

UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**L'émotion dans une formation simulée en soins palliatifs chez des  
internes de médecine : une thèse qualitative par focus groupe  
ancillaire de l'étude Emocare**

Présentée et soutenue publiquement le 05 Décembre 2023  
à 16h00 au pôle formation

**Par Martin LESAGE**

---

**JURY**

**Président :**

Monsieur le Professeur Eric WIEL

**Assesseurs :**

Madame le Docteur Judith OLLIVON

**Directeur de thèse :**

Madame le Docteur Chloé PROD'HOMME

---

# Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

# Sigles

<b>CNGE</b>	Collège National des Généralistes Enseignants
<b>CNSPFV</b>	Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie
<b>DES</b>	Diplôme d'Études Spécialisées
<b>EHPAD</b>	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
<b>FST</b>	Formation Spécialisée Transversale
<b>GEP</b>	Groupe d'Échange de Pratiques
<b>HAD</b>	Hospitalisation A Domicile
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'État
<b>IGAS</b>	Inspection Générale des Affaires Sociales
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>SFAP</b>	Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
<b>USP</b>	Unité de Soins Palliatifs
<b>WONCA</b>	<i>World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians</i>

# Sommaire

Avertissement.....	2
Sigles.....	3
Sommaire.....	4
Introduction.....	8
1Une définition des soins palliatifs et de la médecine générale.....	9
2Émergence de la démarche palliative .....	9
3Enjeux de formation en soins palliatifs .....	10
4L'approche par compétence en soins palliatifs et en médecine générale.....	11
5L'intelligence et la compétence émotionnelles .....	12
6La simulation comme formation en santé en médecine générale et en soins palliatifs .....	14
Matériel et méthodes .....	17
1Les objectifs de l'étude.....	17
2Le dispositif pédagogique.....	17
3Le design de l'étude.....	19
4La population et l'échantillonnage .....	19
5Le recueil des données.....	20
6L'analyse des données.....	21
7Le cadre réglementaire.....	21
Résultats.....	22
1Population et focus groupes .....	22
2L'expérience émotionnelle suscitée par la simulation en santé .....	22
2.1Des émotions négatives en lien avec la simulation .....	22
2.1.1L'appréhension et la peur .....	22
2.1.2Le stress .....	23
2.1.3Un sentiment d'inconfort, de sensation désagréable .....	23
2.1.4Des émotions mitigées .....	23
2.1.5Un manque de repères .....	23
2.2Une simulation décrite comme réaliste .....	24
2.2.1Une facilité d'entrer dans la simulation .....	24
2.2.2Une simulation réaliste et pertinente.....	24
2.2.3Les émotions et le climat sont similaires aux situations de soin.....	25
2.3Le temps de simulation et calme, paisible et bienveillant.....	27
2.3.1Climat calme et apaisé favorisant la discussion .....	27

2.3.2	Bienveillance, entraide.....	27
2.3.3	Quête de sérénité et d'apaisement lors de la simulation.....	27
2.4	Échange et partage d'expérience pour coconstruire le savoir.....	28
2.4.1	Moment propice à l'échange, au partage d'expérience pour l'élaboration de solutions collectives.....	28
2.4.2	Moment propice aux échanges collectifs en confiance.....	29
2.4.3	Moment d'équilibre au sein du groupe d'apprenant.....	29
2.4.4	Moment de pluridisciplinarité.....	30
2.4.5	Moment de confrontation à des situations déchargeant d'une culpabilité de mal faire au lit du malade.....	30
3	L'expérience émotionnelle antérieure en soins palliatifs.....	30
3.1	Difficulté émotionnelle lors de situations antérieures de soins palliatifs.....	30
3.1.1	Présence d'émotions négatives en soins palliatifs.....	30
3.1.2	Situations de transfert sur les émotions du patient, de l'entourage.....	31
3.1.3	Lourdeur et intensité des émotions vécues.....	31
3.1.4	Lourdeur émotionnelle de la fin de vie.....	31
3.1.5	Confrontation à la mort.....	31
3.1.6	Charge émotionnelle des gardes.....	32
3.1.7	Compétence du médecin dans la gestion des émotions.....	32
3.2	Situations choquantes, traumatisantes et culpabilisantes.....	32
3.2.1	Situations désagréables et traumatisantes.....	32
3.2.2	Brutalité inhumaine de la mort.....	33
3.2.3	Insécurité dans le soin.....	33
3.2.4	Confrontation à la souffrance et à la détresse d'un patient en situation dramatique.....	33
3.2.5	Culpabilité.....	34
3.3	Dépossession de l'entourage et médicalisation de la fin de vie.....	34
3.3.1	Dépossession de l'entourage.....	34
3.3.2	Médicalisation de la fin de vie.....	35
3.4	Stress et anxiété dans les situations de soin.....	35
3.5	La fonction décisionnaire.....	35
3.5.1	Le poids décisionnel et le costume de médecin.....	35
3.5.2	Difficultés identifiées à la prise de décision.....	36
3.6	Les expériences positives sont essentiellement verbales.....	39
3.6.1	Soulager, apaiser le patient.....	39
3.6.2	Aider le patient et l'entourage.....	39
3.6.3	Accompagner le patient et l'entourage.....	39
3.6.4	Temps de soulagement et de reconnaissance dans le deuil.....	40

3.7	Manque d'encadrement et solitude.....	40
3.7.1	Manque d'encadrement et de rétroaction.....	40
3.7.2	Solitude dans l'exercice du soin.....	41
3.8	Difficultés à solliciter les ressources disponibles.....	41
3.8.1	Indisponible de l'équipe.....	41
3.8.2	Limite de l'astreinte.....	41
4	Analyse collective et prise en compte des émotions à l'issue du debriefing.....	42
4.1	La simulation permet la prise en compte de l'expérience émotionnelle.....	42
4.1.1	Un espace propice à l'expression des émotions.....	42
4.1.2	Un point de vue inédit.....	42
4.1.3	Un climat propice à l'expression de chacun.....	42
4.1.4	Une remémoration de situations vécues ou projetées.....	42
4.2	La prise en compte de l'émotion à la suite de la simulation.....	43
4.3	Une amélioration des compétences globales.....	43
4.4	Intérêt de la prise en compte de l'émotion dans le soin.....	44
4.4.1	La nécessaire prise en compte des émotions personnelles.....	44
4.4.2	Les difficultés à exprimer ses émotions personnelles.....	44
4.4.3	La nécessité de légitimer le besoin d'écoute.....	44
4.4.4	Le risque de banaliser ou d'absorber les émotions.....	45
4.4.5	La confrontation à des émotions négatives et inconfortables.....	45
4.4.6	La confrontation à des situations culpabilisantes.....	45
4.4.7	Les émotions d'autrui dans les soins.....	45
4.5	Développer la compétence émotionnelle chez les internes.....	46
4.6	En ressources, des temps d'échange formels et informels.....	46
4.6.1	Temps formels par debriefing ou rétroaction.....	46
4.6.2	Temps informels par échanges intra équipe.....	47
4.7	Valorisation des échanges et du travail en équipe.....	47
4.7.1	Importance de l'échange et du travail en équipe.....	47
4.7.2	Importance de l'échange et du travail avec des personnes plus expérimentées.....	47
4.7.3	Rôle de soutien dans des situations difficiles.....	48
4.7.4	Rôle d'aide à la décision partagée.....	48
4.7.5	Aide dans l'apprentissage et l'exercice futur.....	49
4.7.6	Freins et facilitateurs à la prise en compte des émotions et à l'organisation de temps de discussion dans le soin.....	49
4.8	Une demande de généralisation des temps d'échange.....	51
4.8.1	...Nécessaire dans les soins.....	51
4.8.2	...Retrouvée dans la formation-simulation.....	52

Discussion.....	53
1Principaux résultats.....	53
1.1L'expérience émotionnelle dans l'exercice de la simulation .....	53
1.2L'expérience émotionnelle dans l'exercice du soin réel ou projeté.....	54
1.3L'expérience émotionnelle et son analyse collective en focus groupe .....	55
2Discussion des résultats .....	56
3Discussion de la méthode .....	56
4Perspectives et significativité clinique .....	57
4.1En termes de formation et de pédagogie.....	57
4.2En termes de soins .....	58
4.3En termes d'équipe .....	58
Conclusion .....	59
Références.....	60
Annexe 1 : Verbatim séance ET2P du 26/04/2022 .....	63
Annexe 2 : Verbatim séance ET2P du 25/01/2023 .....	69
Annexe 3 : Verbatim séance ET2P du 27/06/2023 .....	78
Annexe 4 : Tableaux des participants.....	87
Annexe 5 : guide d'entretien version 2 .....	89
Annexe 6 : Lettre d'information.....	93
Annexe 7 : Grille COREQ .....	95
Annexe 7 : Guide d'entretiens, photos.....	98

# Introduction

Les prises en charge palliatives existent en soins primaires où le médecin généraliste joue le rôle pivot de coordonnateur des soins et se démocratisent dans les services de soins dits curatifs en lien avec la diffusion d'une démarche palliative. En dehors d'une formation spécialisée transversale ajoutant un an au DES d'origine, la formation aux soins palliatifs est laissée à l'appréciation des formateurs dans chaque spécialité. Ainsi, à Lille, il n'est pas organisé de formation spécifique aux soins palliatifs au sein du DES de Médecine générale, en dehors d'une participation éventuelle à un groupe d'échange des pratiques portant sur cette thématique. Pourtant les situations palliatives requièrent des soins complexes, sont émotionnellement chargées pour les soignants, les proches et les patients.

L'IGAS identifie dans son rapport de 2017 des obstacles à la démarche palliative chez les médecins généralistes avec une charge de travail excessive, un manque de formation théorique ainsi qu'un isolement et des contraintes organisationnelles [1]. Des recommandations pratiques hospitalo-centrées et un cadre inadapté à la collégialité et à l'échange sont également identifiés comme obstacles dans un travail de thèse (Baldès, 2022 [2]). La formation par la simulation d'expériences de soins et la participation à des moments de débriefing offrant collégialité pourraient être l'une des clés d'une démarche palliative chez les futurs internes et généralistes. L'attention aux émotions dans ces situations pourrait être un levier de formation.

Nous posons ainsi l'hypothèse que la prise en compte de l'émotion lors de l'apprentissage et la participation à des « formations capacitanes » en soins palliatifs sont des axes essentiels pour obtenir de futurs médecins généralistes compétents.

## **1 Une définition des soins palliatifs et de la médecine générale**

L'OMS définissait en 2002 les soins palliatifs comme « cherchant à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés » [3].

La médecine générale s'intègre dans cette définition puisque la WONCA Europe la définissait en 2002 comme une discipline globale prenant en considération « tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques » en intégrant les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle du patient. Il convient au généraliste d'assurer la « coordination des soins », de mettre à « profit la connaissance et la confiance » du patient et d'assurer « la prestation de soins à visée curative et palliative » [4].

S'il y a eu en France 613 200 décès en 2019 dont une majorité (53 %) en milieu hospitalier, 24 % des décès surviennent au domicile et 12 % en maison de retraite ou en EHPAD. Par ailleurs 45 378 patients ont bénéficié d'une prise en charge de soins palliatifs en HAD (près de 60 000 en 2021) [5].

## **2 Émergence de la démarche palliative**

Le cadre légal en France, émanant de la demande sociétale, vise à garantir à chacun l'accès à des professionnels de santé formés en soins palliatifs. La formation des médecins généralistes est donc un enjeu majeur à la diffusion de la démarche palliative sur le territoire.

Cette démarche vise à aborder de manière anticipée les soins palliatifs et la fin de vie mais également à améliorer l'exercice du soin et ses conditions pour le patient, son entourage et les accompagnants, les bénévoles et professionnels de santé soignants et médicaux. Elle vise enfin à développer la réflexion sur les soins palliatifs dans l'ensemble des services de soins afin de ne pas

dissocier soins palliatifs et curatifs. Cette démarche palliative, adaptable et nécessaire à la médecine de ville, nécessite de développer une compétence en soins palliatifs [6–8].

En France l'offre en soins palliatifs est graduée en trois niveaux selon le patient en fonction de sa stabilité et de la complexité de sa prise en charge et selon son environnement (ambulatoire ou hospitalier) en coordination des professionnels de santé, entourage et intervenants. Le médecin généraliste est pivot dans la prise en charge ambulatoire, en binôme avec les infirmiers libéraux dans les situations peu complexes, en coordination avec l'HAD et les ressources hospitalières. Ils sont appuyés dans les situations complexes d'équipes expertes en soins palliatifs [5].

La qualification en soins palliatifs repose sur la formation des professionnels de santé et intervenants auprès des personnes en situation de fin de vie.

### **3 Enjeux de formation en soins palliatifs**

Dans leur étude de 2017, Poinceaux et Texier interrogent les compétences d'internes de médecine générale en fin de cursus et révèlent des difficultés en lien avec la perception des soins palliatifs, la formation, la gestion des symptômes et de la thérapeutique, l'éthique, la loi et les ressources disponibles, des compétences nécessaires et utiles en soins palliatifs. Ainsi 79 % (n = 102) des internes de médecine générale interrogés s'estimaient insuffisamment préparés pour assurer une prise en charge palliative [9].

Le troisième cycle des études médicales ne contient pas de formation obligatoire en soins palliatifs. Il n'y a pas de formation spécifique obligatoire dans le DES de Médecine générale relative aux soins palliatifs en dehors d'une participation à des GEP intra-spécialité et à des formations non obligatoires telles que l'ET2P. Les internes peuvent cependant accéder durant leur cursus à des diplômes universitaires et interuniversitaires en soins palliatifs ainsi qu'à la FST qualifiante en soins palliatifs d'une durée d'un an avec des stages de pratique associés. Par ailleurs certains

départements de médecine générale proposent des enseignements théoriques hors stages sur la thématique des soins palliatifs. Ces enseignements n'ont pas de caractère national.

Le plan national développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024 préconise pour les internes la mise en place de séances théoriques abordant la communication, l'éthique, la réflexion multidisciplinaire ainsi que des mises en situation pratique. Pour les généralistes il est proposé la mise en place de formations abordant les spécificités d'accompagnement à la fin de vie au domicile et en établissement médico-social. Par ailleurs le plan propose des mises en situation au sein d'équipes mobiles ou de services dédiés au cours des diplômes de spécialités fortement confrontés aux situations de soins palliatifs dont la médecine générale (5).

## **4 L'approche par compétence en soins palliatifs et en médecine générale**

Si les dernières réformes ont amené l'ensemble des études médicales à intégrer l'approche par compétence, le CNGE a développé dès les années 2000 un enseignement de la médecine générale dans une approche par compétences [10–12].

La compétence, inspirée de la définition de Tardiff, est une association de savoirs et capacités divers permettant « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison d'une variété de ressources internes et externes pour traiter de façon adéquate des problèmes à l'intérieur de familles de situations » [13,14].

L'approche par compétence est destinée à former des médecins généralistes compétents et professionnels à l'issue de leur formation initiale. Ils sont aptes à utiliser un savoir-agir complexe en situation de pratique de la médecine générale via l'acquisition d'une compétence professionnelle. Elle intègre l'apprentissage d'un savoir théorique, d'un savoir-agir dans la pratique et d'un savoir-

être auprès de soi, des autres et adapté au contexte. Elle se traduit par la mise en place d'un référentiel de compétences et de sa traduction pédagogique.

Le référentiel français de formation et de compétences des médecins généralistes comprend six compétences génériques déclinées en trois niveaux de développement le plus élevé étant celui de médecin généraliste compétent et autonome. Elles mettent en jeu différents champs de l'ordre du biomédical, du psycho-affectif, du social, de l'éthique ainsi que de l'administratif et du juridique [9,11,15].

Le médecin généraliste compétent assure dans les situations palliatives une prise en charge globale et coordonne les soins. Il prend en considération les dimensions personnelles, contextuelles, culturelles et existentielles du patient et de son entourage [15].

La SFAP a réalisé un référentiel de compétences intégrées. Il est destiné à toute personne exerçant dans le domaine des soins palliatifs (professionnels de santé, formateurs, accompagnants, bénévoles...). Il comprend des familles de situations pouvant correspondre à une activité de médecine générale, comme « soins palliatifs à domicile » où l'apprenant doit répondre aux besoins, plaintes et attentes du patient et de son entourage au sein du domicile, « soins palliatifs en structures », « coordination » où l'apprenant a pour rôle de coordonner les nombreux acteurs impliqués dans des prises en charge complexes, « management » où l'apprenant accompagne le patient et son entourage en interprofessionnalité, prend pour rôle également de s'intéresser au vécu des intervenants et la « formation » [16].

## **5 L'intelligence et la compétence émotionnelles**

La nature complexe et émotionnellement chargée des situations palliatives exige des professionnels de santé une préparation adéquate pour offrir une prise en charge efficace et empathique.

Les émotions se définissent par une réaction de courte durée avec une signature neurobiologique spécifique en réponse à une expérience précise (Damasio, 1994). Elles ont un impact quotidien sur la santé, le bien être, les performances au travail et les relations aux autres ainsi que sur l'apprentissage, influençant la perception, l'attention, l'acquisition, le stockage et l'usage des connaissances [17].

L'intelligence ou compétence émotionnelle se définit comme la capacité à comprendre et utiliser ses émotions et celles d'autrui dans un but. Elle permettrait de dissiper incompréhension et incertitude dans des situations d'expériences émotionnelles.

Dans ses travaux, Mikolajczak identifie cinq compétences émotionnelles fondamentales :

- L'identification de ses émotions ou de celles d'autrui,
- La compréhension des causes et conséquences de ses émotions ou de celles d'autrui,
- L'expression de ses émotions et de manière socialement acceptable et la capacité à laisser autrui exprimer ses émotions,
- La régulation du stress ou de ses émotions et celles d'autrui,
- L'utilisation des émotions de soi ou d'autrui pour créer un climat favorable et faciliter la pensée et l'action [18].

Sur le plan personnel, la compétence émotionnelle est un marqueur prédictif de bonne santé physique mais également psychologique puisque des compétences positives sont associées au bien-être et à la satisfaction et des compétences négatives à l'anxiété, au stress et au risque de *burn out*. Elle joue un rôle également au niveau des interactions sociales [17].

Sur le plan professionnel, la compétence émotionnelle joue un rôle au niveau relationnel et des interactions, de la satisfaction, du stress et de la performance [17].

Des études démontrent un bénéfice sur la relation patient-soignant en termes d'empathie, de communication, de soutien du patient et de meilleure compréhension par celui-ci lorsque la compétence émotionnelle est enseignée lors de la formation initiale des professionnels de santé.

Elles jouent également un rôle protecteur individuel des étudiants en santé au niveau psychologique et physique, une population particulièrement exposée aux troubles psychiatriques [17].

Le référentiel destiné à la formation des internes de médecine générale comprend la compétence « communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage », qui intègre la prise en compte des émotions de l'apprenant et du patient [10].

Le référentiel de compétences intégrées de la SFAP intègre la macro capacité « travailler les tensions psycho affectives » qui vise à prendre en compte des émotions personnelles et d'autrui dans le soin. Elle comprend les capacités de reconnaissance des émotions de soi-même et d'autrui, l'expression de cette émotion, le fait de s'ajuster émotionnellement à la situation et la mobilisation des émotions pour développer la pensée et l'action [16].

## **6 La simulation comme formation en santé en médecine générale et en soins palliatifs**

La confrontation à des situations cliniques complexes contextualisées sont la dernière étape nécessaire à l'apprentissage par compétence avant la situation réelle. La simulation permet de confronter l'apprenant à des scénarios cliniques réalistes au sien d'un environnement contrôlé. Elle est précédée conformément aux préconisations de la HAS d'un temps de briefing destiné à ancrer les participants dans la simulation et à lever les appréhensions. Puis d'un temps de debriefing avec le formateur permettant l'analyse collective et point par point du déroulé de la simulation et l'apprentissage par la réflexion qu'il suscite [19,20].

La simulation en santé a pour but d'améliorer la prise en charge des patients. Si l'apprentissage en contexte clinique permet le développement de compétences solides, la simulation en santé répond

à des enjeux de formation permettant au professionnel apprenant l'acquisition de connaissances, de compétences techniques, d'une réflexion en groupe et de comportements comme la confiance en soi ou la gestion de l'appréhension de certaines situations cliniques. Elle permet également la mise en confrontation à des situations qui seraient exceptionnelles et à des enjeux éthiques puisqu'elle décharge le patient d'une responsabilité pédagogique, à savoir « jamais la première fois sur le patient ». Elle est une étape préalable à la nécessaire confrontation aux patients en situation clinique réelle [21,22].

Il existe cependant dans la littérature des limites à cet apprentissage, comme l'appréhension de la confrontation à la mise en situation ou la présence ou non d'un environnement perçu comme similaire par l'apprenant (et non nécessairement réaliste pour le formateur) [20]. Il existe également des limites quant à la présence d'émotions positives ou négatives et leur intensité, susceptibles d'augmenter la charge cognitive et de faire obstacle à l'apprentissage [23,24]. La confrontation à la mort dans le cadre d'une simulation est objet de controverse devant son impact en matière d'apprentissage mais aussi émotionnel (négatif) ou psychologique (culpabilité) avec un risque de formation inefficace ou destructrice pour le participant [25,26].

Dans l'optique du développement d'une compétence émotionnelle en lien avec la formation initiale aux soins palliatifs, comprendre comment une formation avec simulation en soins palliatifs peut influencer les émotions des internes est crucial pour concevoir des programmes de formation plus efficaces, mieux adaptés aux besoins des apprenants, permettant une amélioration de la qualité des soins dispensés et de la quantité de vie et de bien-être des futurs professionnels de santé.

Nous souhaitons tester les hypothèses suivantes dans notre étude :

- Une formation simulée peut-elle améliorer la compétence émotionnelle en soins palliatifs des internes ?
- Les émotions suscitées par les situations de soins palliatifs peuvent-elles limiter l'enjeu pédagogique de la simulation ?
- L'artificialité de la simulation peut-elle limiter l'apprentissage des compétences en soins palliatifs ?

# Matériel et méthodes

## 1 Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude est d'explorer l'expérience émotionnelle d'une population d'internes de médecine suscitée par une séance de simulation en santé sur la thématique de la prise en charge palliative et de son analyse en regard de l'expérience émotionnelle antérieure en soins palliatifs.

L'objectif secondaire de notre étude est d'explorer ce que l'expérience émotionnelle et son analyse collective apporte à la formation aux soins palliatifs chez des internes de médecine.

## 2 Le dispositif pédagogique

La formation avec simulation s'insère pour les internes dans le cadre de l'ET2P mis en place par la Faculté de Médecine de Lille, avec un accès libre pour l'ensemble des internes. L'enseignement « Accompagnement de fin de vie » comprend ainsi une formation théorique en distanciel via la plateforme Moodle complétée d'une documentation théorique sur les soins palliatifs et la prise en charge des principaux symptômes liés à la fin de vie puis d'une séance en présentiel d'une durée de 3h00 au centre Présage de l'Université de Lille.

Ces séances ont été animées par le formateur et comprenaient une dizaine d'apprenants et respectait les préconisations de la HAS sur la simulation en santé [19] avec une organisation en trois temps.

Le premier temps, de briefing, était un temps de mise en contexte et de rencontre entre apprenants. Il leur permettait d'exprimer leur stress et leur appréhension à la situation et au jeu de rôle, ainsi que d'obtenir une certaine réassurance.

Le deuxième temps, de simulation, voyait le groupe d'apprenants se répartir entre observateurs et participants au cours de deux mises en situation qui se suivaient et abordaient la prise en charge des symptômes pénibles en fin de vie.

La première concernait l'encombrement réfractaire chez un patient de 47 ans atteint d'un cholangiocarcinome en phase terminale et l'accompagnement de son épouse, la seconde concernait la mise en place d'une sédation pour détresse respiratoire aiguë chez un patient vigile atteint d'une lymphangite carcinomateuse.

Les internes étaient épaulés d'un formateur jouant le rôle d'un IDE pour d'éventuelles questions ou la réalisation d'actes techniques.

Le troisième temps, dédié au débriefing collectif, avait pour objectif par l'interaction entre les étudiants et les formateurs pour construire un temps d'apprentissage actif grâce à l'évaluation formative. Il comprenait différentes phases.

La phase de réaction reprenait les impressions, les difficultés techniques ou le ressenti des étudiants durant la simulation.

La phase d'analyse permettait une analyse point par point de la simulation basée sur la rétroaction des étudiants (sur le comportement, le raisonnement, etc.) et guidée par une grille d'analyse. Ce temps d'analyse collectif recherchait l'échange et la discussion des participants entre eux et avec les formateurs afin de faire émerger les points de vue, les conseils et les expériences antérieures. Ce temps était accompagné de questions ouvertes et de relance pour accompagner les étudiants dans la construction de leurs apprentissages collectivement par l'échange et individuellement par la rétroaction sur des pratiques durant la simulation.

La phase de synthèse permettait de ré insister sur les points d'attention, sur les différentes phases de la prise de décision de sédation et de sa mise en œuvre en cas de détresse.

### **3 Le design de l'étude**

Notre étude est qualitative, inspirée de la théorisation ancrée avec des entretiens collectifs par focus groupes.

Ces choix méthodologiques permettent de recueillir une variable émotionnelle, basée sur l'expérience personnelle antérieure et la confrontation à une situation simulée des participants, afin de procéder à une analyse interprétative et d'explorer l'expérience émotionnelle des participants de manière collective et son apport à la formation en soins palliatifs, dans leur posture de médecin [27,28]. L'étude suit les critères de qualité du COREQ [29].

### **4 La population et l'échantillonnage**

La population se compose exclusivement d'étudiants du troisième cycle des études médicales (internes et docteurs juniors).

Le principal critère d'inclusion était d'être volontaire à l'issue de la formation simulée pour participer à l'étude.

Les critères de non-inclusion sont un refus de participation à l'étude à l'issue de la formation simulée, le fait de ne pas parler français, d'être spécialisé en soins palliatifs.

Le recrutement se fait à l'issue de la participation à l'enseignement « Accompagnement de fin de vie », proposé de manière volontaire dans le cadre de l'ET2P. Afin d'assurer des effectifs suffisants lors des enseignements puis de l'étude, sa promotion est réalisée via le site de la Faculté, via le bouche-à-oreille, via une information sur des groupes de réseaux sociaux des syndicats étudiants notamment l'Association des Internes de Médecine Générale de Lille.

L'échantillonnage est théorique basé sur le principe de saturation des données inhérent la théorisation ancrée.

## 5 Le recueil des données

Après réalisation de la formation simulée selon ses trois temps, les participants sont réunis lors d'un entretien collectif en focus groupe. Il est homogène pour faciliter l'expression entre pairs.

Le recueil par focus groupe permet l'interaction et la dynamique de groupe avec des échanges qui favorisent l'émergence de connaissances et le partage d'opinions et d'expériences. L'analyse collective de la simulation permet d'éviter les postures, de faire évoluer les participants dans une démarche d'analyse et de réflexion [30].

L'entretien est animé par le formateur, selon un guide d'entretien élaboré au préalable et basé sur l'utilisation de photographies. Il permet la libre expression de chacun tout en cadrant le déroulé de l'entretien selon trois questions avec pour les deux premières question la justification de la sélection d'une photo relative à l'émotion suscitée par la simulation puis relative à l'émotion suscitée par une situation de soin similaire. La troisième question porte sur l'analyse de l'intérêt perçu du tour de table autour des émotions et l'impact sur la pratique clinique.

L'utilisation de photographies permet le recours au photo langage par la technique de photo élicitation. Elle intègre des supports visuels durant l'entretien, dans le cadre de l'étude des photographies sélectionnées au préalable car validées dans des travaux pédagogiques antérieurs sur les soins palliatifs et à partir de la base de données *International Affective Picture System (IAPS)* [31]. La photo élicitation facilite l'expression verbale des participants, d'autant plus chez des étudiants en médecine formatés. Elle facilite également l'expression des émotions, de connaissances inconscientes, encourage à une réflexion plus abstraite. Elle permet ainsi d'enrichir le contenu de l'entretien [32,33].

Le recueil des données se fait sous format d'enregistrement audio avec un dictaphone ou une application dédiée sur téléphone puis la retranscription sur informatique avec le logiciel Word© afin d'obtenir des verbatims anonymisés.

## **6 L'analyse des données**

L'analyse des verbatims est inspirée de la théorisation ancrée avec une analyse par thématique en trois niveaux de codage avec une intégration du choix des photos.

La triangulation est effectuée entre chercheurs en parallèle de l'étude Emocare, qui étudie l'expérience émotionnelle de professionnels de santé (médecins thésés ou non, soignants, personnels techniques) lors de simulations similaires à l'étude ainsi que l'analyse collective et l'apport à la formation en soins palliatifs qui en est faite. L'harmonisation et la comparaison des résultats permet la construction d'un modèle explicatif par catégorisation en arborescence thématique. La saturation des données est évaluée collectivement par les chercheurs.

## **7 Le cadre réglementaire**

Remise d'un formulaire de consentement et d'une lettre d'information aux participants.

Confidentialité des données et des participants avec anonymisation des données.

Déclaration préalable aux entretiens à RGPD de l'université de Lille (CNIL).

La méthodologie hors loi Jardé de cette étude ne nécessite pas de demande préalable au CPP ni de comité d'éthique.

# Résultats

## 1 Population et focus groupes

Les entretiens collectifs analysés dans le cadre de ce travail sont au nombre de trois. Le nombre de participants était de 31 sur les trois entretiens collectifs. 32 personnes au total participaient à la formation. Les non participants l'étaient pour des raisons personnelles. Le nombre de femmes était de 26 soit un pourcentage à 84 %.

Il s'agit d'une population d'étudiants de troisième cycle des études médicales (internes et docteurs juniors). Les DES représentés sont ceux de Pneumologue, Médecine d'urgence, Médecine générale et Cancérologie. Par ailleurs certains participant étaient en réalisation du DU ou de la FST de soins palliatifs.

Les focus groupe sont d'une durée moyenne de 31 minutes (minimum 28 minutes et maximum 34 minutes).

L'annexe 4 comprend les tableaux descriptifs des participants.

## 2 L'expérience émotionnelle suscitée par la simulation en santé

### 2.1 Des émotions négatives en lien avec la simulation

#### 2.1.1 L'appréhension et la peur

Plusieurs participants font état d'émotions négatives en lien avec la simulation, comme l'appréhension ou la peur d'être observé, de lancer dans la simulation. Les photos choisies correspondent aux mains qui cachent. Ce n'est cependant pas un frein pour participer à la séance ou rentrer dans le rôle.

*Pers5F1. « J'aime pas trop ça à la base et je pense qu'on aime tous pas trop ça parce qu'on n'est peut-être pas tous à se jeter sur les rôles à la base mais euh mais on oublie très vite qu'il y a quelqu'un qui nous regarde »*

*Pers10F2. « Moi au début (...) je m'étais mis sur celle ou elle se cache (...) parce que je trouve c'est toujours une expérience de se lancer, avec le regard des autres quand même qui est pas forcément toujours évidant »*

### **2.1.2 Le stress**

La simulation est ressentie comme stressante par certains participants, par le fait de se lancer ou de par le stress engendré par la situation en elle-même pour.

*Pers4F3. « En pensant à la deuxième situation ou c'était un peu plus tendu justement et un peu plus stressant je pense surtout pour ceux qui ont participé »*

*Pers1F3. « Un sentiment en fait de... initialement de stress je pense surtout pour ceux qui ont participé et... alors la je pense que c'était un peu anxiogène initialement »*

### **2.1.3 Un sentiment d'inconfort, de sensation désagréable**

Certaines situations sont décrites comme inconfortables et désagréables à vivre comme la confrontation à l'inconfort d'un patient en détresse respiratoire.

*Pers1F1. « C'est vrai que non quand on a un patient en face de soi qui est pas tout de suite soulagé, c'est pas particulièrement agréable »*

### **2.1.4 Des émotions mitigées**

Le ressenti de certains observateurs et participants est mitigé face une simulation jugée non agréable à vivre.

*Pers10F2. « Un peu mitigé je trouve voilà dans les émotions. »*

*Pers1F1 « C'était c'était un peu mitigé mais c'était pas c'était c'était pas du tout un moment euh sympa à vivre quoi (rires) »*

### **2.1.5 Un manque de repères**

Il est également décrit une perte de repères avec des difficultés à s'orienter et à se concentrer sur certains éléments pendant la simulation. L'image choisie est celle des chemins.

*Pers5F2. « On est tous dans la même situation on sait pas trop dans quelle direction partir, sur quoi vraiment se concentrer et... après je pense c'est aussi le manque d'expérience »*

*Pers9F2. « Le fait de ne pas savoir ce qu'il va se passer, l'incertitude de la situation »*

## 2.2 Une simulation décrite comme réaliste

### 2.2.1 Une facilité d'entrer dans la simulation

Il est retrouvé une facilité de se prendre au jeu, à entrer ou sortir faciles du rôle.

*Pers5F1. « On oublie très vite qu'on est filmé et qu'il y a quelqu'un à côté fin on oublie très vite que quelqu'un nous regarde dans une pièce à côté »*

*Pers1F1. « On oublie qu'on est filmé et on se prête au jeu »*

*Pers4F1. « Je trouve que très rapidement, on se prête au jeu mais très rapidement, on sort vite, dès qu'il va y avoir un petit blanc, il va y avoir une sorte de sortie de rôle qui freine un peu après la reprise »*

*Pers4F1. « On arrive à se mettre très vite dedans et tant que entre guillemets, ça, ça roule ben ça roule très bien. Si à un moment, du coup, on a un petit doute sur qqc eh ben très vite, il va y avoir cette perte de mise en situation »*

### 2.2.2 Une simulation réaliste et pertinente

La simulation est décrite comme réaliste dans la mise en scène et son format pédagogique avec par exemple le matériel mis à disposition.

*Pers9F2. « On a une chance aujourd'hui d'avoir ces formations... avec la technologie qui nous permet de faire avec la vidéo qui retransmet et les mannequins qui sont quand même très réalistes et la mise en scène »*

Le choix des situations simulées est pertinent avec certaines situations qui ont pu être rencontré dans la pratique par certains internes.

*Pers5F1. « C'était très représentatif fin de ce qu'on, des situations auxquelles on était confrontés fin s'il y avait des situations, je pense que si on l'a pas encore été, on va l'être à un moment »*

*P2F2. « La situation de simulation me rappelle un cas que j'ai vécu en décembre »*

*Pers12F3. J'ai vécu en garde la une situation qu'on a simulé avec un patient qui faisait une détresse respiratoire terminale*

La simulation et l'usage associé de la photo élicitation favorisent la remémoration de situation de soins permettant l'ancrage de la simulation et de l'apprentissage.

*Pers6F3. Moi j'aurai pris la même image parce que à la fois l'œil il pleure mais il a pas l'air triste enfin je sais pas comment dire ça et du coup pareil ça me rappelle deux situations*

## 2.2.3 Les émotions et le climat sont similaires aux situations de soin

Plusieurs participants ressentent pendant la simulation des émotions et un climat jugés similaires aux situations de soins

### 2.2.3.1 Présence du sentiment d'urgence

Le sentiment d'urgence est retrouvé par les participants lors de certaines situations comme dans la détresse respiratoire aiguë.

*Pers1F1 moi sur le tableau de détresse, effectivement il y a quand même un peu l'urgence de se dire : Ah bon ben là, fin qu'est-ce que je fais ? Il faut le faire quoi*

### 2.2.3.2 Émotions positives en lien avec l'entourage et le patient

Le climat de la formation est calme, paisible. Il est favorable à l'apaisement dans une situation grave.

Il est ressenti similaire au soin. La photo choisie est celle de la bougie.

*Pers6F2. Alors moi par rapport à la simulation d'aujourd'hui, je me dis la bougie parce que, bah quand on est rentré je trouvais que c'était, quand on fait l'entretien avec les familles, je trouve que c'est toujours très calme, très apaisant. Après c'est parfois monotone et en même temps... je pense que c'est important, c'est... voilà, de garder ce ton là et... Ça me fait penser à ça.*

La simulation est jugée comme similaire aux situations de soins palliatifs sur la proximité et le contact auprès du patient et de son entourage, source de joie, d'un sentiment d'accompagnement, proximité. La photo choisie est celle d'une forêt, où l'on retrouve un soleil.

*Pers1F2. On avait vachement de contact et de lien surtout avec la famille. (...) Je trouve que c'est aussi ce que l'on retrouve en soins palliatifs en général, vraiment le contact avec les gens et les familles. (...) Bah c'est une émotion positive. C'est agréable d'accompagner les familles dans la fin de vie. (...) C'est de la joie ou de la satisfaction d'essayer d'apaiser un peu les familles dans les fins de vie.*

La simulation permet un soutien du patient et de son entourage similaire aux situations de soins et symbolisé par la photo d'une pyramide d'homme.

*Pers8F3. Tout le monde accompagne bah le patient sa famille bah dans les moments difficiles comme ce qu'on a vu et que bah y'a tout le monde quoi, et tout le monde est lié par la prise en charge par le patient et que heu... bah voilà c'est un soutien*

On retrouve un sentiment d'accomplissement à la suite du décès estimé réussi du patient, émotion recherchée par ailleurs dans le soin.

*Pers7F3. J'ai envie de dire accomplissement je trouve que ça fait partie de l'accomplissement du médecin que de réussir à dire heu... à dire que on laisse partir quoi, qu'on laisse partir et dans de bonnes conditions*

### **2.2.3.3 Empathie**

L'empathie envers le patient et son entourage est une émotion retrouvée lors de la simulation, la photo associée est celle de « la soignante qui accompagne la dame âgée ».

*Pers3F3. Plutôt sur celle la heu... c'est l'accompagnement et la réassurance qui me viendraient et que je trouve vraiment primordial de... dans le contexte de fin de vie, de... de la formation qu'on a eu heu... voilà je sais pas trop quoi dire de plus (...) L'empathie (...) Plutôt positif*

### **2.2.3.4 Émotions négatives**

La simulation est ponctuée d'émotions négatives, transmises par ou en s'identifiant au patient. On retrouve la tristesse, la peur ou encore du stress ou de l'anxiété. Une photo sélectionnée est celle d'une corde, métaphore picturale associée à la mort et la fin de vie.

*Pers5F3. La tristesse aussi de voir le patient souffrir et du coup de s'identifier un peu à lui dans sa souffrance...*

*Pers5F3. Ça m'évoque vachement de peur parce que j'ai peur de pas être à la hauteur dans cette situation 2 ou en fait c'est super dur de voir le patient souffrir dans les derniers moments de sa vie et de... peur de pas être à la hauteur et de pas réussir à le soulager pour qu'il parte confortablement*

*Pers5F3. « J'ai choisi cette image (...) dans l'idée que on arrive vraiment à la fin de la vie du patient qui voilà il reste un fil »*

*Pers6F3. « Dans la situation ce qui était très stressant c'était le patient qui était hyper vigile et qui était hyper anxieux »*

### **2.2.3.5 Interaction collective**

Certains participants identifient la participation du patient et de son entourage dans les prises de décisions comme un objectif des soins palliatifs. Certains soulignent la volonté d'impliquer le patient aux prises de décision lors de la simulation. Ces interactions sont symbolisées par la photo de mains liées.

*Pers9F3. « Tout s'imbrique que ce soit entre médecins de différentes spécialités heu les paraméd mais moi j'aurai pas dis que le patient était le la ou ça s'imbrique... moi j'aurai dis que le patient était aussi une des mains parce qu'il nous aide en disant son ressenti*

*enfin comment il se sent la famille aussi enfin l'entourage qui peut aussi avoir une hétéro évaluation qui peut être utile »*

*Pers9F3. « Le patient lui il était vraiment là à dire « bah j'arrive pas à respirer je me sens pas bien je veux dormir » enfin ou il nous guide aussi donc c'est une main enfin il agit dans la prise en charge »*

## **2.3 Le temps de simulation et calme, paisible et bienveillant**

### **2.3.1 Climat calme et apaisé favorisant la discussion**

La formation, la simulation puis son débriefing sont identifiés comme des temps calmes, propices à l'échange, en conformité avec la vision des soins palliatifs. Les photos choisies sont celles d'oiseaux dans le ciel, d'un couloir ou d'une bougie.

*Pers4F2. C'est un peu un lever de soleil un peu brumeux et du coup quand on parle du soin palliatif la je trouve que c'est un peu.... Enfin... Moi j'en ai un peu cette représentation-là, que... c'est paisible, c'est... enfin un service comme ça c'est apaisé (...)*

*F. Et du coup c'est une situation plutôt représentée par l'aspect pratique en soins palliatifs et... ou c'est de la simulation ?*

*Pers4F2. Bah c'est pareil en fait (...) pendant la séance voilà on discute calmement.*

*Pers1F1 Pour la situation de la formation, effectivement, c'est c'est une image qui est apaisante*

*Pers7F2. Moi aussi j'ai pris le couloir mais c'était plutôt parce que c'est paisible aussi en fait au final, un couloir plus tranquille.*

### **2.3.2 Bienveillance, entraide**

La simulation et son débriefing sont des moments d'entraide bienveillante à l'image d'une accolade ou de la photo d'une « soignante qui accompagne ».

*Pers9F2. Je choisirai la photo avec l'accolade ... c'est un peu comme ça que j'ai un peu comme ça que j'ai vécu la formation cette après-midi avec une entraide bienveillante, voilà on est là pour discuter et pour pouvoir, enfin voilà dans la bienveillance*

*Pers10F2. J'ai vu celle-là aussi où il pose la main ... plus sur de la bienveillance et que finalement derrière y a quand même de la bienveillance et en fait est tous dans la même situation et il n'y a pas franchement de jugement finalement*

### **2.3.3 Quête de sérénité et d'apaisement lors de la simulation**

Un participant représente la simulation comme la recherche d'une sérénité, utilisant une image chrétienne, avec pour objectifs de mettre en place un cadre paisible et de rendre le patient

confortable. L'image choisie est celle d'oiseaux dans le ciel, le participant n'évoque pas d'émotion personnelle.

*Pers5F1. La première photo, les oiseaux dans le ciel, parce que, bon après c'est peut-être une image plus euh fin chrétienne et que les gens ils ont du fait de de la mort, plutôt comme ça et et le fait d'accompagner les gens dans une sérénité fin moi je le vois plutôt comme ça, de nous apprendre à avoir un cadre paisible euh que les échanges soient confortables fin c'est c'est ça que ça m'évoque en tout cas*

*Pers5F1. Sérénité (...) C'est l'objectif pour le patient*

## 2.4 Échange et partage d'expérience pour coconstruire le savoir

La simulation et son debriefing permet l'échange et le partage d'expérience, la co-construction du savoir dans une approche symétrique entre les participants d'un groupe d'apprenant.

### 2.4.1 Moment propice à l'échange, au partage d'expérience pour l'élaboration de solutions collectives

Le debriefing est un moment propice au partage d'expérience avec un retour sur les situations simulées. Il est symbolisé par une image de puzzle.

*Pers8F2. Moi j'aurai pris le puzzle je pense enfin c'est à la fois on voit plusieurs mains, il y a du partage quand même, que ce soit sur l'expérience, le retour de fait qui ont pu se passer*

*Pers1F3. On est vraiment tous ensemble à regarder à commenter un petit peu ce qu'il s'est passé donc je pense que c'est pas mal l'aspect réunion discussion*

C'est un moment où chacun apporte des solutions selon son savoir, ses connaissances, ses expériences antérieures et son point de vue. Cette confrontation des participants apprenants permet la réflexion de groupe et l'apprentissage. Les photos choisies pour l'illustrer sous celle de la réunion et des mains et fils reliés.

*Pers11F2. Les ficelles elles ont un peu touché tout le monde, tout le monde a un peu bougé, chaque main derrière à sa solution on va dire pour rassurer la patiente pour son symptôme, à sa manière, différente et que à chaque personne qui propose une solution ça aussi touche impacte les autres autour pour et celle du patient dans l'entourage*

*Pers2F3. C'est vraiment le partage de chacun avec notre spécialité différente mais aussi notre... notre expérience notre avancé dans l'internat et les situations auxquelles on a été confronté*

*Pers9F3. Si on a des avis contradictoires mais que on arrive à réfléchir la réflexion sur justement ce qui est mieux à faire*

Il n'y a selon les participants de bonne manière de faire, ce qui est symbolisé par les photos d'un puzzle et de chemins.

*Pers5F1 : On nous apprend (...) en discutant ensemble, il y a pas de bonne manière, fin il y a pas de, de règle de...*

*Pers8F2. il n'y a pas forcément une manière de faire donc j'aurai choisi le puzzle moi.*

*Pers2F3. Ce qui était pas mal c'est qu'on pouvait tous se rendre compte qu'il y a pas de... de vraie bonne réponse ou de façon de faire tout à fait correcte mais heu que chacun a un peu sa façon de voir les choses*

#### **2.4.2 Moment propice aux échanges collectifs en confiance**

Le climat de confiance au sein des participants favorise l'expression et l'action de chacun pour le patient à l'image d'une pyramide d'homme.

*Pers8F3. On apporte tous ce qu'on a ce qu'on sait et on veut tous le mieux pour le patient et du coup comme on est tout plein autour du patient sa famille bah ça te met plus en confiance nous ça met plus en confiance la famille ça met plus en confiance le patient*

*Pers1F3. Un sentiment (...) de confiance comme quoi... et puis de partage vraiment de... de chacun son expérience et voilà... et avoir la confiance de pouvoir partager cette expérience avec les personnes autour quoi*

*Pers7F3. Ce qu'on a fait aujourd'hui la formation ou bah on débriefer on est tous autour du patient à débriefer essayer de tirer les bonnes ficelles pour faire au mieux pour le patient*

#### **2.4.3 Moment d'équilibre au sein du groupe d'apprenant**

La simulation et son débriefing offrent au groupe d'apprenant un moment de co-construction, de symétrie entre apprenant ou chacun fait apport de son savoir, de son expérience, de ses solutions, sans notion de hiérarchie. Cet équilibre est représenté par le choix d'une photo d'une main entourée de ficelles mais également d'un puzzle.

*Pers2F2. On est un peu tous ensemble, on discute tous ensemble, heu sur ce qu'il s'est passé, heu mais aussi pour des questions, éclaircir certains sujets, donc heu plus collégial que ce qu'on a fait cette aprem*

*Pers3F2. Le partage de ce qu'on aurait fait, de l'expérience, enfin pour moi ça y ressemble c'est un peu le soin palliatif qui est un travail collégial et on apporte tous un peu notre connaissance.*

*Pers8F3. On apporte tous quelque chose de différent mais on est tous centré sur la prise en charge du patient*

#### **2.4.4 Moment de pluridisciplinarité**

Des participants retrouvent devant l'aspect pluridisciplinaire d'une simulation centrée sur la prise en charge du patient des éléments à l'image des soins palliatifs.

*Pers7F3. Ça mélange plusieurs mains différentes toutes les mains qui sont reliées finalement tous nos cors de métiers sont reliés la (...) ça concerne tout le monde (...) ça concerne tous les services on est tous reliés et heu et on est tous en lien on a tous notre mot à dire et notre partage... on a tous un partage à faire sur ce qu'est le patient finalement parce que c'est lui qui reste au centre de ce nœuds de fils et heu je trouve ça résume bien la prise en charge un peu pluridisciplinaire*

#### **2.4.5 Moment de confrontation à des situations déchargeant d'une culpabilité de mal faire au lit du malade**

La simulation permet de se confronter à certaines situations en se déchargeant de la culpabilité de mal faire au lit du malade.

*Pers1F1. C'est très bien de de d'avoir ces simulations-là parce qu'effectivement, je pense que ça apprend des choses au lit du malade sans un peu le, comment on dit... la culpabilité de pas avoir fait bien pour le vrai patient*

### **3 L'expérience émotionnelle antérieure en soins palliatifs**

#### **3.1 Difficulté émotionnelle lors de situations antérieures de soins palliatifs**

##### **3.1.1 Présence d'émotions négatives en soins palliatifs**

Les situations de soins palliatifs sont associées à des émotions négatives comme la peur, en particulier lors de la confrontation à la mort, le stress et l'anxiété, face aux situations de fin de vie ou lorsque transmise par le patient et de tristesse.

*Pers12F2. Un peu de peur aussi*  
*Pers6F3. Plutôt du stress aussi parce qu'il y a la personne qui est en fin de vie heu c'est déjà assez stressant parce qu'on doit gérer ça pour que ça se passe mieux pour le patient qui est entrain de décéder et qui des fois est capable de nous exprimer son anxiété*

### 3.1.2 Situations de transfert sur les émotions du patient, de l'entourage

Les soins palliatifs sont marqués par des phénomènes de transfert et de projection sur les émotions du patient ou de la famille, comme la tristesse ou le climat de vulnérabilité. Certaines émotions sont exprimées via les images, comme celle d'un œil qui pleure, et non pas verbalement.

*Pers1F3. J'étais avec mon chef et on annonce à une dame qui a un cancer du poumon et qui est hospitalisée parce que ça se détériore très vite heu que bah là on a pu de soin de thérapeutique à lui proposer (...) qu'elle risque de décéder prochainement et ça après on a vu avec son fils aussi et la ça a été très très dur parce que la dame est en mode mais « sauvez moi » heu « sauvez moi je peux pas laisser mon fils »*

*Pers12F2. On était face à l'émotion des proches qui étaient... qui étaient présents et qui récupèrent le corps (...) la tristesse... l'accompagnement et un peu de... de transfert aussi sur ce qu'on a vécu personnellement*

### 3.1.3 Lourdeur et intensité des émotions vécues

#### 3.1.4 Lourdeur émotionnelle de la fin de vie

Plusieurs internes évoquent le rôle du médecin dans les situations de fin de vie avec la nécessité de gérer des situations non choisies, difficiles, sources de lourdeur émotionnelle. Ainsi les émotions du patient, de son entourage mais également de certains soignants sont amenées à reposer sur les épaules du médecin. Les photos choisies sont celle du radeau, d'un œil qui pleure explicitant la tristesse de la situation.

*Pers8F2. Ce sont des situations qui peuvent être difficiles et qui font quand même parties effectivement qu'on choisit pas forcément en garde et donc c'est des situations que l'on doit gérer quand même*

*Pers12F3. J'ai vécu en garde la une situation qu'on a simulé avec un patient qui faisait une détresse respiratoire terminale et en fait c'est vrai qu'on arrive et le patient souffre et l'infirmière aussi et du coup forcément on reçoit un peu la souffrance de tout le monde*

#### 3.1.5 Confrontation à la mort

La confrontation à la mort et l'intensité des émotions personnelles ressenties par les internes dans ces situations sont décrites comme fortes, intenses. Elles ne sont cependant pas nommées.

*Pers5F1. Moi j'avais choisi celle de la dame qui... pour des situations que j'ai déjà vécues euh où on m'avait contacté en soins palliatifs pour une détresse euh sur une dame... qui est décédée en quelques minutes dans mes bras fin vraiment, c'était vraiment euh*

*F. Ça devait être une situation finalement forte aussi.*

*Pers2F1 Oui ben pour tout l'équipe, à ce moment-là, et pour euh ben le mari était à côté donc je pense que c'était fin bon ça xxx (inaudible) en tout cas.*

### **3.1.6 Charge émotionnelle des gardes**

La charge émotionnelle en particulier sur des situations de fin de vie lors des gardes est jugée forte, décuplée, de par la fatigue, la nuit environnante, le sentiment d'isolement et de solitude.

*Pers6F2. Quand on sort de garde des fois on a vécu des choses un peu fortes et on transmet ça à l'équipe le matin ils font « Ah d'accord » puis on rentre avec ses... enfin avec ce qui s'est passé*

*Pers4F2. La nuit, qu'on soit fatigué les émotions elles sont décuplées mais...*

### **3.1.7 Compétence du médecin dans la gestion des émotions**

Plusieurs internes abordent de manière indirecte la nécessaire compétence émotionnelle du médecin qui doit garder la tête froide, assurer une posture forte de soignant qui gère ses émotions et celles d'autrui.

*Pers5F2. Il y a quelques jours j'ai eu une situation de fin de vie (...) j'étais seule fallait gérer les émotions à moi plus celles de ceux autour et celles de la famille à qui j'ai dû annoncer le décès qui était plus ou moins attendu donc pas évident, j'avais un peu tout le monde... et de devoir être la tête forte on va dire pour diriger un peu tout le monde*

## **3.2 Situations choquantes, traumatisantes et culpabilisantes**

### **3.2.1 Situations désagréables et traumatisantes**

Pour certains internes, l'inconfort du patient lors de situation de détresse ou la présence de mouvements stéréotypés chez un patient comateux peuvent être perçus comme désagréable et traumatisant. Un interne décrit dans cette situation une volonté de fuir.

*Pers1F1. Je trouve ça quand même très traumatisant la détresse respiratoire parce que quand les patients sont (...) Quand on a un patient en face de soi qui est pas tout de suite soulagé, c'est pas particulièrement agréable*

*Pers7F3. J'avais mis des doses d'HYPNO et de... de MIDAZOLAM et de MORPHINE monstrueuses parce qu'elle clonait donc en plus de ça elle faisait des mouvements stéréotypés hyper désagréables à voir même pour nous en tant que médecin et en tant qu'infirmier*

*Pers1F1. Quand on voit qu'ils sont tout... très très inconfortables (...) on voudrait plus être ailleurs, se sortir de cette situation-là*

### 3.2.2 Brutalité inhumaine de la mort

La brutalité et la violence du décès chez un jeune patient indemne de tout antécédent évoque chez un interne l'image du ciel qui s'abat (ciel étoilé). D'autres internes sont marqués par cette brutalité de la mort. Par ailleurs elle est source d'incompréhension chez certains internes.

*Pers12F2. C'est par rapport à une situation récente, en pré hospitalier, le décès d'un sujet jeune en bonne santé qui avait aucun antécédent et dont la mort a été inexplicable. C'est la photo avec le ciel noir parce que du coup... avec... ça s'abattait... ça s'abattait sur lui*

*Pers6F3. La première fois que j'ai dû faire une sédation j'étais pareil... en deuxième semestre et j'étais pas consciente que je faisais ça sur le coup je savais juste que c'était une situation un peu comme ça chez un patient qui était en détresse respiratoire (...) du coup j'ai mis tout en route (...) mais j'avais pas de notion enfin j'avais pas encore beaucoup de recul je savais pas que ça allait être si inhumain enfin je savais que c'était grave mais pas aussi rapidement quoi (...) et le patient il décède 20 minutes après*

*Pers12F2. Moi c'était ma première fois que je voyais ou je voyais quelqu'un d'aussi jeune sans antécédent particulier enfin... j'étais vraiment dans l'incompréhension en plus...*

### 3.2.3 Insécurité dans le soin

Un interne évoque son sentiment d'insécurité dans une situation de soin, face au patient, au cours d'une garde.

*Pers12F2. Il y a des situations je trouve on se sent pas en sécurité on le sait, quand on est de garde seul dans un hôpital on sait que ben cette astreinte la elle va pas forcément nous répondre elle va pas forcément nous apporter une réponse très claire ou très... bah on se sent pas forcément et c'est nous qui sommes devant le patient donc on se sent pas hyper...*

*F. Et c'est toi qui est insécurisé ou c'est le patient qui est pas en sécurité ? Tu te projettes dans le fait que le patient soit en danger parce qu'il n'aura pas la truc ou c'est...*

*Pers12F2. Non là j'ai l'impression que... les deux en fait.*

### 3.2.4 Confrontation à la souffrance et à la détresse d'un patient en situation dramatique

Un interne ressent se projette sur les émotions du patient et ressent de la peur, de la tristesse, est mal à l'aise et souhaite partir lorsqu'elle est confrontée lors d'une visite d'annonce d'incurabilité à une patiente en demande d'aide, de ne pas mourir, de ne pas abandonner son fils, d'être sauvée. Elle choisit la photo de l'œil qui pleure.

*Pers1F3. J'étais bah j'étais première semestre aussi mais forcément voir la dame demander qu'on la sauve avec son fils à côté moi je... y'a eu mon chef qui était à côté*

*moi j'étais en mode genre [VOIX CHUCHOTÉE : « Faut que j'aille aux toilettes, j'en peux plus »] [RIRES] et c'était vraiment genre je pouvais pas m'empêcher d'avoir les yeux qui larmoient parce que c'était vraiment, voilà c'était cette première consultation d'annonce qui m'a vraiment qui était assez difficile*

### 3.2.5 Culpabilité

Le sentiment culpabilisant d'accélérer ou de provoquer la mort est présent chez plusieurs internes, complexifiant la prise en charge. Il provoque l'ambivalence entre la fonction de soignant souhaitant guérir ou soulager le patient et la nécessité d'apaiser le patient dans des situations de détresse inconfortable. Une image marquante choisie dans ce contexte est celle d'un revolver.

*Pers8F3. Je vais choisir le revolver là c'est un peu dark (...) pour une situation de fin de vie (...) c'était moi qui faisait les bolus de MIDAZOLAM et j'en faisais vraiment beaucoup et j'ai... et j'ai eu l'impression de enfin... de la tuer quoi plus que... enfin non, j'ai eu l'impression de la tuer et avec le recul je sais que je l'ai accompagné (...) je me suis dit bah qu'est-ce que je fais est ce que je la laisse comme ça est ce que j'y vais encore est ce que enfin avec le nombre de bolus que j'ai mis voilà bah c'est sûr et certain elle va mourir mais quand est ce que je m'arrête quoi (...) l'ambivalence peut être voilà entre ce que je fais c'est bien parce que voilà elle va être soulagé et ce que je fais vraiment c'est j'accélère fort fort.*

Une interne évoque sa détresse en garde d'être renvoyée à la suite d'une remarque de l'IDE à une vision dégradante d'un soin qui va provoquer la mort du patient. Cette image est à l'opposé de vision idéalisée du soin ou elle accompagne le patient vers la fin de vie. L'image choisie est celle d'un couloir, qui symbolise la solitude et l'hôpital.

*Pers11F3. Dans une garde ou il y a une patiente qui était pas bien et on faisait les bolus et j'ai demandé à l'infirmière d'en faire un autre elle m'a répondu « du coup on fait partir la dame maintenant ? » et ça m'a mis assez mal parce que j'avais pas je le visualisais pas comme ça mais du coup après je l'ai pensé comme ça aussi du coup et c'était ouai de l'anxiété de la culpabilité un peu de solitude en fait c'est pour ça cette image parce que moi dans ma tête je pensais qu'on l'accompagnait ensemble et puis finalement elle m'a renvoyé à l'image qu'on la faisait partir et c'était un peu... c'est... voilà*

## 3.3 Dépossession de l'entourage et médicalisation de la fin de vie

### 3.3.1 Dépossession de l'entourage

Plusieurs internes ont un sentiment d'une dépossession de l'entourage dans les situations de fin de vie, ou celui-ci n'arrive pas à investir une place auprès du sien.

*Pers2F1. Les familles qui qui peinent à à trouver la place parfois parce que c'est des situations qui sont très difficiles aussi (...) elles en sont dépossédées quelque part quand*

*même ou qu'elles arrivent pas à l'investir parce que c'est quelque chose de nouveau, quelque chose qui reste dramatique malgré tout*

### 3.3.2 Médicalisation de la fin de vie

Un interne évoque le poids de la prise en charge médicale et soignante dans certaines situations de fin de vie qu'il a pu croiser en USP.

*Pers2F1. Ça reste fort médicalisé (...) je trouve que la médecine, elle prend énormément de place dans, souvent dans la fin de vie fin (...) il y a beaucoup de médical, même si on limite les traitements, il y a, il y en a quand même qui restent donc souvent des perfusions avec beaucoup de sang aussi, c'est toujours dans des blouses d'hôpital, dans des lits d'hôpitaux, fin toujours avec du personnel qui passe, qui change aussi*

## 3.4 Stress et anxiété dans les situations de soin

Plusieurs internes évoquent un climat de stress et d'anxiété plus ressentis dans des situations de soins que durant la simulation. Certains évoquent une appréhension d'être sollicité et confronté en garde à des situations de détresse et de souffrance, avec notamment la crainte de mal agir et de paniquer dans cette situation malgré ses connaissances. L'une des photos choisies est celle de mains liées.

*Pers3F2. Je pense à des situations complètement plus stressantes quand j'étais en stage de soins pall, bah du coup ce serait plus la photo qui est là, les mains qui viennent posséder, là c'est plus stressant que ce genre de situation*

*Pers6F2. Moi ce serait plutôt la tête là ou il se tient les mains (...) sur l'appréhension d'assister un patient en détresse de... de le voir souffrir et de pas forcément réagir bien dès de début ça je l'ai déjà vécu j'ai vu en garde*

## 3.5 La fonction décisionnaire

### 3.5.1 Le poids décisionnel et le costume de médecin

Plusieurs internes évoquent avec une connotation négative les responsabilités assimilées à un poids et le rôle du médecin assimilé à un costume qu'il conviendrait d'endosser notamment pendant les gardes pour assurer la prise en charge de fin de vie. Photo : homme seul, décrit comme portant un poids.

*Pers4F2. C'est négatif, c'est un sentiment... de vraiment devoir porter quelque chose d'hyper lourd... hyper lourd... avoir un énorme poids...*

*Pers12F3. A nous de prendre les bonnes décisions pour l'apaiser donc c'est aussi beaucoup de responsabilités*

*Pers6F3. Souvent en garde t'es tout seul et tu dois décider bah la je fais un bolus, je fais pas de bolus, la je pose une voie enfin voilà*

*Pers11F2. Quand on arrive quand on est de garde, enfin une grosse partie repose sur nous*

*Pers10F3. Quand on est en garde d'étage c'est vrai qu'on est tout seul on est le seul médecin on est entre guillemets la référence*

### **3.5.2 Difficultés identifiées à la prise de décision**

Les internes mettent en évidence de nombreux freins à la prise de décision.

#### **3.5.2.1 Le manque de compétence**

Certains évoquent des émotions de peur et d'angoisse en raison d'un manque de compétence, de formation et d'expérience, représenté par l'image d'une tête dans les nuages. Ce sentiment d'incompétence va jusqu'à l'impression d'inutilité sur une situation de garde pour l'un des participants.

*Pers3F2. C'était plus par rapport aux premières expériences quand j'étais encore FFI ... le sentiment de ne pas savoir quoi faire dans certaines situations et en même temps être seule à faire quelque chose que je sais pas du tout faire*

*Pers4F2. Voilà on se retrouve face à des situations on sait pas. C'est pas bien forcément bien gérer alors qu'on est quand appelé dessus quoi*

*Pers6F2. J'ai vu quelqu'un en garde qui était en détresse respiratoire (...) c'est dur de ne pas savoir quoi faire exactement (...) se sentir un peu inutile quoi*

#### **3.5.2.2 La peur de décider**

L'idée même de la prise de décision médicale est associée à la peur notamment chez de jeunes semestres.

*Pers3F1. La première fois qu'on prend une vraie décision médicale, ça fait toujours un peu peur*

#### **3.5.2.3 Le rôle de l'interne dans les gardes**

Des difficultés spécifiques aux situations de garde sont identifiés.

Certains participants évoquent les difficultés à d'intervenir sur des situations complexes sur une prise en charge déjà débutée par d'autres professionnels médicaux.

*Pers6F3. Il y avait différents intervenants déjà auparavant et nous on est juste un pion c'est pour ça que je préfère... enfin on est juste une personne à un moment donné*

*Pers6F3. La difficulté c'est d'être... surtout en garde ou c'est pas ton patient et que c'est une situation très complexe et... d'intervenir et de devoir remédier à des situation de fin de vie on est juste quelqu'un et des fois on doit résoudre une situation*

Un autre évoque le manque de valorisation et de reconnaissance du statut de l'interne, assimilant son rôle en garde à celui d'un simple pion destiné à agir et prodiguer des soins durant la nuit. Il évoque également la nécessité qu'il a eu de devoir réaffirmer son rôle décisionnaire auprès de familles et des difficultés quant à la communication auprès de familles avec abord de la compréhension, de l'accord de l'entourage sur la prise en charge effectuée, sur la nécessité pour l'interne de réaffirmer son rôle de décisionnaire.

*Pers6F3. Il y avait différents intervenants déjà auparavant et nous on est juste un pion c'est pour ça que je préfère... enfin on est juste une personne à un moment donné*

*Pers6F3. La famille (...) bien redire toute, enfin refaire la situation, leur faire comprendre que ben en fait peu importe ce que vous avez décidé mais en fait je suis obligée de... de faire un truc pour heu... pour la fin de vie le but c'est quand même le confort du patient et tout ça et...*

*Pers6F3. La difficulté bah en tant qu'interne de garde des fois de faire le lien avec la famille (...) il y a déjà des choses qui ont été dites et on redit tout ça (...) on doit résumer la situation heu... en étant sûr de... enfin de... déjà nous on résume bien la situation voir ce que eux ils avaient compris heu*

*Pers6F3. C'est déjà arrivé ou des fois la famille ait pas du tout compris heu... la situation où ils étaient pas en accord avec... avec heu ce qui avait été décidé*

#### **3.5.2.4 Les difficultés à prendre conscience de l'action et de ses conséquences**

Un participant évoque les difficultés à prendre conscience des conséquences de ses actes et décisions médicaux.

*Pers6F3. La première situation notamment la première fois que j'ai du faire une sédation j'étais pareil... en deuxième semestre et j'étais pas consciente que je faisais ça sur le coup*

### 3.5.2.5 Le climat d'incertitude

Plusieurs participants évoquent des décisions rendues difficiles en raison de l'incertitude liée d'une part à l'évaluation clinique du patient, de son niveau de vigilance et de confort et d'autre part à l'incertitude du résultat avec la crainte d'accélérer ou de provoquer le décès à la suite d'une mauvaise décision. Les décisions des participants sont alors représentées par la photo de chemins dont l'issue est inconnue.

*Pers7F3. Elle avait les yeux qui larmoyaient c'était hyper ambivalent parce que on avait l'impression parfois même nous en tant que médecin (...) sur un examen neuro complet elle était vraiment plus la mais il y avait des sortes de réflexes moteurs la larme qui coule (...) j'avais mis des doses d'HYPNO et de... de MIDAZOLAM et de MORPHINE monstrueuses*

*Pers9F2. Les chemins qui se dessinent, c'est ce sentiment que j'ai de devoir prendre une décision dans l'incertitude de ou va aller ce chemin*

### 3.5.2.6 La culpabilité et l'ambivalence de la mort

Certains participants font état d'un sentiment de culpabilité à la suite de soins ou décisions ayant provoqué, accéléré ou rendu inévitable le décès du patient. Ce sentiment génère de l'ambivalence face à la volonté du médecin d'accompagner et de soulager le patient. L'une des images choisies est celle d'un revolver, aucune émotion est nommée cependant.

*Pers9F2. J'avais fais une garde (...) j'ai accompagné une patiente qui dans le temps qui se dégradait pendant la nuit et on a majoré voilà la morphine on a majoré le midazolam (...) la patiente est décédée le lendemain, et toujours dans la question de se dire est-ce que l'on a pris les bonnes décisions ou est ce que c'était... voila... les thérapeutiques, mes prescriptions qui avaient mené au décès de la patiente*

*Pers6F3. Un peu de culpabilité derrière parce que j'avais l'impression d'avoir tué le patient sur le coup (...) j'ai eu le sentiment de le tuer mais en même temps je savais que j'avais fais la bonne chose donc*

*Pers8F3. C'était moi qui faisait les bolus de MIDAZOLAM et j'en faisais vraiment beaucoup et j'ai... et j'ai eu l'impression de enfin... de la tuer quoi (...) je me suis dis bah qu'est ce que je fais est ce que je la laisse comme ça est ce que j'y vais encore est ce que enfin avec le nombre de bolus que j'ai mis voilà bah c'est sûr et certain elle va mourir mais quand est ce que je m'arrête quoi (...)*

## 3.6 Les expériences positives sont essentiellement verbales

Différents intervenants font état d'émotions positives durant le soin. Ces émotions sont principalement verbales, et sont liées au contexte d'un décès réussi selon les participants. Les photos choisies sont celles d'oiseaux dans le ciel et de chemins décrits comme paisibles.

### 3.6.1 Soulager, apaiser le patient

Sentiments de soulager le patient, de l'avoir rendu confortable, apaisé. Un interne prend conscience qu'il est dans cet instant l'une des dernières personnes auxquelles sera confronté le patient.

*Pers5F1 Je pense que fin à ce moment-là, on avait tous réussi à la soulager tout de même, fin en faisant, j'espère, ce qu'il fallait*

*Pers1F1 Finalement, on arrive à à aller au-delà et à être présent pour le patient et à lui faire du... fin à à le soulager, ça c'est sûr qu'on y arrive et euh et et et même quand on y arrive plutôt bien*

*Pers5F1 On se rend compte que ben on est les dernières personnes qu'ils voient à ce moment-là quoi fin... faut qu'on soit euh fin faut qu'on les apaise au maximum*

*Pers12F3. C'est pas une fatalité cette souffrance et cette violence et que justement à nous de prendre les bonnes décisions pour l'apaiser*

### 3.6.2 Aider le patient et l'entourage

Sentiment d'aider le patient et l'entourage dans un cadre de fin de vie apaisé.

*Pers5F1. En tout cas, je crois que qu'on aide les gens à ce moment-là*

*Pers1F2. C'est de la joie ou de la satisfaction d'essayer d'apaiser un peu les familles dans les fins de vie.*

### 3.6.3 Accompagner le patient et l'entourage

Les situations de fin de vie sont des moments d'accompagnement du patient et de son entourage. Actions de la part de participants pour préserver le lien avec l'entourage d'assurer des explications, de la réassurance. Ces situations suscitent des émotions positives comme la satisfaction et la joie. Une interne évoque sa satisfaction d'avoir su communiquer avec l'entourage d'un patient pour assurer sa présence au moment du décès.

*Pers5F1 il y a beaucoup d'efforts qui sont au niveau des patients, au niveau des accompagnants pour pour justement ben les accompagner au mieux, privilégier le lien*

*avec les familles, privilégier tout ce qui est les temps de visites, tout ce qui est la possibilité de rester sur place*

*Pers12F2. On les a accompagné à ce moment-là, qu'on est resté sur place assez longtemps, expliquer la situation qui était sommes toute compliquée*

*Pers1F2. C'est agréable d'accompagner les familles dans la fin de vie.*

*Pers6F3. J'étais content c'était que la famille soit arrivée à temps parce que pour le coup j'aurai été heu... et du coup j'étais contente d'avoir su communiquer qu'ils fallait qu'ils viennent rapidement*

### **3.6.4 Temps de soulagement et de reconnaissance dans le deuil**

Le deuil est présenté, dans le cadre de décès réussis, comme un moment de soulagement pour l'entourage et les équipes, mais également de reconnaissance, de remerciement. Il correspond à la représentation des soins palliatifs à laquelle les participants semblent souscrire. Les photos choisies sont celle d'une bougie et d'une embrassade.

*Pers8F2. à chaque fois j'ai vu, à la fin, c'est plutôt un moment de soulagement pour la famille et même pour l'équipe en général et des situations ou tout le monde était globalement reconnaissant*

*Pers7F3. Moi j'arrive pas trop à choisir entre deux photos (...) celle du sourire (...) une famille qui m'a marqué heu (...) les accompagner en chambre pour la voir heu ouai on rigole et ils me disent merci donc ça m'a fait penser à ça je me dis bon bah ça va on a pas trop mal géré le truc finalement alors que c'était une situation bah urgente catastrophique et dramatique à 2 heures et demi du matin*

## **3.7 Manque d'encadrement et solitude**

### **3.7.1 Manque d'encadrement et de rétroaction**

Plusieurs internes font par d'un manque d'encadrement dans des situations qu'ils jugent eux même complexes. Par ailleurs l'un d'entre eux évoque une situation de fin de vie ou il estime avoir manqué de soutien et de reconnaissance face à ces difficultés. Une photo choisie est celle d'un homme seul et l'image du radeau de la méduse.

*Pers2F2. J'étais tout seul du début à la fin et c'est moi qui ai fait l'annonce de... de l'incurabilité, c'est moi qui ai... l'annonce de décès et je me suis pas du tout senti encadré*

*Pers2F2. Je prends le radeau de la méduse, quand j'ai demandé de l'aide c'était le bordel, on n'a pas su m'aider et... et que les soins palliatifs c'était pas leur problème*

### 3.7.2 Solitude dans l'exercice du soin

Plusieurs internes évoquent un sentiment de solitude, dans des situations complexes ou pour lesquelles l'interne ne s'estime pas compétent seul. Ce sentiment est exacerbé pendant les temps de garde, notamment la nuit, jusqu'à développer de l'anxiété à l'idée d'être appelé. Une image choisie est celle d'un couloir, évoquant l'hôpital.

*Pers3F2. Être seule à faire quelque chose que je sais pas du tout faire*

*Pers4F2. Par contre c'est quand même très fréquent comme quand bah voilà on est de garde et qu'on nous appelle pour voir un patient. On sait pas trop, c'est un peu angoissant, on se sent très seul.*

*Pers8F2. Le couloir, c'est vrai (...) ces des situations qui arrivent la nuit on a tendance à se sentir assez seul*

*Pers10F3. On se retrouve quand même des fois seul sur des situations qui sont difficiles*

## 3.8 Difficultés à solliciter les ressources disponibles

### 3.8.1 Indisponible de l'équipe

Il n'y a pas de réflexe systématique de solliciter les équipes de soins.

*Pers8F2. On a pas forcément le réflexe de solliciter l'équipe*

### 3.8.2 Limite de l'astreinte

L'astreinte proposée sur de nombreux sites de gardes a des limites. Si elle peut avoir un rôle positif dans une situation vécue comme difficile chez un apprenant, elle peut être absente, non aidante ou bien trop à distance se basant sur un examen clinique incertain de l'interne.

*Pers6F3. J'ai eu une grosse situation comme ça la cheffe elle est revenue c'était vraiment cool mais sinon c'est hyper rare de faire revenir un chef sur une situation où on est en difficulté comme ça*

*Pers9F2. Même s'il y avait un médecin d'astreinte au téléphone c'était mon évaluation clinique de la patiente qui a fait qu'on a augmenté les doses de midazolam et de morphique, sur mon évaluation à moi*

## 4 Analyse collective et prise en compte des émotions à l'issue du debriefing

### 4.1 La simulation permet la prise en compte de l'expérience émotionnelle

#### 4.1.1 Un espace propice à l'expression des émotions

La simulation puis le temps de débriefing associé offrent aux participants un temps d'échange collectif permettant interaction et retour sur l'expérience émotionnelle.

#### 4.1.2 Un point de vue inédit

La simulation offre notamment pour les observateurs un point de vue inédit, celui d'un œil extérieur, sur des actions qu'ils pourraient eux même réaliser lors d'actions de soins. Cela facilite ensuite la rétroaction entre participants. La photo choisie est celle d'une fenêtre.

*Pers3F1 C'est la première fois qu'on regarde vraiment quelqu'un faire une sédation, enfin je veux dire, j'ai fait une, j'ai dû faire une ou deux fois et c'est vrai que comme tu disais pers5, on se voit jamais en fait en train de réfléchir à voix haute. (...) C'était intéressant de voir un peu, d'un œil extérieur, comment on fait, comment on fait*

*Pers1F3. J'ai pas pu participer dans la simulation directement mais on a observé (...) les deux simulations on est vraiment tous ensemble à regarder à commenter un petit peu ce qu'il s'est passé donc je pense que c'est pas mal l'aspect réunion discussion de la simulation*

#### 4.1.3 Un climat propice à l'expression de chacun

#### 4.1.4 Une remémoration de situations vécues ou projetées

La simulation favorise la remémoration de situations vécues de soins et d'émotions liées aux soins. Elle permet aussi la projection, ainsi la simulation évoque chez une observante une situation de soin à laquelle elle se demanderait comment agir.

*Pers2F2. La situation de simulation me rappelle un cas que j'ai vécu en décembre*

*Pers4F3. ça mettait un peu en regard avec des choses qu'on avait aussi pu avoir en stage et vraiment en se mettant à la place qu'est-ce qu'on aurait fait et on sentait que c'était vraiment une situation plus compliquée et heu difficile pour nous je pense.*

*Pers4F3. Ça rappelle des expériences pas forcément faciles surtout les situations de garde ou on se sent seul*

## 4.2 La prise en compte de l'émotion à la suite de la simulation

La prise en compte de l'émotion des participants à la suite de la simulation est jugée intéressante et enrichissante par plusieurs internes. Il est cependant difficile d'évoquer ses émotions lors de situations de soins réelles ou simulées.

*Pers10F3. La simulation aujourd'hui ça permet de faire... d'en discuter d'avoir des retours d'expérience de différentes spécialités en plus comme ça a été expliqué et de et c'est super intéressant et je pense que c'est super enrichissant.*

*Pers10F3. Des fois on a du mal à en parler en fait sur ces situations-là qui sont difficiles à vivre et pourtant c'est... du pratique pratique entre guillemets on est tous confronté on sera tous confrontés donc heu... je pense heu... je pense que c'est pas mal d'avoir fait... je dirai quand même positif du coup parce que la formation est positive [RIRES] mais heu voilà.*

## 4.3 Une amélioration des compétences globales

La prise en compte des émotions des participants pendant la simulation est jugée utile, permettant à certains apprenants de se sentir plus en confiance dans des situations similaires, ou d'incertitude ou de confrontation à des situation difficiles ou d'inconfort.

*Pers10F3. Je trouve que cette formation là c'est hyper utile je pense parce que ça permet aussi d'être un peu plus en confiance comme l'a dit Pers9 aussi parce que ça permet de voir comment on peut agir et être un peu plus en confiance en pratique*

*Pers5F2. Bah je me dis si ça m'arrive en vrai, là je pense que je serai déjà un peu plus canalisé déjà d'avoir fait la simulation.*

*Pers1F1. Quand on sait où on va, ça ça permet de porter le poids quoi*

*Pers8F2. Des situations qui peuvent être difficiles et qui font quand même parties effectivement qu'on choisit pas forcément en garde et donc c'est des situations que l'on doit gérer*

*Pers4F3. Le debrief après permet quand même de se dire bah comment on peut faire et comment se réassurer aussi sur cette situation après*

Le débriefing et le partage associée permettent la co-construction de compétences, d'être à l'aise dans des situations de soins, d'améliorer la communication en pratique comme l'abord des directives anticipées. Les images choisies sont celles de chemins, de mains liées évoquant une construction à plusieurs.

*Pers8F2. Il y a du partage quand même ... et aussi un savoir une approche qui se construisent progressivement dans le temps quoi...*

*Pers12F2. C'est hyper important de faire cette formation je trouve du coup pour prendre enfin faire les bons choix quoi*

*Pers1F1. Effectivement, on sait quoi faire, ça c'est une chose. Donc effectivement, ça met davantage à l'aise*

*Pers5F1 en sachant comment faire euh c'est plus facile*

*Pers1F1 Moi j'ai noté quelques phrases de discussion anticipées à avoir avec le patient et ses attentes, sa famille, tout ça c'est des choses ben qu'on peut mettre en pratique et que je fais pas forcément mais que je pense que je mettrai en pratique quoi*

## **4.4 Intérêt de la prise en compte de l'émotion dans le soin**

### **4.4.1 La nécessaire prise en compte des émotions personnelles**

### **4.4.2 Les difficultés à exprimer ses émotions personnelles**

L'expression des émotions personnelles est difficile pour de nombreux participants, en particulier dans l'exercice de leur travail et dans l'apprentissage.

*Pers10F3. Des fois on a du mal à en parler en fait sur ces situations-là qui sont difficiles à vivre et pourtant c'est... du pratico pratique entre guillemets on est tous confronté on sera tous confrontés donc heu...*

### **4.4.3 La nécessité de légitimer le besoin d'écoute**

Plusieurs participants évoquent la nécessité de légitimer le besoin d'écoute, de soutien et de prise en compte de l'émotion des internes dans les situations de fin de vie. Ces moments sont cependant rares ou peu adaptés.

*F. Je sais pas s'il y a des choses qui vous marqueront, enfin qui vous manqueront dans votre formation ou dans votre pratique vis à vis de...de ... de ça, de la gestion des émotions, de la possibilité de débriefer. Est-ce qu'il y a des choses que vous avez identifiées dans votre formation dans votre pratique que vous pourriez mettre en place ou que vous pourriez rechercher ?*

*Pers4F2. Faudrait peut-être normaliser le fait qu'on ait besoin de soutien.*

*Pers12F2. Qu'on ait besoin d'écoute quoi.*

*Pers12F2. Demander qu'est-ce qu'on a ressenti, comment on va, comment est-ce qu'on vit notre stage aussi. Y'a pas souvent...*

#### 4.4.4 Le risque de banaliser ou d'absorber les émotions

Des participants évoquent la banalisation de l'intensité d'émotions notamment celles ressenties pendant la garde, à l'image d'un homme seul. On retrouve également l'image d'un soignant qui s'efface et absorbe ses émotions ainsi que celles des autres.

*Pers4F2. Moi j'aurai aussi choisi la photo avec l'homme on a l'impression qu'il porte quelque chose d'assez lourd dans le couloir la, heu pareil on a l'impression qu'il va rien se passer en garde et puis ensuite quand je suis allé en discuter avec, enfin je suis allé demander de l'aide car clairement c'était trop intense*

*Pers6F3. Comme la dans la situation on absorbe un petit peu*

#### 4.4.5 La confrontation à des émotions négatives et inconfortables

La place et le rôle de soignant dans des situations de soins palliatifs confrontent à des situations difficiles ou inconfortables, sources d'émotions négatives. Dans des situations pourtant « bien gérée » ou le patient est soulagé, la famille apaisée, certains internes disent ne pas garder de bons souvenirs des situations devant la violence des émotions.

*Pers1F1. Même quand on y arrive plutôt bien, moi j'ai toujours pas... fin j'en garde toujours pas des bons souvenirs (rires), voilà. Même quand, même quand on fait ce qu'il faut, même quand on dit ce qu'il faut, voilà*

*F. Le rôle de soignant...*

*Pers6F3. Bah qui est pas forcément toujours aussi joyeux qu'on le voudrait mais parfois ça fait partie de ce qu'on doit faire voilà.*

#### 4.4.6 La confrontation à des situations culpabilisantes

Les situations de soins peuvent être culpabilisantes pour les internes.

*Pers6F3. Un peu de culpabilité derrière parce que j'avais l'impression d'avoir tué le patient sur le coup mais là j'ai pu en rediscuter avec ma cheffe d'astreinte qui était ma cheffe de service enfin dans le même service du coup on a rediscuté le lundi ou quoi elle me dit mais non non en fait tu pouvais pas faire autrement et alors en rétrospectif je sais que j'ai fait la bonne chose mais du coup j'ai eu le sentiment de le tuer mais en même temps je savais que j'avais fait la bonne chose donc*

#### 4.4.7 Les émotions d'autrui dans les soins

Des participants insistent sur le besoin de prise en compte des émotions d'autrui, à savoir des soignants, du patient et de son entourage. Dans le cadre de la communication, d'annonces difficiles,

de prises en charge complexes ou traumatisantes pour la famille, dans le cadre de l'exercice du soin et de son impact pour l'équipe soignante.

*Pers3F3. Le fait de l'annoncer à la famille par téléphone ou même quand ils sont en chambre et les voir pleurer tout ça ça peut être compliqué à gérer (...) les pleurs les cris au téléphone des fois c'est dur à gérer et de trouver les bons mots pour les apaiser*

## **4.5 Développer la compétence émotionnelle chez les internes**

La prise en compte de leurs émotions, notamment par le debriefing avec leurs pairs ou leurs supérieurs, était identifiée comme un moyen de prendre du recul et d'analyser plus justement leur pratique, en dehors d'une « peur euthanasique » immédiate. Cet élément semblait indispensable pour poursuivre les prises en charge auprès de futurs patients en phase terminale..

*Pers1F1. Je pense qu'effectivement c'est, c'est parfaitement possible de le vivre différemment, peut-être avec plus d'expérience, peut-être avec une meilleure préparation du patient et de sa famille par différentes équipes, former aux choses comme ça quoi*

*Pers6F3. J'avais l'impression d'avoir tué le patient (...) j'ai pu en rediscuter avec ma cheffe d'astreinte (...) elle me dit mais non en fait tu pouvais pas faire autrement et alors en rétrospectif je sais que j'ai fait la bonne chose*

## **4.6 En ressources, des temps d'échange formels et informels**

Les apprenants proposent la mise en place de temps d'échange formels ou informels destinés à la prise en compte de cette expérience émotionnelle liée aux soins.

### **4.6.1 Temps formels par debriefing ou rétroaction**

#### **4.6.1.1 Temps de débriefing**

Les temps de débriefing, notamment dans les situations de soins les plus difficiles, auprès d'un médecin senior, sont plébiscités. Ils répondent à une demande de prise en compte des émotions liées aux soins pour mieux les débriefer à chaud.

*Pers6F2. Il y a quand même un intérêt à porter attention aux émotions quand elles arrivent pour pouvoir justement les débriefer en fonction des situations en tout cas quand elles sont difficiles quoi*

#### 4.6.1.2 Temps de rétroaction et de supervision

Les moments de rétroaction ou de supervision auprès d'un médecin senior, dans une démarche du bien agir, d'apprentissage et de prise en compte des émotions sont également plébiscités. Ils visent à permettre à l'interne de participer à une décision partagée et validée.

*Pers6F2. Être un peu seul face à ça, avoir un médecin avec soit ça paraît être une bonne chose*

*Pers8F2. Les derniers stages que j'ai pu faire on était bien encadré bien entouré pour les décisions, on avait accès à la collégialité*

#### 4.6.2 Temps informels par échanges intra équipe

La présence de temps informels auprès des équipes médicale et soignante favorise l'expression de chacun, le partage d'expérience, la communication inter personnelle, le retour sur des situations vécues.

### 4.7 Valorisation des échanges et du travail en équipe

#### 4.7.1 Importance de l'échange et du travail en équipe

L'approche des soins palliatifs par un travail en équipe pluridisciplinaire est essentielle pour les apprenants, de par la difficultés et lourdeur de certaines situations de soins.

*Pers8F2. C'est des situations que l'on doit gérer quand même on est pas forcément seul mais nécessitent de... un partage un petit peu forcé quoi et puis il n'y a pas forcément une manière de faire donc j'aurai choisi le puzzle moi (...) en équipe (...) mais pas forcément que des médecins non plus*

#### 4.7.2 Importance de l'échange et du travail avec des personnes plus expérimentées

On retrouve une valorisation du travail en équipe, notamment avec des personnes plus expérimentées, favorisant les échanges et le partage d'expérience.

*Pers12F2. On a tous vécu la même chose et euh avec plus ou moins d'expérience aussi*

*Pers12F2. On vit des centaines de situations comme ça, moi c'était ma première fois que je voyais ou je voyais quelqu'un d'aussi jeune sans antécédent particulier enfin*

### 4.7.3 Rôle de soutien dans des situations difficiles

Les temps d'échange permettent l'expression des émotions et leur prise en compte dans le soin et donc un soutien dans des situations difficiles, à l'image de l'interne qui dépose ses émotions après une garde. Ils permettent également une forme de réassurance, de limiter le temps de travail seul.

*Pers4F2. On a l'impression qu'il va rien se passer en garde (...) ensuite quand je suis allé en discuter avec, enfin je suis allé demander de l'aide car c'était trop intense (...) il y avait plein de main, du soutien*

*Pers6F3. Bah quand il y a des paramédicaux notamment des infirmières qui sont... enfin qui sont à l'aise dans la situation ça peut aider parce que c'est un peu notre seule ressource dans ces situations la ça peut être rassurant*

*Pers12F2. On est trois ou quatre donc du coup à la fin quand on rentre on peut quand même reparler parce qu'on a tous vécu la même chose au même moment on était pas j'étais pas seul un instant*

### 4.7.4 Rôle d'aide à la décision partagée

Le travail en équipe, en binôme de médecins ou avec l'équipe soignante par son expérience antérieure et sa connaissance du patient mais également les autres étudiants en santé, exerce un rôle facilitateur d'aide à la décision et au partage de responsabilité dans la prise en charge. Par la moindre solitude, la réassurance, la proximité entre les soignants et les patients, la préparation du patient par les équipes.

*Pers1F1 en travaillant tous ensemble à la fois avec les équipes qui connaissent très bien le malade, qui préparent le terrain euh eh ben on est, on est dans des situations beaucoup plus, beaucoup plus simples à à à assumer quoi*

*Pers9F3. Le côté paramédical nous aide beaucoup parce que c'est ceux qui suivent enfin qui sont au plus proche du patient et qui le suivent tout le temps, si on est juste un avis extérieur un interne de garde qui doit prendre une décision on saurait faire sur tout ce qu'on peut avoir donc le dossier mais il y a aussi l'avis extérieur... au niveau des paradmed*

*Pers6F3. La deuxième situation on voyait bien elles étaient deux elles se... on peut dire on est d'accord, qu'on fasse ça ou qu'on fasse ça et du coup bah ça produit une certaine réassurance*

*Pers7F6. On est des équipes bah y'a médecin interne externe y'a tout le monde les paramédicaux aussi qui entrent en jeu et on n'est jamais bah finalement nous on est jamais tout seul face à ses situations-là on prend jamais de décision tout seul*

#### 4.7.5 Aide dans l'apprentissage et l'exercice futur

Les temps de partage en équipe sont une aide dans le cadre de la démarche d'apprentissage pour la confrontation à des situations de soins futures.

*Pers5F1. En échangeant entre nous, je pense que c'est bien de de savoir ben qu'est-ce qu'on peut dire... qu'est-ce qui est bien de dire et en évoquant les fin les les choses auxquelles on a déjà été confronté, je pense que ça nous aide pour euh ben pour les, les moments futurs*

#### 4.7.6 Freins et facilitateurs à la prise en compte des émotions et à l'organisation de temps de discussion dans le soin

Le débriefing permet d'identifier des limites individuelles et organisationnelles à la prise en compte de l'émotion et à l'organisation de temps de discussion dédiés.

##### 4.7.6.1 Freins et facilitateurs organisationnel à la prise en compte des émotions

On retrouve des freins et facilitateurs organisationnels à la prise en compte des émotions et à l'organisation de temps de discussion dans le soin.

La situation est variable selon de la connaissance du service qui favorise l'expression et la prise en compte des émotions. La réalisation de garde dans des services étrangers est donc pénalisante. Il y a des services ayant une organisation et une culture de l'échange et du debriefing favorisant la présence de temps d'écoute.

*Pers6F2. C'est différent quand on est dans son service quand on connaît les patients et les équipes, quand on est à plusieurs etc*

*Pers7F3. J'avais pu en parler avec mes collègues c'est ce que je disais on n'est jamais vraiment tout seul aux urg on a la chance bah d'être avec plein de paramed plein de méd enfin voilà donc ouai on avait je leur avait montré la patiente quand même pour comprendre vraiment est-ce que c'était normal qu'elle fasse ces mouvements là ou pas*

Certains participants évoquent également des variations inter équipes avec certaines équipes soignantes ouvertes ou non à la discussion et aux échanges informels ou un soutien de l'équipe médicale ou paramédicale variable selon les services.

*Pers7F3. Alors il y a des médecins plus ouverts que d'autres à ça et il y a des équipes paramed plus ouvertes aussi à ça*

*Pers10F3. On peut avoir un soutien des paraméd mais des fois c'est pas forcément le cas et heu...*

La facilité d'échange est moindre avec les chefs ou médecins seniors, d'autant plus à la suite de gardes dans d'autres services ou avec une astreinte jugée peu aidante.

*Pers10F3. Moins facilement avec les chefs en l'occurrence d'autant plus quand c'est pas dans notre service que ça se passe ou alors même des fois on appelle l'astreinte et que l'astreinte n'est pas forcément aidante [RIRES] du coup ben derrière forcément il y a pas enfin il y a pas de débriefe*

Le manque de rétroaction avec l'équipe médicale sur des situations problématiques d'autant plus pour une personne étrangère au service dans des situation de garde est également pénalisante. Elle est représentée par un « chut », imagé par une photo représentant le silence.

*Pers10F3. On n'a pas la facilité d'en reparler derrière ou de débriefer sur la situation qui a été difficile (...) parce qu'on a pas de retour non plus des chefs du service en l'occurrence ou ça se passe pas dans notre service enfin*

*Pers6F2. Quand on sort de garde des fois on a vécu des choses un peu fortes et on transmet ça à l'équipe le matin ils font « Ah d'accord » puis on rentre avec ses... enfin avec ce qui s'est passé*

*F. Ils prennent les faits en note mais pas ce que vous vous avez vécu quoi.*

*Pers6F2. Oui c'est ça*

#### **4.7.6.2 Freins et facilitateurs individuels à la prise en compte des émotions**

On retrouve des freins et facilitateurs individuel à l'expression et à la prise en compte des émotions dans les moments de soin.

Certains évoquent la peur et l'appréhension d'exprimer leurs difficultés lors de situations jugées complexes. Ils choisissent la photo du silence, assimilée à un « chut ».

*Pers10F3. Pourquoi le chut parce que des fois forcément on a pas la facilité d'en reparler derrière ou de débriefer sur la situation qui a été difficile tout simplement parce que soit on ose pas ou alors parce qu'on a pas de retour non plus des chefs du service en l'occurrence ou ça se passe pas dans notre service enfin (...) on a peut-être peur d'en parler je sais (...) je sais pas trop pourquoi on en parle pas mais des fois forcément on a pas on revient pas du tout sur la situation et on en discute pas*

*Pers10F3. Avec les chefs (...) c'est vrai que des fois on a du mal à en parler en fait sur ces situations-là qui sont difficiles à vivre*

Par ailleurs d'autres ne retiennent pas de volonté systématique de débriefer des situations jugées lourdes ou difficiles, d'autant plus quand ils ne se sont pas sentis aidés ou estiment avoir manqué de soutien.

*Pers10F3. Même il y a pas de volonté je pense de notre part de débriefer derrière car on s'est pas senti aidé entre guillemets*

On retrouve une facilité d'échange avec les pairs, notamment les co internes, dans une démarche d'apprentissage et de valorisation de l'action en revenant sur des situations pour réévaluer ou valider la prise en charge réalisée.

*Pers9F2. C'est souvent là ce sentiment après les gardes, de revenir sur les situations que j'ai vu pendant ma garde et se dire est ce que j'ai bien fais ou est-ce que j'aurais du faire autrement et c'est des collègues qui me parlent*

Enfin on retrouve certains mécanismes de défense comme l'envie de fuir une situation jugée trop émotionnelle, ou la mise à l'écart des émotions pendant le soin afin de « garder la tête froide » dans une posture du soignant capable de ne pas être touché par l'émotion.

*Pers5F2. Il y a quelques jours j'ai eu une situation de fin de vie (...) j'étais seule fallait gérer les émotions à moi plus celles de ceux autour et celles de la famille à qui j'ai du annoncer le décès qui était plus ou moins attendu donc pas évident, j'avais un peu tout le monde... et de devoir être la tête forte on va dire pour diriger un peu tout le monde*

## **4.8 Une demande de généralisation des temps d'échange...**

### **4.8.1 ...Nécessaire dans les soins**

Il ressort qu'une généralisation de temps d'échange collectifs est proposée par certains apprenants. Ces temps permettraient d'améliorer d'une part la pratique et les soins et d'autres part pour les soignants d'exprimer leurs émotions, ressenti et expérience des soins dans une démarche d'intégration de l'expérience émotionnelle.

*Pers7F3. J'aimerais bien de plus en plus qu'on le voit qu'on le fasse de mieux en mieux aux urg alors il y a des médecins plus ouverts que d'autres à ça et il y a des équipes paramed plus ouvertes aussi à ça mais j'espère qu'on va vers ça pour une bonne prise en charge ce qui était pas le cas il y a quelques années... donc voilà...*

*Pers7F3. Ce qu'on a fait aujourd'hui la formation ou bah on débrieife on est tous autour du patient à débriefer essayer de tirer les bonnes ficelles pour faire au mieux pour le patient*

*Pers3F2. Le partage de ce qu'on aurait fait, de l'expérience, enfin pour moi ça y ressemble c'est un peu le soin palliatif qui est un travail collégial et on apporte tous un peu notre connaissance.*

#### **4.8.2 ...Retrouvée dans la formation-simulation**

Le temps offert par la simulation puis son débriefing avec l'analyse collective des émotions est jugé plutôt favorablement puisqu'il permet la remémoration de situations vécues et la projection dans des situations de soins réalistes. Il semble ainsi correspondre aux attentes de certains participants.

Il permet d'évoquer des situations problématiques ayant mis en difficulté certains internes et de procéder à leur analyse collective permettant réflexion, meilleure compréhension et prise en compte des émotions lors de ces situations.

Ce temps de débriefing semble ainsi correspondre aux temps recherchés dans le soin pour procéder à la lecture des émotions et la rétroaction sur les gestes et décisions des internes.

# Discussion

## 1 Principaux résultats

L'expérience émotionnelle des internes était différente lors de la simulation et des soins palliatifs.

### 1.1 L'expérience émotionnelle dans l'exercice de la simulation

La confrontation aux situations simulées est jugée réaliste dans la mise en scène, pertinente car certaines situations ont été rencontrées par le passé. Combinée à la photo élicitation, cette confrontation permet la remémoration de situations vécues et la génération d'émotions fortes ce qui favorise l'ancrage des participants dans la simulation.

On retrouve une appréhension et un stress liés au regard des autres, la crainte d'un jugement symbolisés par le choix d'une photo avec des mains qui cachent. Ceux-ci s'effacent devant un climat bienveillant et calme. Ils ne semblent pas limiter l'investissement des participants. La perte de repères est amendée par le temps de briefing. Des émotions similaires à celles du soin sont ressenties par les internes participants lors de la mise en situation ou bien par projection des observateurs sur les participants. Certains internes ressentent de la bienveillance, comme au lit du malade, et éprouvent de l'empathie pour le patient et son entourage ou se projettent sur la situation du malade et éprouvent peur, tristesse ou stress. D'autres retrouvent l'interaction collective, la coopération et l'implication de l'équipe auprès du patient et de son entourage qu'ils ressentent dans des situations de soin.

La prise en compte de l'expérience émotionnelle dans la simulation est plébiscitée par les internes. Permises par le temps de débriefing collectif, elles permettent à chacun de s'exprimer dans un climat de respect et de confiance, permettant le partage du ressenti, de l'expérience, des connaissances. Elle répond à une demande d'amélioration de la communication auprès du patient et de l'entourage. Elle permet la co-construction d'un savoir et de solutions collectives aux problèmes rencontrés, à l'image

d'un puzzle, dans une approche symétrique entre apprenants évoquant l'aspect pluridisciplinaire des soins palliatifs, à l'image de différentes mains liées entre elles.

## **1.2 L'expérience émotionnelle dans l'exercice du soin réel ou projeté**

L'expérience émotionnelle des soins palliatifs est complexe. On note la présence d'émotions négatives liées aux soins (peur, anxiété), la confrontation à des situations jugées violentes ou traumatisantes ou au patient en fin de vie, à la mort. On note aussi la projection sur des patients ou entourages confrontés à la fin de vie ou au deuil.

Ces situations sont source de lourdeur émotionnelle retrouvée dans et en dehors des soins. Cette lourdeur génère des sentiments d'insécurité, de culpabilité, avec une volonté de fuir dans des situations émotionnelles intenses ou face à des situations d'inconfort.

Les émotions négatives sont aggravées dans le contexte des gardes avec un sentiment d'isolement, de solitude, d'incompétence supposée par manque de formation, de certitude, de confrontation antérieure et seniorisée à ces situations de fin de vie. La nuit majore le climat d'incertitude, d'isolement. Des internes rapportent une crainte de mal faire allant jusqu'au ressenti d'incompétence et engendrent de la panique. Ces situations de garde sont un puissant générateur de stress et d'anxiété engendrant une volonté de fuite chez certains internes.

Par ailleurs on note un rôle décisionnel chez les internes décrit comme lourd, pesant, générateur de stress avec la crainte de décisions culpabilisantes, irréversibles, menant au décès. Cette charge décisionnelle est aggravée en situation de garde par le manque d'encadrement et de rétroaction, par la solitude et les moments d'incertitude. La sollicitation des ressources humaines n'est pas systématique.

Des émotions positives sont retrouvées dans l'exercice du soin. Cependant elles sont peu nommées, leur expression passant essentiellement par l'emploi de verbes d'action, comme apaiser ou calmer le patient autour de situations de fin de vie, accompagner les familles des défunts,

soulager le patient par les soins et l'entourage face à la dureté du deuil. Ces verbes caractérisent le sentiment d'une action accomplie, réussie, dans le respect des volontés du patient et de son entourage, en conformité avec la vision des soins palliatifs des internes.

### **1.3 L'expérience émotionnelle et son analyse collective en focus groupe**

Plusieurs internes estiment que la prise en compte de l'expérience émotionnelle dans les situations de soin est nécessaire. Cette prise en compte passerait notamment par la mise en place de temps d'écoute et d'expression, formels par rétroaction, débriefing et supervision auprès de l'équipe médicale, informels lors de situations de soin ou non auprès de l'équipe médicale, des co internes, de l'équipe soignante.

L'analyse collective permettrait d'identifier des améliorations attendues par cette prise en compte de l'expérience émotionnelle. Chez le soignant, pour mieux vivre sur le plan émotionnel des situations décrites comme pesantes, pour assurer une démarche d'apprentissage, de bien faire et de réassurance, de différencier ce qui était une pratique éthiquement justifiée d'une autre, pour proposer un meilleur exercice du soin auprès du patient en tenant compte de ses émotions. Elle améliorerait la cohésion et le dialogue dans l'équipe.

On retrouve des freins et facilitateurs à la mise en place de temps d'écoute. Ces facteurs sont individuels ou collectifs, avec le travail en équipe, l'ouverture ou non du service et des soignants à une démarche d'écoute, la peur et l'appréhension d'évoquer ses difficultés, le manque de volonté dans certaines situations.

La mise en place de temps formels et informels est à l'image des soins palliatifs. Le temps proposé de débriefing est assimilé par certains internes à leur représentation des soins palliatifs et de la démarche palliative.

## 2 Discussion des résultats

L'étude de l'expérience émotionnelle des participants à une séance de simulation en santé dans le domaine des soins palliatifs par le biais de la photo-élicitation est inédite.

## 3 Discussion de la méthode

La durée des entretiens semble suffisante pour permettre à chacun de s'exprimer. Les focus groupes de médecins sont relativement homogènes. L'entretien est structuré selon le guide, révisé après les premiers focus groupe de l'étude Emocare, permettant ainsi d'explorer les questions de recherche sans pour autant influencer les participants. Plusieurs relances non insistantes n'améliorent pas l'expression émotionnelle des entretiens. Des internes n'interviennent pas malgré les relances. L'intérêt pédagogique du focus groupe est d'offrir aux participants une analyse collective des situations et de l'expérience émotionnelle, ce qui ne serait pas réalisable en entretien individuel.

La verbalisation d'émotions par les participants est difficile, remplacée par l'usage de verbes d'action, par une répétition influencée par les autres participants, par la description de situations antérieures ou par la sélection de photos. La photo élicitation favorise l'expression des internes. Les choix de photos sont rapides et systématiques, la justification des photos est plus aléatoire. Certains faisaient usage d'images symboles d'une émotion (révolver, œil qui pleure, embrassade) en remplacement d'une émotion clairement nommée et définie.

Les focus groupes sont animés par un formateur docteur en médecine et chercheur principal dans l'étude Emocare. Il est assisté pour le recueil des données du chercheur du présent travail et interne de médecine générale. Leur participation à l'analyse des verbatims entraîne des biais de recueil et d'interprétation. Cependant l'échange entre pairs (médecins ou internes) semble favoriser la compréhension mutuelle et l'enrichissement du verbatim dans un contexte de confiance et de

proximité. Nous avons néanmoins regretté, à certains moments, l'absence de psychologue clinicienne dans notre groupe d'enseignant/chercheur.

La suffisance des données est discutable. Ces données permettent une description exhaustive de différentes thématiques centrées sur de la question de recherche. Cependant certains sous thèmes semblent moins explorés comme celui les mécanismes individuels de défense de mise à l'écart des émotions, décrits chez les soignants [34], possiblement en lien avec un défaut de saturation devant le faible nombre de focus groupes.

L'analyse est faite selon une triangulation entre chercheurs, à l'issue des entretiens collectifs.

Les participants sont tous internes, de spécialités différentes et pertinentes quant à la thématique des soins palliatifs (médecine générale, médecine d'urgence, pneumologie, gériatrie).

## **4 Perspectives et significativité clinique**

Notre étude apporte des éléments sur l'importante de l'émotion dans les situations de soins palliatifs réelles ou simulées. La prise en compte de l'émotion dans le soin et la formation est nécessaire. C'est un levier d'amélioration de la qualité des soins et de l'expérience personnelle qu'ont les internes de ces situations de soins.

### **4.1 En termes de formation et de pédagogie**

La simulation dans le domaine des soins palliatifs reproduit des difficultés et émotions ressenties dans le soin. L'organisation d'un temps de débriefing est perçue par les apprenants comme un temps d'échange ouvert en conformité de leur vision des soins palliatifs. Ce temps participe à la mise en place d'une démarche réflexive destinée à améliorer les compétences en santé et l'équilibre émotionnel des situations de soins palliatifs.

La participation à des groupes d'échange de pratique est ancrée dans la formation par compétence des futurs généralistes. Elle offre aux internes des temps d'échange entre pairs qui pourraient faciliter l'évocation de l'expérience de soins et être un levier pour la prise en compte des émotions ressenties dans des situations de soins perçues difficiles ou complexes, si une attention est particulièrement tournée vers elles, notamment grâce aux images.

La photo-élicitation est un puissant levier de remémoration et d'évocation des émotions personnelles antérieures. Son utilisation dans une démarche pédagogique centrée sur l'émotion des apprenants apporte de nouvelles perspectives et pourrait être étendue aux GEP et évaluée dans un cadre pédagogique, comme dans notre étude.

## **4.2 En termes de soins**

L'organisation dans le cadre du travail en équipe de temps d'échanges formels ou informels et dans le cadre hiérarchique de temps de rétroaction et de supervision est un levier de prise en compte des émotions dans le soin et de réflexion sur des situations vécues au sein du service. Une rétroaction, sur un temps dédié avec la hiérarchie, serait un levier d'apprentissage, de réassurance et d'amélioration du vécu de situations difficiles vécues en garde par l'interne. Il semble indispensable d'imposer à tous les services des transmissions systématiques avec les internes de garde, afin de porter notamment attention à son vécu et pouvoir débriefer les situations les plus difficiles.

## **4.3 En termes d'équipe**

L'étude de l'expérience émotionnelle par la simulation et par le soin va plus loin dans l'étude Emocare car elle concerne l'ensemble des professionnels de santé et interroge sur la place des émotions dans le soin et la formation pour l'ensemble des acteurs des soins. Il s'agit d'un travail pertinent alors que notre étude suggère l'importance des temps en équipe dans l'exercice du soin. Elle pourrait être comparée dans le futur aux résultats obtenus chez les internes de médecine.

# Conclusion

L'analyse collective des émotions dans le cadre d'une simulation en santé dans le domaine des soins palliatifs est un puissant levier de prise en compte des émotions dans les situations de soins complexes et d'amélioration des compétences médicales. La photo-élicitation est un facilitateur de l'expression des émotions qu'il convient à l'avenir d'évaluer dans des projets pédagogiques ciblés.

# Références

- [1] Duhamel, Mejane, Piron. Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile 2017.
- [2] Baldès. : Les médecins généralistes de la région Centre Val de Loire pratiquent-ils la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès au domicile de leurs patients ? 2022. [http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2022\\_Medecine\\_BaldesElise.pdf](http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2022_Medecine_BaldesElise.pdf).
- [3] Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Définition et organisation des soins palliatifs en France n.d. <https://sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>.
- [4] Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille n.d.
- [5] Cousin F, Gonçalves T, Dauchy S, Marsico G. CNSPFV. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France Troisième édition - 2023 n.d.
- [6] Bulletin Officiel n°2002-12 n.d. <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-12/a0121073.htm> (accessed May 22, 2023).
- [7] Ministère de la Santé et de la Prévention. Le plan national développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie/article/le-plan-national-developpement-des-soins-palliatifs-et-accompagnement-de-la-fin>.
- [8] Haute Autorité de Santé. L'essentiel de la démarche palliative 2016.
- [9] Poinceaux S, Texier G. Internes de médecine générale : quelles compétences en soins palliatifs ? Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique 2016;15:15–26. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2015.06.006>.
- [10] Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale n.d.
- [11] Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale n.d.;24.
- [12] Nguyen D-Q, Blais J-G. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie Médicale 2007;8:232–51. <https://doi.org/10.1051/pmed:2007026>.
- [13] Tardif. L'évaluation des compétences : Documenter le parcours de développement. Chenelière éducation, Montréal; 2006.
- [14] Jouquan J, Parent F, Mathe A, Burucoa B. Chapitre 58. Penser le développement des soins palliatifs en termes de compétences. Man. Soins Palliatifs, vol. 5e éd., Paris: Dunod; 2020, p. 1219–36. <https://doi.org/10.3917/dunod.cent.2020.01.1219>.
- [15] Groupe de travail Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. CNGE. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes 2009. [https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_Metier\\_et\\_Compences\\_MG.pdf](https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Compences_MG.pdf).
- [16] Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. Référentiel de compétences intégré de médecine palliative pour une équipe interprofessionnelle n.d. [https://sfap.org/system/files/livret\\_sfap-bat.pdf](https://sfap.org/system/files/livret_sfap-bat.pdf).

- [17] Kotsou, Mikolajczak, Farnier J, Shankland R, Leys C. Développer les compétences émotionnelles: en 8 séances. Dunod; 2022.
- [18] Mikolajczak, Bausseron. Les compétences émotionnelles chez l'adulte. DeBoeck; 2012.
- [19] Haute Autorité de Santé. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. Haute Aut Santé 2012. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2807140/fr/simulation-en-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807140/fr/simulation-en-sante).
- [20] Jaffrelot M, Pelaccia T. La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants. *Rech Form* 2016;17–30. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2658>.
- [21] Boet, Granry, Savoldelli. La Simulation en Santé De la théorie à la pratique 2013. [https://complements.lavoisier.net/9782257207227\\_la-simulation-en-sante-de-la-theorie-a-la-pratique-retirage-2017\\_Sommaire.pdf](https://complements.lavoisier.net/9782257207227_la-simulation-en-sante-de-la-theorie-a-la-pratique-retirage-2017_Sommaire.pdf).
- [22] Granry, Moll. Rapport de mission État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins 2012. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation\\_en\\_sante\\_-\\_rapport.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf).
- [23] LeBlanc VR, Posner GD. Emotions in simulation-based education: friends or foes of learning? *Adv Simul* 2022;7:3. <https://doi.org/10.1186/s41077-021-00198-6>.
- [24] Fraser K, Ma I, Teteris E, Baxter H, Wright B, McLaughlin K. Emotion, cognitive load and learning outcomes during simulation training. *Med Educ* 2012;46:1055–62. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04355.x>.
- [25] Corvetto MA, Taekman JM. To Die or Not To Die? A Review of Simulated Death. *Simul Healthc* 2013;8:8. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3182689aff>.
- [26] Leighton K. Death of a Simulator. *Clin Simul Nurs* 2009;5:e59–62. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2009.01.001>.
- [27] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative n.d.;19.
- [28] Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. 5. paperback print. New Brunswick: Aldine Transaction; 2010.
- [29] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19:349–57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
- [30] Moreau, Dedianne, Letrilliart, Le Goaziou, Labarère, Terra. S'appropriier la méthode du focus group 2004.
- [31] Lang, Bradley, Cuthbert. International affective picture system (IAPS): Affective ratings of pictures and instruction manual. 2008.
- [32] Pain H. A Literature Review to Evaluate the Choice and Use of Visual Methods. *Int J Qual Methods* 2012;11:303–19. <https://doi.org/10.1177/160940691201100401>.
- [33] Glaw, Inder, Kable, Hazelton. Visual Methodologies in Qualitative Research 2017. <https://doi.org/10.1177/1609406917748215>.
- [34] Chabrol H. Les mécanismes de défense. *Rech Soins Infirm* 2005;82:31–42.

- [35] King J, Brosseau L, Guitard P, Laroche C, Barette JA, Cardinal D, et al. Validation transculturelle de contenu de la version franco-canadienne de l'échelle COREQ. *Physiother Can* 2019;71:222. <https://doi.org/10.3138/ptc.2018-44.f>.

# Annexe 1 : Verbatim séance ET2P du 26/04/2022

F. Alors je vais placer ces photographies au sol donc vous pouvez les regarder, prendre le temps pour les regarder, vous pouvez vous lever, vous rapprocher, tourner autour. Je vais vous poser quelques questions auxquelles vous me répondrez dans un deuxième temps, d'abord surtout une réponse un petit peu individuelle.

(Temps de réflexion)

Alors, parmi ces photos, ma première question c'est de me dire laquelle représenterait pour vous le mieux les émotions que vous avez ressenties durant cette séance de simulation en santé, en soins palliatifs... Tout le monde peut participer à, peut répondre à cette question que vous ayez participé ou non à la mise en situation. Laquelle représenterait pour vous le mieux les émotions que vous avez ressenties durant cette séance de simulation en santé ?

...

Est-ce que ça va pour la question ?

Du coup, je vais vous poser une deuxième question avant que vous me répondiez : de sélectionner parmi ces photos toujours, la photo qui représenterait pour vous le mieux les émotions que vous avez pu ressentir, que vous pourriez ressentir lors d'une situation de soin similaire à celle qu'on a joué cet après-midi ?

...

Bon soit dans la vie réelle soit dans la vie projetée, quelle photo représenterait pour vous le mieux les émotions que vous avez ressenties dans une séance de situation de soin ?

...

Bon... Est-ce que ça va à peu près ?

Qqn. Mmm

F. Bon ben du coup, est-ce que l'un d'entre vous fin peut-être qu'on va d'abord faire un petit tour de table pour me dire simplement quelles photos vous avez sélectionnées pour la simulation et pour la situation réelle et puis après, la personne qui souhaite justifier, dire pourquoi simplement...

Pers5. Je veux bien. Pour la première, moi je je prends la petite verte là du milieu avec les chemins et la personne qui s'engage dedans. Et pour la deuxième, c'est le couloir d'hôpital.

F. D'accord et c'était une situation réelle ou projetée pour la deuxième ?

Pers5. Euh un sentiment général pas sur une situation spécifique.

F. D'accord.

Pers5. De même que la première, c'est pas tellement sur euh sur les émotions ressenties pendant ce temps, mais sur ce que ça m'évoque notamment au niveau de ce temps.

F. Le chemin et la deuxième c'était l'hôpital. OK, merci. Juste la la, juste la photo, puis après on xxx (inaudible).

Pers1. Fin moi ça a rien à voir

F. Vas-y.

Pers1. La première, ce serait celle-ci

F. Les oiseaux dans le ciel.

Pers1. Les oiseaux. Et la deuxième, ce serait celle-ci.

F. XXX (inaudible)

Pers1. Quelqu'un qui prend le poids.

Pers2. C'est, c'est un peu dur hein comme question. Moi j'aurais dit pour la simulation, effectivement, peut-être les oiseaux migrateurs. Et puis euh alors en temps réel, il y a plusieurs expériences du coup qu'on se fait mais peut-être (rires) celle-là notamment avec la femme qui se dit : « Oh non ! » parce que si quoi.

Pers3. Euh moi pour la simulation, j'aurais dit la fenêtre et pour la situation, les chemins. La photo verte avec les chemins.

F. Situation réelle ou projetée ?

Pers3. Euh un peu globale.

Pers4. Ben moi pour la simulation, j'aurais mis celle-là euh le puzzle et pour la situation réelle, celle avec les petits chemins.

F. La situation réelle c'est laquelle ?

Pers4. Avec euh les petits, la vache euh

F. Oui le chemin aussi

Pers4. Oui

Pers6. Euh moi du coup pour la première, j'aurais mis les oiseaux aussi et euh et pour la deuxième, ça représente quoi déjà ?

F. Ben c'est les émotions que tu aurais vécues dans une situation réelle ou projetée qui se rapporte à la situation de soin qu'on a travaillée là.

Pers6. Oui... Ben aussi la, la, l'image verte avec les différents chemins.

F. D'accord. Les oiseaux et le chemin.

Pers7. Et du coup, moi pour la première, ce serait celle avec les différentes mains et, pour la deuxième, plutôt la femme aussi qui se tient...

F. Et c'est une situation réelle ou projetée ?

Pers7. Ah euh c'est une situation réelle.

F. Est-ce que l'un d'entre vous accepte de nous dire pourquoi le choix de ces photos et pourquoi des différentes ? Parce que du coup, vous avez tous choisi des différentes...

Pers5. Euh alors moi, moi la première photo, les oiseaux dans le ciel, parce que, bon après c'est peut-être une image plus euh fin chrétienne et que les gens ils ont du fait de de la mort, plutôt comme ça et et le fait d'accompagner les gens dans une sérénité fin moi je le vois plutôt comme ça, de nous apprendre à avoir un cadre paisible euh que les échanges soient confortables fin c'est c'est ça que ça m'évoque en tout cas. Et euh la deuxième, c'était plus euh fin moi j'avais choisi celle de la dame qui sert euh quelqu'un dans ses, dans ses bras euh pour des situations que j'ai déjà vécues (bruit de fond) euh où on m'avait contactée en soins palliatifs pour une détresse euh sur une dame qui avait des xxx (incompréhensible) massives et qui est décédée en quelques minutes dans mes bras fin vraiment, c'était vraiment euh. Et euh et je pense que fin à ce moment-là, on avait tous réussi à la soulager tout de même, fin en faisant, j'espère, ce qu'il fallait euh, en mettant un peu euh un peu

d'hypnovel mais je suis pas sûre que ça avait servi à quelque chose. En tout cas, je crois que qu'on aide les gens à ce moment-là.

F. Ça devait être une situation finalement forte aussi.

Pers5. Oui ben pour tout l'équipe, à ce moment-là, et pour euh ben le mari était à côté donc je pense que c'était fin bon ça xxx (inaudible) en tout cas.

F. Qu'est-ce que t'avais ressenti là par rapport aux oiseaux cette sérénité c'est des émotions que tu as pu ressentir toi ou que tu projettes dans le patient, euh l'objectif pour le patient ?

Pers5. Ben c'est l'objectif pour le patient (F. oui) c'est...

F. Et donc, tes émotions à toi que t'as pu ressentir pendant la séance, est-ce que... ?

Pers5. Ben je pense qu'on nous apprend à fin, en tout cas, en en discutant ensemble, on se mais il y a pas de bonne manière, fin il y a pas de, de règle ou de... Mais en échangeant entre nous, je pense que c'est bien de savoir ben qu'est-ce qu'on peut dire ? Qu'est-ce qu'on peut... fin avec des situations, qu'est-ce qu'on peut dire ? Qu'est-ce qui est bien de dire et en évoquant les fin les choses auxquelles on a déjà été confronté, je pense que ça nous aide pour euh ben pour les, les moments futurs. Les choses que... on se voit pas de l'extérieur quand on fait, quand on fait notre première sédation, on se voit pas de, comme là, de... On parle devant les patients fin c'est vrai que voilà, on se rend compte que ben on est les dernières personnes qu'ils voient à ce moment-là quoi fin... faut qu'on soit euh fin faut qu'on les apaise au maximum, je pense. Et en sachant comment faire euh c'est plus facile.

F. mmm merci. Quelqu'un d'autre avait choisi les oiseaux ?

Pers1. Euh oui pour la situation de la formation, effectivement, c'est c'est une image qui est apaisante et puis euh c'est vrai qu'on se, qu'on se dit qu'en travaillant tous ensemble à la fois avec les équipes qui connaissent très bien le malade, qui préparent le terrain euh eh ben on est, on est dans des situations beaucoup plus, beaucoup plus simples à à à assumer quoi quand on arrive dans le cadre de l'urgence que lorsque lorsque le terrain est pas préparé.

F. Mmm et c'est des émotions que t'as ? Au niveau des émotions, que t'as pu ressentir pendant le, la, la situation, t'étais plutôt à l'aise ? Comment tu t'es sentie ?

Pers1. Euh non fin, non mais les si... Alors effectivement, on sait quoi faire, ça c'est une chose. Donc effectivement, ça met davantage à l'aise. Après euh, après c'est vrai que non quand on a un patient en face de soi qui est pas tout de suite soulagé, c'est pas particulièrement agréable mais bon quand on quand on sait où on va, ça ça permet de porter le poids quoi. Je sais pas. Pendant la séance, je fin voilà, c'était c'était un peu mitigé mais c'était pas c'était pas du tout un moment euh sympa à vivre quoi (rires). Et puis, oui non, il y a, il y a tout le temps des choses fin d'enseignement que tu as avec nous qui qui qui est hyper important. Moi j'ai noté quelques phrases de discussion anticipées à avoir avec le patient et ses attentes, sa famille, tout ça c'est des choses ben qu'on peut mettre en pratique et que je fais pas forcément mais que je pense que je mettrai en pratique quoi. Voilà pour la séance. Et puis ben pour les expériences antérieures, c'est vrai que, c'est vrai que moi je trouve ça quand même très traumatisant la détresse respiratoire parce que quand les patients sont pas, je sais pas moi, hypercapniques, totalement encéphalopathes et quand ils sont xxx (incompréhensible car terme médical) quoi, quand on voit qu'ils sont tout... très très inconfortables, on on on ressent une espèce d'urgence et c'est après que ben fin voilà on voudrait plus être ailleurs, se sortir de cette situation-là et après, même c'est vrai que ben finalement, on arrive à à aller au-delà et à être présent pour le patient et à lui faire du... fin à à le soulager, ça c'est sûr qu'on y arrive et euh et et même quand on y arrive plutôt bien, moi moi j'ai toujours pas... fin j'en garde toujours pas des bons souvenirs (rires), voilà. Même quand, même quand on fait ce qu'il faut, même quand on dit ce qu'il faut, voilà. Mais mais je pense qu'effectivement c'est, c'est

parfaitement possible de le vivre différemment, peut-être avec plus d'expérience, peut-être avec une meilleure préparation du patient et de sa famille par différentes équipes, former aux choses comme ça quoi.

F. Ça reste de la détresse, qui qu'il arrive on... et et ce ce sentiment de vouloir être ailleurs c'est qqc que t'as pas du tout ressenti là au sein de la, au sein de la simulation ?

Pers1. Non, ça allait (rires). C'était (incompréhensible)

F. Merci

Pers2. Je veux bien en parler. J'ai... la première image du coup sur, plutôt sur la session, j'ai choisi celle... la verte, celle avec les différents chemins où on voit euh on voit quelqu'un qui s'engage sur les chemins, on voit que ça bifurque tout le temps, ça me rappelle un petit peu justement le fait qu'il y ait plein de situations très très spécifiques au final où on est obligé de s'adapter, obligé de trouver comment faire différemment. En même temps, l'image là, c'est un dessin donc c'est souvent quelque chose qui nous est exposé de manière assez théorique ou en pratique... Donc là c'est pratique avec la simulation, mais ça reste, ça reste un entre-deux malgré tout de se dire qu'en pratique, ça ça reste des choses très différentes fin qui peuvent être vécues en tout cas très différemment, on peut se retrouver un petit peu à perdre nos moyens ou à être facilement mis en difficulté, avec beaucoup de choses qui arrivent assez vite, beaucoup d'informations à traiter, beaucoup de contraintes et mais, mais il y a cet aspect-là sur l'image de quelque chose de un peu... d'un peu c'est comme ça qu'il faut faire, c'est comme ça que ça peut se passer, c'est un dessin, c'est c'est comme ça que ça doit se faire. Je trouve qu'en pratique, malgré tout, ça c'est c'est pas serein et même s'il y a des chemins qui sont tracés, c'est souvent qu'on se trouve à devoir encore en tracer un autre. Et sur la deuxième image, c'est c'est pas tellement sur une situation de sédation, c'est plutôt sur un sentiment général de du soin et qui se retrouve beaucoup je trouve en sédation. On a affaire à des personnes vulnérables, beaucoup de, de situations où les patients sont en détresse mais pas uniquement les patients, beaucoup les familles où je me dis qu'on on est dans un milieu qui est hospitalisé enfin hospitalier pardon euh où où même si ben il y a beaucoup d'efforts qui sont au niveau des patients, au niveau des accompagnants pour pour justement ben les accompagner au mieux, privilégier le lien avec les familles, privilégier tout ce qui est les temps de visites, tout ce qui est la possibilité de rester sur place pour les repas, etc. Ca reste fort médicalisé, ça reste fort médicalisé et je je sais pas comment on pourrait faire autrement hein mais je trouve qu'on est, je trouve que, je trouve que la médecine, elle prend énormément de place dans, souvent dans la fin de vie fin avec un biais aussi parce que je me suis retrouvé en USP et du coup, forcément, c'est des situations en USP que j'ai eues, mais à se dire ben il y a beaucoup de médical, même si on limite les traitements, il y a, il y en a quand même qui restent donc souvent des perfusions avec beaucoup de sang aussi, c'est toujours dans des blouses d'hôpital, dans des lits d'hôpitaux, fin toujours avec du personnel qui passe, qui change aussi, même s'il y a des liens qui se créent, avec les familles qui qui peinent à à trouver la place parfois parce que c'est des situations qui sont très difficiles aussi, peut-être parce qu'elles sont, elles en sont dépossédées quelque part quand même ou qu'elles arrivent pas à l'investir parce que c'est quelque chose de nouveau, quelque chose qui reste dramatique malgré tout. Mais je sais pas ce qu'on pourrait faire différemment, ce qu'on pourrait faire mieux, ce qui est de notre responsabilité, ce qui l'est pas.

F. Merci. Est-ce que quelqu'un d'autre veut parler de ses émotions sur la... pendant la simulation et puis parler... en et des soins ? De votre ressenti en tout cas...

Pers3. Ben moi, j'ai choisi la fenêtre parce que j'ai regardé (rires) et que ben c'est la première fois qu'on regarde vraiment quelqu'un faire une sédation, enfin je veux dire, j'ai fait une, j'ai dû faire une ou deux fois et c'est vrai que comme tu disais Pers2, on se voit jamais en fait en train de réfléchir à voix haute. Du coup, là, c'était intéressant de voir un peu, d'un œil extérieur, comment on fait, comment on fait. Et après, pour les situations, j'ai choisi le chemin parce que justement, on a plein

de co..., fin on a des connaissances et en fait, quand on arrive devant le patient qui est en détresse, on on peut partir dans plein de directions différentes et il faut savoir justement trouver le bon fin dérouler le bon algorithme et savoir un peu ce qu'il faut faire et on peut partir dans différents chemins face à des situations de détresse quoi et c'est pas si simple que ça. On se retrouve pour la première fois face à un patient, on a beau savoir ce qu'il faut faire, c'est pas, c'est pas si simple. C'est comme ben un arrêt cardiaque, on sait ce qu'il faut faire parce qu'on l'a appris. En fait, la première fois, on panique un petit peu.

Qqn. Parce qu'il y a des enjeux quoi

Pers3. Oui c'est ça...

F. Des décisions qui doivent se faire très rapidement.

Pers3. Oui c'est ça. Puis au 1er semestre fin c'est la première fois qu'on prend vraiment une décision, fin la première fois qu'on prend une vraie décision médicale, ça fait toujours un peu peur.

F. Est-ce que quelqu'un d'autre veut dire un petit peu pour justifier un peu le choix des photos ?

Est-ce que le fait qu'il y ait... par rapport à ceux qui ont, je sais plus qui a joué le proche, par rapport aux émotions des patients ou des proches, joué ou simulé, est-ce que vous avez ressenti des choses ? Est-ce qu'il y a des choses qui vous ont manqué ? Justement le positionnement, c'est vrai qu'autant on réfléchit au xxx (inaudible), est-ce que là c'était peut-être plus facile parce que c'était un mannequin, c'était pas une personne avec ses émotions ? Ces des choses qui vous a xxx (inaudible), qui vous ont... ?

Pers5. Je trouve qu'on oublie très vite qu'on est filmé et qu'il y a quelqu'un à côté fin on oublie très vite que quelqu'un nous regarde dans une pièce à côté. Je sais pas ce que t'en as pensé mais fin moi je...

F. C'était assez facile de se prendre au jeu.

Pers5. Exactement fin pourtant, je suis pas, j'aime pas trop ça à la base et je pense qu'on aime tous pas trop ça parce qu'on n'est peut-être pas tous à se jeter sur les rôles à la base mais euh mais on oublie très vite qu'il y a quelqu'un qui nous regarde et, juste que c'est plutôt... (inaudible).

Pers4. C'est vrai que fin moi j'ai pas fait partie de la simulation là mais on en a déjà fait et c'est vrai que je trouve que très rapidement, on se prête au jeu mais très rapidement, on sort vite, dès qu'il va y avoir un petit blanc, il va y avoir une sorte de sortie de rôle qui freine un peu après la reprise, fin je sais pas si...

F. Tu te déconnectes assez vite de la situation...

Pers4. Oui en fait, je trouve qu'on arrive à se mettre très vite dedans et tant que entre guillemets, ça, ça roule ben ça roule très bien. Si à un moment, du coup, on a un petit doute sur qqc eh ben très vite, il va y avoir cette perte de mise en situation...

F. Du coup, par rapport à vos, aux émotions, aux ressentis globalement plutôt positifs quoi ? C'est ça ? Par rapport à des situations de soin qui font plutôt peur, qui sont plutôt finalement de l'ordre de l'instantané, de la détresse, de l'enjeu, de la volonté de fuir finalement et pas forcément dans cette situation, dans cette simulation-là, pas forcément retrouver quoi, xxx (inaudible) vous vous sentez plus à l'aise.

Pers1. Alors oui parce qu'on sait que c'est pas la réalité mais effectivement fin on oublie qu'on est filmé et on se prête énormément au jeu et on fin moi sur le tableau de détresse, effectivement il y a quand même un peu l'urgence de se dire : Ah bon ben là, fin qu'est-ce que je fais ? Il faut le faire quoi donc, c'est quand même, c'est super, fin c'est très bien de de d'avoir ces simulations-là parce

qu'effectivement, je pense que ça apprend des choses au lit du malade sans un peu le, comment on dit ? la culpabilité de pas avoir fait bien pour le vrai patient.

Pers5. Oui c'est ça (rires) ! oui c'est ça !

F. Ok et par rapport à ce petit tour de table là sur la question des émotions, de l'expérience émotionnelle dans le soin et où dans une simulation, il y a des choses qui vous ont surpris ou déplacés par rapport aux uns et aux autres ?

Vous vous attendiez à peu près à ça ?

Qqn. Oui

Qqn. Oui

F. Vous avez souvent choisi les mêmes photos, pas forcément pour les mêmes choix mais... OK. Est-ce qu'il y a des messages-clés ou des choses dont vous vous souviendrez ou que vous réutiliserez en pratique clinique par rapport à ça ou à la gestion des émotions ? Est-ce que vous... ?

Pers4. Ben... la voie sous-cut.

F. Oui

Pers4. Ça c'est vrai que moi j'avais pas forcément xxx (incompréhensible) qu'on utilise facilement la morphine en sous-cut ou en IV, c'est vrai que ben on a tendance à se dire ben le midazolam aussi et avec la même efficacité et ou pas... fin dans la rapidité de...

F. Oui, xxx (inaudible). Du coup, d'autres messages-clés ?

Pers1. Ben surtout sur le premier tableau en fait, j'ai trouvé, fin sur le premier cas clinique de bien faire la dichotomie pré-agonique et agonique et de pouvoir du coup bien informer la famille.

Pers3. Oui c'est vrai que c'est xxx (inaudible) que souvent je trouve combien de temps ça va durer, etc. et c'est pas facile en fait.

Pers1. En fait, moi moi je savais pas trop

Pers3. Je savais pas non plus.

F. Non, c'est vrai que c'est utile, c'est d'enlever un truc quand... J'avais appris ça en DES aussi et « ah, pourquoi on me l'a pas dit plus tôt ? »

Qqn. Oui c'est ça

F. Bon d'accord, est-ce qu'il y a des choses qui vous manquent pour la formation vis-à-vis de cette thématique ? Ou des choses que vous aimeriez retrouver aussi ?

Pers1. Euh aujourd'hui ou ?

F. Non sur la formation, ou ben là sur l'ensemble de la simulation et puis peut-être par rapport voilà à la réalité de la simulation ?

Pers5. Ben j'ai trouvé que c'était très représentatif fin de ce qu'on, des situations auxquelles on était confrontés fin s'il y avait des situations, je pense que si on l'a pas encore été, on va l'être à un moment et même après fin quand même pas élargir en faisant d'autres situations encore parce qu'on peut en trouver un tas comme ça des, des situations où on devrait réfléchir, mais pourquoi pas en xxx (inaudible) quoi.

F. Bon merci, d'autres choses que vous voulez ajouter ? C'est bon, merci en tout cas de votre participation. On va mettre xxx l'échange enregistré, on verra si ça va nous aider pour la suite...

## Annexe 2 : Verbatim séance ET2P du 25/01/2023

F. Je vais vous poser une première question et je vais vous laisser un petit temps de réflexion et de sélection mentale. Parmi ces photos, laquelle représenteriez pour vous le mieux les émotions que vous avez ressenties durant cette séance de simulation en santé ? C'est la photo qui représentera pour vous le mieux les émotions que vous avez ressenties. Tout le monde peut répondre à la question que vous ayez ou non participé ou non à la mise en situation. C'est le vécu de la séance, c'est dans sa globalité.

[Pause]

On parle des émotions, c'est à dire qu'est-ce que vous avez ressenti, la manière dont vous l'avez vécu, dans votre manière souvent réflexe ou involontaire.

Ok. Donc est-ce que tu acceptes de nous présenter ta photo et de nous expliquer un peu pourquoi ton choix ?

Pers1. Moi j'aurai choisi la photo du milieu avec toutes les mains et les fils reliés surtout par rapport à la première situation ou en fait on avait vachement de contact et de lien surtout avec la famille.

F. Ouai.

Pers1. Je trouve que c'est aussi ce que l'on retrouve en soins palliatifs en général, vraiment le contact avec les gens et les familles.

F. Et ce serait quoi comme émotion du coup ?

Pers1. Bah c'est une émotion positive. C'est agréable d'accompagner les familles xxx la fin de vie

F. Tu pourrais la nommer ?

Pers1. C'est de la joie ou de la satisfaction d'essayer d'apaiser un peu les familles ? Les fins de vie

F. Merci. Est-ce que d'autres ont choisi la même photo ? Ou une autre ? Non ? Tu veux nous présenter ta photo ?

Pers2. J'ai hésité avec cette photo et une autre photo. Euh je vais peut-être présenter l'autre photo. Euh c'est celle qui est juste à côté là avec des pièces de puzzle. Plus sur le côté ou on est un peu tous ensemble, on discute tous ensemble, heu sur ce qu'il s'est passé, heu mais aussi pour des questions, éclaircir certains sujets, donc heu plus collégial que ce qu'on a fait cette après-midi.

Pers3. J'ai pris cette photo aussi c'est un peu pour les mêmes raisons. Le partage de ce qu'on aurait fait, de l'expérience, enfin pour moi ça y ressemble c'est un peu le soin palliatif qui est un travail collégial et on apporte tous un peu notre connaissance.

F. Et du coup ce serait quoi comme émotion ?

[Pause]

Pers3. C'est plus quelque chose de positif en tout cas.

Pers2. Satisfaction,

Pers3. La satisfaction oui.

F. Ok, merci.

Pers4. Moi j'ai deux photos. Il y a celle la avec un peu, c'est un peu un lever de soleil un peu brumeux et du coup quand on parle du soin palliatif la je trouve que c'est un peu.... Enfin... Moi j'en ai un peu cette représentation la, que... c'est paisible, c'est... enfin un service comme ça c'est apaisé. Et la photo du couloir, du couloir de l'hôpital, parce que, par contre c'est quand même très fréquent comme quand bah voila on est de garde et qu'on nous appelle pour voir un patient. On sait pas trop, c'est un peu angoissant, on se sent très seul.

F. Et du coup c'est une situation plutôt représentée par l'aspect pratique en soins palliatifs et... ou c'est de la simulation ?

Pers4. Bah c'est pareil en fait.

F. C'est très pareil.

Pers4. Ouai c'est un peu pareil, c'est... pendant la séance voila on discute calmement.

[appel téléphonique]

F. C'est plutôt positif.

Pers4. Voilà on se retrouve face à des situations on sait pas. C'est pas bien forcément bien gérer alors qu'on est quand appelé dessus quoi.

F. Merci.

Pers5. En bas il y avait la photo couloir et aussi celle des chemins séparés ou quand on arrive on est tous dans la même situation on sait pas trop dans quelle direction partir, sur quoi vraiment se concentrer et... après je pense c'est aussi le manque d'expérience.

F. Ça c'est plutôt la simulation, sur la séance, ou on sent...

Pers5. Bah je me dis si ça m'arrive en vrai, la je pense que je serai déjà un peu plus canalisé déjà d'avoir fait la simulation. Vivre la situation la comme cela tout seul c'est pas évident à gérer.

F. C'était quelle photo excuses-moi ?

Pers5. C'était y aussi le couloir et puis celle avec les chemins.

F. Donc plutôt un sentiment de solitude et de...

Pers5. ...et d'incertitude surtout.

F. Merci. Donc plutôt négatif l'émotion.

Pers5. Oui.

Pers6. Alors moi par rapport à la simulation d'aujourd'hui, je me dis la bougie parce que, bah quand on est rentré je trouvais que c'était, quand on fait l'entretien avec les familles, je trouve que c'est toujours très calme, très apaisant. Après c'est parfois monotone et en même temps... je pense que c'est important, c'est... voila, de garder ce ton la et... Ça me fait penser à ça.

F. Ok. Et du coup ce serait quoi comme émotion ?

Pers6. Comme tu disais Marie un peu apaisé.

F. Être apaisé.

Pers6. Oui.

F. Merci.

[Pause]

F. Quelqu'un d'autre veut présenter sa photo ?

Pers7. Moi aussi j'ai pris le couloir mais c'était plutôt parce que c'est paisible aussi en fait au final, un couloir plus tranquille.

[Rires]

F. Donc plutôt positif finalement

Pers7. Ouai moi c'est plutôt positif.

F. D'accord. [Pause]. Et ça c'était pendant toute la séance ?

Pers7. Heu ouai.

Pers8. Moi j'aurai pris le puzzle je pense enfin c'est à la fois on voit plusieurs mains, il y a du partage quand même, que ce soit sur l'expérience, le retour de fait qui ont pu se passer, d'expérience, de ton expérience aussi et aussi un savoir une approche qui se construisent progressivement dans le temps quoi... donc beaucoup de partage quand même pour... ce sont des situations qui peuvent être difficiles et qui font quand même parties effectivement qu'on choisi pas forcément en garde et donc c'est des situations que l'on doit gérer quand même on est pas forcément seul mais nécessitent de... un partage un petit peu forcé quoi et puis il n'y a pas forcément une manière de faire donc j'aurai choisi le puzzle moi.

F. Tu veux travailler en équipe c'est ça ?

Pers8. Bah en équipe et puis à plusieurs quoi mais pas forcément que des médecins non plus. [Pause]. Sentiment d'échange quoi. C'est pas vraiment une émotion.

F. Ok.

Pers9. Moi je choisirai la photo avec l'accolade, avec le monsieur qui sourit. C'est un peu comme ça que j'ai un peu comme ça que j'ai vécu la formation cette après-midi avec une entraide bienveillante, voila on est la pour discuter et pour pouvoir, enfin voila dans la bienveillance et aussi un peu je regarde, je vois qu'il regarde un peu vers le ciel un peu comme un remerciement c'est vrai qu'on a une chance aujourd'hui d'avoir ces formations, d'être seul en garde et y être confronté et avec la technologie qui nous permet de faire avec la vidéo qui retransmet et les mannequins qui sont quand même très réalistes et la mise en scène et voila je pense que c'est une chance aujourd'hui de pouvoir faire ça. Donc plutôt positif.

F. Merci.

Pers10. Moi au début j'avais dis enfin je m'étais mis sur celle ou elle se cache Et cetera parce que je trouve c'est toujours une expérience de se lancer, avec le regard des autres quand même qui est pas forcément toujours évidant mais après j'ai vu celle la aussi ou il pose la main pas forcément la relation forcément malade patient mais plus sur de la bienveillance et que finalement derrière y a quand même de la bienveillance et en fait est tous dans la même situation et il n'y a pas franchement de jugement finalement. Euh... voila un peu mitigé je trouve voila dans les émotions.

F. La première émotion ce serait plutôt...

Pers10. C'est plus...

F. L'appréhension ?

Pers10. Oui l'appréhension, aussi, voila, aussi voila le fait d'être en groupe et de ce... peut être de voir les autres et le fait de ne pas savoir ce qu'il va se passer, l'incertitude de la situation mais qu'on peut retrouver forcément aussi au moment d'exercer.

F. Est-ce que quelqu'un d'autre veut nous présenter sa photo ?

Pers11. Moi j'aurais pris la première photo qu'on a expliqué, celle avec la main et les ficelles dans le sens ou, sur la première séance, qui est la personne, par exemple avec son symptôme, c'est un peu, les ficelles elles ont un peu touché tout le monde, tout le monde a un peu bougé, chaque main derrière à sa solution on va dire pour rassurer la patiente pour son symptôme, à sa manière, différente et que à chaque personne qui propose une solution ça aussi touche impacte les autres autour pour et celle du patient dans l'entourage

F. Ok, merci. [Pause] C'est bon ? Ok.

Est-ce que parmi ces photos, maintenant on va faire une deuxième question : est-ce que, laquelle représenterait pour vous du coup le mieux les émotions que vous auriez pu ressentir ou que vous pourriez ressentir dans une situation similaire à celle que l'on a faite pendant la simulation. On parle vraiment des situations de soins dans vos pratiques, dans la vie réelle, dans votre contexte quelle serait la photo que vous pourriez choisir et ça peut être la même photo que la première question du coup. Je laisse un petit peu de temps.

Qqn. Pour les deux situations ?

F. Choisis peut être une situation vécue ou qui t'as été plus... l'une ou l'autre.

Qqn. Une situation que l'on aurait pu vivre même en stage ?

F. C'est ça. Ou que tu imaginerais vivre.

Qqc. Et du coup ce serait avant qu'on ai fait cette formation ou après ?

F. Et bien oui, comme tu veux. Plutôt... sois quelque chose que tu as déjà vécu, si ça existe, soit quelque chose que tu imagines vivre si tu ne l'as jamais vécu ou si tu préfères, en disant quel type d'émotion je pourrais ressentir face à ce type de situation ou j'ai déjà senti.

Pers12. Moi j'ai deux photos du coup, c'est par rapport à une situation récente, en pré hospitalier, le décès d'un sujet jeune en bonne santé qui avait aucun antécédent et dont la mort a été inexplicable. C'est la photo avec le ciel noir parce que du coup... avec... ça s'abattait... ça s'abattait sur lui. Et la deuxième photo c'était l'œil, qui pleure en fait, on était face à l'émotion des proches qui étaient... qui étaient présents et qui récupèrent le corps. Et peut être une troisième photo avec le fait qu'on les ai accompagné à ce moment là, qu'on est resté sur place assez longtemps, expliquer la situation qui était somme toute compliquée. Donc moi c'est ces trois photos, du coup la tristesse, et l'accompagnement et un peu de... de transfert aussi sur ce qu'on a vécu personnellement . Et un peu de peur aussi...

F. C'est compréhensible.

Pers12. Parce que le monsieur il avait mon age du coup forcément on...

F. On ne peut que se projeter. Ok.

[PAUSE]

F. Plutôt quelque chose de très intense

Pers12. Ouai. Moi c'est la dernière situation qui m'as marqué sur une garde, cette situation.

Pers3. Moi les premières photos qui me sont venues c'était plus par rapport aux premières expériences quand j'étais encore FFI et du coup ce serait... avec la tête dans les nuages et de la personne qui est la en bas, qui donne le sentiment de ne pas savoir quoi faire dans certaines situations et en en même temps être seule à faire quelque chose que je sais pas du tout faire, donc ouai plus de l'angoisse, et... mais du coup si je pense à des situations complètement plus stressantes quand j'étais en stage de soins pall, bah du coup ce serait plus la photo qui est là, les mains qui viennent posséder, la c'est plus stressant que ce genre de situation.

F. T'étais en stage ou ?

Pers3. J'ai fais trois mois à Saint-Omer en stage mixte.

F. Merci. Et FFI c'était ou ?

Pers3. C'était en Martinique pendant le COVID.

[RIRES]

F. Situation exceptionnelle. Merci.

Pers4. Moi j'aurai aussi choisi la photo avec l'homme on a l'impression qu'il porte quelque chose d'assez lourd dans le couloir la, heu pareil on a l'impression qu'il va rien se passer en garde et puis ensuite quand je suis allé en discuter avec, enfin je suis allé demander de l'aide car clairement c'était trop intense, plutôt voila, toutes les donc il y avait plein de main, du soutien.

F. Est ce que tu avais trouvé de l'aide ?

Pers4. Ouai.

F. Du coup la première émotion c'est quoi ?

Pers4. Euh bah c'est négatif, c'est un sentiment... de vraiment devoir porter quelque chose d'hyper lourd... hyper lourd, enfin la famille, d'avoir un énorme poids...

F. De responsabilité.

Pers4. Ouai

F. Merci

Pers2. Moi aussi j'ai choisis la photo de l'homme dans le couloir, plus un sentiment d'impuissance, d'être tout seul, de... Mince. La situation de simulation me rappelle un cas que j'ai vécu en décembre, j'étais tout seul du début à la fin et c'est moi qui ait fait l'annonce de... de l'incurabilité, c'est moi qui est l'annonce de décès et je me suis pas du tout senti encadré. En deuxième photo je prends le radeau de la méduse, quand j'ai demandé de l'aide c'était le bordel, on a pas su m'aider et... et que les soins palliatifs c'était pas leur problème.

F. Est qu'est ce qu'ils répondaient les gens ? C'était très défensif.

Pers2. Simplement que c'était pas un problème

F. C'était très défensif et ils veulent pas s'en occuper.

Pers9. Moi je vais choisir la photo avec tous les chemins, tous les chemins qui se dessinent, c'est ce sentiment que j'ai de devoir prendre une décision et dans l'incertitude de ou va aller ce chemin et ce souvenir en tête j'avais fais une garde il y a pas si longtemps que ça ou j'ai accompagné une patiente qui dans le temps qui se dégradait pendant la nuit et on a majoré voila la morphine on a majoré le midazolam avec l'avis du médecin d'astreinte au téléphone j'étais pas toute seule mais en tout cas cliniquement c'était mon évaluation et c'était voila... et mes prescriptions également et... et la patiente est décédée le lendemain, et toujours dans la question de se dire est-ce que l'on a pris les bonnes décisions ou est ce que c'était... voila... les thérapeutiques, mes prescriptions qui avaient mené au décès de la patiente et du coup... c'est souvent la ce sentiment après les gardes, de revenir sur les situations que j'ai vu pendant ma garde et se dire est ce que j'ai bien fais ou est ce que j'aurais du faire autrement et c'est des collègues qui me parlent.

F. Aussi parce que tu étais seule en responsabilité.

Pers9. Oui même s'il y avait un médecin d'astreinte au téléphone c'était mon évaluation clinique de la patiente qui a fait qu'on a augmenté les doses de midazolam et de morphine, sur mon évaluation à moi.

F. Ok, merci

Pers5. Moi en photo je prendrai aussi l'œil qui pleur. Il y a quelques jours j'ai eu une situation de fin de vie c'était la première fois que j'avais ça pareil j'étais seule fallait gérer les émotions à moi plus celles de ceux autour et celles de la famille a qui j'ai du annoncé le décès qui était plus ou moins attendu donc pas évident, j'avais un peu tout le monde... et de devoir être la tête forte on va dire pour diriger un peu tout le monde .

F. Pouvoir à la fois entendre soit même, voir après entendre ceux de l'équipe et puis ceux de la famille. Ok.

Pers6. Moi ce serait plutôt la tête la ou il se tient les mains, plus sur l'appréhension en fait d'assister un patient en détresse de... enfin de le voir souffrir et de pas forcément réagir bien dès de début, ça je l'ai déjà vécu j'ai vu quelqu'un en garde qui était en détresse respiratoire mais ça restait c'est surtout de l'angoisse en fait c'est dur de ne pas savoir quoi faire exactement puisque c'était pas une vraie fin de vie donc il y avait pas à sédater mais juste d'être un peu dans... Bah se sentir un peu inutile quoi.

F. Il n'y a pas de solution quoi. C'est juste la, on ne peut pas toujours soulager toute souffrance et devoir assister...

Pers6. Et toujours d'être un peu seul face à ça, avoir un médecin avec soit ça paraît être une bonne chose.

F. C'est une situation de garde aussi ?

Pers6. Oui

F. Merci.

Pers8. J'aurai peut être tendance à choisir deux photos. Après je suis en fin de DES. Peut être le couloir, c'est vrai qu'initialement enfin surtout quand ces des situations qui arrivent la nuit on a tendance à se sentir assez seul et puis on a pas forcément le réflexe de solliciter l'équipe ou le médecin d'astreinte du coup on a tendance à subir un peu. Et puis la enfin... les derniers stages que j'ai pu faire on était bien encadré bien entouré pour les décisions, on avait accès à la collégialité. Et plutôt la bougie car à chaque fois j'ai vu, à la fin, c'est plutôt un moment de soulagement pour la famille et même pour l'équipe en général et des situations ou tout le monde était globalement reconnaissant, enfin il n'y a pas eu de situation problématique particulière. Donc plutôt la bougie actuellement après je n'ai pas eu de situation particulièrement problématique dernièrement ça influx forcément sur notre ressenti.

[PAUSE]

F. Est ce que quelqu'un d'autre veut...

Pers11. Moi après c'est sur mon expérience en soins palliatifs j'aurai pris la photo de la dame avec sa valise et la tête dans le nuage euh dans le sens ou à chaque fois que j'étais confronté à une situation c'est sur une garde j'ai jamais vraiment eu de situation dans mon propre service ou je suis passé ou j'arrive on va dire avec ma valise et euh bah les médicaments je sais quand faut les donner, pourquoi, enfin pour les symptômes. Et le côté du nuage c'est plus dans le sens ou en fait quand on arrive quand on est de garde, enfin une grosse partie repose sur nous et j'ai pas de suite forcément des patients, de savoir si bah est-ce que j'ai répondu à la demande sur le coup si je suis resté juste objectif sur les signes qui présentait, bah ce que les proches ont ressenti un peu d'apaisement également, c'est pas une chose qu'on a forcément de retour également quand on est appelé sur la nuit et que par la suite on voit plus ces personnes sur le coup.

F. Toutes ces situations très ponctuelles ou on peut pas vraiment débriefer en fait, savoir si on a bien fait, les bons choix.

Pers11. Ouai.

F. Ok. Merci. Est ce que quelqu'un d'autre veut parler ou ça va ? Non.

Du coup on a des choses très différentes de la simulation, très factuelle, très dans l'apprentissage etc et des situations réelles, ce qui paraît logique. Est ce que je peux vous demander un peu comment vous vous sentez la après ce tour de table ? Ça a du arriver, des situations récentes la pas forcément...

Qqn. ...On sent qu'en garde on est vachement seul.

[RIRES]

F. On sent que vous partagez beaucoup de choses communes, seul mais qu'il y a beaucoup d'éléments, on sent que finalement ces gardes ou l'on ne peut pas forcément redébriefer le matin les situations avec les médecins référents c'est compliqué. Il y a des choses qui vous on surpris justement, par rapport à ce que les autres ont dit, ce que.. qui vous questionnent ?

Pers4. On a tous à peu près les mêmes ressentis.

F. Et ça vous questionne ?

Pers4. Bah... oui. [RIRES] Bah c'est normal je pense de faire ça de temps en temps. Du coup est-ce qu'on est bien encadré, je sais pas.

F. Peut être que ça fait parti de la vie et en même temps tu penses que être encadré ça voudrait dire juste pas être seul pour faire, ça voudrait dire pouvoir le redébriefer après, ça voudrait dire...

Pers4. Ouai. Enfin.

F. Je veux dire pas les situations que vous rencontrez mais les émotions qui font parties de la vie la c'est autre chose. Qu'est ce qui est pas nor... qu'est ce qui serait un encadrement ?

Pers6. C'est vrai que quand on sort de garde des fois on a vécu des choses un peu forte et on transmet ça à l'équipe le matin ils font « Ah d'accord » puis on rentre avec ces/ses... enfin avec ce qui c'est passé et on en débriefe avec personne à l'extérieur.

F. Ils prennent les faits en note mais pas ce que vous vous avez vécu quoi.

Pers6. Oui c'est ça

Pers4. Après il y a peut être le fait que ce soit la nuit, qu'oijn soit fatigué les émotions elles sont décuplées mais...

Qqn. Parce qu'on était tout seul.

Pers4. Mais...

Pers6. Ouai c'est différent quand on est dans son service quand on connaît les patients et les équipes, quand on est à plusieurs etc quoi. Il y a quand même un intérêt à porter attention aux émotions quand elles arrivent pour pouvoir justement les débriefer en fonction des situations en tout cas quand elles sont difficiles quoi.

Pers12. Après nous en pré hospitalier c'est la situation que j'ai mentionné avant l'avantage c'est qu'on est trois ou quatre donc du coup à la fin quand on rentre on peut quand même reparler parce qu'on a tous vécu la même chose au même moment on était pas j'étais pas seul un instant puis avec les renforts ? on a tous vécu la même chose et euh avec plus ou moins d'expérience aussi, on vit euh... on vit des centaines de situations comme ça, moi c'était ma première fois que je voyais ou je voyais quelqu'un d'aussi jeune sans antécédent particulier enfin... j'étais vraiment dans l'incompréhension en plus... j'en ai parlé encore... enfin je voulais avoir la fin de l'histoire en appelant le légiste et tout pour comprendre

F. Jusqu'au bout.

Pers12. Oui. Donc du coup oui j'étais accompagné à ce moment la de toute l'équipe et...

F. Il y a une culture... un peu aux urgences, enfin au SAMU en tout cas, du débriefing, revenir sur des situations, c'est vrai que c'est une culture qui existe aussi en soins palliatifs et qui n'est pas beaucoup diffusée dans les autres spés et même en libéral.

Pers12. Hum.

F. Je sais pas s'il y a des choses qui vous marqueront, enfin qui vous manquent dans votre formation ou dans votre pratique vis à vis de...de ... de ça, de la gestion des émotions, de la possibilité de débriefer. Est-ce qu'il y a des choses que vous avez identifiées dans votre formation dans votre pratique que vous pourriez mettre en place ou que vous pourriez rechercher ?

Pers4. Faudrait peut être normaliser le fait qu'on ait besoin de soutien.

Pers12. Qu'on ait besoin d'écoute quoi.

F. Oui, les temps d'écoute on peut informer...

Pers12. Demander comment est-ce qu'on va déjà. [PLUSIEURS VOIX]. Demander qu'est ce qu'on a ressenti, comment on va, comment est-ce qu'on vit notre stage aussi. Y'a pas souvent... [PAUSE]. Ouai si on se sent bien, si on se sent en sécurité aussi.

[PAUSE]

Pers12. Il y a des situations je trouve on se sent pas en sécurité on le sait. Quand on est de garde seul dans un hôpital on sait que ben cette astreinte la elle va pas forcément nous répondre elle va pas forcément nous apporter une réponse très claire ou très... bah on se sent pas forcément et c'est nous qui sommes devant le patient donc on se sent pas hyper...

F. Et c'est toi qui est insécurisé ou c'est le patient qui est pas en sécurité ? Tu te projettes dans le fait que le patient soit en danger parce qu'il n'aura pas la truc ou c'est...

Pers12. Non la j'ai l'impression que... les deux en fait.

[PAUSE]

F. Il y a sans doute des petites choses en effet dont les temps informels même si on ne pose pas la question, vous pouvez poser la question à l'autre et voir s'il vous renvoie la balle mais c'est vrai le travail en équipe c'est pouvoir se permettre de ne pas être tout le temps à faire, dans l'action avoir des moments juste de pause ou on peut revenir sur ce qui c'est passé, revenir sur ou simplement se demander comment on va. Rien que cela ça aide à se construire en tout cas se... Vous avez droit de l'imposer ou de le mettre en place, de faire des petits stops dans ces situations, de rechercher un petit peu ça. Et puis après il y a probablement des choses un peu plus protocolisées qui existent dans les services et qui peuvent être réunies en tout cas rien que revoir ses situations dans le cadre de groupes, de prévoir dans la semaine dans la journée des moments un peu où on se stop et se dire bah tient on va discuter de telle situation. C'est aussi quelque chose qui fait parti de la formation continue mais aussi simplement de apprendre à travailler je pense avec toutes ses situations la quoi.

[PAUSE]

Bon bah merci beaucoup en tout cas, je sais pas s'il y a d'autres choses à rajouter ou quoi. On va mettre fin. Merci d'avoir contribué à cette recherche. N'hésitez pas à revenir vers nous s'il y a d'autres questions, si vous voulez revenir sur des choses, si vous voulez debriefez des situations on a aussi des psychologues qui sont là pour parfois elles font des groupes de debriefing dans les

services mais elles peuvent aussi individuellement venir vous répondre donc n'hésitez pas moi j'ai laissé mon e-mail, je laisse aussi des documents de formations sur le PC.

## Annexe 3 : Verbatim séance ET2P du 27/06/2023

F. Vous avez pu regarder les différentes photos. Heu donc chacun peut intervenir à tour de rôle d'accord. Je vais vous poser une première question donc c'est savoir un petit peu parmi la les différentes photos qui sont face à vous en choisir une et de voir laquelle représenterai les émotions que vous avez pu ressentir pendant la simulation. Donc par rapport à ce que ça a pu vous évoquer au niveau des émotions au niveau du ressenti du vécu et si vous voulez bien de le partager du coup parmi nous. Donc c'est que vous aillez participé ou non à la simulation ceux qui ont regardé peuvent s'exprimer aussi évidemment je vous laisse encore choisir un peu et dès que quelque qu'un veut se lancer

Qqn. C'est vraiment par rapport à la simulation

F. Ouai par rapport à la simulation

[SILENCE]

[BRUITS, personne qui sort de la pièce, porte qui claque]

Pers1. Personnellement je prends la plus facile je pense parce que j'ai pas pu participer dans la simulation directement mais on a observé pas mal enfin on a observé les deux simulations on est vraiment tous ensemble à regarder à commenter un petit peu ce qu'il s'est passé donc je pense que c'est pas mal l'aspect réunion discussion de la simulation.

F. D'accord, et ça t'évoque quoi comme émotion du coup ?

Pers1. Comme émotion? Hum...Le partage c'est pas vraiment une émotion... Hum...Je sais pas trop

F. Des fois tu peux avoir un ressenti plutôt positif plutôt négatif...

Pers1. Plutôt positif. Plutôt un sentiment en fait de... initialement de stress je pense surtout pour ceux qui ont participé et... alors la je pense que c'était un peu anxiogène initialement et puis un peu.. un sentiment un petit peu finalement de confiance comme quoi... et puis de partage vraiment de... de chacun son expérience et voila... et avoir la confiance de pouvoir partager cette expérience avec les personnes autour quoi.

F. Accord. Ouai très bien, est ce qu'il y a d'autres personnes... tu peux remettre la photo du coup, vous pouvez choisir la même... il y en a qui ont chois la même photo éventuellement ?

Pers2. C'est à peu prêt pareil mais c'est vraiment le partage de chacun avec notre spécialité différente mais aussi notre... notre expérience notre avancé dans l'internat et les situations auxquelles on a été confronté et ce qui était pas mal c'est qu'on pouvait tous se rendre compte qu'il y a pas de... de vraie bonne réponse ou de façon de faire tout à fait correcte mais heu que chacun a un peu sa façon de voir les choses et de...

F. D'accord. Et donc au niveau du ressenti ?

Pers2. Des émotions... heu... Peut-être de... je sais pas... Difficile cette question [RIRES].

F. Il y a pas de soucis.

Il y en a d'autres qui veulent s'exprimer ?

Pers3. Bah moi je veux bien alors ce serait pas sur la même... [BRUITS, CHERCHE ET RAMASSE UNE PHOTO AU SOL] plutôt sur celle la du coup heu... c'est l'accompagnement et la réassurance

qui me viendraient et que je trouve vraiment primordial de... dans le contexte de fin de vie, de... de la formation qu'on a eu heu... voila je sais pas trop quoi dire de plus.

F. Et s'il fallait exprimer une émotion éventuellement ce serait la, sur ton ressenti, sur...

Pers3. L'empathie

F. Empathie.

Pers3. Ouai, ouai je... Pas trop de...

F. Plutôt positif, plutôt...

Pers3. Plutôt positif.

F. Quelque chose de plutôt positif. D'accord.

Est ce qu'il y a d'autres gens qui ont choisi la même photo éventuellement ? Ou une autre photo, par rapport à la simulation d'aujourd'hui du coup ?

Pers4. Bah moi je veux bien parler plutôt celle avec la corde et le fil la qui tient un peu en pensant à la deuxième situation ou c'était un peu plus tendu justement et un peu plus stressant je pense surtout pour ceux qui ont participé et donc de nous d'extérieur enfin ça mettait un peu en regard avec des choses qu'on avait aussi pu avoir en stage et vraiment en ce mettant à la place qu'est ce qu'on aurait fait et on sentait que c'était vraiment une situation plus compliquée et heu difficile pour nous je pense.

F. Ouai. Plutôt négatif ?

Pers4. Bah négatif forcément parce que ça rappelle des expériences pas forcément faciles surtout les situations de garde ou on se sent seul mais heu après la simulation elle même ça c'est bien passé et heu enfin le debrief après permet quand même de se dire bah comment on peut faire et comment se réassurer aussi sur cette situation après.

F. Donc la la situation elle t'as permis de revivre en partie des choses que tu as pu voir dans le soin

Pers4. Hum

Pers5. Moi aussi j'ai choisi cette image et c'est plutôt dans l'idée que on arrive vraiment à la fin de la vie du patient qui voila il reste un fil et que... et ça m'évoque vachement de peur parce que j'ai peur de pas être à la hauteur dans cette situation 2 ou en fait c'est super dur de voir le patient souffrir dans les derniers moments de sa vie et de... peur de pas être à la hauteur et de pas réussir à le soulager pour qu'il parte confortablement.

F. Par rapport à la simulation ?

Pers5. Oui le deuxième épisode enfin la deuxième mise en situation.

F. Ouai. Et si tu devais l'exprimer dans une émotion éventuellement ?

Pers5. Bah du coup ce serait la peur.

F. Plutôt la peur... D'accord. Peur de mal faire, de...

Pers5. Oui voila. Et du coup la... la tristesse aussi de voir le patient souffrir et du coup de s'identifier un peu à lui dans sa souffrance...

F. D'accord, très bien.

Pers6. Moi j'ai choisi bah plutôt... celle la [MONTRE UNE PHOTO] mais aussi un peu en lien avec celle la [IDEM] sur la même situation sur la difficulté bah en tant qu'interne de garde des fois de faire le lien avec la famille notamment dans la première situation il y a déjà des choses qui ont été dites et on redit tout ça et puis dans la deuxième situation ou on revient sur heu... son accord de... de

rentrer en sédation profonde et continue et qu'on doit résumer la situation heu... en étant sûr de... enfin de... déjà nous on résume bien la situation voir ce que eux ils avaient compris heu... des fois ils ont bien compris dans les deux cas ils avaient bien compris mais c'est déjà arrivé ou des fois la famille ait pas du tout compris heu... la situation ou ils étaient pas en accord avec... avec heu ce qui avait été décidé et du coup... ben du coup faire le... enfin il y avait différents intervenants déjà auparavant et nous on est juste un pion c'est pour ça que je préfère... enfin on est juste une personne à un moment donné ou on doit refaire le lien avec tout ce qui a été dit sur une situation quand même de fin de vie et du coup enfin moi c'est pas de la peur mais plutôt du stress aussi parce qu'il y a la personne qui est en fin de vie heu c'est déjà assez stressant parce qu'on doit gérer ça pour que ça se passe mieux pour le patient qui est entrain de décéder et qui des fois est capable de nous exprimer son anxiété et du coup comme la dans la situation on absorbe un petit peu et puis après il y a la famille qui peut parfois pas avoir compris ou la l'épouse dans la première situation elle avait bien compris et tout ça mais du coup bien redire toute, enfin refaire la situation, leur faire comprendre que ben en fait peut importe ce que vous avez décidé mais en fait je suis obligée de... de faire un truc pour heu... pour la fin de vie le but c'est quand même le confort du patient et tout ça et...

F. Donc ça c'est des choses que tu retrouves aussi dans le soin et que t'as pu voir par le passé.

Pers6. Oui...

F. D'accord.

Pers6. Ouai... La difficulté c'est d'être... surtout en garde ou c'est pas ton patient et que c'est une situation très complexe et... d'intervenir et de devoir remédier à des situation de fin de vie on est juste quelqu'un et des fois on doit résoudre une situation et des fois ça soit pas bien et surtout pas été bien compris par les familles c'est situations la..

F. Et la dans la simulation tu t'es sentie plus à l'aise du coup le fait d'être entourée, de débriefer la situation ?

Pers6. Bah la dans la deuxième situation on voyait bien elles étaient deux elles se... on peut dire on est d'accord, qu'on fasse ça ou qu'on fasse ça et du coup bah ça produit une certaine réassurance sur bah d'accord on fait ça mais souvent en garde t'es tout seul et tu dois décider bah la je fais un bolus, je fais pas de bolus, la je pose une voie enfin voila et puis il y a la famille derrière enfin... et la dans la situation ce qui était très stressant c'était le patient qui était hyper vigile et qui était hyper anxieux et c'était...

F. Et tu arrives à trouver des ressources éventuellement dans ce genre de situation, des gens vers qui se tourner, des fois il y a le sentiment de solitude qui est souvent décrit

Pers6. Bah quand il y a des paramédicaux notamment des infirmières qui sont... enfin qui sont à l'aise dans la situation ça peut aider parce que c'est un peu notre seule ressource dans ces situations la ça peut être rassurant mais heu sinon la fois ou j'ai eu une grosse situation comme ça la cheffe elle est revenue c'était vraiment cool mais sinon c'est hyper rare de faire revenir un chef sur une situation ou on est en difficulté comme ça. Oui.

F. Très bien. Est ce qu'il y en a d'autres qui veulent s'exprimer éventuellement ?

Pers7. Moi j'avais chois la même photo que toi Pers6 heu celle avec les liens mais j'ai pas du tout eu la même interprétation ce qui est marrant. Heu moi... enfin pour la formation je trouve que ça résume bien enfin c'est la photo j'hésitais avec celle que t'avais choisi heu parce que bah justement ça mélange plusieurs mains différentes toutes les mains qui sont reliées finalement tout nos cors de métiers sont reliés la il y a beaucoup de gériatres et de méd g mais il y avait quand même des pneumos et moi je suis en médecine d'urgence et je trouve ça je trouve que ça résume bien ou niveau des... bah ça concerne tout le monde ça concerne pas que la gériatrie heu et heu... et que

l'oncologie ou on trouve un peu plus souvent des soins pall la bas heu quoi qu'on en trouve quand même chez nous de la fin de vie mais voilà ça concerne tous les services on est tous reliés et heu et on est tous en lien on a tous notre mot à dire et notre partage... on a tous un partage à faire sur ce qu'est le patient finalement parce que c'est lui qui reste au centre de ce nœuds de fils et heu je trouve ça résume bien la prise en charge un peu pluridisciplinaire que j'ai peut être plus facilement accès moi de mon côté parce que bah on est en 24 24 donc en fait on aura toujours le réa qui pourra venir donner son avis sur le patient le pneumo le gériatre par téléphone au moins au minimum et puis nous on est des équipes bah y'a médecin interne externe y'a tout le monde les paramédicaux aussi qui entrent en jeu et on est jamais bah finalement nous on est jamais tout seul face à ses situations la on prend jamais de décision tout seul donc je trouvais que ça résumait bien la aussi ce qu'on a fait aujourd'hui la formation ou bah on débriefer on est tous autour du patient à débriefer essayer de tirer les bonnes ficelles pour faire au mieux pour le patient je trouvais que c'était ça et l'émotion heu... bah je... alors je sais pas trop si ça compter comme émotion mais je trouve que enfin j'ai envie de dire accomplissement je trouve que ça fait partie de l'accomplissement du médecin que de réussir à dire heu... à dire que on laisse partir quoi, qu'on laisse partir et dans de bonnes conditions.

F. D'accord, plutôt quelque chose de positif quoi,

Pers7. Ouai en positif.

Pers8. Moi j'avais la même... exactement le même discours que toi Pers7 mais avec celle la [MONTRE UNE PHOTO] ou c'est... enfin j'ai l'impression que c'est des gens...

Qqn. Ah pour moi ça ressemble à des roses...

Pers8. J'ai l'impression que c'est des gens qui sont tous autour de bah du coup un patient et sa famille et du coup vraiment tout le monde accompagne bah le patient sa famille bah dans les moments difficiles comme ce qu'on a vu et que bah y'a tout le monde quoi, et tout le monde est lié par la prise en charge par le patient et que heu... bah voilà c'est un soutien quoi et c'est super et je vais pas répéter la même chose parce que c'est exactement ce... [RIRES] ce que je pense.

F. C'est ce que t'as vécu la aujourd'hui.

Pers8. Ouai

F. Plutôt quelque chose de positif aussi du coup ?

Pers8. Oui mais plus mon mot ce serait confiance et voilà... [RIRES]

F. En confiance par rapport aux autres, par rapport...

Pers8. Bah par rapport à la prise en charge parce qu'on est tous heu... on apporte tous ce qu'on a ce qu'on sait et on veut tous le mieux pour le patient et du coup comme on est tout plein autour du patient sa famille bah ça te met plus en confiance nous ça met plus en confiance la famille ça met plus en confiance le patient et finalement c'est beau quoi... [RIRES]

F. Des fois on a le sentiment d'égalité aussi qui est décrit du coup par rapport à une situation qui met tout le monde en difficulté.

Pers8. Bah égalité je sais pas parce qu'on apporte tous quelque chose de différent mais on est tous centré sur la prise en charge du patient. Voilà.

F. Très bien. Il y a d'autres gens qui veulent s'exprimer ?

Pers9. Moi j'avais la même image que toutes les deux avec ta vision heu pareil on en fait tout s'imbrique que ce soit entre médecins de différentes spécialités heu les paramed mais moi j'aurai pas dis que le patient était le la ou ça s'imbrique... moi j'aurai dis que le patient était aussi une des mains parce qu'il nous aide en disant son ressenti enfin comment il se sent la famille aussi enfin

l'entourage qui peut aussi avoir une hétéro évaluation qui peut être utile enfin je trouve cette photo c'était d'autant... enfin autant dans la première situation il y a avait la femme qui disait ce qu'elle pensait que dans la deuxième le patient lui il était vraiment là à dire « bah j'arrive pas à respirer je me sens pas bien je veux dormir » enfin ou il nous guide aussi donc c'est une main enfin il agit dans la prise en charge et puis aussi le côté heu paramédical qui nous aide beaucoup parce que c'est ceux qui suivent enfin qui sont au plus proche du patient et qui le suivent tout le temps, si on est juste un avis extérieur un interne de garde qui doit prendre une décision on saurait faire sur tout ce qu'on peut avoir donc le dossier mais il y a aussi l'avis extérieur... au niveau des paramed donc ouai tout ce qui enfin peut puis le partage la confiance avec enfin c'est plutôt positif j'arrive pas à dire une émotion mais oui.

F. D'accord... Travail en équipe...

Pers9. Ouai c'est ça et puis de justement de voir qu'on va tous même si on a des avis contradictoire mais que on arrive à réfléchir la réflexion sur justement ce qui est mieux à faire.

F. D'accord. Et c'était bien la photo avec les fils aussi.

Pers9. Les fils ouai, les mains et les fils ouai c'est ça.

F. Y'a d'autres gens qui veulent...

Pers10. Moi j'ai sélectionné le chut [RIRES] heu parce que effectivement c'est vrai que pour le coup nous on... enfin je suis interne de gériatrie aux étages des fois on vit des situations qui sont compliquées et c'est vrai qu'effectivement on se retrouve quand même des fois seul sur des situations qui sont difficiles à vivre et pourquoi le chut parce que des fois forcément on a pas la facilité d'en reparler derrière ou de débriefe sur la situation qui a été difficile tout simplement parce que soit on ose pas ou alors parce qu'on a pas de retour non plus des chefs du service en l'occurrence ou ça se passe pas dans notre service enfin... ou qu'on a... enfin même on a peut être peur d'en parler je sais... je sais pas trop pourquoi on en parle pas mais des fois forcément on a pas on revient pas du tout sur la situation et on en discute pas et du coup la la simulation aujourd'hui ça permet de faire... d'en discuter d'avoir des retours d'expérience de différentes spécialités en plus comme ça a été expliqué et de et c'est super intéressant et je pense que c'est super enrichissant et heu voilà c'est tout...

F. Ce que tu trouves de difficile ça peut être plutôt dans des situations vécues en garde ou autre...

Pers10. Ouai c'est ça surtout en garde bah quand on est en garde d'étage c'est vrai qu'on est tout seul on est le seul médecin on est entre guillemets la référence c'est vrai qu'on peut avoir un soutien des paramed mais des fois c'est pas forcément le cas et heu... et c'est vrai qu'après on a plus de facilité peut être à en parler avec nos co internes ou entre guillemet ou d'autres internes qu'on connaît etc un peu au même niveau de nous ou moins facilement avec les chefs en l'occurrence et d'autant plus quand c'est pas dans notre service que ça se passe ou alors même des fois on appelle l'astreinte et que l'astreinte n'est pas forcément aidante [RIRES] du coup ben derrière forcément il y a pas enfin il y a pas de débriefe et même il y a pas de volonté je pense de notre part de débriefe derrière car on s'est pas senti aidé entre guillemets et donc du coup je trouve que cette formation là c'est hyper utile je pense parce que ça permet aussi d'être un peu plus en confiance comme l'a dit Pers8 aussi parce que ça permet de voir comment on peut agir et être un peu plus en confiance en pratique du coup faire un point sur la théorie comme ça c'est pas mal.

F. Donc ans la simulation plutôt de la confiance et dans le soin du coup dans le vécu du soin plutôt négatif quoi en tout cas sur...

Pers10. Ouai après moi en l'occurrence j'ai pas eu de grosse difficulté sur mes gardes d'étages peut être une seule fois mais l'astreinte était aidante mais je sais que j'ai eu voilà plein d'amis à moi autour qui sont internes aussi et qui m'ont raconté des situations hyper compliquées voilà c'est pour

ça que j'ai choisi cette photo la parce que c'est vrai qu'on a pas forcément cette... enfin le retour que j'avais de leur expérience c'est que derrière ils en avaient pas forcément parlé ou ils en avaient pas forcément discuté avec les chefs et heu c'est vrai que des fois on a du mal à en parler en fait sur ces situations la qui sont difficiles à vivre et pourtant c'est... du pratique pratique entre guillemets on est tous confronté on sera tous confrontés donc heu... je pense heu... je pense que c'est pas mal d'avoir fait... je dirai quand même positif du coup parce que la formation est positive [RIRES] mais heu voilà...

F. D'accord. Donc la si vous voulez je vais vous poser une deuxième question donc c'est un petit peu le même principe c'est de sélectionner une photo qui chez vous va exprimer une émotion que vous avez pu ressentir mais pendant un soin donc ça peut être un soin vécu ou alors un soin imaginé par rapport à une situation d'aujourd'hui si la situation se présentait à vous dans le futur ou alors un soin qui a pu être vécu par le passé et quelque chose qui traduirait une photo qui traduirait votre émotion dans cette situation donc certains en ont déjà parlé d'autres peuvent choisir une photo.

Qqn. Faut que ça soit une situation qu'on a pas eu aujourd'hui ?

F. Si ça peut être quelque chose que t'as déjà vécu de similaire aux situations d'aujourd'hui ou alors quelque chose que tu pourrais projeter par rapport à... projeter la situation d'aujourd'hui dans un soin que tu pourrais vivre ou tu aurais vécu.

Pers8. Je vais choisir le revolver la c'est un peu dark mais... [RIRES] c'est pour une situation de fin de vie et avec une dame très très anxieuse et heu... chez qui je suis resté deux heures en chambre bref et j'ai... enfin c'était moi qui faisait les bolus de MIDAZOLAM et j'en faisais vraiment beaucoup et j'ai... et j'ai eu l'impression de enfin... de la tuer quoi plus que... enfin non, j'ai eu l'impression de la tuer et avec le recul je sais que je l'ai accompagné et je sais que c'est ce qu'il fallait faire mais heu... le fait de bah de pousser pousser pousser bah au bout d'un moment je me suis dis bah qu'est ce que je fais est ce que je la laisse comme ça est ce que j'y vais encore est ce que enfin avec le nombre de bolus que j'ai mis voilà bah c'est sur et certain elle va mourir mais quand est ce que je m'arrête quoi.

F. D'accord. Et tu arrives à traduire un peu l'émotion que tu ressentais à ce moment la ?

Pers8. Heu... je sais pas trop [RIRES] heu... [INTERVENTION INAUDIBLE] ... ambivalente... non je sais pas trop c'est pas trop bah c'était après ça quand on m'a dit une heure plus tard bah voilà elle est décédée j'étais la [RIRES] mais l'ambivalence peut être voilà entre ce que je fais c'est bien parce que voilà elle va être soulagé et ce que je fais vraiment c'est j'accélère fort fort.

F. D'accord. Il y en a d'autres qui ont choisi la même photo éventuellement, ou une autre photo ?

Pers11. Moi j'aurai choisi le couloir d'hôpital un peu en fait pour la même description que Pers8 c'est pareil dans une garde ou y a une patiente qui était pas bien et on faisait les bolus et j'ai demandé à l'infirmière d'en faire un autre elle m'a répondu « du coup on fait partir la dame maintenant ? » et ça m'a mis assez mal parce que j'avais pas je le visualisais pas comme ça mais du coup après je l'ai pensé comme ça aussi du coup et c'était ouai de l'anxiété de la culpabilité un peu de solitude en fait c'est pour ça cette image parce que moi dans ma tête je pensais qu'on l'accompagnait ensemble et puis finalement elle m'a renvoyé à l'image qu'on la faisait partir et c'était un peu... c'est... voilà.

F. D'accord. Il y en a d'autres qui veulent aussi s'exprimer sur cette deuxième question ?

Pers12. Moi j'ai choisi le radeau de la méduse parce que je trouve que ça représente bien en fait j'ai vécu en garde la une situation qu'on a simulé avec un patient qui faisait une détresse respiratoire terminale et en fait c'est vrai qu'on arrive et le patient souffre et l'infirmière aussi et du coup forcément on reçoit un peu la souffrance de tout le monde et heu... c'est vrai que du coup il faut essayer de prendre une décision mais la je trouve que ce qu'on a fait la on a pris la décision en cinq minutes c'est un peu trop court parce que ça reste une sédation terminale et que même si ça avait

été acté avant nous on a que cinq minutes pour se faire à l'idée que on va faire ça et du coup c'est un peu violent je trouve... et voilà [RIRES] et après il y a aussi pour pas faire la drama queen [RIRES] en fait dans l'image il y a aussi l'idée de mouvement et du coup on dit que c'est pas une fatalité cette souffrance et cette violence et que justement à nous de prendre les bonnes décisions pour l'apaiser donc c'est aussi beaucoup de responsabilités mais c'est... enfin du coup c'est hyper important de faire cette formation je trouve du coup pour prendre enfin faire les bons choix quoi.

F. D'accord, merci.

Pers7. Moi j'arrive pas trop à choisir entre deux photos mais on va dire celle, je vais complètement dénoter, celle du sourire avec les deux la qui se prennent dans les bras heu ça me rappelle une situation enfin deux fois mais surtout une famille qui m'a marqué heu j'avais ramené un patient en SMUR, une dame âgée heu qui on a retrouvé coma suite à une chute sous AVK heu que j'avais pas intubé parce qu'elle protégeait ses voies respi encore et en fait on fait son scanner et hémorragie massive enfin inondation, terminé, sauf que pour le moment elle respire encore toute seule donc j'ai le temps d'appeler la famille tout ça et en fait je me revois dans la salle donc j'y suis pas allé toute seule j'y suis allé avec mon infirmière évidemment je me revois dans la salle ou il y a ils sont au moins six ou sept de la famille heu à devoir leur annoncer que leur grand-mère est entrain de partir et finalement alors je sais plus comment j'ai réussi à amener ça parce que il était 2 heures et demi du matin mais je sais qu'on a ri et je sais qu'à la fin ils m'ont dit merci et en fait ça ressemblait un peu à ça enfin ils étaient tristes profondément tristes je les ai reçu avant qu'on aille la voir donc je leur avais expliqué qu'elle faisait de la respiration c'était n'importe quoi elle respirait vraiment n'importe comment donc c'était très elle avait les yeux qui larmoyaient donc c'était hyper ambivalent parce que on avait l'impression parfois même nous en tant que médecin j'en avais parlé avec un collègue et il m'a dit c'est vrai qu'on sait pas trop si elle est encore la ou pas et en fait neurologiquement parlant elle pouvait plus être la enfin sur un examen neuro complet elle était vraiment plus la mais il y avait des sortes de réflexes moteurs la larme qui coule quand sa fille rentre dans la chambre enfin vraiment le timing parfait pour se foutre le doute la dessus et j'avais mis des doses d'HYPNO et de... de MIDAZOLAM et de MORPHINE monstrueuses parce qu'elle clonait donc en plus de ça elle faisait des mouvements stéréotypés hyper désagréables à voir même pour nous en tant que médecin et en tant qu'infirmier et en fait ouai en ressortant juste avant d'aller voir de les accompagner en chambre pour la voir heu ouai on rigole et ils me disent merci donc ça m'a fait penser à ça je me dis bon bah ça va on a pas trop mal géré le truc finalement alors que c'était une situation bah urgente catastrophique et dramatique à 2 heures et demi du matin convoquer tout le monde c'était pas très...

F. T'avais pu être accompagnée ou débriefer cette situation ?

Pers7. Moi je l'avais vécu en tant que senior donc j'ai débriefer enfin j'en ai parlé avec mes collègues parce que vraiment les mouvements stéréotypés c'était très très bizarre et je crois que j'avais mis dix dix d'HYPNO SUF heu d'HYPNO MORPHINE on était sur des grosses doses je voulais vraiment réussir à calmer - ce que j'ai jamais réussi à calmer hein - ces mouvements stéréotypés et calmer un peu sa respiration pour que vraiment la famille soit pas dans un « mais on a l'impression qu'elle est encore la » et tout ça alors que vraiment elle était plus du tout la mais médicalement parlant donc ouai j'avais pu en parler avec mes collègues c'est ce que je disais on est jamais vraiment tout seul aux urg on a la chance bah d'être avec plein de paramed plein de méd enfin voilà donc ouai on avait je leur avait montré la patiente quand même pour comprendre vraiment est-ce que c'était normal qu'elle fasse ces mouvements la ou pas et puis après avec mes paramed ouai j'avais bah mon l'équipe de smuriste était partie mais du coup c'était à l'UHCD on faisait ça en chambre tranquille à l'UHCD donc avec les paramed de l'UH on avait pu en débriefer et heureusement

F. C'est quelque chose qu'on voit plus souvent aux urgences qu'on a la possibilité de...

Pers7. Bah j'aimerais bien de plus en plus qu'on le voit qu'on le fasse de mieux en mieux aux urg alors il y a des médecins plus ouverts que d'autres à ça et il y a des équipes paraméd plus ouvertes aussi à ça mais j'espère qu'on va vers ça pour une bonne prise en charge ce qui était pas le cas il y a quelques années... donc voilà...

F. Très bien.

Pers3. Pour rebondir la dessus avec les familles moi je choisirai l'œil qui pleure par rapport à certaines familles qu'on doit appeler sur les gardes en pleine nuit pour annoncer le décès donc ça peut des fois même être des décès attendus mais heu voilà le fait de l'annoncer à la famille par téléphone ou même quand ils sont en chambre et les voir pleurer tout ça ça peut être compliqué à gérer et pareil pour des décès qui n'étaient pas forcément attendus et les pleurs les cris au téléphone des fois c'est dur à gérer et de trouver les bons mots pour les apaiser et voilà ça peut je sais que ça m'a déjà mis en difficulté sur certaines gardes.

F. Des situations de garde ouai du coup c'est ça.

Pers3. Ouai, surtout de nuit ou j'ai pas de senior et je peux pas voilà je peux pas... je peux pas donner la main à quelqu'un d'autre pour gérer ça quoi.

F. Très bien

Pers1. Moi j'aurai pris la même photo que toi l'œil aussi qui pleure mais c'était pas pour ça et c'était pas pendant une garde c'était juste mon premier semestre la première fois ou j'ai eu une j'étais avec mon chef et on annonce à une dame qui a un cancer du poumon et qui est hospitalisée parce que ça se détériore très vite heu que bah la on a pu de soin de thérapeutique à lui proposer pour son cancer du poumon et qu'elle risque de décéder prochainement et ça après on a vu avec son fils aussi et la ça a été très très dur parce que la dame est en mode mais « sauvez moi » heu « sauvez moi je peux pas laisser mon fils ». Et la réaction que j'ai eu j'étais bah j'étais première semestre aussi mais forcément voir la dame demander qu'on la sauve avec son fils à côté moi je... y'a eu mon chef qui était à côté moi j'étais en mode genre [VOIX CHUCHOTÉE : « Faut que j'aille aux toilettes, j'en peux plus »] [RIRES] et c'était vraiment genre je pouvais pas m'empêcher d'avoir les yeux qui larmoient parce que c'était vraiment, voilà c'était cette première consultation d'annonce qui m'a vraiment qui était assez difficile mais j'étais avec mon chef et donc c'était après on a debriefé et tout mais voilà moi c'est surtout celle-là.

F. Très bien, d'autres personnes ou...

Pers6. Moi j'aurai pris la même image parce que à la fois l'œil il pleure mais il a pas l'air triste enfin je sais pas comment dire ça et du coup pareil ça me rappelle deux situations et enfin... la première situation notamment la première fois que j'ai du faire une sédation j'étais pareil... en deuxième semestre et j'étais pas consciente que je faisais ça sur le coup je savais juste que c'était une situation un peu comme ça chez un patient qui était en détresse respiratoire sur une pneumopathie d'inhalation il était en sous-cut et en fait il avait une voie IV et j'étais en mode du coup il faut que j'aille en IV effectivement la sous cut dans la sédation c'est pas du tout efficace et du coup j'ai mis tout en route et j'ai appelé sa famille en même temps en mode faut que vous veniez mais j'avais pas de notion enfin j'avais pas encore beaucoup de recul je savais pas que ça allait être si inhumain enfin je savais que c'était grave mais pas aussi rapidement quoi... ils arrivent et le patient il décède 20 minutes après qu'ils sont arrivés et du coup quand on m'appelle pour me dire bah il est décédé c'était en gros plus ou moins une heure après que j'avais tout mis enfin pendant 15 minutes j'avais mis des doses de MIDAZOLAM et de MORPHINE que j'avais ouai... bref et du coup j'étais triste mais en même temps je savais que j'avais fait la bonne chose je sais pas comment dire ça et on va dire le truc j'étais content c'était que la famille soit arrivée à temps parce que pour le coup j'aurai été heu... et du coup j'étais contente d'avoir su communiquer qu'ils fallait qu'ils viennent rapidement et ils ne voulaient pas venir rapidement parce que apparemment ça faisait 3 4 jours que le patient était

pas bien et pour eux ils comprenaient pas que j'étais en mode « non mais la faut venir » mais moi je savais pas en vrai parce que j'étais en premier... enfin vraiment je me rendais pas compte et après du coup j'ai eu quand même un peu de culpabilité derrière parce que j'avais l'impression d'avoir tué le patient sur le coup mais la j'ai pu en rediscuter avec ma cheffe d'astreinte qui était ma cheffe de service enfin dans le même service du coup on a rediscuté le lundi ou quoi elle me dit mais non non en fait tu pouvais pas faire autrement et alors en rétrospectif je sais que j'ai fais la bonne chose mais du coup j'ai eu le sentiment de le tuer mais en même temps je savais que j'avais fais la bonne chose donc...

F. Et donc l'exprimer en une émotion ?

Pers6. Moi c'est un truc très ambivalent aussi du coup...

F. L'ambivalence ?

Pers6. En mode c'est triste mais enfin [RIRES, INAUDIBLE] enfin oui.

F. Sentiment du travail accompli

Pers6. Ouai.

F. Le rôle de soignant...

Pers6. Bah qui est pas forcément toujours aussi joyeux qu'on le voudrait mais parfois ça fait partie de ce qu'in doit faire voilà.

F. Très bien

La par rapport à ce tour de table est ce qu'il y a des choses qui vous ont surpris ou questionné éventuellement ?

Pers3. Non globalement c'est des situations enfin qu'on a régulièrement l'habitude d'avoir.

F. On retrouve souvent des situations similaires les gardes le manque de retour un peu sur ce qui est fait c'est des choses qu'on croise assez régulièrement et selon les services il y a plus ou moins une culture de l'échange et de la discussion donc c'est important de ménager des temps dédiés à ça surtout quand on se sent en difficultés mais c'est vrai que sur les gardes c'est pas facile surtout quand on est de garde dans un autre hôpital ou autre donc on recroise pas forcément les médecins on a pas de nouvelle du patient donc c'est des situations délicates dans ce cas la. Je sais pas si quelqu'un voulait faire des remarques ou autre. C'est bon ? Bah super merci beaucoup, je vous remercie.

## Annexe 4 : Tableaux des participants

Focus groupe 1 – durée 28 min					
	Simulation	Soin réel / projeté	DES	DU / FST	Sexe
Pers1	Oiseaux dans le ciel	Homme seul / prend le poids	DES Oncologie	FST SP	Féminin
Pers2	Chemins	Couloir	DES Oncologie		Féminin
Pers3	Fenêtre	Chemins	DES Oncologie		Féminin
Pers4	Puzzle	Chemins	DES Oncologie		Féminin
Pers5	Oiseaux dans le ciel	Fenêtre / femme qui se cache	DES Oncologie		Féminin
Pers6	Oiseaux dans le ciel	Chemins	DES Oncologie		Féminin
Pers7	Mains	Femme qui se tient	DES Oncologie		Masculin

Focus groupe 2 – durée 32 min					
	Simulation	Soin réel / projeté	DES	DU / FST	Sexe
Pers1	Mains et fils		DES MG	FST SP	Féminin
Pers2	Puzzle	Homme seul / Radeau	DES MG		Masculin
Pers3	Puzzle	Personnage nuage / Homme seul / Mains liées / Puzzle	DES MU		Féminin
Pers4	Foret / Soleil / Couloir	Homme seul	DES MU		Féminin
Pers5	Couloir / Chemins	Œil qui pleur	DES MG		Féminin
Pers6	Bougie	Mains qui cachent	DES MG	FST SP	Féminin
Pers7	Couloir		DES MG		Masculin

Pers8	Puzzle	Couloir / bougie	DES MG		Masculin
Pers9	Accolade	Chemins	DES MG	FST SP	Féminin
Pers 10	Mains qui cachent / Soignante qui accompagne		DES MG	FST SP	Féminin
Pers 11	La main et les ficelles	Personnage nuage	DES MG		Masculin
Pers 12		Ciel étoilé / Œil qui pleure / Soignant qui accompagne	DES MU		Masculin

Focus groupe 3 – durée 34 min					
	Simulation	Soin réel / projeté	DES	DU / FST	Sexe
Pers1	La réunion	Œil qui pleure	DES Pneumologie		Féminin
Pers2	La réunion		DES Gériatrie		Féminin
Pers3	La soignante qui accompagne la dame âgée	Œil qui pleure	DES MU		Féminin
Pers4	Corde		DES MG		Féminin
Pers5	Corde		DES Gériatrie		Féminin
Pers6	Mains liées	Œil qui pleure	DES Gériatrie		Féminin
Pers7	Mains liées	Embrassade	DES MU		Féminin
Pers8	La pyramide d'homme	Revolver	DES Gériatrie		Féminin
Pers9	Mains liées		DES MG		Féminin
Pers 10	Le silence		DES Gériatrie		Féminin
Pers 11		Couloir	DES Gériatrie		Féminin
Pers 12		Radeau de la méduse	DES Gériatrie		Féminin

# Annexe 5 : guide d'entretien version 2

## Version 2 Chargés de recherche

Formateurs :

*Nous allons prendre un temps pour une évaluation du dispositif pédagogique (simulation en santé) qui sera également un temps de formation puisqu'il sollicitera des échanges et du partage entre vous au sujet d'un sujet important qui est la prise en compte de vos émotions au cours de la formation aux soins palliatifs.*

Nous remettons une copie de la note d'information aux participants que nous lisons si besoin à haute voix (notamment présentation et identification des chercheurs...), du dispositif de recherche...

*Dire ici l'importance de répondre aux questions de la manière la plus sincère possible sans se soucier de ce que l'enquêteur pourrait penser. Vous pouvez échanger entre vous aussi librement que possible au sein de cette étude. Nous vous demandons afin de maintenir la confidentialité de ces échanges, de ne pas divulguer à l'extérieur ce qui a pu être dit durant l'étude.*

*Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, vous pouvez rester avec nous, sinon, au revoir...*

*Je vous remercie.*

Les formateurs installent le photolangage, et récupèrent **le prénom et les données démographiques des participants ainsi que pose une** Question brise-glace, sur l'expérience antérieure en simulation.

**Données recueillies : Prénom (pour faciliter la retranscription de l'enregistrement, puis anonymisé), Age, sexe, métier, nombre d'année d'expérience professionnelle, expérience antérieure de formation en simulation/ en SP ou non.**

Les participants sont installés en cercle, avec les chercheurs.

On propose ensuite de démarrer l'enregistrement audio + chronomètre après avoir interrogé les participants sur les questions éventuelles.

*Je vais placer vingt photographies sur le sol et je vais vous demander de bien les regarder. Vous pouvez vous rapprocher, ou vous déplacer autour des photos pour mieux les observer.*

*Je vais vous poser quelques questions auxquelles vous nous répondrez dans un deuxième temps.*

1<sup>ère</sup> partie :

Exploration de l'expérience affective de la simulation et sa comparaison avec l'expérience projetée ou vécue de la situation en vie réelle :

**Parmi ces photos, laquelle représenterait pour vous le mieux les émotions que vous avez ressenties durant ces/cette séance(s) de simulation en santé ?**

La phrase peut être répétée plusieurs fois.

*Précisions :*

*Tout le monde peut répondre à cette question, Que vous ayez participé ou non à la mise en situation,*

*Car le vécu de ces séances est à la fois la mise en situation et débriefing, la séance entière, en « globalité »*

*Par les émotions ressenties, on entend l'expérience émotionnelle, comprises, éventuellement « utilisées ou contrôlée » pour la mise en situation. Correspond à ce que vous avez ressenti, la manière dont vous l'avez vécu, dans votre corps aussi, souvent de manière réflexe ou involontaire.*

*(si besoin, définition émotion : Conduite réactive, réflexe, involontaire vécue simultanément au niveau du corps d'une manière plus ou moins violente et affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur)*

Laisser un temps de réflexion et de sélection mentale.

**L'un d'entre vous accepte-il de nous présenter sa photo et de nous expliquer pourquoi ce choix ?**

**Question de relance :**

*Pouvez-vous nommer l'émotion ?*

*Positif/négatif ?*

*Modéré/intense ?*

*Intermittent/permanent ?*

*Stable/Changeant ?*

**Vers le groupe : D'autres membres du groupe ont-ils choisi la même photo ? Des photos différentes ? Pourquoi ?**

Objectif secondaire n°1 suite :

**Parmi ces photos, laquelle représenterait pour vous le mieux les émotions que vous avez pu ressentir ou pourriez ressentir lors d'une situation de soin similaire ?**

La phrase peut être répétée plusieurs fois.

*Précisions :*

*Une situation similaire : « situation de départ » : situation dans vos pratiques du soin, dans la vie réelle, au sein de votre contexte institutionnel. Ex de situations travaillées lors des séances : sédation en cas de détresse, soins à la personne en phase terminale ou phase agonique, encombrement de fin de vie, soins de bouche chez un patient ne s'alimentant plus, douleurs liées aux soins...*

*Actuellement dans vos pratiques : en cas d'absence d'expérience antérieure, l'Expérience émotionnelle peut être aussi projetée (j'imagine que je ressentirai cela, ou j'appréhende ressentir cela)*

*Ce peut être la même photo que pour la première question.*

Temps de réflexion et de sélection mentale.

**L'un d'entre vous accepte-il de nous présenter sa photo et de nous expliquer pourquoi ce choix ?**

*Pouvez-vous nommer l'émotion ?*

*Positif/négatif ?*

*Modéré/intense ?*

*Intermittent/permanent ?*

*Stable/Changeant ?*

**Est-ce en situation réelle ou projetée ?**

Selon le choix de la même photo, ou le choix d'une photo différente :

**Pouvez-vous nous expliquer pourquoi vous n'avez pas choisi la même photo ? Ou au contraire la même photo ?**

Vers le groupe : **D'autres membres du groupe ont-ils choisi la même photo ? Des photos différentes ? Pourquoi ?**

Si certaines personnes n'ont pas participé :

**Chacun peut nous montrer votre photo sélectionnée en 1 et en 2.**

Chacun dans le groupe montre la photo sélectionnée.

*Durant le focus groupe, remplir le tableau et noter si le participant a l'expérience d'une situation réelle ou se la projette.*

2 <sup>ème</sup> partie : objectif secondaire n°2 (à chaud et à distance ?)
---

**Comment vous sentez-vous à l'issus de ce tour de table autour des émotions ?**

**Qu'est-ce qui vous a le plus surpris, questionné, déplacé ? Pourquoi ?**

**Était-ce facile/difficile pour vous d'exprimer vos émotions à propos de vos expériences de formation et de soin ? Pourquoi ?**

**Quel intérêt ou désintérêt avez-vous trouvé à porter attention à vos émotions et à ceux de vos collègues aujourd'hui ? Pourquoi ?**

**Qu'en reprenez-vous pour votre pratique clinique ? Pourquoi ?**

**Qu'est-ce qui vous manquerait encore dans votre formation, dans votre pratique, vis-à-vis de la gestion de vos émotions ? Pourquoi ?**

**Nous allons mettre fin à cet échange enregistré. Je vous remercie à tous d'avoir participé à cette recherche, cela nous aidera à adapter nos offres de formation et nous espérons que cela a pu vous enrichir également ! (Vous aurez, si vous le souhaitez, l'occasion de poursuivre cette réflexion avec Mme Forestier, psychologue clinicienne demain, et également lors du débriefing de la formation demain soir avec les responsables de la formation continue.)**

Si vous souhaitez avoir les résultats de cette étude, vous pourrez vous adresser à nous. Au revoir !

# Annexe 6 : Lettre d'information

## Présentation générale

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet EMO-CARE, projet porté par le Dr Prod'homme, médecin au sein de la Clinique de Médecine Palliative du CHU de Lille, et Mme Lepers, Conseillère pédagogique à la Direction de l'Innovation pédagogique de l'Université de Lille.

Cette étude évalue l'intérêt des séances de simulation en santé au sein des formations à la démarche palliative.

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

## Nature de l'étude

Vous participez à une formation de sensibilisation à la démarche palliative. Nous avons le souci d'essayer d'adapter les méthodes pédagogiques à vos objectifs d'apprentissage. Nous souhaitons mettre en place une évaluation formative autour de la prise en compte de votre expérience émotionnelle lors des séances de simulation aux soins palliatifs.

## Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à participer à un entretien de groupe, à la fin de la séance de simulation, d'une durée maximum d'une heure. L'entretien sera enregistré afin de faciliter l'analyse des données.

## Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité à propos d'une question importante vis-à-vis de votre formation et votre pratique du soin. Cette étude en groupe de pair se veut un temps formatif, par les échanges et le partage qu'elle encourage de manière ciblée.

Même si le risque est faible, il est possible que les thèmes abordés suscitent des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec la personne qui mène l'entrevue. Celle-ci pourra vous mentionner le nom d'une ressource, au sein de l'institution où vous travaillez, en mesure de vous aider, au besoin.

## Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin en tout temps à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits. Advenant le cas où certaines questions faisant référence à des événements sensibles vous indisposent, vous serez toujours libre de ne pas y répondre sans avoir à vous justifier.

## Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants:

- vos noms ne paraîtront dans aucun rapport;
- les divers documents de la recherche seront codifiés et seul les chercheurs auront accès à la liste des noms et des codes;

- vos résultats individuels ne seront jamais communiqués;
- les enregistrements seront conservés sur un ordinateur professionnel et protégés par un mot de passe. Ils seront détruits deux ans après la fin de la recherche. Les données, pour leur part, seront conservées pour des analyses ultérieures possibles, après avoir été irréversiblement anonymisées.
- la recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, vous ne pourrez pas y être identifié ou reconnu;
- vos données démographiques (âge-sexe-situation professionnelle-formations antérieures) sont recueillies et conservées de manière strictement confidentielle.

### **Renseignements supplémentaires**

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec Chloé Prod'homme, au numéro de téléphone suivant : 03 20 44 46 52 ou à l'adresse courriel suivante : [chloe.prodhomme@chu-lille.fr](mailto:chloe.prodhomme@chu-lille.fr)

### **Remerciements**

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

## Annexe 7 : Grille COREQ

« Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ) » : Liste de vérification à trente-deux éléments [35]	
Numéro de l'élément	Questions/ description
<b>Domaine 1 : équipe de recherche et réflexivité</b>	
Caractéristiques personnelles	
1. Intervieweur / facilitateur	L'entrevue ou le groupe de discussion a été dirigé(e) par quel(s) auteur(s)?
2. Qualifications	Quelles étaient les qualifications du chercheur? Par ex., Ph.D., M.D.
3. Emploi	Quel était l'emploi de chacun au moment de l'étude?
4. Genre	Est-ce que le chercheur était un homme ou une femme?
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur?
Liens avec les participants	
6. Liens établis	Un lien a-t-il été établi avant le début de l'étude?
7. Connaissances du participant à propos de l'intervieweur	Quelles connaissances les participants avaient-ils à propos du chercheur? Par ex., buts personnels, raisons pour faire la recherche
8. Caractéristiques de l'intervieweur	Quelles étaient les caractéristiques rapportées à propos de l'intervieweur/du facilitateur? Par ex., biais, présomptions, raisons et intérêts au sujet de la recherche.
<b>Domaine 2 : Devis de l'étude</b>	
Cadre théorique	
9. Approche méthodologique et fondements théoriques	Sur quelle approche méthodologique repose l'étude? Par ex., théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu
Sélection des participants	
10. échantillonnage	Comment les participants ont-ils été sélectionnés? Par ex., échantillonnage intentionnel, de convenance, séquentiel, boule de neige

11. Recrutement des participants	Comment les participants ont-ils été recrutés? Par ex., en personne, par téléphone, par la poste, par courriel
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont fait partie de l'étude?
13. Refus de participation et abandon	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné l'étude? Raisons?
Lieu	
14. Lieu de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies? Par ex., à la maison, à la clinique, dans le milieu de travail
15. Présence de non-participants	Est-ce qu'une personne autre que les participants et les chercheurs était présente?
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les caractéristiques importantes de l'échantillon? Par ex., données démographiques, date
Collecte des données	
17. Guide d'entrevue	Est-ce que les auteurs ont fourni les questions, les indices et les guides ? Est-ce que le guide d'entrevue a été préalablement testé?
18. Entrevues répétées	Les entrevues ont-elles été répétées? Si oui, combien de fois?
19. Enregistrement audio/vidéo	Est-ce qu'un enregistrement audio ou vidéo a été utilisé pour recueillir les données?
20. Notes prises sur le terrain	Est-ce que des notes ont été prises pendant ou après l'entrevue ou le groupe de discussion?
21. Durée	Quelle était la durée des entrevues ou des groupes de discussion?
22. Saturation des données	La saturation des données a-t-elle été discutée?
23. Révision des transcriptions	Est-ce que les transcriptions ont été remises aux participants pour obtenir leurs commentaires ou leurs corrections?
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>	
Analyse des données	
24. Nombre de codificateurs de données	Combien de personnes ont fait la codification des données?

25. Description de l'arbre de codification	Les auteurs ont-ils fourni la description de l'arbre de codification?
26. Identification des thèmes	Est-ce que les thèmes ont été identifiés à l'avance ou ont découlé des données?
27. Logiciel	Quel logiciel, s'il y a lieu, a été utilisé pour gérer les données?
28. Rétroaction des participants	Est-ce que les participants ont fourni une rétroaction sur les résultats?
Rapport	
29. Utilisation de citations	Est-ce que des citations ont été utilisées pour illustrer les thèmes / résultats ? Est-ce que chaque citation était identifiée ? Par ex., le numéro d'identification du participant
30. Cohérence entre les données et les résultats	Les résultats sont-ils cohérents avec les données présentées?
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été clairement présentés dans les résultats?
32. Clarté des thèmes secondaires	Y avait-il une description des cas isolés ou une discussion des thèmes secondaires?

## Annexe 7 : Guide d'entretiens, photos



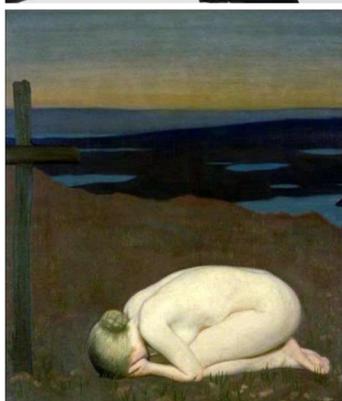
: le radeau



: les oiseaux



: mains liées



: nue au bord de la mer



: voiture accidentée



: corde



: les chemins



: les mains qui cachent



: la réunion



: la pyramide d'hommes



: homme seul



: statue qui crie



: la fenêtre



: femme qui se cache le visage



: le silence



: le ciel étoilé



: la bougie



: le bébé



: embrassade



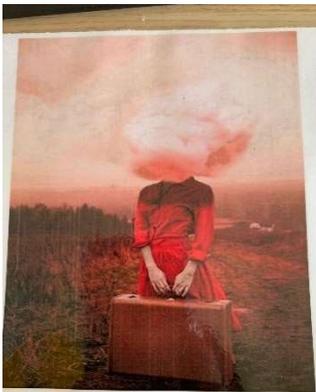
: le puzzle



: La soignante qui accompagne la dame âgée



: œil qui pleure



personnage/nuage



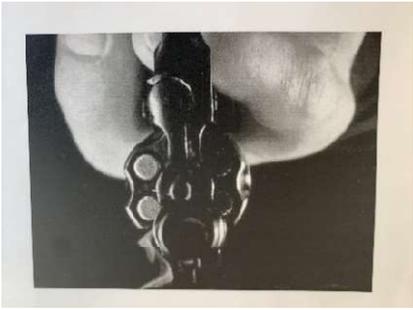
: le couloir (d'hôpital)



: la forêt



: le taureau



: le pistolet





**AUTEUR : Nom : LESAGE      Prénom : Martin**

**Date de Soutenance : 05/12/2023**

**Titre de la Thèse : L'émotion dans une formation simulée en soins palliatifs chez des internes de médecine : étude qualitative par focus groupe ancillaire de l'étude Emocare**

**Thèse - Médecine - Lille 2023**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + FST : Médecine Générale + FST Médecine polyvalente hospitalière**

**Mots-clés : soins palliatifs ; compétence émotionnelle ; photo élicitation ; simulation en santé**

**Résumé :**

**Contexte :** L'approche par compétence en soins palliatifs a pour objectif la formation de médecins compétents à agir. Les situations de soins palliatifs sont difficiles, lourdes, génèrent des émotions qu'il convient pour tout soignant de repérer afin d'améliorer le vécu et la pratique du soin en développant une compétence émotionnelle.

**Matériel et Méthodes :** Cette étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée étudie lors d'entretiens collectifs en focus groupe l'expérience émotionnelle d'internes dans le cadre d'une simulation sur la thématique des soins palliatifs en regard de leur expérience antérieure puis lors d'une analyse collective la prise en compte des émotions dans le soin et son apport dans la formation.

**Résultats :** L'expérience émotionnelle dans la simulation était différente de celle du soin. Elle était un puissant facteur de remémoration d'expérience vécues et d'émotions permettant son ancrage. Des émotions négatives ne limitaient pas l'investissement dans la simulation. L'analyse collective était un levier de prise en compte des émotions dans le soin. Des temps formels et informel, en particulier dans les suites des gardes, sources d'isolement et de difficulté décisionnelle, sont proposés. Il existe des freins et facilitateurs à l'organisation de ces temps d'écoute. La photo-élicitation permettait d'améliorer l'expression personnelle par l'emploi d'images symboles ou la justification des choix. Les temps d'échange semblaient nécessaires aux apprenants pour mettre en œuvre une démarche palliative au sein de leur structure de soin.

**Conclusion :** L'analyse collective des émotions dans le cadre de la simulation en santé dans le domaine des soins palliatifs est un puissant levier de prise en compte des émotions dans les situations de soins complexes et d'amélioration des compétences médicales. La photo-élicitation est un facilitateur de l'expression qu'il convient à l'avenir d'évaluer dans des projets pédagogiques ciblés.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Eric WIEL 106

**Assesseur :** Madame le Docteur Judith OLLIVON

**Directeur :** Madame le Docteur Chloé PROD'HOMME