mieux en mieux la maladie.</p>
Trace 45	<p>La fille de la patiente pense que sa mère est toujours en rémission. Difficile pour l'interne de lui expliquer la décision de limiter les soins. La fille est très en colère contre l'oncologue. Elle n'arrive pas à croire qu'il n'y a aucun traitement à proposer, elle n'a plus confiance en l'oncologue ni en l'équipe des urgences. Détresse de la fille difficile à vivre pour l'interne. Sentiment d'impuissance. L'interne découvre plus tard qu'il y a une erreur d'âge et que la patiente n'a pas 74 ans mais 54 ans. Elle espère qu'il s'agisse d'une autre patiente puis s'effondre en larmes. Elle s'occupe de la patiente et de la fille pendant 48 heures jusqu'au décès. Interne en colère contre le cancer.</p>	<p>Famille sous le choc, n'était pas au courant de la récurrence. Puis effondrement émotionnel. Famille en colère, agressive, revendicatrice.</p>
Trace 46	<p>Famille très surprise du diagnostic et de la décision d'absence de traitement curatif. L'interne est troublé par la demande de la famille de ne pas informer le patient du diagnostic ni du pronostic. Le patient avait fait savoir qu'il ne voulait pas être mis au courant si on lui découvrait une maladie grave. L'interne a peur d'empêcher le patient de se préparer à son décès, doute sur cette décision.</p>	<p>Famille choquée et désespérée. Souhaite un autre avis.</p>
Trace 47	<p>L'interne doit appeler la patiente pour lui annoncer que ses résultats sont arrivés. Elle pensait faire l'annonce deux jours après, mais la patiente arrive par surprise. La patiente a initialement vu un autre médecin qui a prescrit la sérologie VIH, la patiente et l'interne ne se connaissent pas. L'interne a une représentation terrible de cette maladie et a du mal à s'en détacher. Elle demande à un autre docteur de l'accompagner pour faire l'annonce. Mais celui-ci lui laisse faire l'annonce. Elle est donc encore plus mal à l'aise, impression d'être jugée. Elle est déstabilisée par l'absence de réaction de la patiente. Elle ne parle pas des thérapeutiques. Elle se retrouve déstabilisée quand la patiente lui demande en tête à tête si elle va mourir. Elle culpabilise, elle trouve son annonce trop brutale. Elle se demande si le fait d'être à deux médecins ne rendait pas l'annonce de la maladie "plus grave". Elle s'est sentie démunie.</p>	<p>Patiente calme, impassible. Puis pleurs discrets. Elle s'inquiète de savoir si elle pourra faire des enfants (phénomène de déplacement) Enfin la patiente prend l'interne à part pour lui demander si elle va mourir.</p>
Trace 49	<p>Patient dans le déni de sa maladie cardio-vasculaire. Il ne s'attendait pas à un diagnostic aussi grave, il a du mal à faire confiance et à adhérer aux soins. L'interne reprend l'interrogatoire à la recherche de symptômes, pour expliquer et convaincre le patient.</p>	<p>Patient choqué, dans l'incompréhension. Acceptation progressive.</p>
Trace 50	<p>L'interne a la sensation de "détruire" la vie du patient. Il a regardé sur internet et sait que c'est un "cancer".</p>	<p>Patient très angoissé, pose beaucoup de questions sur le pronostic et la thérapeutique.</p>
Trace 51	<p>L'interne ne connaît ni la patiente ni sa famille. Le mari ne pose pas de question donc l'interne se demande s'il a bien compris. Elle est surprise par la question "est ce que tu entends quand on parle ?".</p>	<p>Famille triste, réservée. Mari satisfait de l'équipe médicale et de l'interne, reconnaissant.</p>

**Tableau 1.4 : Items, phrases et mots clés**

Trace 1	<p>« Je quittais la chambre avec l'impression mitigée d'avoir fait une annonce scientifiquement réussie mais humainement passable ».</p> <p>« j'insistais pour lui rappeler que nous ne l'abandonnions pas et que nous nous occuperions de tous ses symptômes gênants ».</p> <p>« je m'occupais du frère pour tenter de lui apprendre la nouvelle du décès de la façon la moins traumatisante ».</p>
Trace 2	<p>« J'espère pouvoir poursuivre ce travail au cours de mon stage ambulatoire : si il est difficile d'annoncer à un patient que l'on a pris en charge au cours d'une hospitalisation qu'il est atteint d'une maladie grave, l'apprendre à quelqu'un que l'on soigne depuis plus de vingt ans, est tout sauf un acte anonyme. Je pense que la façon d'aborder le patient doit être différente... ».</p>
Trace 3	<p>« Et là, j'ai eu la fierté d'avoir fait ce diagnostic la première semaine de mon stage, mais j'ai immédiatement ressenti une grosse culpabilité d'être fier de moi, car, quand je préparais l'internat et que j'ai travaillé sur cette affection, je me suis rendu compte du pronostic effroyable de cette maladie ».</p> <p>« Le médecin avec qui j'ai parlé au téléphone et qui a senti mon embarras sur ma conduite à tenir face à l'annonce du diagnostic au patient, m'a rassuré sur l'état de mes sentiments en m'apprenant qu'il s'agissait clairement du diagnostic le plus difficile à annoncer pour un neurologue ? ».</p>
Trace 4	<p>« Je ne peux m'empêcher de ressentir une impression d'inutilité. ».</p> <p>« regarde ses pupilles et me retourne vers sa première fille [...]. Je me retrouve alors avec le corps de Mme G., ses deux filles et son petit-fils. Je vis alors un grand moment de solitude où je me sens un peu intruse. ».</p> <p>« Nous sortons de la pièce pour laisser la famille ensemble. Je suis alors prise par l'émotion, l'infirmière m'emmène faire un tour dehors pour me consoler ».</p>
Trace 5	<p>« mais comment rassurer quand on sait que l'issue n'est pas très gaie ? ».</p> <p>« je me rends compte que j'aurais préféré ne jamais les voir car il allait maintenant falloir que quelqu'un les annonce au patient et à sa famille, et que le quelqu'un en question c'est moi ! ».</p> <p>« ne pourrais probablement pas répondre à toutes ses questions, ni lui donner toutes les informations sur la prise en charge qu'on peut lui offrir ».</p> <p>« c'est tout simplement difficile à dire. ».</p> <p>« Ce fut mon deuxième moment de solitude de la journée ».</p> <p>« mais la je ne peux pas me défilier, j'aborde donc la question du cancer avec le fils de Mr B avant même d'en avoir parlé au patient lui-même. ».</p> <p>« mais j'ai peur d'en dire trop ou pas assez, de leur donner trop d'espoir ou de les anéantir, je finis par me détacher en leur disant que seul un spécialiste pourra les renseigner de manière fiable et complète ».</p> <p>« j'en viens à me sentir coupable d'avoir été celle qui lui a dit ».</p>
Trace 6 Cas 1	Aucun item relevé.
Trace 6 Cas 2	<p>« j'avais eu alors le sentiment de passer le cap aigu... ».</p> <p>« triste et à la fois surprise et frustrée devant ce décès inattendu. En effet je pensais avoir réussi à garantir l'évolution favorable».</p> <p>« Je pense avoir demandé m'entretenir avec sa fille, pour elle, mais aussi pour moi, afin de pouvoir exprimer ma compassion et partager mon émotion avec elle car nous avons toutes les deux été surprises de l'évolution si brutale de la maladie ».</p>
Trace 7	Aucun item relevé.
Trace 8 Cas 1	« Comment introduire le mot « cancer » ? Comment dire qu'on ne possède aucun moyen de guérison ? Comment lui dire qu'il va mourir mais qu'on va faire en sorte de l'organiser dans les meilleures conditions ? Comment ne pas faire de transfert devant ce tableau familial et ce drame qui se dessine devant nous ? ».
Trace 8 Cas 2	Aucun item relevé.
Trace 9 Cas 1	« je m'en veux d'avoir été aussi pressée le vendredi soir et d'avoir « bâcler » l'entretien avec M.G ».
Trace 9 Cas 2	<p>« je pensais qu'annoncer une telle nouvelle par le téléphone n'était pas correct vis à vis de la famille. D'habitude, dans les autres services, on appelait en disant à la famille qu' « ils devaient venir rapidement car le patient s'était aggravé ».</p> <p>« Elle pousse alors un cri au téléphone qui me fit froid dans le dos. ».</p>
Trace 10 Cas 1	Aucun item relevé.
Trace 10 Cas 2	<p>« Dans le doute j'appelle le chef et n'informe pas les parents tout de suite. ».</p> <p>« Le sénior de garde arrive, il refait l'échographie, et m'explique devant la mère qu'il y a un RCIU sévère, avec un oligoamnios et une masse abdominale. ».</p> <p>« Je tente de leur réexpliquer exactement les malformations (sans trop savoir moi-même, quelles peuvent être les conséquences) et anomalies retrouvées, pour qu'ils comprennent ».</p>



Trace 11	« beaucoup d'appréhension ». « la peur de la mort, la peur de faire mal, un sentiment d'impuissance et de culpabilité, et surtout la peur de ne pas être à la hauteur ».
Trace 12	Aucun item relevé
Trace 13	« mais la manière dont cela a été décidé avec l'absence d'information claire de la famille, entraînant une annonce un peu brutale par un interne de premier semestre inexpérimenté, seul, et enfin une décision non collégiale de limitation de soins. ». « un mal-être et un sentiment de mauvaise prise en charge globale de la patiente et de sa famille, même si les décisions de fond étaient justifiées. ».
Trace 14	« Pour moi, la décision de non réanimation devrait être une prise en charge multi disciplinaire ».
Trace 15 Cas 1	« je ne savais d'ailleurs pas si je devais parler ou la laisser s'exprimer ».
Trace 15 Cas 2	« Il n'avait donc pas du tout entendu ce que je lui avais dit la veille ou alors n'avait pas voulu l'entendre... ».
Trace 16 Cas 1	« Lorsqu'il fallait annoncer le diagnostic de diabète à mademoiselle C. je suis partie voir mon sénior lui demander comment il fallait s'y prendre pour annoncer ce diagnostic ». « Malheureusement, mon chef n'a pas demandé à mademoiselle C. si sa mère pouvait rester. ». « Effectivement, la patiente adopte un des mécanismes de défense qui est le déplacement, elle déplace son attention sur ses partiels au lieu de s'intéresser à sa maladie. ».
Trace 16 Cas 2	« je désirais moi-même lui parler afin de pouvoir me tester, je voulais voir si j'étais capable de trouver les bons mots pour lui dire que ces masses n'étaient pas de simples kystes et qu'ils nécessitaient une exploration par ponction-biopsie. ». « Je ne savais absolument pas comment réagir, et surtout je ne savais pas quoi lui dire pour qu'elle ne soit pas si inquiète, et pour qu'elle cesse de pleurer. Je lui ai donc dit que ça ne voulait pas dire qu'il avait le cancer (même si au fond de moi je le pensais fortement) ». « Je pense que j'ai réussi à rassurer sa femme mais elle demeurait néanmoins très inquiète. ».
Trace 17	« Je décide d'y aller sans être trop stressé même si c'était la première fois. Je dois avouer que c'est surtout par excès de confiance que je n'hésite pas : la situation paraît simple. ». « tout s'embrouille, faut-il être direct comme on nous le conseillait (« n'utilisez pas de périphrases du type: il va nous quitter etc.. ») ou ne pas faire attendre ? ». « Ce qui m'a aidé et rassuré, c'est d'essayer de faire les choses au mieux pour moi. C'est peut être malhonnête mais je me sentais mieux du coup pour lui expliquer. Je voulais que par la suite je ne sois pas "hanté" par cette scène. ». « C'est le moment fatidique, je ne suis pas soulagé de l'avoir dit ni heureux. ». « ayant été personnellement confronté à une situation similaire, je lui ai répondu de la façon que j'aurais apprécié l'entendre. Pour une question qui est légitime, j'ai répondu de façon honnête "je ne sais pas, le vrai souci c'est de tout faire pour qu'elle soit bien" .Je ne saurais pas dire si elle s'est sentie rassurée, si elle a trouvé que j'ai été trop dure ou si je me suis planté, ou si j'ai eu la bonne attitude. ». « C'était probablement égoïste de le faire comme ça, en y repensant je ne pourrais pas dire que je n'ai pas de regret contrairement à ce que je voulais au début, je me dis heureusement que j'en ai. ». « J'ai plusieurs regrets ». « et j'ai dû couper court aux discussions. Je pense que sa petite fille avait encore besoin de me poser des questions. ». « savoir combien de temps elle allait rester dans cet état m'a perturbé ». « je n'ai pas assez pris en compte sa détresse. ».
Trace 18	« Je ne m'y attendais pas, je suis sous le choc ». « Mais cette fois je ne voulais pas y aller seule [...] je n'ai que très peu de notions et je vais être incapable de répondre aux questions que se posent la patiente sur la maladie, et d'autre part parce qu'il ne m'était encore jamais arrivé d'annoncer un diagnostic à une patiente aussi jeune, qui plus est, est enceinte, et cette fois encore je n'aurais pas su quoi lui répondre au sujet de la poursuite de la grossesse. ». « J'étais tellement peu confiante, que je ne voulais pas que la patiente le voit et panique. ». « il est toujours difficile de dire à une personne que ses projets de vie sont remis en cause. ».
Trace 19	« ce d'autant plus que je me sens obligée de réagir le moins possible pour garder une attitude professionnelle. Le décalage entre ce que l'on ressent et ce que l'on montre peut s'apparenter à un refoulement. ». « Je sens souvent ce décalage avec le recul, en me rendant compte que je repense souvent à ces patients et à ces situations [...] et qu'elles me semblent toujours irréelles et bien plus désagréables dans mon souvenir que je n'ai l'impression de les avoir ressenties sur le coup. ». « Premièrement, je ne connaissais pas cette patiente, avant de rentrer dans sa chambre, je me suis retrouvée coincée » « pour effet de rajouter encore un peu plu à mon état de nervosité ». « Mon annonce n'a pas été une catastrophe. Je ne pense pas avoir mal fait. ».
Trace 20	« ma surprise fut immense ».

	« Du fait de ma petite expérience en soins palliatifs acquise au cours d'un stage précédent, je n'étais pas angoissée ».
Trace 21	« Intérieurement, je panique, comment annonce-t-on un cancer ? Les jours précédents, j'avais bien essayé de préparer la patiente à ce probable diagnostic ». « Je finis par sortir de sa chambre mal à l'aise. ». « Enfin, je me sentais moins seule ». « mon chef en lui disant que je ne voulais pas recevoir la fille toute seule, que c'était trop difficile à gérer, mais que je voulais assister à l'entretien. ». « Toute la difficulté est là : n'être ni trop proche de ses patients, ni trop distant. Dans le code de déontologie, il est écrit de faire preuve d'empathie. Mais où est le juste milieu ? On dit qu'avec le temps, on se blinde. C'est certainement vrai, mais est-ce toujours une bonne chose ? Le restant du stage, j'ai pris soin de ne plus m'impliquer autant émotionnellement, de mettre une certaine « barrière » entre eux, les patients, et moi, le docteur. Mais parfois, en sortant des chambres, je me trouvais trop distante. ».
Trace 22	« me permettant ainsi de me retirer ou disons le franchement de fuir et de les abandonner ».
Trace 23	« Cette patiente est restée longtemps hospitalisée dans le service et je me suis attachée à elle. ». « Le décès de cette patiente qui a été brutal et l'échec de la RCP m'ont beaucoup touchée, d'autant plus que c'était vraiment inattendu, que la patiente allait beaucoup mieux comparée à son arrivée dans le service et que j'avais souvent eu l'occasion de rencontrer sa fille. ». « j'ai préféré ne pas mentir à la fille, de lui dire tout de suite que sa mère était décédée, mais j'ai essayé de m'assurer qu'elle n'était pas seule, qu'elle était entourée, car on ne sait pas comment vont réagir les gens à l'annonce d'un décès de leur proche, et la situation est d'autant plus difficile quand on l'annonce à distance ».
Trace 24	« Je ne suis pas du tout à l'aise, nous sommes dans le couloir bruyant des urgences, Monsieur C. sur un brancard, restant muet, sa femme debout à ses côtés, ne cessant de parler comme pour calmer ses angoisses, ne le laissant pas s'exprimer. ».
Trace 25	«c'est un cancer c'est ça?», impossible de répondre oui sèchement alors je fais semblant de ne pas avoir entendu ». « Cette situation m'a fait prendre conscience que notre prise en charge à des conséquences sur les patients mais aussi sur leur entourage. Le plus difficile a été de constater que madame G a toujours donné l'impression de savoir qu'elle avait un cancer, qu'elle allait mourir rapidement et qu'il était inutile de la traiter. Elle laisse cependant derrière elle un fils désorienté que je n'ai pas été en mesure d'aider concrètement ».
Trace 26	« Un frisson m'envahit suivi d'une vague de questions ». « Je l'examinais prudemment, il ne fallait pas que mon empathie ne soit perçue comme de la pitié ou ne les amène à trop d'interrogations pour le moment... ». « J'ai laissé mon senior répondre, quelque part soulagée de ne pas être à sa place... ».
Trace 27	« c'est la panique, je n'arrive pas à identifier la cause de ses problèmes ». « Je fus, à ce moment la abattu. Tout comme moi, il devait s'attendre à tout sauf à ça. Et puis annoncer une telle nouvelle au milieu des urgences me semblait vraiment inapproprié ». « Mon moral était au plus bas ». « J'ai pensé à lui toute la nuit, le lendemain, je me précipitais sur un ordi pour découvrir que malheureusement, le patient avait été transféré en réanimation à Melun ».
Trace 28	« Pour ma part, je savais que le pronostic était sombre, je ne pouvais pas et ne devais pas me montrer trop rassurante, en même tant, je me devais et lui devais d'afficher une certaine confiance, une sorte de neutralité positive, un peu soucieuse car empreinte d'empathie. Je ne me sentais bien évidemment pas légitime en tant qu'interne de devancer la consultation d'annonce. Pourtant j'estimais la patiente en droit d'être informée lorsqu'elle le demandait. Mais alors que ma première réaction fut de condamner mon senior pour son manque de disponibilité, j'ai réalisé à quel point ces quelques jours étaient finalement nécessaires au cheminement psychologique de la patiente. ».
Trace 29	« .On a tendance à vouloir protéger le patient (et nous même !) d'une annonce trop brutale ». « Je sors de la chambre perplexe, me demandant si j'ai bien dit tout ce qu'il faut au patient, s'il a bien compris les enjeux de l'hospitalisation. Pas sûr, mais je me dis que je le reverrai demain, aujourd'hui j'ai beaucoup trop de choses à faire dans le service pour m'attarder sur ces interrogations. ».
Trace 30	« Je suis d'ailleurs assez soulagée de pouvoir en parler avec le brancardier, j'ai l'impression qu'il me soutient vue l'annonce que je vais devoir faire. ». « Ne trouvant aucun box de libre et devant les regards inquisiteurs de la famille et du patient je me sens donc obligée de leur annoncer le diagnostic de progression de la maladie ou autre lésion dans le couloir des urgences ».
Trace 31	« Au vu de la réaction première du patient face à sa maladie je m'attendais à un refus catégorique de soins, mais le patient était rentré dans la phase de combativité et sous l'influence de sa famille et des médecins oncologues il avait décidé de se battre contre la maladie (mais avait il vraiment envie de ces investigations et de passer le temps qui lui restait à l'hôpital ? Ne l'avait on pas convaincu a ses dépends ?) ».
Trace 32	« Je suis « déçue » qu'elle ne puisse pas bénéficier d'une prise en charge chirurgicale [...] cela signifie qu'elle est en palliatif. Cette patiente à première vue est en bon état général, elle est autonome pour les activités de la vie quotidienne, elle n'est pas démente ». « ne rien pouvoir lui proposer qu'une tentative de traitement de son syndrome occlusif est difficile à accepter. Mais je dois rester malgré tout le médecin, je vais donc voir la patiente ainsi que sa fille pour leur annoncer le diagnostic et la prise en charge médicale que nous lui proposons et que pour cela, elle doit être hospitalisée. ». « Je suis très étonnée de la réaction de cette patiente et de sa fille, elles n'ont pas réagi à l'annonce que je venais de faire. ». « Aurais-je dû être plus claire ? Prononcer le mot « mort » ? Je ne suis pas encore à l'aise pour annoncer les mauvais pronostics vitaux des personnes lorsque cela n'était pas attendu ».

	« Ai-je été trop agressive à leur répéter que la pathologie était grave ? Si elles avaient bien compris ce que je leur ai annoncé, est ce que je n'ai pas été trop agressive à leur répéter la gravité de la pathologie pour leur « tirer » une expression me permettant de savoir qu'elles ont compris la pathologie. ».
Trace 33	« C'est là qu'il a compris qu'on suspectait quelque chose de grave. Nous avons multiplié les examens complémentaires et chaque jour son inquiétude devenait de plus en plus grande mais en tant que médecins nous ne pouvions pas lui fournir de diagnostic tant que les explorations n'étaient pas terminées ».
Trace 34	« Lorsqu'il a parlé de sa fille et qu'il a dit qu'il pensait à elle surtout...cela m'avait vraiment touchée... ». « De plus une des difficultés que j'aurai rencontrée, c'est de faire payer la consultation...je pense que si j'avais été toute seule et que le patient n'avait pas sorti de lui même sa carte bancaire, je ne lui aurai pas demandée. ».
Trace 35 Cas 1	Aucun item relevé.
Trace 35 Cas 2	« c'est alors paniquée et incapable de réfléchir que je compose le numéro. ». « Tout en parlant, je savais pertinemment que je n'annonçais pas le décès comme il aurait fallu mais j'ai été incapable de faire autrement. ». « Je raccroche en me sentant coupable ».
Trace 36	« je suis vraiment à l'aise dans mon rôle d'interne des urgences, je gère bien les situations d'urgences, je sens que les infirmières me font confiance. J'ai déjà plusieurs fois fait face à la mort, chez des patients en fin de vie, ou des patients dit non réanimatoires après avis du réanimateur ». « Et lorsque ca m'est arrivé, force est de constater que j'ai été pris au dépourvu... ». « je suis submergé d'une émotion que jusque là je n'avais jamais ressenti pour un patient. Le courage de ce fils qui comprend qu'on n'ira pas au bout de l'acharnement thérapeutique pour sa mère, associé à ma première annonce d'un pronostic fatal à une famille, le tout dans ce contexte d'urgence, me touche énormément, je n'arrive pas à prendre de distance vis à vis de tout ca, et pour la première fois depuis que je suis interne je craque ».
Trace 37	« Au terme de mes recherches, j'ai été étonné, voire presque choqué de voir que certaines réactions de soignants que je jugeais isolées ne l'étaient pas, et de voir que moi-même, je suis passé par au moins trois des neuf mécanismes de défense des soignants décrits. Je pensais que mes émotions, mes ressentis étaient un peu à part. Bien au contraire, j'ai pu percevoir qu'étant soignant, j'ai réagi comme tel. ».
Trace 38	« Il ne s'agit pas de ma première annonce de maladie grave en tant qu'interne. Mais celle-ci a été compliquée, chez un patient qui ne comprenait pas vraiment ce qui lui arrivait ». « Le plus difficile pour ma part fut de gérer mes propres émotions, face à l'impact psychologique de cette maladie et de ce qu'elle entraîne. ».
Trace 39 Cas 1	« Je me dis qu'il faut que je me calme pour que la fille du patient puisse me faire confiance. Je veux qu'elle sente que malgré mon statut d'interne, je suis apte à gérer la situation dans le calme alors que ma tête entre en ébullition. ». « Les points difficiles de l'annonce d'aggravation : -mon sentiment de solitude, j'aurais aimé que Dr H. reste avec moi pour parler avec la fille. -mon inexpérience que j'espère ne pas avoir laissée sentir à la fille de Monsieur R. -mon sentiment d'impuissance quant à l'évolution de l'état de santé du patient. ».
Trace 39 Cas 2	« je me suis demandée si les paroles ou la façon dont j'ai amené l'annonce du décès ont été appropriées avec la fille de Mr B, si j'avais eu du tact et de l'empathie ou au contraire si j'avais été brusque dans mes propos et si elle s'en souviendrait toute sa vie « de l'interne qui lui avait annoncé le décès de son père comme quelqu'un d'insensible... » « Les points difficiles : -sentiment de solitude -manque d'expérience d'annonce de décès au téléphone ».
Trace 39 Cas 3	« Je ne comprends pas ! Comment la fille du patient a-t-elle pu ressentir cela de ma voix au téléphone ? Ai-je pu être moqueuse dans une telle situation ? La fille a-t-elle réinterprété notre conversation au téléphone après l'annonce du décès de son père ? ». « Pendant tout ce temps, debout derrière mon chef de service, je lutte contre mes larmes pour paraître professionnelle et ressasse sans cesse la conversation téléphonique de la veille avec la fille de Monsieur B. ». « . A ce moment-là, je ne réfléchis pas, je fonce et je demande aux filles laquelle j'ai eu au téléphone la veille. J'explique ensuite à la fille concernée que je ne comprends pas comment elle a pu percevoir notre conversation ainsi, que je suis désolée, que ce n'était pas du tout mon intention de paraître moqueuse. Je suis bouleversée et elle aussi ; je fonds en larmes ». « J'ai fait ce que je pensais être juste sur le moment. J'espère pouvoir me renforcer à l'avenir et acquérir plus de sagesse et de recul dans ces situations. ». « les internes se sentent très seules... Nous n'avons pas reçu de préparation spécifique par l'équipe du service à notre arrivée. Et nous ne bénéficions pas de séances de débriefing après les situations complexes. ». « Seules la présence et l'écoute de nos co-internes et de certaines infirmières nous ont permis de tenir le coup, émotionnellement parlant. Dans ces moments, nous n'avions que très peu de recul et nous nous sommes naturellement identifiées aux patients et à leurs familles ».
Trace 40	« Je n'arrivais à apporter à Mme L. aucun réconfort ni sur le plan somatique (je n'arrivais pas à soulager ses nausées) ni sur le plan psychologique elle refusait de rencontrer les psychologues et ne se confiait pas à moi. Ce sentiment d'impuissance vis-à-vis de cette patiente était manifeste. ».

	<p>« Je n'étais pas à l'aise avec cette patiente. Elle était très sèche. ».</p> <p>« D'un point de vue théorique je m'interdisais de lui parler de cancer sans preuve histologique mais d'un autre côté je me sentais tiraillée. ».</p> <p>« J'ai eu l'impression de mieux la respecter en prenant cette décision. Elle m'a remercié de mon honnêteté, et à partir de là nos rapports ont été un peu plus simples à gérer pour moi. Elle me respectait désormais mais restait froide, hermétique à toute discussion sur ses affects ».</p> <p>« J'étais mal à l'aise avec cette patiente, j'essayais de lui sourire pour lui apporter un peu de réconfort mais je n'avais pas l'assise neutre et bienveillante que dégageait l'oncologue. Je pense avoir tenté de m'approcher plus de la sympathie que de l'empathie ».</p>
Trace 41	<p>« Au fil des jours, ce patient que je trouvais « envahissant » au début s'est révélé très attachant. J'ai progressivement compris ses angoisses et ses mécanismes de défense. Je pense que j'ai progressivement acquis sa confiance par le temps passé à l'écouter et à répondre à ses questions. ».</p> <p>« Sous couvert de ne pas faire l'annonce diagnostic un vendredi soir, je me suis retrouvée à devoir annoncer une intervention sans être très claire (car comment parler de port-à-cath si on ne parle pas de cancer ou de traitement ?). ».</p>
Trace 42	<p>« Il a été tout d'abord très difficile pour moi d'accepter la décision de RCP car je ne la comprenais pas. Je trouvais cela impossible de ne rien proposer comme prise en charge active même si nous ne connaissions pas la nature exacte de la tumeur. Cela était difficile pour moi de trouver les arguments justes afin d'expliquer à la famille cette décision collégiale. ».</p> <p>« Cette expérience m'a permis de prendre conscience du caractère unique de chaque relation du médecin à son patient. ».</p> <p>« J'ai été beaucoup touché par la relation de confiance qui est née entre notre équipe, le patient et sa famille. ».</p>
Trace 43	<p>« j'hésite car c'est une chose que je n'ai jamais faite. ».</p> <p>« Bref je vais être médecin, j'aurai ce genre de chose à faire par moi-même donc je me lance car le contenu de ce que je dois dire n'est pas très compliqué, ce qui est difficile c'est comment je vais pouvoir le dire. ».</p> <p>« dévastée ».</p> <p>« Je sors pleurer et reviens au déchochage m'occuper de l'AVP. La vie continue, les malades affluent et il faut passer à autre choses et s'occuper des autres patients ».</p>
Trace 44	<p>« Il était difficile pour moi de ne pas lui dire les résultats ».</p> <p>« Je ne savais pas si le patient me croyait ou bien se doutait de quelque chose. ».</p> <p>« Je m'en voulais de n'avoir rien pu faire ni pu lui dire quoi que ce soit tout au long de la semaine ».</p> <p>« Je voulais m'assurer qu'il allait bien, savoir s'il avait compris ce que les médecins lui avaient dit, ce qu'il savait de la maladie et dans quel état d'esprit il se trouvait ».</p> <p>« Je n'avais pas fait attention aux croyances ni au vécu des patients. Ainsi, je comprenais sa réaction ».</p> <p>« Je fus très émue et contente d'avoir pu l'aider et le rassurer ».</p>
Trace 45	<p>« Me voilà un peu démunie, j'ai une patiente qui se dégrade et je ne vois pas ce que je peux faire pour l'aider ».</p> <p>« Enervée, triste pour cette famille qui va passer la nuit aux urgences, pensant que je ne la reverrai pas vivante le lendemain ».</p> <p>« La gestion de la détresse ainsi que le sentiment d'impuissance sont psychologiquement durs à vivre. ».</p> <p>« Je m'effondre un peu, elle me rassure en me disant que j'ai fait beaucoup de choses pour cette patiente et cette famille, je me suis battue ».</p> <p>« C'est ma première situation d'annonce, la gérer est difficile, trouver les mots, répondre aux interrogations, admettre les limites de la médecine, laisser les personnes s'exprimer, respecter les silences».</p> <p>« Ils s'effondrent. Je sors de la chambre, et m'effondre à mon tour. Je me dis qu'ils vont me détester de leur avoir parlé à ce moment-là. Elle décède aux portes, triste endroit pour mourir dignement. Triste endroit pour qu'une famille se recueille. ».</p> <p>« Cette nuit-là nous avons eu trois décès aux urgences, je rentre chez moi, et je n'ai qu'une envie : oublier. Mais j'ai encore trop de questions, je suis en colère contre le système hospitalier, je suis en colère contre cette hyperkaliémie, je suis en colère contre l'infirmière d'accueil, je suis en colère contre l'oncologue référent qui n'était pas là. ».</p> <p>« Je suis surtout en colère contre ce cancer qui a gagné la partie, qui l'aurait gagnée même sans ces imprévus. ».</p>
Tracé 46	<p>« En effet, même s'il est légitime que le patient puisse souhaiter rester dans l'ignorance d'un diagnostic, d'autant plus que sa famille le souhaite, est-ce vraiment bénéfique de rester dans l'ignorance d'une maladie fatale ? Ne l'empêche donc pas ainsi de se préparer à la mort, d'exprimer ses dernières volontés. Est-ce la chose la plus juste à faire ? ».</p> <p>« De plus, c'était une de mes premières annonces d'un diagnostic fatal : avais-je fait les choses correctement ? ».</p>
Trace 47	<p>« Ai-je été aussi neutre au téléphone que ce que je voulais ? Avait-elle perçu quelque chose dans ma voix ? Ou était-elle seulement inquiète des résultats susceptibles d'être mauvais » « Je ne me sens pas de le faire seule ».</p> <p>« Je m'aperçois que je n'ai encore jamais annoncé de séropositivité VIH à un patient... Ma représentation de cette maladie est tellement négative et chargée d'images terribles, d'angoisses, que je préfère être accompagnée pour l'annonce. ».</p> <p>« Je réussis à regarder la patiente à ce moment là. C'est dur. J'attends une réaction, une expression, des pleurs, un cri, La patiente reste calme, acquiesce, reste à l'écoute. Elle ne peut pas parler. Elle ne dit pas un mot, n'exprime rien sur son visage. L'annonce est violente. ».</p> <p>« Aurais-je dû introduire la consultation par quelques informations générales sur les sérologies, le VIH, les possibilités de traitement ».</p> <p>« Au final, je me sens un peu mal à l'aise en début de consultation avec un médecin expérimenté à mes côtés. J'ai l'impression d'être jugée, de mal faire, de mal choisir mes</p>

	<p>mots. ».</p> <p>« J'ai du mal à être aussi positive que lui, à être aussi encourageante. Pourtant il a peut-être raison. Mais, à cet instant et pendant quelques minutes, j'imagine la douleur de la patiente... Je me mets à sa place, comment aurais-je réagi ? Je ne veux même pas y penser une seconde ».</p> <p>« Je vais mourir, c'est ça ?... La question vient tellement brutalement, peut-être aussi abruptement que l'annonce que je venais de lui faire. ».</p> <p>« Je suis rassurée ».</p>
Trace 49	<p>« Doucement il a commencé a me poser des questions sur l'intervention ; avec mes quelques connaissances j 'ai essayé de lui répondre ».</p> <p>« Par ailleurs, il y a le coté émotionnel à gérer. Cette personne initialement dans le déni que j'avais vu la veille m' a semblé très attachante . Il a été difficile pour moi de gérer cet émotion. Le patient est resté surpris et ébahi pendant quelques secondes ».</p> <p>« Que faire ? je suis médecin il allait que je reste dans un rôle bon ; le consoler non ».</p> <p>« J'ai essayé de rester neutre tout en étant empathique. même si au fond de moi cette annonce me faisait mal pour lui ».</p>
Trace 50	Aucun item relevé
Trace 51	« est-ce qu'elle entend quand on lui parle ? J'étais très embêté à ce moment là car je n'avais pas la réponse à cette question ».

## Annexe 2 : Distribution du volume de mots dans les traces d'apprentissage analysées. Valeurs détaillées

Numéro de trace	Titre	Introduction	Narration	Problématique	Théorie	Conclusion	Bibliographie	Nombre total de mots
Trace 1	0	0	1070	0	0	0	0	1070
Trace 2	0	0	627	35	1713	320	51	2746
Trace 3	0	0	1015	0	730	130	0	1875
Trace 4	0	0	1131	230	538	0	12	1911
Trace 5	0	0	1169	33	1539	101	53	2895
Trace 6	0	0	956	54	1592	41	16	2659
Trace 7	0	0	602	155	1112	136	57	2062
Trace 8	0	0	1826	76	4027	0	0	5929
Trace 9	0	28	1311	0	1495	124	23	2981
Trace 10	0	0	747	23	1891	228	104	2993
Trace11	0	0	472	62	1666	116	152	2468
Trace 12	0	0	1046	75	2356	138	130	3745
Trace13	11	0	704	24	1642	385	146	2912
Trace 14	0	0	407	237	3296	135	77	4152
Trace 15	0	50	1296	196	1744	0	42	3328
Trace16	0	0	1412	0	1304	0	13	2729
Trace 17	0	46	1190	14	505	49	20	1824
Trace 18	0	0	1643	0	3108	0	9	4760
Trace19	9	0	1009	131	0	0	28	1177
Trace 20	0	0	371	36	844	0	34	1285
Trace 21	0	0	911	0	0	0	64	975
Trace22	0	0	429	79	719	194	0	1421
Trace 23	0	0	767	463	384	69	0	1683
Trace 24	0	0	766	192	3236	240	330	4764
Trace 25	0	0	889	76	1191	100	0	2256
Trace 26	4	0	879	93	683	77	45	1781
Trace 27	0	0	830	0	133	209	39	1211
Trace 28	0	90	632	0	2506	41	32	3301
Trace 29	0	0	1798	56	2189	0	138	4181
Trace 30	0	0	633	13	768	0	37	1451
Trace 31	0	0	1095	157	576	0	0	1828
Trace 32	0	0	1187	154	1027	0	56	2424
Trace 33	0	27	1313	582	1657	0	87	3666
Trace 34	0	0	1383	33	475	247	50	2188
Trace 35	0	0	912	15	1981	501	41	3450
Trace 36	8	0	1270	42	458	190	0	1968
Trace 37	0	196	1157	0	2232	429	39	4053
Trace 38	0	0	595	42	418	116	29	1200
Trace 39	0	54	3976	341	1685	68	27	6151
Trace 40	0	0	1251	113	944	184	16	2508

<b>Trace 41</b>	0	0	2235	617	0	0	21	2873
<b>Trace 42</b>	0	0	1562	40	782	444	51	2879
<b>Trace 43</b>	0	0	1360	1089	2196	304	26	4975
<b>Trace 44</b>	0	0	1414	52	2372	262	106	4206
<b>Trace 45</b>	0	0	1848	41	816	0	93	2798
<b>Trace 46</b>	0	0	698	61	2309	0	168	3236
<b>Trace 47</b>	0	0	1708	20	1850	123	77	3778
<b>Trace 49</b>	10	0	864	57	570	264	314	2079
<b>Trace 50</b>	0	0	661	301	850	93	73	1978
<b>Trace 51</b>	0	0	800	62	1184	127	0	2173
<b>Total</b>	42	491	55827	6172	67293	6185	2926	138936
<b>Numéro de trace</b>	<b>Titre</b>	<b>Introduction</b>	<b>Narration</b>	<b>Problématique</b>	<b>Théorie</b>	<b>Conclusion</b>	<b>Bibliographie</b>	<b>Nombre total de mots</b>
<b>Moyenne</b>	<b>0,84</b>	<b>9,82</b>	<b>1116,54</b>	<b>123,44</b>	<b>1345,86</b>	<b>123,7</b>	<b>58,52</b>	<b>2778,72</b>
<b>Pourcent</b>	<b>0,03%</b>	<b>0,35%</b>	<b>40,18%</b>	<b>4,44%</b>	<b>48,43%</b>	<b>4,45%</b>	<b>2,11%</b>	<b>100,00%</b>

## **RESUME**

### Introduction

Annoncer au patient une mauvaise nouvelle est une expérience difficile et douloureuse pour les internes. Le Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA) est un moyen d'apprentissage permettant de décrire une situation clinique et ses problématiques, puis d'en faire une analyse théorique et critique pour mieux y répondre. Cette étude a pour but d'évaluer la pertinence des RSCA dans le vécu et la compétence de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, mais également d'analyser la structure même des RSCA.

### Méthode

Cinquante RSCA ont été sélectionnés au hasard dans la base de données du DMG de l'université Paris 7 à partir du mot clé « annonce de mauvaise nouvelle ». Dans un premier temps nous avons fait une analyse quantitative de la structure des RSCA, à partir de grilles de lectures. Dans un deuxième temps, une analyse qualitative des récits cliniques a été réalisée par la mise en valeur de phrases clés et d'items, et la mise en évidence de problématiques.

### Résultats

Le récit représente en moyenne 40 % de l'ensemble du RSCA, et l'analyse théorique 48 %. La conclusion et la bibliographie sont les parties les moins constantes. Certains RSCA comportent deux cas cliniques. Les situations cliniques se passent majoritairement en milieu hospitalier et la pathologie cancéreuse est la plus évoquée, suivie de l'annonce de décès. Pour assumer ces situations, les internes se sentent peu préparés, souvent seuls et vulnérables. Ils souhaiteraient bénéficier d'une formation plus approfondie et plus pratique.

### Conclusion

Le RSCA permet à l'interne d'appréhender les difficultés rencontrées lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, et de se créer des lignes de conduite pour les prochaines, afin qu'elles soient mieux vécues par le patient mais aussi par l'interne lui-même. Cet enseignement est pertinent mais pas suffisant. Il semble bénéfique de le compléter par des mises en situations pratiques et des groupes de paroles centrés sur ce sujet.

Mot Clés : Annonce d'une mauvaise nouvelle, traces d'apprentissage, RSCA, vécu des internes, solitude, manque de formation



## PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse

Université *Paris Diderot*

Le Professeur *Max Buzowski*

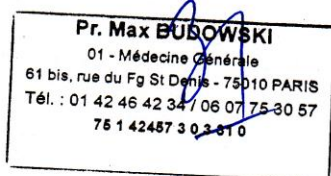
VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Date *le 26/07/2016*



VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7  
et par délégation

Le Doyen



Philippe RUSZNIEWSKI

## **RESUME**

### Introduction

Annoncer au patient une mauvaise nouvelle est une expérience difficile et douloureuse pour les internes. Le Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA) est un moyen d'apprentissage permettant de décrire une situation clinique et ses problématiques, puis d'en faire une analyse théorique et critique pour mieux y répondre. Cette étude a pour but d'évaluer la pertinence des RSCA dans le vécu et la compétence de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, mais également d'analyser la structure même des RSCA.

### Méthode

Cinquante RSCA ont été sélectionnés au hasard dans la base de données du DMG de l'université Paris 7 à partir du mot clé « annonce de mauvaise nouvelle ». Dans un premier temps nous avons fait une analyse quantitative de la structure des RSCA, à partir de grilles de lectures. Dans un deuxième temps, une analyse qualitative des récits cliniques a été réalisée par la mise en valeur de phrases clés et d'items, et la mise en évidence de problématiques.

### Résultats

Le récit représente en moyenne 40 % de l'ensemble du RSCA, et l'analyse théorique 48 %. La conclusion et la bibliographie sont les parties les moins constantes. Certains RSCA comportent deux cas cliniques. Les situations cliniques se passent majoritairement en milieu hospitalier et la pathologie cancéreuse est la plus évoquée, suivie de l'annonce de décès. Pour assumer ces situations, les internes se sentent peu préparés, souvent seuls et vulnérables. Ils souhaiteraient bénéficier d'une formation plus approfondie et plus pratique.

### Conclusion

Le RSCA permet à l'interne d'appréhender les difficultés rencontrées lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, et de se créer des lignes de conduite pour les prochaines, afin qu'elles soient mieux vécues par le patient mais aussi par l'interne lui-même. Cet enseignement est pertinent mais pas suffisant. Il semble bénéfique de le compléter par des mises en situations pratiques et des groupes de paroles centrés sur ce sujet.

Mot Clés : Annonce d'une mauvaise nouvelle, traces d'apprentissage, RSCA, vécu des internes, solitude, manque de formation