



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**ANNÉE 2017 N°376**

**L'ANNONCE DU DÉCÈS PAR L'INTERNE DE MÉDECINE**

**ÉTUDE TRANSVERSALE DESCRIPTIVE RÉALISÉE AUPRÈS DES  
INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA FACULTÉ DE  
MÉDECINE LYON EST ET DE LA FACULTÉ DE  
MÉDECINE ET MAÏEUTIQUE LYON SUD**

**\*\*\*\*\***

**THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
Et soutenue publiquement le mardi **14 NOVEMBRE 2017**  
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

**Antoine CARRETERO**  
Né le 05 décembre 1988 à Laval (53)

**Sous la direction du Docteur Thierry FARGE**

# UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1

---

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND

## SECTEUR SANTE

UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

## SECTEUR SCIENCE ET TECHNOLOGIES

UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

# Faculté de Médecine Lyon Est

## Liste des enseignants 2016/2017

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire

Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rymlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

### **Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe**

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie

Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

Flori	Marie
Letrilliat	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

### **Professeurs associés de Médecine Générale**

Lainé	Xavier
-------	--------

### **Professeurs émérites**

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe**

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques

Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe**

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

### **Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe**

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

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

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

# REMERCIEMENTS

## Au Président de Jury et de Thèse :

- **Monsieur le Professeur Yves ZERBIB** : médecine générale

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter et de présider cette thèse. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements pour votre présence, vos conseils, votre disponibilité et votre bienveillance.

## Aux membres du Jury de Thèse :

- **Monsieur le Professeur Pierre KROLAK-SALMON** : médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie

Soyez assuré de mes plus sincères remerciements pour votre présence dans le Jury. L'aide apportée par les psychologues de votre service m'a été précieuse. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Je vous prie d'accepter l'expression de mon profond respect.

- **Madame le Professeur Liliane DALIGAND** : psychiatre ; médecine légale

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté, sans me connaître, d'être membre de Jury pour mon travail de thèse. J'espère que vous aurez apprécié lire mon travail. Soyez assurée de ma profonde gratitude et de ma considération respectueuse.

## À mon directeur de Thèse :

- **Monsieur le Docteur Thierry FARGE** : maître de conférences de médecine générale

Je vous présente encore ma plus profonde gratitude pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre gentillesse, pour avoir su m'orienter dans ce travail, pour m'avoir apporté votre expérience et vos conseils avisés pour la rédaction et pour la soutenance.

## Aux chefs de services de mes stages hospitaliers :

- **Madame le Docteur Claude ZAMOUR**

Pour votre accueil, votre bienveillance et votre soutien lors de mes débuts d'internat.

- **Madame le Docteur Christelle MISCHIS**

Pour votre accompagnement tout au long de mon stage et votre enseignement.

- **Monsieur le Docteur Gilles PIERRE**

Pour votre accueil chaleureux, votre gentillesse et vos enseignements.

- **Monsieur le Docteur Jean-François AUPETIT**

Pour votre accueil au sein de votre service, votre confiance et votre considération.

À mes maitres de stage ambulatoire :

- **Monsieur le Docteur Christian BRAILLON**

Pour la grande richesse de la formation à vos côtés, sur l'activité ambulatoire, les connaissances médicales mais également votre ouverture intellectuelle et culturelle. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis.

- **Monsieur le Docteur Clément SKLADANEK**

Pour votre accueil et votre accompagnement au sein de votre cabinet médical.

- **Monsieur le Docteur Nicolas PROTHON**

Pour votre enseignement toujours pertinent et juste, vos encouragements et votre confiance. Votre manière d'exercer et votre rigueur sont un modèle pour moi.

- **Monsieur le Docteur Christophe PIGACHE**

Pour la confiance que vous m'avez porté pour prendre soin de vos patients durant mon stage et pour mes premiers remplacements. Merci également pour vos enseignements.

À l'équipe de psychologues de l'hôpital des Charpennes :

- **Madame HUSSON, madame CAZORLA et madame DEVEZE**

Merci pour le temps et l'aide que vous m'avez accordé dans l'élaboration de mon questionnaire.

## À ma famille :

- **À ma mère** : tu m'as toujours soutenu dans mes choix et tu m'as donné les moyens de réussir. Même si j'essayais de cacher les dates de mes partiels, tu les devinais et tu avais toujours le mot juste pour m'encourager. Le sujet de ma thèse fait écho à tout ce que nous avons traversé, j'ai continué l'externat et l'internat avec ton souvenir, tu étais tous les jours une source d'inspiration et encore aujourd'hui. Tu étais avec moi pour mon inscription à la faculté de médecine, j'aurai aimé t'avoir à mes côtés le jour de ma soutenance et te rendre fière. Même si aujourd'hui tu me manques toujours terriblement, je pense bien fort et tendrement à toi.
- **À mon père** : pour l'éducation et les valeurs que j'ai reçu, pour le goût pour la musique et tout ce que tu m'as transmis. Mais aussi pour toute l'aide et le soutien que tu m'as apporté dans des instants difficiles, quand je suis arrivé sur Lyon et quand j'ai débuté l'internat à Valence. Merci de m'avoir accueilli tant de fois à Valence et de m'avoir permis de faire les stages que je voulais entre Lyon et la Drôme.
- **À mes sœurs** : Laurène et Manon que j'aime tant, nous formons tous les 3 une si belle fratrie, toujours unis même si nous ne sommes pas à côté les uns des autres et si vous faites bien souvent tièp ! Je vous embrasse mes sœurs adorées trop tich.
- **À toute ma famille** : mes grands-pères, mes grands-mères, mes oncles et mes tantes et tout le reste de la famille, même si nous nous voyons beaucoup moins maintenant, je pense bien souvent à vous.
- **À Justine** : mon amour. Je t'ai trouvé et je ne te lâcherai pas ! Tu as été ma plus belle rencontre, tout le chemin de Tours jusqu'à Romans m'a mené jusqu'à toi et pour ça je ne regrette aucun de mes choix et ne changerai rien à mon parcours. Je t'ai fait découvrir la Drôme, la montagne, le ski, toi la lilloise fraîchement débarquée dans la région. Nous nous sommes cherchés et nous nous sommes trouvés dans l'intimité et la chaleur de ce petit monde à part de l'internat et dans la découverte de la ville des Lumières. Tu m'as transmis ton goût pour le voyage, de la découverte de la Croatie et notre petite bulle à Mljet, en passant par nos aventures Sri Lankaises, la découverte du Québec et les baleines du Saint Laurent et prochainement New York, la Floride et pleins d'autres belles aventures à venir. Merci pour ton soutien indéfectible pendant l'internat, pour réussir à me supporter au quotidien, pour tout l'amour que tu me donnes et pour rendre ma vie plus belle et plus douce jours après jours. Je suis heureux de partager ma vie avec toi et j'espère réussir à te rendre tout ce bonheur. Nous avons encore plein de belles choses à découvrir et à construire ensemble, notre histoire continue sous le beau soleil de cette Drôme qui nous a réuni.

## À mes proches, mes amis :

- **Teddy, Thomas, Charline** : Teddy pour avoir toujours été à mes côtés quelques soient les circonstances, depuis l'école primaire jusqu'à maintenant et bien que nos chemins nous aient éloignés géographiquement, rien ne change dans notre amitié si précieuse. Thomas pour nos 3 années de lycée ensemble et notre amitié bien au-delà et la belle bande d'abrutis qu'on forme à 3. Charline pour ton soutien pendant mon année de carré et nos longs samedis à la BM. Mais aussi et surtout pour tous ces moments qu'on a su préserver tous ensemble et qui m'ont permis de sortir la tête des bouquins et de respirer, pour nos premières vacances entre potes, pour votre soutien dans des instants tragiques, pour tous ces beaux moments de nos vies, passés, présents et à venir...
- **Maxime, PAC, Claire, Leïla, Adeline, Charles, Capucine, Perrine, Elodie, Brunot, Nathalie, Anne-Laure, Emilie, Carole** : pour toutes ces belles années et ces supers soirées à la fac de Tours, le WEI, le faluchage, le parrainage, les soirées médecine, les sous colles et les conférences avec Charles, pour les vacances qu'on a pu faire ensemble... Et bien sûr Maxime pour nos débuts, perdus à Lyon et aux urgences !
- **Pierre et Marie** : pour notre trio d'enfer, tous ces fous rires en stage, notre entraide, nos premières gardes ensemble au SAU Trousseau ou en stage en pédiatrie, les nombreuses soirées et tous les bons souvenirs que j'en garde !
- **Léa, Philippine et Tiffanie** : pour avoir partagé ensemble les bancs du grand amphitheâtre pendant la première année, notre travail d'équipe pour la prise de note qui m'a grandement aidé pour réussir le concours, les heures incalculables passées ensemble à travailler, en salle de TD, à la BU, les colles jusqu'à pas d'heure...
- **À l'internat de Valence** : pour les débuts d'interne tous ensemble dans ce grand n'importe quoi de l'internat, les soirées, les améliorés et surtout toutes ces belles rencontres, trop nombreuses pour être toutes citées :)
- **À l'internat de Romans** : pour ce super semestre dans cette grande colo des Romanos, les soirées déguisées, les repas, les anniversaires, les sorties ski, la chorale et toutes ces amitiés qui y sont nées notamment Laura, Flo, Camille, Guillaume, Consti, Amanda, Christelle, Marine, Mathias, JP, Laura... Mention spéciale pour Eléonore ma super co-interne pendant notre stage de pédiatrie !
- **À Inès, Guillaume et Emeric** : pour la meilleure équipe de co-internes qui soit ! Ce stage était génial grâce à vous 3 !
- **Méloïdie** : pour la confiance que tu me portes et pour m'avoir permis de débiter mon activité libérale dans ton cabinet et dans de si bonnes conditions.

# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	17
I. INTRODUCTION .....	18
II. PROBLÉMATIQUE .....	20
II.1. La mort .....	20
II.1.1. Définitions .....	20
II.1.2. Vu par le médecin .....	21
II.1.3. Vu par la famille .....	22
II.2. Mortalité .....	23
II.2.1. Hospitalière .....	23
II.2.2. Ambulatoire .....	23
II.3. L'interne .....	24
II.3.1. Les études de médecine en France .....	24
II.3.2. Qu'est-ce qu'un interne ? .....	25
II.4. L'enseignement .....	26
II.4.1. L'enseignement en premier cycle .....	26
II.4.2. L'enseignement en deuxième cycle .....	27
II.4.3. L'enseignement en troisième cycle .....	39
II.4.4. Après l'internat .....	30
II.5. Cadre légal du décès .....	30
II.5.1. Déclaration de décès .....	30
II.5.2. Constat de décès .....	31
II.5.3. Certificat de décès .....	31
II.6. Le deuil .....	33
II.6.1. Définition .....	33
II.6.2. Deuil normal .....	34
II.6.3. Deuil pathologique .....	35
II.7. L'importance de l'annonce .....	36
II.7.1. La mort en médecine .....	36
II.7.2. Qui doit annoncer ? .....	36
III. MATÉRIEL ET MÉTHODE .....	38
III.1. Recherche bibliographique .....	38
III.2. Modalité d'enquête .....	39
III.2.1. Type d'étude .....	39
III.2.2. Définition de la population .....	39

III.2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	39
III.2.4. Elaboration du questionnaire.....	39
III.2.4.1. Première partie : population étudiée.....	40
III.2.4.2. Deuxième partie : l'annonce du décès .....	40
III.2.4.3. Troisième partie : la formation.....	41
III.2.4.4. Quatrième partie : ouverture .....	41
III.2.5. Diffusion du questionnaire.....	41
III.3. Analyse statistique.....	41
IV. RÉSULTATS.....	42
IV.1. Population interrogée.....	42
IV.1.1. Participation.....	42
IV.1.2. Exclusion .....	42
IV.1.3. Données biographiques .....	42
IV.1.3.1. Age.....	42
IV.1.3.2. Sexe ratio .....	43
IV.1.3.3. Semestres .....	43
IV.2. Première partie : la confrontation à l'annonce .....	44
IV.2.1. Expérience de l'annonce.....	44
IV.2.2. Première annonce.....	45
IV.2.3. Patient à charge.....	45
IV.2.4. Patient inconnu .....	45
IV.2.5. Circonstances d'annonce.....	45
IV.2.6. Fréquence des annonces.....	46
IV.2.7. Personne à prévenir.....	46
IV.2.8. Moyen d'annonce.....	47
IV.2.9. Difficultés ressenties .....	47
IV.2.10. Source de difficultés.....	48
IV.2.11. Espace de parole .....	49
IV.2.12. Besoin d'en parler .....	49
IV.2.13. Regret.....	49
IV.3. Deuxième partie : la formation.....	50
IV.3.1. L'externat.....	50
IV.3.2. L'internat.....	50
IV.3.3. Compétence .....	50
IV.3.4. Participation à une formation .....	51
IV.4. Troisième partie : les remarques libres.....	52
IV.4.1. Nombre de réponses .....	52

IV.4.2. Les remarques.....	52
IV.5. Résultats croisés.....	54
V. DISCUSSION.....	55
V.1. Apports de l'étude.....	55
V.2. Forces de l'étude.....	55
V.3. Faiblesses de l'étude .....	55
IV.3.1. Le questionnaire .....	55
IV.3.2. La portée des résultats .....	56
IV.3.3. Le fond et la forme .....	57
V.4. Méthodologie .....	57
V.5. Les résultats.....	57
V.5.1. La population .....	57
V.5.2. La fréquence.....	58
V.5.3. Les circonstances d'annonce.....	59
V.5.4. Les difficultés .....	59
V.5.5. Espace de parole.....	61
V.5.6. Regrets .....	61
V.5.7. La formation.....	62
V.5.8. La compétence .....	62
V.6. Données de la littérature .....	63
V.6.1. Premier article.....	63
V.6.2. Deuxième article .....	64
V.6.3. Troisième article .....	65
V.6.4. Quatrième article .....	66
V.6.5. Cinquième article .....	66
V.7. Entraînements et échanges .....	67
V.7.1. Jeux de rôles .....	67
V.7.2. Groupe d'échanges de pratiques .....	68
V.7.3. Groupe de pairs .....	68
V.7.4. Groupe Balint.....	68
V.8. Application à la médecine générale.....	69
V.8.1 Décès en ambulatoire.....	69
V.8.2 Le médecin généraliste et le décès de ses patients .....	70
V.8.3 Savoir repérer un deuil et l'accompagner.....	71
V.9. Des outils pour bien annoncer.....	72
V.9.1. Comment annoncer ? .....	72
V.9.2. Aide pour faire une annonce .....	74

V.10. Mention dans les médias et nouveaux médias .....	74
V.10.1 Exemples de blogs de médecins.....	75
V.10.2 Articles dans les médias .....	75
V.11. Ouverture .....	76
VI. CONCLUSION .....	77
VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	79
VIII. ANNEXES .....	84
VIII.1. Annexe 1 : Le questionnaire (format traitement de texte) .....	84
VIII.2. Annexe 2 : Verbatims des réponses courtes à la question N°18 .....	88
VIII.3. Annexe 3 : Plaquette – Aide à l’annonce .....	91

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

BDSP : base de données de santé publique

CépiDc : centre épidémiologique sur les causes médicales de décès

CiSMeF : catalogue et index des sites médicaux de langue Française

CSP : code de santé publique

CSCT : certificat de synthèse clinique et thérapeutique

DES : diplôme d'étude spécialisé

DFASM : diplôme de formation approfondie en sciences médicales

DFGSM : diplôme de formation générale en sciences médicales

ECN : Epreuve classante nationale

EHAPD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FFI : faisant fonction d'interne

FMC : formation médicale continue

GEP : groupe d'échange de pratiques

HAS : haute autorité de santé

IGAS : inspection générale des affaires sociales

INED : institut national d'études démographiques

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : institut de veille sanitaire

LMD : licence master doctorat

MeSH : medical subject headings

ONVF : observatoire national de la fin de vie

PACES : première Année Commune aux Etudes de Santé

SUDOC : système universitaire de documentation

# I INTRODUCTION

Au cours de sa formation, le médecin en devenir apprend et acquiert les compétences nécessaires pour soigner ses patients. Mais soigner est différent de guérir, soigner c'est également écouter, soulager, accompagner et parfois jusqu'à la mort. Au cours de ces apprentissages théoriques, l'étudiant en médecine assimile une quantité importante de savoirs, en passant par les sciences fondamentales jusqu'à la sémiologie pratique. Il développe son arsenal de connaissances, le plus souvent issu de preuves scientifiques, dans le modèle occidental de l'Evidence Based Medecine [1] afin de l'utiliser dans l'intérêt de ses patients.

Pour les médecins, la mort d'un patient est souvent vécue avec un sentiment de tristesse, d'injustice voir de culpabilité [2] bien que cela soit à nuancer en fonction des circonstances, de l'âge, de la pathologie... Mais la mort constitue l'inexorable finalité de la vie et avec le vieillissement croissant de la population, le rapport à la mort s'est profondément transformé en médecine depuis quelques décennies avec notamment le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement à la fin de vie [3]. Néanmoins la mort est assez peu enseignée sur les bancs de la faculté, l'acquisition du savoir est essentiellement scientifique à l'exception peut-être des sciences humaines, faisant partie des programmes en première et deuxième année, mais peut être à un moment trop précoce des études. L'étudiant est encore bien loin du contact avec le patient et des responsabilités liées à ce statut.

La naissance de chaque individu est actée par un certificat de naissance, c'est à ce moment-là que débute notre reconnaissance par la société par la délivrance d'un état civil. Le décès d'un individu, quel que soit son âge doit faire l'objet d'un constat de décès [4] réalisé lors d'un examen clinique dispensé par un docteur en médecine durant lequel il s'assurera de la mort apparente et durable. Il existe différents types de morts notamment le cas particulier de la mort encéphalique (définie dans un cadre légal strict) [5] mais au final, le constat de décès, la rédaction d'un certificat de décès et à fortiori l'annonce du décès incombe à toute personne titulaire d'un doctorat en médecine. Les connaissances sur ce sujet sont universelles.

Il est enseigné de manière théorique et pratique l'apprentissage des gestes de réanimation, les gestes qui sauvent mais qu'en est-il de la préparation des futurs médecins à leur confrontation avec la mort, la mort d'un autre être humain, la mort de leurs patients ? Le statut de médecin n'étant obtenu qu'au cours de la 6<sup>ème</sup> année de médecine, être le médecin référent d'un patient pour un étudiant n'est en pratique atteint que lors du troisième cycle des études médicales, autrement appelé l'internat. L'étudiant obtient alors le statut d'interne avec toutes les

responsabilités qui l'accompagne et se retrouve propulsé de manière brutale dans son nouveau rôle à l'hôpital. Il suffit de discuter avec les internes pour se rendre compte qu'ils se sentent bien souvent seuls et livrés à eux même face à des situations complexes et nouvelles pour eux et qui nécessiteraient un accompagnement par un médecin sénior. Cela est encore plus vrai lors des premières gardes de nuit, où l'interne est la plupart du temps seul sur place, avec un sénior d'astreinte à son domicile mais avec la consigne officieuse de ne pas le déranger. C'est dans ces circonstances que l'interne est le plus souvent confronté à des décès.

Ce travail de thèse consiste donc en une étude quantitative descriptive des situations et des comportements des internes de médecine générale confrontés à l'annonce de décès. Cette enquête de pratique permettra d'évaluer la fréquence des annonces de décès, le ressenti des internes face à cette tâche, les situations auxquelles ils sont confrontés, l'accompagnement et la préparation dont ils disposent.

**L'objectif principal de ce travail sera donc de répondre à la question :**

« Quelles sont les situations les plus fréquemment rencontrées par les internes de médecine générale lors de l'annonce du décès d'un patient à la famille et aux proches ? ».

L'objectif secondaire sera de mettre en évidence les principales difficultés rencontrées et proposer des éléments de réflexion, d'ajustement et des solutions pour améliorer l'accompagnement et les outils dont les internes disposent pendant leur formation.

## II PROBLÉMATIQUE

### II.1. La mort

#### II.1.1. Définitions

La mort est définie dans la langue française [6] de la façon suivante :

- *Perte définitive par une entité vivante (organe, individu, tissu ou cellule) des propriétés caractéristiques de la vie, entraînant sa destruction.*
- *Cessation complète et définitive de la vie d'un être humain, d'un animal*
- *Terme de l'existence de quelqu'un, considéré comme un moment du temps, une date*

On retrouve la notion d'un temps, d'une date, la mort fait partie d'une étape de la vie, elle n'échappe à personne, chacun y sera confronté à un moment ou à un autre de sa vie. L'être humain est mortel et il le sait d'avance à la différence des animaux. Cette approche de la mort peut se faire pour certains de manière indirecte avec la perte d'un proche, d'un être cher ou bien de manière directe avec la confrontation à sa propre mort.

Il existe également une définition juridique de la mort [7] :

*« La mort de la personne humaine est définie juridiquement par le Code de la santé publique. Elle consiste, soit dans l'arrêt cardiaque, soit dans l'état de mort cérébrale qui désigne l'arrêt irrémédiable de toutes les activités du cerveau bien que la respiration et les battements du cœur puissent être maintenus artificiellement. »*

Les articles du CSP sur lesquels cette définition s'appuie sont les suivants [8] :

- **Article R 1232-1** : pour l'état de mort apparente.
- **Article R 1232-2** : pour l'état de mort encéphalique avec ventilation assistée.

D'un point de vue médico-légal il existe également plusieurs types de mort comme la mort clinique (mort apparente), la mort encéphalique, la mort subite (décès inopiné d'un individu en bonne santé apparente qui reste d'origine naturelle et pour les trois quarts d'origine cardiaque [9]), la mort naturelle, la mort suspecte, la mort violente, la mort inexplicée.

## II.1.2. Vu par le médecin

Certaines spécialités sont plus pourvoyeuses de décès de par la gravité des pathologies traitées et leur mauvais pronostic (on pense notamment à la cancérologie, les urgences ou la réanimation). Le réanimateur est fréquemment confronté à l'annonce de la mort ou du décès imminent, il existe d'ailleurs en France le réseau Famiréa qui réalise des études portant sur le vécu des familles des patients hospitalisés en réanimation (FAMIREA XVII), suite à l'annonce d'un état de mort encéphalique (FAMIREA XXI) ou l'impact d'une lettre de condoléances (FAMIREA XXII).

Du côté de la médecine générale, une étude qualitative de 2012 [10] met en lumière la solitude que peuvent ressentir les médecins généralistes dans leurs cabinets. Contrairement à l'hôpital où le service fonctionne avec plusieurs médecins et une équipe paramédicale, le médecin généraliste reste seul face à sa patientèle, la perte de son patient et il a le plus souvent à charge la famille du patient décédé. Au sujet de la formation, les médecins interrogés rapportent tous l'absence de formation au cours des études universitaires sur l'accompagnement en fin de vie (population diplômée entre 1977 et 2010) et qu'ils se sont formés essentiellement par un apprentissage personnel émanant de leurs propres expériences mais également de leurs lectures (littéraires, philosophiques, anthropologiques...). Il existe également dans le cadre des FMC des formations sur les soins palliatifs qui peuvent apporter des aides.

Dans une autre étude [2], les médecins « *considèrent que la gestion du deuil fait partie de leur travail. Ils bénéficient eux-mêmes de peu de soutien en ces circonstances, [...], un environnement moins solitaire par rapport à ces évènements pourrait utilement soutenir le médecin généraliste. Une formation sur le thème incluant les aspects socioculturels et psychologiques de ce moment de la vie contribuerait à professionnaliser l'aide apportée par le médecin au patient et à sa famille* ».

Certaines solutions existent tout de même pour rompre avec cette solitude comme le travail dans un cabinet de groupe, une maison de santé pluridisciplinaire, maintenir des relations proches avec les infirmières de secteur ou encore participer à des groupes de parole (pairs, Balint...) afin de verbaliser sur ses expériences ce qui constitue un précieux soutien.

Pascal Neveu, psychanalyste et auteur de « *Revivre même quand on est terrassé* » [11] explique que le « *médecin n'a pas le droit de faiblir. A l'avenir, il faudra que la gestion du deuil pour les jeunes généralistes soit mieux accompagnée* ».

### II.1.3. Vu par la famille

La Loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner [12]) a posé les grands principes sur les droits à la personne. Elle précise que l'information et le consentement du patient constituent tant un droit pour ce dernier qu'une obligation forte pour le praticien.

La Loi du 22 avril 2005 (loi Léonetti [13]) relative aux droits à la fin de vie impose que la volonté du patient soit respectée à tout moment. Mais dans le cas où ce dernier ne serait plus en capacité de l'exprimer, le corps médical se tournera alors vers la famille pour connaître sa décision à titre consultatif. Le patient peut aussi nommer une « personne de confiance » qui sera alors le premier interlocuteur et en droit de parler pour le patient et de prendre les décisions à sa place. Il n'existe cependant pas d'éléments bien établis sur les droits à l'information de la famille et des proches d'un patient, les informations médicales faisant l'objet du secret professionnel et de la base de la relation de confiance qui unie un patient à son médecin. Il existe donc une différence importante entre le droit des patients et le droit des proches.

Dans une brochure éditée par le réseau Saint-Louis en 2008 [14], il est dit que « *le terme de proche renvoie à une réalité subjective et affective mais aussi à une notion légale. Subjectivement, peut être dite proche toute personne de l'entourage d'un patient, ce qui est assez vague. Aussi la loi du 4 mars 2002 a-t-elle cherché à analyser la notion et distingue ainsi dans l'entourage du patient la famille, la personne de confiance, les ayants droit et enfin le proche au sens restreint* ». La violation du secret médical est sanctionnée d'un point de vue pénal. « *Cependant, des dérogations légales existent et se justifient par la considération de la volonté du patient ou de son état. Lorsque le patient est en état d'exprimer sa volonté, il peut autoriser le médecin à donner des renseignements aux personnes qu'il désigne ou qui l'accompagnent lors des consultations. Sauf opposition de sa part, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret ne fait pas toutefois obstacle à ce que la famille, les proches ou la personne de confiance reçoivent de la part du médecin des informations qui vont leur permettre de lui apporter un soutien* ».

« *En principe le secret médical fait obstacle à ce que le dossier médical d'un patient soit consulté par des tiers y compris les proches et la personne de confiance. Toutefois, après son décès la loi prévoit que ses ayants droit peuvent avoir accès au dossier lorsque cela leur est nécessaire dans trois circonstances :*

- *Connaître les causes du décès*
- *Défendre la mémoire du défunt*
- *Faire valoir leurs droits* ».

## **II.2. Mortalité**

L'observatoire national de la fin de vie a rendu un rapport en 2011 appelé « Fin de vie : un premier état des lieux » [15].

### **II.2.1. Hospitalière**

L'étude menée par l'ONFV en collaboration avec le CépiDc entre 1990 et 2008 montre que le nombre de décès à l'hôpital est prépondérant et stable passant de 58,1% à 57,7% en vingt ans. Ce sont donc près de 3 français sur 5 qui décéderont à l'hôpital.

Il existe un gradient Nord – Sud, les décès se produisent plus souvent à l'hôpital dans le nord de la France que dans le Sud malgré un ajustement statistique sur certaines variables. Ce gradient s'explique par le degré d'urbanisation et la densité d'offre hospitalière. En résumé, plus la région est urbanisée et dotée de structures hospitalières, plus la proportion de décès à l'hôpital est forte. A l'inverse, plus l'offre médico-sociale est forte, plus la proportion de décès à l'hôpital est faible.

Le rapport de 2009 de l'IGAS sur la mort à l'hôpital [16] confirme ces résultats. Environ 58% des français meurent dans un établissement de santé, 49,5% en hôpital public et 8,4% en clinique privée. Les hôpitaux publics assurent 62% des séjours globaux des malades et comptabilisent 78% des décès car ils concentrent plus de services de spécialités médicales et d'urgences – réanimation plus pourvoyeurs de décès que les spécialités chirurgicales.

Rappelons que les 3 premières causes de décès en France en 2006 et qui sont toujours les mêmes en 2015 (source : CépiDC INSERM selon CIM 10) sont en premier lieu les tumeurs malignes, puis les maladies circulatoires (coronariennes, AVC...) puis les causes externes (suicides, accidents de la voie publique...).

### **II.2.2. Ambulatoire**

Cette même étude de l'ONFV montre que les décès à domicile ont diminué au profit des décès en maison de retraite. La proportion de décès à l'hôpital a diminué pour la classe d'âge des 90 ans et plus au profit du décès à domicile. Il se produit 27% de décès à domicile et 11% en maison de retraite, ces derniers sont plus importants chez les femmes car elles meurent plus âgées et sont plus nombreuses en maison de retraite.

## II.3. L'interne

Pour mieux comprendre la place de l'interne dans la chaîne de soin en France, il est important de définir son rôle, le parcours qu'il a dû effectuer pour y arriver et ce qu'il lui reste à faire.

### II.3.1. Les études de médecine en France

Les études médicales en France ont connu un changement depuis la rentrée universitaire 2010 – 2011 dans le cadre de la réforme LMD Santé. Le concours d'entrée se déroule à l'issue de la première année également appelée PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé) qui concerne les futurs médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes.

#### **Le premier cycle des études médicales dure 3 ans :**

- Première année : PACES (L1)
- Deuxième année : DFGSM2 (L2)
- Troisième année : DFGSM3 (L3)

Il est axé sur les sciences fondamentales, les sciences humaines, l'introduction à la sémiologie, l'anglais médical, l'initiation aux soins infirmiers et aux fonctions hospitalières. La validation de ces 3 années délivre le DFGSM (Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales), reconnu au niveau licence et permet l'accès au second cycle des études médicales.

#### **Le deuxième cycle des études médicales dure 3 ans :**

- Quatrième année : DFASM1
- Cinquième année : DFASM2
- Sixième année : DFASM3

Il correspond à la suite des enseignements théoriques et cliniques en alternance avec la mise en pratique avec une participation à l'activité hospitalière sous forme de stages supervisés dans différentes spécialités médicales mais également par la participation à des stages ambulatoires chez le médecin généraliste. Ces 3 années d'études sont également appelées « externat ».

En sixième année, une épreuve d'Etat organisée dans chacune des facultés de médecine suivant un programme national permet de valider le CSCT (Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique). Cela permet d'obtenir le titre de médecin, donne le droit d'accès au poste de FFI (faisant fonction d'interne) et donne le droit de prescrire et d'exercer la médecine sous la

supervision d'un maître de stage docteur en médecine. La validation de la sixième année permet l'obtention du DFASM (Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales), reconnu au grade de master et permet l'entrée en troisième cycle en fonction du résultat aux Epreuves Nationales Classantes informatisées de médecine (ECNi) en place depuis 2016.

### **Le troisième cycle des études médicales :**

Il dure minimum 3 années (découpées en semestres) pour le D.E.S. (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de médecine générale, 4 années pour d'autres spécialités médicales et jusqu'à 5 années pour les spécialités chirurgicales et certaines spécialités médicales.

Durant cette période également appelée « internat » l'étudiant en médecine a le statut d'interne. Il exerce alors l'activité de médecin sous la responsabilité d'un chef de service dans différentes structures (hôpital, cabinet, clinique) en fonction des postes ouverts par l'ARS. Parallèlement aux obligations de stages, l'interne a des obligations universitaires tout au long de son internat afin de valider le DES à l'issue de ces 3 années.

Il doit notamment rendre compte de l'enrichissement de son savoir et de sa formation par le biais de compétences enrichies [17] :

- Relation, communication, approche centrée-patient
- Approche globale, complexité
- Education en santé, prévention, dépistage
- Premiers recours, urgences
- Continuité, coordination, suivi
- Professionnalisme

L'interne doit également faire la preuve de son autonomie notamment concernant la formation médicale continue (FMC).

### **II.3.2. Qu'est-ce qu'un interne ?**

Un interne, « qu'est-ce que c'est ? » [18], tout le monde peut trouver la réponse en faisant une brève recherche sur internet. Notamment cette définition : « *l'interne en médecine est un étudiant de troisième cycle des études médicales (après la sixième année) qui exerce à l'hôpital ou, parfois, en cabinet ou en clinique, sous la responsabilité d'un médecin senior. Sa formation dure entre 3 et 5 ans.*

*Il peut prodiguer des soins médicaux, pratiquer des interventions chirurgicales, travailler en laboratoire ou dans un service de radiologie. Il est placé sous la responsabilité du chef de service et il doit rendre compte de tous ses actes à un médecin senior référent ».*

D'un point de vue légal, le statut de l'interne était défini par l'arrêté du 8 octobre 2010 [19] transposé dans le CSP, modifié à plusieurs reprises notamment le 26 février 2015 :

- **Article R6153-2 :**

*I. - L'interne est un agent public.*

*Praticien en formation spécialisée, il consacre la totalité de son temps à sa formation médicale, odontologique ou pharmaceutique en stage et hors stage.*

*II. - En stage, l'interne est sous la responsabilité du praticien responsable de l'entité d'accueil. Ses obligations de service comprennent huit demi-journées par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur le trimestre.*

- **Article R6152-2-5 :**

*L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.*

L'interne est donc un praticien, un médecin apte à examiner, soigner, prescrire mais il reste encore en formation et de nombreuses compétences ne s'acquièrent que par l'expérience et la confrontation à des situations cliniques réelles. Il a un devoir d'autoformation (par l'intermédiaire notamment de la FMC) mais il doit également bénéficier d'un accompagnement par ses maîtres qui doivent agir de manière bienveillante et confraternelle avec lui.

## **II.4. L'enseignement**

### **II.4.1. L'enseignement en premier cycle**

Avant la réforme de la LMD Santé, en première année de médecine (PCEM1), la seule matière non scientifique dispensée dans les facultés de médecine était « Les sciences humaines ». Les enseignants pouvaient être d'origines variées (neurologues, psychiatres, philosophes...). Avec l'arrivée du PACES, cet enseignement est dispensé dans l'unité d'enseignement 7 (UE 7) intitulée Santé Société Humanité.

Par exemple, la faculté Paris Descartes décrit son programme concernant l'UE 7 [20] :

Volume horaire de 31,5 heures réparties en 21 cours et séparées en 2 parties.

- Partie Santé, Société, Humanité : approche multidisciplinaire de la personne, philosophique, psychologique, sociologique et médicale mais également un aspect de médecine légale, d'éthique médicale et de droits de la santé.
- Partie Santé Publique : organisation des soins, santé à l'échelle d'une population, éducation à la santé.

Depuis la réforme, l'actuelle DFGSM2 doit aussi comporter dans son programme un enseignement en rapport avec les sciences humaines. Là encore, en exemple, la faculté Paris Descartes, qui détaille bien son programme, propose un enseignement de 30h30 (sur un total de 453h) intitulé « Sémiologie générale, psychologie » axé sur le savoir clinique et le savoir-faire psychologique dans l'élaboration d'une relation médecin-malade de qualité. En DFGSM3, cette même faculté propose 15h d'enseignement (sur 429h30) intitulé « Santé, Société, Humanité » sans en détailler plus le contenu.

#### **II.4.2. L'enseignement en deuxième cycle**

Le deuxième cycle comporte 3 années et se concentre sur la préparation aux épreuves nationales classantes. Chaque faculté suit le programme national proposé par l'HAS, que l'on peut retrouver bien détaillé sur son site internet [21].

Ce programme, couvrant l'ensemble des spécialités médicales, se décompose en 362 items eux même regroupés en 11 sous parties (UE). La plupart des facultés dispensent leurs enseignements en fonction des spécialités médicales (hématologie, infectiologie, cardiologie, pédiatrie, santé publique...) et traitent des items intéressant la discipline, un seul item peut intéresser plusieurs spécialités médicales. Nous détaillerons un thème de ce programme qui intéresse notre étude, il s'agit de l'UE N°1 intitulé « Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle » allant de l'item N°1 à l'item N°20.

Les objectifs généraux de ce grand thème selon l'HAS sont les suivants :

*« L'étudiant doit comprendre les déterminants d'une relation efficace entre chacun des membres de l'équipe soignante et le malade et s'adapter aux différentes situations, chez le patient adulte et pédiatrique, notamment en cas de maladie aiguë grave et de maladie chronique potentiellement létales. Il doit savoir prendre en compte l'expression du patient et communiquer pour justifier chaque étape de sa démarche (dimensions préventive, diagnostique, thérapeutique, pronostique, palliative) en s'appuyant sur les données selon leur niveau de preuves. Cette attitude professionnelle dont l'étudiant doit connaître les aspects médico-légaux, respecte la déontologie et les droits des malades.*

*Il a un devoir de formation tout au long de la vie grâce à l'analyse critique des informations médicales et scientifiques et à l'apprentissage résultant du retour d'expériences.*

*L'exercice professionnel se doit de respecter un certain nombre d'éléments d'orientation qui peuvent être cliniques (recommandations et les discussions scientifiques évolutives qu'elles suscitent), éthiques (en rapport avec l'évolution des mœurs, de la société, des cultures, des valeurs qui fondent l'exercice médical et des contraintes qui viennent complexifier la décision médicale) et déontologiques ou légales (qui fondent la représentation des professionnels dans l'exercice de leur pratique et leur signifient les limites au-delà desquelles leurs responsabilités, de toutes natures, sont engagées). »*

Nous ne détaillerons pas tous les items de ce thème, bien que chacun ait son importance dans l'apprentissage de l'éthique, la déontologie, le respect du patient et l'apprentissage d'une bonne relation médecin-malade, nous insisterons sur l'item N°1.

**Item N°1 :** *« La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluriprofessionnelle. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins. La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale. »*

- *Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle.*
- *Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins.*
- *Connaître les fondements psychopathologiques de la psychologie médicale.*
- *Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, de l'incertitude sur l'efficacité d'un traitement, de l'échec d'un projet thérapeutique, d'un handicap, d'un décès ou d'un évènement indésirable associé aux soins.*
- *Favoriser l'évaluation des compétences du patient et envisager, en fonction des potentialités et des contraintes propres à chaque patient, les actions à proposer (à lui ou à son entourage) : éducation thérapeutique programmée ou non, actions d'accompagnement, plan personnalisé de soins (voir item 321).*

On constate bien que « L'annonce d'une maladie grave ou létale... » est bien intégrée dans le programme des études médicales. Pour chaque item, l'HAS propose des documents de référence pour les enseignements (recommandations, consensus...).

Parmi ces références nous retiendrons :

- « Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique, Février 2014 » [22]. *L'objectif de ce guide est de proposer un document de soutien, méthodique et pratique, aux médecins qui ont à annoncer des diagnostics de maladie chronique dans un contexte de premier recours. Ce guide s'adresse en priorité aux médecins traitants, mais il peut aussi intéresser tous les professionnels du soin impliqués dans ce temps de prise en charge ambulatoire des patients.*
- « Annoncer une mauvaise nouvelle, Octobre 2008 » [23]. *L'annonce d'une mauvaise nouvelle (d'une maladie ou d'une rechute) constitue une étape majeure de la relation avec le patient. Elle concerne les médecins mais également tous les professionnels qui assurent la prise en charge du malade. Dans ces documents, le sujet est abordé essentiellement en termes de comportement et de savoir-être. Son but est d'apporter, à travers une série de questions source de réflexion, une aide aux professionnels qui souhaitent améliorer leurs pratiques sur ce thème.*

### **II.4.3. L'enseignement en troisième cycle**

6 compétences sont requises en médecine générale, le niveau de chaque interne évolue au fur et à mesure des stages et de la poursuite de la formation. Comme il est décrit dans le Programme du D.E.S. de Médecine Générale 2015-2016 de Lyon [24], le niveau novice est le niveau attendu à partir de l'entrée dans le D.E.S., le niveau intermédiaire est attendu en fin de stage de niveau 1 et correspond à la capacité à être mis en autonomie et enfin, le niveau compétent est le niveau attendu en fin de D.E.S.

Parmi les 6 compétences se trouve la compétence « Relation, communication, approche centrée patient » qui se définit comme étant la « *capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients* ». Cela comprend de savoir mener des entretiens avec tout type de patients ainsi qu'avec leur entourage.

A Lyon, plusieurs enseignements dans ce sens sont proposés et dispensés par des médecins généralistes en activité. Un séminaire est obligatoire en première année pour l'ensemble des internes en médecine générale. Il s'intitule « Approche centrée patient » et une demi-journée est consacrée en travail de petit groupe encadrés. Durant ce séminaire les internes participent à des ateliers afin de se mettre en condition de relation médecin-patient sous forme de jeux de rôles sur différents thèmes. Cela permet de développer certains points majeurs d'un entretien médecin-patient, les outils et techniques de communication pour être à l'écoute.

Durant le stage en médecine générale, des journées d'études obligatoires pour tous sont organisées en petits groupes avec souvent l'utilisation des jeux de rôle pour reproduire des situations vécues en pratique.

Des conférences autour de la réflexion éthique en médecine sont également proposées sous forme de FMC pour les étudiants de troisième cycle.

Enfin, des formations complémentaires peuvent être proposées dans les facultés, nous citerons celles de la faculté UCBL Lyon 1 qui propose notamment :

- Attestation d'étude universitaire (A.E.U.) : Stage de psychothérapie
- Diplôme universitaire (D.U.) : Bases en soins palliatifs, Ethique et prévention dans l'accompagnement de la personne âgée
- Diplôme inter-universitaire (D.I.U.) : Réflexion éthique et philosophique pour le soin, Soins palliatifs et d'accompagnement

#### **II.4.4. Après l'internat**

Après l'internat les possibilités sont multiples en termes de formation médicale continue. Les formations universitaires citées ci-dessus sont également accessibles à tout praticien, quel que soit l'âge tout au long de sa carrière, pour parfaire et enrichir ses compétences.

En dehors de la faculté il existe également de nombreux moyens de se former et les sujets concernant l'éthique, la douleur ou l'accompagnement reviennent régulièrement. Nous citerons en exemple, les congrès nationaux de médecine générale, les conférences des associations de médecins, les revues médicales et plus localement les groupes de pairs. Les médecins interrogés parlent aussi d'autoformation personnelle par la lecture d'œuvres littéraire ou suite aux expériences personnelles ou professionnelles.

## **II.5. Cadre légal du décès**

### **II.5.1. Déclaration de décès**

Le site officiel de l'administration française [25] précise que « la déclaration de décès est une démarche obligatoire qui doit être faite à la mairie du lieu du décès, dans les 24 heures qui suivent sa constatation ». C'est un médecin qui constate le décès et établit le certificat de décès en l'absence d'obstacle médico-légal. En cas de décès à domicile, ce sont les proches qui

doivent faire la déclaration de décès en fournissant les renseignements concernant l'état civil du défunt. En cas d'appel à une entreprise de pompes funèbres, celle-ci peut se charger des démarches. En cas de décès dans un établissement (hôpital, clinique, EHPAD...), l'établissement peut parfois se charger de la déclaration.

### **II.5.2. Constat de décès**

Le constat de décès doit se faire par un médecin qui se sera rendu rapidement sur les lieux du décès et aura lui-même examiné le défunt. Le médecin doit déclarer l'état de mort sur la base d'un ensemble concordant de signes négatifs relatifs à l'arrêt des fonctions vitales et de signes positifs d'apparition de l'état cadavérique. Il devra également faire une approximation de l'heure du décès en fonction des signes constatés, préciser la date ainsi que la cause. Certaines circonstances peuvent toutefois rendre plus difficile le constat clinique du décès notamment dans un contexte d'hypothermie ou d'intoxication (médicamenteuse, éthylique, stupéfiants).

### **II.5.3. Certificat de décès**

Il existe 2 types de certificat de décès en France, le certificat général et le certificat néonatal (réservé aux enfants décédés entre la naissance et 27 jours révolus, d'au moins 500g et/ou 22 semaines d'aménorrhée). Le certificat de décès ne doit être établi que par un médecin ayant soutenu sa thèse et ayant lui-même examiné la personne décédée [26]. Aucune inhumation ne peut être faite sans une autorisation de l'officier d'état civil (maire de la commune de décès) qui ne peut la délivrer qu'après réception d'un certificat de décès. Ensuite seulement, il pourra modifier l'état civil du défunt et établir alors l'acte de décès et le permis d'inhumation.

Toutefois, le médecin doit rester prudent car le certificat de décès engage sa responsabilité et il est en son devoir de rechercher et d'éliminer tout obstacle médico-légal. Il peut ainsi s'opposer à l'inhumation immédiate s'il constate des signes ou indices de mort violente ou suspecte, l'officier de police judiciaire qui en est avisé informe alors le procureur de la République qui peut, s'il le juge nécessaire, ouvrir une enquête. Le rapport de 2009 de l'IGAS sur la mort à l'hôpital [16] nous apprend que « *sauf homicide évident, les médecins appelés à signer les certificats de décès se montrent réticents à signaler l'existence d'un obstacle médico-légal aux opérations funéraires et à en informer les autorités judiciaires. La liste des circonstances au cours desquelles ils doivent le faire n'est d'ailleurs pas établie expressément* ».

On rappelle toutefois les principales situations où il convient au médecin de poser un obstacle médico-légal au moment de la rédaction du certificat de décès : homicide, suspicion d'homicide, mort subite (y compris celle du nourrisson), suicide et suspicion de suicide, mort violente ou inattendue, décès pouvant impliquer la responsabilité d'un tiers (accident de la voie publique).

Un certificat de décès est constitué de 2 parties distinctes, toutes 2 remplies par le médecin. La partie haute est la partie administrative (identité, adresse, département, heure, obstacle...). La seconde partie du certificat de décès est anonyme afin de respecter le secret professionnel et vise à collecter des données épidémiologiques sur les causes médicales de décès et de les analyser ensuite par l'Inserm-CépiDC selon les classifications internationales de l'OMS.

La certification de décès est peu fréquente en médecine générale [26], mais tous les médecins doivent y faire face à un moment ou un autre. Le constat de décès et le remplissage d'un certificat médical demandent des compétences professionnelles et engagent de nombreuses responsabilités (pénale, ordinale...) pour le médecin qui le remplit. Une étude [27] sur l'évaluation de la qualité du remplissage actuel des certificats de décès réalisée auprès de 30 médecins (généralistes, hospitaliers, SMUR, unités médico-judiciaire) montre que tous les médecins ont rencontré des difficultés pour préciser les causes du décès et l'intervalle entre les divers processus morbides. Egalement, la question de l'obstacle médico-légal pose des difficultés pour 66% d'entre eux, la date et l'heure du décès sont difficiles à estimer pour 60% des médecins. L'analyse de 100 certificats de décès montre que 40 comportaient au moins une erreur sur la partie administrative dont 72% de ces erreurs sur les cases à cocher et en majorité concernant l'obstacle médico-légal. Concernant la partie médicale, 76% des certificats précisaient une cause et dans 55% des cas cette cause était juste (en comparaison à un certificat post-autopsie). Ces chiffres montrent bien les difficultés que peuvent rencontrer les médecins lors du remplissage du certificat.

Lorsque le décès d'une personne est survenu à son domicile, il existe actuellement une difficulté à faire venir rapidement un médecin pour constater le décès alors que le certificat de décès est obligatoire pour la suite des opérations funéraires. Pour la plupart des décès survenus en journée, aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux, c'est le plus souvent le médecin traitant du patient qui est appelé par la famille, les proches ou le personnel paramédical (infirmiers...), il ne prend pas d'honoraires pour ses patients comme il en est d'usage d'un point de vue éthique. Cependant la situation est plus complexe la nuit et les weekends où le déplacement pour effectuer un constat de décès ne fait pas explicitement partie de la mission des médecins de garde dans le cadre de la permanence des soins. Le plus souvent ce sont donc les médecins urgentistes qui sont sollicités alors qu'il ne s'agit plus d'une urgence, que

l'acte n'est pas inscrit dans leur permanence de soins et qu'il ne fait pas l'objet d'une rémunération cotée. Pourtant, nous l'avons vu précédemment, le diagnostic de décès, l'examen du corps et l'élaboration d'un diagnostic sans connaissance préalable des antécédents demande du temps sans compter le déplacement et bien sur la disposition pour répondre aux questions et soutenir les proches dans cette situation. Des pistes de réflexion avec les politiques ont été étudiées et des travaux d'élaboration de nouveaux dispositifs régionaux de permanence de soins ont été menés. Des conseils départementaux se sont prononcés pour que les certificats de décès à domicile entrent dans la permanence des soins. Les médecins urgentistes contractualisés avec le 15 pourraient ainsi être rémunérés par l'ARS correspondante, selon un forfait. Ou encore, certaines régions ont prélevé sur leurs fonds une enveloppe destinée à financer forfaitairement le constat de décès réalisé par le médecin de garde, en plus de l'indemnisation qu'il perçoit pour sa garde.

## **II.6. Le deuil**

### **II.6.1. Définition**

Le deuil est un processus psychique complexe mis en œuvre par un individu (aussi appelé *endeuillé*) suite à la perte d'un objet, d'une personne, d'un être ou encore d'une situation qui était fortement investi de manière émotionnelle par un attachement ou un sentiment d'amour. Le deuil est ainsi le cheminement que prend l'endeuillé suite à cette perte pour réapprendre à vivre en l'absence de l'objet (au sens large) perdu. Le deuil est une réaction normale et universelle, bien que très souvent associé à la souffrance et la tristesse, c'est un processus de délivrance.

Plusieurs personnes peuvent vivre un même deuil d'une manière totalement différente. Cela dépend de la personne endeuillée, de sa personnalité, de sa propre expérience, de son parcours de vie, cela dépend également de l'objet du deuil (un proche, un être aimé, un enfant, un animal, une situation...), des circonstances de la perte (attendue ou non, violence, injustice...) et surtout de la relation entretenue entre les deux.

Le « travail de deuil » est une expression utilisée en psychologie et créée par Sigmund Freud dans l'article *Deuil et mélancolie* en 1917 [28] et constitue le processus intrapsychique consécutif à la perte d'un objet d'attachement. Toute perte peut donc nécessiter un travail de deuil mais il est de manière générale rattaché à la mort d'un être cher. La mort de l'autre nous renvoie à l'idée de notre propre mort et à l'angoisse qu'elle provoque.

## II.6.2. Deuil normal

Le deuil est un processus normal et universel, auquel nous avons été, nous sommes ou serons tous un jour confrontés ainsi que la tristesse qui s'en rapporte.

Comme le dit Freud dans son ouvrage : « *il est aussi remarquable qu'il ne nous vienne jamais à l'idée de considérer le deuil comme un état pathologique et d'en confier le traitement à un médecin, bien qu'il s'écarte sérieusement du comportement normal. Nous comptons bien qu'il sera surmonté après un certain laps de temps, et nous considérons qu'il serait inopportun et même nuisible de le perturber.* »

Il existe plusieurs modèles conceptuels en psychologie du travail de deuil, notamment celui du Docteur Elisabeth Kübler-Ross, médecin psychiatre spécialisée dans l'approche des soins palliatifs et des personnes en fin de vie. Son modèle est très répandu dans la médecine actuelle. Elle a observé et décrit « cinq phases du deuil » [29]. Ces étapes s'appliquent à toute forme de perte catastrophique. Les 5 étapes sont :

- Le Déni (Denial).
- La Colère (Anger).
- Le Marchandage (Bargaining).
- La Dépression (Depression).
- L'Acceptation (Acceptance).

Ces étapes ne sont pas nécessairement dans l'ordre indiqué ci-dessus, toutes les étapes ne sont pas non plus vécues par tous mais chaque endeuillé en vivra toujours au moins deux.

D'autres modèles existent, et plusieurs auteurs ont décrit différentes étapes dans le processus de deuil que l'on peut globalement regrouper en 3 grandes phases :

- Première phase ou phase initiale : elle correspond au choc de la perte, à la sidération affective qui après une prise de conscience progressive du caractère permanent de la perte amène à la phase 2.
- Deuxième phase : correspondant à la décharge émotionnelle (colère, tristesse, désespoir, culpabilité...) avec risque d'instauration de troubles psychiatriques (dépression notamment).
- Troisième phase : réorganisation, acception et reconstruction avec reprise d'une vie quotidienne et sociale satisfaisante malgré la perte.

### II.6.3. Deuil pathologique

Bien que normal, le deuil n'a pas vocation à perdurer et malgré la souffrance qu'il engendre initialement, les personnes endeuillées s'adaptent à la perte et finissent par reprendre le cours de leur vie de manière satisfaisante. Mais pour un certain nombre d'entre eux (5% [30]), le deuil se prolonge de manière anormale voire, se complique de troubles du comportement, émotionnels, cognitifs et en vient à interférer dans le fonctionnement social de l'individu. Cela survient lorsque le processus intrapsychique du deuil bloque à l'une des étapes du deuil, certaines situations rentrent même dans le cadre de pathologies psychiatriques sévères.

Le DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) décrit le deuil comme pathologique lorsque celui-ci n'atteint pas la phase d'acceptation et réorganisation et qu'il stagne dans une des étapes précédentes pendant au moins 12 mois chez l'adulte et 6 mois chez l'enfant. On parle alors de deuil compliqué persistant. Il occasionne chez l'endeuillé des symptômes cliniquement significatifs et disproportionnés, responsables d'une incapacité fonctionnelle importante sur la vie quotidienne.

On parle également de deuil pathologique lorsque des troubles psychiques surviennent pendant la période de deuil. Le principal risque étant celui d'un épisode dépressif caractérisé. Le risque de suicide est également fortement augmenté dans les premiers jours du deuil. On retrouve également des troubles à type d'insomnie, d'anorexie, de plaintes somatiques multiples, de troubles anxieux généralisés, de syndrome de stress post traumatique...

Freud a établi un rapprochement entre la mélancolie et le deuil. Il constate que « *dans les deux cas, les circonstances déclenchantes, dues à l'action d'événements de la vie, coïncident [...]. Le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc. L'action des mêmes événements provoque chez de nombreuses personnes, pour lesquelles nous soupçonnons de ce fait l'existence d'une prédisposition morbide, une mélancolie au lieu du deuil* ».

Il parle donc de prédispositions morbides qui favorisent la survenue d'une mélancolie. Michel Hanus a ainsi identifié, parmi les personnes à risque, plusieurs catégories : les individus ayant des relations ambivalentes de dépendance, les personnalités immatures, mal équilibrées, mal structurées, les solitaires et les personnes n'ayant elles-mêmes pas résolu un deuil antérieur.

## II.7. L'importance de l'annonce

### II.7.1. La mort en médecine

*« Plus de la moitié des français meurent en établissement de soins, et notamment dans les hôpitaux publics, la prise en charge de la mort ne fait pas partie des missions reconnues à l'hôpital. Pour les acteurs hospitaliers, la mort est vécue comme une incongruité, un échec, et à ce titre largement occultée. Cette situation est préjudiciable au confort des malades en fin de vie et à l'accueil des proches ainsi qu'à la santé publique [...]. La mort reste un tabou et son évocation met mal à l'aise. A l'exception des réanimateurs ou des responsables de soins palliatifs qui la fréquentent tous les jours et se sont forgés des comportements adaptés, le personnel hospitalier, et notamment médical, la vit comme un échec : il souhaite rarement s'appesantir ou communiquer sur le sujet ». [16]*

L'annonce est déterminante pour préparer les proches à leur travail de deuil. Néanmoins, une « mauvaise » annonce, dans le sens où elle serait trop brutale ou maladroite, ne pourrait à elle seule expliquer un deuil pathologique de l'entourage. Nous l'avons vu, le deuil est propre à chacun et dépend de nombreux facteurs mais il est certain qu'une annonce faite avec tact et empathie, dans un lieu calme et approprié permet d'initier le travail de deuil dans de meilleures conditions.

### II.7.2. Qui doit annoncer ?

Dans un contexte médical le médecin doit faire l'annonce de décès car c'est lui qui en a fait le constat. D'autres professionnels (infirmiers, aides-soignants, psychologues etc.) souvent plus proches du patient seraient tout à fait aussi capables qu'un médecin. Au-delà de la compétence, c'est le rôle et la représentation du médecin dans la société qui lui confère ce devoir. Le médecin est souvent perçu comme un être supérieur, détenteur d'un savoir que très peu de personnes ont. Au-delà du savoir, il est également en mesure, lorsque cela est possible, de réanimer, de maintenir en vie, mais également de restreindre les soins, de les suspendre, voir dans certaines sociétés, de précipiter la mort. En réalité le médecin, de par son savoir scientifique et médical, analyse une situation clinique et son expertise médicale associée à son expérience lui permettent de prendre des décisions sur ce qui est possible ou vain. Cet apparent pouvoir de vie ou de mort a souvent valu aux médecins le reproche d'être sujet au complexe de Dieu. Le complexe de Dieu étant le sentiment de toute puissance, d'être certain devant une situation aussi complexe qu'elle soit, de détenir la bonne solution à l'exclusion de toute autre. Ce

complexe ne touche pas que les médecins mais également les scientifiques, les hommes et femmes politiques, les dirigeants ... En médecine, plusieurs dispositions ont été prises pour éviter cela, comme les réunions de concertations pluridisciplinaires obligatoires notamment lors de la découverte d'un cancer, les réunions quotidiennes dans les services de réanimation, la consultation des équipes soignantes dans les services de médecine, les directives anticipées pour le patient, la désignation d'une personne de confiance lors d'une hospitalisation, la consultation des familles lors des urgences vitales...

Il est d'usage, lors des interventions des pompiers, même lorsqu'ils constatent un état de mort évident et installé, d'effectuer les manœuvres de réanimation jusqu'à l'arrivée des équipes du SAMU, d'attendre le diagnostic du médecin qui décidera alors d'arrêter ou non la réanimation. De même, lorsqu'une personne souffrant d'une maladie grave en fin de vie décède dans un service, même si les proches sont présents lors du dernier souffle, et que tout le monde se doute du décès, le médecin est attendu pour confirmer cette supposition. Les gestes du médecin sont observés, de même que ses réactions et ses paroles et son annonce ancre alors le décès dans le réel.

Une étude en psychologie de 2009 [31], décrit les représentations des professionnels de santé. Parmi les résultats on retrouve que *« le médecin, au cours de sa consultation avec le patient, élabore un diagnostic. Dans la plupart des cas, et c'est le rôle qui est attendu de lui (un médecin qui ne prescrit rien peut être considéré comme incompetent), il établit une prescription, rédige une ordonnance qui donne lieu à un traitement. Ces différents termes renvoient donc à une situation d'interaction où les rôles de chacun sont bien définis : « prescripteurs » d'un côté, « prescrits » de l'autre [...]. Avec l'avènement du modèle « autonomiste », la relation médecin-patient se transforme en une sorte de contrat entre égaux, fait de droits et de devoirs réciproques, de respect et d'égalité, où le médecin se doit d'informer le patient, qui détermine, cette fois-ci, ce qui est bien pour lui. Même si le modèle « paternaliste » reste encore très usité en France, la réglementation évolue effectivement en faveur du second modèle depuis les années 1990 [...]. Mais dans la pratique, on assiste à une sorte de mixte, car il a été démontré de manière répétée que si la majorité des patients expriment, lorsqu'ils sont interrogés sur les lieux de soins, un fort désir d'être informés, seule une minorité manifeste le désir de prendre une responsabilité dans la décision médicale ».*

## III MATÉRIEL ET MÉTHODE

### III.1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée par internet à partir des bases de données suivantes : PubMed, Web Of Science, Google Scholar, EM Premium, SUDOC, CAIRN, Base de Données de Santé Publique (BDSP). Le site du CiSMef a été utilisé afin de traduire les mots clés de recherche en langage MeSH. Les abonnements à la littérature Française et internationale de l'Université Claude Bernard Lyon 1 ont permis de se procurer les articles trouvés à partir du portail étudiant.

Les principaux mots clés en anglais utilisés pour les recherches étaient : *relatives, close relations, family relations, internship, residency, med school, med student, medical students, residents, physicians, hospitals, announce, pronouncement, communication, psychology, ethics, death, dead.*

Les équations de recherches ayant données les meilleurs résultats sont les suivantes :

- ((communication[MeSH Terms]) AND death[MeSH Major Topic]) AND hospitals[Title/Abstract]
- ((death[MeSH Major Topic]) AND hospitals[Title/Abstract]) AND physicians[MeSH Terms]
- (("physicians/psychology"[MeSH Terms]) AND hospitals[Title/Abstract]) AND death[MeSH Major Topic]
- (death[MeSH Major Topic]) AND pronouncement[Title/Abstract]

Un approfondissement de la recherche bibliographique a été effectué lors d'un entretien individuel dédié auprès de la documentaliste Mme Malagola à la bibliothèque Universitaire Rockefeller de la faculté de médecine Lyon Est.

Des recherches plus vastes, en dehors de la littérature scientifique, ont été faites notamment sur internet via le navigateur de recherche Google®. Des ouvrages littéraires ont également été empruntés à la bibliothèque de l'Université Claude Bernard Lyon-1.

Enfin, le logiciel Zotero® a été utilisé afin de présenter les références bibliographiques sous la norme de Vancouver.

## **III.2. Modalité d'enquête**

### **III.2.1. Type d'étude**

L'étude réalisée est une étude descriptive transversale.

### **III.2.2. Définition de la population**

La population étudiée se compose de l'ensemble des internes de médecine générale de Lyon en 2017, indépendamment de leur faculté de rattachement (Lyon Est ou Lyon Sud). L'internat de médecine générale s'étend sur 3 années, il y a donc 3 promotions d'internes en médecine générale en poste simultanément. Chaque année est scindée en 2 semestres, l'internat de médecine générale comporte 6 semestres.

Selon les données obtenues auprès de la scolarité, il y a 650 internes inscrits en DES de médecine générale pour l'année universitaire 2016 - 2017 :

- 179 en première année
- 214 en deuxième année
- 257 en troisième année

### **III.2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion**

Les internes ont été interrogés par questionnaire envoyé par mail sur le mailing liste que possède la faculté. Pour être inclus dans l'étude il fallait être interne de médecine générale, inscrit à la faculté de médecine de Lyon, être actuellement en poste et avoir répondu à l'intégralité des questions présentes dans le questionnaire en ligne.

Etaient exclus du questionnaire toute personne non inscrite sur le mailing liste de la faculté, qui n'est plus interne au moment de la diffusion du questionnaire ainsi que tout questionnaire incorrectement complété et donc inexploitable.

### **III.2.4. Elaboration du questionnaire**

Le questionnaire a été élaboré dans un premier temps à partir de toutes les interrogations personnelles que ce sujet de thèse soulevait ainsi qu'au fur et à mesure des éléments de

recherche bibliographique. Puis un premier tri des questions a été effectué afin de retirer les redondances ou celles trop en dehors du sujet.

Afin d'obtenir une validité du questionnaire, ce dernier a été soumis à une équipe de 3 psychologues cliniciennes travaillant à l'hôpital gériatrique de Charpennes à Lyon, Mme Husson, Mme Devèze et Mme Cazorla. Leurs conseils avisés et leurs remarques pertinentes ont permis de faire un second tri, de reformuler et d'évaluer la pertinence des questions.

Le questionnaire ainsi formé a ensuite été soumis à validation par le directeur de thèse, le Dr Farge, où là encore quelques ajustements ont pu être apportés.

Ensuite le questionnaire a été testé en conditions réelles auprès d'un petit échantillon d'internes non inclus dans l'étude (fin de cursus, ou jeunes remplaçants) pour qu'ils en évaluent la faisabilité et pour obtenir des retours notamment sur la durée, la formulation des questions et les différentes options de réponses afin qu'il obtienne le meilleur taux de participation possible.

Finalement, il s'agit d'un questionnaire fermé, avec parfois des réponses binaires (oui / non) parfois des choix multiples. Il a quelques fois été laissé une zone courte de texte libre dans le cas où la réponse du participant ne serait pas présente dans celles proposées. Il est composé de 24 questions séparées en 4 catégories (voir Annexe 1).

#### **III.2.4.1. Première partie : population étudiée**

Les 3 premières questions permettent de décrire la population qui a répondu au questionnaire : âge, sexe et semestre en cours.

#### **III.2.4.2. Deuxième partie : l'annonce du décès**

La question N°1 permet de séparer la population en 2 groupes : les internes ayant déjà été confrontés à au moins une annonce de décès et ceux n'en ayant jamais fait.

- Groupe « OUI », expérience d'une annonce de décès : 12 questions permettent de détailler l'expérience de l'annonce, seuls ou accompagnés, nombre d'annonces faites, dans quelles conditions, dans quels services, difficultés rencontrées...
- Groupe « NON », pas d'expérience d'annonce de décès : une question complémentaire vise à déterminer pourquoi ils n'ont pas été confrontés à la situation, puis ils sont invités à passer directement à la troisième partie du questionnaire.

### **III.2.4.3. Troisième partie : la formation**

Cette partie redevient commune à tous les participants avec 6 questions qui se rapportent aux compétences ressenties et à la formation (personnelle ou universitaire).

### **III.2.4.4. Quatrième partie : ouverture**

Une zone de texte libre est laissée à disposition pour permettre aux participants d'y faire des remarques concernant le sujet, la méthode ou encore d'apporter des éléments nouveaux de réflexion.

### **III.2.5. Diffusion du questionnaire**

L'enquête a été conduite par voie électronique à l'aide d'un questionnaire créé par le logiciel Microsoft Word® puis retranscrit en ligne sur la plateforme Google Form®. Une fois le questionnaire prêt à la diffusion, une présentation du projet a été faite le 18 mai 2017 auprès de la commission de recherche du Département Universitaire de Médecine Générale présidée par le Professeur Letrilliard afin d'obtenir l'accès au mailing liste des internes par l'intermédiaire de la faculté. Après quelques jours, la commission de recherche a statué de manière favorable et autorisé la diffusion.

Un premier envoi par courrier électronique a donc été réalisé le 7 juin 2017. Il a été volontairement choisi d'envoyer le questionnaire en seconde partie d'année afin que tous les jeunes semestres aient réalisé au moins un semestre entier, augmentant ainsi la probabilité qu'ils aient été exposés à une situation d'annonce. Puis une relance a été effectuée le 23 juin 2017 afin d'augmenter le nombre de réponses. Le questionnaire en ligne est resté ouvert aux réponses jusqu'au 7 juillet 2017 inclus soit une durée totale de 30 jours.

La collecte des données était anonyme et le logiciel a permis de les obtenir directement sous format Excel® sans travail de saisie ce qui évite des erreurs de recopiage des données.

### **III.3. Analyse statistique**

Les quelques éléments d'analyse statistique ont été réalisés avec l'aide d'un outil statistique en ligne (BiostaTGV).

## IV RÉSULTATS

### IV.1. Population interrogée

#### IV.1.1. Participation

Sur les 650 participants interrogés par le mailing liste, 243 ont répondu au questionnaire.

Du 7 au 22 juin (début de la diffusion), 182 réponses ont été obtenues, et du 23 juin au 7 juillet (relance), 61 réponses ont été obtenues.

Le taux de participation est donc de 37,4% (n = 243) soit un peu plus d'un interne sur trois.

#### IV.1.2. Exclusion

Parmi ces 243 réponses, 28 ont été exclues de l'analyse statistique :

- 19 participants n'étaient plus internes lors de leur participation (remplaçants ou assistants)
- 1 était en surnombre sans précision donc non classable en semestre
- 8 participants ont répondu de manière incomplète ou inappropriée au questionnaire

L'analyse des données de l'étude porte donc sur les 215 questionnaires ayant été remplis de manière complète et respectant les critères d'inclusion.

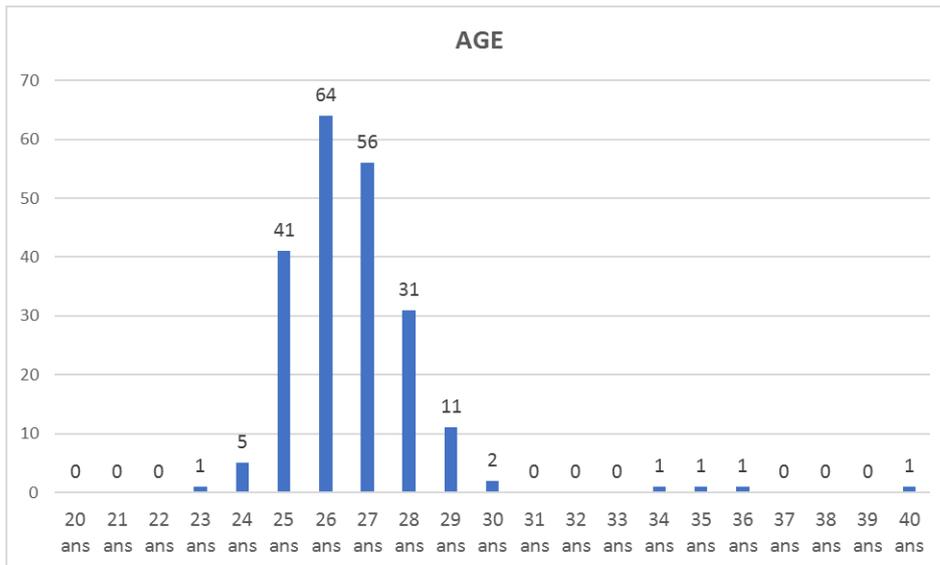
#### IV.1.3. Données biographiques

##### IV.1.3.1. Age

La répartition de l'âge respecte une distribution de type Gaussienne.

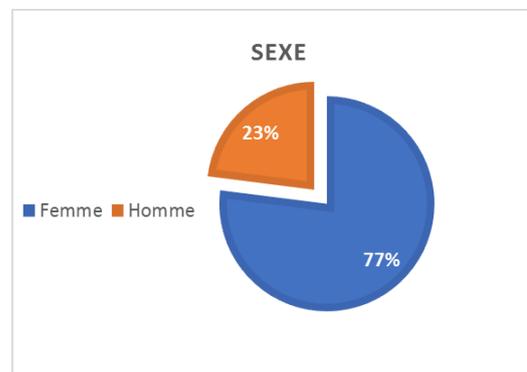
L'âge moyen (n = 215) est de 26,7 ans avec un écart type de 1,84 et l'âge médian (rang 108) est de 26 ans.

Les extrêmes sont : 23 ans pour l'âge le plus bas et 40 ans pour l'âge le plus haut.



#### IV.1.3.2. Sexe ratio

Le sexe ratio homme/femme était de 0,3 en moyenne, soit 50 hommes et 165 femmes.

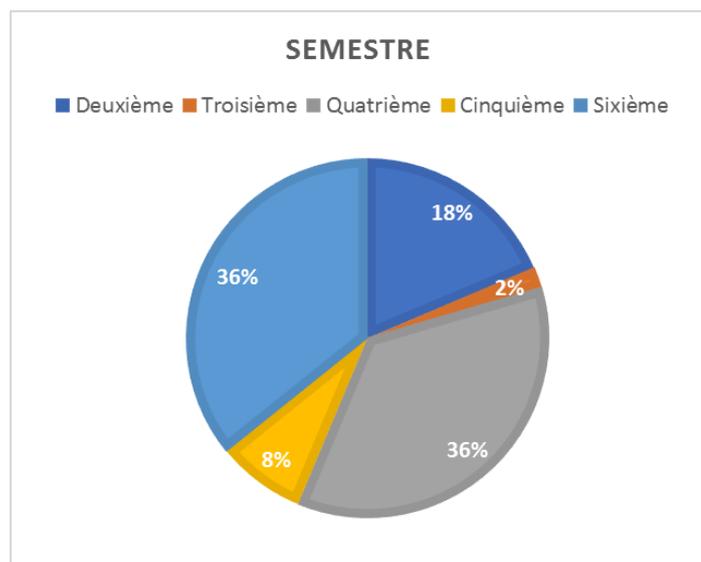


#### IV.1.3.3. Semestres

Compte tenu de la période de diffusion du questionnaire (seconde partie de l'année donc semestres pairs), il était attendu qu'il y ait une majorité de deuxième, quatrième et sixième semestre en suivant la progression de l'internat. La présence de troisième et cinquième semestre est le plus souvent dû à des disponibilités de 6 mois pour des raisons personnelles (familiales, vacances, grossesse, maladie...) qui décalent d'un semestre.

Les résultats étaient les suivants :

- 1<sup>er</sup> semestre : 0% (n = 0)
- 2<sup>ème</sup> semestre : 18% (n = 40)
- 3<sup>ème</sup> semestre : 2% (n = 4) 4<sup>ème</sup> semestre : 36% (n = 77)
- 5<sup>ème</sup> semestre : 8% (n = 17)
- 6<sup>ème</sup> semestre : 36% (n = 77)



**Tableau 1 : Caractéristiques de la population**

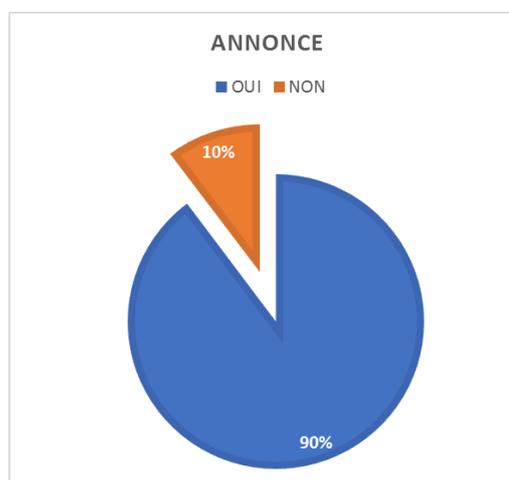
	Femmes (%)	Homme (%)	
<b>2<sup>ème</sup> semestre</b>	31 (77,5)	9 (22,5)	40
<b>3<sup>ème</sup> semestre</b>	4 (100)	0 (0)	4
<b>4<sup>ème</sup> semestre</b>	64 (83,1)	13 (16,9)	77
<b>5<sup>ème</sup> semestre</b>	13 (76,5)	4 (23,5)	17
<b>6<sup>ème</sup> semestre</b>	53 (68,8)	24 (31,2)	77
	165 (76,7)	50 (23,3)	215

## IV.2. Première partie : la confrontation à l'annonce

### IV.2.1. Expérience de l'annonce

A la question : « Au cours de votre internat, avez-vous déjà personnellement annoncé la mort d'un patient à ses proches ou à sa famille ? » 89,7% ont répondu « Oui » (n = 193) contre 10,3% qui ont répondu « Non » (n = 22).

Parmi les réponses non, seuls étaient représentés des internes de deuxième, quatrième et sixième semestre. Le tableau suivant résume leur répartition et les causes retrouvées.



**Tableau 2 : Raisons de l'absence d'annonce**

	2 <sup>ème</sup> semestre	4 <sup>ème</sup> semestre	6 <sup>ème</sup> semestre	
<b>Je n'ai jamais été confronté à cette situation</b>	6	0	0	6
<b>Le médecin référent du patient s'est chargé de faire l'annonce</b>	6	3	5	14
<b>L'équipe soignante (infirmière...) s'est chargé de faire l'annonce</b>	1	0	1	2
<b>Je ne disposais pas des coordonnées des personnes à prévenir</b>	0	0	0	0
<b>Autre</b>	0	0	0	0
	13	3	6	22

La suite des résultats de la première partie ne concerne que les internes ayant été confronté à une annonce de décès (n = 193).

#### IV.2.2. Première annonce

A la question : « En tant qu'interne, vous avez fait votre première annonce de décès seul ou accompagné d'un médecin sénior ? » 75,6% (n = 146) ont répondu « Seul », contre 24,5% (n = 47) « Accompagnés ».

#### IV.2.3. Patient à charge

A la question : « Avez-vous déjà annoncé la mort d'un patient que vous aviez à charge ? » 83,4% (n = 161) ont répondu « Oui », contre 16,6% (n = 32) « Non ».

Plus de 4 internes sur 5 ont été confrontés à la mort d'un de leurs patients.

#### IV.2.4. Patient inconnu

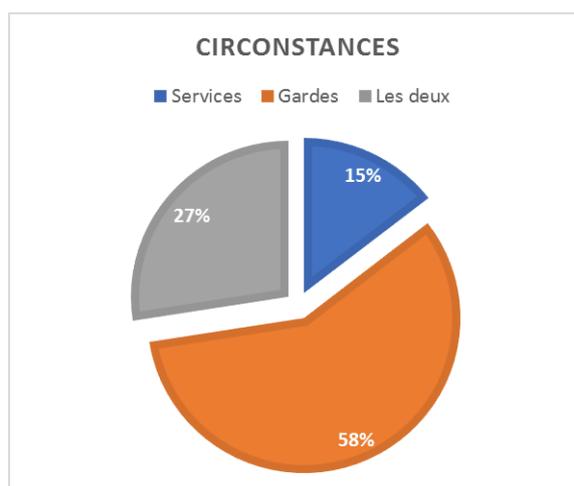
A la question : « Avez-vous déjà annoncé la mort d'un patient que vous ne connaissiez pas ? » 89,1% (n = 172) ont répondu « Oui », contre 10,9% (n = 21) « Non ».

Prêt de 9 internes sur 10 ont été confrontés au décès d'un patient qu'ils ne connaissaient pas.

#### IV.2.5. Circonstances d'annonce

A la question : « Vous avez été amené à faire des annonces de décès le plus souvent : dans les services ou vous étiez en stage, lors de vos gardes ou autant en service qu'en garde ? » 58% (n = 112) ont répondu « En garde », 14,5% (n = 28) « En service » et 27,5% (n = 53) « Autant en service qu'en garde ».

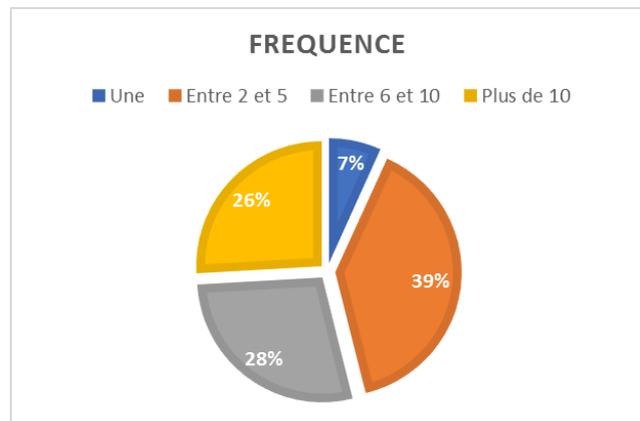
Les annonces sont réalisées en majorité au cours des gardes dans les établissements de soins.



## IV.2.6. Fréquence des annonces

A la question : « Combien d'annonces avez-vous fait jusqu'à maintenant ? » :

- Une : 7% (n = 13)
- Entre 2 et 5 : 39% (n = 76)
- Entre 5 et 10 : 28% (n = 54)
- Plus de 10 : 26% (n = 50)



Le tableau ci-dessous représente le pourcentage de chaque catégorie en fonction du semestre en cours.

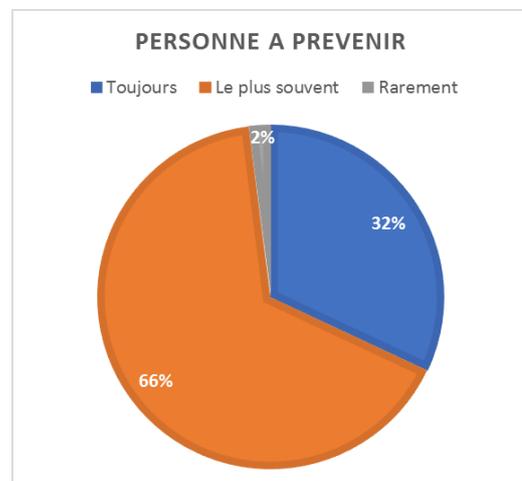
**Tableau 3 : Nombre d'annonce en fonction du semestre**

	Une (%)	Entre 2 et 5 (%)	Entre 6 et 10 (%)	Plus de 10 (%)
<b>2<sup>ème</sup> semestre</b>	7 (26)	13 (48)	5 (19)	2 (7)
<b>3<sup>ème</sup> semestre</b>	1 (25)	2 (50)	1 (25)	0 (0)
<b>4<sup>ème</sup> semestre</b>	2 (3)	36 (48)	23 (31)	13 (18)
<b>5<sup>ème</sup> semestre</b>	0 (0)	7 (41)	3 (18)	7 (41)
<b>6<sup>ème</sup> semestre</b>	3 (4)	18 (25)	22 (31)	28 (40)
	13	76	54	50

## IV.2.7. Personne à prévenir

A la question : « Vous aviez un interlocuteur bien défini à prévenir ? » les réponses étaient les suivantes :

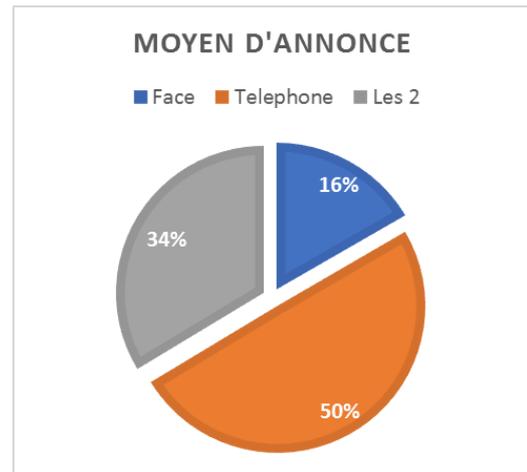
- Toujours : 32% (n = 62) Le plus souvent : 66% (n = 127)
- Rarement : 2% (n = 4)
- Jamais : 0% (n = 0)



#### IV.2.8. Moyen d'annonce

A la question : « Vous avez fait les annonces le plus souvent : face à face, au téléphone ou autant l'un que l'autre ? » :

- 16% (n = 32) « Face à face »
- 50% (n = 96) « Au téléphone »
- 34% « Autant l'un que l'autre »

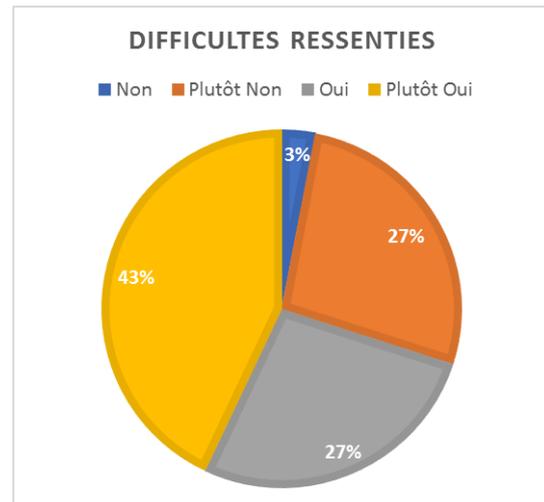


#### IV.2.9. Difficultés ressenties

A la question : « Vous êtes-vous déjà senti en difficulté lors de l'annonce d'un décès ? », les réponses étaient les suivantes :

- Oui : 27% (n = 53)
- Plutôt oui : 43% (n = 83)
- Plutôt non : 27% (n = 52)
- Non pas du tout : 3% (n = 5)

On retrouve très peu de réponse « Non pas du tout ». Le tableau ci-dessous montre la distribution de ces réponses en fonction des semestres.



**Tableau 4 : Difficultés ressenties en fonction des semestres**

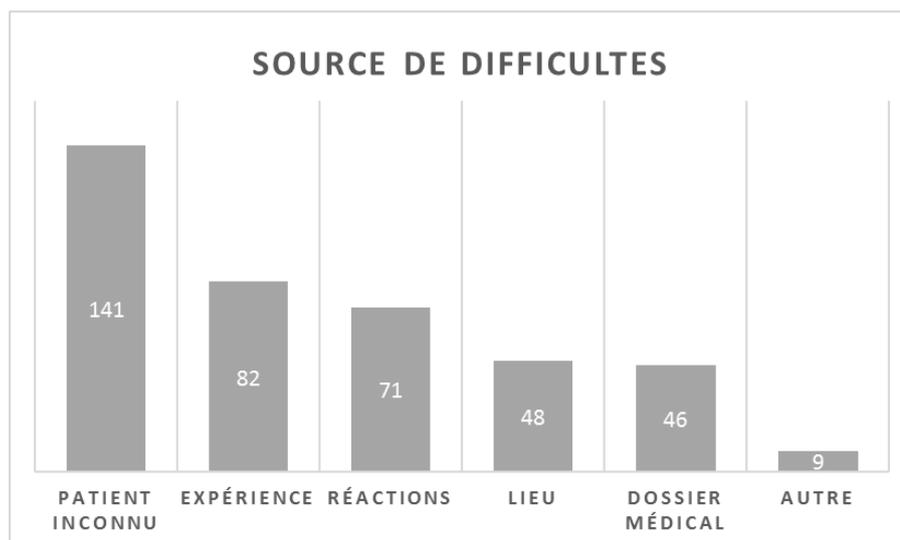
	Oui (%)	Plutôt Oui (%)	Plutôt Non (%)	Non (%)
<b>2<sup>ème</sup> semestre</b>	6 (22)	15 (56)	6 (22)	0 (0)
<b>3<sup>ème</sup> semestre</b>	2 (50)	0 (0)	2 (50)	0 (0)
<b>4<sup>ème</sup> semestre</b>	26 (35)	30 (40)	16 (22)	2 (3)
<b>5<sup>ème</sup> semestre</b>	3 (18)	7 (41)	7 (41)	0 (0)
<b>6<sup>ème</sup> semestre</b>	16 (22)	31 (44)	21 (30)	3 (4)

#### IV.2.10. Source de difficultés

A la question : « Selon vous, qu'est ce qui est le plus source de difficultés ? », plusieurs réponses étaient possibles. Les résultats sont les suivants :

- Le manque d'expérience : n = 82
- Un dossier médical incomplet : n = 46
- Un patient que l'on ne connaît pas : n = 141
- L'absence d'un lieu adapté à l'annonce : n = 47
- Les réactions imprévisibles des proches ou de la famille : n = 71
- Autre : n = 9

Comme plusieurs réponses pouvaient être données pour cette question, les réponses sont représentées ci-dessous par un histogramme en bâton, la valeur indiquant le nombre de fois où cette réponse a été indiquée.



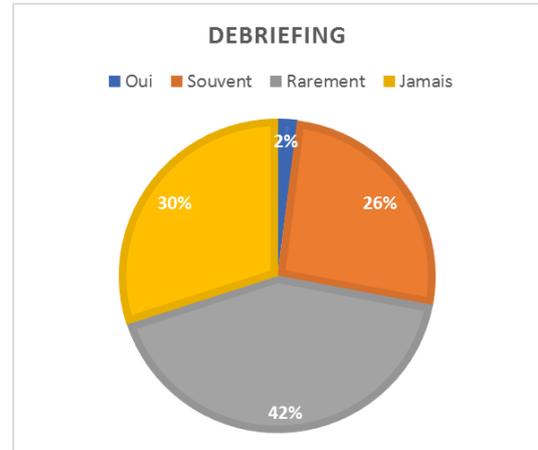
Parmi les réponses suggérées dans « Autre » on retrouve :

- Le caractère inattendu du décès : n = 3
- L'âge jeune : n = 1
- La barrière de langue : n = 2
- Les conflits familiaux : n = 1
- L'annonce téléphonique : n = 2

#### IV.2.11. Espace de parole

A la question : « Avez-vous déjà pu débriefer de vos annonces / de vos expériences avec un confrère ou un autre professionnel de santé (sénior, psychologue...) ? », les réponses étaient les suivantes :

- Oui à chaque fois : 2% (n = 4)
- Oui souvent : 26% (n = 50)
- Rarement : 42% (n = 81)
- Jamais : 30% (n = 58)

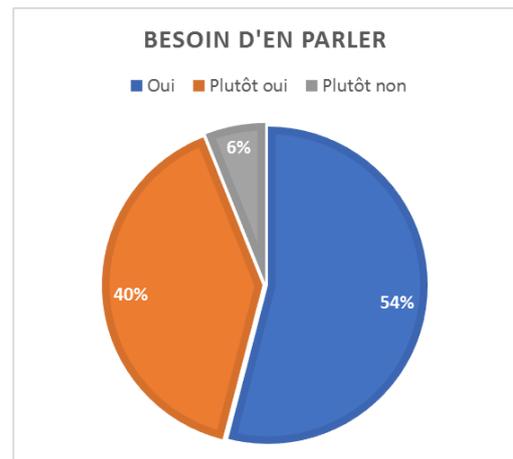


#### IV.2.12. Besoin d'en parler

A la question : « Pensez-vous qu'il est utile de pouvoir en parler ? », on retrouvait :

- Oui : 54% (n = 104)
- Plutôt oui : 40% (n = 77)
- Plutôt non : 6% (n = 12)
- Non pas du tout : 0% (n = 0)

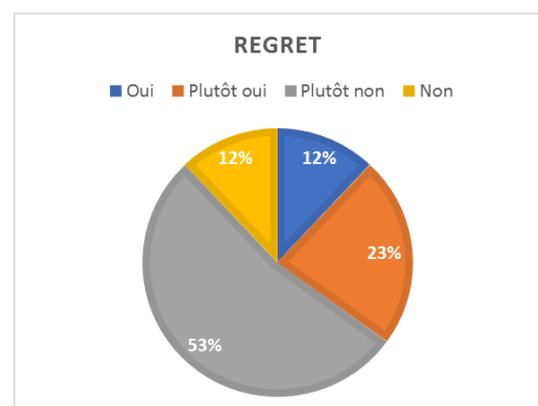
Aucun interne juge inutile d'avoir un espace de parole.



#### IV.2.13 Regret

A la question : « Vous est-il déjà arrivé de regretter la manière dont vous avez annoncé un décès ? », les réponses étaient les suivantes :

- Oui : 12% (n = 23)
- Plutôt oui : 23% (n = 45)
- Plutôt non : 53% (n = 102)
- Non pas du tout : 12% (n = 23)



### IV.3. Deuxième partie : la formation

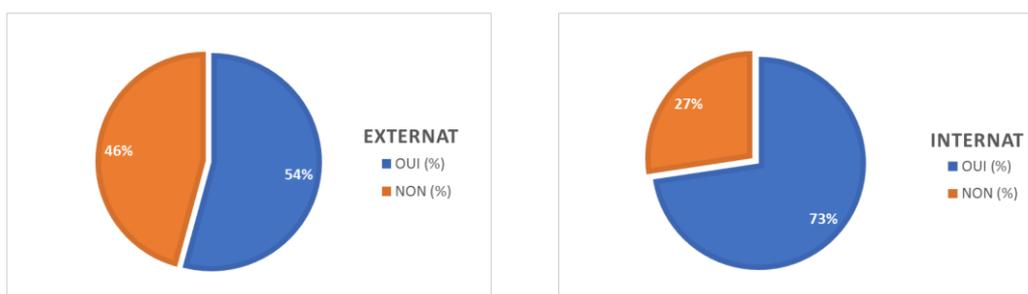
Cette seconde partie du questionnaire redevient commune à l'ensemble des personnes interrogées (n = 215) et s'attache à évaluer la formation et la notion de compétence.

#### IV.3.1. L'externat

A la question : « Avez-vous déjà assisté à une annonce de décès avec un médecin sénior au cours de votre externat ? », 58% (n = 125) ont répondu « Oui » contre 42% (n = 90) « Non ».

#### IV.3.2. L'internat

A la question : « Avez-vous déjà assisté à une annonce de décès avec un médecin sénior au cours de votre internat ? », 73% (n = 156) ont répondu « Oui » contre 27% (n = 59) « Non ».

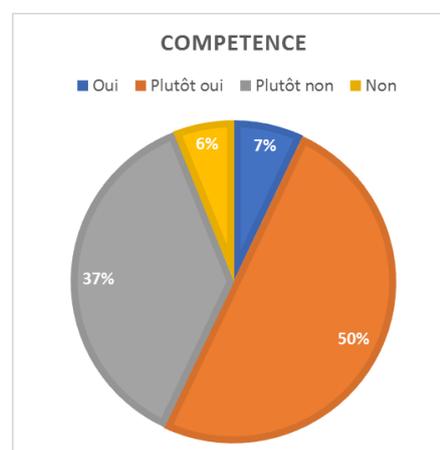


En croisant les résultats avec la question précédente, on retrouve que 17% (n = 37) des internes n'ont assisté à aucune annonce au cours de l'ensemble de leur formation, ni au cours de leur externat ni au cours de leur internat, et 6 d'entre eux n'ont pas fait d'annonce.

#### IV.3.3. Compétence

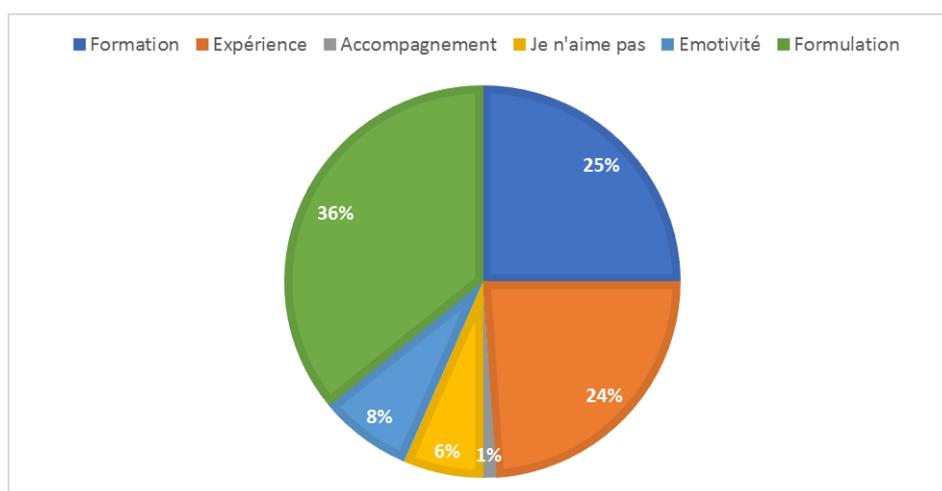
A la question : « Vous sentez-vous compétent dans l'annonce du décès ? », les réponses étaient les suivantes :

- Oui : 7% (n = 16)
- Plutôt oui : 50% (n = 107)
- Plutôt non : 37% (n = 80)
- Non pas du tout : 6% (n = 12)



Pour les personnes ayant répondu « Non » ou « Plutôt non » (total n = 92), une question complémentaire permettait de faire préciser pourquoi, les réponses étaient les suivantes :

- Je n'ai jamais été formé : 25% (n = 23)
- Je manque d'expérience : 23,9% (n = 22)
- Je n'ai jamais vu de sénior en faire : 1,1% (n = 1)
- Je n'aime pas ça : 6,5% (n = 6)
- Je suis trop émotif : 7,6% (n = 7)
- Je ne sais jamais comment le formuler : 35,9% (n = 33)
- Autre : 0



#### IV.3.4. Participation à une formation

A la question : « Avez-vous déjà participé à une formation sur l'annonce du décès ? » 11,1% (n = 24) ont répondu « Oui », contre 88,8% (n = 191) « Non ».

Pour les personnes ayant répondu « Oui », une réponse complémentaire était posée afin de préciser dans quel contexte cette formation a eu lieu :

- Lors d'une FMC (groupe de pairs, groupe Balint...) : 3
- Lors d'un stage hospitalier : 7
- A l'occasion d'une formation universitaire (DU, ateliers, séminaire) : 7
- Autre : 7

Parmi les réponses « Autre » on retrouve : échange avec des amis médecins, D.E.S.C. de médecine palliative, l'externat (cité 4 fois) et en stage en réanimation.

## IV.4. Troisième partie : les remarques libres

La quatrième et dernière partie du questionnaire prenait la forme d'un espace de parole libre pour que les personnes interrogées puissent laisser libre cours à toutes leurs remarques, que ce soit sur le fond ou la forme du questionnaire, du sujet abordé, ou encore des expériences passées, des pistes de réflexions...

### IV.4.1. Nombre de réponses

Il y a eu 28 commentaires libres laissés par les interrogés (soit 13). Les réponses étaient variées en taille, de 7 mots pour la plus petite réponse à 156 pour la plus grande, elles sont visibles dans leur intégralité en annexe 2. Il y a 12 idées ou remarques pertinentes qui ressortent parmi ces réponses. Chaque idée est illustrée ci-dessous dans l'ordre décroissant par un ou plusieurs verbatims numérotés de R1 à R28. Les réponses sont subjectives et ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la population interrogée et servir dans des données statistiques mais elles peuvent apporter des éléments nouveaux de discussion.

### IV.4.2. Les remarques

**La formation (cité 11 fois : R1, R8, R9, R11, R17, R19, R20, R21, R23, R25, R28) :**

- « Cela devrait faire partie des cours de D.E.S. » R9
- « Prévoir une formation obligatoire sur l'annonce de décès » R11
- « Nous préparer de façon globale et nous prévenir des différentes réactions » R25

**Rapport avec le patient et son entourage (cité 7 fois : R1, R15, R18, R19, R21, R25, R27) :**

- « Connaître un minimum le patient et/ou le dossier » R1
- « Préparation en amont de la famille lorsque la personne est en fin de vie » R18
- « Avoir cheminé pendant une hospitalisation avec les proches avant que cela arrive » R19

**Facteurs personnels et expérience (cité 6 fois : R1, R3, R12, R21, R23, R26) :**

- « L'empathie et les facilités pour communiquer de chacun » R1
- « Si on a soi-même assisté à un décès très proche dans sa famille » R12
- « C'est en faisant et voyant faire que cela s'apprend » R21

**Jeux de rôle / mise en situation (cité 4 fois : R2, R11, R24, R28) :**

- « Des mises en situation au cours des premiers stages » R2
- « Atelier jeu de rôle en début d'internat ou lors de l'externat » R11
- « Des jeux de rôle sur le sujet au cours de notre formation » R24

**Paramédical, équipe soignante (cité 4 fois : R5, R13, R15, R19) :**

- « Je ne pense pas que nous soyons mieux formés que le personnel paramédical » R13
- « J'ai personnellement eu plusieurs fois des pressions de l'équipe soignante » R15
- « L'infirmière qui les connaît ne souhaite pas le faire » R19

**Soins palliatifs (cité 3 fois : R10, R14, R19) :**

- « J'ai fait un stage en soins palliatifs » R10
- « J'ai fait un semestre en soins palliatifs et ça m'a beaucoup aidé » R14
- « Avoir été dans un service de soins palliatifs » R19

**Similitudes avec la maladie grave (cité 3 fois : R6, R17, R20) :**

- « Plus éprouvé de difficulté lors d'annonce d'état grave / de maladie que pour les décès » R6
- « J'ai appliqué la méthode de l'annonce d'une maladie grave » R17
- « Beaucoup plus formé à l'annonce d'une maladie grave, annonce diagnostic » R20

**Décès attendu ou prévu (cité 2 fois : R5, R7) :**

- « Décès inattendu » R5
- « Le décès était-il attendu ou prévu si on peut employer ce terme » R7

**Constat de décès (cité 2 fois : R17, R21) :**

- « Constater un décès sur une garde lorsque la famille est présente » R17
- « Rôle parfois délicat du constat de décès quand on est en garde » R21

**Formulation (cité 2 fois : R17, R19) :**

- « Maladroit et parfois inadapté » R17
- « Trouver les bons mots pour une famille donnée à un instant donné » R19

**Suivi, espace de parole (cité 1 fois : R4) :**

- « Proposer un suivi psychologique une fois par semestre pour les internes » R4

#### Age du patient (cité 1 fois : R22) :

« L'annonce d'un enfant ou d'un patient jeune est sans doute plus difficile » R22

### IV.4. Quatrième partie : résultats croisés

Afin de réaliser ces tableaux croisés dynamiques et les tests statistiques, nous avons regroupé les réponses « non et plutôt non » dans la même catégorie d'une part et les réponses « oui et plutôt oui » d'autre part.

On retrouve une liaison significative ( $p < 0,01$ ) entre le fait de se sentir compétent et d'avoir assisté au moins une fois à une annonce par un médecin sénior.

**Tableau 5 : Compétence en fonction de l'accompagnement**

		Avez-vous assisté à une annonce pendant l'internat ?		
		Oui	Non	
Vous-sentez-vous compétent ?	Oui	99	24	123
	Non	57	35	92
		156	59	215

Liaison significative ( $p < 0,01$ )  $\text{khi}^2$  9,077

De même ( $p < 0,01$ ) on constate une différence significative entre les internes en première année et ceux en dernière années.

**Tableau 6 : Compétence en fonction du semestre**

		Vous-sentez-vous compétent ?		
		Oui (%)	Non (%)	
Semestre	2ème	15	25	40
	6ème	52	25	77
		67	50	117

Liaison significative ( $p < 0,01$ )  $\text{khi}^2$  9,703

## V DISCUSSION

### V.1. Apports de l'étude

Cette étude apporte un regard nouveau sur l'approche de la mort en médecine, sujet encore tabou, et sur l'accompagnement des médecins en formation. Le point de vue est ici original car de nombreux travaux ont déjà été fait sur l'annonce de la maladie, de la mauvaise nouvelle, la méthode utilisée par les soignants, l'enseignement, mais aussi sur l'accompagnement des patients dans leur parcours de santé tandis que peu d'études s'attachent à proprement parler au vécu de la mort par les équipes médicales et notamment des internes.

L'objectif était de faire un état des lieux des pratiques dans nos hôpitaux et sur les terrains de stage, de voir comment les internes appréhendent le problème, quelles sont les situations le plus souvent rencontrées et s'ils disposent de l'aide et de l'encadrement nécessaire dans cette tâche. Les internes ont pu s'exprimer sur les situations et difficultés rencontrées.

### V.2. Forces de l'étude

La principale force l'étude est son sujet même, assez peu exploité jusqu'à présent. Il n'existait pas de données précises concernant la confrontation au décès par les internes, le lieu, les circonstances ou la fréquence. La seconde force est le taux de participation, puisque que plus d'un interne sur trois (37,4%) a répondu à l'ensemble du questionnaire, ce qui montre qu'ils portent un intérêt au sujet et qu'ils se sont sentis concernés.

### V.3. Faiblesses de l'étude

#### V.3.1. Le questionnaire

Bien que le questionnaire ait été élaboré sur plusieurs mois, c'est à posteriori, une fois diffusé à grande échelle et confronté aux premières réponses que l'on s'aperçoit des points qui auraient pu être mieux formulés ou d'autres propositions de réponses possibles. Par exemple, concernant la question N°10 sur les sources de difficultés rencontrées, à de nombreuses reprises, le caractère inattendu a été évoqué ainsi que l'âge jeune. Il est vrai qu'en médecine, 2 situations sont bien distinctes dans le domaine de la mort : le décès brutal et soudain ou bien le

décès attendu, qui change totalement les choses. Si cette réponse avait été proposée dans le questionnaire, il est probable qu'elle aurait été beaucoup plus représentée.

L'objectif était d'avoir le plus de réponses possibles, quelques sacrifices ont donc été fait sur les questions. Lors de l'élaboration du questionnaire, 30 questions avaient été retenues notamment pour évaluer l'impact émotionnel sur les internes, leurs recherches personnelles (bibliographiques ou autres), leurs propositions pédagogiques ou encore une auto-évaluation sur leur progression au fur et à mesure de semestres. Mais afin de privilégier le taux de participation et pour rester sous les 5 minutes de temps nécessaire pour répondre à l'ensemble du questionnaire pour ne pas décourager les interrogés en cours de route, une dizaine de questions ont été supprimées. De plus, le type d'étude choisie n'était pas le plus propice pour évaluer le champ émotionnel. Il existe probablement un biais de recrutement par le sujet abordé avec plus de réponses de vieux semestres qui ont été plus souvent exposés à la situation étudiée que les jeunes semestres.

### **V.3.2. La portée des résultats**

Le questionnaire ne concerne que les internes de médecine générale de Lyon, on ne peut donc pas extrapoler les résultats au niveau régional ou national. Il aurait été intéressant de diffuser le questionnaire à l'ensemble des facultés de médecine française, ce qui aurait peut-être permis de mettre en lumière des différences géographiques.

Il était initialement prévu de questionner également des internes d'autres spécialités mais il était logiquement compliqué d'obtenir dans le laps de temps imparti toutes les autorisations pour diffuser le questionnaire dans chacune des spécialités, chacune ayant son propre mailing liste et différents interlocuteurs. Il n'était pas évident de sélectionner quelle spécialité interroger, car bien que certaines ne soient pas concernées (anatomopathologie, santé publique, biologie médicale) ou rarement concernées, d'autres le sont beaucoup plus comme l'anesthésie-réanimation, l'onco-hématologie ou encore la pneumologie. Interroger l'ensemble des spécialités n'était pas possible car cela représente un travail très important, une adaptation du questionnaire en fonction de la spécialité car les situations rencontrées ne sont pas les mêmes, la durée de l'internat et les cours de D.E.S. sont différents... Et enfin, les autres promotions de spécialistes sont beaucoup plus petites que celle de médecine générale allant de 2 postes pour l'anatomopathologie à 25 postes pour l'anesthésie réanimation, il faudrait donc un taux de participation proche de 100% pour pouvoir exploiter correctement les réponses. Ce même travail pour les autres spécialités pourrait faire l'objet d'une thèse à part entière.

### **V.3.3. Le fond et la forme**

Les résultats nous donnent des informations jusqu'ici peu connues et permettent de quantifier et d'avoir des données statistiques précises concernant l'annonce du décès. Nous en savons donc plus sur la forme mais pas encore sur le fond et ces résultats donnent envie d'en savoir plus, notamment sur la gestion émotionnelle de l'interne son vécu et les ressources qu'il utilise.

## **V.4. Méthodologie**

Ce sujet pouvait être abordé de 2 manières : d'un point de vue qualitatif ou bien d'un point de vue quantitatif. N'ayant pas de données précises jusqu'à présent, c'est donc la méthode quantitative qui a été retenue pour faire un état des lieux, il était nécessaire d'interroger le maximum d'internes possible pour obtenir une bonne représentativité des données.

Chaque type d'enquête a ses limites et l'abord quantitatif, par l'utilisation de questions fermées, ne permet pas d'explorer correctement le vécu. Le questionnaire laissait place à quelques réponses libres et une dernière question ouverte ce qui a permis d'obtenir quelques éléments qualitatifs mais là encore, un abord qualitatif sur ce même sujet avec une vingtaine d'internes interviewés pourrait faire l'objet d'une thèse entière.

Les résultats de ce travail de thèse pourraient donc servir de préambule et d'aide à l'élaboration d'un canevas d'entretien pour réaliser une thèse qualitative.

## **V.5. Les résultats**

### **IV.5.1. La population**

Le taux de participation important montre l'intérêt porté par les internes à ce sujet.

Cependant 77% des répondants sont des femmes contre seulement 23% d'hommes. Est-ce parce que les femmes se sentent plus concernées par le sujet que les hommes ou bien est-ce superposable aux données démographiques ? L'étude ne permet pas de répondre à cette question car nous ne connaissons pas la répartition homme/femme des 650 internes de médecin générale inscrits à Lyon. Toujours est-il que cela suit la tendance nationale de ces dernières années avec une large féminisation des études de médecine en France. L'Atlas de la démographie médicale de 2016 édité par le Conseil National de l'Ordre des Médecins [32] se rapproche de nos chiffres avec une répartition chez les jeunes médecins généralistes en activité

régulière d'âge inférieur ou égal à 34 ans de 67,5% pour les femmes (n = 4792) contre 32,6% d'hommes (n = 2323). Il y a donc une nette inversion du sexe-ratio car chez les 60 – 64 ans, les hommes représentent 68,5% (n = 17481) contre 31,5% (n = 5500) de femmes avec une moyenne actuelle tous âges confondus de 54% d'hommes pour 46% de femmes. Ces chiffres concordent avec la démographie des inscrits en PACES [33], les données de janvier 2014 sur les 57000 étudiants inscrits retrouvaient 64% de femmes.

L'âge moyen est de 26,7 ans et correspond à un cursus classique avec une inscription en faculté de médecine en post-BAC vers l'âge de 18 ans. On retrouve 6 personnes de 30 ans ou plus (maximum 40 ans) pouvant correspondre à des inscriptions tardives en médecine ou des passerelles en cours d'externat depuis d'autres cursus.

Enfin, on remarque que la majorité des répondants sont des « vieux » semestres en seconde partie d'internat (du 4<sup>ème</sup> au 6<sup>ème</sup> semestre) puisqu'ils représentent 79,5% contre 20,5% pour les « jeunes » semestres. Ceci peut s'expliquer par le fait que la probabilité d'être confronté au décès d'un patient augmente au fur et à mesure de l'internat et des stages. Il est probable que de nombreux premiers semestres, ayant tout juste débuté leur second semestre au moment de la diffusion du questionnaire n'aient encore jamais été confrontés au décès d'un patient et ne se sont donc pas sentis concernés par le sujet de l'étude (biais de recrutement).

#### **IV.5.2. La fréquence**

Nous avons vu dans les résultats que 22 internes n'ont jamais annoncés eux même de décès et parmi eux 13 étaient en 2<sup>ème</sup> semestre, ils y seront sûrement confrontés dans la suite de leur internat. Néanmoins, 6 internes en dernier semestre n'y ont jamais été confronté sur l'ensemble de leur internat, ceci pourrait être dommageable pour la suite pour eux même (leur gestion émotionnelle) et pour les familles du fait de l'inexpérience. Cette situation reste malgré tout rare puisqu'elle représente seulement 7% des sixièmes semestres.

On voit une augmentation progressive des expériences d'annonces au fur et à mesure de l'internat, la plupart des internes en dernier semestre ayant fait 6 annonces ou plus au cours de leur formation. Bien sûr ce chiffre varie d'une personne à l'autre, le nombre de décès rencontrés sur un stage dépend surtout du type de stage pris. Il y aura moins de décès en service de pédiatrie ou gynécologie comparativement à des spécialités comme la gériatrie, l'onco-hématologie ou la pneumologie. Les stages plus difficiles et demandant plus d'autonomie sont souvent pris par les plus vieux semestres également.

### **IV.5.3. Les circonstances d'annonce**

Lorsqu'on est confronté à un décès, 2 éléments s'imposent rapidement à l'esprit : qui doit-on prévenir et de quelle manière ?

L'instauration de la personne de confiance, systématiquement désignée à l'admission d'un patient à l'hôpital depuis la loi du 4 mars 2002 [34] permet d'avoir théoriquement un interlocuteur pour chaque patient admis, hors cas de force majeure. On constate qu'au moment de rechercher quelqu'un à prévenir, une grande majorité (97,9%) avait la plupart du temps quelqu'un de renseigné, et que 32,1% des interrogés avait toujours quelqu'un de bien défini à appeler. Ces chiffres sont encourageants et montrent le progrès qu'il y a eu en la matière.

De manière empirique, on se rend compte qu'on est plus souvent sollicité pour des décès la nuit qu'en journée. Un travail de mémoire en EHPAD réalisé en 2014 [35] retrouvait que 53% des décès se produisaient sur la période allant de 00h à 8h, soit un peu plus de la moitié des décès est concentré sur un tiers de la journée, la nuit. C'est probablement la raison pour laquelle les médecins de garde ont souvent à faire à des patients et à des familles qu'ils ne connaissent pas.

La question qui se pose est : doit-on le dire au téléphone ou attendre que la famille arrive ? On peut prétexter la dégradation de l'état de santé du patient, bien que celui-ci soit déjà décédé pour demander à la famille de venir puis annoncer en face, ou bien le dire au téléphone directement. Le simple appel en pleine nuit du médecin suffit à amorcer dans l'esprit des proches une mauvaise nouvelle.

Les résultats de l'étude confirment cette tendance puisque 50% des annonces sont faites la plupart du temps au téléphone par les internes contre seulement 16% face à face. 34% ont déclarés en faire autant au téléphone qu'en face. Cela coïncide avec une prévalence des décès supérieure la nuit où les familles n'ont pas le droit d'être sur place sur ces horaires (sauf dans des services spécialement aménagés avec notamment les chambres familles en soins palliatifs) et l'éloignement géographique impose de devoir prévenir par téléphone les proches.

### **IV.5.4. Les difficultés**

La question N°9 a permis de vérifier l'hypothèse que l'annonce de décès est une tâche difficile puisque 70,5% (n = 136) ont répondu « Oui » ou « Plutôt oui ».

Les 5 personnes ayant répondu « Non pas du tout » sont soit en quatrième (n = 2) soit en sixième (n = 3) semestre, leur ancienneté explique peut-être qu'ils soient devenus plus à l'aise devant cette situation. Mais à part ces quelques exceptions, il n'y a pas d'évolution de difficile à non difficile au fur et à mesure des semestres. Même les plus anciens trouvent cela plutôt difficile en fin d'internat (pour 44% des 6èmes semestres).

Une fois ce constat fait, nous nous sommes attachés à savoir pourquoi cela pouvait être difficile. Parmi les propositions de réponses à la question N°10, 3 ressortent avec en premier lieu, le fait que le patient soit inconnu. Cela concorde avec les réponses précédentes puisque la plupart du temps les annonces ont lieu pendant les gardes, dans des services inconnus et essentiellement la nuit. L'interne ne connaît alors pas l'histoire du patient, pourquoi il a été hospitalisé, les complications qui pouvaient être attendues ou non, les traitements qui ont été fait et il ne connaît pas non plus la famille. L'interne doit alors en quelques minutes lire le dossier médical, parfois long, analyser la situation clinique et trouver un diagnostic pour le décès, évaluer la douleur, combien de temps cela a pris et depuis combien de temps le décès a eu lieu. Parfois les informations sont incomplètes, ou la prise en charge n'est pas comprise, ce qui donne lieu à certaines incertitudes qui peuvent mettre en défaut l'interne face aux questions de la famille.

La seconde difficulté est le manque d'expérience, car rien ne remplacera la confrontation en situation réelle chargée en émotions. On peut s'imaginer que chacun, au fur et à mesure de ses difficultés développe une stratégie d'annonce.

La troisième est la réaction des proches. Quelle attitude adopter devant la tristesse, les pleurs, la colère, l'incompréhension ? Quels mots employer, avec la peur d'être maladroit ou de dire des banalités impersonnelles. Quelle distance avoir ? Les réactions des proches sont aussi liées à un contexte culturel. Dans certaines cultures il faut exprimer sa tristesse, elle doit transparaître et cela se traduit souvent par des pleurs, des cris voir des personnes qui se jettent à terre en sanglots. Cela peut déstabiliser les équipes soignantes ou les autres patients du service. Il faut parfois gérer l'affluence massive des proches et de la famille dans un espace insuffisant pour accueillir tout le monde et pouvant occasionner une gêne au fonctionnement du service.

D'autres difficultés ont été évoquées dans les commentaires libres, bien que peu représentées dans les réponses, elles semblent importantes à souligner : le côté inattendu du décès rend bien sûr son annonce d'autant plus brutale et difficile ainsi que l'âge jeune du patient. Un décès reste toujours difficile mais on peut facilement comprendre que plus le sujet est âgé, plus cela est attendu et rendu acceptable par un travail inconscient préliminaire de deuil. A l'inverse, plus un décès survient jeune et plus cela semble injuste et incompréhensible.

Certaines de ces difficultés n'ont pas vraiment de solutions mais un dossier médical bien rempli et actualisé jour après jour est un bon outil afin d'avoir des informations pertinentes, comme préciser dès que possible si le patient est en limitation de soin. L'expérience vient avec le temps mais une préparation en amont peut être bénéfique.

#### **IV.5.5. Espace de parole**

Tout juste un quart des internes ont eu régulièrement un espace de parole, cela représente un véritable problème. Une annonce qui se passe mal peut être très mal vécue, par crainte d'avoir fait une erreur, culpabilité sur la prise en charge du patient ou sur l'annonce et entraîner une perte de confiance ou d'estime de soi chez l'interne. 72% ont rarement ou jamais parlés de leurs expériences. Bien souvent les internes sont seuls face à cette situation, la nuit.

Alors qu'en les interrogeant, aucun interne ne juge complètement inutile d'en parler. Au contraire, 53,9% d'entre eux estiment cela utile et 39,9% plutôt utile. Il y a donc 94% des internes qui seraient demandeurs d'un espace de parole.

On pourrait proposer que lorsqu'un médecin sénior constate au matin à son arrivée dans le service qu'un patient est décédé au cours d'une garde, qu'il contacte systématiquement l'interne qui est venu constater et qui a fait l'annonce (souvent le surlendemain car l'interne bénéficie d'un repos de sécurité les 24h suivant) afin d'en discuter avec lui et de lui donner un retour sur ce qu'il a fait, s'il a donné les bonnes informations, si la famille a été plaintive par la suite ou au contraire reconnaissante. Car bien souvent l'interne n'a aucun retour sur ce qu'il a fait durant la nuit. Dans le cas où le décès survient sur le lieu de stage, les médecins en charge du secteur ou le chef de service pourrait également proposer un entretien avec l'interne. L'hôpital où l'interne exerce pourrait proposer une cellule d'écoute par des psychologues comme cela peut se voir parfois et en informer les internes au début de leur semestre.

#### **IV.5.6. Regrets**

Bien que la plupart des internes n'aient pas émis de franc regret dans leur façon d'annoncer (près de 65%) certains éprouvent tout de même ce sentiment (35%). L'absence de regret ne signifie pas l'absence d'envie de parler vu les résultats à la question précédente. Un espace de parole reste donc légitime.

#### **IV.5.7. La formation**

En devenant interne, l'étudiant en formation devient responsable de certains patients dont il a la charge à l'inverse de l'externe qui a toujours un interne référent et dont les périodes de stage sont plus courtes (8 semaines en moyenne à temps plein) ou encore parfois sur une demi-journée seulement. Il est donc logique que les internes aient assistés plus souvent à une annonce avec un sénior (72,6%) que les externes (58,1%).

En cumulant le second et le troisième cycle, on se rend compte que 82,8% (n = 178) des étudiants ont au moins une fois au cours de leur formation assisté à une annonce de décès avec un sénior. Mais également que près d'un étudiant sur 5 (17,5%, n = 37) n'a jamais assisté à une seule annonce. Ce chiffre est assez inquiétant, quand on sait que les stages pratiques commencent dès la 3<sup>ème</sup> année, il est dommage qu'au cours de près de 7 ans de pratique l'étudiant n'ai jamais vu d'annonce faite par un médecin expérimenté. Parmi ces 37 personnes, 31 ont quand même vécu cette expérience eux même pendant leur internat, il en reste donc 6 qui n'ont jamais vu ni fait d'annonce tout au long de leur cursus.

La question N°17 a permis de voir qui a pu bénéficier d'une formation sur le sujet. Seuls 11% (n = 24) sont concernés. 7 d'entre eux pendant un stage hospitalier, 7 au cours d'une formation universitaire, 4 pendant l'externat et 3 au cours d'une FMC. D'autres situations isolées étaient évoquées comme une DESC de soin palliatif, un stage en réanimation ou en échangeant dans un cadre privé avec d'autres confrères médecins. Une FMC sur l'annonce de la mauvaise nouvelle et du décès serait une bonne solution à proposer, accessible au plus grand nombre en restant interactive sur la base d'expériences personnelles. Parler de ses expériences avec des collègues de travail serait aussi à encourager.

#### **IV.5.8. La compétence**

A la question « vous sentez-vous compétent dans l'annonce du décès ? » 57,2% (n = 123) ont répondu « Oui ou plutôt oui ». Parmi ces réponses, 53% sont des internes en 3<sup>ème</sup> année alors qu'ils représentent 30% des réponses « non ou plutôt non ». Il y a globalement plus de jeunes semestres qui se disent non compétents, probablement en lien avec un manque d'expérience qui se corrige progressivement au fur et à mesure des stages et des situations rencontrées.

42,8% (n = 92) des personnes ayant répondu « Non ou plutôt non », 3 explications ressortent et correspondent à 85% des réponses. La première est la difficulté à formuler son annonce. Comment bien faire sans être trop direct, trop froid, impersonnel ou maladroit et avec les mots

justes et adaptés. La seconde est l'absence de formation qui pénalise et met en difficulté. Et la troisième correspond au manque d'expérience. On constate que le côté émotionnel est assez peu représenté et ce que déplorent les internes c'est surtout l'absence de préparation en amont. Cela pourrait être assez facilement corrigé par l'instauration d'une mise en pratique en début d'internat par des jeux de rôle sur des situations variées (décès suite à longue maladie, décès brutal, âge jeune...) avec diverses réactions devant lesquelles faire face, ainsi que des clés sur le vocabulaire à adopter, les phrases à dire et à ne pas dire.

## **V.6. Données de la littérature**

### **V.6.1. Premier article**

L'annonce de la mort : une épreuve difficile pour les jeunes médecins. Enquête auprès de 42 internes et médecins « juniors ». [36]

Il s'agit d'une étude de 2009 menée par une interne lilloise qui visait à évaluer les sentiments de 42 internes au moment de l'annonce de la mort et leurs difficultés selon le contexte. Il s'agissait d'une étude observationnelle prospective monocentrique menée sur 2 mois auprès de 200 étudiants en médecine issue de toutes spécialités médicales, interrogés de manière anonymes sur le principe du volontariat par le biais d'un questionnaire composé de 97 questions fermées.

Il y a eu 42 réponses soit 21% de participation, autant d'homme que de femme et la plupart étaient en D.E.S.C. d'urgence ou en D.E.S. d'anesthésie réanimation. Les internes ne se montrent pas indifférents à la mort des patients, le sentiment dominant lors du décès est la compassion et la présence d'un médecin sénior est vécu comme un véritable soutien. Les internes éprouvent un besoin de communiquer sur leurs pratiques et d'échanger leurs expériences. Une majorité d'entre eux sont peu satisfaits de leur annonce même s'ils estiment que le temps qu'ils y consacrent est suffisant. Il est préférable de l'effectuer dans un lieu dédié. Même s'ils redoutent la réaction des familles, leur principale crainte porte sur la qualité de la communication. 67% trouvent qu'il est indispensable ou tout du moins utile de proposer une formation à l'annonce mais que sa mise en place semble difficile. « Il n'existe pas de « bonnes façons » d'annoncer une mauvaise nouvelle, encore moins un décès, mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres ». Les résultats de notre étude confirment ces résultats.

## V.6.2. Deuxième article

Annoncer une mort violente aux proches en situation d'urgence extrahospitalière et les accompagner. [37]

Cet article reflète bien la réalité extra-hospitalière, et bien que les situations d'urgence de ce type intéressent surtout les équipes médicales d'urgence, dans des régions reculées où le médecin traitant est le premier maillon de la chaîne de soin ces situations peuvent aussi se présenter à lui. Les conditions d'annonce peuvent être plus difficiles en dehors de l'hôpital, en fonction du contexte, dans un « milieu hostile » mais aussi de par l'expérience du médecin. L'article vise à transmettre ce que les personnes endeuillées peuvent ressentir lors d'intervention des secours et la confrontation à la mort d'un proche à partir d'exemples de prises en charge de familles endeuillées en immédiat mais aussi en différé.

*« L'annonce de la mort est un temps traumatique qui projettent les proches concernés dans un autre monde. La souffrance psychique peut alors s'exprimer à l'état brut, sans limite, sans contenance, dans les pleurs, les cris, la colère avec des spécificités culturelle souvent inconnue des soignants et qui peuvent les surprendre. Face à la souffrance et à la mort d'un patient, chaque soignant puise dans ses ressources psychiques et met en place des mécanismes de défense pour ne pas être envahis [...]. Mais le soignant est avant tout humain et notamment en situation de stress, ces moyens de défenses peuvent être exacerbés et envahir le fonctionnement psychique du sujet et se traduire par exemple par de l'ironie, de l'évitement, de la banalisation de l'identification. Les soignants peuvent apprendre à repérer ces comportements ».*

L'article rappelle que l'annonce ne doit jamais être faite en présence du corps de la personne décédée, ni sur le lieu précis où elle vient de mourir, il est nécessaire de changer de pièce, dans un endroit calme. Il faut éviter les foules, humaniser l'instant avec un cercle restreint de proches (conjoint, parents, enfants) pour ne pas se laisser déborder, demander de désigner un représentant du groupe qui fera circuler l'information par la suite. Il faut se présenter au groupe et poser le contexte. Il conviendra d'utiliser le mot « mort » car c'est celui qui le plus universellement compris. Il est également important de savoir se retirer, ce sont les proches qui finissent par laisser la personne décédée après s'être recueillis. Il est important de pouvoir parler des situations bouleversantes, accepter et reconnaître ses limites et respecter des réactions différentes de ses collègues sans jugement. Ceci est dépendant du savoir être de chacun au-delà des compétences scientifiques et techniques. Néanmoins cela doit faire suite à une prise en charge médicale préalable sans faille du patient même si l'issue finale est malheureuse.

### V.6.3. Troisième article

« Death Pronouncements : Using the Teachable Moment in End-of-Life Care Residency Training » [38].

Il s'agit d'une étude réalisée au Etats-Unis dans le Wisconsin visant à étudier l'impact d'un atelier de travail proposé aux internes de première année concernant l'annonce de décès et la confrontation à la mort des patients. Annoncer la mort d'un patient et savoir communiquer avec les proches est une compétence importante et nécessaire pour les soignants mais paradoxalement, cela est souvent de la responsabilité de l'interne qui justement souffre d'un manque de préparation technique mais également émotionnel pour effectuer cette tâche.

En 1995, à l'issue d'un atelier proposé sur la manière de conduire un entretien avec la famille d'une personne âgée un interne avait suggéré à l'issue de la formation, de proposer un groupe de travail sur les moyens de communication et l'annonce de la mort à la famille. Les internes en première année rapportent un sentiment de stress anticipé à l'idée de devoir annoncer eux même la mort d'un patient à l'entourage, jusqu'ici, cela ne relevait pas de leur responsabilité et de ce fait ils se sentaient peu concernés. Ce moment précis de la première année représente ce que l'auteur appelle un « *teachable moment* », que l'on traduirait par « un moment idéal pour enseigner » car les internes se trouvent alors disponibles et demandeurs de formation.

Le premier groupe de travail de 90 minutes a vu le jour en 1995, avec des réflexions autour des concepts de la mort, du deuil, les projections... Les internes devaient également rapporter des expériences personnelles de stage. Il y a également eu l'intervention de médecins séniors et l'élaboration avec ces derniers d'un protocole de soin concernant l'annonce, des revues de cas difficiles mais aussi des lectures d'œuvres littéraires et des textes de poésie sur le sujet. Chaque année les internes évaluaient ce groupe de travail et proposait des améliorations, cet article fait la synthèse des évaluations de 1995 à 2003.

Les internes ont évalué à plus de 4,5/5 l'ensemble des activités proposées par ce groupe de travail (présentations, jeux de rôle, poèmes, discussion, vidéos...) et se sont montrés reconnaissant que cela leur soit proposé. Il ne faut pas nécessairement de multiples heures de formation, ici le modèle d'un atelier de 90 minutes, proposé à un moment clé aux internes de première année, avec une approche multimodale permet d'apporter des outils nécessaires pour améliorer leurs compétences et les préparer de manière appropriée à leur première annonce.

#### **V.6.4. Quatrième article**

« L'annonce à la famille d'un décès dans le contexte des urgences hospitalières et pré-hospitalières » [39], il s'agit d'une étude de 2002 d'une équipe du SAMU de Paris.

3 à 8% des motifs d'intervention sont des arrêts cardio-respiratoires dans un contexte brutal pour les équipes du SAMU. Bien qu'il n'y ait pas d'annonce de décès qui ne soit pas douloureuse, il est possible de mettre en place une approche stéréotypée permettant d'éviter de majorer le traumatisme émotionnel de chacun, y compris du médecin. Les règles de conduite sont dictées par le bon sens. Les 2 modes de communications mis en jeu sont la communication verbale et non verbale (position, posture, regard, mains...). Les familles interrogées considèrent que la manière dont le décès est notifié est clairement plus importante que la personne qui l'annonce.

Il faut éviter tout jargon médical ainsi que tout euphémisme et utiliser des termes forts notamment prononcer le mot « mort ». Les considérations techniques sont peu importantes pour les proches (par exemple, la durée de réanimation n'est pas perçue comme un argument déterminant pour les proches). Parler du patient en disant « votre père, votre mère, votre enfant » plutôt que « le malade, l'enfant... ». Il est également important de laisser des temps de silence, ne pas chercher à combler artificiellement ces moments importants pour dissiper le choc. Il vaut mieux parfois ne rien dire, dans des situations insupportables et inconsolables que d'utiliser des formules maladroitement et non adaptées comme « vous allez reprendre le dessus », « le temps effacera votre peine » ... Il faut éviter de questionner les proches et au contraire laisser la porte ouverte pour répondre à leurs interrogations. Après s'être assuré que tout a été bien compris, prendre congé des proches en évitant de présenter ses excuses mais plutôt en reconnaissant leur douleur.

L'approche relationnelle de l'entourage nécessite un apprentissage individuel et de la préparation, qui n'existe pas dans le cursus de formation classique et doit inclure des mises en situation pratiques, une réflexion sur l'éthique mais surtout le partage de situations vécues.

#### **V.6.5. Cinquième article**

« Le vécu des internes de médecine générale d'Angers en début d'internat quant à l'annonce d'une mauvaise nouvelle à un patient » [40]. Il s'agit d'une thèse d'exercice pour le diplôme d'étude spécialisée en médecine générale soutenu à Angers en 2015.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle, de manière générale fait partie de la compétence « Relation, Communication, Approche centrée-patient », cette étude vise à analyser le vécu initial des internes par le biais d'entretiens individuels semi dirigés concernant un cas d'annonce vécu. 11 internes en 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> années ont été interrogés, les principales difficultés qu'ils rapportent sont la gestion du temps et de l'incertitude. La formation pratique constitue une véritable aide, de même que l'observation directe et le vécu personnel.

Le principal regret est le manque de retours, une critique et un regard extérieur sur leurs expériences et également la gestion de leurs propres émotions.

## **V.7. Entraînements et échanges**

### **V.7.1. Jeux de rôle**

Nous l'avons vu précédemment avec les résultats de cette étude mais également par les résultats d'autres articles parus antérieurement, les étudiants sont dans l'attente d'une formation, d'une préparation à l'annonce de la mort. Même si la présence d'un médecin sénior à leur côté est rassurante, cette situation reste rare et l'interne se retrouve bien souvent seul. Le souhait n'est pas d'avoir des cours magistraux, jugés inintéressant et non instructifs. Par contre l'utilisation des jeux de rôle a souvent été évoquée car plus concrète et intime.

Néanmoins, quel est le point de vu des internes sur le jeu de rôle ? Une étude qualitative de 2013 [41] montre que le jeu de rôle est un outil fréquemment employé dans les facultés et connu des internes mais rarement apprécié au premier abord. Lors des jeux de rôle on s'expose au regard des autres et la crainte principale est le jugement négatif par leurs pairs sur leur comportement professionnel mais aussi sur leur attitude générale. Mais le fait d'en faire dans un cadre bien précis avec un expert dans le domaine et des mises en scène bien structurées avec des objectifs clairement définis au départ est sécurisant et change la vision de cet outil. Le débriefing est apprécié de même que l'utilisation de la vidéo pour revoir sa prestation, malgré une appréhension initiale, cela est bien vécu et permet d'analyser la communication non verbale. Il n'a pas été montré que le jeu de rôle améliore l'aisance des internes face aux patients mais la plupart y ont repensé au moins une fois au cours d'une consultation ultérieure.

Le jeu de rôle semble être une piste mais avec des animateurs qui ont suffisamment d'expérience dans le domaine afin de ne pas mettre les internes dans des situations désagréables et pour rendre cet outil plus acceptable. L'utilisation de comédiens professionnels

apporte une qualité dans la réalisation des jeux de rôle et un réalisme parfois déconcertant et très formateur selon les internes. Mais bien sur cela pose des problèmes de financement car rend ces ateliers beaucoup plus onéreux.

### **V.7.2. Groupe d'échange de pratiques (GEP)**

Le GEP est proposé dès le premier jour de l'internat à la faculté de médecine de Lyon en médecine générale. Il s'agit d'un groupe restreint d'internes encadré pendant l'internat par un médecin généraliste « tuteur ». Tous se rencontrent plusieurs fois par an sur une demi-journée pour échanger sur des situations originales vécues en stage, un rapport est rédigé au cours de la séance. Cette démarche vise à offrir un espace de parole, dans un cadre restreint et de confiance, d'échanger sur des pratiques diverses et avoir un retour extérieur, objectif et bienveillant. L'objectif étant ensuite d'autonomiser les étudiants à cet exercice et à le réaliser seuls, en autonomie à l'image des groupes de pairs.

### **V.7.3. Groupe de pairs**

Le groupe de pairs est la continuité du GEP, lorsque l'étudiant est devenu professionnel. Pairs signifiant : « personnes de même situation sociale, de même titre, de même fonction », c'est-à-dire sans hiérarchie, de même spécialité (ici médecine générale) se réunissant de manière régulière dans un climat de confiance pour discuter autour des pratiques quotidiennes sur des cas cliniques tirés au sort. Ce modèle s'est grandement développé au cours des dernières années et est apprécié par les médecins participants [42]. Certains groupes sont reconnus dans le cadre des obligations de formation continue.

### **V.7.4. Groupe Balint**

Le groupe Balint est encore une autre approche. « *Michael Balint, un psychanalyste britannique, a créé une structure à l'intention des médecins de famille pour leur permettre de réfléchir en toute confiance à ces rencontres cliniques qui nous émeuvent de façon parfois étonnante. Un groupe Balint est une réunion périodique entre médecins de famille, prévue pour discuter avec un animateur ou un leader formé à cette fin de sujets qui préoccupent l'esprit des médecins, et ce, en dehors de leurs rencontres cliniques habituelles* » [43]. Il s'agit là aussi d'un groupe restreint, 6 à 10 membres avec 1 ou 2 animateurs formés, les discussions y sont confidentielles ce qui libère la parole et notamment l'expression de sentiments négatifs. « *De nombreuses données probantes dans les ouvrages spécialisés démontrent que la participation à un groupe*

*Balint améliore les capacités des participants à faire face aux situations, leur disposition psychologique et leur habileté à être centrés sur le patient ».*

## **V.8. Application à la médecine générale**

### **V.8.1. Décès en ambulatoire**

Quel est l'intérêt de ce travail pour la médecine générale ? En dehors de l'information que cela apporte sur la formation, l'accompagnement et les situations rencontrées par les internes au cours de leur internat, que faire de ces informations sur le long terme ? Tout d'abord, il ouvre des pistes de réflexions concernant l'accompagnement des internes par des médecins seniors, dans le but d'améliorer les pratiques et les savoir-faire.

L'internat est relativement court et l'interne deviendra rapidement un professionnel et exercera rapidement son métier de docteur seul. La situation de l'annonce de décès peut sembler être purement hospitalière, mais ceci est faux. Nous vivons dans une société où l'espérance de vie a fortement augmentée au cours des 2 derniers siècles [44]. En 1810, avec l'apparition du vaccin contre la Variole, l'espérance de vie fait un bond en avant et atteint 37 ans, puis progresse jusqu'à 45 ans en 1900 avec peu de différences entre hommes et femmes. En l'espace d'un siècle elle a presque doublé puisqu'elle a atteint 76,8 ans pour les hommes et 83,9 ans pour les femmes en 2005. Cette ascension tend à se stabiliser car en 10 ans elle a atteint 79,4 ans pour les hommes et 85,4 pour les femmes (sources INED, pour l'année 2016 en France).

Nous avons une population vieillissante, avec encore un nombre insuffisant de structures pour y faire face. Il existe aujourd'hui une volonté en France de déshospitalisation de la mort, pour une raison économique (maîtrise de la dépense) mais également par souhait de la population. Il y a en France une forte médicalisation de la fin de vie comparativement à d'autres pays européens [45]. Bien qu'un grand nombre de décès ont lieu en milieu hospitalier, la tendance actuelle est plutôt de favoriser la fin de vie à domicile avec mise en place notamment des HAD (hospitalisations à domicile) et des soins de confort et de fin de vie. On recense ainsi 26,7% de décès à domicile en 2012 et 10,9% de décès en EHPAD. Selon le rapport de l'ONVF en EHPAD [46], ces dernières sont confrontées en moyenne à 20 décès par an, 21% des médecins coordonnateurs n'ont aucune formation à l'accompagnement de la fin de vie et seulement 15% d'entre eux ont reçu une formation diplômante aux soins palliatifs. Les médecins coordinateurs des EHPAD sont la plupart du temps des médecins généralistes. *« En EHPAD, les médecins généralistes occupent une place importante : ils restent le plus souvent le médecin traitant des*

*résidents, et sont les prescripteurs. Au cours de la dernière semaine de vie, dans 84% des cas le médecin coordonnateur estime que le médecin généraliste a été impliqué dans la prise en charge. Ce résultat est à mettre en relation avec l'absence de sensibilisation à la fin de vie en direction des médecins traitants dans 92% des EHPAD ».*

### **V.8.2. Le médecin généraliste et le décès de ses patients**

Le médecin généraliste est confronté à la mort de patients comme n'importe quel médecin mais son approche est différente car il suit bien souvent ses patients depuis des années, les accompagne dans leur globalité, leur environnement et bien souvent suit et connaît la famille [2]. Plusieurs sentiments se mêlent comme la tristesse, l'incompréhension, ou la culpabilité mais aussi parfois la satisfaction d'avoir accompli son devoir jusqu'au bout dans l'accompagnement de la fin de vie d'un patient et le soutien à la famille. Le vécu varie beaucoup en fonction des circonstances et des liens qui se sont développés avec le patient et sa famille.

Avec le développement des soins palliatifs, de l'accompagnement à la fin de vie axé sur les soins de confort, une nouvelle représentation de la mort a émergé avec une dualité entre « la bonne mort », celle que l'on souhaiterait et la « mauvaise mort », celle que l'on craint [47]. La « bonne mort » serait la mort sans douleur, qui ne mettrait personne mal à l'aise, sans pour autant effacer la peine liée à celle-ci et qui donnerait un sentiment d'utilité à l'équipe soignante.

Le médecin doit faire un deuil de son patient et bien souvent les réactions de la famille après le décès jouent un rôle majeur dans le vécu du médecin, par exemple, des marques de reconnaissance rassurent, déculpabilisent et permettent ensuite de reparler plus facilement du défunt. Il arrive que des familles changent de généraliste après un décès, cela est mal vécu par le médecin bien qu'il ne s'agisse pas nécessairement d'une réaction de reproche mais sans doute d'un élément du processus de deuil.

La mort d'un patient renvoie également à l'idée de sa propre mort contre laquelle chacun résiste comme il le peut. Les médecins mettent en place des mécanismes de défense, des barrières entre leur vie privée et leur vie professionnelle qui varient selon leurs caractères, leurs expériences personnelles mais aussi leur formation. Pourtant le rôle du médecin est différent au moment d'un décès et demande « *une maîtrise de savoir-faire et de compétences relationnelles particulières puisqu'il s'agit de dépasser la neutralité émotionnelle qui est la règle dans les soins. Or la formation initiale des médecins, hospitaliers ou libéraux, occulte complètement, ou quasi-complètement, cette dimension de la pratique [...]. Les médecins se forment donc eux-mêmes, au cours de leurs expériences, à la fin de vie. Cet apprentissage autodidacte semble*

*incontournable, mais ils pourraient préalablement disposer de quelques clés leur permettant de comprendre, par exemple, les différentes pratiques et conceptions de la mort d'un point de vue socioculturel, ou encore de bases de psychologie indispensables à l'accompagnement au deuil ».*

### **V.8.3. Savoir repérer un deuil et l'accompagner**

Il est tout aussi intéressant de développer ses aptitudes et ses compétences de communication pour repérer les endeuillés. Le médecin généraliste peut être confronté à une personne ayant perdu un proche ne faisant pas partie de sa patientèle. Si certains patients viennent spontanément voir leurs médecins avec le motif précis du deuil, certains peuvent le cacher, par pudeur, ou pensant pouvoir le surmonter facilement seuls. Chez ces patients il faut savoir repérer les signes indirects, comme une fatigue inhabituelle, une insomnie, des plaintes somatiques multiples ou des éléments dépressifs et savoir orienter l'interrogatoire. Une fois l'endeuillé identifié, il faut savoir le gérer, proposer un accompagnement, orienter vers un professionnel adapté (psychologue ou psychiatre) ou tout simplement proposer un espace de parole et d'écoute.

Il faut être particulièrement vigilant aux deuils traumatiques, aux morts violentes, et aux suicides, qui se situent en 3ème position des causes de mort derrière les tumeurs et les accidents vasculaires. Comme le décrit Michel Hanus [48], la mort par suicide est une mort qui renferme une part de mystère et qu'il n'est pas possible d'expliquer. *« La souffrance, éventuellement la maladie sont reconnues mais ne sont pas acceptées comme raisons convaincantes pour se supprimer »* du point de vue des proches. Le deuil après suicide est avant tout un deuil comme tous les deuils mobilisant les mêmes processus intérieurs de travail. *« Le deuil intérieur s'exprime également dans un mouvement de régression psychique et comportementale. C'est une autre raison qui implique que la personne en deuil soit entourée et soutenue par ses proches. Dans ce mouvement de régression psychique se manifeste, surtout dans les premiers temps qui suivent la mort de l'être cher, une forte poussée à s'identifier à lui jusqu'au point d'avoir envie de le retrouver dans la mort. Cette identification narcissique est habituellement temporaire et débouche sur un processus de réorganisation psychique qui, à terme, se révèle souvent bénéfique pour la croissance psychique et spirituelle de la personne endeuillée à qui nous n'allons, bien sûr, pas tenir de tels propos ; si elle doit en reconnaître la réalité, elle la découvrira au fil de l'évolution de son deuil. Mais cette identification narcissique entraînant un désir de mort partagée peut se révéler pernicieuse chez certaines personnes déjà antérieurement fragilisées, déjà tentées par la mort ou ayant éventuellement déjà réalisé des gestes suicidaires »*. Il est donc important de rencontrer rapidement les proches d'un suicidé.

Il n'y a pas que le suicide qui peut entraîner une surmortalité dans l'entourage, chez les personnes de plus de 60 ans cela a été démontré dans la première année du veuvage [49], une étude plus ancienne conforte également ces résultats [50]. D'autres situations peuvent être rencontrées et être à l'origine de morts en séries, la notion de « deuxième cordé » [51] a été soulevée, elle se définit comme étant un endeuillé qui n'est souvent pas demandeur de soins mais qu'il faut savoir repérer. L'auteur fait des propositions simples pour apporter de l'aide : *« proposer un lieu de parole : soit au domicile même de la personne en deuil (la visite « d'après »), soit sur rendez-vous au cabinet du médecin, soit en faisant appel à des réseaux d'aide (associations et fondations). Il faut noter dans ce domaine que, si la visite au domicile est la plus difficile en termes de temps, d'affect et de coût (il n'y a pas de nomenclature pour cela...), elle est la plus efficiente en termes de mobilisation psychique, favorisant ainsi l'élaboration. Encourager l'expression des sentiments avec tact, patience et respect. Prendre le temps de parler de « l'autre », de son histoire, de ses qualités, de ses défauts, du lien qui les unissait... ».*

## **V.9. Des outils pour bien annoncer**

### **V.9.1. Comment annoncer ?**

Il n'y a pas de « bonne façon » d'annoncer la mort d'autrui. Apprendre la mort de quelqu'un est toujours brutal. La mort est irréversible et redoutée, elle est taboue et renvoie à notre propre condition de mortel. Après une annonce de mort, il y a un avant et un après. Un sentiment de stupeur, de tristesse, de solitude, de dépendance, d'injustice, de vulnérabilité peuvent s'emparer de l'endeuillé. Bien qu'il n'y ait pas de bonne annonce, il est possible d'en limiter l'impact et le traumatisme par une attitude et des moyens de communication adaptés.

La qualité d'une annonce n'est pas seulement liée à la personne qui la délivre mais également à l'environnement qui l'accompagne. Le lieu doit être adapté, dans un endroit calme pour respecter l'intimité du moment. Le temps consacré est également important, cela ne doit pas être fait dans la précipitation, le personnel doit se rendre disponible, et prendre le temps d'accueillir les réactions des proches et de répondre à leurs questions. Bien sûr, l'attitude globale doit être empathique et bienveillante.

Dans son travail sur l'annonce de la mort [52], Marie-Frédérique Bacqué rappelle que l'annonce est une tâche *« fondamentale qui se pose aussi bien à la Police, la Gendarmerie, les pompiers, les médecins et autres soignants, et tous dans certaines situations extrêmes. L'annonce de la mort est un sujet grave qui ne fait pas l'objet d'une marche à suivre précise, comme s'il devait*

*rester dans les limbes de notre Société. Pourtant, non seulement il se pose chez les professionnels soignants ou funéraires, mais bien souvent chez tous, lorsque nous devons transmettre une information grave à des proches ».*

Elle propose certains principes simples, comme la préparation du lieu d'annonce (éviter de faire cela en public, dans un couloir...) d'être, dans la mesure du possible, présent physiquement et d'éviter les annonces à distance comme au téléphone et encore moins par courrier. L'annonce se doit d'être progressive, préciser que « quelque chose de grave est arrivé » bien que cela installe immédiatement une grande angoisse mais cela permet de limiter la brutalité de l'annonce en préparant au pire. Il faut rester disponible, respecter des temps de silence et accueillir les réactions, répondre aux questions et introduire la suite des événements. On pourra inviter les proches à se rendre auprès du corps lorsque cela est possible et expliquer l'intervention à venir des services funéraires.

Une annonce peut être traumatisante psychologiquement lorsqu'elle est marquante. Mme Bacqué conclue son travail en encourageant à mettre en place des enseignements sur les représentations de la mort et sur les effets psychiques de l'annonce afin de limiter au maximum les effets pathogènes de la mauvaise nouvelle aussi bien sur les soignants (mécanismes de transfert) que sur les proches.

L'HAS souligne [16] également que *« l'annonce du décès mérite d'être préparée. Tous les services hospitaliers sont confrontés à la question de l'annonce du décès. L'annonce est normalement faite par un médecin : soit le médecin en charge du patient, soit lorsque celui-ci est absent, le médecin qui constate le décès [...]. Les services ont le choix entre l'annonce du décès par téléphone ou une annonce en tête à tête [...]. Dans tous les cas, les services peuvent, comme le prévoit le CSP, prévenir les familles de l'aggravation de l'état de santé du malade afin de leur permettre de se rendre dans l'établissement pour les derniers instants.*

*Dans certaines circonstances (décès attendu), certains services préfèrent annoncer le décès lorsqu'ils téléphonent à la famille. Pendant la nuit, la seule annonce au bout du fil de l'identité de l'appelant suffit à l'interlocuteur pour demander « il est mort ? ». En revanche, cette pratique doit être exclue lorsque le décès était imprévu ou que des circonstances particulières accentuent le caractère tragique du décès. Les services, ou les médecins, qui ont fait le choix de n'annoncer les décès qu'en présence des familles sont confrontés aux cas des décès imprévus. Un artifice couramment utilisé consiste à faire parvenir à la famille un avis d'aggravation alors même que le malade est décédé et à inscrire sur le certificat de décès un horaire légèrement décalé par rapport à la réalité. Lorsque le service est en relation avec la famille avant le décès pour les*

*malades en fin de vie, il est de pratique courante de s'entendre avec les familles sur les modalités d'annonce du décès. Une telle solution est souhaitable à tous égards [...]. Les conditions d'accueil des familles en cas de décès varient considérablement d'un service à l'autre, sans qu'une réflexion d'ensemble sur les bonnes pratiques n'ait émergé au sein des établissements. Certains services possèdent une pièce réservée au dialogue avec les familles ; d'autres en revanche, et c'est le plus souvent le cas, utilisent, pour l'annonce du décès soit le bureau du médecin soit encore le bureau du cadre infirmier. L'exiguïté, l'encombrement ou l'absence d'intimité caractérisent souvent ces lieux prévus pour d'autres fonctions. Les cas où l'annonce a lieu dans le couloir, impossibles à quantifier, restent fréquents, notamment dans les services ou l'urgence caractérise l'activité médicale (services d'urgences ou réanimation) ».*

Une mention est faite également pour les soignants, stipulant que « *les établissements de soins devraient avoir une obligation de prévention des deuils pathologiques et de suivi des soignants confrontés régulièrement à la mort* ».

### **V.9.2. Aide pour faire une annonce**

Il n'existe pas de guide consensuel pour délivrer une telle annonce, chaque situation est unique, et dépend de nombreux facteurs (âge, service, pathologie, urgence, brutalité, entourage...). Mais certains points sont unanimes et pourraient faire l'objet de rappels simples aux différents professionnels car la manière de délivrer est tout aussi importante que son contenu et l'étude a montré que la difficulté de la formulation est en cause chez 36% des internes se sentant incompetents dans l'annonce. A la lumière des résultats de notre étude, avec tous les éléments retrouvés dans les références bibliographiques et pour aller un peu plus loin dans notre travail, nous avons élaboré une aide à l'annonce et à la préparation de l'annonce à la famille et aux proches dans les suites immédiates d'un décès. Ces éléments sont indicatifs et à adapter en fonction de chaque situation. Une représentation graphique sous forme de plaquette au format A3 est visible en Annexe 4. Pour valider un tel outil, un travail de plus grande ampleur s'imposerait.

## **V.10. Mention dans les médias et les nouveaux médias**

Le monde entier se numérise, y compris la médecine avec la E-santé. Internet notamment est un lieu d'échange et de communication, entre professionnels mais aussi avec les patients notamment par l'intermédiaire de réseaux sociaux bien connus. On trouve sur internet de nombreux blogs de médecins de différents horizons sous couvert d'anonymat ou non, qui racontent des histoires cliniques vécues dans lesquelles de nombreux professionnels de santé

peuvent se reconnaître et parfois même les patients. Ces récits finissent quelques fois en maison d'édition devant leur succès et deviennent disponibles en œuvres littéraires sous différentes formes (recueils de narrations cliniques, bande dessinées, histoire romancée...).

### **V.10.1. Exemple de blogs de médecins**

#### **Jaddo – « Juste après dresseuse d'ours » [53]**

« *Les histoires d'une jeune médecin généraliste, brutes et non romancées, Sinon c'est pas rigolo* ».

Parfois les histoires sans relayées par des médias locaux, comme « *Quand il faut annoncer la mort aux familles* » [54].

#### **Baptiste Beaulieu – « Alors voilà. » [55]**

« *Journal de soignés / soignants réconciliés* »

Jeune généraliste, auteur de plusieurs romans. Il a notamment publié « *La balade de l'enfant gris* » [56] où il raconte le traumatisme qu'il a vécu en tant que soignant et en tant que personne suite à la perte d'une jeune patiente qui a failli lui faire renoncer à ses études.

#### **Vie de carabin – « Bande dessinée d'un étudiant en médecine ». [57]**

Cet étudiant en médecine a choisi la bande dessinée pour s'exprimer et illustrer les situations vécues quotidiennement par les internes en médecine.

Ce ne sont que des exemples parmi tant d'autres qui fleurissent sur internet, chacun avec un style d'écriture et une identité graphique propre.

### **V.10.2. Articles dans les médias**

Dans les médias plus classiques, journaux périodiques, télévision ou radio, des sujets sur la santé et les étudiants en médecine sont fréquents, on pourra citer en exemple :

#### **Annecy : les médecins du centre hospitalier apprennent à annoncer les mauvaises nouvelles [58] :**

Cet article (de mai 2017) explique que l'hôpital d'Annecy propose des simulations, avec des comédiens professionnels, supervisées par un urgentiste et formateur, le scénario présenté est le décès d'un homme de 57 ans suite à un arrêt cardiaque. L'objectif étant d'apprendre aux jeunes médecins à faire face à ces situations.

### **Comment les étudiants en médecine appréhendent la mort dans leur futur métier [59] :**

Cet article (d'octobre 2016) raconte la confrontation de la mort par les étudiants de la seconde année de médecine jusqu'à l'internat. Il explique que le premier contact avec la mort, le corps sans vie, a bien souvent lieu lors des travaux pratiques d'anatomie en 2<sup>ème</sup> année. Puis ce rapport change à mesure des stages pendant l'externat, l'étudiant est souvent peu impliqué dans le soin à ce moment-là, jusqu'à l'internat où il se retrouve brutalement en première ligne pour les constats de décès. Une réalité de la mort finit par s'installer dans notre métier, autour de laquelle chacun construit son attitude.

## **V.11. Ouverture**

Cette thèse peut être le point de départ de nombreux autres travaux sur le même thème mais selon d'autres points de vue et selon des méthodologies différentes. Du fait de sa conception et de sa population, certaines concessions ont dû être faites, toutes les questions n'ont pas pu être posées afin de rendre le questionnaire clair, précis et concis.

### **Elargissement géographique :**

Cette thèse pourrait être faite à l'échelle de la région Auvergne Rhône-Alpes en diffusant le questionnaire dans les promotions de médecine générale de Clermont-Ferrand, Saint-Etienne et Grenoble. Mais également dans d'autres régions de France voir en National afin de voir s'il existe des différences géographiques notamment au niveau de la formation et de l'accompagnement.

### **Méthode qualitative :**

Maintenant que nous disposons de données statistiques plus précises, cette thèse pourrait s'aborder d'une façon qualitative avec des entretiens semi dirigés auprès d'internes de médecine générale afin d'évaluer un ressenti plus personnel.

### **Autres spécialités :**

Ce travail pourrait également se faire auprès d'autres spécialités afin de voir s'il existe des différences d'appréhension et de formation face à l'annonce du décès. On pense notamment aux spécialités très touchées par des décès comme l'anesthésie-réanimation, l'onco-hématologie, la pneumologie... Cela serait intéressant également chez les pédiatres qui sont soumis à des décès de patients très jeunes, où la gestion émotionnelle doit être compliquée et souvent associée à un soutien important des parents et de la famille. L'abord pourrait aussi bien être quantitatif que qualitatif.

## VI CONCLUSION

L'objectif de cette thèse était l'analyse descriptive des situations le plus fréquemment rencontrées par les internes de médecine générale lors de l'annonce du décès d'un patient à la famille et aux proches et d'identifier leurs difficultés.

Les principaux résultats sont les suivants :

- 75,6% des internes font leur première annonce de décès sans accompagnement
- Pour 58% d'entre eux, la majorité de leurs annonces étaient faites lors de gardes
- 89,1% ont déjà annoncé la mort d'un patient qu'ils ne connaissaient pas
- En moyenne, 50% des annonces étaient faites par téléphone

Concernant le ressenti lors des annonces :

- 70,5% des internes ont ressentis des difficultés, tous semestres confondus
- Seul 28% des internes trouvaient facilement un espace de parole pour partager leurs expériences alors que 93,8% estimaient qu'il leur serait utile de pouvoir en parler et 35,2% éprouvaient des regrets dans leur manière d'annoncer
- Les principales sources de difficultés étaient de ne pas connaître le patient, le manque d'expérience et un dossier médical incomplet. Le caractère inattendu du décès et l'âge « jeune » du patient constituaient également une difficulté

Sur la formation :

- 17,2% des internes n'ont jamais assisté à une annonce ni pendant leur externat ni pendant leur internat
- Seulement 11,1% des internes ont bénéficié de cours dédiés à cela, pendant un stage hospitalier ou sur une démarche personnelle de formation (DU, FMC...)

Compétence ressentie :

- 57,2% des internes, tous semestres confondus se sentent compétents pour faire des annonces, avec une différence significative entre le début et la fin de l'internat
- On retrouve un lien significatif entre le fait d'avoir assisté à une annonce au cours de l'internat et la compétence ressentie

Un mauvais accompagnement ou une mauvaise préparation des internes peut être à l'origine de situations vécues comme traumatisantes par les internes mais également avoir des conséquences sur le processus de deuil des proches et de la famille. De même, un interne

insuffisamment sensibilisé ou préparé à la gestion du deuil sera moins à même de repérer et d'accompagner des proches concernés alors que dans certains cas cela peut être à l'origine d'une surmortalité.

Ces résultats s'expliquent par le fait que les connaissances en médecine sont le plus souvent basées sur des savoirs scientifiques bien que cela ait tendance à changer et que l'on s'attache aujourd'hui à enseigner davantage l'approche globale centrée sur le patient. Les résultats s'expliquent également par le fait que l'interne doit être rapidement autonome et se débrouiller par lui-même notamment dans les services hospitaliers où la charge de travail, les fortes cadences et le manque de personnel sont tels qu'il y a souvent peu de temps consacré par les seniors à la pédagogie. Ce travail nécessaire et demandé d'accompagnement doit être principalement à la charge de l'hôpital où ces situations sont le plus fréquemment rencontrées et proposer une cellule d'écoute pour les internes mais également sensibiliser les chefs de service à être plus attentifs à ces situations et proposer un débriefing systématique après chaque décès même lorsque l'interne n'est pas du service et même si les circonstances semblaient simples.

Il paraît fondamental de faire un travail en amont avec les familles lors de l'admission du patient et d'anticiper le pire surtout dans un contexte d'hospitalisation avec un pronostic réservé. Il faudrait systématiquement déterminer avec les familles « si son état de santé se dégrade, quand et comment voulez-vous être informé ? » et consigner cela de manière visible dans le dossier médical.

Un outil d'aide pourrait également être distribué aux internes par l'administration hospitalière lors de leur accueil dans les établissements de soin comme cela se voit dans certains pays (Etats-Unis notamment) comme celui élaboré en exemple à l'issue de ce travail de thèse (Annexe 3).

Enfin, un travail d'approfondissement sur le ressenti des internes par une approche qualitative serait utile pour améliorer encore l'accompagnement des internes.

**Le Président de la thèse,**  
*Pr Yves ZERBIB*



**Pour Le Président de l'Université  
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**  
  
**Professeur Gilles RODE**



Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le **29 SEP. 2017**

## VII RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Masic I, Miokovic M, Muhamedagic B. Evidence Based Medicine – New Approaches and Challenges. 2008 ; 16(4):219–25.
2. Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients, General practitioners and the death of their patients. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2011 Dec 1 ; 41(1):65–72
3. Castra M. L'émergence des soins palliatifs dans la médecine, une forme particulière de militantisme de fin de vie. *Quaderni Communication, technologies, pouvoir*. 2009 Jan 5 ; (68):25–35
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Constats et certificats de décès à domicile ou sur site privé ou public: aspects éthiques et déontologiques Oct 11 2013 [Internet]. Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1381>
5. Gruat R. Reconnaître l'état de mort encéphalique. *Laennec*. 2012 Jan 1 ; Tome 58(4):29–36
6. Larousse.fr [Internet]. Disponible : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mort/52706>
7. Étienne Vergès, « La notion de la personne en droit » dans Régis Mache, dir., *La personne dans les sociétés techniciennes*, Paris, L'Harmattan, « Sciences & société », 2007, p. 70
8. Légifrance. Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique [Internet]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000228784>
9. Loire R. (Hôpital cardiologique, Lyon) Les causes anatomiques des morts subites cardiaques inopinées. A propos de 1000 autopsies [Internet]. Disponible : [www.cardiologie-francophone.com/articles/Mort%20subite.html](http://www.cardiologie-francophone.com/articles/Mort%20subite.html)
10. Rey C, Farge T, Université Claude Bernard (Lyon). Représentations de la mort en médecine générale étude qualitative réalisée auprès de 12 médecins généralistes en Bourgogne et Rhône-Alpes. [S.l.]: [s.n.]; 2012.
11. Pascal Neveu, « Revivre même quand on est terrassé », Paris, Solar, 2006 – 2017, p. 128

12. Présentation de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - APHP DAJ [Internet]. Disponible : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/presentation-de-la-loi-n-2002-303-du-4-mars-2002-relative-aux-droits-des-malades-et-a-la-qualite-du-systeme-de-sante/>
13. Légifrance. Loi N°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [Internet]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2005/4/22/2005-370/jo/texte>
14. Saint-Louis Réseau Sein. Le réseau vous informe – Brochures. Les droits des proches de la personne malade [Internet]. Disponible : [http://www.saint-louis-reseau-sein.org/documents\\_pdf/proches\\_plaquette.pdf](http://www.saint-louis-reseau-sein.org/documents_pdf/proches_plaquette.pdf)
15. Observatoire National de la Fin de Vie. « Fin de vie : un premier état des lieux » [Internet]. Disponible : [http://www.onfv.org/wp-content/uploads/2014/10/Rapport\\_ONFV\\_2011.pdf](http://www.onfv.org/wp-content/uploads/2014/10/Rapport_ONFV_2011.pdf)
16. IGAS - Inspection générale des affaires sociales. La mort à l'hôpital [Internet]. Disponible : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article90>
17. C. Attali, P. Bail, Définitions et descriptions des compétences en médecine générale, Exercer 2013 ; 108 :148-55
18. LeFigaro.fr Santé. L'interne en médecine [Internet]. Disponible : <http://sante.lefigaro.fr/sante/specialite/interne-medecine/quest-ce-que-cest>
19. Légifrance. Code de la santé publique. Section 1 : Statut des internes en médecine, en odontologie et en pharmacie [Internet]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006196816&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
20. Université Paris Descartes, UE7 : Santé, société, humanité responsables [Internet]. Disponible : <http://www.biomedicale.parisdescartes.fr/UE-7-sante-societe-humanite.html>
21. HAS. Epreuves classantes nationales (ECN) – Sommaire et Mode d'emploi [Internet]. Disponible : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_646948/fr/epreuves-classantes-nationales-ecn-sommaire-et-mode-d-emploi](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_646948/fr/epreuves-classantes-nationales-ecn-sommaire-et-mode-d-emploi)
22. HAS. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique, Février 2014 [Internet]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1730418/fr/annonce-et-accompagnement-du-diagnostic-d-un-patient-ayant-une-maladie-chronique](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1730418/fr/annonce-et-accompagnement-du-diagnostic-d-un-patient-ayant-une-maladie-chronique)

23. HAS. Annoncer une mauvaise nouvelle, Octobre 2008 [Internet]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle)
24. Université Claude Bernard Lyon1. Programme du D.E.S de Médecine Générale 2015-2016 de Lyon [Internet]. Disponible : <https://lyon-est.univ-lyon1.fr/formation/des-medecine-generale/presentation-du-des-de-medecine-generale-789113.kjsp>
25. Service-Public.fr. Déclaration de décès [Internet]. En ligne : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F909>
26. Moffroid C, Nougéin P. Evaluation des pratiques des médecins généralistes de Picardie concernant le certificat de décès. Amiens, France : Université de Picardie ; 2015
27. Nguyen F, Mathy F, Hervé C, Lorin de la Grandmaison G, Charlier P, Comment bien remplir un certificat de décès ? LA REVUE DU PRATICIEN, vol. 62, n° 6, 2012, pages 759-763, 14 réf., ISSN 0035-2640, FRA
28. Sigmund Freud, Métapsychologie, Folio essais, p. 145-171, Gallimard 1968 (ISBN 2-07-032340-4)
29. Kubler-Ross, Elisabeth. On Death and Dying. New York : Macmillan, 1969
30. Philippin Yves, « Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique », InfoKara, [En ligne] 2006/4 (Vol. 21), p. 163-166. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-infokara1-2006-4-page-163.htm>
31. Jeoffrion Christine, « Santé et Représentations sociales : une étude " multi-objets " auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé », Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 2/2009 (Numéro 82), p. 73-115.
32. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France 2016 [Internet]. Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
33. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé [Internet]. Disponible : <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid91504/profil-et-parcours-des-etudiants-en-premiere-annee-commune-aux-etudes-de-sante.html>
34. Clement R, Guille R, Rodat O, Lombrail P. Rôles et missions de la personne de confiance à l'hôpital : insuffisamment connus par les malades : Enquête semi-directive chez 95 patients du CHU de Nantes. 2009 6–4

35. Mémoire collectif. Y a-t-il des plages horaires en EHPAD pendant lesquelles les décès surviennent plus volontiers. Université Paris Descartes. 2013-2014 [Internet]. Disponible : <http://plone.vermeil.org:8080/ehpad/Bibliotheque/Memoires/memoires-2013-2014>
36. Assez N, Quievre C, Pokladnik K, Hubert H, Wiel E, Rosenstrauch C. L'annonce de la mort : une épreuve difficile pour les jeunes médecins. Enquête auprès de 42 internes et médecins « juniors ». *Annales françaises de médecine d'urgence*. 2012 ; 2(1):9–18.
37. Romano H, Aurore A, Chollet-Xemard C, Marty J. Annoncer une mort violente aux proches en situation d'urgence extrahospitalière et les accompagner. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* 2012 ; 31(5):437–41.
38. Marchand L, Kushner K. Death pronouncements: using the teachable moment in end-of-life care residency training. *J Palliat Med*. 2004 Feb ; 7(1):80–4
39. Laborie J-M, Haegel A, Carli P. L'annonce à la famille d'un décès dans le contexte des urgences hospitalières et pré-hospitalières. *Journal européen des urgences*. 2002 ; 15(1):5–14
40. Dalmières A. Le vécu des internes de médecine générale d'Angers en début d'internat quant à l'annonce d'une mauvaise nouvelle à un patient. [France] : Université d'Angers; 2015.
41. Delacour CC. Le jeu de rôle dans le cadre de la formation médecin-patient : quel vécu pour les internes de médecine générale ? Etude qualitative réalisée auprès d'internes de la Faculté de Médecine de Strasbourg. [France] : Université de Strasbourg, Faculté de médecine ; 2013.
42. François P, Philibert A-C, Esturillo G, Sellier É. Groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale [En ligne] 2013 8–1. Disponible : <http://www.em-consulte.com/en/article/779540>
43. Roberts M. Les groupes Balint. *Can Fam Physician* [En ligne]. 2012 Mar ; 58(3):246–7. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3303640/>
44. G. Pison, « France 2004 : l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans », *Populations et Sociétés*, n° 410, mars 2005
45. Gisquet E, Aouba A, Ghosn W, Aubry R, Jouglu E, Rey G. Où meurt-on en France ? Analyse des certificats de décès (1993-2008) [En ligne]. 2012. 547-51 p.
46. Fin de Vie Soins Palliatifs. Fin de vie en EHPAD : les premiers résultats de l'étude sont disponibles | CNSPFV [Internet]. Disponible : <http://www.spfv.fr/node/3332>

47. Higgins RW. La mort orpheline. In Pennec S, éd. Des vivants et des morts. Des constructions de « la bonne mort ». Brest : UBO ; 2004. p. 180-94.
48. Hanus M. Les particularités du deuil après suicide. *Études sur la mort*. 2008 Feb 1 ; no 127(1):49–58.
49. Guilbault C, Dal L, Poulain M. Le veuvage et après, WIDOWHOOD AND BEYOND. *Gérontologie et société* [En ligne]. 2008 Dec 1 ; 30 / n° 121(2):163–78
50. Thierry X. Risques de mortalité et de surmortalité au cours des dix premières années de veuvage. *Population*. 1999 ; 54(2):177–204
51. Ruiz B. Deuil traumatique et risque de morts en série. Le syndrome du « deuxième de cordée ». *Médecine* [En ligne]. 2010 Oct 1 ; 6(8):375–81.
52. Marie-Frédérique Bacqué, « L'annonce de la mort », *Études sur la mort* 2008/2 (n° 134), p. 99-104. DOI 10.3917/eslm.134.0099
53. Juste après dresseuse d'ours [Internet]. Disponible : <http://www.jaddo.fr/>
54. Ma vie de médecin: quand il faut annoncer la mort aux familles. *Atlantico* [En ligne] 30/11/2011. Disponible : <http://www.atlantico.fr/decryptage/medecine-generale-docteur-anecdotes-jaddo-212482.html>
55. Alors Voilà. Journal de soignés/soignants réconciliés [Internet]. Disponible : <http://www.alorsvoila.com/>
56. Baptiste Beaulieu. La ballade de l'enfant gris. Fayard / Mazarine. 28/09/2016. P.412
57. Vie de Carabin, Bande dessinée d'un étudiant en médecine [Internet]. Disponible : <http://www.viedecarabin.net/>
58. Richard Vivion. Annecy: les médecins du centre hospitalier apprennent à annoncer les mauvaises nouvelles. *France Bleu Pays de Savoie* [Internet]. Disponible : <https://www.francebleu.fr/infos/societe/annecy-les-medecins-du-centre-hospitalier-apprennent-annoncer-les-mauvaises-nouvelles-1495558039>
59. Sébastien M. Comment les étudiants en médecine appréhendent la mort dans leur futur métier. *Huffingtonpost* [Internet]. 2016. Disponible : [http://www.huffingtonpost.fr/sebastien-m/temoignage-quotidien-etudiants-medecine-mort\\_b\\_10809696.html](http://www.huffingtonpost.fr/sebastien-m/temoignage-quotidien-etudiants-medecine-mort_b_10809696.html)

## VIII ANNEXES

### VIII.1. Annexe 1 : Le questionnaire (format traitement de texte)

---

#### **Annnonce de décès : compétence et attitude des internes de médecine générale lyonnais face à cette situation délicate**

##### **Introduction :**

Beaucoup d'entre nous seront ou ont été confrontés à cette tâche qu'est l'annonce de la mort d'un patient à son entourage. Bien qu'il n'existe pas de « bonnes façons » d'annoncer un décès, cela peut être source de difficultés pour les soignants que nous sommes en fonction des situations rencontrées. Ce travail, sous forme d'une enquête de pratiques, vise à identifier ces difficultés et trouver des pistes pour les corriger.

Ce questionnaire est anonyme et vous demandera 5 minutes de votre temps. Merci pour votre participation.

##### **Quelques informations sur vous :**

Votre sexe :  M  F

Votre âge : [champ libre]

Votre semestre :  1  2  3  4  5  6  Autre [champ libre]

##### **Expérience en stage :**

1 - Au cours de votre internat, avez-vous déjà personnellement annoncé la mort d'un patient à ses proches ou à sa famille ? : 1 seule réponse

- Oui
- Non

**Si la réponse à la question N°1 est « NON », veuillez préciser : 1 seule réponse**

- Je n'ai jamais été confronté à cette situation
- Le médecin référent du patient s'est chargé de faire l'annonce
- L'équipe soignante (infirmière...) s'est chargée de faire l'annonce
- Je ne disposais pas des coordonnées des proches pour faire l'annonce
- Autre : [champ libre]

**Si « NON » à la question N°1, merci de passer directement à la question N°14**

**Si « OUI » à la question N°1, merci de continuer**

- 2 - En tant qu'interne, vous avez fait votre première annonce de décès : 1 seule réponse
- Seul
  - Accompagné d'un médecin sénior
- 3 - Avez-vous déjà annoncé la mort d'un patient que vous aviez à charge ? : 1 seule réponse
- Oui
  - Non
- 4 - Avez-vous déjà annoncé la mort d'un patient que vous ne connaissiez pas ? : 1 seule réponse
- Oui
  - Non
- 5 - Vous avez été amené à faire des annonces de décès le plus souvent : 1 seule réponse
- Dans les services où vous étiez en stage
  - Lors de vos gardes
  - Autant en service qu'en garde
- 6 - Combien d'annonces avez-vous fait jusqu'à maintenant : 1 seule réponse
- 1
  - Entre 2 et 5
  - Entre 6 et 10
  - Plus de 10
- 7 - Vous aviez un interlocuteur bien défini à prévenir : 1 seule réponse
- Toujours
  - Le plus souvent
  - Rarement
  - Jamais
- 8 - Vous avez fait les annonces le plus souvent : 1 seule réponse
- Face à face
  - Au téléphone
  - Autant l'un que l'autre
- 9 - Vous êtes-vous déjà senti en difficulté lors de l'annonce d'un décès ? : 1 seule réponse
- Oui
  - Plutôt oui
  - Plutôt non
  - Non pas du tout
- 10 - Selon vous, qu'est ce qui est le plus source de difficultés ? : plusieurs réponses possibles
- Le manque d'expérience
  - Un dossier médical incomplet
  - Un patient que l'on ne connaît pas
  - Le manque d'un lieu adapté à l'annonce
  - Les réactions imprévisibles des proches ou de la famille
  - Autre : [champ libre]

11 – Avez-vous déjà pu débriefer de vos annonces / de vos expériences avec un confrère ou un autre professionnel de santé (sénior, psychologue...) ? : 1 seule réponse

- Oui à chaque fois
- Oui, souvent
- Rarement
- Non, jamais

12 – Pensez-vous qu'il est utile de pouvoir en parler ? : 1 seule réponse

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

13 – Vous est-il déjà arrivé de regretter la manière dont vous avez annoncé un décès ? : 1 seule réponse

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

**Si « NON » à la question N°1 et suite pour les autres :**

14 - Avez-vous déjà assisté à une annonce de décès avec un médecin sénior au cours de votre EXTERNAT ? : 1 seule réponse

- Oui
- Non

15 - Avez-vous déjà assisté à une annonce de décès avec un médecin sénior au cours de votre INTERNAT ? : 1 seule réponse

- Oui
- Non

16 - Vous sentez-vous compétent dans l'annonce d'un décès ? : 1 seule réponse

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

**Si « NON » ou « Plutôt NON » à la question précédente, merci de préciser pourquoi :**

1 seule réponse

- Je n'ai jamais été formé
- Je manque d'expérience
- Je n'ai jamais vu de sénior en faire
- Je n'aime pas ça
- Je suis trop émotif
- Je ne sais jamais comment le formuler
- Autre : [champ libre]

17 - Avez-vous déjà participé à une formation sur l'annonce du décès ? : 1 seule réponse

- Oui
- Non

**Si « OUI » à la question précédente, à quelle occasion ? : 1 seule réponse**

- Lors d'une FMC (groupe de pairs, groupe Balint...)
- Lors d'un stage hospitalier
- A l'occasion d'une formation universitaire (DU, ateliers, séminaire...)
- Autre : [champ libre]

18 - Remarques libres : si vous avez des suggestions à proposer concernant ce sujet, ou d'autres pistes de réflexion auxquelles je n'aurai pas pensé.

- [champ libre]

**Merci beaucoup pour votre temps et votre participation.**

## VIII.2. Annexe 2 : Verbatims des réponses courtes à la question N°18

---

### **R1 : Masculin, 26 ans, 6<sup>ème</sup> semestre**

Je pense qu'une "bonne annonce" est assez dépendante du médecin qui l'annonce. Certes une formation et l'expérience est utile. Connaître un minimum le patient et/ou le dossier est important. Mais l'empathie et les facilités pour communiquer de chacun ne sont pas les mêmes d'une personne à l'autre.

### **R2 : Féminin, 26 ans, 4<sup>ème</sup> semestre**

Je pense qu'on pourrait avoir des mises en situation au cours des premiers stage d'interne.

### **R3 : Masculin, 27 ans, 5<sup>ème</sup> semestre**

Les décès que j'ai pu vivre à titre personnel m'ont, je crois, aidés à développer une stratégie d'annonce de décès.

### **R4 : Féminin, 27 ans, 6<sup>ème</sup> semestre**

Proposer un suivi psychologique une fois par semestre pour les internes. Pour parler de tout ça.

### **R5 : Masculin, 27 ans, 5<sup>ème</sup> semestre**

Source de difficulté à l'annonce du décès :

- discordance d'avis entre équipe d'oncologie et de soins palliatif
- rapidité du décès et décès inattendu

### **R6 : Masculin, 26 ans, 5<sup>ème</sup> semestre**

Je ne suis pas sûr de toutes mes réponses (biais de mémorisation). Personnellement j'ai plus éprouvé de difficulté lors d'annonce d'état grave/de maladie que pour les décès (cela amenait plus de question de la part des patients ou des familles que lors des décès auxquels j'ai été confrontés).

### **R7 : Féminin, 26 ans, 6<sup>ème</sup> semestre**

Juste une distinction me paraissant importante qui n'a pas été mentionnée dans le questionnaire : le décès était-il "attendu" ("prévu" si on peut employer ce terme) ce qui change complètement l'annonce et sa difficulté. J'ai, pour ma part, effectué pas mal d'annonces de décès mais la plupart étaient "attendus" c'est pourquoi la difficulté a été moindre. Je n'ai par contre jamais eu en charge l'annonce d'un décès brutal inopiné chez un jeune, ce pourquoi je répondrais non à la question "est-ce que je me sens compétent", alors que je répondrais "oui" (par l'expérience surtout) pour une annonce d'un décès "prévu" chez une personne âgée.

### **R8 : Féminin, 27 ans, 5<sup>ème</sup> semestre**

Heureusement que l'externat permet d'apprendre un peu comment annoncer vu que nous n'avons aucun cours utile en DES de médecine générale.

### **R9 : Féminin, 30 ans, 6<sup>ème</sup> semestre**

Ça devrait faire partie des cours de DES

### **R10 : Féminin, 26 ans, 6<sup>ème</sup> semestre**

J'ai fait un stage en soins palliatifs

**R11 : Féminin, 29 ans, 4<sup>ème</sup> semestre**

Peut-être prévoir une formation obligatoire sur l'annonce du décès avec atelier "jeu de rôle" en début d'internat ou lors de l'externat

**R12 : Féminin, 34 ans, 4<sup>ème</sup> semestre**

Je pense que si on a soi-même assisté à un décès très proche dans sa famille et qu'on a soi-même reçu une telle annonce par le corps médical cela change notre approche et la rend plus "humaine".

**R13 : Féminin, 26 ans, 4<sup>ème</sup> semestre**

Lors de nos gardes, nous avons l'obligation d'annoncer le décès du patient même si on ne le connaît pas, or, je ne pense pas que nous soyons mieux formés que le personnel paramédical pour cela. Je trouve que dans les cas où nous ne connaissons pas le patient décède et que l'équipe paramédicale le connaît, l'annonce pourrait être faite par une infirmière.

**R14 : Féminin, 27 ans, 6<sup>ème</sup> semestre**

J'ai fait un semestre en soins palliatif et ça m'a beaucoup aidé

**R15 : Féminin, 25 ans, 4<sup>ème</sup> semestre**

Une remarque générale : en garde, quel est l'intérêt de réveiller les familles pour leur annoncer le décès d'un proche, en pleine nuit, par un interne qui ne connaît pas le patient (a fortiori quand le décès est attendu)? J'ai personnellement eu plusieurs fois des pressions de l'équipe soignante en ce sens.

**R16 : Féminin, 28 ans, 6<sup>ème</sup> semestre**

C'est dommage que l'on puisse parfois mettre qu'une seule réponse possible (comme dans question 16, 2ème partie).

**R17 : Féminin, 25 ans, 4<sup>ème</sup> semestre**

Pour ma part en l'absence de formation sur l'annonce d'un décès aux proches, j'ai appliqué la méthode de l'annonce d'une maladie grave, mais ceci reste maladroit et parfois inadapté. Une chose difficile est d'être parfois appelé pour constater un décès sur une garde, lorsque la famille est présente, que le patient était en LATA et qu'on ne nous a donc pas appelé avant le décès. A part des banalités impersonnelles, que dire à la famille dans ces cas-là ?

**R18 : Féminin, 25 ans, 4<sup>ème</sup> semestre**

Le facteur le plus important, qui influencera le déroulement de l'annonce du décès est la préparation en amont de la famille lorsque la personne est en fin de vie.

**R19 : Féminin, 26 ans, 4<sup>ème</sup> semestre**

Malgré le fait d'avoir été dans un service de soins palliatifs et étant intéressé par la cancérologie, je trouve toujours que chaque annonce de décès est unique mais surtout elle est toujours difficile du fait de devoir trouver les bons mots pour une famille donnée à un instant donné. Il est plus facile d'avoir cheminer pendant une hospitalisation avec les proches avant que cela arrive, mais ne pas connaître le patient ou la famille lors d'une garde et se retrouver à annoncer le décès car l'infirmière qui les connaît bien ne souhaite pas le faire ça c'est une des situations les plus difficiles dans le sens où on est complètement détaché de la situation alors que c'est un moment important pour les proche cette annonce. Mais bon c'est comme ça. Avoir des petites pistes de comment débiter une annonce sous forme de FMC sera pas de trop. Sujet de thèse très intéressant.

**R20 : Féminin, 25 ans, 4<sup>ème</sup> semestre**

On est en fait beaucoup plus formé à l'annonce d'une maladie grave, annonce diagnostic de cancer notamment avec un item a l'ECN sur l'annonce diagnostique mais je réalise que rien n'a été proposé pour nous former au pallier supérieur, a l'annonce d'un décès.

**R21 : Masculin, 29 ans, 6<sup>ème</sup> semestre**

C'est vrai qu'une formation peut être intéressante, après je pense que c'est en faisant et voyant faire que cela s'apprend surtout et c'est plus facile quand on a été impliqué dans la prise en charge voir qu'on a déjà vu la famille avant. On peut aussi parler du rôle parfois délicat du constat de décès quand on est de garde dans les étages mais personnellement, les médecins appelaient la famille le lendemain matin en arrivant.

**R22 : Masculin, 28 ans, 6<sup>ème</sup> semestre**

Il n'est pas spécifié l'âge du patient. La majorité sont des patients de plus de 60 ans. L'annonce d'un enfant ou d'un patient jeune est sans doute plus difficile.

**R23 : Masculin, 26 ans, 4<sup>ème</sup> semestre**

Globalement formation sur le tas malheureusement, parfois on assiste à des annonces, le plus souvent faites aux urgences... Et j'ai plutôt eu l'impression en voyant les seniors d'apprendre ce qu'il ne fallait pas faire que des "techniques" pour le faire correctement.

**R24 : Féminin, 25 ans, 4<sup>ème</sup> semestre**

Des jeux de rôles sur le sujet au cours de notre formation pourraient être plus bénéfiques que des cours magistraux.

**R25 : Féminin, 26 ans, 2<sup>ème</sup> semestre**

Je ne pense pas qu'il y ait de réelles méthodes pour annoncer un décès sachant que chaque patient/famille est différent(e). Cependant nous préparer à le faire de façon globale et nous prévenir des différentes réactions que les proches peuvent avoir lors de cette annonce peut nous aider car gérer l'agressivité, les pleurs des proches etc.

**R26 : Féminin, 25 ans, 2<sup>ème</sup> semestre**

Au vu de la situation qui peut être vécu longtemps comme une expérience traumatisante, c'est un très bon sujet de thèse.

**R27 : Féminin, 26 ans, 6<sup>ème</sup> semestre**

Concernant la question 10 : je dirais que la plus grande source de difficulté pour ma part est celle de connaître le patient, dans le sens de "le suivre", car il me semble plus dure d'annoncer un décès qui nous affecte également.

**R28 : Masculin, 28 ans, 4<sup>ème</sup> semestre**

Lors de ma formation d'externe à Nantes on a plusieurs consultations d'annonces de décès ou diagnostics difficiles (cancer, VIH...) à réaliser avec des comédiens. Ceci est un exercice très enrichissant et très formateur. On a des cours auparavant avec des médecins et psychologues puis ensuite les annonces. Le jeu des acteurs est tellement bien fait que l'on s'y croit réellement. Les acteurs nous mettent en difficultés mais petit à petit on apprend à gérer ça. Ce fût un exercice très formateur et qui me permet de me sentir plus à l'aise aujourd'hui. Même si une annonce reste toujours un moment difficile.

## VIII.3. Annexe 3 : Plaquette – Aide à l’annonce



### **AIDE A L'ANNONCE D'UN DECES A LA FAMILLE ET AUX PROCHES PAR LE MEDECIN**

#### **I - L'ANNONCE EN PERSONNE**



##### **Préparer l'annonce :**

1. Assurez-vous de l'identité du patient décédé par son bracelet d'identification
2. Si vous ne connaissez pas le patient, prenez connaissance du dossier médical et informez-vous auprès des infirmières des événements récents
3. Déterminez s'il s'agit d'un décès attendu ou non
4. Assurez-vous que le corps est présentable, draps et chemise propre, retirez les dispositifs médicaux inutiles (perfusion, oxygène, saturomètre, sondes...)
5. Prévoyez une pièce dédiée pour réaliser l'annonce, neutre, au calme pour le respect de l'intimité disposant de chaises pour s'asseoir
6. Prenez connaissance de l'identité de la personne de confiance désignée à l'admission
7. Prévoir du temps devant vous et si possible mettre votre téléphone de service en silencieux pour ne pas être dérangé

##### **Faire l'annonce :**

1. Réalisez l'annonce en personne, face aux proches
2. A votre arrivée, présentez-vous en déclinant clairement votre identité et votre rôle « *Bonjour, je suis le Dr X, je suis le médecin de garde...* », adoptez une attitude accueillante et empathique
3. S'il y a trop de monde présent, invitez les personnes les plus proches du patient (parents, enfants, frère, sœur et conjoints) à vous suivre dans la pièce prévue à cet effet
4. Une fois dans la pièce, fermez la porte afin de ne pas être dérangé et invitez les proches à s'asseoir
5. Mettez-vous au même niveau que vos interlocuteurs (debout ou assis), soyez assez proche d'eux pour qu'ils vous comprennent facilement sans que vous n'ayez à hausser la voix et regardez-les directement dans les yeux lorsque vous vous adressez à eux
6. Evoquez le défunt par son nom ou par son lien avec le(s) proche(s) : « *Mme X, votre épouse, votre père, votre sœur, votre fils...* »
7. Soyez progressif dans votre annonce en utilisant des formules préparant implicitement à une mauvaise nouvelle comme par exemple « *il s'est passé quelque chose de grave...* »
8. Prononcez le terme « *mort* » avec tact lors de votre discours : « *Je suis navré de vous apprendre la mort de Mme X...* », « *Malheureusement, votre sœur est décédée, la mort a eu lieu vers 22h...* »
9. Délivrez une information claire et concise en utilisant des mots simples, intelligibles pour tous, sans rentrer dans les détails techniques et le jargon médical
10. Si possible, dites à la famille que le décès a eu lieu calmement et sereinement sans douleur
11. Prenez votre temps pour parler, et respectez les moments de silence. Laissez les réactions des proches s'exprimer, accueillez-les avec empathie et respect
12. Vous pouvez brièvement poser votre main sur le bras de votre interlocuteur

##### **Après l'annonce :**

1. Invitez les proches à se rendre auprès du corps du défunt
2. Expliquez les événements à venir notamment l'intervention des services funéraires de l'hôpital
3. Prenez congé de la famille tout en précisant que vous restez disponible un temps si cela est nécessaire
4. Laissez les proches se recueillir auprès du corps, ce sont eux qui prendront congé du corps et quitteront la chambre





## **AIDE A L'ANNONCE D'UN DECES A LA FAMILLE ET AUX PROCHES PAR LE MEDECIN**

### **II - L'ANNONCE PAR TELEPHONE**



La plupart des éléments vu précédemment sont utilisables par téléphone notamment les éléments de communication verbale, néanmoins certaines précautions s'appliquent par téléphone :

#### **Dans tous les cas :**

1. Assurer vous de l'identité de la personne appelée et de son lien de parenté avec le défunt avant de composer le numéro
2. Une fois la communication établie, présentez-vous en déclinant clairement votre identité et votre rôle « *Bonjour, je suis le Dr X, je suis le médecin de garde à l'hôpital Y...* »,

#### **Si le décès était plus ou moins attendu et qu'il vient juste de se produire :**

1. Vous pouvez prétexter une aggravation rapide de l'état clinique au téléphone et inviter les proches à se rendre à l'hôpital sans se presser, puis faire l'annonce en face
2. Ne pas utiliser cette stratégie s'il s'agit d'un décès brutal et inattendu

#### **S'il était convenu à l'avance de prévenir par téléphone lors d'un décès attendu :**

1. Présentez-vous clairement par téléphone puis annoncez le décès avec tact « *je suis navré de vous apprendre le décès de votre mère...* »
2. Puis invitez la personne à prévenir les autres membres de la famille et à se rendre à l'hôpital auprès du défunt quel que soit l'heure du jour et de la nuit en vous rendant disponible à leur arrivée pour répondre à leurs questions

#### **Si la mort était brutale et / ou inattendue :**

1. Contactez les proches et demandez-leur de se rendre à l'hôpital, sans faire d'annonce au téléphone
2. Cependant le simple appel à heure tardive du médecin suffit à envisager le pire et à poser la question « *il est mort ?* », dans ce cas vous devez faire l'annonce comme vu précédemment
3. Puis invitez à venir à l'hôpital sans se presser, « *prenez votre temps* », en précisant que vous serez présent pour les accueillir à leur arrivée

### **III – CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE**



1. Ne pas faire l'annonce dans un lieu bruyant, un couloir ou dans la chambre du défunt
2. Ne pas faire l'annonce dans la précipitation, prévoir du temps devant soi et se rendre disponible
3. Ne pas utiliser de terme impersonnel en évoquant le défunt comme : « *le patient, l'enfant...* »
4. Ne pas dire : « *il est parti, il nous a quitté, et n'est plus des notre...* » car cela laisse une ambiguïté, prononcer le mot « *mort* »
5. Ne pas prononcer de phrase de ce genre : « *c'est mieux ainsi, elle a eu une belle vie, il est mieux là où il est...* »
6. Eviter le jargon médical et les détails techniques des soins, de la tentative de réanimation...
7. Garder la bonne distance : il ne faut pas être trop en retrait et fuyant mais il ne faut pas non plus faire de franches accolades
8. Il est parfois préférable de ne pas être trop franc et d'enrober la vérité : « *il n'a pas souffert* » même si cela est faux
9. Ne jamais s'énerver notamment lors de réactions agressives des proches qui ne sont en général que des réactions de défense face au deuil



Auteur : Antoine CARRETERO, thèse d'exercice – Novembre 2017



2

---

**Antoine CARRETERO**

**« L'ANNONCE DU DÉCÈS PAR L'INTERNE DE MÉDECINE »**

Etude transversale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale de la faculté de médecine Lyon Est et de la faculté de médecine et maïeutique Lyon Sud.

---

**RÉSUMÉ :**

***Introduction :*** le statut d'interne est à la frontière entre formation et monde professionnel. Ce nouveau rôle confère de nouvelles tâches auxquelles l'interne n'a pas toujours été bien préparé, notamment l'annonce d'un décès à la famille. Nous émettons l'hypothèse que l'interne se retrouve en difficulté face à cette situation. L'objectif de cette thèse est d'en comprendre les raisons en analysant les situations les plus souvent rencontrées.

***Méthode :*** étude transversale descriptive par questionnaire en ligne. Analyse quantitative avec une brève analyse qualitative pour les quelques questions ouvertes. Population cible : les étudiants inscrits en Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale à l'Université Claude Bernard Lyon 1 en 2017.

***Résultats et discussion :*** 215 réponses ont été obtenues (33% de la population cible), 77% étaient des femmes. 90% des internes tous semestres confondus ont réalisé des annonces de décès, les 10% restants étaient en majorité des jeunes semestres. 75,6% ont fait leur première annonce seuls, 89% ont été confrontés à des patients qu'ils ne connaissaient pas, dans 58% des cas les annonces avaient lieu lors de gardes et dans 50% des cas elles se faisaient par téléphone. La médiane était entre 2 et 5 annonces pendant l'internat. 70,5% ont éprouvé des difficultés dont les causes principales étaient : un patient inconnu, le manque d'expérience et la peur des réactions des proches. Seuls 28% des internes ont trouvé un espace de parole alors que 93,8% d'entre eux en sont demandeurs. 73% des internes ont eu au moins une fois un accompagnement par un médecin expérimenté et cela améliore le niveau de compétence ressenti. Seuls 11% ont bénéficié d'une formation dédiée à l'annonce. L'âge jeune et le côté inattendu du décès constituent également une source de difficulté ainsi que la formulation. La mise en situation et le jeu de rôle étaient souvent évoqués pour préparer les internes à ces situations.

***Conclusions :*** l'interne se retrouve en situation de difficulté face à l'annonce du décès mais des solutions existent pour tenter d'y remédier : l'accompagnement par un médecin expérimenté au moins une fois surtout la première année où les internes se sentent le plus concernés ; une cellule d'écoute pour les professionnels de santé dans les structures hospitalières ; un retour systématique à l'interne par un médecin sénior notamment après une garde ; une préparation en amont des familles par les équipes de soin en cas d'état de santé préoccupant d'un patient ; une préparation des internes aux réactions des proches par des mises en situation. Enfin, un guide d'aide à l'annonce peut aider et apporter des clés pour réaliser une annonce dans de bonnes conditions.

---

**MOTS CLÉS :**

Interne de médecine, médecine générale, annonce de décès, mauvaise nouvelle, internat, formation, accompagnement, deuil, famille, proches, entourage, mort, annoncer

---

**JURY :**

Président : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB  
Membres : Monsieur le Professeur Pierre KROLAK-SALMON  
Madame le Professeur Liliane DALIGAND  
Monsieur le Docteur Thierry FARGE

---

**DATE DE SOUTENANCE :** mardi 14 novembre 2017

**ADRESSE EMAIL :** antoine.carretero@gmail.com