



<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>



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2021

N° 19

Evaluation des difficultés des internes face à l'annonce d'une lésion suspecte de cancer aux urgences

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 26 janvier 2021
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par
Aurélie BRACKE
Née le 09 octobre 1991 à Poissy

Sous la direction du Docteur Claude ZAMOUR

Faculté de Médecine Lyon Est
<http://lyon-est.univ-lyon1.fr/> • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00

ACCOMPAGNER
CRÉER
PARTAGER

BRACKE
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président	Pr Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pr Pierre COCHAT
Directeur Général des services	M. Damien VERHAEGHE
Secteur Santé :	
Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Carole BURILLON
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)	Dr Xavier PERROT
Directrice du département de Biologie Humaine	Pr Anne-Marie SCHOTT
Secteur Sciences et Technologie :	
Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences	Pr Kathrin GIESELER
Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences Et Technologies	Pr Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yannick VANPOULLE
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Pr Christophe VITON
Directeur de l'Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	M. Nicolas LEBOISNE
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Pr Isabelle DANIEL
Administrateur Provisoire de l'Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education (INSPé)	M. Pierre CHAREYRON
Directrice du Département Composante Génie Electrique et Procédés (GEP)	Pr Rosaria FERRIGNO
Directeur du Département Composante Informatique	Pr Behzad SHARIAT TORBAGHAN
Directeur du Département Composante Mécanique	Pr Marc BUFFAT



Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2019/2020

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
COCHAT	Pierre	Pédiatrie
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Cardiologie
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

BOILLOT	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DOUEK	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
FINET	Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HERZBERG	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MERTENS	Patrick	Neurochirurgie
MIOSSEC	Pierre	Rhumatologie
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
MOULIN	Philippe	Endocrinologie
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
ANDRE-FOUET	Xavier	Cardiologie
ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
EDERY	Charles Patrick	Génétique
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUICHAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; 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
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie viscérale et digestive
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

ROSSETTI	Yves	Médecine Physique de la Réadaptation
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
SCHEIBER	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TILIKETE	Caroline	Neurologie
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUBOURG	Laurence	Physiologie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY	François	Neurologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESURTEL	Mickaël	Chirurgie générale
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLION	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Pédiatrie
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive

ROMAN	Sabine	Gastroentérologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAUT	Hélène	Cardiologie
VENET	Fabienne	Immunologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités Classe exceptionnelle

PERRU	Olivier	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
-------	---------	--

Professeur des Universités - Médecine Générale

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent
ZERBIB	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINÉ	Xavier

Professeurs associés autres disciplines

BERARD	Annick	Pharmacie fondamentale ; pharmacie clinique
LAMBLIN	Géry	Médecine Palliative

Professeurs émérites

BAULIEUX	Jacques	Cardiologie
BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MARTIN	Xavier	Urologie
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie
PUGEAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

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
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
GERMAIN	Michèle	Pneumologie
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
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
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CHARRIERE	Sybil	Endocrinologie
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
LESCA	Gaëtan	Génétique
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PHAN	Alice	Dermato-vénéréologie
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COUR	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAU	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timotheé	Neurochirurgie
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACON REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gériatrie ; addictologie
LEMOINE	Sandrine	Néphrologie

MARIGNIER
NGUYEN CHU
ROUCHER BOULEZ
SIMONET

Romain
Huu Kim An
Florence
Thomas

Neurologie
Pédiatrie
Biochimie et biologie moléculaire
Biologie cellulaire

Maître de Conférences

Classe normale

CHABOT
DALIBERT
LECHOPIER
NAZARE
PANTHU
VIGNERON
VINDRIEUX

Hugues
Lucie
Nicolas
Julie-Anne
Baptiste
Arnaud
David

Epistémologie, histoire des sciences et techniques
Epistémologie, histoire des sciences et techniques
Epistémologie, histoire des sciences et techniques
Physiologie
Biologie Cellulaire
Biochimie, biologie
Physiologie

Maitre de conférence de Médecine Générale

CHANELIERE

Marc

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

DE FREMINVILLE
PERROTIN
PIGACHE
ZORZI

Humbert
Sofia
Christophe
Frédéric

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Professeur Marie FLORI, merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, merci pour votre implication et disponibilité.

Professeur Isabelle RAY-COQUARD, merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury, du temps et de la considération que vous apportez à mon travail.

Professeur Corinne PERDRIX, merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury, de votre disponibilité et de votre réactivité.

Docteur Claude ZAMOUR, merci de m'avoir suivie et accompagnée dans ce travail, merci pour tes conseils et ta bienveillance.

Un grand merci aux internes ayant participé à cette étude.

Merci également au professeur Thierry FARGE, pour le temps accordé et votre implication dans la formation des internes.

Aux médecins qui m'ont tant appris :

A l'équipe des urgences et du SAMU de Valence, merci pour les bons moments, pour vos conseils, pour votre confiance, merci de me faire sentir chez moi.

A l'équipe de médecine interne de Montélimar qui a vu mes premiers pas d'interne. Tout particulièrement à Marie, car si j'ai passé 6 mois de pur bonheur, il y a bien une chose qui reste aujourd'hui, c'est notre belle rencontre !

A l'équipe des urgences de Montélimar qui ont également vu mes premiers pas d'urgentiste et m'a très rapidement fait me sentir dans mon élément.

Aux médecins généralistes Dr Perrard et Dr Batiat qui m'ont tant partagé, avec toute leur passion.

A l'équipe de tonnerre de pédiatrie de Montélimar.

A l'équipe de neuroréanimation de Lyon pour m'avoir donné confiance en moi.

A mes co-internes : A Louise pour ce soutien sans faille face aux tornades, et toujours avec le smile !

A Houda et Ilias pour m'avoir fait tant rire quand je voulais tant pleurer, vous avez été le rayon de soleil de ces journées.

A mes proches :

Merci à ma famille aussi grande soit-elle pour votre générosité, vos grandes gueules, vos sales caractères et votre humour. Merci à mes parents, d'avoir fait celle que je suis aujourd'hui. A ma mère pour m'avoir donné ta force et ta persévérance. A mon père, pour tout, sans qui rien n'aurait été possible. Merci les frangins d'avoir égayé mes plus jeunes années et de m'avoir accompagnée dans les 400 coups.

A mes plus vieilles copines : Marge et Paupiette, et à mes un peu moins vieilles copines : Juju, Chlo, Rox et Manon. A cet amour inconditionnel, à notre tolérance. Merci de m'avoir suivie à chaque instant, de me compléter et pour tout ce qu'on partagera encore !

Aux copains d'externat, à la coloc, à mes voyageuses indiennes, pour ces souvenirs des années folles.

Aux copains d'internat,

A la team Montélo : A la coloc entre mecs, nos diners hors de prix, nos soirées costumées et les feux d'artifice foirés. A l'internat, à nos premiers pas ensemble, à l'escalade, à la salle de sport et ses haltérophiles bruyants, à nos weekends.

Au groupe du mardi.

A la team Montéliiiiiiii : Aux bananes et noix de coco, à Morgane et Coco etc... Au badminton, aux soirées jeux, aux néons, au ping pong, à Rachid Taha.

Aux soirées et bonne bouffe des séminaires de DESC.

Aux colocs de la rue du plat, les meilleures qui soient ! A Bernadette, aux mythes, au Durden café pour avoir tant usé ces chaises, au parquet qui grince. Merci pour votre générosité et pour m'avoir fait découvrir tant de choses. Juliette, ta sensibilité, ta bienveillance, aux harengs fumés et à la cancoillotte ! Ségo, ta zénitude, ton sourire malicieux, ta main verte et surtout ta chemise (ça ferait un beau cadeau de thèse). Audrey, à nos moments dans ta salle de bains, pour ce que tu es, la meilleure compteuse d'histoires, une danseuse hors pairs, à ta joie de vivre et ta franchise.

A Claire, à tes goûts musicaux, décoratifs, à ton élan, ton écoute, à nos soirées à l'Ambass***.

A Solène, ma première rencontre dans ce nouvel endroit inconnu, à ta spontanéité, ta créativité et ta générosité.

Enfin, à Pierre, pour ton soutien sans faille, ton ouverture d'esprit, ta folie et ton sens du rythme. A cette patience que je t'envie. Merci pour ton amour. A la facilité de la vie à tes côtés, à tout ce qu'on a vécu et que l'on vivra encore ensemble !

Le 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.

ABREVIATIONS

DA : Dispositif d'Annonce

FMC : Formation Médicale Continue

GEP : Groupe d'Echanges de Pairs

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INCa : Institut National du Cancer

LNCC : Ligue Nationale Contre le Cancer

PPAC : Programme Personnalisé d'Après Cancer

PPS : Programme Personnalisé de Soins

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RRC : Réseau Régional de Cancérologie

SAU : Services d'Accueil des Urgences

3C : Centre de Coordination en Cancérologie

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
I. INTRODUCTION	3
II. CONTEXTE	4
II.1. Le cancer : définition et épidémiologie	4
II.2. Aspects règlementaires et organisationnels	4
II.2.1. Cadre légal	4
II.2.2. Plan cancer	5
II.2.3. Organisation de la filière de soins actuelle.....	7
II.2.3.1. Le médecin généraliste.....	7
II.2.3.2. Les services hospitaliers.....	8
II.2.3.3. Le service des urgences.....	8
II.3. Aspects psychologiques : recevoir une annonce de cancer	9
II.3.1. Ressenti	9
II.3.2. Répercussions.....	11
II.3.3. Mécanismes de défense.....	11
II.4. Aspects psychologiques : vécu de l'annonce du cancer pour le médecin.....	12
II.4.1. Ressenti	12
II.4.2. Répercussions.....	14
II.4.3. Mécanismes de défense	15
III. MATERIEL ET METHODES	16
III.1. Recherche bibliographique	16
III.2. Modalité d'enquête	16
III.2.1. Type d'étude.....	16
III.2.2. Définition de la population.....	17
III.2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	17
III.2.4. Elaboration du questionnaire.....	17
III.2.5. Diffusion du questionnaire	18
III.3. Analyses statistiques.....	19
IV. RESULTATS.....	20
IV.1. Première partie : population interrogée	20
IV.1.1. Participation	20
IV.1.2. Résultats	20
IV.2. Deuxième partie : Annonce d'une lésion suspecte	21
IV.3. Troisième partie : Difficultés des internes à l'annonce d'une lésion suspecte aux urgences.....	22
IV.3.1. Difficultés pour les internes n'ayant pas réalisé d'annonce	22
IV.3.2. Difficultés pour les internes ayant déjà réalisé une annonce.....	25
IV.3.3. Comparaison des deux groupes.....	29
IV.4. Quatrième partie : Mécanismes de défenses.....	30

IV.5.	Cinquième partie : Formation	32
IV.6.	Sixième partie : Remarques libres	34
IV.7.	Résultats croisés	34
V.	DISCUSSION	37
V.1.	Sur la méthode	37
V.1.1.	Choix de l'étude et de la méthode	37
V.1.2.	Forces de l'étude	37
V.1.3.	Limites de l'étude	38
V.1.3.1.	Choix de la méthode et effectifs	38
V.1.3.2.	Les biais	38
V.1.3.3.	Portée des résultats	39
V.2.	Sur les résultats	39
V.2.1.	Réalisation d'une annonce de lésion suspecte	39
V.2.2.	Difficultés des internes face à l'annonce d'une lésion suspecte	40
V.2.2.1.	Appréhension et difficulté globale ressenties	40
V.2.2.2.	Cadre de l'annonce	40
V.2.2.3.	Connaissances médicales	43
V.2.2.4.	Communication lors de l'annonce	45
V.2.2.5.	L'après annonce	48
V.2.3.	Moyens de défense	49
V.2.3.1.	Professionnels	50
V.2.3.2.	Psychologiques	50
V.2.3.3.	Personnels	51
V.2.4.	Répercussions	52
V.2.5.	Formation	52
V.2.5.1.	Que peut apporter une formation spécifique ?	53
V.2.5.2.	Enseignements théoriques et pratiques reçus	53
V.2.5.3.	Expérience	54
V.2.5.4.	Observation d'un médecin sénior ou « see-one »	55
V.2.5.5.	Debriefing	56
V.2.5.6.	Enseignements souhaités	56
V.3.	Ouverture et perspectives	59
VI.	CONCLUSION	62
VII.	Bibliographie	64
VIII.	Annexes	69
VIII.1.	Annexe 1 : Questionnaire	69
VIII.2.	Annexe 2 : Réponses à la dernière question	77

I. INTRODUCTION

L'annonce d'une lésion suspecte de cancer est un moment émotionnel particulier pour le patient et pour le médecin. Le cancer est associé à de nombreuses représentations sociétales et le médecin a la lourde tâche d'annoncer aux patients l'entrée dans la maladie. Si les annonces de lésion confirmée représentent des difficultés communément admises, il n'en est pas moins des annonces de lésion suspecte ou « pré annonces ». Celles-ci s'inscrivent dans un processus continu et regroupent, en fait, des prises en charges plus ou moins précoces où l'évocation du cancer peut intervenir à différent moment. Pourtant, ces annonces de lésion suspecte ont peu été étudiées, à la différence des annonces de cancer confirmé.

De nombreuses études ont été menées auprès des médecins au sujet des annonces de mauvaises nouvelles. Ils citent souvent la maladie cancéreuse, laissant supposer l'intérêt et/ou la difficulté que cela représente pour eux. Ils évoquent une appréhension et de nombreuses difficultés. Les études françaises réalisées jusqu'alors sont essentiellement des études qualitatives, sans quantification des données.

Les internes, qui représentent une population médicale particulière étant donné leur manque d'expérience et leurs conditions de travail, ont peu été étudiés vis-à-vis de ce sujet. Bien qu'ils demeurent encore en phase d'apprentissage, ils se voient attribuer subitement des responsabilités. Au cours de sa formation, l'interne acquiert les compétences nécessaires pour soigner ses patients. L'annonce d'une lésion suspecte fait partie de la compétence « Relation, Communication, Approche centrée patient » du Référentiel Métier et Compétences des Médecins généralistes. Les internes s'estiment mal formés alors que la littérature a montré le bénéfice des formations à l'annonce de mauvaises nouvelles.

Le stage aux urgences est un des premiers stages que les internes réalisent. Ainsi, ils seront confrontés pour la première fois à des situations complexes et stressantes. Par ailleurs, le cadre des urgences rend particulièrement difficile l'annonce d'une lésion suspecte, que ce soit pour le patient ou pour le médecin.

Les situations de stress auxquelles sont confrontés les internes, peuvent avoir un impact personnel et professionnel, d'autant plus si elles se répètent. S'il est primordial de s'y intéresser pour le bien-être des internes, il est également important de s'y intéresser pour les patients car la relation médecin-malade en sera directement influencée.

L'objectif principal de ce travail est de faire un état des lieux des difficultés ressenties par les internes de première année à Lyon face à l'annonce d'une lésion suspecte de cancer, dans un service d'urgences. L'hypothèse est que les internes ressentent de multiples difficultés.

Les objectifs secondaires sont de faire un état des lieux de leurs mécanismes de défense, de la formation reçue et de la formation souhaitée. Le but est de proposer des pistes de réflexions afin de répondre à ces difficultés.

II. CONTEXTE

II.1. Le cancer : définition et épidémiologie

L'INCa définit le cancer : « Transformation de cellules devenant anormales, proliférant excessivement ; les cellules dérégées forment une masse (tumeur maligne) puis tendent à l'invasion par voie lymphatique et/ou sanguine (métastases) ».

L'épidémiologie du cancer est en évolution. L'incidence a augmenté de 65% en 30 ans avec 382 000 nouveaux cas estimés en 2018 sur les dernières données de L'INCa (1). La prévalence en France est estimée à environ trois millions de personnes (2). L'incidence et la prévalence des cancers sont en augmentation car la population vieillit, les diagnostics sont meilleurs et plus précoces et les traitements envisagés plus efficaces et mieux tolérés.

Le cancer est la première cause de mortalité avec 157 400 décès estimés en 2018 mais le taux de mortalité a diminué (1).

II.2. Aspects réglementaires et organisationnels

II.2.1. Cadre légal

L'annonce de cancer a été progressivement encadrée par l'émergence des lois et de la considération de l'éthique médicale. Les droits de l'Homme et des patients sont rappelés afin que l'information médicale soit considérée comme la pierre angulaire de la relation médecin-malade.

- La convention européenne des droits de l'Homme en 1950 (3) (articles 5, 9, 10) : « Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience [...], d'opinion, de recevoir ou de communiquer des informations ».
- La convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine en 1997 (4) (article 5 et 10) évoque l'obligation « d'un consentement libre et éclairé » avant toute intervention et « le droit [des patients] de connaître toute information recueillie sur sa santé [ainsi que celui] de ne pas être informé ».

- Loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article L.1111-2 al.1 du code de santé publique) (5) : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé [...]. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. » Annoncer une mauvaise nouvelle devient un devoir pour les médecins.

- Le code de déontologie (6) :
 - Article 34 (article R.4127-34 du code de la santé publique de 2004) : « Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension. »
 - Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique de 2012) : « Le médecin doit [...] une information loyale, claire et appropriée sur l'état [de santé], les investigations et les soins qu'il propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. » « Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance ».
 - Article 36 (article R.4127-36 du code de la santé publique de 2016) : « Le consentement [...] doit être recherché dans tous les cas », « le médecin doit respecter [un] refus [de soins] après avoir informé le malade des conséquences ».

- L'article L 1111-4 du code de la santé publique du 2 février 2016 (5) : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations [...], les décisions concernant sa santé. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Le médecin sauvegarde la dignité. Aucun acte médical [...] ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

II.2.2. Plan cancer

A la suite des premiers états généraux des patients atteints de cancer, organisés par la Ligue Nationale Contre le Cancer en 1998 (7,8), la prise en charge des cancers devient une des préoccupations du système de santé. En parallèle des revendications des patients, l'épidémiologie et l'économie de la maladie cancéreuse évoluent, expliquant l'intérêt grandissant porté à cette pathologie.

Le gouvernement instaure alors un plan national intitulé « Plan cancer », dont le premier est mis en place en 2003 (9) et sera complété ensuite par deux autres Plans cancer. Ils s'organisent autour de plusieurs

mesures afin de répondre aux différentes problématiques : l'observation, la prévention, le dépistage, le soin, la recherche et la formation. Ils visent à optimiser la prise en charge en organisant les filières de soins. Le premier Plan cancer permet la création de l'INCa qui devient l'institution coordonnant l'ensemble des actions de lutte contre le cancer (9).

Il existe une certaine souplesse d'organisation propre à chaque établissement, dépendante des moyens qui leurs sont attribués (7,10). L'autorisation donnée aux établissements de santé pour traiter les malades atteints de cancer dépend de 6 conditions de qualité (11) : le dispositif d'annonce, le PPS, la RCP, le suivi des référentiels de bonnes pratiques cliniques, l'accès aux soins de supports et l'accès aux traitements innovants et essais cliniques.

Différentes structures veillent à la mise en application des mesures et à leurs retombées. Le rapport d'évaluation de l'IGAS a souligné la lenteur de la montée en charge du dispositif mais a observé des « avancées culturelles » avec une meilleure qualité de l'annonce (10).

Le Dispositif d'Annonce (DA)

Le DA est représenté par la mesure 40 du premier Plan cancer. La finalité est de permettre au patient, par le biais d'un dispositif structuré, d'avoir les meilleures conditions d'annonce et d'acquérir des connaissances pour aboutir à une prise en charge adaptée à ses attentes et besoins, dans un climat de confiance. Ce dispositif, donnant lieu à une rémunération spécifique, est destiné aux structures hospitalières lors des annonces de certitude. Il se construit autour de quatre temps (8) :

- Un temps médical : l'annonce diagnostique, la discussion des thérapeutiques et la remise du PPS ; il peut correspondre à une ou deux consultations.
- Un temps d'accompagnement soignant, par l'infirmière d'annonce, idéalement dans les 4 jours après le temps médical et à répéter si besoin : les objectifs sont de reformuler, réexpliquer, apporter du soutien et repérer les besoins socio-psychologiques.
- Un temps dédié aux soins de support, à répéter si besoin : prises en charge sociale, psychologique ou de la douleur, recours à un diététicien, kinésithérapeute ou des associations de patients...
- Un temps d'articulation avec la médecine de ville.

La coordination entre ces différents temps peut être réalisée via des fiches d'entretien, grilles de mots ou fiches vocabulaire afin de transmettre au mieux les mots utilisés et les réactions du patient (8).

A la suite de la mise en place de ce dispositif, de nombreuses études ont évalué le ressenti des patients. Elles mettent en évidence que les patients sont plutôt satisfaits des soins, des relations avec les professionnels de santé et des informations données (7,12-14).

Le Programme Personnalisé de Soins (PPS)

Le PPS est destiné à la fois au patient et aux professionnels. Il résume les résultats des examens, les RCP, l'ensemble des soins réalisés et les contacts qui pourraient être utiles. Il comporte un volet social

afin de favoriser la prise en charge sociale systématique. Il évolue à mesure de la prise en charge. Une fois le traitement curatif terminé, le PPS est remplacé par le Programme Personnalisé d'Après Cancer (PPAC) de façon similaire. Ces documents ont pour but de centraliser les informations pour faciliter la coordination et la continuité des soins.

II.2.3. Organisation de la filière de soins actuelle

Dans le but d'optimiser des soins innovants et de qualité, l'organisation s'articule autour des RRC qui centralisent les actions territoriales, avec l'appui et le soutien des 3C qui coordonnent des structures hospitalières locales (10). Ils ont pour mission de répondre aux objectifs fixés au niveau national.

Le réseau régional d'Auvergne-Rhône Alpes est Onco-AURA et regroupe 96 établissements.

Des « Espace Ligue », gérés par la LNCC, sont répartis sur le territoire et proposent des soins de support aux patients.

II.2.3.1. Le médecin généraliste

Le médecin traitant joue un rôle clef dans la prise en charge globale des patients atteints de cancer. Il contribue au premier recours, à la promotion à la santé et participe avec l'hôpital à la continuité et à la qualité des soins. Il prend en charge ses patients, dans leur contexte familial, environnemental et culturel. Il peut ainsi adapter le rythme, les mots et les soins proposés.

- Dépistage - prévention : Bien qu'essentielle, cette partie ne sera pas développée dans ce travail.
- « Pré-annonce » : On voit apparaître ce cinquième temps au dispositif d'annonce (11,14), qui correspond à l'annonce de la suspicion, au cours de laquelle le potentiel diagnostic de cancer est évoqué pour la première fois au patient. Il n'est pas rare que le médecin généraliste soit le premier à découvrir voire évoquer le cancer (13,15,16). Il s'agit plus souvent d'un continuum d'annonces au gré des différents résultats d'examen (17). Ces pré-annonces présentent des similitudes avec celles réalisées dans les services d'urgences qui sont le sujet de ce travail.
- « Annonce de certitude » : Elle n'est pas souvent réalisée par le médecin généraliste et nécessite une preuve anatomopathologique ou biologique spécialisée, souvent obtenue par l'hôpital (17-19).

- Post-annonce : Elle nécessite une articulation ville-hôpital qui peine à être optimale malgré les efforts déployés (7,10).
 - Le quatrième temps du dispositif d'annonce. La plupart des patients reconsulte leur médecin traitant, et ce dans la semaine qui suit l'annonce. Il est donc indispensable que le médecin traitant soit informé rapidement pour adopter un discours cohérent avec celui de l'hôpital et organiser les aides matérielles et humaines.
 - Le suivi. Il ne sera pas développé dans ce travail. Il est recommandé que le médecin traitant puisse contacter le service 24h/24 pour obtenir l'aide nécessaire et organiser, si besoin, une hospitalisation directe (8).

II.2.3.2. Les services hospitaliers

Les structures hospitalières abritent les salles de consultations et les secteurs d'hospitalisation, de multiples spécialités. L'hospitalisation peut être nécessaire selon la gravité de la pathologie ou pour la mise en place des traitements et/ou la réalisation d'examens complémentaires. On dénombre 1,2 millions de personnes atteintes de cancer hospitalisées en lien avec la pathologie cancéreuse en 2016 et 7,1 millions de séances et séjours (2). L'hospitalisation peut se décider à la suite d'une consultation avec le spécialiste, d'un passage aux urgences ou directement depuis le domicile.

II.2.3.3. Le service des urgences

Les services d'urgences sont amenés à prendre en charge de plus en plus de patients atteints de cancer. Mais, à notre connaissance, il n'y a pas de donnée sur les découvertes de lésions aux urgences.

Les dernières données de la littérature notent une augmentation de 35% du nombre de patients atteints de cancer dans les SAU (6), correspondant à 3% des entrées (20,21). Plusieurs raisons peuvent être retenues : la diminution de l'accès à la médecine de ville, notamment par l'augmentation de son recours en lien avec la croissance et au vieillissement de la population, et l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des cancers.

Par ailleurs, on sait que pour les patients atteints de cancer, la prise en charge moyenne est plus longue et l'hospitalisation plus fréquente (21). Le recours aux services d'urgences pour le diagnostic initial est plus fréquent pour les personnes précaires et est associé à un surrisque de diagnostic stade 4 d'emblée et de mortalité à 2 ans (22).

Enfin, le manque de ressources pousse souvent les médecins généralistes à adresser leur patient aux urgences. En effet, le délai avant le premier rendez-vous avec le spécialiste (14) et le manque de place

d'hospitalisation ou le défaut de coordination ville-hôpital pour les patients atteints de cancer engendrent un recours aux SAU dans la moitié des cas (20). Ces difficultés organisationnelles se trouvent alors déplacées aux niveaux des services d'urgences.

Il en découle une des grandes problématiques actuelles : l'allongement du temps d'attente et la dégradation de la disponibilité des médecins urgentistes. Elle engendre des difficultés pour le médecin et pour le malade. Elle va à l'encontre de l'approche centrée sur le confort du patient, qui est pourtant la priorité de la prise en charge des patients atteints de cancer.

L'annonce d'une lésion suspecte est un moment délicat pour le patient, ses proches et pour le médecin. Cela peut être d'autant plus marqué aux urgences du fait de plusieurs difficultés : le cadre qui n'est pas toujours propice à une annonce, la notion « d'urgence » réelle ou ressentie, le manque de moyens et de temps et la prise en charge ponctuelle avec la nouvelle relation entre le médecin et le malade (23–25). L'urgence ressentie par le patient venant consulter de lui-même ou la nécessité d'une prise en charge rapide et spécialisée motivant le médecin généraliste à adresser son patient, peuvent être source d'anxiété pour les patients. A l'extrême, il peut y avoir une mise en jeu du pronostic vital, à plus ou moins long terme, soulevant d'emblée la question des directives anticipées et de la limitation des soins.

II.3. Aspects psychologiques : recevoir une annonce de cancer

L'annonce d'un cancer correspond à un moment singulier. La relation entre le patient et le médecin est complexe et les interactions sur leur ressenti sont multiples.

De nombreuses études ont donné la parole aux patients atteints de cancer. Elles ne font pas état des annonces de lésion suspecte mais on peut penser qu'il existe un grand nombre de similitudes entre les annonces de certitude et les pré-annonces, qui comme on l'a évoqué s'inscrivent dans une certaine continuité. Nous développerons rapidement les représentations sociétales en lien avec le cancer car elles feront écho au médecin lors de l'annonce, d'autant plus si celui-ci a un vécu personnel en lien avec le cancer. D'autre part, mieux comprendre les opinions et les représentations des patients est un enjeu important pour éclairer les médecins sur leur savoir-être.

II.3.1. Ressenti

Les peurs, multiples lors de l'annonce d'un cancer, sont notamment représentées par la mort, la douleur et la souffrance (24,26). Le cancer symbolise la maladie grave par excellence (26–28). Le vieillissement

de la population et l'intensification des progrès médicaux entraînent une évolution de la façon d'appréhender la maladie, en témoigne la généralisation des soins palliatifs, avec au centre des préoccupations la qualité de vie. La population a conscience que la médecine permet de guérir « de nombreux cancers » (12,28). Mais le cancer, comme toute maladie chronique, engendre de lourdes répercussions sur l'avenir aussi bien socio-professionnel, économique, personnel qu'affectif et beaucoup ont peur d'être mis à l'écart, isolés (26–28). L'annonce d'un cancer est un moment de bascule de la vie « avec un avant et un après l'annonce » (26). Il s'agit d'une situation de deuil, de laquelle peut résulter une sensation de perte de sens devant l'avenir et l'existence et une rupture avec l'idéal social sanitaire (19,27).

La population a conscience qu'il existe des facteurs de risques évitables, ce qui peut engendrer une certaine culpabilité (28,29). Bien qu'elle se dise généralement « bien informée », elle a de nombreuses fausses croyances concernant ces facteurs de risques (12,28). Par ailleurs, certains décrivent les événements de vie malheureux comme responsables de cancer (27,28). L'annonce est donc susceptible de réveiller des souvenirs douloureux.

La notion d'incertitude est omniprésente lors d'une prise en charge de cancer, ce qui est source de stress pour les patients (23,24,26). « Ce qui est terrible et connu vaut toujours mieux que ce qui est terrible et inconnu » (24). Il existe des incertitudes concernant la maladie, la médecine, l'efficacité des traitements, l'issue et le devenir général (27). Cependant, elle alimente une notion essentielle et que nous développerons ultérieurement qui est « l'espoir » (27). Les professionnels et les patients se rejoignent pour lier le cancer et sa guérison au moral, qui est directement lié à l'espoir (27). Cette ambivalence est parfois complexe à appréhender pour les médecins quant à la divulgation des informations. Mais la plupart des patients exigent une divulgation complète de ces informations (18,29,30).

Lors de l'annonce d'un cancer, le contenu, les mots utilisés, ainsi que la communication non verbale, le contexte et le cadre sont importants et influencent le vécu des patients. Ceux-ci questionnent souvent sur les thérapeutiques et leurs effets (14,16,26,29,31). Ils posent parfois la question du pronostic, bien qu'elle soit la moins unanime car sans doute la plus difficile (27,29). La volonté de savoir le pronostic étant variable, il est recommandé de laisser le patient l'aborder lui-même. Les réponses à ces questions portant sur le devenir permettront au patient de se projeter. Cela peut mettre en difficulté le médecin, qui ne sera pas toujours en mesure de répondre (19). Il est recommandé que le médecin annonceur ait une bonne connaissance de la maladie en prévision de ces éventuelles questions (18,23). En effet, les patients préfèrent que l'annonce se fasse par un médecin qui leur paraît compétent et qui leur inspire confiance (18).

Le ressenti, la compréhension et les besoins des patients peuvent être influencés par des facteurs individuels comme l'âge, l'éducation, la langue, la culture, le contexte psychosocial, par des facteurs liés à la pathologie ou encore par la communication du médecin (23,32). Ils seront à prendre en compte lors de l'annonce.

II.3.2. Répercussions

Il existe une association entre le deuil, que peut représenter une annonce de cancer, et les troubles psychosomatiques comme l'anxiété, la dépression, la consommation de toxiques, le risque suicidaire ainsi que les maladies cardiovasculaires (26).

Une relation médecin-malade optimale est primordiale dans toute prise en charge médicale et il ne faut pas la négliger lors de l'annonce qui restera un souvenir marquant pour le patient. La relation médecin-malade est liée au ressenti du patient, aux répercussions anxiodépressives, à la compréhension, à la satisfaction, à l'observance thérapeutique, à l'adhésion et à la guérison (8,17,30–38). Au-delà du savoir-faire, le savoir-être du médecin est sollicité par le biais de ses compétences relationnelles (27).

II.3.3. Mécanismes de défense

Plusieurs mécanismes de défenses sont mis en place inconsciemment par les patients. Ils sont en lien étroit avec la communication médecin-malade (26). Le médecin devra les identifier et les respecter afin de s'adapter au mieux au fonctionnement psychique du patient (23,24). Ces mécanismes de défense correspondent aux étapes du deuil décrites par le Docteur Elisabeth Kübler-Ross et aux réactions de défense décrites par Martine Ruszniewski. Ces différentes étapes sont facultatives, muables et imprévisibles. On peut observer (24) :

- Le choc :
 - Dénier : le patient se comporte comme si rien ne lui avait été dit.
 - Sidération : le patient n'entend qu'une partie de ce qui lui est dit.
 - Isolation : le patient présente un détachement des faits et de son ressenti entraînant une attitude « froide ».
 - Déplacement : de la charge affective sur un autre problème pouvant paraître inadapté pour le médecin.
 - Décharge émotionnelle notamment colère, voire projection agressive (sur l'équipe soignante ou un proche).
 - Régression : attitude passive.
 - Marchandage : volonté de retarder les événements avec parfois des idées improbables.
- La dépression.
- L'acceptation voire la sublimation (dépassement et surinvestissement de soi-même qui peut toucher tout champ de la vie) ou au contraire la résignation.

Ces mécanismes de défenses sont difficiles à identifier pour les professionnels de santé et peuvent être interprétés comme une non ou mal compréhension (38).

Plus à distance de l'annonce, la volonté de participation active aux décisions est une stratégie permettant un certain contrôle sur la maladie. Cela conduirait à des niveaux plus élevés de satisfaction et à une meilleure acceptation du traitement par les patients (32). L'attitude du médecin est alors déterminante pour laisser les patients avoir ce rôle. Cette décision partagée sous-entend que l'information préalable doit être honnête.

Enfin, les patients souhaitent parler avec les médecins des modèles de soutien possibles et notamment celui que représente leurs proches (14,26,31).

II.4. Aspects psychologiques : vécu de l'annonce du cancer pour le médecin

De nombreuses études se sont penchées sur le point de vue des médecins à l'annonce de mauvaises nouvelles et celui des professionnels d'oncologie à l'annonce de cancer. La définition la plus célèbre et la plus courante des mauvaises nouvelles a été présentée par Robert Buckman : « toute nouvelle qui affecte radicalement et négativement l'idée que se fait le patient [...] de son avenir » (24). Pour les médecins, la mauvaise nouvelle est une nouvelle « difficile », qui « fait peur », engendrant un « bouleversement émotionnel », avec des « conséquences négatives sur l'avenir » et « une altération de la qualité de vie » (18,39). Cela renvoie à l'annonce d'un cancer ou d'une lésion suspecte. D'ailleurs, dans les études qualitatives portant sur les mauvaises nouvelles, les médecins citent souvent la pathologie cancéreuse, ce qui montre l'importance et/ou la difficulté que cela représente pour eux et la fréquence de ces situations (18,19,38,40). Il existe peu d'études sur l'annonce de lésion suspecte, et, à notre connaissance, aucune spécifiquement aux urgences.

II.4.1. Ressenti

Donner de mauvaises nouvelles est fréquent dans le domaine de la santé et en particulier dans les services d'urgences (31). Les médecins appréhendent ces situations, ressentent du stress, une gêne et se disent peu préparés (17–19,25,31,38,41,42). La répétition de ces annonces semble d'autant plus délicate émotionnellement (18,19).

La communication d'une information redoutée par les patients et les médecins eux-mêmes engendre de multiples peurs et difficultés en rapport avec la fonction médicale :

- Apporter la mauvaise nouvelle (17,38,39,43,44) en lien avec les représentations déjà citées, pouvant entraîner de la tristesse (31,45).
- Être tenu responsable, notamment dans le retard diagnostique (17–19,25,38,39,44,45).
- Ne pas pouvoir consacrer assez de temps à la consultation (17,19,40).
- Les réactions des patients (25,38–41,43,44).
- La peur de l'échec et de l'impuissance (19,24,25,31,39,43,44).
- Une culpabilité (23–25,31) : au-delà de la culpabilité personnelle, il s'agit de la culpabilité du médecin par rapport à la médecine et aux limites de celle-ci.
- Identification à sa propre maladie, souffrance et/ou mort (17,24–26,39,41,44).
- Peur de ses propres réactions : d'être maladroit, d'exprimer ses sentiments et de s'identifier au patient (17–19,38,44,45).
- Appréhension du silence, qui doit pourtant être respecté lors d'une annonce (17,19).
- Solitude : les médecins se retrouvent souvent seuls lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, sans « refuge émotionnel » (18,19,24,25,39).

Des facteurs vont influencer le ressenti du médecin, pouvant amener jusqu'à une identification : les facteurs individuels du patient et du médecin comme l'âge, le sexe, leur relation ou le vécu personnel, l'expérience du médecin et les facteurs liés à la pathologie (17,19,25,39,41). Il existe une réciprocité dans les interactions des différents intervenants : l'attitude du médecin joue un rôle dans le ressenti du patient autant que celle du patient et des proches joue un rôle dans le ressenti du médecin.

Il existe un dilemme important pour les médecins : vérité vs espoir (31,32,35,39). Il s'agit de l'espoir du patient et celui du médecin qui a « besoin d'y croire » (18). La disparition de la médecine « paternaliste » a amené à une divulgation de plus en plus importante de la part des médecins (29,31). Ce n'est pas le mensonge mais la « dissimulation de la vérité » qui est discutée. Certains médecins reconnaissent retenir parfois des informations au motif que le patient ne veut pas savoir ou que cela lui nuirait (15,19,27). Mais, comme nous l'avons vu précédemment, la plupart des patients est en faveur d'une divulgation complète des informations. Les lois sur les droits des patients et le code de déontologie, que nous avons rappelées, entretiennent cette confusion entre « l'information claire et loyale » et le « droit du patient de ne pas savoir » qui n'est pas toujours clairement exprimé et que le praticien doit « apprécier en conscience ». Ce dilemme est d'autant plus difficile lors de la question du pronostic, qui renvoie directement au devenir et où la notion de vérité est subjective étant donné l'absence d'élément de certitude. Cet équilibre n'est pas toujours bien maîtrisé (32). Il faudra trouver le niveau de vérité acceptable pour les deux parties, qui varie d'un individu à l'autre et d'un thérapeute à l'autre (27).

La question à l'heure actuelle n'est plus « faut-il dire la vérité » mais « comment dire la vérité » ? (18) Pour cela, l'avis des patients a été recueilli par le biais de nombreuses études, amenant à l'édition de recommandations sur lesquelles nous reviendrons.

II.4.2. Répercussions

Le personnel soignant est à risque de développer des troubles psychologiques liés au travail (47–53). La santé au travail est de plus en plus mise en avant car elle est liée au bien-être de l'individu et influence son fonctionnement professionnel, avec des conséquences potentielles pour les patients en ce qui concerne le domaine de la santé (51).

Les principaux « stressseurs » des soignants retrouvés dans la littérature sont liés (47,43,48–56) :

- Au patient : les diagnostics récents de cancer, l'altération de l'état général, l'inconfort, un pronostic engagé, l'âge jeune, les reproches, les conflits et les demandes inappropriées et irréalistes entraînant un sentiment de frustration et d'impuissance, les réactions de deuil.
- A l'emploi : l'exposition à la souffrance physique et psychique, l'impossibilité de guérir ou de soulager, la peur de l'impuissance et des erreurs, la faible satisfaction professionnelle, le manque de reconnaissance, les décisions critiques (et leur répétition).
- A l'organisation : les exigences professionnelles et émotionnelles, le manque de temps (pour le travail lui-même, pour la formation et pour le temps libre), le nombre de gardes important, le besoin de formation en communication, l'absence de revue de dossier, la sensation d'être surchargé, le manque de moyens, les interruptions de tâches, les conflits.

Nous comprenons que les services d'urgences sont des milieux particulièrement à risques (48,51–55) et que les annonces de lésions suspectes peuvent être sources de stress. Il y a plusieurs caractéristiques propres au statut d'interne qui ajoutent des facteurs de stress (47,50) : la confrontation nouvelle aux difficultés précédemment citées, le manque d'autonomie, le changement semestriel de l'environnement socioprofessionnel exacerbant les sensations de lacunes et entraînant possiblement un plus faible soutien social, la supervision et le soutien des pairs insuffisants et d'éventuels problèmes financiers (47,50). Certains étudiants font face à leur stress en supposant que « les choses iront mieux » après (50).

Il est communément admis que l'épuisement professionnel ou Burn out, défini par Malash, est relié directement à la satisfaction professionnelle et aux stress répétés (48,54). Le stress et le Burn out sont liés à une morbidité psychologique et physique (47,51,53) : une consommation de toxiques (48,57), une baisse de l'estime de soi, une diminution du bien-être, une santé ressentie moins bonne avec fatigue,

insomnie et anxiété (48,50,57), une dépression avec un risque suicidaire (50) et un risque cardiovasculaire accru (53). Cela peut aboutir à l'intention de quitter la profession (48,51–53). Le Burn out peut engendrer un défaut de professionnalisme (47,48,50–53) : efficacité moindre, erreurs médicales, raisonnements simplifiés et moins bonne relation médecin-malade notamment via le « cynisme » et la baisse de l'empathie qui sont des mécanismes de défense observés au cours des études médicales.

Par ailleurs, les internes sont supervisés par des médecins ou internes parfois eux-mêmes épuisés, avec des comportements parfois contraires à l'éthique pouvant conduire à une culpabilité dans le rôle personnel joué, à une réticence à évoquer ses propres sentiments et, à long terme, à une modélisation de leur manière d'être (47).

La santé mentale des étudiants se détériore pendant les études de médecine (47,57) mais on note peu de recours au service de santé mentale, par manque de temps, peur d'un défaut de confidentialité ou d'une stigmatisation (47,51).

II.4.3. Mécanismes de défense

Il est recommandé aux praticiens de reconnaître et parler de leur propre implication et de leur mécanismes de défense dans ces situations, ce qui influencera leur pratique et leur vécu (17,19).

Les mécanismes de défense immédiats (24,26), tout comme ceux des patients, sont inconscients, facultatifs, muables et liés à l'interaction médecin-patient. On peut observer selon M. Ruzniewski (17,24) :

- Un « évitement » voire un mensonge ou une fausse réassurance.
- Une identification projective : attribuer au patient ses propres sentiments.
- Une banalisation : focalisation sur la maladie en occultant la souffrance du patient.
- Une rationalisation : utilisation d'un jargon médical.
- Une fuite en avant : dire tout, tout de suite, « se déchargeant de son fardeau ».
- Une dérision.

Les stratégies de défense, à distance de l'annonce, sont multiples et seront développées plus en détails dans ce travail. Il s'agit de la « capacité d'oubli », de la frontière travail - non-travail plus ou moins stricte et de l'équilibre vie professionnelle – vie privée qui permettent d'instaurer une « distance » et de maintenir un bien-être général (18,19,26,38,40,47,55,59).

Il s'agit aussi des stratégies centrées sur la discussion, notamment auprès des pairs, avec la réinterprétation positive et l'expression des émotions qui a montré son efficacité sur le stress ressenti, la confiance et l'empathie (36,38,43,47,50,54) ou bien auprès des proches. La formation, permettant une meilleure maîtrise de ces situations, est également décrite comme une des stratégies permettant un meilleur vécu de ces situations (54).

III. MATERIEL ET METHODES

III.1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée à partir des bases de données disponibles sur le site de l'université de Lyon 1 : Pubmed, EM premium, CAIRN et à partir de Google Scholar, SUDOC ainsi que sur le navigateur de recherche Google me permettant notamment d'accéder au site de l'HAS, de l'INCa ou encore de la LNCC.

Le site CISMef a permis de traduire les différents mots clefs en MeSH. Les mots clefs, anglais et français, ont été étoffés au fur et à mesure par ceux cités dans les articles retenus. Les meilleurs résultats ont été obtenus avec l'association des mots clefs suivants :

- « affects », « emotion », « ressenti », « vécu »
- « resident », « étudiant », « medical student » / « medical students » / « student, medical »
- « annonce », « disclosure » / « disclosure truth » / « disclosures truth » / « truth disclosures »
- « diagnosis », « neoplasm » / « neoplasia » / « neoplasias », « cancer », « tumor » ou « bad news », « breaking bad news », « mauvaises nouvelles ».
- « emergency service, hospital » / « emergency hospital service » / « service emergency, hospital » / « service, hospital emergency », « urgences ».
- « curriculum », « training », « teaching », « formation », « education », « enseignement »
- « burn-out » / « burnout » / « burn out », « stress »

La recherche s'est ensuite étendue aux références bibliographiques pertinentes des articles retenus.

Le logiciel Zotero a permis de conserver les articles et présenter les références bibliographiques selon la norme Vancouver.

III.2. Modalité d'enquête

III.2.1. Type d'étude

Pour étudier les difficultés des internes face à l'annonce d'une lésion suspecte de cancer aux urgences, la méthode choisie est une approche descriptive, quantitative par questionnaires. La volonté de collecter un certain nombre de réponses dans le but d'en extraire des résultats mesurables explique le choix de la méthode quantitative.

L'objectif principal est de faire un état des lieux des difficultés ressenties. L'hypothèse est que les internes ressentent de multiples difficultés. Les objectifs secondaires sont de recenser les mécanismes de défense, la formation reçue et la formation souhaitée, afin d'émettre des pistes de réflexions quant à leurs possibles améliorations.

Il s'agit d'un questionnaire anonyme.

III.2.2. Définition de la population

La population cible est l'ensemble des internes inscrits en première année de DES de médecine générale, de médecine d'urgence, et de gériatrie, à Lyon sur l'année scolaire 2019/2020.

Selon les données de la scolarité, cette population regroupe 145 internes de DES de médecine générale, 24 internes de DES de médecine d'urgence et 8 internes de DES de gériatrie soit un total de 177 internes.

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

L'inclusion concernait tous les internes inscrits en première année de DES de médecine générale, de médecine d'urgence et de gériatrie à Lyon Est et Lyon Sud lors de l'année scolaire 2019/2020.

Il n'y a pas de critère d'exclusion hormis les caractéristiques de non-inclusion précédemment citées.

III.2.4. Elaboration du questionnaire

L'élaboration du questionnaire est basée en grande majorité sur les données pertinentes rapportées dans la littérature, notamment les données convergentes des études qualitatives, ainsi que sur les interrogations personnelles que ces données soulevaient.

Le questionnaire a été ajusté à plusieurs reprises y compris avec la directrice de thèse. Les ajustements réalisés ont voulu cibler l'objectif, éviter les redondances et améliorer la pertinence notamment en limitant le nombre de questions afin d'avoir un taux de participation convenable. Des reformulations ont permis de préciser les questions pour optimiser la compréhension des internes.

Le questionnaire a été testé en conditions réelles sur un petit échantillon d'internes non inclus dans l'étude (fin de cursus ou jeunes remplaçants), permettant de s'assurer de la bonne compréhension. Leur avis sur la précision, la pertinence des questions et le temps mis à répondre a été recueilli.

Le questionnaire comprend entre 28 et 36 questions, regroupées en plusieurs parties : certaines communes à tous et d'autres optionnelles selon les réponses précédentes. Il est présenté en annexe.

- 1^e partie : « Données socio-professionnelles », composée de 6 questions dont une ouverte.
- 2^e partie : « L'annonce d'une lésion suspecte », composée de 3 ou 4 questions. Les deux premières questions sont communes et la deuxième sépare les internes en 2 groupes : ceux ayant déjà annoncé personnellement une suspicion de cancer aux urgences, et ceux n'ayant jamais annoncé personnellement une suspicion de cancer aux urgences. Des questions de précisions sont ensuite posées : 1 question dans le groupe qui n'a pas réalisé d'annonce ou 2 questions dans le groupe qui a réalisé une annonce.
- 3^e partie : « Ressenti à l'annonce d'une lésion suspecte de cancer », composée de 11 questions dans le groupe qui n'a pas réalisé d'annonce et 16 questions dans celui qui a réalisé une annonce.
- 4^e partie : « Mécanismes de défenses », commune à tous et composée de 4 ou 5 questions.
- 5^e partie : « Formations », commune à tous et composée de 3 ou 4 questions.
- 6^e partie : « Remarques libres ». Il s'agit d'une zone de texte libre pour les remarques.

Le questionnaire est composé en majorité de questions fermées. Les réponses proposées sont : uniques ou multiples parmi un choix de deux à huit propositions. 5 questions ont la possibilité de réponse ouverte avec une zone de texte libre dans le cas où la réponse ne serait pas proposée.

III.2.5. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire, réalisé en premier lieu sur Microsoft Word, a été retranscrit en ligne sur Google Forms afin de faciliter la fluidité et la compréhension et de favoriser sa diffusion.

Les internes ont été recrutés par volontariat après invitation sur les réseaux sociaux, par les services hospitaliers et via la mailing liste de la faculté.

Une première sollicitation de participation est envoyée le 20/08/2020. Plusieurs relances sont réalisées jusqu'au 30/09/2020. Le questionnaire en ligne est resté ouvert jusqu'à la clôture le 20/10/2020 soit une durée totale de recueil de 2 mois.

III.3. Analyses statistiques

Le logiciel Google Forms a permis d'obtenir les résultats directement sur la plateforme en ligne qui ont ensuite été retranscrits sous format Excel.

La collecte des données était anonyme.

Une analyse statistique simple a été réalisée afin de décrire d'éventuelles différences entre les réponses. Elle a été effectuée sur BiostaTGV, par le test du Chi 2 ou lorsque les effectifs étaient trop petits par le test exact de Fisher. La valeur de « p » retenue pour éliminer l'hypothèse nulle d'indépendance est 0,05.

IV. RESULTATS

IV.1. Première partie : population interrogée

IV.1.1. Participation

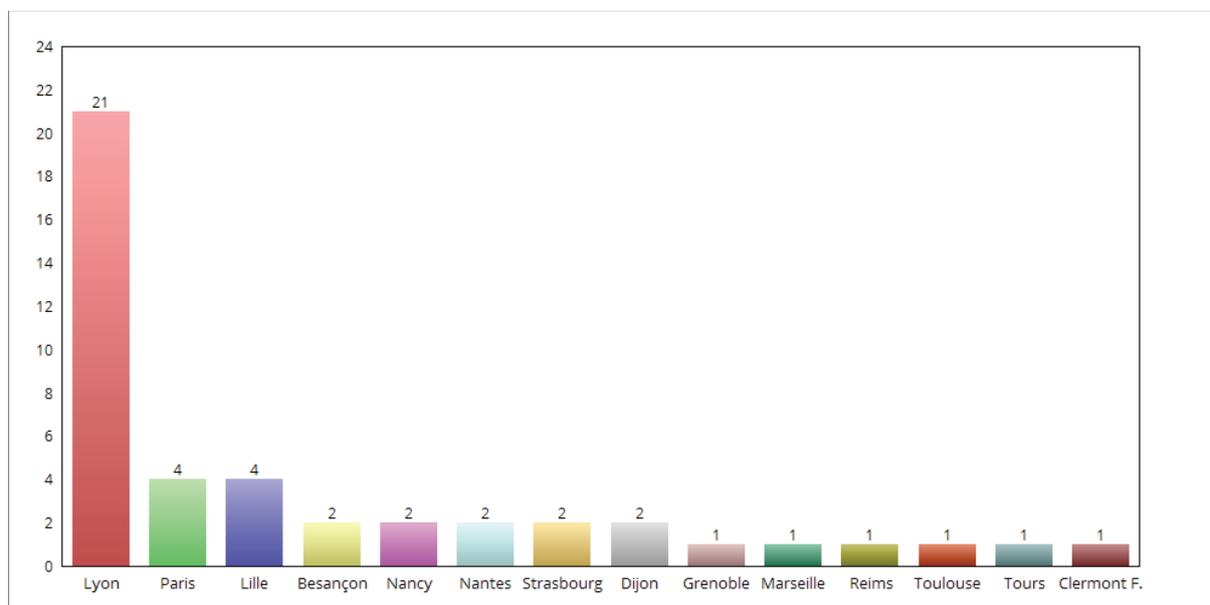
La population d'internes ciblée est composée de 177 internes. Pour chacun d'entre eux, une invitation à répondre au questionnaire a été envoyée.

45 internes ont répondu ce qui équivaut à 25,4% de participation. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

IV.1.2. Résultats

On retrouve parmi les répondants 82,2% (n = 37) de femmes et 17,8% (n = 8) d'hommes.

Les internes ont effectué leur externat dans différentes facultés qui sont représentées ci-dessous. La majorité a effectué son externat à Lyon.



Parmi les lyonnais, on compte 6 internes ayant effectué leur externat à Lyon Est et 15 internes sans plus de précisions. Parmi les parisiens, on compte 3 internes ayant effectué leur externat à Paris 6 et 1 interne à Paris sud.

Les répondants étaient inscrits pour 82,2% (n = 37) d'entre eux à la faculté de Lyon Est et 17,8% (n = 8) d'entre eux à la faculté de Lyon Sud.

Concernant la spécialité des internes, voici leurs réponses :

- Médecine générale pour 84,4% (n = 38).
- Médecine d'urgence pour 11,1% (n = 5).
- Médecine gériatrique pour 4,4% (n = 2).

Les internes avaient principalement effectué leur stage aux urgences :

- lors du 1^e semestre pour 66,7% d'entre eux (n = 30).
- lors du 2^e semestre pour 33,3% d'entre eux (n = 15).

L'autre stage effectué était :

- en médecine générale pour 64,4 % d'entre eux (n = 29).
- en service hospitalier pour 35,6% d'entre eux (n = 16).

IV.2. Deuxième partie : Annonce d'une lésion suspecte

« Avez-vous déjà vu un senior faire une annonce de lésion suspecte de cancer ? »

91,1% des internes (n = 41) ont déjà vu un médecin sénior faire l'annonce d'une lésion suspecte :

- 22,2% (n = 10) uniquement lors de l'externat.
- 17,8% (n = 8) uniquement lors de l'internat.
- 51,1% (n = 23) lors de l'externat et de l'internat.

« Avez-vous déjà dû annoncer personnellement une suspicion de cancer aux urgences ? »

Les internes ont déjà annoncé personnellement la découverte d'une lésion suspecte de cancer aux urgences dans 60% des cas (n = 27) dont 55,6% plusieurs fois (n = 15) et 44,4% une seule fois (n = 12).

Les moments où ils ont effectué l'annonce sont :

- Lors de l'internat pour 96,3% (n = 26) d'entre eux.
- Lors de l'externat pour 7,4% (n = 2) d'entre eux. Ces deux internes ont également annoncé en tant qu'interne.

- En tant que FFI dans 7,4% (n = 2) d'entre eux. Un interne sur les deux a également annoncé en tant qu'interne.

Ils étaient donc 40% (n = 18) à ne jamais avoir annoncé personnellement la découverte d'une lésion suspecte de cancer aux urgences.

Les raisons citées sont : (*plusieurs réponses étant possibles, les pourcentages sont rapportés au nombre d'internes interrogés (n = 18)*).

- « J'ai déjà effectué des annonces mais pas aux urgences » dans 50% des cas (n = 9).
- « Le médecin senior s'est chargé de faire l'annonce » dans 50% des cas (n = 9) : 22,2% (n = 2) sans la présence de l'interne et 77,8% (n = 7) avec la présence de l'interne.
- « Je n'ai pas été confronté à cette situation » dans 27,8% des cas (n = 5).
- « Je n'ai pas voulu effectuer cette annonce » dans 11,1% des cas (n = 2). Ces deux internes ont également « déjà effectué des annonces mais pas aux urgences ».

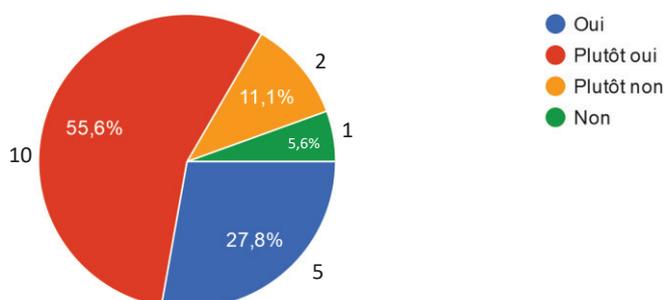
IV.3. Troisième partie : Difficultés des internes à l'annonce d'une lésion suspecte aux urgences

IV.3.1. Difficultés pour les internes n'ayant pas réalisé d'annonce

- **L'appréhension**

83,3% (n = 15) des internes appréhendent ces situations.

Est-ce une situation que vous appréhendez ?

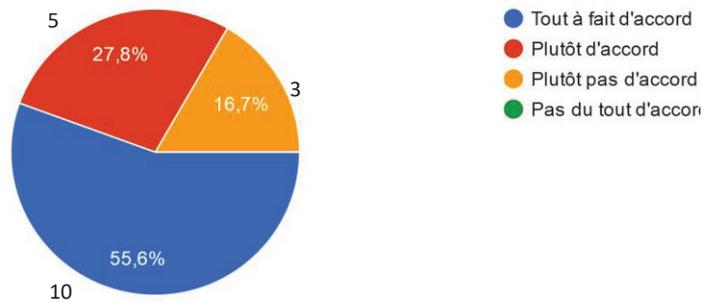


- **Le cadre**

Le lieu

Il ne paraît pas être adéquat pour 83,3% des internes (n = 15).

Je n'ai pas de lieu adéquat



Présence d'un médecin sénior

Elle est perçue comme un point positif sur le vécu pour la totalité des répondants.

A l'affirmation « la présence d'un senior peut être un point positif sur votre vécu », les réponses sont :

- Oui : 44,4% (n = 8)
- Plutôt oui : 55,6% (n = 10)
- Plutôt non : 0% (n = 0) et Non : 0% (n = 0)

Présence de l'IDE en charge du patient

La présence de l'IDE en charge du patient est perçue comme un point positif sur le vécu pour 77,8% des internes (n = 14).

A l'affirmation « la présence de l'IDE peut être un point positif sur votre vécu », les réponses sont :

- Oui : 22,2% (n = 4)
- Plutôt oui : 55,6% (n = 10)
- Plutôt non : 16,7% (n = 3)
- Non : 5,6% (n = 1)

- **Les connaissances**

Connaissances médicales

44,4% (n=8) des internes estiment manquer de connaissances médicales.

A l'affirmation « je manque de connaissances médicales », les réponses sont :

- Tout à fait d'accord : 5,6% (n = 1)
- Plutôt d'accord : 38,9% (n = 7)
- Plutôt pas d'accord : 50% (n = 9)
- Pas du tout d'accord : 5,6% (n = 1)

« J'ai peur » :

➤ « De l'incertitude diagnostique » pour 66,7% (n = 12) :

- Tout à fait d'accord : 22,2% (n = 4)
- Plutôt d'accord : 44,4% (n = 8)
- Plutôt pas d'accord : 33,3% (n = 6)
- Pas du tout d'accord : 0% (n = 0)

➤ « De ne pas répondre correctement au patient quant à la question des traitements et leurs effets indésirables » pour 88,9% (n = 16) :

- Tout à fait d'accord : 61,1% (n = 11)
- Plutôt d'accord : 27,8% (n = 5)
- Plutôt pas d'accord : 11,1% (n = 2)
- Pas du tout d'accord : 0% (n = 0)

➤ « Que le patient/les proches abordent la question du pronostic » pour 88,9% (n = 16) :

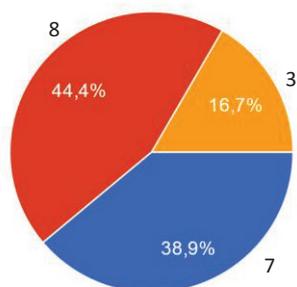
- Tout à fait d'accord : 38,9% (n = 7)
- Plutôt d'accord : 50% (n = 9)
- Plutôt pas d'accord : 11,1% (n = 2)
- Pas du tout d'accord : 0% (n = 0)

- **La communication**

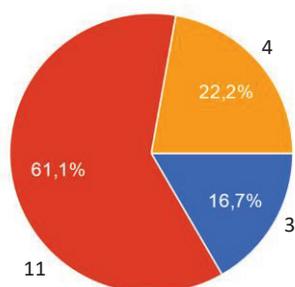
Les internes évoquent :

- Une « peur de mal s'exprimer » pour 83,3% (n = 15) d'entre eux.
- Une « peur des réactions du patient et/ou des proches » pour 77,8% (n = 14) d'entre eux.
- Une « peur de mal gérer mes émotions » pour 38,9% (n = 7) d'entre eux.

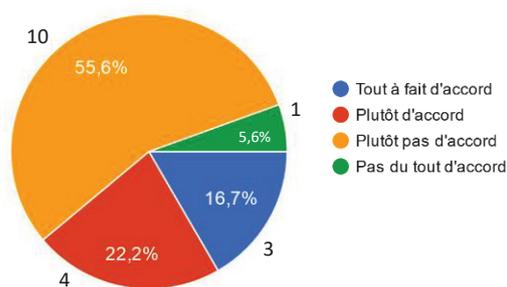
J'ai peur de mal m'exprimer



J'ai peur des réactions du patient et/ou des proches



J'ai peur de ne pas bien gérer mes émotions



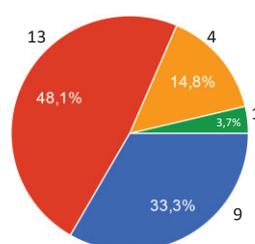
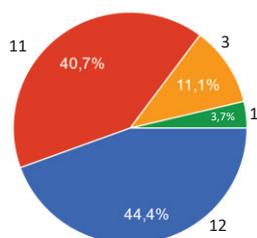
● Tout à fait d'accord
● Plutôt d'accord
● Plutôt pas d'accord
● Pas du tout d'accord

IV.3.2. Difficultés pour les internes ayant déjà réalisé une annonce

- **L'appréhension et la difficulté**

85,1% des internes (n = 23) appréhendent ces situations et 81,5% (n = 22) disent avoir été en difficulté.

Est-ce une situation que vous appréhendez ? Globalement, diriez-vous que vous avez déjà été en difficulté lors d'une annonce ?



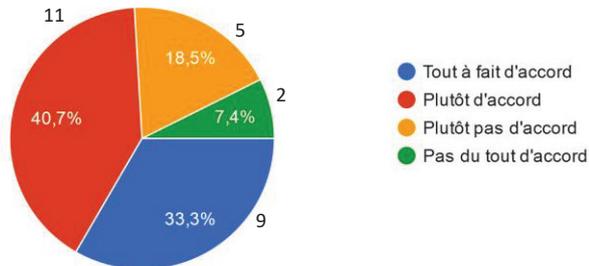
● Oui
● Plutôt oui
● Plutôt non
● Non

- **Le cadre**

Le lieu

Le lieu ne paraît pas adéquat pour 74% des internes (n = 20).

Je n'ai pas trouvé le lieu adéquat



A l'affirmation « j'ai été dérangé », ils sont 63% (n = 17) à ne pas être d'accord avec une association significative au fait de ne pas avoir trouvé de lieu adapté (p = 0,02) :

- Tout à fait d'accord : 11,1% (n = 3)
- Plutôt d'accord : 25,9% (n = 7)
- Plutôt pas d'accord : 25,9% (n = 7)
- Pas du tout d'accord : 37% (n = 10)

Présence du médecin sénior

Les internes ont réalisé l'annonce avec un médecin sénior dans 25,9% des cas (n = 7).

Tous les internes (100%, n = 7) se disent rassurés par cette présence.

A l'affirmation « la présence d'un médecin sénior m'a rassuré », les réponses sont :

- Tout à fait d'accord : 57,1% (n = 4)
- Plutôt d'accord : 42,9% (n = 3)

Ainsi, les internes ont réalisé l'annonce sans médecin sénior dans 74,1% des cas (n = 20).

65% (n= 13) d'entre eux auraient été davantage rassurés par cette présence.

A l'affirmation « la présence d'un médecin sénior m'aurait davantage rassuré », les réponses sont :

- Tout à fait d'accord : 25% (n = 5)
- Plutôt d'accord : 40% (n = 8)
- Plutôt pas d'accord : 15% (n = 3)
- Pas du tout d'accord : 15% (n = 3)
- Je n'ai pas d'avis : 5% (n = 1)

Présence de l'IDE en charge du patient

Les internes ont réalisé l'annonce avec l'IDE dans 11,1% des cas (n = 3).

Tous les internes se disent rassurés par cette présence.

A l'affirmation « la présence de l'IDE m'a rassuré », les réponses sont :

- Tout à fait d'accord : 66,7% (n = 2)
- Plutôt d'accord : 33,3% (n = 1)

Ainsi, les internes ont réalisé l'annonce sans infirmière dans 88,9% des cas (n = 24).

45,8% (n = 11) d'entre eux auraient été davantage rassurés par cette présence.

A l'affirmation « la présence de l'IDE m'aurait davantage rassuré », les réponses sont :

- Tout à fait d'accord : 12,5% (n = 3)
- Plutôt d'accord : 33,3% (n = 8)
- Plutôt pas d'accord : 37,5% (n = 9)
- Pas du tout d'accord : 12,5% (n = 3)
- Je n'ai pas d'avis : 4,2% (n = 1), il s'agit du même interne qui n'avait pas d'avis concernant la présence du sénior.

• Les connaissances

Connaissances médicales

48,1% (n = 13) estiment avoir manqué de connaissances médicales.

A l'affirmation « je manque de connaissances médicales », les réponses sont :

- Tout à fait d'accord : 7,4% (n = 2)
- Plutôt d'accord : 40,7% (n = 11)
- Plutôt pas d'accord : 44,4% (n = 12)
- Pas du tout d'accord : 7,4% (n = 2)

« J'ai eu des difficultés concernant » :

- « l'incertitude diagnostique » pour 77,8 % (n = 21) :
 - Tout à fait d'accord : 37% (n = 10)
 - Plutôt d'accord : 40,7% (n = 11)
 - Plutôt pas d'accord : 18,5% (n = 5)
 - Pas du tout d'accord : 3,7% (n = 1)

➤ « la question des traitements et leurs effets indésirables » pour 63% (n = 17) :

- Tout à fait d'accord : 37% (n = 10)
- Plutôt d'accord : 25,9% (n = 7)
- Plutôt pas d'accord : 22,2% (n = 6)
- Pas du tout d'accord : 14,8% (n = 4)

➤ « la question du pronostic » pour 77,8% (n = 21) :

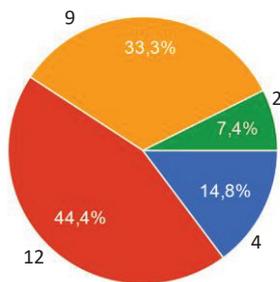
- Tout à fait d'accord : 44,4% (n = 12)
- Plutôt d'accord : 33,3% (n = 9)
- Plutôt pas d'accord : 18,5% (n = 5)
- Pas du tout d'accord : 3,7% (n = 1)

- **La communication**

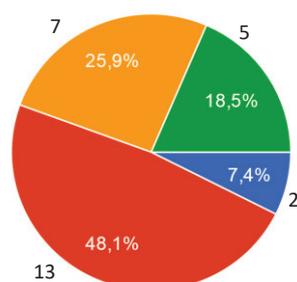
Les internes évoquent :

- Une « impression de s'être mal exprimé(e) » pour 59,3% (n = 16) d'entre eux.
- Des « difficultés quant aux réactions du patient et/ou des proches » pour 55,6% (n = 15) d'entre eux.
- « Je n'ai pas bien géré mes émotions » pour 22,2% (n = 6) d'entre eux.

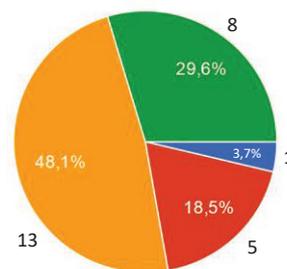
J'ai l'impression de m'être mal exprimé



J'ai eu des difficultés sur les réactions du patient/des proches



Je n'ai pas bien géré mes émotions



- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

- **Le debriefing**

51,8% (n = 14) des internes ont pu discuter à posteriori avec un médecin sénior.

A la question « avez-vous pu discuter de votre expérience avec un médecin sénior ? », les réponses sont :

- Oui : 29,6% (n = 8)
- Plutôt oui : 22,2% (n = 6)
- Plutôt non : 22,2% (n = 6)
- Non : 25,9% (n = 7)

IV.3.3. Comparaison des deux groupes

Les résultats sont résumés dans le tableau 1 ci-dessous. Ils représentent les réponses des internes ayant déjà réalisé une annonce de lésion suspecte aux urgences, ceux des internes n'ayant jamais réalisé d'annonce de lésion suspecte aux urgences ainsi que l'ensemble que représente les deux groupes.

	Int. n'ayant pas réalisé	Int. ayant déjà réalisé	TOTAL
	O ou PO (N (%))	O ou PO (N (%))	N (%)
Est-ce une situation que vous appréhendez?	15 (83,3)	23 (85,2)	38 (84,4)
La présence d'un senior <i>peut être un point positif sur votre vécu/ vous rassure ou vous aurait davantage rassuré ?</i>	18 (100)	20 (74,1)	38 (84,4)
La présence de l'IDE <i>peut être un point positif sur votre vécu/ vous rassure ou vous aurait davantage rassuré ?</i>	14 (77,8)	14 (51,9)	28 (62,2)
	TA ou PIA (N (%))	TA ou PIA (N (%))	N (%)
Je n'ai pas <i>trouvé</i> de lieu adéquat ?	15 (83,3)	20 (74,1)	35 (77,8)
<i>Je manque / J'ai manqué</i> de connaissances médicales	8 (44,4)	13 (48,1)	21 (46,7)
<i>J'ai peur de / J'ai eu des difficultés concernant :</i>			
. l'incertitude diagnostique	12 (66,7)	21 (77,8)	33 (73,3)
. la question des traitements et leurs effets	16 (88,9)	17 (63,0)	33 (73,3)
. la question du pronostic	16 (88,9)	21 (77,8)	37 (82,2)
<i>J'ai peur de mal m'exprimer / j'ai l'impression de m'être mal exprimé(e)</i>	15 (83,3)	16 (59,3)	31 (68,9)
<i>J'ai peur des / j'ai eu des difficultés quant aux réactions du patient et/ou des proches</i>	14 (77,8)	15 (55,6)	29 (64,4)
<i>J'ai peur de ne pas / Je n'ai pas</i> bien géré mes émotions	7 (38,9)	6 (22,2)	13 (28,9)
	Total = 18 (100)	Total = 27 (100)	45 (100)

Tableau 1 : résultats aux questions concernant les difficultés rencontrées par les internes. N (%) : effectif (pourcentage). Questions : générales, *spécificités lorsqu'aucune annonce n'a été réalisée, spécificités lorsqu'une annonce a été réalisée.* O : Oui ; PO : Plutôt Oui ; TA : Tout à Fait d'Accord ; PIA : Plutôt d'Accord.

Les internes n'ayant pas réalisé d'annonce aux urgences ont tendance à montrer plus de difficultés que les autres hormis pour l'incertitude diagnostique qui paraît avoir plus d'impact pour les internes ayant déjà réalisé une annonce. Aucune différence significative n'est cependant retrouvée concernant chacune des difficultés entre les deux groupes.

IV.4. Quatrième partie : Mécanismes de défenses

- **Echanges professionnels**

Tous les internes trouvent bénéfiques les échanges professionnels.

« Quel(s) échange(s) professionnel(s) vous paraît(-ssent) être plutôt bénéfique(s) ? » :

- Discussion avec un sénior : 95,6% (n = 43)
- Discussion avec vos co-internes : 88,9% (n = 40)
- Discussion avec l'équipe paramédicale : 62,2% (n = 28)
- Echanges d'expériences à distance lors des GEP : 62,2% (n = 28).

Ils sont 75,6% (n = 34) à solliciter 3 échanges, 22,2% (n = 10) à en solliciter 2 et 2,2% (n = 1) à n'en solliciter qu'un seul.

- **Soutien psychologique**

71,1% des internes (n = 32) pensent qu'un soutien psychologique spécifique pourrait être bénéfique.

A la question « pensez-vous qu'un soutien psychologique spécifique (supervision d'équipes / groupe Balint) puisse être bénéfique ? », les réponses sont :

- Oui : 15,6% (n = 7)
- Plutôt oui : 55,6% (n = 25)
- Plutôt non : 20% (n = 9)
- Non : 8,9% (n = 4)

- **Vie personnelle**

Les activités extraprofessionnelles

Elles sont décrites comme bénéfiques dans 88,9% des cas (n = 40).

A la question « pensez-vous que les activités extraprofessionnelles (loisirs) puissent être bénéfiques ? », les réponses sont :

- Oui : 53,3% (n = 24)
- Plutôt oui : 35,6% (n = 18)
- Plutôt non : 6,7% (n = 3)
- Non : 4,4% (n = 2)

Les échanges avec les proches

Ils apparaissent bénéfiques pour 75,6% (n = 34) des internes.

A la question « pensez-vous que les échanges avec vos proches puissent être bénéfiques ? », les réponses sont :

- Oui : 55,6% (n = 25)
- Plutôt oui : 20% (n = 9)
- Plutôt non : 22,2% (n = 10)
- Non : 2,2% (n = 1)

Ainsi 24,4% (n = 11) ne trouvent pas ces échanges bénéfiques. Les raisons évoquées sont :

- « Je veux dissocier vie privée et vie professionnelle » dans 63,6% des cas (n = 7).
- « Je ne vois pas ce que cela m'apporterait » dans 36,4% des cas (n = 4).
- « Les proches ne comprennent pas » dans 18,2% des cas (n = 2). A noter, cet item a été rajouté dans le champ libre laissé à disposition.
- « Je veux les protéger » dans 9,1% des cas (n = 1).
- « J'ai déjà testé, c'est pas terrible » dans 9,1% des cas (n = 1), cet item a été rajouté dans le champ libre laissé à disposition.

La figure ci-dessous résume les divers mécanismes de défenses estimés bénéfiques par les internes.

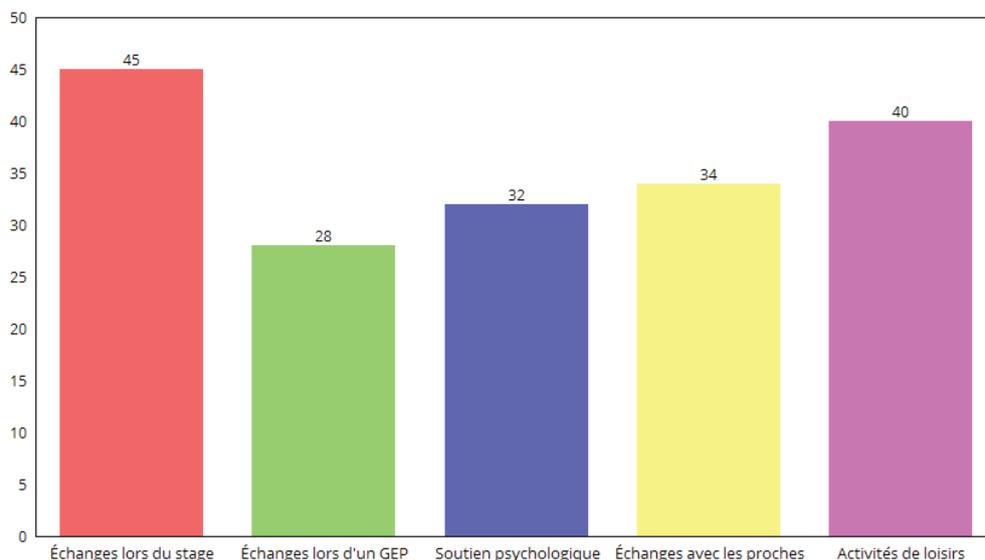


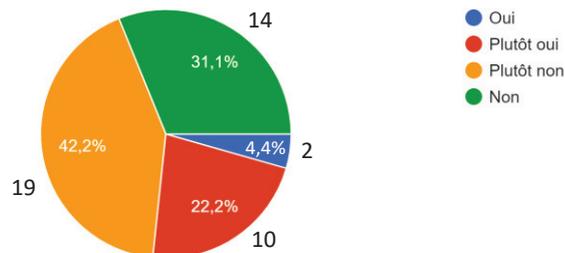
Figure 1 : résumé des mécanismes de défense des internes. Les effectifs ci-dessus correspondent aux nombres de fois où les internes ont coché la réponse, en sachant que plusieurs réponses étaient possibles (total : 45 internes).

IV.5. Cinquième partie : Formation

• Formation reçue

Les internes sont 73,3% (n = 33) à estimer leur formation insuffisante.

Diriez-vous que la formation que vous avez eu est suffisante pour appréhender les situations d'annonce de lésion suspecte ?



A la question « De quelle(s) formation(s), utile(s) à ces situations, avez-vous bénéficié ? », tous les internes estiment avoir eu au moins une formation. Les formations reçues, Figure 3, ont eu lieu :

- Lors de l'externat : 68,9% des internes (n = 31)
- Lors d'un stage : 88,9% des internes (n = 40)
- Lors de l'internat : 26,6% des internes (n = 12)

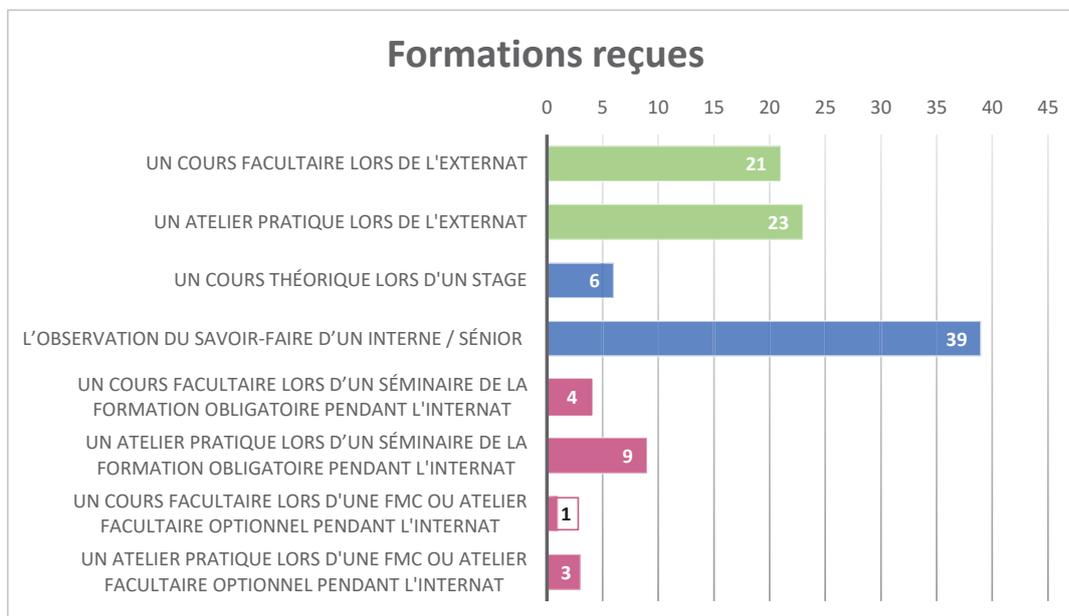


Figure 2 : Formations utiles aux annonces dont les internes ont bénéficié. Les effectifs ci dessus correspondent aux nombres de fois où les internes ont coché la réponse, en sachant que plusieurs réponses étaient possibles (total : 45 internes). Formations réalisées : lors de l'externat, lors d'un stage, lors de l'internat.

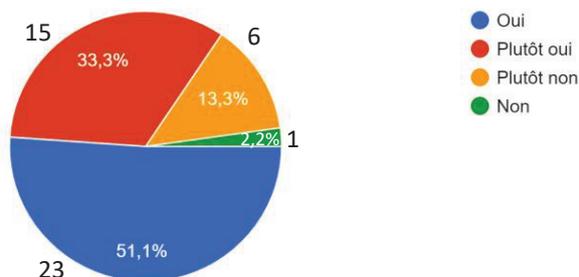
Un interne ajoute en texte libre : « Plusieurs échanges amicaux avec un psychologue dans le service, habitué à s'occuper de patients oncologiques ».

- **Formation souhaitée**

Formation spécifique utile

Les internes pensent dans 84,4% (n = 38) des cas qu'une formation spécifique leur serait utile.

Pensez-vous qu'il est utile une formation spécifique à l'annonce de lésion suspecte de cancer ?



Quelle formation ?

Aux 38 internes qui avaient répondu « oui » ou « plutôt oui », il était demandé « de préciser ce qui vous paraît utile(s) ». Les réponses sont :

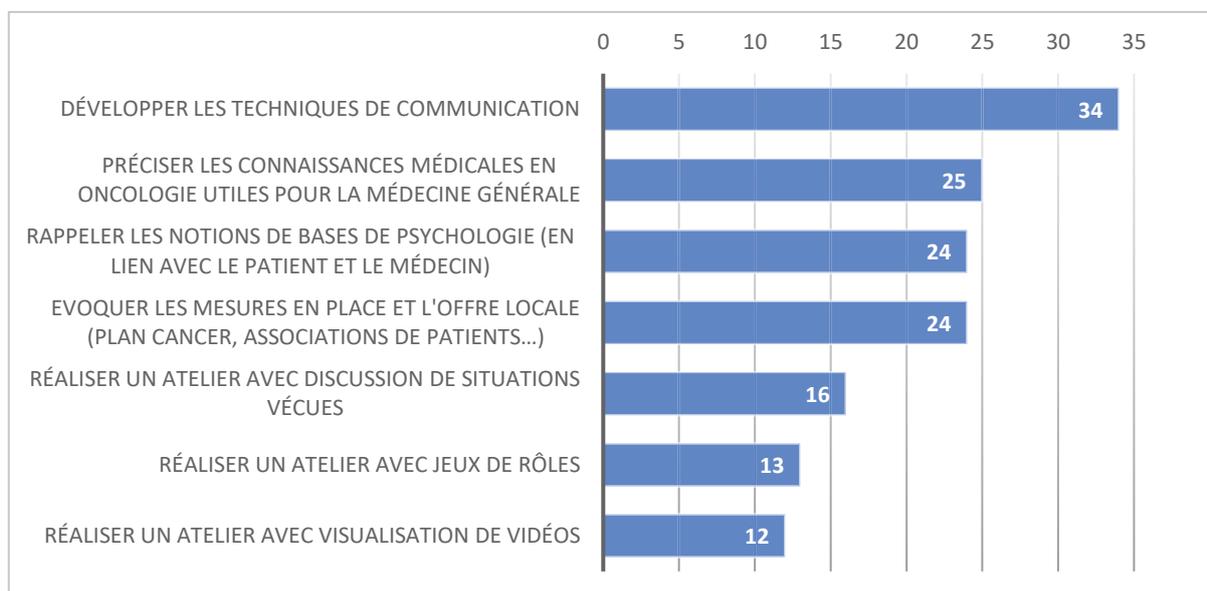


Figure 3 : Contenu de la formation souhaitée par les internes. Les effectifs ci dessus correspondent aux nombres de fois où les internes ont coché la réponse, en sachant que plusieurs réponses étaient possibles (total : 38 internes).

71,1% des internes (n = 27) évoquent un souhait de formation pratique.

A noter, 1 interne n'a coché aucune de ces réponses (il a seulement coché « réaliser un atelier avec discussion de situations vécues »).

IV.6. Sixième partie : Remarques libres

Cette partie proposait aux internes un texte libre pour qu'ils s'expriment concernant le sujet. 7 internes ont écrit un texte allant jusqu'à 104 mots. Les éléments retrouvés peuvent permettre d'illustrer certaines difficultés et seront cités à titre d'exemple mais ne permettent aucune conclusion à part entière.

On peut regrouper les éléments de réponse en différents champs lexicaux :

- Champ de la communication cité par 6 internes : « formulation », « dire », « aborder », « annonce », « communication ».
- Champ de l'incertitude cité par 5 internes : « certitude diagnostique », « manque des infos », « incertitude », « certain », « on ne sait pas ».
- Champ de la difficulté cité par 3 internes : « problématique », « difficile », « délicates ».
- Champ de l'environnement cité par 3 internes : « cadre », « lieu inadapté », « la place pour ».
- Champ de la formation cité par 2 internes : « formations », « apprendre ».
- Champ des connaissances cité par 1 interne : « savoir quelques notions de bases ».

IV.7. Résultats croisés

Nous présenterons les résultats croisés pertinents ou statistiquement significatifs lors des analyses.

Les caractéristiques socio-professionnelles n'étaient associées significativement à aucun des points du questionnaire.

A. Les difficultés

L'appréhension n'était significativement associée à aucune des difficultés.

		"Je me suis"/"J'ai peur de" : mal exprimé(er)		"J'ai"/"J'ai peur de" : mal géré(er) mes émotions	
		Oui	Non	Oui	Non
" Globalement, vous avez déjà été en difficulté : "		p = 0,043		p = 0,048	
	Oui	15	7	5	17
	Non	1	4	1	4
" Avez-vous ressenti des difficultés concernant :	Le lieu inadéquat	Non significatif		p = 0,008	
	Oui	28	10	12	23
	Non	3	4	1	9
	Les traitements	Non significatif		p = 0,047	
	Oui	24	9	13	20
	Non	7	5	0	12
	Le manque de connaissances	p = 0,03		Non significatif	
	Oui	18	3	6	15
	Non	13	11	7	17
	La réaction des patients	Non significatif		p = 0,002	
	Oui	20	9	13	16
	Non	11	5	0	16

Tableau 2 : résultats croisés concernant les difficultés.

* Questions posées aux internes ayant réalisé une annonce de lésion suspecte aux urgences.

** Questions posées aux internes n'ayant pas réalisé d'annonce de lésion suspecte aux urgences.

Quand aucune précision : question commune aux deux groupes.

B. Les mécanismes de défense

L'appréhension était significativement associée à la perception d'un bénéfice des échanges avec les proches ($p = 0,03$) et d'un bénéfice des GEP ($p = 0,03$).

Le fait que la présence d'un sénior rassure était significativement associé au manque de connaissances ($p = 0,007$) et à la volonté d'un soutien psychologique spécifique ($p = 0,003$).

Le fait que la présence de l'IDE rassure était significativement associé à la difficulté de la réaction des patients ($p = 0,045$).

Le fait d'avoir répondu « je veux dissocier vie privée et professionnelle » lors de la question du soutien de proches était significativement associée au fait de trouver bénéfique un échange avec les co-internes ($p = 0,02$).

C. La formation

Formation reçue

		Appréhension		Difficultés concernant le pronostic		Soutien psychologique bénéfique		Debriefing réalisé après l'annonce *	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
" La formation que vous avez eu est suffisante : "	Oui	9	3	10	2	6	2	7	0
	Non	29	4	27	6	26	7	7	13
		p = 0,03		p = 0,042		p = 0,042		p = 0,006	

Tableau 3 : Résultats croisés concernant la formation reçue.

* Question posée spécifiquement aux internes ayant réalisé une annonce de lésion suspecte aux urgences.

Formation souhaitée

Trouver utile une formation spécifique aux annonces de lésion suspecte était significativement associé à l'appréhension ($p = 0,04$), au fait que la présence d'un sénior rassure ($p = 0,009$) et à la réalisation d'ateliers pratiques au cours de son cursus ($p = 0,03$).

	" Avez-vous ressenti des difficultés concernant : "									
	Traitements		Pronostic		S'exprimer		Réaction patients		Gestion des émotions	
	Oui (%)	Non (%)	Oui (%)	Non (%)	Oui (%)	Non (%)	Oui (%)	Non (%)	Oui (%)	Non (%)
Technique de communication	25 (75,8)	9 (75)	29 (87,9)	5 (62,5)	23 (74,2)	11 (78,6)	24 (82,8)	10 (62,5)	10 (76,9)	24 (75)
Bases de psychologie	18 (54,5)	6 (50)	20 (60,6)	4 (50)	18 (58,1)	6 (42,9)	18 (62,1)	6 (37,5)	7 (53,8)	17 (53,1)
Offres et mesures	20 (60,1)	4 (33,3)	20 (60,6)	4 (50)	18 (58,1)	6 (42,9)	14 (48,3)	10 (62,5)	6 (46,1)	18 (56,3)
Connaissances médicales de base	21 (63,6)	4 (33,3)	22(66,7)	3 (37,5)	18 (58,1)	7 (50)	17 (58,6)	8 (50)	8 (61,5)	17 (53,1)
TOTAL	33	12	37	8	31	14	29	16	13	32

Tableau 4 : résultats croisés entre difficultés et besoin de formation.

Aux vues du tableau 4, il semble que les internes ressentant des difficultés trouvent généralement plus souvent un bénéfice pour les formations mais aucune association significative n'a été retrouvée.

La volonté d'une formation en technique de communication était significativement associée au fait d'avoir appris de l'observation d'un sénior ($p = 0,02$).

La volonté d'une formation pratique était significativement associée au fait de craindre les réactions des patients ($p = 0,049$).

V. DISCUSSION

V.1. Sur la méthode

V.1.1. Choix de l'étude et de la méthode

La compétence semble être en partie créée par l'expérience (18,19,39,40). Nous avons donc décidé de sélectionner pour cette étude des internes en première année, afin d'obtenir les opinions des internes les moins expérimentés.

Il a été choisi de se focaliser sur les internes de Lyon dans le but de s'interroger sur d'éventuelles améliorations concernant la formation et l'accompagnement des internes de la faculté de Lyon. Néanmoins, les différents lieux d'exercice peuvent amener une certaine diversité. Nous avons décidé de cibler l'étude sur les internes de spécialités « générales », qui pourraient être confrontés aux annonces de lésion suspecte dans leur exercice futur.

Le choix de n'étudier que les annonces de lésion suspecte au sein des services d'urgences est un parti pris pour plusieurs raisons. Premièrement, cela cible des situations de grande incertitude. Ces annonces s'assimilent aux annonces de lésion suspecte de cancer en médecine générale qui bénéficient d'un peu plus de littératures. Deuxièmement, le cadre des urgences est particulièrement complexe et inconfortable pour les annonces. Troisièmement, le stage aux urgences est un des premiers réalisés par les internes de médecine générale, d'urgence et de gériatrie.

Il a été choisi une approche quantitative par questionnaires. Les travaux déjà réalisés sur les difficultés face aux annonces de mauvaises nouvelles ou de cancer sont essentiellement des approches qualitatives. Il en ressort un certain nombre de données convergentes. Ces études sont, par définition, composées de petits effectifs et ne sont pas généralisables à une population d'internes. L'idée était donc de reprendre les données de la littérature et les associer à des nouvelles pour les quantifier auprès d'un maximum d'internes et si possible les généraliser à la population étudiée.

V.1.2. Forces de l'étude

La principale force de cette étude est son sujet même, assez peu exploité. A notre connaissance, il n'existe pas d'étude sur l'annonce de lésion suspecte de cancer dans un service d'urgences.

L'anonymat est une des forces des enquêtes quantitatives permettant de s'affranchir du biais d'interprétation et d'influence étant donné l'absence de l'examineur lors du remplissage du questionnaire.

V.1.3. Limites de l'étude

V.1.3.1. Choix de la méthode et effectifs

Etant une étude descriptive, cette étude est de faible niveau de preuve scientifique.

La méthode d'étude par questionnaire limite les réponses possibles en utilisant principalement des questions fermées et influence en partie le répondant. Elle limite également le nombre de questions.

L'objectif était d'avoir un maximum de participation afin d'optimiser la représentativité. Ainsi des questions ont dû être retirées pour ne pas décourager les internes avec un questionnaire trop long.

Chaque type d'enquête a ses limites et l'approche quantitative, par l'utilisation de questions fermées, ne permet pas d'explorer correctement le vécu. Le questionnaire laissait place à quelques réponses libres permettant d'obtenir des éléments qualitatifs. Il a été volontairement décidé de limiter les questions portant sur le champ émotionnel car cela n'apportait pas d'élément pertinent quant à l'objectif d'émettre des axes de réflexion portant sur l'accompagnement et la formation des internes.

Le taux de participation et le nombre de réponses constituent un faible effectif qui peut entraîner un défaut de puissance et biaiser la représentativité des résultats.

V.1.3.2. Les biais

Biais de sélection

Il existe un possible biais de sélection, du fait de la technique de diffusion via boîte mails et réseaux sociaux inégalement exploités par la population.

La participation au questionnaire était sur volontariat entraînant un biais de recrutement. On peut penser que les internes les plus intéressés par la question de recherche ont plus souvent répondu au questionnaire que les autres. Il peut s'agir des internes ressentant le plus d'appréhension, de difficultés, de besoin de formation et d'accompagnement et/ou des internes se sentant plus concernés car ayant déjà été confrontés à l'annonce d'une lésion suspecte de cancer.

D'autre part, il existe un biais par l'aspect monocentrique de l'étude. Les résultats ne peuvent donc être extrapolés à des internes d'autres facultés. Néanmoins, les stages avaient lieu dans différents services d'urgences entraînant une relative diversité.

Biais de mémorisation

Le biais de mémorisation est évident, les internes devaient se rappeler d'annonce pouvant avoir été faite plusieurs semaines/mois auparavant.

V.1.3.3. Portée des résultats

On note une sur-représentation de la spécialité de médecine générale qui correspond à 84% de l'échantillon vs 82% de la population étudiée, une sous-représentation de la médecine d'urgence qui représente 11% de l'échantillon vs 13% de la population étudiée et une bonne représentation des internes de gériatrie qui représente 5% de l'échantillon vs 5% de la population étudiée, sous réserve du petit effectif de ces deux dernières spécialités dans l'échantillon.

On note une sur-représentation féminine : 82,2% (n = 37) dans l'échantillon vs 62,7% (n = 111) dans la population étudiée.

Comme nous l'avons déjà évoqué, des choix ont été faits concernant la problématique et la population de l'étude. Les résultats ne peuvent donc pas être extrapolés à une autre population. Bien évidemment, de nombreuses autres spécialités sont confrontées aux annonces de lésion suspecte de cancer. Nous pouvons citer notamment les radiologues qui appartiennent à la filière de soins de « premier recours » où l'incertitude diagnostique est également présente.

V.2. Sur les résultats

V.2.1. Réalisation d'une annonce de lésion suspecte

Les internes ont réalisé une annonce de lésion suspecte lors de leur stage aux urgences dans 60% (n = 27) des cas, dont la moitié plusieurs fois. Si on prend en compte les internes qui ont réalisé une annonce dans un autre service, cela amène à un total de 80% (n = 36). A notre connaissance, il n'y a aucune donnée dans la littérature quant à la fréquence des annonces de lésion suspecte aux urgences par les internes mais il semblerait que cela ne soit pas rare au vu des résultats de l'étude où seuls 11,1% (n = 5) des internes n'y ont pas été confrontés. Il ne faut pas oublier que les possibles biais de sélection déjà cités peuvent surestimer le taux de réalisation d'une annonce dans cette étude.

Concernant les raisons de la non-réalisation, on retrouve que dans la moitié des cas l'annonce a été réalisée par le médecin sénior. Plusieurs raisons peuvent expliquer la réalisation par le sénior : l'absence de choix laissé à l'interne, la préférence de celui-ci d'observer avant de réaliser lui-même une annonce, ou encore une situation qui représentait des difficultés particulières. Il est à noter qu'un interne restant « témoin » se voit décharger des responsabilités que sous-tend une annonce et reste « à distance », pouvant minimiser les impacts psychologiques. Cela peut donc influencer les questions posées dans la suite du questionnaire.

V.2.2. Difficultés des internes face à l'annonce d'une lésion suspecte

V.2.2.1. Appréhension et difficulté globale ressenties

Au total, 84,4% (n = 38) des internes appréhendent les annonces de lésion suspecte aux urgences. Cette appréhension est retrouvée parmi les internes dans la littérature (40,60). Les internes qui avaient déjà annoncé une lésion suspecte de cancer rapportaient la plupart du temps avoir été en difficulté. Cette difficulté globale était associée significativement à la crainte de mal s'exprimer et de mal gérer ses émotions, sans qu'aucun lien de cause à effet ne puisse être établi.

On ne retrouve pas de différence concernant l'appréhension ou la difficulté ressentie et le nombre d'annonces réalisées. Il est probable qu'un interne de première année reste peu expérimenté quel que soit le nombre d'annonces qu'il effectue. De plus, on peut penser que l'annonce d'un cancer ne sera jamais simple. La littérature retrouve, en effet, que les médecins de tout âge et de tous horizons éprouvent des difficultés, des peurs et une appréhension face à ces situations (15,17–19).

V.2.2.2. Cadre de l'annonce

Les recommandations et les études traitent du cadre de l'annonce sans préciser les particularités d'un service d'urgences qui compliquent pourtant l'application de ces recommandations.

- Qui annonce ?

Dans notre étude, 25,9% des internes (n = 7) ont réalisé l'annonce sans médecin sénior et sans infirmière. Une étude réalisée à Boston auprès de 128 étudiants retrouve la présence d'un médecin ou interne plus vieux dans 16% cas (60), la différence pouvant être due à une diversité de pratiques.

Pourtant pour la majorité des internes, la présence du médecin sénior et à moindre mesure de l'IDE est rassurante. Cette dernière était significativement associée à la crainte de la réaction du patient. La différence notée dans notre étude entre le médecin et l'infirmière pourrait s'expliquer par le fait que l'attente de l'interne en première année est essentiellement basée sur l'apprentissage que représente notamment le compagnonnage. La présence rassurante du sénior est retrouvée dans l'étude de A. Dalmières qui interrogent 11 internes de médecine générale concernant l'annonce de mauvaise nouvelle (40). M. Breillad, qui a interrogé 15 médecins dont 11 urgentistes, retrouve que ceux-ci apprécient la présence de l'équipe paramédicale lors des annonces de mauvaises nouvelles (25).

Un petit nombre d'internes n'est pas rassuré par ces présences. On peut penser que certains préfèrent ne pas être observés et jugés comme cela est retrouvé dans l'étude de A. Dalmières où un interne évoque être plus à l'aise sans quelqu'un qui observe (40).

Il n'y a pas, à notre connaissance, de donnée précise sur le nombre de professionnels souhaité par les médecins ou les patients mais il faut probablement maintenir un certain équilibre entre professionnels et patient/proches.

De nombreux internes souhaitent la présence d'un autre professionnel pourtant cette présence est rarement observée. Plusieurs raisons pourraient expliquer cela : le manque de temps des professionnels, la banalisation des situations d'annonce ou encore la timidité de l'interne à demander un accompagnement. Proposer un accompagnement de manière systématiquement aux internes pourrait être une solution, dans la mesure où la décision leur revient. Il semble donc important de sensibiliser les médecins et infirmiers à la participation de ces annonces.

- Lieu de l'annonce

Au total, 77,8% (n = 35) des internes n'ont pas de lieu adéquat pour les annonces. Cela représente la deuxième difficulté citée le plus fréquemment. Il est recommandé d'utiliser un bureau spécifique, calme, confortable, sans interruption extérieure (8). Les internes interrogés n'ont, la plupart du temps, pas été dérangés par une sollicitation extérieure. Afin de proposer des solutions, il serait intéressant de savoir plus en détails pourquoi le lieu leur a paru inadéquat. Le cadre des services d'urgences n'est pas propice aux annonces du fait notamment du bruit, de l'encombrement, du manque de moyens et de temps, de la

prise en charge ponctuelle et de l'absence de proches (25,42). La problématique du lieu est décrite par A. Dalmières où certains internes préfèrent alors différer l'annonce pour attendre de meilleures conditions, pouvant par ailleurs engendrer un sentiment de difficulté de gestion du temps (40).

Dans notre étude, pour l'interne 3 (dans le texte libre), « aux urgences la vraie problématique c'est le cadre [...] il y a du passage » et l'interne 6 évoque un « manque de temps ». Le manque de temps est retrouvé dans les études, notamment en médecine générale, au sujet des annonces de mauvaises nouvelles (17,19,27,44).

Dans ce travail, le lieu inadéquat était significativement associé à la difficulté de gestion de ses émotions. Pour y pallier, il serait intéressant de mettre à disposition une salle calme dédiée aux annonces difficiles qui bénéficierait aussi bien aux patients qu'aux médecins.

- La préparation à l'annonce

La préparation à l'annonce n'a pas été étudiée dans cette étude. Il est recommandé aux médecins d'anticiper chaque annonce, notamment en se questionnant au préalable sur les potentielles difficultés auxquelles ils pourraient être confrontés et la manière dont ils pourraient y remédier afin de mieux gérer leurs propres réactions (23,24,26).

Pourtant, selon la littérature, elle n'est pas systématique chez les médecins généralistes (18,39). Ceux-ci se veulent spontanés, ne réfléchissent pas aux mots qu'ils vont utiliser et ne « répètent » pas. A l'inverse, pour d'autres, les médecins anticipent : ils se concentrent, font le vide avant la consultation, prévoient assez de temps (17,41), et s'appuient sur des supports scientifiques (internet ou avis spécialisés) pour avoir une idée du pronostic et des thérapeutiques avant la consultation (17,38). L'étude quantitative de M. Berges auprès de 81 médecins généralistes retrouve une préparation dans 75% des cas, essentiellement en réfléchissant à la manière d'aborder et en utilisant des supports scientifiques au préalable (15). Les internes semblent anticiper le cadre de l'annonce (lieu, implication des proches, moment de l'annonce) (40), et la manière de faire en discutant avec un médecin plus expérimenté dans 59% des cas (60). Il pourrait être intéressant de proposer un lieu dédié dans les services d'urgences, comme déjà suggéré, avec mise à disposition de supports scientifiques faciles d'accès. Il serait aussi pertinent de faciliter les avis spécialisés lors des découvertes de lésions avec au mieux la mise en place d'une filière spécifique.

Il n'est pas toujours facile de savoir s'il faut ou non faire participer le proche (17,40), d'autant plus lorsque l'on ne connaît pas le patient et son environnement. Aux urgences, les proches attendent souvent à l'extérieur du service et la question « voulez-vous que votre proche soit là ? » sous-entend « l'anormalité » du résultat et entre déjà dans le cadre de l'annonce. Mais la présence des proches est la plupart du temps souhaitée par les patients (30) et pourra permettre une meilleure compréhension et

mémorisation des informations ainsi que le soutien du patient (26). Néanmoins, elle peut compliquer la communication du médecin qui doit alors s'adapter à plusieurs interlocuteurs.

Quand aucun proche n'est présent, il est préconisé de demander au patient s'il souhaite de l'aide pour partager les informations car leur déléguer le rôle d'annonceur est mal vécu. Après avoir fait préciser les informations pour ne pas rompre le secret médical qui serait contraire à l'éthique (23,24), le médecin annonce alors une nouvelle fois la mauvaise nouvelle, souvent par téléphone, ce qui n'est pourtant pas recommandé et peut être source de difficultés.

V.2.2.3. Connaissances médicales

Seul 46,7% (n = 21) des internes pensent manquer de connaissances médicales.

Le manque de connaissances est évoqué par Jones qui étudie 80 étudiants après un stage en oncologie (avec un score de stress de 2,35/5) (43).

Les questions ultérieures du questionnaire visaient à en savoir plus sur les champs des connaissances. Elles demandaient aux internes s'ils étaient en difficulté concernant le diagnostic, les thérapeutiques et le pronostic. Etonnement, parmi les internes qui n'estiment pas manquer de connaissances médicales, la presque totalité (sauf un) éprouvent au moins une des trois difficultés sus-citées et la moitié éprouve les trois. On peut émettre l'hypothèse que la notion « manque de connaissances » a été comprise dans le sens « manque de compétences à l'annonce », d'autant que cette question était significativement associée à la difficulté de s'exprimer. On peut aussi penser que ces internes ont conscience des limites de leur champ de compétence, de l'incertitude diagnostique et du devenir en lien avec les limites de la médecine mais qu'ils ne ressentent, pour autant, pas un défaut de connaissances personnelles.

Les trois domaines d'incertitude que représentent le diagnostic, les thérapeutiques et le pronostic représentent donc des difficultés pour les internes. L'incertitude de manière générale est difficile pour les médecins (25,38). L'enseignement de la médecine est axé sur l'objectif de guérir et ne pas atteindre cet objectif peut être vécu comme un échec (44). Cela peut être majoré par la difficulté de l'interne à avouer son ignorance qui reviendrait, pour certains, à se déclarer incompetent (17,44). Mais les patients sont demandeurs d'honnêteté et il est important de savoir leur dire « je ne sais pas » pour éviter les informations erronées et les incohérences (24). Les médecins généralistes disent que c'est avec le temps et l'expérience qu'ils ont appris à dire « je ne sais pas » (25,38,40). Il paraît important que les formations mettent l'accent sur le fait de ne pas confondre incertitude et incompetence.

La première des difficultés est celle du pronostic (82,2%) puis viennent celles des thérapeutiques et de l'incertitude diagnostique (73,3% chacune). M. Berges, qui interrogeait des médecins généralistes à propos de la pré-annonce, retrouve également cet ordre mais avec des chiffres moins élevés (respectivement

66,7%, 64,8% et 27,8%) (15). On peut émettre l'hypothèse que ces différences soient dues à l'expérience acquise par les médecins généralistes par rapport aux internes.

Pour répondre à ces difficultés, la protocolisation d'avis spécialisés et d'accès à des supports informatiques pourraient être instaurée, comme cela est réalisé par certains les médecins généralistes (15,17,38).

- Incertitude diagnostique

Cette difficulté est soulignée à plusieurs reprises dans les textes libres de ce travail. On la retrouve peu dans la littérature, car spécifique aux pré-annonces qui sont peu exploitées au profit des annonces de diagnostic confirmé (15,25). Elle était déjà évoquée par un interne dans l'étude de A. Dalmières qui la décrivait comme particulièrement complexe et souhaitait une formation pratique spécifique (40).

De l'incertitude diagnostique découle l'incertitude du devenir. On peut émettre l'hypothèse, comme le souligne A. Dalmières, que l'annonce d'une lésion suspecte apporte de l'inquiétude sans possibilité de l'atténuer avec des réponses et solutions concrètes (40). Néanmoins, l'incertitude diagnostique initiale permet une annonce progressive, laissant une place pour l'espoir et il serait intéressant d'insister sur ce point auprès des internes.

- Thérapeutiques et effets indésirables

Cette difficulté est retrouvée dans la littérature (15,40).

La crainte d'aborder la question des thérapeutiques est significativement associée à la difficulté de gestion de ses propres émotions. Cela peut s'expliquer, comme nous l'avons déjà évoqué, par la difficulté des internes à accepter leurs limites, ou par la difficulté d'annoncer une mauvaise nouvelle sans apporter de solution concrète. Les avancées de la médecine et l'absence de pratique quotidienne peuvent amener à une moins bonne maîtrise théorique des thérapeutiques par les médecins et internes des spécialités « générales ». Les internes en difficulté sur les traitements souhaitaient presque deux fois plus souvent que les autres une formation sur le rappel des connaissances de base en oncologie sans qu'il n'y ait d'association significative. Il paraît normal qu'un interne aux urgences ne connaissent pas en détails ces thérapeutiques et d'autant plus au stade précoce, en l'absence de diagnostic précis. Mais il est parfois utile d'avoir quelques notions à répondre aux patients, permettant d'instaurer un espoir thérapeutique comme le témoignent les médecins généralistes dans la littérature (15–17).

Une formation sur les principes de bases des traitements en oncologie pourrait rassurer les internes. Il semble également important d'insister sur le fait que la pré-annonce est avant tout une étape de préparation du patient à la possibilité d'un cancer.

- Pronostic

La question du pronostic est la difficulté prédominante. Cela est probablement dû à la charge émotionnelle qui y est associée, renvoyant à la notion d'espoir. A titre d'exemple, l'interne 1 précise dans son texte libre qu'il souhaiterait « trouver le juste milieu entre le pronostic réaliste et un peu d'espoir à donner ». La problématique du pronostic est largement évoquée dans la littérature (15,17–19,38,39). Dans une étude quantitative monocentrique en Grèce, 44% des oncologues interrogés trouvent qu'elle est la plus grande difficulté (33).

Les internes de cette étude exprimant des difficultés sur le pronostic semblent souhaiter presque deux fois plus souvent que les autres une formation sur le rappel des connaissances de base en oncologie sans qu'il n'y ait d'association significative. La connaissance par le médecin du pronostic peut aider à la communication des informations. Dans l'étude de S. Chatry-Le Goff, les médecins scindent les situations en « bons cancers » et « mauvais cancers » (17). Mais il n'est pas évident à un stade précoce de catégoriser de la sorte, encore moins avec le peu d'expérience que possède un interne en première année. Ce clivage a pour objectif de préparer et adapter la communication du médecin mais les patients eux ne font pas de distinction : le cancer est grave. Il serait trop binaire de scinder de la sorte, le devenir diffère selon de nombreux facteurs que le médecin ne maîtrise pas toujours.

V.2.2.4. Communication lors de l'annonce

Bien qu'une lésion suspecte n'aboutisse pas systématiquement à un diagnostic de cancer, son annonce reste une mauvaise nouvelle et peut renvoyer pour chacun des interlocuteurs aux craintes que nous avons évoquées.

- S'exprimer, annoncer

Les avis d'experts et les études auprès des patients permettent d'établir des recommandations sur l'annonce de mauvaise nouvelle telle que le cancer (31). « Si aucune recette miracle n'existe pour annoncer une maladie grave, il y a des ingrédients indispensables » (24). La HAS a publié « Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique » (23) et « Annoncer une mauvaise nouvelle » (24). La LNCC a également publié des recommandations suite à la mise en place du Plan cancer (8).

Dans cette étude, 68,9% (n = 31) des internes craignent de mal s'exprimer et 77,8% (n = 35) souhaitent une formation rappelant les bases de communication et/ou de psychologie, sans association significative. A. Dalmières (40) et C. Dufouleur (38) retrouvent cette difficulté à communiquer et la volonté d'une formation sur la manière d'annoncer. On peut penser que la mise à disposition d'une synthèse des recommandations pourrait être utile et rassurante pour les internes.

Nous n'avons pas questionné les internes sur leurs connaissances ni sur la mise en pratique des recommandations. Dans la littérature, les médecins et internes suivent les recommandations, bien qu'ils estiment être insuffisamment formés et ne suivre aucune stratégie de communication particulière (17,33,40,41,45). Cela peut être expliqué par une acquisition inconsciente lors de l'observation du savoir-faire d'un pair et au fur et à mesure de ses propres expériences.

Selon les recommandations, « l'annonce doit être adaptée à la disponibilité psychique et cognitive du patient » (23). L'approche SPIKES, présentée par le Dr Buckman, a prouvé son efficacité dans la communication de mauvaise nouvelle (35,36). De manière synthétique, elle comprend étape par étape :

- Setting Up : c'est le cadre de l'annonce que nous avons déjà évoqué.
- Perception (du patient) : connaître le patient, son environnement, ce qu'il a retenu/compris.
- Invitation (du patient) : ce que le patient veut savoir, ce qu'il attend de la consultation.
- Knowledge (transmission des connaissances) : discours-vérité progressif, chaleureux, simple, introduit (« j'ai de mauvaises nouvelles à vous apporter »), « esquivant » les questions difficiles notamment du pronostic (« on va dire que c'est sérieux »), en reformulant si besoin.
- Emotions : pratiquer l'écoute active, aider le patient à formuler ses questions et exprimer ses émotions, légitimer et s'adapter à ses réactions et prendre en compte l'entourage.
- Summary (résumé) : s'assurer de la compréhension, répéter les informations clefs, évoquer la suite de la prise en charge en ouvrant vers un espoir réaliste par le biais de décisions partagées.

Les recommandations ne précisent pas en détails les mots à utiliser. L'interne 1 précise dans son texte libre qu'il attend qu'on lui apprenne des « formulations types pour donner le diagnostic sans trop s'avancer », et qu'il veut « savoir quoi dire exactement », comme cela est évoqué dans la littérature (25,38,40,44). Mais il serait incongru de définir des mots précis étant donné la singularité de chaque annonce.

On peut citer l'exemple de l'évocation du mot cancer. L'absence de confirmation diagnostique, la méconnaissance du patient et de ses mécanismes de défense, le besoin de faire une annonce progressive et l'absence de suivi feront que le médecin urgentiste sera rarement le premier à évoquer le mot cancer, bien qu'il existe des situations où il y a peu de doute diagnostique. Cette problématique n'a pas fait l'objet d'une question spécifique mais a été évoquée plusieurs fois dans les textes libres. L'interne 3

« ne sait pas si [il] a le "droit" [de] faire l'annonce, [mais] ne veut pas laisser le patient dans l'incertitude ». L'interne 4 « n'est pas toujours certain de ce qu'on peut ou ne peut pas annoncer ». Pour l'interne 2, « les urgences ne sont pas la place pour aborder le cancer ». Selon la littérature, le cancer est évoqué entre les médecins généralistes et les patients, même en l'absence de confirmation histologique (13,15,16,41). Certains médecins préfèrent laisser prononcer le mot « cancer » par le patient. Est-ce du professionnalisme ou un mécanisme d'évitement ? (17). Il pourrait être intéressant de voir si cette question pose problème aux internes afin de leur donner des clefs de réponses.

Les diagnostics fortuits de lésion suspecte n'ont pas fait l'objet d'une question spécifique mais cela aurait pu être intéressant dans la mesure où la découverte, et donc l'annonce, sont particulièrement brutales (25).

- La réaction des patients et des proches

Les patients, même lors d'une pré-annonce, peuvent prendre la mesure de la potentielle gravité de la maladie et présenter les réactions de défense déjà citées.

Les internes interrogés présentent des difficultés concernant la réaction des patients et de leurs proches dans 64,4% (n = 29) des cas. La crainte des réactions est fréquemment citée dans la littérature (19,25,35,38–41,43–45). Une étude, réalisée en 2017 sur 121 médecins dont 38 internes, la retrouve dans 58% des cas (45).

Nous n'avons pas interrogé les internes sur leurs connaissances concernant les différentes réactions et stades du deuil. Les médecins généralistes seraient plus à l'aise quand ils connaissent les réactions des patients, adaptant ainsi leur communication, comme cela est recommandé (26,40). Mais les mécanismes de défense sont difficiles à identifier et d'autant plus aux urgences avec un patient inconnu du médecin. Dans notre étude, les internes exprimant cette difficulté semblent presque deux fois plus en demande d'une formation rappelant les bases de psychologie, sans différence significative.

Cette problématique était significativement associée à la difficulté de gestion de ses propres émotions. On voit dans la littérature que la réaction des patients est souvent un sujet de discussion pour les débriefing, témoignant de son importance (44,60). Les réactions de contestation sont les plus difficiles et peuvent provoquer une insatisfaction et une remise en question chez les professionnels (17,19,25,39,41,45). Mais il n'est pas recommandé d'insister auprès du patient, car cela détruirait ses mécanismes de défense. Il convient de souligner que le temps de la pré-annonce aux urgences, est inscrit dans une prise en charge globale, qui sera progressive, et il faut donc relativiser l'éventuel déni initial.

- Les émotions du médecin

La gestion des émotions semble poser problème à moins d'un tiers des internes interrogés. Pour M. Berges, la difficulté émotionnelle se présentait pour 13% des médecins (15). Cette différence peut être due à l'expérience acquise par les médecins. Les médecins généralistes plus jeunes semblent plus affectés que leurs collègues plus vieux, notamment par une prise de recul moins efficace (17,19). Mais cela est biaisé dans les études par le fait que la patientèle est souvent plus jeune donc la découverte de cancer, moins fréquente, plus délicate à annoncer et sujet à une projection identificatoire.

Pourtant, comme nous l'avons déjà évoqué dans la première partie de ce travail, la littérature retrouve de nombreuses difficultés émotionnelles et une crainte de se laisser envahir par ses émotions (18,19,25,31,38,39,41,44). Cela peut être sous-estimé du fait de la difficulté à évoquer ses propres émotions, comme si cela représentait un tabou ou un échec (19,31,38,39,44). Il est possible que les internes de notre étude se soient focalisés sur les émotions lors de l'annonce. On peut imaginer que l'instauration d'une distance lors de l'annonce puisse masquer une partie des émotions ressenties. Pour autant, celles-ci peuvent ressurgir plus à distance. Par ailleurs, la méthode quantitative peut minimiser l'expression des émotions.

Les internes interrogés semblent vouloir exprimer leurs émotions, en témoigne les nombreux mécanismes de défense cités avec notamment le soutien psychologique et le soutien des proches.

Pour M. Breillad, les médecins ressentent plus de difficultés lorsqu'ils ne peuvent pas partager leurs émotions (25). Il paraît donc important que chacun soit vigilant à ses propres impacts psychologiques ainsi qu'à ceux des collègues, à fortiori ceux des internes. Les maîtres stages pourraient être sensibilisés à reconnaître les difficultés non exprimées des internes (61).

V.2.2.5. L'après annonce

Cette question n'a pas été abordée dans le questionnaire car nécessiterait une étude à part entière tellement elle est vaste. L'après-annonce va influencer le contenu de l'annonce et sera, pour cette raison, rapidement abordée.

- Hospitalisation

L'annonce aux urgences, si elle est suivie d'une hospitalisation, peut être vécue plus sereinement par l'urgentiste qui saura son patient pris en charge. Mais il peut être délicat de communiquer au patient la nécessité d'hospitalisation, en l'absence de certitude diagnostique. Comme nous l'avons déjà évoqué, l'annonce d'une suspicion diagnostique est parfois différée dans l'attente d'un cadre plus propice. Mais

la conduite à tenir n'est pas claire car certains patients préfèrent être informés immédiatement du diagnostic (30) alors que d'autres ne vivent pas mal le temps d'attente initial et préfèrent « une information honnête au bon moment » (32,40).

L'hospitalisation dans un service de cancérologie s'impose parfois par manque de place dans les services de spécialité d'organe ou quand la lésion retrouvée est d'allure secondaire sans évidence pour une lésion primitive. Cela peut alors poser des difficultés pour le médecin qui sera parfois contraint de délivrer certaines informations et qui devra adapter sa communication dès le début de l'annonce.

- Retour à domicile

La décision de retour à domicile dépendra de l'état général du patient, de ses souhaits, du soutien matériel et humain déjà mis en place et de la possibilité de réaliser les examens complémentaires en ambulatoire dans un contexte de système de santé hospitalier saturé. Il conviendra au maximum de trouver le juste équilibre. On pourrait envisager une filière spécifique, permettant d'organiser et de prioriser au mieux ces prises en charges.

D'autre part, il est complexe pour le médecin urgentiste, surtout lors des réactions « de contradictions », de s'assurer que les patients réaliseront les examens et reconsulteront leur médecin traitant. Un courrier systématique au médecin traitant pourrait permettre d'éviter les « errances », en participant à la continuité des soins. Par ailleurs, cela répondrait à l'insatisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de la communication ville-hôpital actuelle (19,62). Le compte rendu à visée des médecins généralistes devrait comporter les résultats des examens, les examens prévus et les éléments de communications (13). L'envoi postal semble être trop lent quand on sait que les patients reconsultent souvent la semaine suivante (13). Donner le compte rendu au patient ne semble pas non plus une solution optimale : il ne laisse pas toujours le temps aux médecins généralistes de préparer la consultation et il met à disposition des patients des éléments de communication qui ne leur sont pas dédiés. L'envoi électronique semble la solution la plus adaptée en termes de praticité et de rapidité.

Il est recommandé d'établir une information écrite destinée aux patients, permettant un accès permanent à cette information, car il est probable qu'ils n'aient pas tout compris/retenu (18).

V.2.3. Moyens de défense

Nous avons décidé de n'étudier ici que les mécanismes de défense différés, sur lesquels il est possible d'agir. Il est recommandé aux praticiens de reconnaître et de parler de leur propre implication et de leur mécanismes de défense dans ces situations, ce qui influencera la pratique et le vécu (17,19). Un médecin qui connaît ses mécanismes de défense gagne en confort et le patient en qualité d'annonce (18).

V.2.3.1. Professionnels

La totalité des internes pensent que les échanges professionnels peuvent avoir un bénéfice sur leur vécu. Les échanges entre pairs sont cités le plus fréquemment que ce soit avec les médecins séniors et avec les co-internes. Cela est retrouvé dans la littérature (26,38,39,47). Nous reviendrons plus en détails sur l'apport du debriefing par un médecin sénior qui est aussi bien un modèle de soutien qu'un modèle de formation. La discussion entre pairs entraînerait une augmentation de la confiance en soi et une diminution du stress par la résolution de problèmes et la réinterprétation positive (25,38,43,47).

Une majorité des internes souhaitent également en parler avec l'équipe paramédicale ou lors d'un GEP. Il est possible que les GEP soient moins fréquemment évoqués que les échanges avec les séniors ou co-internes du fait de la volonté de discuter à chaud pour ensuite « passer à autre chose ». On peut aussi penser que cela soit dû au fait que des liens plus intimes se soient créés avec les professionnels partageant leur quotidien ou par leur souhait de surtout discuter avec des professionnels qui partagent leurs expériences, leur cadre de travail et qui connaissent le patient et les difficultés qu'une annonce précise peut représenter.

Les GEP n'en restent pas moins utiles selon une majorité d'internes. Il faut noter qu'il existe une variabilité dans la manière dont ils sont réalisés selon le tuteur, rendant délicat une quelconque interprétation. Mais le point commun est une certaine liberté de l'étudiant de traiter des sujets qui lui tiennent à cœur et une facilitation de l'expression via des séances en petit comité, ainsi qu'un temps dédié contrairement aux échanges qui ont lieu lors des stages.

V.2.3.2. Psychologiques

Le soutien psychologique spécifique type Balint apparaît bénéfique pour une majorité des internes. Il est retrouvé dans la littérature (17,18,40,62). Il pourrait être intéressant de savoir ce que les internes attendent exactement de ces échanges mais il est probable qu'ils souhaitent s'exprimer sur leurs émotions et sentiments. Les groupes Balint, s'effectuant en petit comité de pairs avec la présence d'un ou deux observateurs et d'un spécialiste en psychanalyse, favorisent l'expression des émotions. Au-delà de l'apprentissage par l'autre, ces groupes d'échanges, pourraient diminuer la morbidité psychologique (43,47,50,54). L'expression des sentiments pourrait apporter déculpabilisation et réassurance en prenant conscience des émotions partagées par les pairs (25,38). Elles peuvent ainsi, de manière informelle, détecter précocement des souffrances psychologiques, en s'affranchissant de toute stigmatisation qui constitue un frein au recours aux services de santé mentale (43,47). D'autre part, les séances type Balint peuvent, en abordant les problématiques psychologiques des patients, aider les médecins à faire face aux annonces.

Une peu plus d'un quart ne souhaitent pas ce type de soutien. On peut émettre l'hypothèse que certains veulent garder une distance, en taisant les difficultés émotionnelles. Il peut être compliqué pour certains d'exprimer ses émotions, d'avouer à soi-même et aux autres qu'ils puissent être en difficulté comme cela a déjà été évoqué (19,38,40,44).

V.2.3.3. Personnels

- Loisirs

Les activités extraprofessionnelles représentent le deuxième mécanisme de défense le plus cité. Elles participent à l'équilibre vie professionnelle – vie privée qui est souvent décrit comme une stratégie de bien-être général (26,47,55,59). On pourrait suggérer de promouvoir le bien-être auprès des internes via notamment la sensibilisation aux activités extraprofessionnelles et l'équilibre de vie de manière générale (47). On voit une évolution des conditions de travail et d'accompagnement des internes ces dernières années qui vont dans ce sens.

- Proches

Les échanges avec les proches sont importants pour 75,6% (n = 34) des internes. Notre résultat est nettement supérieur à celui d'Orlander qui retrouve 31% d'échanges avec les proches (60).

Le bénéfice attendu était significativement associé à l'appréhension. On peut émettre l'hypothèse que les internes ressentent le besoin de partager leurs expériences avec des personnes qui les connaissent intimement, loin du regard « de jugement » que peut porter un formateur.

Parmi les internes qui n'en voient pas le bénéfice, la raison la plus évoquée est la volonté de dissocier vie privée et vie professionnelle. Cela peut s'expliquer par un besoin de prendre de la distance en instaurant une frontière travail - non-travail plus ou moins stricte (18,19,38,40). Cette volonté de dissociation était significativement associée au bénéfice que représente les échanges avec les co-internes. On peut imaginer que le co-interne puisse être un interlocuteur de « substitution » et un interlocuteur immédiat permettant ensuite de « passer à autre chose ». L'autre raison principalement évoquée est que les proches ont du mal à comprendre. En effet, les proches, surtout hors domaine médical, peuvent ne pas comprendre l'ampleur de la complexité d'une annonce. Cette réponse ne faisait pas partie des réponses proposées et a été rajoutée en texte libre, elle est donc probablement sous-estimée. Un interne a également répondu vouloir les protéger.

V.2.4. Répercussions

Cette partie ne sera pas exploitée car non traitée dans le questionnaire. La littérature sur le burnout est importante. Cependant, il n'y a, à notre connaissance, pas d'étude spécifique sur le surrisque de burnout suite à l'exposition aux annonces de lésion suspecte.

Nous pouvons voir au travers des différents résultats que les internes interrogés appréhendent les situations d'annonce de lésion suspecte, ne trouvent pas de lieu adéquat dénotant d'un manque de moyens, dénoncent un manque de revue de dossier et un besoin de formation en communication qui sont des facteurs de stress, comme évoqués dans la première partie de ce travail.

Il paraît important de prévenir les impacts psychologiques. Des études auprès du personnel soignants d'oncologie et d'étudiants recommandent pour cela (43,47,49,50) :

- de favoriser le développement professionnel : la formation, en prenant en compte les souhaits concernant les méthodes d'enseignements, le tutorat par des internes seniors et les discussions entre pairs.
- d'aider à l'expression des émotions et à acquérir une confiance en soi.
- de sensibiliser à la gestion du stress, aux stratégies d'adaptation comme les loisirs/l'activité physique, à l'équilibre avec la vie personnelle et à l'identification des priorités.
- de faciliter l'accès aux réseaux de soutien.

La promotion du bien-être et de la santé lors des études fait partie intégrante de l'apprentissage de la compétence de professionnalisme et a montré un bénéfice en termes de morbidité psychologique (47).

V.2.5. Formation

L'apprentissage de la médecine met l'accent, aujourd'hui, sur l'approche centrée patient et des efforts de formation ont été réalisés dans ce sens depuis quelques années. Annoncer une mauvaise nouvelle n'est pas inné (38). Les compétences en communication, en tant qu'élément fondamental pour établir une bonne relation patient-médecin, sont indispensables au professionnalisme. L'importance de l'enseignement de la communication est soulignée par le Plan cancer : « des formations spécifiques sur la dimension de l'écoute et de l'accompagnement pourront être proposées à tous les professionnels impliqués et leur accès devra être facilité » (8). Différentes méthodes d'apprentissage semblent être complémentaires.

V.2.5.1. Que peut apporter une formation spécifique ?

Le début d'internat est un tournant dans la carrière professionnelle, marqué par le début des responsabilités et l'occupation d'une place centrale dans la relation médecin-malade. Dans la présente étude, l'impression d'une formation insuffisante était significativement associée à l'appréhension et aux difficultés liées au pronostic. Selon la littérature, la faible expérience et le peu de formation vis-à-vis des annonces de mauvaise nouvelle entraînent une faible estime de soi et un sentiment d'incapacité (18,30). Des mesures formatives pourraient donc améliorer le vécu des internes. L'adaptation de la formation aux besoins des internes est liée à une diminution de la morbidité psychologique (47,54,63).

La littérature a montré le bénéfice des formations spécifiques à l'annonce de mauvaise nouvelle (18,36). Elles permettent aux médecins et internes d'être plus à l'aise, confiants, d'améliorer leur sentiment d'efficacité, de mieux faire face à leurs propres émotions, tout en trouvant la bonne distance (25,31,35,37,40,42,44,45). Elles sont ainsi décrites comme un mécanisme de défense, une stratégie améliorant le vécu (25,54), et réduisant le syndrome d'épuisement professionnel (19,31,35).

Par l'apprentissage théorique des connaissances biomédicales, sociales et psychologiques, ces formations profitent également aux patients en améliorant les compétences en communication des médecins, notamment en favorisant la compétence d'écoute, l'empathie et en permettant aux médecins de mieux comprendre et tolérer les réponses émotionnelles des patients (19,25,26,31,36,40,44,64).

V.2.5.2. Enseignements théoriques et pratiques reçus

Quelle que soit les lieux d'externat, d'internat et les formations suivies, la formation est jugée insuffisante pour presque les 3/4 des internes. Ce manque de formation est retrouvé dans les études concernant les internes (38,40) et les médecins (19,31,62). Il serait intéressant d'obtenir un retour d'expériences des étudiants quant à la formation reçue, afin d'élaborer au mieux les formations que l'on pourrait proposer aux internes.

Externat

Seuls 68,9% des internes (n = 31) ont reçu des enseignements lors de l'externat, aussi bien théoriques que pratiques. Bien que le programme du concours de l'internat donné par l'HAS comprenne le module « relation médecin-malade », la communication et les annonces de mauvaises nouvelles sont très peu enseignées et essentiellement par le biais de cours théoriques (38). Il existe à Lyon en DFGSM3, l'atelier « simulation relationnelle ». On imagine que la quantité importante des nouvelles acquisitions, en parallèle de la préparation au concours, porte l'intérêt des externes sur des acquisitions surtout théoriques. D'autre part, ces cours ont lieu précocement, alors que les contacts avec les patients sont

encore très limités. Les stages hospitaliers qui commencent dès l'externat, permettent de se confronter à des situations authentiques et l'observation du savoir-faire représente alors une grande source d'apprentissage pour les étudiants.

La formation lors de l'externat est insuffisante car les objectifs d'apprentissage et la maturité professionnelle et personnelle sont encore éloignés du savoir-être et de l'implication qu'engendre le statut d'interne. Néanmoins, elle reste un prérequis indispensable, qui donnera un référentiel pour les premières annonces (44).

Internat

Une minorité d'internes estime avoir bénéficié d'un enseignement théorique ou pratique utile lors de l'internat que ce soit lors d'un séminaire obligatoire ou lors d'une FMC.

L'apprentissage au cours de l'internat s'articule autour des 6 compétences du Référentiel Métier et Compétences des Médecins généralistes dont le module « relation, communication, approche centrée patient », compétence essentielle lors d'une annonce d'une lésion suspecte. On voit une accentuation ces dernières années de la considération de la formation des internes avec notamment une sensibilisation des maîtres de stages aux demi-journées systématiques de formation afin d'en faciliter l'accès. Il existe à Lyon, lors la première année de DES de médecine générale, le séminaire « Approche centrée patient » qui vise à sensibiliser et optimiser la communication médecin-malade, prérequis essentiel dans les annonces de mauvaises nouvelles. Étonnamment les internes ne semblent pas en tirer un bénéfice lors des annonces de lésion suspecte. On peut émettre l'hypothèse que cet enseignement n'apporte pas d'éléments spécifiques utiles pour la mise en pratique et le savoir-être nécessaire lors des annonces. Par ailleurs, il existe une diversité du séminaire selon les enseignants, rendant difficile une quelconque interprétation. Il est à noter que cette formation est parfois plus tardive que la première confrontation à une annonce diagnostique.

V.2.5.3. Expérience

L'expérience n'a pas fait l'objet d'une question dans la présente étude mais il convient de la citer car elle est souvent évoquée dans la littérature. L'expérience est une source d'apprentissage importante (18,19,44), qui débute dès l'externat et s'intensifie lors de l'internat. Il semblerait qu'un médecin plus expérimenté soit plus compétent en terme de transmission d'informations, sans pour autant être mieux informé des recommandations de communication (19,40,41,45). La confiance de l'interne en ses capacités pourrait venir de l'expérience vécue (40). L'expérience permettrait aussi aux médecins de prendre du recul, d'acquiescer la mise à distance, d'être plus à l'aise et de vivre les annonces moins difficilement (17,19,25,38–40,61). Il pourrait être intéressant de voir l'évolution des réponses des internes de la présente étude dans quelques années quand ceux-ci auront acquis de l'expérience.

L'HAS recommande que l'annonce d'une mauvaise nouvelle soit effectuée par un médecin expérimenté (24). Il paraît compliqué de devenir expérimenté sans avoir expérimenté. Comme le disait Dr Buckman, « l'art de communiquer ne peut pas être maîtrisé, si tant est que cela soit possible, dès le début du cursus, car cet art demande expérience et habileté ». Mais l'expérience ne fait pas tout, la répétition de situations mal maîtrisées pourraient avoir des conséquences psychologiques. Peut-être qu'une formation initiale donnant quelques clefs pourrait pallier ce manque d'expérience.

V.2.5.4. Observation d'un médecin sénior ou « see-one ».

L'observation d'une annonce de lésion suspecte a eu lieu dans 91,1% (n = 41) des cas. Cela est nettement supérieur aux 63% retrouvés dans une étude faite à Boston (60) et inférieur aux 95% retrouvés dans une étude faite en Floride (37). Il existe certainement des diversités de pratique entre les pays mais nous n'avons pas retrouvé de donnée chiffrée dans la littérature française.

L'étudiant ne peut pas toujours « observer » avant de « réaliser » (47), par manque d'opportunité ou car certains médecins séniors préfèrent annoncer une mauvaise nouvelle avec le moins d'observateur possible (40,44). Dans notre étude, le « see-one » a souvent eu lieu à la fois lors de l'externat et lors de l'internat. Au total, un peu plus d'un quart (n = 12) des internes interrogés n'a pas observé lors de l'internat. Pourtant l'observation lors de l'internat est importante car elle se focalise sur le savoir-être nécessaire à l'implication de l'interne.

L'observation est la première source d'apprentissage pour 86,7% (n = 39) des internes de cette étude. Elle fait partie intégrante de la formation et entre dans le cadre du compagnonnage. La littérature retrouve un vécu positif pour les internes témoins d'une situation d'annonce (38,40,60).

5 internes ont répondu avoir déjà vu un médecin faire une annonce de lésion suspecte lors de la septième question mais ne cite pas l'observation comme une formation reçue utile. Il est possible qu'aucun bénéfice n'a en effet été tiré ou que le nombre important de réponses à la question sur la formation en ait découragé certains. Le fait d'avoir appris de l'observation d'un médecin sénior était significativement associé au fait de souhaiter une formation rappelant les techniques de communication. On peut imaginer que cette observation reste insuffisante et soulève des problématiques réclamant plus de formation. Le « see-one » sert d'exemple mais aussi de contre-exemple pour la pratique future (40,41). Il faut néanmoins rester vigilant à ne pas transmettre un mauvais exemple que l'interne peut ensuite modéliser (37,47,61).

Par ailleurs, 3 internes n'ont pas vu de médecin sénior faire d'annonce de lésion suspecte lors de la septième question mais cite tout de même l'observation comme une formation utile, probablement car ils ont vu des médecins faire d'autres annonces de mauvaise nouvelle tout aussi formatrice.

V.2.5.5. Debriefing

Les internes ayant réalisé des annonces aux urgences ont débriefé avec un sénior dans environ la moitié des cas. Dans notre étude, la réalisation d'un débriefing était significativement associée à la sensation d'avoir eu une formation suffisante. On peut émettre l'hypothèse qu'aux yeux des internes, leur formation aille au-delà des enseignements facultaires avec une grande place pour le compagnonnage (44).

Pourtant, dans ce travail, la discussion avec un médecin sénior est souhaitée dans la presque totalité des cas. La littérature relate ce manque de feed-back (38,40,42,61). Pour Orlander, le debriefing avec un interne plus vieux ou un médecin sénior a lieu dans 47% des cas, ce qui concorde avec notre résultat. Il abordait : les réactions du patient/de la famille (52%), les propres sentiments du participant (48%) et les leçons à tirer (32%) (60).

On peut expliquer ce défaut de débriefing par le fait que la banalisation de cette situation, la rendant « ordinaire », permet de taire les potentiels affects des professionnels. D'autre part, l'analyse d'une telle situation pourrait remettre en cause le savoir-être de chacun, pouvant engendrer un vécu difficile lorsqu'on croit ne pas avoir les compétences nécessaires (61). Pourtant, l'expression des émotions semble importante et pourrait être optimisée en sensibilisant les internes et les séniors.

Le bénéfice qu'ont tiré les internes de cette séniorisation n'a pas été évalué dans ce travail. La littérature montre que 78% trouvent cela bénéfique (60).

On peut néanmoins nuancer, en supposant qu'il existe parfois un clivage entre les priorités et attentes des séniors et ceux des internes. Il semble important de former les maîtres de stage pour les sensibiliser aux enjeux que les annonces représentent pour les internes (44).

V.2.5.6. Enseignements souhaités

Les internes trouvent qu'il serait utile une formation spécifique aux annonces de lésions suspectes. Ce ressenti était associé significativement avec l'appréhension ressentie. On peut alors penser qu'une formation adaptée pourrait améliorer le vécu des internes.

Ce besoin de formation est retrouvé chez les internes dans la littérature concernant les annonces de mauvaises nouvelles (33,40,45). Selon C. Dufouleur, les internes attendent des enseignements sur les bases théoriques pendant l'externat et sur les bases pratiques et humaines pendant l'internat, de manière répétée (38). Les internes pensent que les compétences d'annonce peuvent être apprises (60). Les médecins plus expérimentés sont aussi en demande de formations (15,17,31,33,62). Les médecins généralistes et urgentistes, attendent des formations qu'elles leur apportent réassurance, savoir-être et expérience (17,25).

Les formations qui ont fait leurs preuves dans la littérature semblent suivre la même modalité. Elles ont lieu en petits groupes. Elles comprennent souvent, en premier lieu, une partie théorique. Celle-ci rappelle et précise ce qu'est un deuil, le cadre légal de l'annonce, développe le ressenti et les réactions des patients, donne des clefs de communication, rappelle les recommandations et sensibilise à ses propres émotions. Cette première partie théorique est souvent suivie d'une intervention de mise en pratique par le biais de vidéos, de jeux de rôles et ensuite d'un « debriefing » permettant le partage d'émotions, avec parfois la présence d'un psychologue (18,25,36–38,42,44). La phase de debriefing semblent être pour certains la plus utile (37). La durée varie entre quelques heures et plusieurs demi-journées.

Dans notre étude, malgré la demande de formation, peu ont fait des FMC optionnelles. Cette ambivalence est également retrouvée dans la littérature auprès des médecins généralistes (17,18). Est-ce par défaut de connaissance des formations, parce que les formations proposées ne sont pas adaptées aux besoins ou par manque de temps ? A notre connaissance, il n'y a pas de FMC spécifique aux annonces. Il existe, à Lyon, des conférences autour de la réflexion éthique et des DU/DIU sur les soins palliatifs, qui ne semblent néanmoins pas adaptés aux besoins de tous les internes. Il existe aussi, au Centre Léon Bérard, une formation pour les médecins sur les soins palliatifs, durant 3 jours et payante, qui ne paraît pas non plus adaptée aux internes. L'avantage des formations lors de l'internat est qu'elles entrent dans un enseignement globalement obligatoire, invitant l'interne et les formateurs de stage à lui dégager du temps (44). L'accès à ces formations, gratuites, est plus simple lors de l'internat.

Contenu

Le contenu souhaité pour la formation concernait dans l'ordre croissant un approfondissement des techniques de communications, des connaissances médicales en oncologie, des bases de psychologie (en lien avec le patient et le médecin), les mesures en place et l'offre locale.

Les demandes concernant les techniques de communication et l'enseignement des mécanismes de défense sont retrouvées dans la littérature (17,19,25,38). Les médecins généralistes évoquent le besoin de formation oncologique (18,62). Ils souhaiteraient également apprendre à utiliser les bons mots, à gérer leurs émotions et à identifier et comprendre les réactions des patients (25,38).

Il est étonnant de voir que 71% (n = 32) des internes ont peur de la question des thérapeutiques et 82% (n = 37) celle du pronostic mais qu'ils ne sont que 66% (n = 25) à vouloir une formation rappelant les bases en oncologie. Nous pouvons penser que pour certains ces difficultés ne peuvent être améliorées par la formation car liées à l'incertitude de la médecine. Mais les points d'incertitudes peuvent être abordés lors des formations, d'un point de vue pratique, pour donner des clefs de communication.

Formation pratique

La majorité des internes veulent au moins une formation pratique avec dans l'ordre croissant : discussions de cas, jeux de rôles et visualisation de vidéos. Mais, indépendamment, chacune des méthodes ne fait pas la majorité. Cela peut s'expliquer par la diversité des souhaits ou par le nombre important de réponses possibles à cette question décourageant certains internes. La volonté d'un atelier pratique était associée significativement au fait de craindre la réaction des patients. Il serait intéressant d'appuyer sur ce point lors des formations. Le souhait de formation pratique est retrouvée dans la littérature chez les médecins et les internes (18,37,38,40).

▪ *Discussion de cas*

Elle est décrite dans la littérature avec une volonté d'échanges humains (connaissance de soi, réflexions éthiques) (19). Cela rejoint le besoin d'exprimer ses émotions qu'évoquent certains (25).

Dans notre étude, la discussion de cas, qui était exprimée comme mécanisme de défense (n = 45), l'est moins (n = 16) concernant les attentes en termes de formation. La question a possiblement été comprise dans le sens : « quelles formations facultaires vous paraissent utiles ? ». Etant donné que la discussion de cas peut être réalisée auprès de différents interlocuteurs, il est possible que les priorités en termes de formation facultaire se soient transposées sur des choses moins « accessibles » comme les rappels théoriques. On peut penser que certains internes préfèrent partager leur expérience avec leur maître de stage ou co-internes plutôt que lors d'une formation facultaire. Plusieurs raisons peuvent être retenues : s'exprimer devant quelqu'un que l'on connaît, débriefer avec un professionnel qui comprendra le contexte et les enjeux, débriefer au décours immédiat de l'annonce.

▪ *Jeux de rôles*

Les jeux de rôles ont prouvé leur efficacité auprès des internes en termes de satisfaction et de compétence à l'annonce (37,40). Les simulations peuvent se réaliser entre collègues ou avec des patients acteurs et peuvent être filmées dans le but d'effectuer ensuite une auto-analyse. Les patients acteurs semblent présenter plus d'authenticité (25,44). Une annonce simulée où le diagnostic n'est pas encore certain pourrait être envisagée comme le suggère un des internes de l'étude de A. Dalmières (40).

Pourtant, une majorité des internes interrogés ne le cite pas comme un besoin dans la présente étude. Il serait intéressant de savoir quels sont les freins vis-à-vis de cette technique éducative. On peut imaginer que cela puisse les effrayer. Par exemple, l'interne 5 « ne [se sent] pas à l'aise et aimerait avoir d'autres moyens de formations aux méthodes de communication ». Cette crainte peut être liée à la peur d'être jugé, de « se lancer » mais le bénéfice de la formation semble dépasser la crainte initiale (25,38,44). Cette étude interroge les internes de première année et il est possible que la phase d'observation et la peur de « se lancer » soient encore importantes. Il est possible que certains internes n'ayant jamais fait de jeux de rôles ne mesurent pas le potentiel bénéfique que cela aurait.

- *Vidéos*

Le souhait de visualisation de vidéos est moins souvent cité dans la littérature, probablement car elle immerge moins le médecin dans une situation réelle où il est acteur. Dans notre étude, il avoisine celui des jeux de rôles. Les jeux de rôles étant peu évoqués, il est possible que le besoin de formation soit alors transposé sur d'autres techniques de formation pratique comme celles que représentent les vidéos.

- *Lectures*

Les lectures personnelles n'ont pas été proposées aux internes dans ce travail. Dans la littérature, certains médecins évoquent leur bénéfice, mais il faut noter qu'elles demandent un investissement de recherche personnelle (17,40).

V.3. Ouverture et perspectives

Application à la médecine générale et aux autres spécialités

Les annonces de lésion suspecte aux urgences s'apparentent aux annonces de lésions suspectes dans un cabinet de médecine générale par le fort contexte d'incertitude. Mais plusieurs différences sont à noter :

- Le fait de ne pas connaître le patient sous-entend que le médecin ne sait pas ce qui a déjà été dit et compris, ce qui représente un frein à une communication adaptée. Dans la littérature, les médecins généralistes décrivent leur connaissance mutuelle avec le patient comme un point positif sur la compétence de l'annonce, sur les mots utilisés et sur le soutien apporté (39,41). Mais la connaissance du patient peut être une difficulté en soi notamment pour les médecins généralistes qui vont établir une relation parfois sympathique au fil des années (17–19,23,39).
- L'urgentiste ne fait pas le suivi de son patient à la différence d'un médecin généraliste ou d'un médecin hospitalier, ce qui impacte la communication et la perception des réactions des patients.
- Le cadre de l'annonce qui est nettement moins propice aux urgences comme nous l'avons amplement détaillé.
- La préparation à l'annonce qui peut être plus facile aux urgences. Il n'est pas rare que les médecins généralistes se fassent remettre les résultats par le patient, sans possibilité d'anticipation (24,39).

La présente étude s'attachait aux annonces faites aux urgences. Il serait intéressant d'effectuer une étude de la sorte de plus grande importance portant aussi sur les annonces de lésion suspecte dans les services hospitaliers et en médecine générale afin de voir les similitudes et différences, car c'est un sujet très peu étudié. D'autre part, on pourrait penser que les résultats de cette thèse présentent des similitudes avec

ceux d'internes d'autres spécialités mais ne pouvant être étendus à une autre population, il serait intéressant de réaliser une étude complémentaire spécifique.

Propositions et perspectives

Une étude de la sorte pourrait être réalisée auprès de tous les internes de France afin d'avoir un plus grand effectif, une plus grande représentativité et une extrapolation à cette population.

On pourrait également réaliser cette étude sur des internes plus âgés et des médecins afin d'observer l'évolution des difficultés et des besoins d'accompagnement et de formation selon l'expérience acquise.

Il semble que le ressenti des difficultés soit en partie lié à la maîtrise professionnelle et personnelle des situations d'annonce, dans la limite du petit effectif de l'étude. On peut se demander si un médecin peut un jour se sentir compétent dans une situation si complexe engageant autant d'affects. Selon A. Dalmières, le sentiment de capacité à annoncer en tant que professionnel de soins primaires est associé au sentiment de satisfaction à l'issue d'une situation d'annonce racontée (40). Un encadrement et un accompagnement pourraient donc jouer un rôle majeur dans le ressenti des internes. Des formations spécifiques complètes : théoriques, pratiques et humaines, regroupant l'apprentissage facultaire, l'expérience et l'encadrement lors des stages pourraient être mises en place. Nous pouvons penser que la formation idéale serait une formation adaptée à chacun.

Diverses propositions ont été faites dont voici le résumé :

- Proposer de manière systématique d'accompagner l'interne lors des premières annonces de diagnostic difficile et de lui laisser le choix sur l'annonceur.
- Proposer systématiquement un débriefing au décours d'une annonce, que ce soit l'interne ou le médecin sénior qui l'ai réalisée.
- Faire des formations théoriques et pratiques, de manière régulière au cours de l'internat et à différents stades du cursus : d'une part pour aborder les nombreuses problématiques et d'autre part car les réflexions évoluent et que de nouvelles difficultés peuvent apparaître avec l'expérience (38,44).
- Mettre à disposition des internes une synthèse des recommandations de communication.
- Mettre en place des formations facultaires obligatoires, afin d'encourager les internes les plus craintifs ou sceptiques, qui en tirent tout autant un bénéfice.
- Mettre l'accent sur le partage des expériences, dans des sessions de pairs en petit comité et groupe Balint, pour apprendre des autres et pour partager ses émotions.
- Promouvoir la promotion à la santé et la gestion du stress.
- Former les maîtres de stages qui semblent plus aptes à encadrer les internes lorsqu'ils sont eux-mêmes formés (25).

Le cadre des urgences représente une difficulté importante et il a été suggéré de dédier une salle spécifique pour les annonces de mauvaises nouvelles. L'optimisation du recours aux supports informatiques ou médecins spécialistes pourraient permettre une meilleure accessibilité des informations sur les thérapeutiques et pronostiques, permettant une anticipation de l'annonce. La mise en place d'une filière spécifique avec les spécialistes serait idéale mais n'est pas si simple au vu de la diversité des spécialités prenant en charge des patients atteints de cancer ainsi que le manque de temps et d'effectif médical. Pour répondre aux difficultés des services d'urgences qui dépassent le cadre des annonces de lésion suspecte, l'augmentation des effectifs et du temps à consacrer aux patients serait une solution idéale.

VI. CONCLUSION



Nom, prénom du candidat : Bracke, Aurélie

CONCLUSIONS

Les internes sont souvent amenés à effectuer l'annonce d'une lésion suspecte de cancer au cours de leur première année d'internat et notamment lors de leur stage aux urgences. L'annonce est un acte difficile et complexe avec un impact psychologique tant pour le patient que pour le médecin. Le cancer de manière générale et en particulier son annonce sont, depuis plusieurs années, au cœur des préoccupations avec une place centrale donnée au patient. D'autre part, il émerge, plus récemment, une sensibilisation à la qualité de vie et de travail des professionnels de santé et en particulier des internes. S'il est primordial de s'y intéresser pour le bien-être des internes, il est également important de s'y intéresser pour les patients car la relation médecin-malade en sera directement influencée.

Nous avons voulu évaluer les difficultés des internes face à l'annonce d'une lésion suspecte de cancer aux urgences. Une étude quantitative, descriptive a donc été menée auprès des internes de médecine générale, d'urgences et de gériatrie inscrits en première année à Lyon. L'objectif principal était de recenser les difficultés. Les objectifs secondaires étaient d'obtenir leurs besoins en termes de formation et d'accompagnement. Pour cela, les internes de la population étudiée ont été invités à répondre à un questionnaire en ligne qui était composé d'une partie commune et d'une partie spécifique selon la réalisation ou non d'une annonce de lésion suspecte.

Au total, 45 internes parmi les 177 interrogés ont répondu au questionnaire. Il apparaît que 84,4% (n = 38) des internes interrogés appréhendent les annonces. Les difficultés évoquées sont nombreuses : l'absence de lieu adéquat, l'incertitude diagnostique, la réaction des patients et de leurs proches, l'évocation avec les patients du pronostic et des thérapeutiques et la crainte de mal s'exprimer.

Les internes interrogés décrivent des mécanismes de défense divers et complémentaires aussi bien professionnels que personnels. Ils trouvent bénéfique d'échanger avec un médecin sénior, un co-interne ou avec leurs proches, de participer à un soutien psychologique spécifique, ainsi que de participer à une activité de loisirs.

La formation, jugée insuffisante par 73,3% des internes (n = 33), est associée de manière significative à l'appréhension. Le debriefing, réalisé dans un peu plus de la moitié des cas, était statistiquement associé à la perception d'avoir bénéficié d'une formation suffisante. Les internes souhaiteraient dans 84,4% des cas (n = 38) une formation spécifique, abordant les différents aspects d'une annonce de lésion suspecte avec mise en pratique. L'appréhension était significativement associée au besoin d'une formation spécifique.



Faculté de Médecine
Lyon Est



On peut proposer la mise en place de diverses interventions afin de répondre à ces difficultés.

L'interne, novice en début d'internat, va progressivement s'enrichir et développer ses niveaux de compétences. Des enseignements précoces pourraient pallier le manque d'expérience initial. On peut suggérer d'optimiser la formation facultaire et hospitalière en intégrant les difficultés citées. Les formations aux mauvaises nouvelles ont prouvé leur efficacité en termes d'autosatisfaction et d'amélioration des compétences. Au-delà d'une formation théorique et pratique centrée sur les compétences à l'annonce, cette formation pourrait permettre aussi un véritable accompagnement en mettant l'accent sur la valorisation des compétences des internes et la promotion à la santé. Le partage des expériences et des émotions semble jouer une place importante. Privilégier les sessions en petits groupes pourrait donner lieu à une libre expression des sentiments, permettant aussi d'apprendre de l'autre.

Il semble important de former également les maîtres de stage. Le compagnonnage est essentiel à la formation et au soutien psychologique des internes et il est nécessaire que les maîtres de stage soient sensibilisés aux différents enjeux que l'annonce représente pour l'interne.

Enfin, on peut suggérer de mettre en place, dans les services d'urgences, un espace dédié aux situations d'annonce, permettant de répondre à la difficulté du lieu exprimée dans cette étude.

Ces résultats permettent de penser que l'annonce d'une lésion suspecte, qui plus est aux urgences, mérite d'être intégrée dans des enseignements dédiés. Ceux-ci pourraient permettre à l'interne de mieux appréhender les annonces mais seule l'expérience et la pratique lui en assureront une meilleure maîtrise. Néanmoins, cela n'apportera pas toutes les solutions car chaque annonce est complexe et unique.

Pour répondre à la globalité des besoins, il faudrait certainement répéter ces interventions, et ce même au-delà de l'internat où les difficultés persistent.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature

P. N. Fournier

Vu :

**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 10 décembre 2020

ACCOMPAGNER
CRÉER
PARTAGER

BRACKE

(CC BY-NC-ND 3.0)

VII. Bibliographie

1. INCa. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. 2019;
2. INCa. Les cancers en France [Internet]. 2017 [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/
3. Conseil de l'Europe. Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales. 1950;
4. Conseil de l'Europe. Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine. 1997;
5. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/2021-01-01/
6. Code de déontologie. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>
7. INCa. Étude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011. mai 2012;
8. INCa, La Ligue Contre le Cancer. Recommandations nationales pour la mise en oeuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. 2005;
9. Plan cancer 2003 - 2007 [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013>
10. Inspection générale des affaires sociales. Evaluation des mesures du plan cancer 2003-2007 relatives au dépistage et à l'organisation des soins. juin 2009;
11. INCa. Le dispositif d'annonce. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce>
12. INCa. Baromètre cancer 2015 Représentations des soins et information sur le cancer et ses facteurs de risque.
13. Evaluation du Dispositif d'Annonce au sein de 29 établissements de santé d'Aquitaine en 2010 [Internet]. [cité 2 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.canceraquitaine.org/sites/default/files/documents/INFOS-PRO/evaluation-pratiques/Pack-EVADA%202/Synthese-EVADA.pdf>
14. La Ligue Contre le Cancer. L'impact du dispositif d'annonce pour le patient atteint d'un cancer; 2012 [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/presse/download/504>
15. Berges Magali. La pré-annonce de cancer en médecine générale : État des lieux et analyse. Thèse d'exercice : Médecine générale : Toulouse; 2018;

16. Bungener M, Demagny L, Holtedahl KA, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? *Prat Organ Soins*. 2009;Vol. 40(3):191-6.
17. Chatry-Le-Goff S. Vécu et ressenti du médecin généraliste dans l'annonce du diagnostic de cancer. Thèse d'exercice : Médecine générale : Nantes. 2007;
18. Lievain Caroline. Le médecin généraliste face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Thèse d'exercice : Médecine générale, Amiens; 2016;
19. Vivier J. L'annonce d'une maladie grave. Enquête auprès de médecins généralistes de la région nancéenne. Thèse d'exercice : Médecine générale, Nancy. 2013;157.
20. Profil de la population des patients atteints de cancer aux urgences.
21. Van der Meer DM, Weiland TJ, Philip J, Jelinek GA, Boughey M, Knott J, et al. Presentation patterns and outcomes of patients with cancer accessing care in emergency departments in Victoria, Australia. *Support Care Cancer*. 1 mars 2016;24(3):1251-60.
22. Livingood WC, Smotherman C, Lukens-Bull K, Aldridge P, Kraemer DF, Wood DL, et al. An Elephant in the Emergency Department: Symptom of Disparities in Cancer Care. *Popul Health Manag*. avr 2016;19(2):95-101.
23. HAS. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. 2014; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e_version_format2clics-aa_patient_mc_300414.pdf
24. Annonce une mauvaise nouvelle guide [Internet]. [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
25. Breillad M, Chapel S. Annonce de diagnostic complexe : vécu des médecins et apport d'une formation à la communication par simulation. Thèse d'exercice : Médecine générale : Grenoble. 2017;
26. R. LANFROY de BELLY. Clinique interactionnelle de la consultation d'annonce de diagnostic de cancer en neuro-oncologie : analyse critique des consultations d'annonce et post-annonce des gliomes malins de l'adulte. Thèse de psychologie, Lorraine. 2005.
27. Saillant F. Cancer et culture: produire le sens de la maladie. Chicoutimi: J.-M. Tremblay; 2009;
28. INPES. Regards sur le cancer représentations et attitudes du public. déc 2006;
29. Marcoux I. [Communication process in consultation of patients with incurable disease: a prospective study]. *Bull Cancer (Paris)*. 1 févr 2012;99(2):137-46.
30. Arbabi M, Rozdar A, Taher M, Shirzad M, Arjmand M, Ansari S, et al. Patients' Preference to Hear Cancer Diagnosis. *Iran J Psychiatry*. mars 2014;9(1):8-13.
31. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*. janv 2004;363(9405):312-9.

32. Bouleuc C, Bredart A, Dolbeault S, Ganem G, Copel L. Comment améliorer la satisfaction des patients sur l'information médicale en cancérologie ? Bull Cancer (Paris). 1 oct 2010;97(10):1173-81.
33. Konstantis A, Exiara T. Breaking Bad News in Cancer Patients. Indian J Palliat Care. 2015;21(1):35-8.
34. Lopes J. Evaluation de l'annonce du cancer chez les patients suivis dans le service d'oncologie du centre hospitalier Robert Boulin de Libourne. Thèse d'exercice : Médecine générale : Bordeaux. 2015;
35. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES : A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. The Oncologist. 2000;5(4):302-11.
36. Communication skills training in oncology - Baile - 1999 - Cancer - Wiley Online Library.
37. Kiluk JV, Dessureault S, Quinn G. Teaching Medical Students How to Break Bad News with Standardized Patients. J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ. juin 2012;27(2):277-80.
38. Dufouleur C. Impacts d'une formation à l'annonce d'une mauvaise nouvelle sur la pratique et le vécu des médecins généralistes. Thèse d'exercice : Médecine générale. 2010;
39. Tougard B. Annonce d'une maladie grave : difficultés des médecins généralistes et impact de l'annonce sur la relation médecin-patient: enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes installés dans le Calvados. Thèse d'exercice : Médecine générale, Caen. 2019;83.
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. Thèse d'exercice : Médecine générale : Angers. 2015;83.
41. Ferraton-Rollin M, Magné N, Gonthier R, Merrouche Y, Bois C. L'annonce du diagnostic de cancer : point de vue du médecin généraliste. Bull Cancer (Paris). oct 2013;100(10):955-62.
42. Servotte J-C, Bragard I, Szyld D, Van Ngoc P, Scholtes B, Van Cauwenberge I, et al. Efficacy of a Short Role-Play Training on Breaking Bad News in the Emergency Department. West J Emerg Med. nov 2019;20(6):893-902.
43. Jones FME, Fellows JL. Coping with cancer: a brief report on stress and coping strategies in medical students dealing with cancer patients. 2010;5.
44. Gros Mathilde. L'enseignement de l'annonce de maladie grave dans la formation médicale : enjeux, état des lieux, impacts. Thèse d'exercice : Médecine générale : Lyon Sud ; 2009;
45. Ferreira da Silveira FJ, Botelho CC, Valadão CC. Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients. Sao Paulo Med J. août 2017;135(4):323-31.

46. Jared Strote, et al. Academic Emergency Physicians' Experiences. 2011;
47. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solutions. *Mayo Clin Proc.* déc 2005;80(12):1613-22.
48. Gregov L, Kovačević A, Slišković A. Stress among Croatian physicians: comparison between physicians working in emergency medical service and health centers – pilot study. *Croat Med J.* févr 2011;52(1):8-15.
49. Girgis A, Hansen V, Goldstein D. Are Australian oncology health professionals burning out? A view from the trenches. *Eur J Cancer.* 1 févr 2009;45(3):393-9.
50. Shanafelt TD. Finding Meaning, Balance, and Personal Satisfaction in the Practice of Oncology. *J Support Oncol.* 2005;3(2):8.
51. Dominique A, Daviet L, Lourdais A. Burnout des internes d'anesthésie-réanimation en France région ouest. *Ann Fr Anesth Réanimation.* sept 2013;32:A261.
52. Estryn-Behar D, Doppia M-A, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians - Results from the French SESMAT study. *Emerg Med J EMJ.* 1 déc 2010;28:397-410.
53. Veyssier-Belot C. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. *Rev Médecine Interne - Vol 36 - N° 4 - P 233-236;*
54. P. MARIEN. Analyse psychopathologique et interactionniste du stress professionnel chronique dans les métiers de l'urgences. 2012;
55. Y-M. YVEN. Prévalence et facteurs de risque du burnout (ou syndrome d'épuisement professionnel) chez les médecins urgentistes en région Midi-Pyrénées. Thèse de médecine générale, Bordeaux, 2013;
56. Khalid M, Sende J, Jbeili C, Soupizet F, Jaulin C, Schwahn S, et al. Facteurs de stress en Médecine d'urgence – Enquête nationale. 7 mars 2008;
57. Ball S, Bax A. Self-care in Medical Education: Effectiveness of Health-habits Interventions for First-year Medical Students. *Acad Med.* sept 2002;77(9):911-7.
58. Carson AJ, Dias S, Johnston A, McLoughlin MA, O'Connor M, Robinson BL, et al. Mental Health in Medical Students a Case Control Study Using the 60 Item General Health Questionnaire. *Scott Med J.* août 2000;45(4):115-6.
59. Shanafelt TD, Novotny P, Johnson ME, Zhao X, Steensma DP, Lacy MQ, et al. The Well-Being and Personal Wellness Promotion Strategies of Medical Oncologists in the North Central Cancer Treatment Group. *Oncology.* 2005;68(1):23-32.
60. Orlander JD, Graeme Fincke B, Hermanns D, Johnson GA. Medical Residents' First Clearly Remembered Experiences of Giving Bad News. *J Gen Intern Med.* nov 2002;17(11):825-40.
61. Wear D. "Face-to-face with It": Medical Students' Narratives about Their End-of-life Education. *Acad Med.* avr 2002;77(4):271-7.

62. La Ligue Contre le Cancer. Les médecins généralistes face au cancer; 2010 [Internet]. [cité 2 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/presse/download/455>
63. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer*. juin 1995;71(6):1263-9.
64. Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program | *British Journal of Cancer*

VIII. Annexes

VIII.1. Annexe 1 : Questionnaire

DIFFICULTES DES INTERNES DE PREMIÈRE ANNÉE FACE A L'ANNONCE D'UNE LÉSION SUSPECTE DE CANCER AUX URGENCES

Beaucoup d'entre nous seront ou ont été confrontés à cette tâche qu'est l'annonce d'une lésion suspecte de cancer. Cela peut être source de difficultés notamment lors du stage aux urgences qui est un des premiers stages. Cette enquête vise à identifier ces difficultés et trouver des pistes pour les minimiser.

Le questionnaire est anonyme et vous prendra moins de 10 minutes. ***Obligatoire**

I. Données socio-professionnelles

1. Précisez votre sexe : *

Une seule réponse possible.

- Féminin
 Masculin

2. Où avez-vous effectué votre externat ? *

3. Quelle est votre faculté de rattachement ? *

Une seule réponse possible.

- Lyon Est
 Lyon Sud

4. Quelle est votre spécialité ? *

Une seule réponse possible.

- Médecine générale
 Médecine d'urgence
 Médecine gériatrique

5. En quel semestre est effectué votre stage aux urgences ?

Une seule réponse possible.

- 1e semestre
 2e semestre

6. Quel est l'autre stage que vous avez effectué ou que vous effectuez actuellement ?

Une seule réponse possible.

- Stage de médecine générale
 Stage de médecine hospitalière

II. L'annonce d'une lésion suspecte de cancer

7. Avez-vous déjà vu un senior faire une annonce de lésion suspecte de cancer ? Plusieurs réponses possibles *

- Oui, lors de l'externat
- Oui, lors de l'internat
- Non

8. Avez-vous déjà dû annoncer personnellement une suspicion de cancer AUX URGENCES ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non (Passe à la question 11)

* Vous avez déjà annoncé personnellement une suspicion de cancer aux urgences.

9. Combien de fois ? *

Une seule réponse possible.

- Une fois
- Plusieurs fois

10. Veuillez préciser, plusieurs réponses possibles :

- En tant qu'externe
- En tant que FFI
- En tant qu'interne

-> Passe à la question 23

* Vous n'avez jamais annoncé personnellement une suspicion de cancer aux urgences

11. Veuillez préciser, plusieurs réponses possibles : *

- Je n'ai pas été confronté(e) à cette situation
- Le médecin sénior s'est chargé de faire l'annonce seul
- Le médecin sénior s'est chargé de faire l'annonce en ma présence
- Je n'ai pas voulu effectuer cette annonce
- J'ai déjà effectué des annonces mais pas aux urgences

III. Ressenti à l'annonce d'une lésion suspecte de cancer

* Vous n'avez jamais effectué d'annonce de suspicion de cancer aux urgences.

Il s'agit de donner votre ressenti sur une éventuelle annonce de lésion suspecte de cancer AU SEIN D'UN SERVICE D'URGENCES

12. Est-ce une situation que vous appréhendez ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

13. Pensez-vous que la présence d'un senior lors de l'annonce puisse être un point positif sur votre vécu ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

14. Pensez-vous que la présence de l'infirmière en charge du patient lors de l'annonce puisse être un point positif sur votre vécu ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Concernant les principales difficultés éventuellement rencontrées, répondez aux affirmations suivantes :

15. Je n'ai pas de lieu adéquat *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

16. Je manque de connaissances médicales *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

17. J'ai peur de l'incertitude diagnostique *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

18. J'ai peur de ne pas répondre correctement au patient quant aux traitements et leurs effets indésirables *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

19. J'ai peur que le patient/les proches abordent la question du pronostic *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

20. J'ai peur de mal m'exprimer *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

21. J'ai peur des réactions du patient et/ou des proches *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

22. J'ai peur de ne pas bien gérer mes émotions *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

-> Passe à la question 41

* Vous avez déjà effectué personnellement une annonce de suspicion de cancer aux urgences.

Il s'agit de donner votre ressenti sur la ou les annonce(s) de lésion suspecte de cancer que vous avez effectué
AU SEIN D'UN SERVICE D'URGENCES

23. Est-ce une situation que vous appréhendez ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

24. Globalement, diriez-vous que vous avez déjà été en difficulté lors d'une annonce ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Concernant les principales difficultés éventuellement rencontrées, répondez aux affirmations suivantes :

25. Je n'ai pas trouvé le lieu adéquat *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

26. J'ai été dérangé(e) *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

27. J'ai manqué de connaissances médicales *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

28. J'ai eu des difficultés concernant l'incertitude diagnostique *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

29. J'ai eu des difficultés concernant la question des traitements et leurs effets indésirables *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

30. J'ai eu des difficultés concernant la question du pronostic *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

31. J'ai l'impression de m'être mal exprimé(e) *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

32. J'ai eu des difficultés quant aux réactions du patient et/ou des proches *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

33. J'ai n'ai pas bien géré mes émotions *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

34. Etiez-vous accompagné(e) d'un médecin sénior ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non -> Passe à la question 36

* Vous étiez accompagné(e) d'un médecin sénior

35. Merci de préciser en répondant à cette affirmation : la présence d'un médecin sénior m'a rassuré(e) *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- Je n'ai pas d'avis

-> Passer à la question 37

* Vous n'étiez pas accompagné(e) d'un médecin sénior

36. Merci de préciser en répondant à cette affirmation : la présence d'un médecin sénior m'aurait davantage rassuré(e) * *Une seule réponse possible.*

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord
- d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- Je n'ai pas d'avis

37. Etiez-vous accompagné(e) d'une infirmière ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non -> Passe à la question 39

* Vous étiez accompagné(e) d'une infirmière

38. Merci de préciser en répondant à cette affirmation : la présence d'une infirmière m'a rassuré(e) *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- Je n'ai pas d'avis

-> Passe à la question 40

* Vous n'étiez pas accompagné(e) d'une infirmière

39. Merci de préciser en répondant à cette affirmation : la présence d'une infirmière m'aurait davantage rassuré(e) * *Une seule réponse possible.*
- Tout à fait d'accord
 - Plutôt d'accord
 - Plutôt pas d'accord
 - Pas d'accord du tout
 - Je n'ai pas d'avis

40. Avez-vous pu discuter de votre expérience à posteriori avec un médecin sénior ? *
Une seule réponse possible.

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

IV. Mécanismes de défense

Il s'agit de déterminer les interventions qui vous paraissent bénéfiques en termes de ressentis et d'éventuelles répercussions qu'une annonce de lésion suspecte de cancer pourrait provoquer.

41. Quel(s) échange(s) professionnel(s) vous paraît(-ssent) être plutôt bénéfiques ? Plusieurs réponses possibles *
 Discussion de la situation avec un sénior
 Discussion de la situation avec l'équipe paramédicale
 Discussion des situations avec vos co-internes
 Echanges d'expériences plus à distance avec les GEP
 Aucun
Autre : _____
42. Pensez-vous qu'un soutien psychologique spécifique (supervision d'équipes / groupe Balint) puisse être bénéfique ? * *Une seule réponse possible.*
- Oui
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non
43. Pensez-vous que les activités extraprofessionnelles (loisirs) puissent être bénéfiques ? *
Une seule réponse possible.
- Oui
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non
44. Pensez-vous que les échanges avec vos proches puissent être bénéfiques ? *
Une seule réponse possible.

- Oui -> Passer à la question 46
- Plutôt oui -> Passer à la question 46
- Plutôt non
- Non

* Vous ne pensez pas que les échanges avec vos proches puissent être bénéfiques

45. Merci de préciser, plusieurs réponses possibles : *

- Je ne vois pas ce que cela m'apporterait
- Je veux les protéger
- Je veux dissocier vie privée et vie professionnelle

Autre : _____

V. **Formations**

46. Diriez-vous que la formation que vous avez eu est suffisante pour appréhender les situations d'annonce de lésion suspecte ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

47. De quelle(s) formation(s), utile(s) à ces situations, avez-vous bénéficié ? Plusieurs réponses possibles *

- Un cours facultaire lors de l'externat
- Un atelier type TD/ED (discussions, vidéos, jeux de rôles) lors de l'externat
- Un cours théorique lors d'un stage
- L'observation du savoir-faire d'un interne ou d'un sénior lors d'un stage
- Un cours théorique dans le cadre d'un séminaire de la formation obligatoire de l'interne
- Un atelier pratique (discussions, vidéos, jeux de rôles) lors d'un séminaire obligatoire de l'interne
- Un cours théorique lors d'une FMC ou atelier facultaire optionnel lors de l'internat
- Un atelier pratique (discussions, vidéos, jeux de rôles) lors d'une FMC ou atelier facultaire optionnel lors de l'internat
- Aucune

Autre :

48. Pensez-vous qu'il est utile une formation spécifique à l'annonce de lésion suspecte de cancer ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non -> Passer à la question 50
- Non -> Passer à la question 50

49. Merci de préciser ce qui vous paraît utile(s), plusieurs réponses possibles : *

- Développer les techniques de communication
- Rappeler les notions de bases de psychologie (en lien avec le patient et le médecin)
- Evoquer les mesures en place et l'offre locale (plan cancer, associations de patients)
- Préciser les connaissances médicales en oncologie utiles pour le médecin généraliste/urgentiste

Réaliser un atelier avec discussion de situations vécues

Réaliser un atelier avec visualisation de vidéos

Réaliser un atelier avec jeux de rôles

Autre :

VI. Remarques libres

50. Si vous avez des précisions à ajouter (que ce soit en termes de ressenti, de formation...) ou des suggestions à proposer, merci de le notifier
-

VIII.2. Annexe 2 : Réponses à la dernière question

- Interne n°1 :

« Nous apprendre des « formulations types » pour donner le diagnostic sans trop s'avancer, savoir quoi dire exactement. Trouver le juste milieu entre le pronostic réaliste et un peu d'espoir à donner. Que dire, rester flou ou pas, savoir qq notions de bases sur les pronostics, les traitements, la prise en charge, les choses existantes, la suite etc »

- Interne n°2 :

« Je pense tout de même que les urgences ne sont pas là place pour aborder le cancer. nous n'avons aucune certitude diagnostique à ce moment là et cela ne respecterait pas le dispositif d'annonce prévu pour les cancers aux urgences de la croix rousse, même devant une image très évocatrice, nous n'avions pas le droit de parler de cancer aux urgences. le patient est transféré en service où il bénéficiera alors d'une annonce. »

- Interne n°3 :

« Aux urgences la vraie problématique c'est le cadre : le patient va être hospitalisé ailleurs, il y a du passage, on ne sait pas souvent si c'est bien un cancer ou non... Ce qui est difficile c'est que d'après les images ou la clinique on sait que c'est un cancer mais il nous manque des infos.. et du coup l'annonce est d'autant plus difficile. Parfois on ne sait même pas si on a le "droit" d'en faire l'annonce alors même qu'il nous manque des éléments mais on ne veut pas laisser le patient dans l'incertitude.. »

- Interne n°4 :

« Je trouve que ce sont des situations délicates surtout qu'aux urgences on ne peut dans la plupart des cas uniquement se baser sur l'imagerie et donc pas toujours certain de ce qu'on peut ou ne peut pas annoncer étant donné qu'on ne sait pas grand chose sur la lésion ni le pronostic. »

- Interne n°5 :

« Super sujet bon courage ! »

- Interne n°6 :

« Je ne me sens pas à l'aise dans les jeux de rôles et j'aimerais avoir d'autres moyens de formations aux méthodes de communication »

- Interne n°7 :

« C'est une situation qui me semble relativement peu fréquente, et difficile à aborder aux urgences car pas de certitude diagnostic, pas de possibilité de proposer un projet thérapeutique, lieu inadapté, manque de temps.... »

BRACKE Aurélie
Evaluation des difficultés des internes face à l'annonce d'une lésion suspecte de cancer aux urgences.

RESUME

INTRODUCTION :

Les annonces de lésion suspecte de cancer ou « pré annonces » sont des moments émotionnels particuliers. Peu d'études se sont intéressées spécifiquement à ces annonces. Les mauvaises nouvelles de manière générale représentent de nombreuses difficultés pour les internes. Le manque d'expérience, les conditions de travail et l'attribution subite des responsabilités contribuent aussi à ces difficultés. Les internes s'estiment mal formés alors que la littérature a montré le bénéfice des formations à l'annonce de mauvaises nouvelles. Le stage aux urgences, étant un des premiers stages confrontera l'interne pour la première fois à des situations complexes et stressantes. Par ailleurs, le cadre des urgences rend particulièrement difficile l'annonce d'une lésion suspecte. Les situations de stress auxquelles sont confrontés les internes, peuvent avoir un impact personnel et professionnel, d'autant plus si elles se répètent.

L'objectif principal de ce travail est de faire un état des lieux des difficultés ressenties par les internes de première année à Lyon face à l'annonce d'une lésion suspecte de cancer aux urgences. Les objectifs secondaires sont de faire un état des lieux de leurs mécanismes de défense, de la formation reçue et de la formation souhaitée, dans le but est de proposer des pistes de réflexions.

MATERIEL ET METHODES :

Il s'agit d'une étude descriptive, quantitative par questionnaires, adressée aux internes inscrits en première année de DES de médecine générale, de médecine d'urgence, et de gériatrie, à Lyon sur l'année scolaire 2019/2020. Nous avons obtenu 45 réponses parmi les 177 internes de la population cible.

RESULTATS ET DISCUSSION :

L'annonce d'une lésion suspecte aux urgences est fréquente au cours de la première année d'internat. Elle expose les internes à de nombreuses difficultés : appréhension, lieu inadéquat, incertitudes diagnostique, thérapeutique et pronostique, réactions des patients, crainte de mal s'exprimer.

Les mécanismes de défense professionnels et personnels sont : les échanges avec un sénior ou co-interne, les soutiens psychologiques spécifiques, les proches, les GEP et les activités de loisirs. La formation, jugée en majorité insuffisante, est liée à l'appréhension. La volonté de formation, également associée à l'appréhension, concerne : les bases de communication, de connaissances médicales en oncologie, de psychologie, l'évocation des mesures en place et des mises en pratique.

L'étude propose la mise en place d'un accompagnement théorique, pratique et humain adapté à ces difficultés et besoins, qui pourrait avoir lieu à la faculté et à l'hôpital. Elle propose aussi la mise en place d'espaces dédiés aux annonces de mauvaises nouvelles dans les services d'urgences.

MOTS CLES

Difficultés, pré-annonce, annonce, cancer, services d'urgences, internes, formation.

JURY

Président : Madame le Professeur Marie FLORI
Membres : Madame le Professeur Isabelle RAY-COQUARD
Madame le Professeur Corinne PERDRIX
Madame le Docteur Claude ZAMOUR

DATE DE SOUTENANCE : 26 janvier 2021

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR : 20 Rue Bugeaud, 69006 Lyon

VOTRE EMAIL : brcke.aurelie@gmail.com