

Quel est le ressenti et les attentes en formation des internes en médecine à NICE en 2016 lors de la prise en charge de patients en fin de vie ?

Nadia Innocenti

► **To cite this version:**

Nadia Innocenti. Quel est le ressenti et les attentes en formation des internes en médecine à NICE en 2016 lors de la prise en charge de patients en fin de vie?. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01554855>

HAL Id: dumas-01554855

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01554855>

Submitted on 3 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

**Thèse d'exercice de médecine en vue de l'obtention du diplôme de
Docteur en Médecine Générale**

INNOCENTI Nadia

**Quel est le ressenti et les attentes en formation des internes en
médecine à Nice en 2016 lors de la prise en charge de patients en
fin de vie**

Date de soutenance : 17 Novembre 2016

Directeur de thèse : Docteur Caroline ASTIER

Membres du jury : Professeur Philippe HOFLIGER

Professeur Michel BENOIT

Professeur Patrice BROCKER

Professeur Jean Marc FERRERO

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 11 septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	M. BALAS Daniel M. BOQUET Patrice M. BATT Michel M. BOURGEON André M. BLAIVE Bruno M. BOUTTE PATRICK

M. BRUNETON Jean-Noël	Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain	M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre	M. DELMONT Jean
M. DEMARD François	M. DOLISI Claude
M . FRANCO Alain	M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick	M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André	M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude	M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude	M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves	Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert	M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René	M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean	Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée	M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste	M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques	M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraire

M. ARNOLD Jacques	
M. BASTERIS Bernard	Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle	M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe	M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand	M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques	Mme MEMRAN Nadine

M. MENGUAL Raymond

M. POIRÉE Jean-Claude

Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DAR COURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M. TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M. ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M. FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)

M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----------------------	-------------------

PROFESSEURS AGREGES

Mme LANDI Rebecca	Anglais
Mme ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI	Lisa Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)

Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M. DARMON David	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M. PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation

M. JAMBOU Patrick

Coordination prélèvements d'organes

M. QUARANTA Jean-François

Santé Publique

Remerciements

Merci à Monsieur le Professeur HOFLIGER de m'avoir fait l'honneur d'être le président de mon jury de thèse, ainsi que pour votre accompagnement tout au long de mon internat. Veuillez recevoir ma gratitude et mon profond respect.

Merci à Monsieur le Professeur Michel BENOIT pour l'intérêt qu'il a pu porter durant cette année 2016, à l'intérêt des prises en charge des personnels soignants lors des évènements de l'été 2016 à Nice. Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Merci à Monsieur le Professeur Patrice BRUCKER pour m'avoir fait l'honneur de participer aux jurys de cette thèse, veuillez trouver l'expression de mon plus grand respect.

Merci à Monsieur le Professeur Jean-Marc FERRERO de m'avoir fait l'honneur de participer aux jurys de cette thèse. Je vous transmets l'expression de mon plus grand respect.

Un immense merci au Docteur Caroline ASTIER pour m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de ce travail de cette thèse et pour avoir su se rendre disponible. Ton aide m'a été très précieuse tant sur le plan méthodologique que sur le soutien nécessaire pour avoir pu mener à terme ce travail de fin d'études. Ceci toujours avec une grande bienveillance et ta gentillesse.

Merci au Dr ASENSIO S. et à mon amie Anne pour leur soutien au cours de la réalisation de ce travail.

Merci à mes enfants Antonella et Chiara qui ont toujours su m'encourager, m'accompagner au cours de mes études.

Merci à ma famille de m'avoir permis de mener à terme mon projet professionnel que je mène depuis 10 ans.

Un grand merci à tous.

Table des matières

INTRODUCTION	14
PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE	16
1. Historique des soins palliatifs	16
2. Qu'est-ce que la culture palliative : l'accompagnement.....	18
3. L'enseignement de la médecine moderne et les soins palliatifs.....	20
4. Une conséquence de la médecine moderne : La souffrance des soignants face à la fin de vie...22	
DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE.....	24
5. Matériel et méthodes	24
5.1. Méthodologie.....	24
5.2. Entretiens	24
5.3. Analyse des données	26
6. Résultats	27
6.1. Données épidémiologies	27
6.2. La représentation du métier de médecin et son évolution face à la fin de vie.....	29
6.2.1 Perception du métier au cœur des soins palliatifs.....	29
6.2.2 Evolution de cette représentation.....	29
6.2.2.1 Importance de l'accompagnement.....	29
6.2.2.2 Importance des critères de choix pour la spécialité.....	29
6.2.2.3 Importance de l'encadrement.....	30
6.3.1 Modification de la Loi Léonetti et les convictions professionnelles des internes.....	31
6.3.1.1 Avis favorables.....	31
6.3.1.2 Conditions d'application.....	31
6.3.1.3 Difficultés d'application.....	31
6.3 L'interne en médecine et ses expériences face à la mort.....	32
6.3.1 Leur premier contact professionnel.....	32
6.3.1.1 A quel niveau d'étude ?.....	32

6.3.1.2	Dans quel stage ?.....	33
6.3.2	Leur première expérience personnelle face à la mort.....	33
6.3.3	Lien entre expérience personnelle et professionnelle.....	34
6.4	Le ressenti de l'interne lors de la gestion d'une fin de vie.....	35
6.4.1	Sentiments lors d'une annonce grave.....	35
6.4.1.1	La culpabilité.....	35
6.4.1.2	La solitude et l'incompétence.....	35
6.4.1.3	La tristesse et la colère.....	36
6.4.2	Le ressenti des internes en médecine face à un conflit de pensées.....	36
6.4.2.1	Contexte du désaccord.....	36
6.4.2.2	Lieux et types d'expression de ce désaccord.....	37
6.5	Les conséquences du désaccord.....	38
6.5.1	Les conséquences au travail.....	38
6.5.2	Mise en place de stratégies de défense.....	39
6.5.3	Mise en place de convictions personnelles des étudiants interrogés.....	39
6.6	Les besoins et les attentes des internes en médecine face à la fin de vie.....	40
6.6.1	Etat des lieux de l'enseignement actuel.....	40
6.6.2	Attentes et besoins demandés spontanément par les étudiants.....	41
6.6.2.1	Propositions générales.....	41
6.6.2.2	Propositions spécifiques à l'annonce de mauvaises nouvelles.....	42
6.6.3	Propositions d'enseignement déjà en vigueur dans d'autres facultés en France.....	43
6.6.3.1	Réalisation d'un mini stage en soins palliatifs.....	43
6.6.3.2	Groupe de parole : cas cliniques à problématiques éthiques.....	44
6.6.3.3	Soutien psychologique.....	45
7. Discussion	47
7.1	Les biais de l'étude.....	47
7.1.1	Dans la sélection des candidats.....	47
7.1.2	Dans les conduites des entretiens.....	48
7.1.3	Dans l'analyse des entretiens.....	48
7.2	Les émotions chez les internes et les médecins : Une similitude frappée de culpabilité.....	49
7.2.1	Impossible et impuissance : Le risque de confusion.....	49

7.2.2 La culpabilité.....	50
7.3 Acquisition de compétences grâce à la subjectivité.....	52
7.3.1 Les échecs répétés : Une atteinte à l'image de soi.....	52
7.3.2 Aide de la formation sur la subjectivité de l'étudiant.....	53
7.3.3 Aide relative du législateur.....	54
7.4 Relation entre l'étudiant et ses maîtres.....	55
7.4.1 Respect et reconnaissance.....	55
7.4.2 Conflits de pensées.....	56
7.4.3 Les différentes réponses aux conflits.....	57
7.5 En quête de formation relationnelle et d'écoute.....	58
7.5.1 Une relation médecin/patient particulière.....	58
7.5.2 Décloisonnement des soins palliatifs : Formation pour tous.....	59
7.5.3 Formation à la relation, à l'écoute.....	59
7.5.3.1 Enseignement de sciences humaines.....	59
7.5.3.2 Groupe de parole : Balint.....	60
7.5.4 Stage en soins palliatifs.....	61
CONCLUSION	62
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	64
BIBLIOGRAPHIE	66
SERMENT D'HIPPOCRATE	73
RESUME	74

INTRODUCTION

Les internes en médecine font partie des professionnels de santé de demain. Ils vont appartenir à une société du travail qui est de plus en plus atteinte par une nouvelle affection « Le Burn Out ». Un rapport rendu à Mme Marisol Touraine Ministre de la Santé, en février 2016, réalisé par l'Académie nationale de Médecine, démontre l'importance de l'implication de tous les acteurs du travail. Ce rapport fait suite à de nombreuses études portant sur le stress au travail et les professionnels les plus à risque (1) : la qualité du travail dépend de la santé mentale et du bien-être intérieur du travailleur (62). Le métier de médecin n'échappe pas à cette réflexion : Recherche d'amélioration des conditions de travail, promesse de moyens matériels et financiers pour rendre attractif le travail en milieu rural, un intérêt particulier pour la nouvelle génération de médecins pour le travail collectif... Cependant ce métier a une particularité comme tous les soignants : celle d'être exposé à une singularité, la souffrance, la mort. Quasiment tous les médecins y sont confrontés et quelle que soit leur orientation professionnelle.

En tant qu'interne j'ai rencontré des collègues qui ont dû faire un droit au remords et s'orienter vers une spécialité moins concernée par les soins palliatifs. Ils ne pouvaient y faire face, tout du moins pas de la façon dont les stages et la formation théorique se déroulent actuellement. Durant mon internat, je n'ai pas été gênée comme pouvaient l'être mes collègues lors de la prise en charge de patients en fin de vie, je le dois, en partie, à ma formation initiale d'infirmière.

La commission des jeunes médecins du conseil national de l'ordre des médecins, en partenariat avec les principales structures représentatives des étudiants et jeunes médecins, a mené, au cours du premier trimestre 2016, une enquête inédite en France tant par son sujet que par son ampleur participative (près de 8 000 répondants) (19) : «LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS ET JEUNES MÉDECINS ». Il s'avère que la souffrance de l'étudiant et du jeune médecin est bien réelle. Les étudiants, étant les médecins de demain, il est important de prêter attention à leur santé mentale et de leur donner les

armes nécessaires pour exercer plus sereinement leur métier. Si la médecine moderne veut le succès de la mise en place des soins palliatifs, ces derniers ne dépendent pas uniquement de moyens matériels. La médecine ne pourra pas faire l'économie de la formation au savoir-être de ses acteurs.

Sachant que la souffrance des médecins a déjà été mise en évidence, l'objectif de cette étude qualitative, réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés, sera d'analyser la souffrance des étudiants en médecine, lors de la prise en charge de patients en fin de vie (53). Le but premier sera de proposer des actions qui pourront être insérées tout au long des études médicales dont le fil d'Ariane serait : La compétence à être du médecin. L'analyse identifiera la perception que les internes ont de leur métier vis-à-vis des soins palliatifs, les comportements qu'ils adoptent au quotidien, les sentiments ressentis au cours de leur prise en charge, d'identifier les conséquences professionnelles et les stratégies d'adaptations pour limiter cette souffrance. La finalité de ce travail est de permettre aux étudiants d'exprimer leurs besoins en formation pratique et théorique en soins palliatifs, afin de débiter leur carrière professionnelle, avec des outils d'aide à la relation.

1 ERE PARTIE : LA PROBLEMATIQUE

1 HISTORIQUE DES SOINS PALLIATIFS

Le mourant a toujours bénéficié d'attention particulière. (42) La différence de prise en charge réside essentiellement dans l'accompagnement et la place occupée par les intervenants.

Pendant longtemps et jusqu'au XIX^{ème} siècle le médecin accompagnait le religieux. Au XIX^{ème} siècle l'activité médicale change, l'enseignement se fait au lit du malade, l'individu devient un cas d'étude et la mort une « compétence » du médecin et non plus du religieux.

Le mouvement des soins palliatifs apparaîtra dans la seconde partie du XX^{ème} siècle avec Cicely Sanders infirmière qui fonde en 1967 le St Christopher's Hospice à Londres, encore lieu de référence aujourd'hui. A peu près à la même époque d'autres acteurs tels Elisabeth KÜBLER ROSS (38) aux Etats-Unis, le Pr Balfour au Canada développent cette prise en charge palliative.

En France, suite aux travaux publiés par le Père Patrick Verspieren, à son retour d'un voyage au St Christopher, aujourd'hui membre du département Ethique Biomédicale à Paris, le Ministère de la Santé, en 1970, commande un groupe d'experts, qui soulignera la nécessité de s'occuper des patients en fin de vie mais rien ne se crée. Il faudra attendre 1984 pour que le début des soins palliatifs fasse partie intégrante du paysage médical français, avec la création du Comité Consultatif d'Ethique Médicale, puis la Circulaire Laroque (17) en 1986, qui officialise les soins palliatifs en France et qui donne une légitimité aux différentes initiatives d'unité de soins palliatifs (soit 20 ans après la Grande Bretagne). La 1^{ère} unité de soins palliatifs sera créée par Maurice Abiven en 1987 à Paris.

Il faudra cependant encore attendre 20 ans soit le 20 avril 2005 pour que les droits du patient de mourir dans la dignité soit inscrite dans une loi « la loi LEONETTI » (44). Ce texte clarifie et renforce les dispositions existantes sur : l'obstination déraisonnable, l'obligation de dispenser des soins palliatifs, le principe du double effet, la procédure d'arrêt ou de limitation des traitements du malade en fin de vie, la collégialité de la décision de l'arrêt ou de limitation de traitement du malade inconscient, la procédure d'interruption ou de refus de traitement, le respect par le médecin de la volonté du malade en fin de vie, et la personne de confiance. Elle instaure les directives anticipées. Les soins palliatifs figurent dans la liste des matières obligatoires selon les schémas régionaux d'organisation sanitaires.

Les soins palliatifs ont par la suite été un des trois axes des plans triennaux avec pour objectif le développement de structures, l'information au public et la formation des professionnels de santé (6) (7) (8) (9). La Cour des Comptes, en février 2015, a rendu son rapport affirmant que le développement des soins palliatifs n'est pas suffisant et ceci malgré la priorité en matière de santé depuis bientôt 15 ans (54). L'observatoire national de fin de vie a également, pendant 2 années consécutives (55) (56), fait un état des lieux sur la fin de vie en France ainsi que sur la fin de vie à domicile. Mais n'est-il pas possible que les problèmes, rencontrés au cours de l'accompagnement, proviennent d'une problématique beaucoup plus globale ? La médecine est-elle prête à être confrontée aux soins palliatifs, a-t-elle cultivé l'art de les pratiquer ?

2 QU'EST QUE LA CULTURE PALLIATIVE ? : L'ACCOMPAGNEMENT

Claude Lewis-Strauss, ethnologue et philosophe, définit la culture comme « un ensemble de systèmes symboliques : au premier rang se place le langage, les règles matrimoniales, les rapports économiques, l'art, la science, la religion. Tous ces systèmes visent à exprimer certains aspects de la réalité physique et de la réalité sociale, et plus encore, les relations que ces types de réalité entretiennent entre eux et que les systèmes symboliques eux-mêmes entretiennent les uns avec les autres ». L'homme s'inscrit dans une culture parce qu'il prend soin de ses mourants et de ses morts (la réalité physique), mais surtout de la manière dont il s'en occupe (la réalité sociale) (15). L'accompagnement dans l'humanité à son « frère » est en effet retrouvé dans les écrits les plus anciens. La différence réside entre prendre soin de ses mourants et de la mort. Le rapport à la mort est un véritable analyseur de notre système social : les croyances, les représentations, les attitudes et les conduites qui s'y attachent.

L'accompagnement, est une notion qui se développe dans la plupart des champs de la société française (éducation, social, santé, travail) (50). Il est le reflet d'une culture, qui est obnubilée par les notions d'objectif, de résultat, et du « faire » en survalorisant la compétence. L'accompagnement produit pourtant de la solitude au sein d'une société de performance (isolement des personnes accompagnées en recherche d'emploi, les inégalités du système scolaire des enfants en difficulté...).

L'accompagnement des personnes en fin de vie, à l'inverse, s'en distingue. La culture spécifique de l'accompagnement palliatif repose sur la place importante laissée à la « souffrance spirituelle », au sein d'une souffrance globale. L'accompagnement en fin de vie fait la promotion d'une approche essentiellement subjective (s'adapter au patient), demande un détachement du résultat (en prêtant attention au présent), et invite à une profondeur d'être (importance de la présence dans la relation).

Ici la notion de performance n'a plus sa place. En associant science médicale et « science » humaine, la « culture palliative » est porteuse d'une ambition majeure : associer la compétence professionnelle et la qualité de présence, l'objectif et le subjectif, le projet et le détachement, la performance et la simplicité. . .

La culture palliative invite à penser autrement l'action et le rapport à l'autre (15)

Mon expérience professionnelle en tant qu'infirmière pendant 20 ans, m'a sensibilisée à cette prise en charge globale, pluridisciplinaire et humaniste du patient (14). Mon expérience fut d'être, à la fois technicienne en étant instrumentiste en bloc opératoire de chirurgie générale, puis en poste en réanimation neurochirurgicale, pour finir en tant qu'infirmière libérale exclusive en soins palliatifs adultes. Ces postes étaient très spécialisés et nécessitaient des compétences techniques spécifiques, et pourtant, pour chacun d'entre eux il était demandé d'avoir des qualités professionnelles relationnelles au même titre que ces qualités professionnelles techniques.

Accompagner des patients en fin de vie peut entraîner des souffrances chez les soignants. Durant mes études d'infirmière(s), il a existé une réelle intention à nous préparer à vivre ces moments d'émotion(s) (11). Ayant par la suite fait mes études médicales, j'ai constaté l'origine de l'incompréhension fréquente entre soignants et médecins. La formation relationnelle est totalement différente, sans pour autant être complémentaire. La mort est vécue comme une étape pour les soignants alors qu'elle serait ressentie comme un échec pour la médecine (39).

3 L'ENSEIGNEMENT DE LA MEDECINE MODERNE ET LES SOINS PALLIATIFS.

La médecine, de nos jours, est plus une science qu'un art au sein de son enseignement (22). Les sciences humaines ont une place dans les études de médecine au cours de la première année, enseignées par des cours magistraux sans interaction entre enseignants et étudiants. Comment peut-on soigner sans connaître celui qu'on soigne ? Le médecin pourrait avoir deux têtes comme le suggère Michel Serres : l'une d'intelligence scientifique soucieuse de compétence, focalisée sur un problème technique à résoudre (le diagnostic, la thérapie, la compréhension d'un mécanisme biologique, telle interprétation de données etc...) et l'autre préoccupée de sollicitude et de responsabilités, attentive à la finalité de la médecine, au contexte de son travail, à la situation singulière du patient : « l'une reste dans la science l'autre plonge dans le paysage »(66) (27) ..

La société souhaite une médecine plus humaine, une amélioration de la communication soignant-soigné (21). Cette compétence relationnelle est une des quatre compétences nécessaires en soins palliatifs : la compétence technoscientifique mais également de coopération, relationnelle et éthique. La compétence relationnelle n'est pas enseignée au sein du cursus de médecine cycle 1 et 2 (20). La relation est pourtant un outil, un moyen pour informer, faire prendre conscience. Cette compétence a pour souci éthique de soutenir la personne rencontrée dans toutes ses dimensions. Pour développer cette compétence, le soignant doit analyser ses perceptions et analyser ses émotions, mais la formation médicale actuelle favorise très peu cette implication personnelle.(45)Pourtant comme le souligne Donatien Mallet, médecin interniste et docteur en philosophie pratique (45) «la propriété réceptive du soi est liée à la capacité réceptive à l'égard de l'altérité, cette rencontre avec autrui étant marquée par une réciprocité » Effectivement en développant un meilleur souci de soi, une meilleure connaissance de soi avec la reconnaissance de ses limites et de ses vulnérabilités, cela peut permettre de mieux rentrer en relation avec autrui .

Durant le cursus des études de médecine, la mort est évoquée lors du module science humaine en 1^{ère} année et lors du module des soins palliatifs en 2^{ème} cycle (20). Nous apprenons le « cure » sans pour autant développer le « care ». La notion du « prendre soin » est restreinte. Nos études nous enseignent à pratiquer des relations humaines pour faire une annonce de diagnostic, l'annonce de mauvaises nouvelles, à partir de connaissances théoriques. Dans la réalité il en est différemment. Durant nos stages d'externat, les étudiants constatent très souvent des situations choquantes comme l'annonce brutale du diagnostic, l'interne laissé seul à cet exercice et se disent « dans quelques années je serai à sa place » (45).

4 UNE CONSEQUENCE DE LA MEDECINE MODERNE :LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS FACE A LA FIN DE VIE

La finalité de la médecine n'a cessé d'évoluer au cours des siècles, mais la logique qui anime le système hospitalier actuel est la logique curative et le rendement. Le développement des techniques médicales pourrait faire croire à sa Toute Puissance et pourtant sans cesse la souffrance et la mort viennent lui rappeler ses limites. Cette dualité entre la volonté de guérir et la réalité de mort induit une prise de conscience chez les médecins et engendre de la souffrance (45) La médecine est d'abord une réponse : Une réponse à la souffrance, à l'angoisse du sujet se sachant en danger, fragile, et mortel, menacé de solitude, d'abandon. Elle ne devrait pas entraîner dans la douleur ceux qui s'y exercent. (13) (30) Quelques pistes de réflexion se portent aujourd'hui sur les besoins et attentes des professionnels de santé (2). La plupart de ces études concernent la relation des soignants paramédicaux au sein des soins palliatifs, et trop peu intéressent le personnel médical. Les sujets d'études médicales résident, quasi exclusivement, dans l'acquisition d'objectifs technico-scientifique, le développement de réseaux avec les structures préexistantes (HAD -USP...) mais peu sur la compétence relationnelle et/ou éthique (deux des trois axes de compétences en soins palliatifs). Il apparaîtrait différents sentiments lors de la confrontation des médecins généralistes avec la mort de leurs patients : l'injustice, la tristesse mais surtout une culpabilité (53). Si la population étudiée est très souvent les médecins généralistes, très peu d'études concernent les étudiants en médecine. En début d'année 2016, une étude, s'intéressant aux compétences en soins palliatifs des internes en médecine générale, met en évidence les mêmes difficultés que leurs seniors (19) : difficultés en la prise en charge de la douleur et mauvaise gestion des antalgiques, méconnaissance(s) des différents symptômes durant la fin de vie et sur la loi LEONETTI. Comme toujours, le domaine concerné reste la technique. Dorénavant, la gestion de la fin de vie est bien professionnelle comme peut le montrer l'extrême technicité des soins palliatifs, eux-mêmes nés pourtant du rejet de la technicisation à outrance de la médecine.

Certains professionnels cherchent par l'intermédiaire de formation continue en soins palliatifs, en communication avec le patient, d'améliorer leur prise en charge (61) (4).

Mais globalement, il semblerait que les médecins installés ne soient pas suffisamment armés pour faire face à la mort : une fois le médecin installé en libéral ou en hospitalier, la charge de travail avec son lot de responsabilités fait basculer nombre(s) d'entre eux dans le burn out. Il a été constaté que ces situations de vie (ou de fin de vie) sont aussi un facteur déclenchant à cet épuisement professionnel (30) (26). Pour y remédier, certains médecins peuvent développer des stratégies de défense (34) tel que le refus de prise en charge (63), maintenir des convictions du soin en refusant de stopper les thérapeutiques sous prétexte du refus de provoquer la mort (35) (39).

Nombre d'entre nous seront, à l'issue des études médicales, orientés vers la médecine générale. La volonté de nos patients pour environ 80% étant actuellement de mourir à domicile (56), les médecins généralistes, tout particulièrement, seront donc très souvent confrontés à cette problématique de fin de vie.

Mais la mort ne les concerne pas uniquement : « La mort, expérience universelle, nous préoccupe tous » (52). Notre profession, quelle que soit notre spécialité, nous expose beaucoup plus et devrait nous obliger à nous interroger sur le sens de ce que nous sommes, de ce que nous faisons, de ce que nous disons, beaucoup plus souvent : « On ne peut voir mourir l'autre sans se questionner sur soi, sur sa société » (53).

Ne serait-il pas temps de sensibiliser les étudiants, dès l'entrée des études en médecine, aux sciences humaines ? Ne pourrait-on pas demander à ces étudiants ce qui les aiderait à mieux comprendre leurs émotions, avant qu'ils ne les refoulent, avant qu'ils ne développent par la suite dans leur exercice professionnel des stratégies d'adaptations pas si adaptées que ça ?

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE

5 Matériel et méthode :

5.1 Méthodologie :

Cette étude a été réalisée grâce à une méthode qualitative, avec la réalisation d'entretiens semi-dirigés, à questions ouvertes. Cette méthodologie permet d'obtenir de nombreuses informations. Elle permet de faire apparaître et de mieux comprendre les liens qui existent entre des caractéristiques descriptives et un comportement. Cette méthode permet un libre échange et crée ainsi un dialogue. Elle permet de comprendre les différentes problématiques sans induire une réponse de la part des personnes interrogées (5).

La population cible a été choisie parmi les internes en médecine qui exercent à la faculté de Médecine de Nice et quel que soit leur semestre et leur spécialité (médecine générale et autres). Les internes ont été contactés, par téléphone, en expliquant le but de la thèse et les différents principes de l'entretien. Le choix des différents internes était totalement aléatoire, la représentativité qualitative étant dépendante des idées recueillies lors des entretiens, et non pas de l'échantillon qui a été choisi.

Les internes ayant refusé d'y participer ont évoqué, pour la plupart, un manque de temps, sans pour autant, émettre l'idée d'un désintérêt sur la problématique de la gestion affective des étudiants face à la fin de vie.

5.2 Les entretiens :

13 entretiens semi-dirigés ont été menés à partir d'un guide d'entretien (annexe 1) élaboré après la réalisation d'une revue de la littérature. Ce guide d'entretien a été

organisé par thèmes afin de s'adapter aux grandes idées qui ont pu émerger lors des différentes rencontres.

Tout d'abord une première question d'ordre général (Quelles étaient vos motivations pour faire ce métier ?) permettait d'aborder progressivement le sujet avec l'interlocuteur. Le guide d'entretien se compose ensuite de questions ouvertes abordant différents thèmes : la vision de leur métier, les sentiments éprouvés, les conséquences professionnelles et les stratégies mises en place par les internes interrogés. Le guide d'entretien explore, en seconde partie, les différentes attentes et besoins de l'interne en formation, en s'interrogeant sur l'enseignement actuel des soins palliatifs et sur les différentes propositions qu'ils ont pu émettre. Ils soumettront, également, leurs avis sur les différentes pratiques actuellement enseignées, dans d'autres facultés de médecine, concernant les soins palliatifs. Les questions épidémiologiques se situent en fin d'entretien.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données (c'est-à-dire deux entretiens successifs sans que de nouvelles informations apparaissent) la durée des entretiens varie de 25 min à 1h15. Ils ont été menés à l'heure et lieu à la convenance des différents internes : certains ayant choisi leurs lieux de travail, d'autres leur domicile. Ils ont été enregistrés sur un dictaphone pour pouvoir retranscrire mot à mot la discussion. Ils ont été réalisés, sans aucune prise de note, sur le mode d'exercice d'une conversation. A noter cependant que des réajustements ont été parfois réalisés pendant l'échange pour s'adapter à l'interne interviewé. Le guide d'entretien avait juste pour but de structurer les différentes questions sans pour autant diriger le dialogue.

5.3 **Analyse des données :**

La retranscription des données a été réalisée en verbatim « mot à mot », afin de rester le plus fidèle possible aux idées énoncées. L'analyse des entretiens manuelle et inductive a été effectuée, selon une méthode socio-anthropologique. Une première analyse verticale de chaque entretien a été réalisée en continu, puis une deuxième analyse horizontale, permettant une transversalité des données avec étude thématique. Ce type d'analyse permet la mise en œuvre de mode explicatif de pratiques ou de représentations, comme dans cette étude concernant la souffrance des internes lors de la gestion de fin de vie.

6 RESULTATS

6.1 EPIDEMIOLOGIE

Treize entretiens semi dirigés ont été menés auprès d'internes en médecine toutes spécialités confondues. Tous les internes exercent leur internat au sein de la Faculté de Nice. Quatre internes sur treize ont pratiqué leur externat dans une faculté différente de celle de Nice : un interne a fait son externat à Lyon, un à Paris V, un à Poitier, un à Lille.

Une interne interrogée a fait un droit au remords car n'a pu poursuivre son internat en Oncologie de par la répétition des décès qu'elle ne pouvait endurer.

Neuf femmes et quatre hommes ont été interrogés. La moyenne d'âge était de 28 ans, avec des extrêmes allant de 24 ans à 37 ans. Ils avaient, en moyenne, cinq semestres d'exercice d'internat variant de 4 semestres à 6 semestres.

Huit internes ont pour spécialité(s) la médecine générale, un en Oncologie médicale, un en Hématologie, un en Dermatologie, un en Pédiatrie, un en Ophtalmologie après remords de l'Oncologie.

Trois des internes interrogés ont fait un complément d'enseignement. Un interne a fait un DESC de Médecine Légale, un a fait le DESC d'Urgence et un a fait un DU de dermatologie pédiatrique.

N° Interne	Genre	Age (ans)	Lieu externat	Spécialité internat	Nombre semestres	DESC/DU
1	Femme	26	Lyon	Hématologie	4	Non
2	Femme	34	Nice	Médecine Générale	5	Non
3	Femme	28	Nice	Oncologie	6	Non
4	Homme	29	Lille	Médecine Générale	6	Médecine légale
5	Homme	28	Nice	Médecine Générale	6	Urgence
6	Femme	25	Nice	Médecine Générale	4	Non
7	Femme	24	Nice	Pédiatrie	4	Non
8	Femme	26	Nice	Médecine Générale	6	Urgence
9	Femme	28	Nice	Médecine Générale	6	Non
10	Femme	25	Poitier	Dermatologie	4	Non (DU Dermato-pédiatrie)
11	Homme	27	Paris IV	Médecine Générale	6	Non
12	Femme	25	Nice	Oncologie puis Ophtalmologie	2 Oncologie 4 Ophtalmologie	Non
13	Homme	37	Nice	Médecine Générale	6	Non

Tableau 1 - Tableau récapitulatif des données épidémiologiques

6.2 LA REPRESENTATION DU METIER DE MEDECIN ET SON EVOLUTION FACE A LA FIN DE VIE

6.2.1 Perception du métier au cœur des soins palliatifs

Pour l'ensemble des internes interrogés, cette prise en charge est particulière et nécessite de leur part une plus **grande disponibilité de temps, d'écoute** : « on prend le temps au niveau de l'entretien de la consultation, on aborde des choses plus profondes. On va chercher ce qui peut l'aider aussi sur le plan moral ».

Cependant un étudiant modère sa réponse en expliquant que son temps est donné aux soignants, à la famille mais pas pour le patient. Pour ce dernier, c'est le rôle des infirmières et non le sien : « **Chacun son rôle, les soignants, eux prennent soin du patient, nous, on soigne une maladie** même si je fais attention aux patients, ce n'est pas ce que l'on me demande, je dois m'occuper des traitements, des bilans. Je passe, même parfois plus de temps avec les familles plutôt qu'avec les patients. Les patients, ce sont les infirmières qui s'en occupent, chacun son rôle. »

6.2.2 Evolution de cette représentation

6.2.2.1 L'importance de l'accompagnement :

Presque la moitié des étudiants reconnaissent l'**importance de l'accompagnement** des patients, des familles et également le réclament pour eux-mêmes : « C'est l'importance de la fin de vie, de l'accompagnement des familles »

6.2.2.2 L'importance des critères de choix pour la spécialité :

La vision du métier a changé, entre le jour d'entrée dans les études de médecine à aujourd'hui, à ce point tel que quelques internes déclarent avoir changé d'opinion pour telle ou telle spécialité : « j'ai rayé de ma liste les spécialités urgence-réanimation-oncologie, parce que je pense que ça m'affecterait de trop. »

Au-delà de **la vision** du métier, c'est surtout celle **des soins palliatifs qui a évolué**. Quelques-uns déclarent, spontanément, les bienfaits d'avoir été mis en contact avec les unités de soins

palliatifs, avoir découvert « par plaisir et avec le retour des patients qui disent « c'était super ». Un étudiant ne s'attendait pas à ce que « l'on [le] remercie quand les médecins ne font rien sur le plan curatif ».

La vision du métier évolue au point de se dire « Entre maintenant et avant, ça change tout. Maintenant il y a une personne » « Quand j'ai commencé j'avais une vision scientifique, très maladie, mais avec le temps avec les différents terrains de stage, se rajoute le côté humain », mais « encore faudrait-il que l'on nous apprenne ? et pas que l'on nous laisse seul à défaut d'encadrement ».

6.2.2.3 L'importance de l'encadrement :

Effectivement une majorité d'entre eux demandent à être encadrés. Ils admettent que la fin de vie est une étape si importante que les soins palliatifs sont une spécialité, mais ne peut être enseignée uniquement en DESC ou au travers d'un module théorique : « j'ai réalisé qu'il fallait vraiment que les acteurs principaux (médecins, infirmiers, auxiliaires) soient formés aux soins de fin de vie ». « C'est **l'importance de l'encadrement**, on manque d'encadrement c'est une catastrophe. »

Ces étudiants dénoncent **la violence du non accompagnement**, du défaut d'encadrement en parlant de traumatisme, d'impuissance avec le risque de « ramener le patient à la maison ».

Ils s'interrogent également sur leur maturité : « En début d'internat, nous n'avons pas la maturité nécessaire pour gérer cela ».

Le traumatisme et le défaut d'encadrement sont tels, qu'un étudiant interrogé déclare se protéger en utilisant le cadre légal à défaut d'autres cadres. Dans sa pratique il « insiste lourdement pour que l'équipe respecte ce cadre strictement, il ne veut pas utiliser que le bon sens » mais uniquement la loi.

6.3.1 Modification de la Loi LEONETTI et les convictions professionnelles des internes

Tout d'abord il est important de préciser qu'il n'y a **aucune objection catégorique** à cette loi.

6.3.1.1 Avis favorable :

La quasi-totalité d'entre eux déclarent que cette modification est une réelle **avancée privilégiant le confort**, la qualité de vie du patient : « Je perçois cette nouvelle mesure comme une avancée de plus dans la priorité donnée à la qualité de vie et au confort du patient en fin de vie ».

6.3.1.2 Conditions d'application

L'ensemble des étudiants interrogés se disent favorables avec cette modification de la loi mais pas tous pour les mêmes raisons et sous réserve de conditions :

-La collégialité de la décision :

Un étudiant se dit en accord avec cette loi à condition que cette décision soit obligatoirement discutée, soit issue d'**une décision collégiale** : « C'est bien quand c'est préparé, quand c'est une décision collégiale, quand l'équipe des soins palliatifs avec le cancérologue référent sont là ».

-Accord partiel :

Très peu d'entre eux sont d'accord de façon partielle. Effectivement ils ne sont pas gênés pour suspendre l'alimentation mais sont **en désaccord concernant l'hydratation** car selon eux, c'est la vie. Cela signifie « que l'on arrête tout et que c'est vraiment fini »

6.3.1.3 Difficultés d'application :

Le témoignage d'un interne en pédiatrie soulève également la difficulté à instaurer ce principe de par une particularité plus souvent présente au sein de cette spécialité. L'arrêt des traitements n'est pas possible tant que **l'adhésion des deux parents** n'a pas été obtenue, et, ceci même si la décision ne leur revient pas au final : « Malheureusement en pédiatrie, les parents sont très présents et il est

parfois dur de les faire avancer vers ces décisions, qui pour eux reviennent à abandonner leurs enfants. Ceci est, sans parler du fait que les deux parents n'évoluent pas en même temps et de la même façon »

-La grande difficulté pour les étudiants réside essentiellement dans **l'annonce de l'abstention thérapeutique** : « moi je suis au clair c'est l'annonce plutôt » qui est difficile. Ils déclarent parfois s'abstenir de mettre en place cette interruption des traitements ou de l'évoquer car l'annonce leur est trop difficile sur le plan émotionnel.

Les étudiants sont en accord avec les grands principes des soins palliatifs, mais par **défaut de formation**, la pratique est pénible sur le plan émotionnel et donc peu appliquée : « Si j'arrête l'eau par perfusion, le patient va avoir soif ? » « En fait je ne sais pas trop ce que je fais en continuant à hydrater le patient mais je le fais » « on me demande si leur proche va mourir de soif. Je leur réponds que non, mais même pour moi, ce n'est pas clair, je ne le sais pas »

6.3-L'INTERNE EN MEDECINE ET SES EXPERIENCES FACE A LA MORT

6.3.1 Leur premier contact professionnel :

6.3.1.1 A quel niveau d'étude ?

Le premier contact avec un décès a été pour la majorité des internes interrogés pendant l'externat. Cependant les internes déclarent que le premier décès, dont le souvenir a été marquant, a été **durant l'internat**.

Les internes ont donc été en contact et marqués par leur premier décès durant l'internat. L'un d'entre eux précise que « ce sont les responsabilités en tant qu'interne vis-à-vis de la prise en charge, vis-à-vis de l'annonce du décès » qui justifie sa réponse.

Ils précisent que le premier contact s'est fait **durant le premier semestre** : « En premier semestre d'internat, en stage d'oncologie » « premier semestre. La semaine de Noël !!! » « J'ai dû sédaté en urgence c'était ma première expérience de décès violent, premier semestre premier mois », « celui

qui m'a marqué surtout c'était pendant une de mes premières gardes d'interne, j'ai été appelé dans un service pour faire un constat et annoncer par téléphone le décès de quelqu'un que je ne connaissais pas. »

6.3.1.2 Dans quel stage ? :

La majorité déclare que le premier contact a été **en oncologie** : « quand j'ai été faisant fonction d'interne en oncologie là par contre j'étais en contact avec des personnes en fin de vie et je ne me souviens de personnes en particulier qui m'ont beaucoup plus marqué en tant qu'interne. », « C'était en DCEM1 en stage de pneumo oncologie à Paris ».

Les autres lieux de stage, mentionnés, ont été le **service infectieux** VIH de Lyon Desgenettes, en **Réanimation**, aux **urgences adulte et pédiatriques**, en **soin de suite et de rééducation**, en **pneumologie**.

6.3.2 Leur 1ere expérience personnelle face à la mort

La quasi-totalité des internes ont connu l'expérience personnelle, soit de décès, soit de fin de vie mais pour plus de la moitié d'entre eux la réponse a été « oui » ou « non » sans être développée.

Certains d'entre eux ont connu un décès récent de parents proches **durant leurs études** d'externat et d'internat.

Un étudiant déclare avoir été sollicité en tant que professionnel par ses proches.

Un étudiant précise que, le décès a été brutal donc il « n'a pas d'expérience personnelle d'accompagnement de fin de vie »

Quelques étudiants disent avoir connu un décès, sans trop s'en souvenir, car **durant leur petite enfance** : « j'étais petit, j'ai été mis à l'écart donc je ne sais pas ce qui s'est passé », « j'étais petite. Je

m'en souviens comme quelque chose de triste, mais aussi, j'ai pu être avec mes cousins. On était tous réunis, de ça je m'en souviens. Ce n'est pas un mauvais souvenir c'est bizarre quand j'y repense »

Un étudiant déclare avoir quelqu'un actuellement de proche en fin de vie.

6.3.3 Lien entre expérience personnelle et professionnelle

Le lien entre l'expérience professionnelle et personnelle fait apparaître 2 courants de pensée dont un très majoritairement.

-Pour la quasi-totalité des étudiants l'expérience personnelle est une **véritable aide**, pour des raisons différentes.

-Pour la moitié d'entre eux, cela permet d'élaborer en pensée un **guide de « bonnes pratiques »** « je ne fais pas ce que je ne voulais pas que l'on me fasse » « j'ai compris l'importance des prescriptions anticipées, de la rédaction des directives anticipées, ah si mon père avait pu en bénéficier !! »

- Certains se déclarent **plus compréhensifs**, car « cela renvoie à nous même, à nos peurs », « je comprends mieux l'état dans lequel évoluent les familles, leur état de sidération et ceci malgré les discussions avec le médecin »

-Pour certains ,cela ne représente pas une aide véritable. Ils considèrent que l'expérience personnelle serait un **frein à la prise en charge**, présenterait un **risque de projection** : « j'ai un membre de ma famille qui fait des œdèmes aigus du poumon à répétition. Cela explique pourquoi, quand je vois les mêmes types de patients, je pense à lui !! C'est difficile. Aide NON pas du tout. Cela a une incidence négative car je n'accepte pas la mort pour moi donc pas possible d'accepter celle de mes patients. »

De plus, notre expérience personnelle ne nous aidera pas si cela concerne un enfant, « j'aurai du mal à y trouver du sens ».

6.4-LE RESENTI DE L'INTERNE LORS DE LA GESTION D'UNE FIN DE VIE

6.4.1 SENTIMENTS LORS DE L'ANNONCE GRAVE

Les trois sentiments évoqués majoritairement sont la solitude, l'incompétence mais surtout la culpabilité .

6.4.1.1 LA CULPABILITE

La majorité des étudiants estiment **devoir s'excuser**. Ce sentiment est très ancré pour certains, au point de devoir « s'excuser » quatre fois en quatre phrases en répondant à ma question : « : Je me suis sentie (silence)...J'étais déjà assez choquée par la violence des choses et dans ma façon de faire. Je m'excusais, je suis désolée. C'était dans ce sens avec un sentiment de culpabilité. Le patient je ne le connaissais pas, le patient était métastatique en transfert des urgences, 27 ans. J'étais désolée car il était arrivé bien. J'étais désolée de ne pas être parvenu de le maintenir dans un état... (silence) », « je suis désolé, il est mort toutes mes condoléances c'est fini » ...Je me sens bête. Je suis encore en train de chercher ma phrase. Autant au téléphone cela se passe très bien, autant en face à face je ne sais pas quoi dire. Je ne sais pas si le médecin doit être désolé ... »

6.4.1.2 LA SOLITUDE ET L'INCOMPETENCE

La notion de défaut d'encadrement ainsi que le défaut d'enseignement déjà exprimé, ont à nouveau émergé. Les étudiants expriment le sentiment de solitude et d'incompétence : « Perdue, confuse. Ça m'a trotté en tête toute la journée même si je "m'entraînais" à un certain type de discours. Le jour même j'avais tout oublié. » « . Pendant les gardes, on ne nous apprend pas. Je ne savais pas trop quoi dire. J'étais confuse je ne savais pas comment réagir, en plus, avec un patient que je ne connaissais pas.

6.4.1.3 LA TRISTESSE ET LA COLERE

Deux autres sentiments, qui font partie intégrante du processus de deuil normal, ressortent : la colère et la tristesse.

Des étudiants ont ressenti **de la colère**, « sentiment de se foutre de la gueule du monde du fait que je n'étais qu'une gamine de 23 ans qui annonçait la pire nouvelle de leur vie à une famille », « J'ai ressenti de la violence dans mes mots ».

La tristesse quant à elle, est le même sentiment qui a été identifié chez les médecins : « Je n'ai jamais annoncé de décès à une famille. Dans mon cas la famille le savait, mais un matin il a fallu leur dire que c'était probablement pour aujourd'hui. J'avoue que les sentiments personnels étaient très présents : des sentiments d'impuissance, de colère et de peine. » Mais la tristesse n'est ressentie et décrite que lorsque les internes ont eu le temps d'établir un contact.

Effectivement le premier contact avec un décès est décrit lors de garde. Ils expliquent la situation, en précisant à chaque fois que c'était un avantage, car ils ne « connaissaient pas le patient ». Ils n'expriment aucun sentiment négatif, mais seulement des **sentiments d'indifférence**, de « ni chaud ni froid ».

6.4.2 LE RESENTI DES INTERNES EN MEDECINE FACE A UN CONFLIT DE PENSEES

6.4.2.1 CONTEXTE DU DESACCORD :

-Il est important de remarquer que **la quasi-totalité des étudiants ont connu un désaccord d'opinion** avec leur sénior et toujours **concernant la poursuite des traitements** et jamais sur l'abstention thérapeutique : « Ça m'arrive tout le temps d'être en désaccord surtout ici ».

-Ils n'expriment pas et ne se sentent pas en difficulté lorsque l'abstention est décidée : « je suis rarement en désaccord avec l'abstention thérapeutique », « Dans le sens de la poursuite, je me sens révoltée, j'ai souvent pu en parler mais bon... », « Ça m'est déjà arrivé une fois surtout dans le sens d'une poursuite de soin d'un patient en stade terminal de cancer du pancréas. Je ne comprends pas pourquoi il faut continuer la chimio de plus, alors que le patient est déjà en fin de vie. »

-Le seul étudiant déclarant le non désaccord précise son détachement, qu'il ne se sent pas concerné par les décisions. Il ne se **sent pas un acteur principal de la prise en charge**. Sa position d'interne fait qu'il ne peut qu'**appliquer sans décider** d'où son absence de désaccord : « Pour moi je n'ai jamais été en désaccord avec mes chefs c'est plutôt une situation où on n'a pas les décisions des séniors et on attend leurs avis », « Ma position d'interne ne me permet pas forcément d'être un acteur principal dans la prise en charge définitive des patients ».

6.4.2.2 LIEU ET TYPES D'EXPRESSION DE CE DESACCORD

-L'expression de ce désaccord est pour plus de la moitié des étudiants **de la colère** :

-soit **dans le service** : « j'essaie d'en discuter mais le senior a obligatoirement le dernier mot, ça reste son patient à lui seul donc ... ». « Je me sens en colère et à la fois je me dis que le senior est le médecin, il a plus de recul, il doit savoir ce qu'il faut faire. J'en ai parlé, j'ai cherché à comprendre, à trouver du sens à ce que l'on faisait mais je n'ai pas trouvé. »

- soit **seul** : « Le trajet pour rentrer chez moi un véritable défouloir où tous les noms d'oiseaux me viennent et quelques bières sont nécessaires pour que j'aie me coucher tranquillement. »

-**La culpabilité lors de son désaccord** est exprimée car l'étudiant continue à participer aux soins qu'il désapprouve : « Je ressentais dans un premier temps de la colère pour cette enfant dont la vie est prolongée pour de mauvaises raisons, mais également de la culpabilité de continuer à participer à ces soins ».

-Des étudiants soulignent de **l'indifférence** : le désaccord n'est en soi pas un problème car déclarent ne pas avoir la connaissance suffisante, un défaut d'expérience et se rallient facilement à l'avis du sénior sans remise en cause au final : « Mais bon, la décision venait du chef donc je ne m'en fais pas pour moi. C'est la responsabilité du chef »

Lors d'un désaccord sur la prise en charge, il est difficile de ne pas faire un **transfert sur sa propre existence**. Un étudiant explique qu'il lui est difficile de « s'empêcher de penser « et si c'était moi ? ou un membre de ma propre famille ? » « On ne peut s'empêcher de se sentir concerné et impliqué »

6.5-LES CONSEQUENCES DU DESACCORD

6.5.1 LES CONSEQUENCES AU TRAVAIL

Plus de la moitié des étudiants interrogés disent que les conséquences exprimées au travail sont **inexistantes**. Ils l'expliquent par le fait que le sénior a l'ultime décision et « qu'ils n'ont pas d'autres choix que d'obéir. Ils doivent essayer de gérer au mieux les émotions, ne pas faire ressentir leur désaccord aux familles et patient », « Sur le travail il n'y en a pas spécialement car du coup je considère que moi je ne suis pas chef. Ce n'est pas à moi de décider » mais surtout « aucune, puisque nous n'avons pas d'autre choix que d'obéir »

Pour certains, ce désaccord va les **obliger à dialoguer** autant avec le patient, la famille mais aussi avec le reste de l'équipe : « je m'applique plus à communiquer avec le patient et sa famille. J'ai plus de patience et d'empathie. Je tente la discussion entre confrères de toutes spécialités. »

Pour plus d'un tiers la conséquence majeure est **l'évitement suite à l'apparition de tensions** : « avoir une vision des choses différente avec un autre membre de l'équipe et devoir lutter avec ça au quotidien, c'est forcément pourvoyeur de tensions. »

Eviter tout contact avec le patient du moment qu'ils ne sont pas d'accord avec la prise en charge est évoqué: « J'avais du mal à voir ce patient [...] Je sais que j'évitais le plus possible son contact sa chambre ».

L'inefficacité du travail est déclarée une fois : « : Je travaille moins bien car je suis en désaccord avec le projet thérapeutique, je suis inefficace dans la prise en charge ».

6.5.2 MISE EN PLACE DE STRATEGIE DE DEFENSE

Il est identifié chez les internes de **l'activisme**, « je suis aux petits soins » « je suis disponible pour eux donc s'il fallait y aller plusieurs fois par heure j'y allais. S'il fallait rester après le temps de travail je restais » « avec eux que ce soit sur le plan médicamenteux (augmenter si besoin les anti douleurs) mais également, répondre au mieux à leurs questions, à leurs angoisses ».

30% ont recours à l'évitement. Certaines situations les renvoient à leurs propres angoisses, « j'évite, c'est surtout quand je ne suis pas d'accord avec ce qui est fait » « j'essaye clairement de ne pas ressentir ce qu'il se passe. » « Il est important de connaître ses propres limites et c'est justement être professionnel de ne pas les dépasser, pour pouvoir prendre correctement en charge les personnes dont on s'occupe. »

Un étudiant interrogé déclare **être incapable de développer une stratégie de défense** : « J'ai les larmes aux yeux et j'essaie petit à petit de faire une carapace. Je ramène mes patients chez moi, [...] quand il faut que j'agisse je me prends tout en pleine gueule, je cherche encore, je n'y arrive pas. »

Pour le reste des étudiants ils déclarent **n'avoir aucun problème**, « tous les jours je me répète : ce n'est pas moi, pas mes proches, c'est pas ma famille », « Ça me fait de la peine à chaque fois mais ce sont des vieilles personnes c'est le chemin normal de la vie ».

6.5.3 MISE PLACE DE CONVICTIONS PERSONNELLES DES ETUDIANTS INTERROGES

Des **convictions religieuses** pour les aider à surmonter la mort de leur patient sont exprimées: « l'impermanence (beaucoup valorisée par les bouddhistes par exemple) est une notion qui m'aide à accepter la fin de vie. », « j'avoue que parfois ca m'est arrivé de prier en pensant à un

patient à qui on tentait une nouvelle ligne de chimiothérapie, un nouveau traitement, c'était pour un papa qui avait une famille. Ce n'était pas juste et je voulais y croire ça m'a aidé à garder un espoir dans ce que je faisais. Puis ça ne peut pas faire de mal ni pour lui ni pour moi alors pourquoi pas. »

Le **regret de leur éducation religieuse**, voir même **d'avoir perdu la foi** est évoqué: « depuis le décès de mon [proche] j'ai arrêté, je n'y trouve pas de réconfort ça ne donne pas de sens à la vie », « Mes stages en médecine légales les ont fait évoluer, le fait de voir des cadavres tous les jours et de les autopsier m'a fait m'imaginer, en voyant le vide dans les yeux des morts, qu'il existe une réelle dissociation entre corps et esprit ».

Certains n'ont aucune **conviction personnelle le droit de mourir dans la dignité**, les pratiques et les valeurs enseignés au sein des soins palliatifs. « Le soin palliatif c'est génial, tout le monde va mourir donc il faut les faire au mieux. Mes convictions se retrouvent dans les soins palliatifs »

L'idée d' avoir pour seule conviction que la mort est un **processus naturel** est déclarée: « c'est le cycle naturel de la vie. Les plantes, les animaux meurent alors les êtres humains aussi. »

6.6-LES BESOINS ET ATTENTES DES INTERNES EN MEDECINE FACE A LA FIN DE VIE

6.6.1 ETAT DES LIEUX DE L'ENSEIGNEMENT ACTUEL :

La totalité des internes interrogés disent que le **programme de formation est très insuffisant**. Il est enseigné comme le précise quelques-uns « l'aspect théorique, mais rien sur le plan émotionnel, relationnel ». L'ensemble est un **module théorique** sans vraiment abordé les vrais problèmes de la fin de vie.

La formation débute sur le terrain : « Nous apprenons tout cela clairement et uniquement sur le terrain en nous débattant et en nous débrouillant comme nous le pouvons. »

6.6.2 ATTENTES ET BESOINS DEMANDES SPONTANEMENT PAR LES ETUDIANTS

6.6.2.1 PROPOSITIONS GENERALES

Ils réclament **des jeux de rôle**, des **misés en situation d'annonce de maladie grave, de décès**. Certains internes précisent qu'actuellement ce type d'exercice est prévu pendant leur DES comme en dermatologie et pour d'autres ce sont les laboratoires qui assurent la formation : « Des mises en situation avec des acteurs, des groupes de parole ça marche pas mal. On en a fait un il n'y a pas longtemps, avec une troupe de théâtre sur l'annonce diagnostique des syndromes myélodysplasiques, les rechutes et les progressions. Des acteurs qui jouent le médecin, le patient et qui faisait des choses un peu caricatural et les gens intervenaient en disant moi je n'aurais pas fait comme cela et on proposait des choses. »

Ils demandent également à avoir **un premier contact avoir les soins palliatifs et l'algologie**, que cela soit court mais suffisant pour « démystifier » ces unités : « Ça serait bien d'avoir une expérience même petite pendant l'externat en soins palliatifs, aller à la rencontre de ces équipes elles sont géniales. Elles prennent le temps ? elles expliquent. J'aurai aimé voir en quoi ça consiste, d'assister une fin de vie en secteur palliatif. On se fait une idée qui est sûrement fausse, voire même parfois, je pourrais dire qu'on n'arrive pas à se faire une idée de ce qui se pratique vraiment, c'est du fantasme. »

Ils veulent également être **formés aux différents symptômes réfractaires** de la fin de vie tel que la douleur, la dyspnée, l'anxiété : « Je pense que la loi Léonetti à elle seule devrait être enseignée de manière concrète ainsi que les modalités pratiques d'analgésie efficace, d'anxiolyse et de sédation. Les protocoles sont globalement uniformes donc pourquoi ne pas s'en servir. »

« Que l'on sache tout comme l'infarctus les premiers soins d'urgence on devrait savoir gérer les symptômes réfractaires ... la mucite réfractaire...la dyspnée comment les prendre en charge. »

Pour l'ensemble des étudiants ces pratiques devront être faites **pendant l'externat** à raison de deux fois par an en systématique maximum, de façon à avoir « entendu une première fois comment dire les choses et en compagnie de séniors formés aux soins palliatifs. », « Commencer au début des études et pas obligatoirement sur les fins de vie mais aussi d'autres sujets éthiques. Une fois qu'on est interne, les chefs ils considèrent que tu es interne donc tu fais. ».

Il est évoqué la possibilité **de faire du compagnonnage** comme dans d'autres métiers choisis par l'étudiant, rencontré lors de ses stages d'externe : « Ne pas être laissés seuls dans ces situations dès le début du premier semestre, prévoir plus de compagnonnage »

6.6.2.2 PROPOSITIONS SPECIFIQUE A L'ANNONCE DE MAUVAISES NOUVELLES

-Ils sont demandeurs de **simulation d'annonce au travers de saynète** afin de pouvoir au moins une fois faire sans « avoir peur de se tromper, de mal faire ».

Même si ces cours peuvent être perçus comme « ringard », « je suis persuadé que le moment venu il en restera toujours quelque chose »

Celles-ci seraient réalisés par des seniors de toutes spécialités. Ils expriment le souhait que ces simulations soient précédées de **cours de technique de communication**.

-Ils précisent que ces cours se feront au préalable des **saynètes** car « il ne faut pas manquer ce moment, cela peut avoir des conséquences sur le restant de la prise en charge de la maladie, pour le patient mais aussi pour le médecin »

-L'idée de faire des **saynètes**, puis **assister à des consultations d'annonce en service** est soulevée.

6.6.3 PROPOSITIONS D'ENSEIGNEMENT DEJA EN VIGUEUR DANS CERTAINES FACULTES EN FRANCE

6.6.3.1 REALISATION D'UN MINI STAGE EN SOINS PALLIATIF : USP-UNITE MOBILE-DISSPO

Spontanément, ils répondent que le mini stage serait important pour **acquérir des connaissances pratiques**.

-Cela leur permettrait de **rencontrer les acteurs** qui « ont du temps, savent former et ont le sens de l'écoute » (Ces qualificatifs font suite à des rencontres entre les internes et les équipes mobiles de soins palliatifs qui se rendent dans les services).

-Ce stage permettrait, également, de **connaître les ressources disponibles** concrètement pour les médecins de ville : « Cela permet de se rendre compte des différents outils à disposition et ne pas être largué le jour où l'on s'installe en cabinet »

-Il est également précisé que le stage éviterait aux étudiants de **se faire de mauvaises idées** sur ces unités telles que « si j'envoie mon patient, il ne pourra plus sortir car on meurt systématiquement dans ces unités ». Les internes connaîtront les motifs d'admission au sein de ces unités qui ne sont pas ceux auxquels ils pensent : « Mon patient va décéder et pourtant il ne peut aller en unités de soins palliatifs pourquoi ? ».

-Il serait bon également de voir réellement ces lieux afin de **faciliter son choix de spécialité**, « cela éviterait des regrets au remords, voir si on est fait pour ça, si on a les épaules assez solides ».

-Pour l'ensemble des étudiants interrogés, ce stage devrait se faire soit en fin d'externat soit au tout début juste après l'ECN. En effet « en étant externe on peut suivre, observer, voir comment on s'y prend, alors qu'en tant qu'interne, on doit faire et pas observer on est dans l'action ».

6.6.3.2 GROUPES DE PAROLE : CAS CLINIQUES A PROBLEMATIQUES ETHIQUES

Les groupes de paroles sont sollicités par tous mais pour différentes raisons et avec plusieurs modalités de pratique.

-Ils permettent une meilleure **connaissance de Soi** : « se connaître soi-même et grâce à un point de vue extérieur ». Ils fourniront d'autres points de vue pouvant être discutés.

-Des étudiants parlent de « se poser les bonnes questions, autres que celles du biomédical ».

-Pour la totalité des internes il ne faut pas **évoquer la fin de vie mais aussi des questions éthiques** : IVG ... placement...la démence... l'enfant et le choix... Ces types d'exercices permettent « **d'anticiper le questionnement** et non « pas à la dernière minute quand la situation nous tombe dessus. »

-Pour certains, ce type de travail ne correspondent pas à leur personnalité. Ils préconisent de proposer « **un panel de choix et toujours basé sur le volontariat** »

-Ils préfèrent la pratique en stage mais acceptent l'idée que cela peut aider des collègues : « Je pense que ça peut aider mais personnellement je sais que j'apprends plus dans la pratique avec des personnes expérimentées... »

-Ils affirment la **nécessité de séniorisation des séances** avec un médecin pratiquant régulièrement le thème abordé lors de la séance, accompagné d'une personne habilitée aux questions d'éthique : « Echanger en groupe, mais sortons du groupe que de médecin, avoir d'autres professionnels, avoir quelqu'un qui a plus de bouteille ...le témoignage de famille ...une infirmière qui a poussé l'Hypnovel ...une psychologue.... Mais pas entre nous car en médecine on est formaté. A Paris, c'était un médecin en santé publique, un psychiatre ...En fait, ce qui serait bien c'est les principes **en groupe balint.** »

6.6.3.3 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Ils sont également intéressés par une prise en charge psychologique « ça serait bien je pense que l'on a tous des trucs à dire en fait, que l'on ne dit pas », mais pas avec les mêmes modalités :

-Ils préconisent une **première consultation systématique puis** ensuite **un suivi basé sur le volontariat** : « La première consultation systématique, et après proposer un suivi à celui qui veut, mais cela permettra à la psychologue d'avoir un premier avis sur l'étudiant »

-D'autres demandent que dès **la première consultation** cela reste **sur le mode du volontariat et proposé régulièrement** : « pas de soutien psychologique systématique [...] il devrait être plus fréquemment proposé, en revanche, par le mailing liste de la faculté par exemple »

-Ils précisent la possibilité de mener ce **soutien psychologique sur le mode balint** : « une discussion partagée et collégiale me semble plus adaptée. Une orientation plus éthique et philosophique de la médecine serait déjà bien bénéfique. »

Des étudiants reprennent l'idée de Paris V qui était de **sélectionner les étudiants dès leur entrée en PACES**, avec un entretien mené avec un jury comprenant un psychologue : « Ce n'est pas pendant notre internat qu'il faut intervenir c'est déjà trop tard. Mais bien avant. Juste avant de commencer P1 faire un premier bilan lors des inscriptions par exemple. », « je reste persuadé qu'un entretien avant devrait être systématique. J'ai vu des gens dans ma promotion des fous ... pour ne pas vouloir faire sa garde une externe mime une méningite... on se dit qu'il y a un gros problème ».

Un étudiant ayant fait son externat sur Paris, parle de l'expérience de Paris V qui a mis à disposition des étudiants **un système d'alerte bien connu par les étudiants « le BIP »**. Ce système permet à l'étudiant en difficulté d'avoir un lieu d'écoute avec un professionnel en cas de difficulté au cours de son externat et internat mais également la possibilité de signaler un collègue qui serait en difficulté mais qui ne se manifesterait pas.

-D'autres sont catégoriques et disent que cela ne **servirait à rien** : « ce ne serait pas assez personnalisé, or dans ce genre de situation il faut agir au cas par cas, donc je n'en verrais pas l'intérêt. »

7-DISCUSSION

Cette période de vie « la fin de vie » est encadrée soigneusement tant par la médecine que par la société : Il faut mourir de sa belle mort, sans souffrir, sans que le malade s'en rende compte, sans bruit.... Cette étude a la particularité de faire parler les internes sur un aspect du métier trop peu évoqué pendant notre formation initiale : la relation de l'étudiant en médecine avec la mort. Les étudiants ont tous accepté de se livrer sans retenue et a permis pour certains de s'interroger sur leur conduites, leurs souhaits face à ce sujet.

Les émotions telles que la culpabilité, décrites, sont peu, voir pas différentes, de leurs aînés. Ces sentiments exprimés dès le début de la formation, prouvent qu'ils ne naissent pas au fur et à mesure du développement professionnel. Cependant ces ressentis négatifs, au long cours, sont connus chez leurs aînés pour être des facteurs de risque dans le syndrome de l'épuisement professionnel.

Les propositions des étudiants ne sont pas celles qui pouvaient être attendues. Les étudiants sont en demandent de temps de formation à la relation, à l'écoute. Ils s'expriment en tant qu'individu en non en tant que professionnel. Notre métier ne peut se passer de cette formation à la communication. Notre métier est avant tout un moment partagé avec l'autre, un moment où l'un peut soutenir l'autre en s'appuyant sur son savoir, son savoir-faire mais aussi sur son savoir-être.

La force de cette étude est de laisser parler. Elle propose, mais également permet de réfléchir sur l'importance d'un travail sur sa subjectivité pour devenir soignant.

7.1Les biais de l'étude

7.1.1Dans la sélection des participants

Le corpus de cette étude est constitué, comme l'autorise la recherche qualitative, d'internes volontaires. Ce n'est pas un échantillon représentatif de l'ensemble des étudiants en médecine des Alpes Maritimes.

De plus, le seul fait d'accepter l'entretien laisse supposer un intérêt pour le sujet de cette recherche. Les internes ayant refusé auraient très certainement été intéressants à interroger.

7.1.2 Dans la conduite des entretiens

Le fait même de conduire un entretien entre deux personnes, et de l'enregistrer est source de biais : bien que j'aie tenté de rester la plus ouverte et neutre possible, le fait de s'exprimer devant une autre personne peut entraîner une autocensure, par peur du jugement ou d'offenser, d'autant plus sur un sujet tel que la fin de vie.

Enfin, ceci étant la première étude qualitative que j'aie eu à réaliser, mon manque d'expérience en ce qui concerne les entretiens semi-dirigés, ne permet pas d'écarter une influence de par mon attitude et ma façon de poser les questions sur les réponses des internes interrogés.

7.1.3 Dans l'analyse des entretiens

« Une étude qualitative pose des problèmes au niveau de la pertinence des indices retenus puisqu'elle sélectionne ces indices sans traiter exhaustivement tout le contenu. Il y a des risques de laisser des éléments importants ou de prendre en compte des éléments non significatifs. » (23)

La crédibilité d'une étude qualitative est donc augmentée si plusieurs chercheurs effectuent l'analyse des données (il s'agit de la « triangulation » (33)), afin d'éviter la subjectivité et d'augmenter la pertinence des indices retenus. Avec les moyens et le temps d'une thèse de médecine, menée seule, cette triangulation a été limitée. La retranscription des entretiens et leur analyse ont été relues par

ma directrice de thèse, le Dr Astier, afin d'avoir un second regard et éviter, tant que faire se peut, ces biais d'analyse.

7.2-LES EMOTIONS CHEZ LES INTERNES ET LES MEDECINS : UNE SIMILITUDE FRAPPEE DE CULPABILITE

C'est dans cette phase de désarroi, dans l'expectative entre soins curatifs et soins palliatifs, au sein de laquelle il s'interroge souvent sur le sens de son investissement... que le médecin se trouve poussé à réagir dans une diversité d'attitudes parfois extrêmes et inattendues. Cette hétérogénéité de réponses alors imposée ne peut que s'intensifier par la prise en charge simultanée de plusieurs patients dont la dissemblance dans les personnalités et la disparité dans les traitements (eu égard aux différents stades de la maladie) le portent à se retrancher dans une distanciation affective extrême ou à se réfugier, à l'inverse, dans une identification maximale, lorsqu'il ne privilégie pas parfois une forme d'absence dans la fuite et la dérobade."

M. Ruszniewski

Face à la maladie grave. Page 137

7.2.1 IMPOSSIBLE ET IMPUISSANCE : LE RISQUE DE CONFUSION

L'expérience de fin de vie étant un processus que notre société refoule, les soignants internes et médecins compris manquent de repères culturels et intellectuels.

Le risque de la médecine moderne et de ses acteurs est de confondre l'impuissance et l'impossible : vouloir combattre l'impossible, ici la mort, serait une erreur : « j'étais jeune interne, un patient de mon âge venait des urgences pour fin de vie en détresse respiratoire, le patient en arrivant était mieux que ce qui m'avait été annoncé mais je n'étais pas préparée, j'avais de l'espoir et ça s'est mal passé, j'ai dû le sédaté en urgence. C'était ma première expérience de décès violent, 1^{er} semestre 1^{er} mois. » ; « Etre impuissant face à des situations de détresse »

Pour éviter cette confusion il est important de travailler sur les motivations à être médecin, sur ses failles. Il est indispensable de parler de l'acceptation indispensable de la mort, de notre propre mort, accepter la fin de notre relation avec notre patient. (26)

Cependant le milieu médical est sous silence et ceci va bien au-delà du secret médical et dépasse largement son obligation déontologique. La souffrance du corpus médical ne peut qu'être exprimée

en de rares occasions, reconnue, voire même jugée inacceptable par ses acteurs. De plus un corporatisme important autorise l'auto-prescription favorisant ainsi cette mise sous silence de l'épuisement. (26)

Mais depuis quelques années, le syndrome d'épuisement professionnel fait l'objet de nombreuses études (33) (47). Si aujourd'hui le monde du travail connaît les facteurs de risque ainsi que les manifestations de ce syndrome, peu d'études s'interrogent sur les mesures de protection spécifiques aux médecins.

Les internes en médecine à Nice interrogés, ont effectivement déclaré être en difficulté lors de la prise en charge de patient en fin de vie, tout comme leurs aînés lors l'étude du Dr TEXIER soutenue en 2013 sur les motifs évoqués par les médecins généralistes concernant leur refus de prise en charge du patient en soins palliatifs à domicile. Ils ont émis des pistes d'aide à la prise en charge d'eux-mêmes : « on nous apprend pas, je ne savais pas trop quoi dire. J'étais confuse je ne savais pas comment réagir en plus avec un patient que je connaissais pas ». Les médecins expriment des difficultés non pas dans la prise en charge médicale de leur patient mais bien dans le rapport à leurs propres limites, une crainte du Burn Out, une expérimentation des émotions telles que la colère le sentiment d'impuissance et la culpabilité qui ne sont pas prêts à vivre. (63)

7.2.2. LA CULPABILITE

La médecine moderne représente de façon inconsciente le désir de la toute-puissance. Si la mort est vécue comme un échec de la médecine moderne par certains, ce mythe tombe et entraîne une culpabilité. Cette culpabilité peut devenir maladie pour les soignants.

Ce sentiment ressenti par les internes interrogés est également le second sentiment majoritairement exprimé par leurs aînés (63) (39). Ils se décrivent comme étant peu entourés, coupables de ne pas avoir été là pour leur patient, coupables de ne pas avoir pu faire plus, seuls face à l'événement d'annonce, face à leurs responsabilités.

Le sentiment de culpabilité peut être différent selon le cas. Il en existe deux types. (51) La culpabilité valeur qui est légitime et utile (ressentie quand une bêtise réelle est faite). La seconde est la culpabilité fonction qui vient des pressions sociales (tabous, perte de l'amour des autres).

Cette culpabilité s'exprime par des excuses, excuse de ne pas avoir pu faire plus, de ne pas avoir pu sauver le patient. Cette culpabilité peut renvoyer l'étudiant et le médecin vers plusieurs sentiments tels que la honte, la perte de l'amour, la perte de l'estime de soi ou la crainte d'être rejeté ou abandonné. Un médecin, qui annonce la mort d'un tiers à sa famille, ne va-t-il pas être soumis à un jugement de valeur (je suis un mauvais médecin) ? L'estime de lui-même va-t-elle rester intacte ? Dans l'avenir le risque de rester sur un tel sentiment est d'amener l'étudiant et leurs aînés à avoir une mauvaise estime d'eux-mêmes, se sentir indignes, dire oui à tout en niant leur propre valeur et leurs besoins pour s'équilibrer ou alors avoir une tendance à la critique d'autrui tout en projetant leurs propres fautes.

Le processus d'épuisement est en marche...

Il faut faire entendre que les sentiments ressentis lors de ces moments de fin de vie sont normaux, des affects qui font de nous médecins et internes des êtres mortels. L'avantage de reconnaître ses sentiments donne les moyens pour apprivoiser cette souffrance, donne un temps pour faire le deuil de cette relation.

Echanger, s'exprimer est un acte thérapeutique à part entière. Pour continuer à soigner l'autre le soignant, le médecin et interne doivent admettre la nécessité vitale de prendre soin d'eux en se donnant les moyens d'être écoutés.

L'approche de ces sentiments est très difficile en dehors de groupes de parole. Ces groupes ont pour but de favoriser la prise de parole, l'expression de ces émotions. Il faut déculpabiliser la parole. Il est important de savoir reconnaître les émotions comme les symptômes d'une maladie. Il est important de laisser exprimer le sentiment pour pouvoir lui donner un sens. Dans le cas contraire il risque d'être maîtrisé en évacuant le problème sachant que dans le cas de la médecine le problème est souvent le patient et ses demandes « farfelues ». (58)

7.3-ACQUISITION DE COMPETENCE GRACE A LA SUBJECTIVITE

Lors de la présentation du sujet de ce travail de nombreuses remarques m'ont été faites attestant que l'apprentissage de la gestion de la fin de vie, de l'annonce de maladie grave se fait beaucoup par l'expérience professionnelle voire une formation supplémentaire ultérieure.

7.3.1 Les échecs répétés : Une atteinte à l'image du soi

Cependant les internes déclarent être en difficulté et ceci même si l'expérience se renouvelle. Elle pourrait même être un facteur négatif, car renvoie à un échec qui se répète, alors que l'interne a conscience de l'importance du moment. De plus l'expérience professionnelle est décrite par les internes, débutant dès leur premier semestre alors qu'ils sont au tout début de leur formation avec de nombreuses connaissances autres à assimiler, à découvrir réellement leurs responsabilités en tant qu'interne, à découvrir ce que les aînés attendent d'eux dans la pratique. Ils déclarent voire déplorent la violence de ce type d'apprentissage, au point pour certains, de faire un droit au remords de leur spécialité.

Le postulat de l'apprentissage par l'expérience professionnelle n'est donc pas si évident. Le médecin, ayant pourtant la répétition de l'événement, n'est pas en capacité de développer des compétences en soins palliatifs et plus globalement en communication (63).

Tout échec, chez qui que ce soit, et de quelque type qu'il soit, implique, presque par définition, une « atteinte de l'image de soi » (12) Cette incompétence est décrite également chez les médecins installés. Toute personne confrontée à l'échec « réagit », d'une façon ou d'une autre, pour tenter de « se défendre » de cet échec. Cette réaction « défensive » (sur le plan psychologique) met en jeu divers procédés qui relèvent de ce qu'Anna Freud a nommé les « mécanismes de défense du Moi ». (48) Une des issues sera, pour éviter la répétition, de développer des stratégies de défense. Le tout aura pour essentiel de sauvegarder sa personnalité.

7.3.2 Aide de la formation sur la subjectivité de l'étudiant

Lors de l'étude, les étudiants ont établi un lien bénéfique, pour la plupart, entre leur expérience personnelle de la fin de vie ou de la mort, et leur compétence professionnelle. Il se pourrait donc que notre expérience personnelle soit une aide, un support. Mais qu'apporte-t-elle de plus ? Probablement une notion capitale qu'est la subjectivité. La souffrance du soignant est qu'il est au moment de la mort de son patient écartelé entre sa subjectivité en tant qu'individu et son professionnalisme avec son discours médical qui se veut être généralisé, systématisé. (28) Cette subjectivité est développée lors de la formation complémentaire en soins palliatifs. Il est demandé aux formateurs, encadrants de développer cette compétence chez l'étudiant. Cette formation, comme elle est pratiquée actuellement, n'est pas protectrice, comme en témoigne une étude récente chez les médecins en soins palliatifs (31). Ceux-ci souffrent également de cette proximité avec la mort.

Le problème serait peut-être dû à la place occupée par cette formation, exclue de la formation initiale. Pourrait-on penser que cette formation est inscrite dans le cursus beaucoup trop tardivement et que le futur médecin est déjà rempli de réflexes scientifiques ? Ils travaillent avec une réflexion où l'expérience personnelle n'est pas une science, ni un acte validé : un acte sans niveau de preuves.

La longue formation universitaire le façonne pendant un minimum de huit à dix ans dans une collectivité où l'excellence se définit par de très amples connaissances validées du corps de l'autre. Les études médicales consistent à absorber un savoir. Le savoir fonde l'identité du médecin : il donne accès au pouvoir sur le patient et les collègues (67). Mais qu'en est-il de la connaissance de son propre corps ? Les étudiants interrogés sembleraient être d'accord pour rajouter cette compétence dès la formation initiale au travers d'une formation qui serait distillée tout au long du cursus universitaire. Il serait intéressant à ce que cette formation devienne obligatoire pour tous car avant toute chose, le professionnel médical est un être humain qui va être confronté à ce qui est de plus terrible, ce qu'il refoule inconsciemment, l'idée de la mort, l'idée de sa propre mort.

7.3.3. Aide relative du législateur

Hormis le problème de la formation initiale actuelle, le législateur ne peut apporter une réponse totale. Les internes tout comme les médecins déclarent être en accord avec la loi LEONETTI (41) Le problème qui persiste n'est pas dans les actes à proprement parler. Les soignants sont d'accord quasi unanimement pour prendre en charge la douleur, ne pas être dans l'acharnement déraisonnable ...Il réside dans l'annonce du mot palliatif (63) (29), dans la démarche élémentaire des soins palliatifs : Stopper l'aspect curatif, voir inclure les soins palliatifs alors que la phase curative est toujours effective.

Il est évident que la loi ne pourra jamais régler la difficulté personnelle que ressent le soignant à admettre que l'issue sera en faveur de la mort et non de la science. La difficulté de prononcer le début de soins palliatifs n'est-elle pas une projection de notre propre peur, une projection de notre échec. Voilà encore une raison de plus pour nous former nous-mêmes avant de vouloir soigner l'autre.

7.4-RELATION ENTRE L'ETUDIANT ET SES MAITRES :

7.4.1 Respect et reconnaissance

Dans la tradition de l'éthique médicale selon Hippocrate, les médecins doivent un respect particulier à leurs maîtres. La Déclaration de Genève l'exprime en ces termes : « Je témoignerai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ».

Bien que l'enseignement médical aujourd'hui fait l'objet d'échanges multiples entre professeurs et étudiants, et non, comme dans le passé, une relation à sens unique, il dépend toujours du dévouement des médecins. Les étudiants en médecine et autres médecins stagiaires sont redevables à ces enseignants sans lesquels la formation médicale serait réduite à une instruction pour autodidactes.

Les enseignants ont l'obligation particulière de ne pas demander à leurs étudiants de prendre part à des pratiques contraires à l'éthique, quant aux étudiants en médecine, on attend d'eux qu'ils représentent, en leur qualité de futurs médecins, des règles élevées de comportement éthique.

Cependant ce respect n'empêche pas l'apparition de conflits professionnels. Le travail en équipe, avec sa hiérarchie et de surcroît à un poste à responsabilité vont favoriser l'apparition de ces conflits. Le terme « conflit » à l'origine, est une situation de lutte armée, de combat entre deux ou plusieurs personnes, organisations ou puissances, qui se disputent un pouvoir. Le conflit est souvent vécu dans la souffrance et, contrairement à la bonne entente, il empêche la relation de progresser et d'être productive, et les partenaires de s'épanouir. C'est pourquoi il est souvent nécessaire de le réguler et de le résoudre (59).

Le regard porté par les internes sur leurs pairs est très paternaliste. Les internes précisent que le médecin de par son expérience ne peut avoir que la bonne décision. Cependant les questions d'éthique ne sont pas affaire du professionnel. Ce sont des questions qui relèvent de l'individu au

sens le plus singulier du terme. L'étudiant n'a-t-il donc pas autant de poids dans la décision que le médecin expérimenté ?

Cette dualité paternalisme et individualité risque d'induire un conflit de pensées entre les 2 protagonistes, une souffrance éthique.

7.4.2 Conflits de pensées :

Dans une méta analyse, réalisée par De Dreu et Weingart « Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction, 2003 » (25), les auteurs s'appuient sur la distinction « conflit de tâche » (production, décision, planification...) et « conflit relationnel » (mésententes, frustrations, rivalités, antipathies, et/ou affrontements entre personnalités). Les conséquences des conflits en milieu professionnel seraient, selon les auteurs de cette méta analyse, toujours négatives sur les performances de l'équipe de travail ainsi que sur la satisfaction (absentéisme, turn over accéléré) des membres de cette équipe.

A la question avez-vous déjà été en désaccord avec vos séniors concernant la prise en charge de ce type de patient les internes interrogés ont eu une réaction où les échanges se sont intensifiés et des désaccords sont apparus sur la conception des soins des personnes en fin de vie.

Une thèse en médecine générale réalisée par MULTON Romain (48) dont le thème est « Désaccords entre internes de médecine générale et maîtres de stage sur les soins aux patients. Etude de 37 situations en Ile de France » a mis en évidence 5 facteurs responsables des causes implicites et récurrentes susceptibles de faire évoluer un simple désaccord vers un conflit entre un étudiant et son séniors :

- La divergence de points de vue sur la prise en charge des patients fragiles, en fin de vie
- La conviction de l'interne que son senior sous-estime ses compétences cliniques et le manque d'autonomie laissée à l'interne

- La conviction d'un manque d'implication du senior dans les soins de son patient
- La prescription de complaisance
- Le non-respect des recommandations de bonne pratique

Dans presque tous les cas retranscrits, l'interne se plaint du fait que son senior pratique des soins qu'il juge trop agressifs. On peut considérer le fait que les seniors sont plus impliqués dans la prise en charge de ces malades au vu de leur expérience, alors que les internes sont certainement plus en retrait. La situation de la fin de vie doit donc être identifiée comme une situation « à haut risque conflictuel ». En effet, selon Northrup (49), les identités du maître de stage et de l'interne peuvent être menacées et il peut se développer ce que Northrup appelle la cascade vers le conflit insoluble.

L'élément déclencheur de cette cascade survient lorsque l'un des acteurs (ou les deux) ressent une menace sur son identité, les prises en charge proposées par les internes étant liées à leur histoire personnelle, leur vécu et leurs opinions, au final à leur identité, en matière de soins palliatifs et d'accompagnement des patients en fin de vie.

7.4.3 Les différentes réponses aux conflits

Il existe différents types de réponse au conflit (60) (34) : La stratégie de l'évitement «: Aucune, puisque nous n'avons pas d'autre choix que d'obéir » (le conflit est nié), l'accommodation «je fais en disant que je ne suis pas d'accord », «j'essaye de cacher mes sentiments quand je suis en désaccord devant la famille » (on s'adapte aux décisions de l'autre), la compétition et la collaboration « On essaie de trouver au mieux pour nous le patient ... on a essayé de faire des rapprochements » (préserver les intérêts des deux parties en trouvant des compromis)

L'évitement a pour avantage de faire diminuer rapidement la tension au stade initial du conflit mais est néfaste à long terme. Tandis que dans les conflits relatés par les internes, la réaction prédominante des seniors est l'évitement (59). Dans cette étude, en Îles de France, les internes présentent les 4 types de réactions possibles de façon équilibrée et cela est comparable aux réponses obtenues par les internes niçois interrogés.

7.5 EN QUETE DE FORMATION RELATIONNELLE ET D'ECOUTE

7.5.1 Une relation médecin / patient particulière

La souffrance du patient en fin de vie s'exprime très souvent par des demandes très implicites. Il peut lui arriver de dire « je souffre psychologiquement » en unité de soins palliatifs mais rarement dans des services traditionnels. Ce mode d'expression est utilisé à d'autres moments de vie : Le sujet âgé isolé dans sa chambre de maison de retraite qui sollicite en permanence le personnel le soir tombant ou alors l'enfant qui fait tomber régulièrement son jouet pour capter l'attention de la mère ...La difficulté pour le médecin est de comprendre les demandes de son patient. Pour cela il doit adopter une posture qui ne lui est pas coutumière, qui n'est pas celle d'un scientifique. La mort n'appartient pas à l'Evidence Base Médecine (28). Elle n'a pas son arbre décisionnel avec des algorithmes prédéfinis. Les services de soins palliatifs tendent à travailler avec des protocoles face à des symptômes réfractaires. Ces derniers peuvent être une aide certaine mais il faut faire attention de ne pas faire de la mort une maladie, un processus scientifique. Cette dérive peut être facile étant donné que l'ensemble du corps médical et les internes sont formés à ce mode de réflexion.

La mort est bien entendu un processus universel, mais la fin de vie est une situation singulière, personnelle. Le patient est à ce moment précis celui qui sait ce dont il a besoin, ce dont il a envie. C'est son moment en tant qu'être humain.

Le médecin n'est plus dans sa posture de savant. (28) S'il tente d'y rester, une rivalité entre son patient et lui s'installe. Le médecin a souvent tendance à attribuer cette rivalité au patient et à sa fin de vie et non à sa posture de soignant. Les tensions ne viennent -elles pas du fait qu'il n'existe pas de « conduite à tenir ». ? Ce moment de fin de vie n'est plus un moment binaire : problème =solution. La problématique de formations demandés par les médecins et les internes est qu'il n'y a pas de solutions comme ils l'entendent, telles qu'ils les ont reçues au cours de leur formation initiale. Il faut apprendre au médecin somatique que l'écoute est aussi un acte thérapeutique. Cet acte n'appartient

pas uniquement au psychologue, au psychiatre. La pharmacopée traditionnelle ne peut être une solution, elle ne peut être assimilée à de l'écoute. Le malade est un tout, il refuse d'être dissocié en un corps et un esprit.

7.5.2 Décloisonnement des soins palliatifs : Formation pour tous.

Certaines études démontrent qu'exercer dans un service où alternent curatif/palliatif (entre décès et cure de chimiothérapie), la charge de travail fait que les soignants déclarent avoir de grandes difficultés de prise en charge et nombreux sont ceux ayant connu des situations d'épuisement (16). Cette prise de conscience incite certains auteurs à proposer de "décloisonner" le milieu oncologique et les services de soins de confort. Une circulaire du ministère de la Santé en France, qui met l'accent sur "les lits identifiés ou dédiés de soins palliatifs" dans des services de courte durée ou de SSR, irait dans le même sens (50). Une des étudiantes interrogées déclare « En dermatologie, il n'y en a pas trop souvent, 5 à 6 patients sur l'ensemble des services de ma spécialité, on essaie de les chouchouter, c'est plus facile ».

Cela signifie donc que toutes spécialités médicales (médecin gériatre, rééducateur, dermatologue et spécialités médicales diverses) pourraient donc se trouver dans l'exercice de soins palliatifs et se devraient donc d'être formés à cet effet. En effet les étudiants interrogés demandent à avoir une formation durant leur second cycle et à poursuivre pendant leur internat.

7.5.3 Formation à la relation, à l'écoute

7.5.3.1 Enseignement de sciences humaines

Il est intéressant de noter que l'ensemble des étudiants interrogés demandent des formations qui se résument à du temps d'écoute et non à du savoir pur. Les médecins généralistes ont des demandes différentes. Ils réclament une augmentation de moyens techniques, un relais complet avec des

médecin spécialistes, une aide supplémentaire pour les familles, une plus grande rémunération à l'acte. Il y a très peu d'arguments en faveur de soutien psychologique pour eux-mêmes, de formation à la relation, de formation en communication spécifique aux soins palliatifs. (2)

Lors d'une étude faite pour une thèse en médecine avec les internes de Lyon ces derniers étaient également dans la demande de cours en sciences humaines et sociales avec des séances de réflexion éthique, sur la relation médecin patient, sur l'aspect social de la profession. (64) Ces demandes sont partagées par des psychiatres qui sont thérapeutes de confrères et qui soulignent l'importance d'une information sur les possibles atteintes psychiques des médecins afin de dé-diaboliser le sujet de l'épuisement ou encore former sur « l'identité du médecin » ses qualités mais aussi ses limites.

« Quitter la toute-puissance médicale favoriserait l'expression à temps des souffrances », tandis que « prendre en compte leurs blessures et les soigner peut permettre d'avoir une attitude thérapeutique plus juste avec leurs patients et diminuer les risques de burn out ».

7.5.3.2 Groupe de parole : Balint

Une étude sur les burn out des médecins hospitaliers à Lille2 par Lekadir P. en 2013(43) met en évidence une demande des médecins à des groupes de paroles de type Balint, de type groupe de pairs tout comme les internes interrogés.

L'utilité de la mise en place de groupes de parole n'est pas à prouver (3, 36), mais l'absentéisme des médecins dans ce type de réunion pose question (24) : c'est un lieu permanent de mise en commun d'interrogations et de réflexions, un lieu de décompression, d'écoute, d'analyse, de remise en question, un lieu d'émotions, de propos enthousiastes ou révoltés... S'attacher à rendre et à redonner la parole au médecin, c'est tenter de reconnaître sa souffrance et d'évoquer avec lui l'angoisse et le désarroi qui ponctuent son parcours professionnel dans l'impuissance à tout guérir.

7.5.4 Stage pratique en soins palliatifs

Ce type de stage est déjà rendu obligatoire dans des facultés de médecine à Montréal durant l'externat (65).

Pour les futurs médecins du collectif Soigner dans la dignité, deux choses "assez simples" pourraient être mises en place : "Pendant l'externat, entre la quatrième et la sixième année, chaque étudiant en médecine devrait obligatoirement passer par un service où il sera confronté à la mort (cancérologie, gériatrie, etc.) Des services où les questions de fin de vie se posent au quotidien". Une fois passé le concours de l'internat, après la sixième année, "un stage en soins palliatifs devrait être obligatoire",

L'ensemble des étudiants interrogés est d'accord pour un contact avec une unité recevant des patients en fin de vie telle unité mobile, gériatrie, unité hospitalisation, unité avec lits identifiés pour rencontrer les acteurs et les différentes structures.

En France l'étudiant a la possibilité pour une durée de 6 mois durant son internat de profiter d'un stage en soins palliatifs mais peu de postes existent pour peu d'étudiants. Le stage en soins palliatifs peut permettre à l'interne de conscientiser, d'élaborer, de modifier sa manière d'être en relation avec la personne souffrante. Par exemple, il peut insérer son souci de transmettre clairement des informations biomédicales dans une approche plus globale, attentive aux affects, à l'ambivalence des désirs, à l'insertion de la parole du patient dans son histoire personnelle. Il peut découvrir la pertinence de l'échange entre soignants, la richesse du croisement des interprétations disciplinaires, la reconnaissance de l'incomplétude des savoirs (46)

CONCLUSION

Bien que les étudiants en médecine disposent d'un module de formation spécifique, que les médecins peuvent par l'intermédiaire de formation continue se spécialiser, que le législateur a établi une loi qui les encadre et que tous s'entendent pour dire que la fin de vie doit être la plus douce possible dans le respect de la personne humaine, les soins palliatifs font l'objet de nombreuses études dont certaines tentent de comprendre les obstacles à leur pratique. Ce fait a priori paradoxal, montre toute la difficulté de sa mise en œuvre.

Par cette étude portant sur 13 étudiants internes en médecine à Nice, force est de constater qu'ils se déclarent être exposés à la mort sans y être préparés psychologiquement, sans encadrement, ni armés de connaissances pratiques exploitables. Les ressentis exprimés et les comportements étudiés sont les mêmes que ceux décrits par leurs aînés. Les symptômes décrits par les médecins appartiennent en partie au syndrome d'épuisement professionnel. Il est possible d'imaginer que l'un des premiers piliers de ce syndrome se construise bien avant la pratique professionnelle, mais durant la formation. Certains étudiants ayant une personnalité et des événements de vie qui les fragilisent, ne se verraient pas armés pour faire face à des années d'exposition à ce métier si singulier. Les premières pierres du syndrome d'épuisement ne seraient-elles pas déjà posées depuis longtemps. ?

Les besoins exprimés par les étudiants interrogés sont pour la grande majorité d'entre eux du temps de formation à la communication, du temps de relation avec les équipes spécialisées en soins palliatifs. Ils sont également dans une demande d'écoute mutuelle sous le format de groupes de parole ou de soutien psychologique spécifique plus renforcé. Le constat est qu'il existe peu de demande de complément scientifique spontanément. Alors que les étudiants sont décrits comme non intéressés par ce type d'activité, il est intéressant de constater ce changement de posture alors qu'ils deviennent internes. Ces derniers persistent dans leur demande de formation durant l'externat alors même qu'ils admettent que la prise de conscience du problème n'est pas immédiate.

Dans le futur, et basé sur le volontariat il serait intéressant de proposer ces formations et de faire un suivi de ces étudiants sur le temps, dans le cadre d'une étude interventionnelle évaluative : Quel serait l'impact de leurs propositions sur les compétences professionnelles en tant qu'interne et futur jeune praticien. L'objectif principal serait d'évaluer ces types de formation à la familiarisation avec les soins palliatifs, l'objectif secondaire serait d'évaluer si la participation à ces formations serait un des facteurs protecteurs contre l'installation du syndrome d'épuisement professionnel.

Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et je prépare actuellement ma thèse de médecine dont le sujet est :

« Quel est le ressenti sur le plan éthique et les attentes des internes en médecine lors de la prise en charge de patients en fin de vie ».

Le but de ma thèse est de comprendre les émotions ressenties par les internes de médecine appréhendant cette situation singulière, les répercussions sur le plan professionnel et de voir ce qui pourrait être amélioré pour vous aider. Dans ce cadre, je réalise des entretiens individuels. L'ensemble des données issues de cet entretien est anonyme.

Je souhaite recueillir votre expérience et vos opinions.

Merci pour votre aide et votre participation.

De façon générale quelles ont été vos motivations pour faire ce métier ?

EXPERIENCE ET RESENTI FACE A LA FIN DE VIE :

1. Pouvez-vous me dire à quelle occasion vous avez été dans le cadre professionnel, en contact avec une personne en fin de vie pour la première fois ?
2. Depuis le début de vos stages, en quoi la vision de votre futur métier a évolué concernant la prise en charge des patients en fin de vie ?
3. Pouvez-vous me décrire votre état émotionnel lors de votre 1^{ère} annonce de décès à une famille ?
4. La LOI LEONETTI (loi relative sur les droits des patients en fin de vie) a été modifiée le 02.02.2016 considérant la nutrition et l'Hydratation comme traitement et pouvant ainsi être suspendues. En quoi ce cadre légal va dans le sens de vos principes ?
5. Durant vos stages, comment vous sentez-vous lorsque vous êtes en désaccord avec une poursuite ou une abstention thérapeutique dans le cadre d'un patient en fin de vie ?
6. Quelles sont les conséquences sur votre travail ?
7. Pouvez me dire en quoi votre pratique peut être particulière lors de la prise en charge de patient en fin de vie
8. Quelles sont les stratégies que vous mettez en place lorsque vous êtes confronté(e) à une fin de vie ?

9. Avez-vous eu dans votre vie personnelle l'expérience de fin de vie, de décès ?
10. Pouvez-vous me dire en quoi l'expérience personnelle de la fin de vie peut avoir comme incidence sur votre vie professionnelle ?
11. Avez-vous des convictions personnelles qui vous aident à accepter la fin de vie ? Si oui lesquelles et en quoi ?

ATTENTES ET BESOINS EN FORMATION :

1. Quel est votre ressenti concernant l'enseignement actuel des soins palliatifs pour votre pratique de futur médecin ?
2. Quelles sont les propositions que vous souhaiteriez apporter pour permettre aux étudiants d'aborder sereinement ces situations ?
3. Comment auriez-vous aimé(e) être formé(e) à l'annonce de « mauvaises nouvelles » ?
4. En quoi un stage durant votre externat, dans une unité de soins palliatifs (ambulatoire, hospitalière, domicile, adulte, enfant, pathologies aiguës ou chroniques) de courte durée pourrait vous aider dans votre pratique future ?
5. En quoi durant votre externat réfléchir, échanger en groupe restreint, par affinités sur des cas cliniques à problématiques éthiques vous aideront dans votre pratique future ?
6. En quoi avoir un soutien psychologique au sein de la faculté, organisé de façon systématique pendant votre internat, pourrait-vous aider dans votre pratique future ?

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Etes-vous : un homme - une femme

- Age :

-Lieu de l'externat :

- Spécialité d'internat :

-Nombre de semestres réalisés :

-DESC de Soins Palliatifs /Douleur :

-DESC Urgence

-DESC Gériatrie

DESC Médecine légale

Merci pour votre participation. Je ne manquerai pas de vous tenir au courant des résultats de cette étude si vous le souhaitez.

Très cordialement Nadia INNOCENTI

BIBLIOGRAPHIE

1. ACKER A, ADOLPHE M, ALLILAIRE JF., CHAMOUX A., FALISSARD B, GERAUT C., et al.
Le Burnout février 2016.
2. ASTIER CAROLINE
Quels sont les besoins et les attentes des médecins généralistes dans l'aide à la mise en place de soins palliatifs à domicile ?
Thèse d'exercice : Médecine : Nice 2013
3. ASTUDILLO W, MENDINUETA C.
Exhaustion syndrome in palliative care.
Support Cancer Care 1996; 4(6) :408-15.
4. AUBRY R, MALLET D.
Réflexions et propositions pour la formation médicale.
Pédagogie Médicale[en ligne] 2008 ; 9 :94-102
<http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2008008>
5. BARDIN L.
L'analyse de contenu. éd.2
Paris : Ed Presses Universitaires de France ; 1997
6. Bilan du programme national du développement des soins palliatifs 1999-2002
Ministère chargé de la Santé ; juin 2003
7. Bilan du programme national du développement des soins palliatifs 2002-2005
Ministère chargé de la Santé ; juin 2006
8. Bilan du programme national du développement des soins palliatifs 2005-2008
Ministère chargé de la Santé ; juin 2009
9. Bilan du programme national du développement des soins palliatifs 2008-2012
Ministère chargé de la Santé ; juin 2013
10. BLANCHET A., GOTMAN A.
L'enquête et ses méthodes. L'entretien. 2^{ème} édition
Paris : Armand Colin, 2007
11. BOUTEILLER MATHILDE, CORDONNIER CHIRON DELPHINE.
Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse par entretiens semi-dirigés.. Médecine humaine et pathologie.
Thèse d'exercice : Médecine : Grenoble ; 2013.<dumas-00835895>

12. CALIN D.

Les réactions psychiques à l'échec scolaire

Psychanalyse Magazine 2002 ; 2(14)

13. CATHEBRAS P., BEGON A., LAPORTE S., BOIS C., TRUCHOT D.

Épuisement professionnel chez les médecins généralistes.

La Presse Médicale 2004 ; 33 (22) :1569-1574

14. Centre De Ressources National soins palliatifs Hospitalisation A Domicile Croix-Saint-Simon

Deuil des soignants : une souffrance à penser. Avril 2011.

vigipallia.soin-palliatif.org/Documents/.../SYN_Maubon_201104.pdf

15. CHATEL TANGUY

Les nouvelles cultures de l'accompagnement : les soins palliatifs, une voie « spirituelle » dans une société de la performance.

Thèse d'exercice : Sciences sociales et religion 2002.Paris V Ecole pratique des Hautes Etudes
Section des sciences religieuses

16. CHEERNY NI, CATANE R.

Palliative medicine and the medical oncologist. Defining the purview of care.

Oncol Clin North Am 1996; 10(1):1-20.

<http://europepmc.org/abstract/med/8821557>

17. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

Texte non paru au Journal officiel

18. Circulaire ministérielle sur l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement en France-

19 Février 2002. Circulaire n°DHOS/02/DGS/SD5D/2002.I1998.LYON

19. COMMISSION JEUNES MEDECINS SECTION SANTE PUBLIQUE ET DEMOGRAPHIQUE MEDICALE

La santé des étudiants et jeunes médecins [en ligne] Juin 2016.

https://www.conseil-national.medecin.fr/.../sante_et_jeunes_medecins.pdf

(Consulté le 24/06/2016)

20. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Organisation des études de médecine [en ligne]

<https://www.conseil-national.medecin.fr/.../les-etudes-de-medecine-en-fra...>

(Consulté le 10/02/2010)

21. Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine

Pédagogie Médicale [en ligne] 2011 ; 12(1) :37-48

www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2011/01/pmed110006.pdf

22. CORRAZE J.

Déclin de la médecine humaniste.

Bruxelles : Mardaga, 2015

23. COTE L, TURGEON J

Comment lire de façon critique des articles de recherche qualitative en médecine.

Pédagogie médicale 2002 ; 3 : 81-90

24. . COULON ANGELIQUE

Étude du syndrome de burn out chez les médecins s'occupant de soins palliatifs.

Thèse d'exercice : Médecine. Lyon, 1994

25. . DE DREU CK, WEINGART LR.

Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: a meta-analysis.

J Appl Psycho 2003 ; 88 :741-9

26. DOUGLAS AM, MARCO AR, SRIJAN S

Prevalence of Depression and Depressive Symptoms among Resident Physicians. A Systematic Review and Meta-analysis.

JAMA [en ligne] 2015; 314(22): 2373-2383

<https://dx.doi.org/10.1001%2Fjama.2015.15845>

27. ESTRYN-BEHAR M, LASSAUNIERE J.M. , FRY C., DE BONNIERES A

L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs,

Medpal-316 2011 ; 316 :25

https://www.souffrancedusoignant.fr/images/.../souffrance_au_travail.pdf

28. FELDMAN E.

Le burn out des soignants avril 2013.

https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/.../le_burn_out_des_soignants.pdf

29. FOUGERE BERTRAND ET AL.

Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes

Médecine Palliative 2012 ; 11 : 90-97.

30. FOURNIER P.

Souffrir de soigner : le burn out des médecins travaillant en soins palliatifs.

La lettre du cancérologue, 2004 ; 13 (2)

31. FOURNIER P

Souffrir de soigner : le burnout des médecins travaillant en soins palliatifs.

La lettre du cancérologue 2004 ; 13 :64–75

32. FREUD A.

Le Moi et les mécanismes de défense ed.15

Bibliothèque de psychanalyse ; 2001

33. GENEST C.

La souffrance éthique dans le travail des médecins

Thèse doctorat : Philosophie : Québec. 2012

34. GEORGES L. SAVOLDELLI.

Résolution de conflits au bloc opératoire

MAPAR 2008 : 494-500

35. GOCKOX, DUQUENOV R, PLOTTON C, BALLY JN

« Je ne provoquerai jamais la mort délibérément »

Exercer 2016 ; 124 :64-72

36. GRAHAM J, RAMIREZ A

Improving the working lives of cancer clinicians.

Eur J Cancer Care 2002; 11(3):188-92.

37. GREGOIRE GAUTHIER, ERIK BERNARD, JEAN-CLAUDE DARRIEUX

Fin de vie à domicile et préférence pour un lieu de décès : revue de la littérature

Exercer 2015 ; 118 : 52-60.

38. KUBLER-ROSS E.

On Death and Dying the Five Stages of Grief

Genève : Labor et Fides, 1975

39. LADEVEZE M., LEVASSEUR G.

Le médecin généraliste et la mort de ses patients.

Pratiques et Organisation des Soins 2010 ; 41, (1) : 65-72

40. LALANDE FRANÇOISE-VEBER OLIVIER

LA MORT A L'HOPITAL

Rapport N°RM2009-124P Inspection général des affaires sociales Novembre2009.

41. La lettre du site ORS PACA

Les soins palliatifs en France Accès aux soins, expérience des médecins, usage de morphiniques et opinions sur l'euthanasie Premiers résultats de l'enquête "Attitudes et pratiques face aux soins palliatifs

INSERM U379-1 2002

42. LEFEBVRE CECILE

Historique de l'accompagnement de la fin de vie et des soins palliatifs.

Thèse d'exercice : Médecine : Bordeaux II Octobre 2008

43. .LEKADIR PERRINE

Le burn out des médecins hospitaliers : aspects historiques, cliniques et perspectives.

Thèse d'exercice : Médecine Lille2 Henri Warembourg ; 2013.

44. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

.J Off Répub Fr Lois Décrets 2005 ; 23avril : 7089

45. MALLET D.

La médecine entre science et existence

Paris : Vuibert, 2007

46. MALLET D.

Axes pédagogiques pour la formation des internes en médecine lors de stage en structures de soins palliatifs

Pédagogie médicale 2013 ; 14 (4) : 285-296

47. MALLET D.

Savoir-pouvoir et soins palliatifs.

Communication au 6e C o n g r è s national de la SFAP. 3-4 avril

48. MULTON ROMAIN

Désaccord entre internes de médecine générale et maîtres de stage sur les soins aux patients.

Thèse d'exercice : Médecine : Paris VII Diderot ; 2013.

49. NORTHROP, T. A.

The dynamic of identity in personal and social conflict.

Ed. In L. Kriesberg, T. A. Northrup, and S. J. Thorson, Intractable conflicts and their transformation
Syracuse, NY: Syracuse University Press. 1989: p55-82

50. PAUL M.

L'accompagnement dans le champ professionnel.
Savoir 2009 ;2(20) : 11-63

51. POUJOL J. ET C.

Le sentiment de culpabilité : Ce qu'en disent les psychologues et philosophes

Psycho-Ressources

<http://www.psycho-ressources.com/bibli/culpabilite-psy.html>

52. PREISWERK Y

Le repas de la Mort
Sierre : Monographic, 1983

53. QUENTIN J.

La souffrance du médecin : Un malaise éthique
Le médecin du Québec [en ligne] 2011 ; 46 (4) :51-55

54. Rapport annuel 2015 février les soins palliatifs : une prise en charge toujours incomplète
Cours des comptes ; 11 février 2015

55. Rapport 2011 : Fin de vie premier état des lieux

Observatoire national de la fin de vie ; octobre 2011

www.onfv.org/wp-content/uploads/2014/10/Rapport_ONFV_2011.pdf

56. Rapport 2012: Vivre la fin de vie chez soi

Observatoire national de la fin de vie ; mars 2013

www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports.../134000186.pdf

57. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

Liste des DU-DIU-Accompagnement et soins palliatif et éthique

www.sfap.org/system/files/liste-du-diu.pdf

58. RUSZNIEWSKI M.

Face à la maladie grave Patients, familles, soignants

Paris : DUNOD, 2016

59. SADA R.

Le conflit

Psycho-Ressources 2006

<http://www.psychos-ressources.com/bibli/conflict-signes-et-origines.html>

60. .SALTMAN DC, O'DEA NA, KIDD MR.

Conflict management: a primer for doctors in training.

Postgrad Med J 2006 ; 82 :9-12.

61. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

Liste des DU-DIU-Accompagnement et soins palliatif et éthique

www.sfap.org/system/files/liste-du-diu.pdf

62. TECHNOLOGIA

Etude clinique et organisationnelle permettant de définir et de quantifier le burn out.

Apports quantitatifs Février 2014

63. TEXIER G., RHONDALI W., MOREL V., FILBET M.

"Soins palliatifs à domicile"-->Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale)

Doi : 10.1016/j.medpal.2012.02.006

64. .THOLIN SOPHIE

Les étudiants en médecine : entre accomplissement et épuisement

Thèse d'exercice : Médecine : Lyon1 Claude Bernard ; 2008.

65. Université de Montréal faculté de médecine

Externat : Contenu et programme

<http://medecine.umontreal.ca/etudes/doctorat-en-medecine/notre-programme/>

66. WILLIAMS J.R.

Manuel d'Éthique médicale.3^{ème} éd.

Ferney Voltaire : Association médicale mondiale, 2015.

67. .WILLIAMS J.R.

Manuel d'Éthique médicale.3^{ème} éd.

Ferney Voltaire : Association médicale mondiale, 2015 : p84

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

Résumé

Introduction : Les conditions de travail des professionnels de santé font l'objet de nombreuses études au vu d'une croissance importante du syndrome d'épuisement professionnel (SEP). Peu intéressent les étudiants alors qu'ils sont confrontés à des difficultés lors de la prise en charge de patients en fin de vie. L'objectif de cette étude est d'évaluer leurs besoins et attentes après avoir identifié leur ressenti lors de la gestion de ce type de patient. Matériel et méthode : Cette étude qualitative a été menée par entretiens semi-dirigés auprès d'internes en médecine de Nice. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturations des données. Une analyse manuelle, thématique a été réalisée grâce à une méthode socio-anthropologique. Résultats : La perception du métier par les étudiants a évolué et pris du sens, en faveur des soins de confort dès lors qu'ils ont été en contact avec le patient. Le ressenti le plus exprimé est de la culpabilité se manifestant par des conflits de pensées avec leurs aînés. Les conséquences sont l'activisme et l'évitement majoritairement. Le besoin le plus évoqué est la formation en communication avec création de groupes de parole ainsi que de la pratique lors d'un mini stage en soins palliatifs et d'un suivi psychologique renforcé. Discussion : Il existe un risque de confondre l'impuissance et l'impossible car entraînerait celui qui s'y prête vers de la culpabilité, une atteinte de l'estime de soi. Insidieusement un des piliers du SEP s'installe et ceci dès le plus jeune âge du travailleur. Les formations continues en communication et en soins palliatifs ne protègent pas totalement car interviennent tardivement dans le processus de construction. Conclusion : Sensibiliser à l'échec en médecine, à la prise de parole, aux sciences humaines pourrait être un facteur protecteur. Une étude interventionnelle évaluative pourrait étudier l'impact en termes de compétence en soins palliatifs de ces formations débutées précocement.

Mots Clés MESH : Internes médecine ; Soins palliatifs ; syndrome épuisement professionnel ; Formation ; Subjectivité ; Communication.