

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MEDECINE DE NICE

"Partage d'expériences des internes de médecine générale face au décès brutal du patient. Étude qualitative, par focus groupes."

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la faculté de médecine de Nice

Le vendredi 1er juin 2018

Par

LAM Barbara

Née le 08 octobre 1990 à VILLEPINTE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'État)

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Patrick BAQUÉ	Président du jury
Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT	Assesseur
Monsieur le Professeur Michel BENOIT	Assesseur
Monsieur le Professeur Michel PAPA	Assesseur
Monsieur le Docteur Gérald BAROGHEL	Directeur de thèse

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
Doyen

Vice-Doyen

Assesseurs

Conservateur de la bibliothèque

Directrice administrative des services

Doyens Honoraires

M. BAQUÉ Patrick

M. BOILEAU Pascal

 M. ESNAULT Vincent
 M DELLAMONICA Jean
 Mme BREUIL Véronique
 M. MARTY Pierre

Mme AMSELLE Danièle

Mme CALLEA Isabelle

 M. AYRAUD Noël
 M. RAMPAL Patrick
 M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires
 M ALBERTINI Marc
 M. BALAS Daniel
 M. BATT Michel
 M. BLAIVE Bruno
 M. BOQUET Patrice
 M. BOURGEON André
 M. BOUTTÉ Patrick
 M. BRUNETON Jean-Noël
 Mme BUSSIERE Françoise
 M. CAMOUS Jean-Pierre
 M. CANIVET Bertrand
 M. CASSUTO Jill-patrice
 M. CHATEL Marcel
 M. COUSSEMENT Alain
 Mme CRENESSE Dominique
 M. DARCOURT Guy
 M. DELLAMONICA Pierre
 M. DELMONT Jean
 M. DEMARD François
 M. DESNUELLE Claude
 M. DOLISI Claude
 M . FRANCO Alain
 M. FREYCHET Pierre
 M. GÉRARD Jean-Pierre
 M. GILLET Jean-Yves

 M. GRELLIER Patrick
 M. GRIMAUD Dominique
 M. HARTER Michel
 M. INGLESAKIS Jean-André
 M. JOURDAN Jacques
 M. LALANNE Claude-Michel
 M. LAMBERT Jean-Claude
 M. LAZDUNSKI Michel
 M. LEFEBVRE Jean-Claude
 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. ORTONNE Jean-Paul
 M. PRINGUEY Dominique
 M. SAUTRON Jean Baptiste
 M. SCHNEIDER Maurice
 M. TOUBOL Jacques
 M. TRAN Dinh Khiem
 M VAN OBBERGHEN Emmanuel
 M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
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.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
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)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
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)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
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)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
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)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

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)
M. BRONSARD Nicolas Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme BUREL-VANDEBOS 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)
M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
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)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI barbara Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

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.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENT

A Monsieur le Doyen Baqué : Je suis particulièrement touchée que vous ayez accepté de présider mon jury de thèse. Merci de l'intérêt que vous portez à ma thèse et à la médecine générale.

A Monsieur le Professeur Levraut : Je vous remercie d'avoir accepté, d'être présent aujourd'hui. Cela me tenait à cœur que vous soyez là, surtout sur ce sujet qui concerne, bien sur toutes les spécialités, mais particulièrement les urgentistes.

Merci pour votre disponibilité et pour les 6 mois de stage passés dans votre service, qui m'ont beaucoup apportés et fait évoluer.

A Monsieur Le Professeur Benoit : Je vous suis reconnaissante d'être présent pour juger mon travail et apporter votre expertise sur ce sujet qui nous affecte tous.

A Monsieur le Professeur Papa : Je vous remercie d'être présent aujourd'hui en nous apportant votre expérience pour une de vos dernières soutenances et représenter notre belle spécialité qu'est la Médecine Générale.

A Monsieur le Dr Baroghel : Merci d'avoir accepté d'être mon directeur, de m'avoir supporté et épaulé tout au long de ce projet.

Je suis heureuse d'avoir pu apprendre à tes côtés vu la qualité de ta pratique et de ton enseignement. Merci de partager ton savoir et ta passion avec tes étudiants, de leurs donner envie de pratiquer la médecine générale.

Au Docteur Van Leberghe pour sa participation à mon travail de thèse.

Aux Docteurs Barrau et Perissel pour leur gentillesse et la confiance qu'ils ont pu m'accorder pour notre projet professionnel.

Aux internes, à mon groupe de GEASP, sans qui ce travail n'aurait pas pu exister. Merci d'avoir partagé vos expériences.

A ma famille et à mon Ami Krennen pour leurs conseils et leurs relectures.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	11
A.	Représentation de la mort dans notre société.....	11
B.	La mort prévisible et les soins palliatifs	12
C.	La mort soudaine et inattendue	13
D.	Problématique et choix du sujet.....	13
II.	MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	15
A.	Choix de la méthode.....	15
B.	Population étudiée	15
1.	Les critères d'inclusion	15
2.	Recrutement des participants	15
C.	Recueil et analyse des données	16
1.	Conditions de collecte de données	16
2.	Traitement et analyse des données	16
III.	RÉSULTATS	18
A.	Caractéristiques descriptives.....	18
B.	Les sentiments ressentis lors du décès brutal.....	19
1.	Les sentiments négatifs.....	19
2.	Les sentiments positifs.....	20
C.	La Solitude	20
D.	L'annonce	20
E.	Une transition internat-externat trop brutale.....	21
F.	Un niveau de responsabilité important.....	22
G.	Les seniors :	22
1.	Un compagnonnage indispensable	22
2.	Une communication essentielle mais parfois compliquée.....	23
H.	Débrifer.....	24
1.	En parler, une nécessité	24

2.	Des difficultés pour se confier	24
I.	La longueur de la relation médecin-malade.....	24
J.	L'expérience :.....	25
1.	De l'étudiant au médecin	25
2.	Une vie, un épanouissement personnel.....	26
3.	Le revers de la médaille	26
K.	Les solutions	27
1.	Débriefing	27
2.	Trouver du réconfort et du soutien.....	28
3.	Compléter la formation.....	28
IV.	DISCUSSION	29
A.	Résultats de l'étude :	29
B.	Exposition des limites et points forts des résultats.....	30
1.	Choix de la méthode qualitative.....	30
2.	Choix du focus groupe.....	30
3.	Les biais	31
C.	Comparaison à la littérature	31
V.	CONCLUSION	34
VI.	BIBLIOGRAPHIE	35
VII.	ANNEXE 1 : Guide d'entretien	38
VIII.	ANNEXE 2 : Recueil des caractéristiques des participants.....	39
IX.	ANNEXE 3 : Accord des participants.....	40
X.	RESUME	41
XI.	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	42

I. INTRODUCTION

« Souviens-toi bien que tous les hommes sont destinés à la mort » Pythagore

A. REPRESENTATION DE LA MORT DANS NOTRE SOCIETE

Autrefois, la mort avait une place centrale dans la société, elle était un événement faisant partie de la vie, et faisait l'objet de nombreux rites et célébrations. Aujourd'hui, la mort est un sujet sensible. Elle nous effraie, et on l'ignore volontairement pour diminuer nos peurs et nos angoisses. Ce phénomène est appelé le « déni de la mort ». En effet, la mort a l'image d'un événement social anormal, et on ne l'accepte plus comme la continuité naturelle de la vie. On la tient à distance de notre quotidien, « la mort moderne est une mort qui se déroule à l'abri des regards », à l'hôpital et rarement au domicile. ⁽¹⁻³⁾

Les progrès médicaux ont contribué à cette modification des représentations de la mort. On refuse aujourd'hui la mort naturelle car avec l'amélioration des prises en charge thérapeutiques et la médicalisation de la mort, il est possible de retarder son échéance et d'abrèger l'agonie en mettant en œuvre les traitements nécessaires ⁽²⁾. La conception de la mort idéalisée fait ainsi naître le terme de « bonne mort » ^(3,4). La population a l'illusion d'une médecine toute puissante, qui permettrait de tout prévoir, de prévenir la survenue des maladies, et a des exigences de plus en plus fortes vis-à-vis des médecins. Il s'agit bien, toutefois, d'une idée reçue. La médecine n'est pas toute puissance face à la mort, qui est inéluctable ⁽¹⁾.

Au temps d'Hippocrate, les médecins ne s'occupaient pas des mourants, « les soins aux mourants étaient extérieurs à l'art de la médecine » ⁽¹⁾. Ce dernier point retrouve son écho dans l'étymologie même du mot, « médecine, medicina en latin » (qui signifie « apte à guérir ») ⁽⁵⁾, l'approche des soins relève du versant curatif, comme en témoigne la manière dont est constituée la formation médicale. En tant que médecins, nous sommes formés pour guérir le patient. Nous apprenons à faire des diagnostics très précis et à utiliser des traitements ayant de solides niveaux de preuves, dans le but de sauver le malade ^(3,6). Apprendre à ne plus intervenir uniquement pour la guérison, mais envisager également des soins dans le but d'apaiser et d'accompagner la fin de vie, n'est pas chose aisée ^(7,8). Le médecin doit se détacher de son image de toute-puissance pour pouvoir soigner son patient car soigner n'est pas seulement guérir. Soigner c'est prendre soin, s'occuper d'une personne, de son bien-être physique, social et spirituel ^(3,9,10).

Il est possible de distinguer deux types de situation : celle face à une mort prévisible, la plupart du temps en cas de maladie évolutive, et celle face à une mort soudaine et inattendue.

B. LA MORT PREVISIBLE ET LES SOINS PALLIATIFS

La mort prévisible correspond au décès d'une personne atteinte d'une maladie grave évolutive, d'évolution fatale ou d'une personne en fin de vie. Il est donc possible de prévoir le décès dans les heures, jours, semaines à venir. Les malades concernés doivent pouvoir bénéficier de soins d'accompagnement, afin d'assurer une sérénité et un bien-être jusqu'à la fin, non seulement pour eux mais aussi pour leur famille⁽¹⁹⁾.

Les soins palliatifs sont nés tardivement au XXe siècle, portés par trois médecins anglo-saxons⁽¹¹⁾. Il s'agit donc d'une discipline relativement jeune. Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés par une équipe multidisciplinaire, dans une approche globale et individualisée de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive, en phase avancée, d'évolution fatale. Ils ont pour objectif de soulager les douleurs physiques mais aussi psychologiques, sociales et spirituelles, dans le respect de la dignité de la personne soignée^(9,10,12-14).

Le rapport *Quality of death* de 2015 classe 80 pays selon leur « qualité de mort ». Développé en 2010 par l'EIU (Economist Intelligence Unit), l'index de « qualité de mort » mesurait la qualité des soins palliatifs définis par l'Organisation Mondiale de la Santé selon 3 critères : accessibilité, coût et qualité des soins en fin de vie. En 2015, toutefois, se sont rajoutés à ces critères une multitude d'autres indicateurs quantitatifs et qualitatifs, classés selon 5 catégories :

- Environnement de soins thérapeutiques et de soins palliatifs
- Ressources humaines
- Coût des soins
- Qualité des soins
- Engagement de la communauté.

Nous pouvons constater que dans ce rapport de 2015, la France n'arrive qu'en 10^{ème} position (avec un index de 79,4/100), loin derrière le Royaume-Uni en première place (93,9), ce qui nous donne une idée du retard de prise de conscience de l'importance des soins palliatifs en France. Nos difficultés se concentrent sur la capacité à prodiguer des soins palliatifs, et sur nos inégalités d'accès à ce type de soins^(15,16). Cependant, avec le vieillissement de la population (selon l'INSEE, en 2050, un habitant sur trois sera âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005) et l'augmentation des maladies chroniques, les soins palliatifs sont devenus depuis quelques années une priorité de santé publique^(14,17). De ce fait, des avancées remarquables ont été réalisées dans le déploiement et l'organisation des soins palliatifs. Des progrès ont également été réalisés dans les pratiques professionnelles afférentes, tant en établissement qu'en ville, et sur l'ensemble du territoire, encadrés par des lois et plans triennaux⁽¹⁵⁾. L'amélioration

se poursuit avec la mise en place du quatrième plan national 2015-2018 de développement des soins palliatifs, et l'accompagnement de la fin de vie proposé par le Président de la République (18).

C. LA MORT SOUDAINE ET INATTENDUE

La mort inattendue est définie comme un décès imprévisible dans les heures ou jours qui la précèdent. Pour des soucis pratiques, nous avons choisi de regrouper dans cette définition toutes les causes de mort soudaine :

Il s'agit donc de la mort subite d'origine cardiaque (infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, rupture d'anévrisme aortique, trouble du rythme...) qui est responsable de près d'un décès toutes les dix minutes en France, soit environ 40.000 décès par an (20), mais aussi des autres causes de mort inattendue (AVC, infections, accidents de la voie publique, suicides, choc cardiogénique, choc anaphylactique, choc hémorragique, décès par iatrogénie ...).

La douleur pour les familles est violente tant cet événement est aussi inattendu que brutal. Il est toutefois incorrect de dire qu'un décès prévisible est moins douloureux, mais les familles ont disposé d'un temps de préparation à cet événement, elles ont eu le temps d'entamer un processus de deuil et de faire leurs adieux (3,19).

D. PROBLEMATIQUE ET CHOIX DU SUJET

Après avoir passé en revue la bibliographie, nous nous sommes aperçus que de nombreuses thèses ont été réalisées sur le thème de la mort et de la fin de vie. Dans la plupart, le ressenti et le vécu des médecins sont évoqués de manière superficielle et rarement traités comme sujet principal, l'aspect technique étant souvent au centre des travaux. Étonnamment, il n'existe en France qu'une seule thèse traitant du vécu des internes lors de la prise en charge des patients en fin de vie, la plupart du temps le problème n'étant traité que du point de vue des médecins (21). En revanche à l'étranger on peut retrouver plusieurs articles concernant les étudiants en médecine (6,8,22,23), comme dans l'étude de Smith Han. Il a souhaité explorer comment ces expériences difficiles de la mort, vécues par les étudiants en médecine, contribuaient à les faire devenir docteurs. Pour y parvenir il a suivi 10 internes pendant leurs 3 années d'études, en effectuant des entretiens semi dirigés réguliers. De plus, aucune thèse ne s'est intéressée spécifiquement aux difficultés auxquelles se sont confrontés les médecins ou internes, face à la mort soudaine et inattendue du patient. La plupart des études concernait la gestion de la mort du patient en soins palliatifs (4,7,21,24-28).

Ces dernières ont toutes mis en évidence que la fin de vie du patient est souvent vécue par les médecins comme une souffrance^(1,21,27,29-31). La gestion de la fin de vie et de la mort ne laisse jamais indifférents les professionnels de santé^(1,21).

Dans les faits, nos internes sont peu préparés durant leur externat à être confrontés à ces situations et n'avaient, la plupart du temps, jamais assisté à un décès⁽²³⁾. Sans transition, l'externe devient interne et se retrouve directement confronté à la mort du patient et à la souffrance de ses proches^(30,32). Adrien Coulon montre dans sa thèse que 78 % d'entre eux ne s'imaginaient pas prendre en charge une personne mourante au début de l'internat⁽²⁷⁾ et pourtant, tous y seront confrontés dès le premier semestre. C'est un sujet qui préoccupe les internes, comme on peut le constater au cours des GEASP, où il est abordé par les étudiants de façon récurrente et spontanée.

Dans ce cadre, il nous paraît essentiel de nous y intéresser et de comprendre le ressenti des internes sur la mort des patients, et plus particulièrement sur les difficultés qu'ils ont pu rencontrer face à un patient décédé de manière inattendue. Les décès brutaux entraînent des traumatismes importants liés à une forte tension émotionnelle, comme le souligne Marie Caroline Richard⁽²¹⁾.

Pour cela nous avons choisi une étude qualitative réalisée en focus groupe. Le focus groupe a été choisi car il a été mis en évidence que verbaliser et partager ses expériences en groupe constituent un moyen efficace, pour le médecin, de réaliser une analyse réflexive sur son propre travail^(7,33). De plus, la solitude étant un sentiment qui revient souvent dans les différents travaux du médecin face à la mort, le partage de nos difficultés ne pouvait qu'être bénéfique. Au vu des avantages non négligeables de cette méthode, elle nous paraissait donc la plus appropriée à notre travail.

« Si tu veux pouvoir supporter la vie, sois prêt à accepter la mort » : Sigmund Freud

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. CHOIX DE LA METHODE

Il s'agit de mener une étude qualitative idéale pour l'analyse des sentiments et du vécu des personnes interrogées. L'approche phénoménologique explore le sens donné à une expérience vie (ici le décès brutal du patient). Une telle méthodologie permettrait de donner une valeur scientifique à l'exploration de phénomènes subjectifs. ^(3,34,35)

Nous avons choisi le focus groupe comme moyen d'entretien, il est semi-structuré et repose explicitement sur l'interaction au sein du groupe pour générer des données. Les séances ont été animées par un intervenant (directeur de thèse), expérimenté dans la dynamique de groupe, en présence d'un observateur (auteur de la thèse) qui se charge de la collecte et de la synthèse par écrit des informations.

Ce type d'entretien permet de stimuler le partage d'expériences, d'évaluer les besoins et les attentes des participants, d'explorer et croiser les différents points de vue, permettant d'élaborer des pistes d'amélioration. ⁽³³⁾

B. POPULATION ETUDIEE

1. *LES CRITERES D'INCLUSION*

- être interne de médecine générale à la faculté de Nice en 1ère, 2ème ou 3ème année
- homme ou femme
- volontaire

2. *RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS*

Le premier groupe a été recruté sur la base du volontariat parmi les internes de médecine générale travaillant à l'hôpital de Fréjus durant le semestre d'hiver 2017-2018. Le deuxième groupe a été recruté grâce aux groupes de GEASP.

Les internes ont été invités à participer au projet verbalement et par mail. L'objectif et l'organisation du travail leur ont été expliqués à ce moment-là. Ces groupes constitués de personnes aux profils différents permettent une plus grande diversité de témoignages. Pour le groupe GEASP, le fait que les participants se connaissent et travaillent régulièrement ensemble a constitué un avantage pour faciliter les échanges et partager, sur un sujet qui reste délicat.

C. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES

1. CONDITIONS DE COLLECTE DE DONNEES

- Un guide d'entretien qualitatif permettant de définir précisément le déroulement de la séance et un questionnaire quantitatif de recueil des caractéristiques des participants ont été réalisés par le chercheur, avec l'aide du directeur de thèse. (Cf Annexe 1 : guide d'entretien et Annexe 2 : Recueil des caractéristiques des participants).
- Les deux entretiens ont été menés à la faculté et à l'internat de l'hôpital de Fréjus, dans un environnement calme et familier aux internes, afin de les mettre à l'aise et de faciliter la communication.
- Les sujets ont été filmés par caméra et leurs témoignages ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Le film permet d'analyser les comportements non verbaux.
- Chaque participant a donné son accord écrit et oral après avoir été informé de l'anonymisation des données recueillies. (Cf Annexe 3 : accord des participants).

2. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

- Les enregistrements ont d'abord été écoutés et visualisés entièrement afin d'avoir une vision globale des données. Certaines idées marquantes ont été relevées lors de cette première écoute.
- Ensuite plusieurs écoutes minutieuses ont été nécessaires pour permettre la retranscription manuelle en intégralité, mot à mot.
- Pour finir, nous avons à nouveau visionné les vidéos afin de tenir compte des manifestations émotionnelles des sujets. Les attitudes et réactions des participants ont pu être retranscrites lors de cette dernière étape.
- L'analyse a été réalisée «manuellement» après impression. Cela a consisté à analyser les verbatim et à classer les résultats selon des thèmes et idées significantes.
- Une seconde analyse a ensuite été réalisée par un médecin généraliste neutre.

Le comité de protection des personnes a été informé de la réalisation de notre thèse. Il nous a fait savoir qu'il n'était pas compétent pour la prise en charge de ce type de recherche impliquant la personne humaine définie aux articles L. 1121-1 du code du travail et R. 1121-1 du code de la santé publique^(36,37).

Nous avons voulu savoir si des entretiens individuels étaient utiles afin de compléter notre travail. Pour cela, nous avons interrogé un interne en face à face. Cette entrevue a duré 20 minutes. Nous avons pu constater par l'analyse de cet entretien que nous étions à saturation des

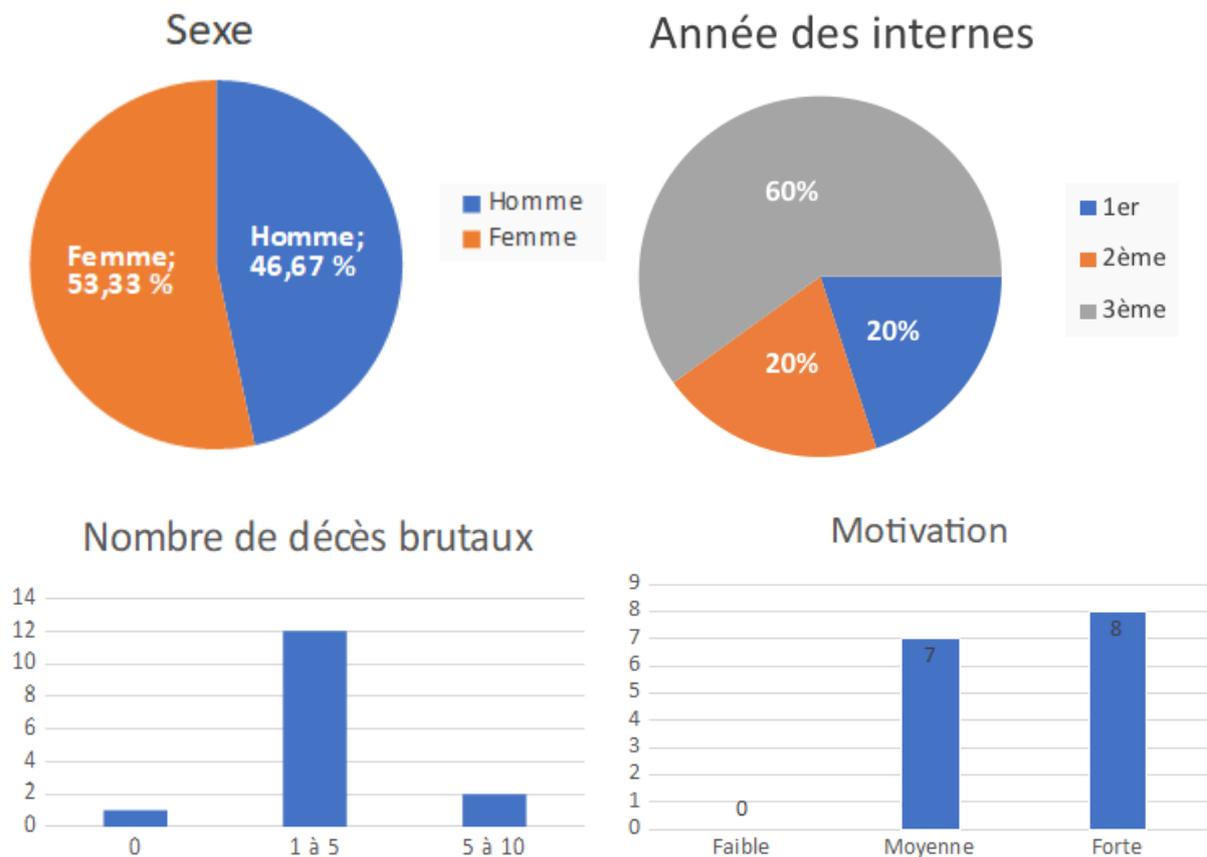
données, car il ne nous a pas permis d'apporter de nouvelles idées à notre travail de thèse. Nous avons donc choisi de ne pas poursuivre les entretiens individuels et de nous concentrer sur notre méthode par focus groupe.

III. RÉSULTATS

A. CARACTERISTIQUES DESCRIPTIVES

Notre étude se base sur l'analyse de deux focus groupes, constitués au total de 15 internes. Le premier entretien s'est déroulé en décembre 2017 à l'internat de Fréjus. Il a duré 1h10. Le deuxième s'est déroulé en janvier 2018 à la faculté de médecine au CHU de Nice et a duré 1h48.

Nous avons, à l'aide d'un questionnaire quantitatif, recueilli les données descriptives de notre population. Nous avons aussi pu connaître le nombre de décès brutaux auxquels les internes ont été confrontés et leur niveau de motivation à participer à cette thèse.



Selon ces premiers résultats, nous avons constaté que plus de la moitié des internes avait exprimé une grande motivation pour participer à notre thèse sur le sujet de la mort brutale du patient. Nous pouvons également observer que tous les internes de médecine générale y seront confrontés pendant leurs 3 années d'études. Un seul interne de premier semestre n'avait pas encore vécu cette expérience.

B. LES SENTIMENTS RESSENTIS LORS DU DECES BRUTAL

Le décès brutal du patient reste rare, nous sommes davantage exposés à des situations de décès attendus de nos patients.

F2 «Moi je n'ai pas été confronté souvent à la mort brutale».

C'est généralement pendant leur internat que la plupart des internes font face à un décès brutal pour la première fois. Du fait de leur inexpérience, du caractère brutal et soudain, le décès est vécu comme un choc.

F2 « C'était la première fois donc ça restait nouveau ».

F2 « Voir ça, c'était très très choquant ».

F2 « C'était un peu particulier, on voit le passage de la vie à la mort, on y est rarement confronté ».

1. LES SENTIMENTS NEGATIFS

Le sentiment de **culpabilité** prédomine et a été exprimé par tous les internes interrogés. Ils ont l'impression de ne pas avoir fait le maximum, d'avoir raté quelque chose.

F1 « J'avais de la culpabilité, j'ai mal dormi. Le soir, je me posais beaucoup de questions, pourquoi j'ai pas fait ci, qu'est-ce-que j'aurais pu faire, je suis trop nul ».

F2 « Est-ce-que je n'ai pas fait une faute, est-ce-qu'il n'est pas mort à cause de moi ? ».

Dans la majorité des cas, nous avons affaire à une culpabilité gratuite, non justifiée, liée à l'incapacité de pouvoir en faire plus. Cela brise l'idée que la médecine est toute puissante.

F1 « même si ce n'est pas de ta faute, tu te sens responsable ».

F2 « souvent il y a une première phase de culpabilité, je ne sais pas pourquoi d'ailleurs ».

F1 « se dire que c'est inévitable qu'elle meurt et de l'accepter, c'est ça qui est le plus dur ».

Un seul interne nous a confié avoir été responsable d'un décès brutal d'un patient sur une erreur de diagnostic.

F2 « Moi j'en ai un qui est de ma faute, donc j'étais un peu accablé ».

Le sentiment d'**impuissance** est souvent évoqué ainsi que **l'angoisse, le stress et la tristesse** face au décès du patient.

F1 « Tu n'es pas du tout préparé à ça, moi je ne savais pas quoi faire ».

F1 « c'est la panique, on est pris de court, on ne s'attend pas à ça ».

F2 « tu es là, tu essaies de retenir tes larmes ».

Ces sentiments négatifs sont à l'origine d'une détresse psychologique chez les internes.

F2 « Je n'étais pas très bien, ça m'a bouleversé ».

F2 « Toi, tu n'es pas bien un certain temps ».

2. LES SENTIMENTS POSITIFS

Peu de sentiments positifs ont été évoqués. Seulement trois internes ont décrit le fait d'avoir eu la satisfaction de bien avoir accompli leur travail.

F1 « C'était en 5ème semestre, je me suis rendu compte que j'étais préparée, j'ai fait ce qu'il fallait faire ».

F2 « tu es content qu'on te remercie, tu es content de ton boulot ».

F2 « il était content que je lui en ai parlé : "je vous remercie de m'avoir dit la gravité de la situation » et en fait je me souviens toujours de ses dernières paroles, c'était celles-là ».

C. LA SOLITUDE

La solitude est présente dans la plupart des discours. L'interne se sent seul, aussi bien physiquement que mentalement. Physiquement, lorsqu'il prend des gardes de nuit dans les étages, ou lorsqu'il ne trouve pas de soutien auprès de l'équipe soignante. Mais également mentalement, lorsqu'il est face à sa détresse émotionnelle. Il doit gérer la multitude de sentiments qui le submerge, et se retrouve souvent seul à faire le deuil du patient.

F2 « Je me disais que finalement on est un peu livré à nous-même ».

F2 « ça restait nouveau, oppressant, et les émotions se bousculaient ».

F2 « Je me suis senti un peu seul à gérer le dossier, avec des gens qui ne s'impliquaient pas trop ».

D. L'ANNONCE

Après le décès, l'interne doit gérer l'accompagnement des proches et l'annonce à la famille. Or il n'est pas formé pour tenir ce rôle plus social que médical. Comme en témoigne la majorité des internes, ils ne se sont pas sentis à l'aise lors de l'annonce. Ceci est lié à un manque de formation pratique.

F1 « L'annonce c'est toujours difficile au début, personne ne te dit quoi faire ».

F1 « la première fois, bas tu improvises un peu ».

L'annonce est pour eux une source d'angoisse, ils ont peur de mal faire. Ils appréhendent surtout la réaction des proches.

F2 « Parfois on a un peu peur de les brusquer ou de les traumatiser en abordant le sujet avec maladresse ».

F1 « si la famille avait mal réagi, j'aurais été un peu dans la merde ».

F1 « J'ai dû faire l'annonce à la famille, c'était horrible, elle était en pleurs, moi j'avais les larmes qui montaient aussi. La difficulté que j'ai eue c'était d'être confrontée à sa détresse ».

L'attitude de la famille après le décès joue un rôle majeur dans le ressenti de l'interne. On peut voir, par exemple, que les situations dans lesquelles les internes ont été confrontés au déni des proches, ont été difficiles.

F2 « J'étais fâché contre eux car ils n'arrivaient pas à comprendre ».

F2 « Tu as beau leur expliquer mais comme ils sont dans le déni, tu es coincé, peu importe ce que tu dis, ça ne change rien ».

E. UNE TRANSITION INTERNAT-EXTERNAT TROP BRUTALE

Devant ces difficultés, les internes évoquent une transition externat-internat trop brutale. L'externe manque de formation sur le plan théorique et pratique pour gérer la prise en charge d'un patient en fin de vie, annoncer et accompagner les proches. Dans la pratique, il est peu confronté à la mort durant l'externat.

F1 « Moi je n'ai jamais vécu la mort du patient en tant qu'externe ».

F2 « On n'est pas du tout formé pour ça. Y a rien dans le cursus, jusqu'à l'ecn ».

Quand il y est confronté, la manière n'est pas adaptée.

F1 « Moi la première fois que j'ai vu quelqu'un mourir j'étais externe [...] le chef me dit retourne le voir, [...] il va mourir. Il faut que tu vois sa tête, faut que tu vois à quoi ça ressemble ».

L'externe reproche le manque de responsabilités qui lui sont confiées. Il se sent spectateur et a le sentiment de ne pas être impliqué. S'ajoute à cela, le passage du concours qui laisse peu de place aux externes pour s'y intéresser.

F1 « C'est compliqué quand tu ne ressens pas de responsabilité ».

F2 « Pendant l'externat, on ne s'intéresse pas à ça car ça ne tombe pas à l'ecn ».

Ce contexte entraîne un manque de savoir-faire des étudiants dans certains domaines (communication, gestion de ses émotions...). L'externe devient interne et n'a pas acquis les outils lui permettant d'affronter sereinement ces situations. Malheureusement, ce manque n'est pas toujours comblé durant l'internat.

F1 « La transition elle est trop brutale, quand tu es externe tu es complètement spectateur, et quand tu es interne, dès ta première semaine tu es au centre de tout ».

F2 « C'est un vrai manque dans notre cursus, pendant l'externat mais aussi pendant l'internat ».

F. UN NIVEAU DE RESPONSABILITE IMPORTANT

Dès le début de l'internat, l'interne se voit confier des tâches à haut niveau de responsabilité, indifféremment qu'il soit en premier ou en dernier semestre.

F1 « C'est compliqué de demander autant à un interne de premier semestre qu'à un interne de 5ème semestre, pourtant on est sur le même tableau de garde, on a les mêmes responsabilités ».

F1 « Tu es confronté à ta propre responsabilité, quand tu es seul dans l'hôpital et que tu représentes le corps médical pour 200 patients. Je pense que c'est là que tu comprends ce qu'est la responsabilité, et ça peut être lourd pour nos deux épaules parfois ».

Il y a une disproportion entre le manque d'expérience, de savoir-faire et le niveau de responsabilité.

F1 « C'était une dissection aortique sûrement, au milieu de la nuit, où j'étais seule, et tu ne sais pas trop quoi faire, tu es interne, tu n'es pas trop expérimentée ».

G. LES SENIORS :

1. UN COMPAGNONNAGE INDISPENSABLE

Les seniors sont une ressource importante pour les internes interrogés. Ils les guident, leurs transmettent leurs expériences et leurs savoirs. Ils les aident dans leurs prises de décision.

*F1 « Heureusement là il y avait des chefs qui m'ont rassuré, qui m'ont dit que ça arrivait »,
F1 « Il y avait ma chef pour la prise en charge de la famille, et ça c'était vraiment cool
qu'elle soit restée pour parler avec moi à la famille ».*

On peut constater que les moments les plus difficiles sont les situations où les internes se sont retrouvés seuls, sans soutien hiérarchique, et les situations où ils ont eu du mal à se faire sénioriser.

F1 « Elle était en train de mourir et le chef il a rien fait, franchement, c'était violent [...] Moi, juste je ne savais pas quoi faire ».

F2 « Je vais faire sénioriser le dossier et c'était quelque chose. C'était le parcours du combattant ».

Les internes ont besoin d'être accompagnés. Lorsqu'ils le sont, ils vivent mieux les difficultés.

F2 « J'aurais aimé avoir un chef à ce moment-là avec moi, ne serait-ce que pour voir comment il aurait réagi avec son expérience ».

F1 « Si tu as bien été accompagné la première fois, la deuxième fois ça se passe mieux ».

F1 « Je l'ai bien vécu car il y avait le chef qui était présent ».

2. UNE COMMUNICATION ESSENTIELLE MAIS PARFOIS COMPLIQUÉE

Parler avec ses supérieurs est donc primordial pour permettre aux internes d'évoluer de la meilleure façon possible. Ils ont besoin d'être entendu, écouté et-reconnu par leurs chefs.

F1 « C'est bien de réussir à parler avec tes supérieurs [...] de réussir à avoir une relation avec tes chefs, et qu'ils te prennent en considération ».

F2 « On a de la frustration de ne pas avoir une vraie relation avec ses seniors, de communication, d'échange pour nous apprendre à gérer ce genre de situation ».

Une mauvaise communication, un manque de tact peuvent avoir de lourdes conséquences au niveau psychologique chez un interne en formation, entraînant des blessures profondes et des difficultés pour reprendre confiance en lui.

F2 « Le gériatre [...] me dit, bon alors c'est toi qui a tué ce monsieur ? Tu l'as examiné ce type ? Je me suis fait accablé par ce chef, il m'a dit, tu as fait n'importe quoi, j'ai vu ce dossier j'ai eu envie d'allumer quelqu'un ».

F2 « Je l'ai un peu mal vécu qu'on m'ait accablé, c'est de ta faute, c'est de ta faute, ce mort c'est le tien, tu l'as tué ».

F2 « Tu sens les seniors à coté qui te disent : bas va-y, on a autre chose à faire. Je ne sais pas, ça nous retire la confiance qu'on a, déjà qu'on n'en a pas beaucoup pendant l'internat ».

H. DEBRIFER

1. EN PARLER, UNE NECESSITE

Les internes ont confié leur besoin de partager leurs expériences difficiles. Ils se confient à leurs seniors ou à un membre de l'équipe soignante, mais également à leurs co-internes et à leurs proches. Ils recherchent un soutien psychologique. Débriefing leur permet de se rassurer et de moins culpabiliser.

F1 « Des fois tu en parles avec tes co-internes pour avoir du soutien moral ».

F1 « J'essaie d'en parler avec plusieurs chefs, pour me rassurer, savoir qu'ils auraient fait la même chose ».

F1 « Moi j'en parle tout le temps à ma mère, ça me fait du bien, elle ne comprend rien mais c'est pas grave ».

2. DES DIFFICULTES POUR SE CONFIER

Paradoxalement, il est compliqué pour les internes de se livrer à propos de leurs problèmes. Demander de l'aide est parfois vécu comme un aveu de faiblesse car ils ont été formés dans la compétition pour être les meilleurs. Ils évoquent le fait d'avoir un rôle à tenir, lié à leur statut de médecin. Certains ont osé demander de l'aide, mais la réponse à leur demande n'a pas été à la hauteur de leur attente. Minimisation, moquerie, jugement... voilà ce qui les freine pour redemander de l'aide.

F2 « C'est peut-être un reflet du médecin, on doit être supérieur, il ne peut pas renvoyer une mauvaise image. Il faudrait des gens qui viennent vers nous, nous d'instinct on n'a pas l'habitude de faire ça, donc on y ira pas ».

F2 « J'ai essayé de garder cette distance car il attendait de moi que je continue de jouer mon rôle de médecin mais c'était difficile ».

I. LA LONGUEUR DE LA RELATION MEDECIN-MALADE

La majorité des expériences ont été vécues en milieu hospitalier, notamment dans les services d'urgences ou durant des gardes de nuit. Les internes connaissaient peu les patients et n'avaient donc pas eu le temps de s'attacher à eux. On pourrait penser que plus la relation médecin-malade est longue, plus le décès est vécu difficilement. C'est peut-être le cas pour les médecins, mais pour les internes toutes les situations de décès restent très difficiles à vivre.

J. L'EXPERIENCE :

1. DE L'ETUDIANT AU MEDECIN

Le vécu et le ressenti des internes en premier semestre est très différent de celui des internes de troisième semestre. Pourtant, les internes de dernière année s'accordent à dire qu'à leur début, ils avaient les mêmes difficultés que les internes de première année. Ce sont leurs expériences, négatives ou positives, qui leur ont permis d'acquérir des qualités pour gérer les situations difficiles.

F1 « En y repensant tu synthétises, tu fais le point, et ça te fait avancer pour la suite ».

On se rend compte qu'ils ont pris du recul, sont moins centrés sur eux-mêmes et pensent davantage aux patients. Ils ont une vision différente des choses, plus positive. Ils ont également gagné en maturité et en confiance en eux.

F2 « Finalement c'est une délivrance pour le patient une chance de mourir brutalement alors qu'il devait mourir lentement de son cancer ».

F2 « Il est décédé, je me suis dit c'est mieux pour lui parce qu'il est grabataire le pauvre. Je l'ai beaucoup mieux vécu car c'était mieux pour le patient, mais en premier semestre on ne pense pas trop à ça ».

F2 « On assume plus nos choix ».

Ils sont plus indulgents avec eux-mêmes. Il paraît essentiel de savoir se pardonner et pouvoir vivre avec son sentiment de culpabilité.

F1 « C'est comme ça que tu ne dors plus le soir, et c'est trop d'en arriver là, ça ne changera rien, on ne va pas le faire revivre ».

F1 « La culpabilité j'en aurais toute ma vie [...] mais après voilà avec le recul je relativise ».

Avec l'expérience, ils ont pu acquérir des qualités nécessaires pour mieux gérer le décès brutal du patient. Tout d'abord l'interne passe de la sympathie (il partage les pensées et sentiments d'autrui) à l'empathie (où il partage le point de vue d'autrui, avec une recherche de compréhension et de conscience). L'empathie lui paraît être une qualité essentielle pour devenir un bon médecin. En revanche, en avoir trop peut également être néfaste pour lui et le faire souffrir.

F1 « Il faut montrer que tu n'en as pas rien à faire ».

F1 « C'est difficile de trouver le juste milieu d'empathie, si tu es trop détaché ça ne le fait pas pour la famille, mais si tu es trop attaché, c'est mauvais pour toi aussi ».

C'est le cas en particulier dans les situations qui font écho à leur propre expérience de vie personnelle.

F2 « Ça nous ramène à nos émotions personnelles sur nos propres pertes et la famille ».

F1 « Quand tu t'identifies à la famille, c'est plus difficile, j'ai dû annoncer la mort de son papa, à une fille qui avait le même âge que moi, et c'est chaud quand même je trouve ».

Certains pensent que la capacité d'adaptation est importante.

F1 « De pouvoir passer à autre chose rapidement et ne plus y penser rapidement, ça peut être une qualité »,

F2 « Tu sors de la chambre, il faut que tu t'adaptes, tu dois voir un autre patient qui lui est vivant, qui va bien, qui attend des choses de toi ».

2. UNE VIE, UN EPANOUISSEMENT PERSONNEL

Durant l'internat, l'interne devient adulte et cette évolution personnelle joue également un rôle sur l'évolution professionnelle.

F2 « On évolue pas qu'en médecine [...] on est en train d'évoluer dans notre vie personnelle, on devient adulte, on prend plus de décisions, et ça nous aide aussi dans notre vie professionnelle ».

La vie personnelle des internes leur permet de surmonter les épreuves. Ils trouvent progressivement un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle et essaient d'établir des distances entre ces deux mondes.

F2 « Il faut avoir une vie remplie à côté ».

F1 « Je n'en parle pas du tout à ma famille ».

F1 « Je n'ai pas envie qu'elle s'inquiète, je ne peux pas leur raconter tout ce qu'il m'arrive ».

3. LE REVERS DE LA MEDAILLE

Vivre ces expériences difficiles a aussi des conséquences négatives. Elles sont responsables d'un endurcissement.

F2 « On est plus dur, on a une carapace plus importante ».

F2 « On met aussi en place des mécanismes de défense ».

Elles provoquent une déshumanisation et un besoin de contrôle.

F2 « Aujourd'hui en dernière année, si j'avais vécu la même chose, j'aurais peut-être été moins spontané, plus dans l'analyse de mes propres émotions. Ça aurait été plus réfléchi et moins dans l'émotion ».

Elles entraînent également une certaine résignation.

F2 « Il y a rien du tout, c'est juste bon, il est mort, il est mort, on passe à autre chose. C'est chacun pour soi, on n'a pas de groupes pour parler. Le médecin, tu es tout seul et tu seras tout seul tout le temps, j'ai l'impression. C'est un peu dommage. C'est la sensation que j'ai depuis le début de l'externat ».

Les internes s'interrogent sur les conséquences futures de ces expériences sur leur état psychologique. Ils ont l'impression d'accumuler des chocs émotionnels sans pouvoir les évacuer.

F2 « Heureusement qu'on n'est pas fragile sur le plan psychologique ».

F2 « Tu mets tout derrière et puis après, ça ressort sous d'autres formes. Tu vas te prendre la tête avec ton compagnon, tu ne sais pas pourquoi tu réagis comme ça. Peut-être que c'est parce que je ne vais pas bien, parce que j'ai vécu tout ça. Et ça devient inconscient ».

F2 « Il faudrait voir à dix ans ce que ça donne psychologiquement ».

K. LES SOLUTIONS

Après traitement et analyse des données récoltées ci-dessus parmi les sujets interrogés, il semble clair que l'interne n'est pas suffisamment accompagné.

Il est intéressant de noter que ces mêmes internes proposent spontanément des solutions et des pistes d'amélioration.

1. DEBRIEFER

Afin de tenter de régler les problèmes précédemment évoqués, il paraît évident que la communication est essentielle et les internes ont émis le souhait de disposer de plus de temps pour parler de leurs difficultés. Une solution pourrait alors se présenter sous la forme de débriefings systématiques des cas particulièrement difficiles. Une autre solution pourrait consister à créer des groupes de paroles entre étudiants.

De plus, il faudrait prévoir des entretiens réguliers avec les maîtres de stage pour aborder les problèmes rencontrés par les internes durant le semestre. Cela permettrait également à

l'étudiant d'avoir connaissance de ce qu'il peut ou doit améliorer durant sa formation et d'avoir un retour sur sa propre progression.

2. *TROUVER DU RECONFORT ET DU SOUTIEN*

Les différents témoignages semblent souligner l'importance de l'encadrement tout au long de la formation, particulièrement au début de celle-ci. On pourrait mettre en place un système de tutorat rassemblant anciens et nouveaux internes.

Il a également été constaté un manque d'informations des internes concernant les structures d'aide psychologique existantes. Certains pensent qu'il serait souhaitable qu'il y ait au moins un entretien psychologique au cours de nos études.

3. *COMPLETER LA FORMATION*

La majorité des internes souhaite avoir plus de cours sur la gestion de la fin de vie, de la mort en générale et sur l'annonce. Cet apprentissage doit débuter le plus tôt possible au cours de nos études médicales. Cela est nécessaire pour avoir le bagage suffisant pour faire face à ces situations dès le début de l'internat. En plus des cours théoriques, les internes proposent des ateliers pratiques, comme des jeux de rôles. Ils ont également envie d'assister à des consultations d'annonce auprès de médecins, avant de se lancer seul. De plus, ils souhaiteraient développer leurs techniques de communication, savoir comment prendre du recul et apprendre à se protéger.

IV. DISCUSSION

A. RESULTATS DE L'ETUDE :

Plus de la moitié des internes interrogés se sont montrés très intéressés et motivés par le sujet. Ils nous ont témoigné leurs sentiments, leurs difficultés quotidiennes, et ainsi nous ont fait comprendre leurs besoins de formation et d'accompagnement durant leur cursus.

Les difficultés qu'ils ont pu rencontrer lors de la mort brutale du patient sont nombreuses. La plupart sont liées à la gestion de leurs émotions négatives comme la culpabilité, l'impuissance et le stress. Le fait que la mort soit inattendue augmente l'intensité de ces sentiments. Malgré leur exercice en milieu hospitalier où ils sont entourés par d'autres professionnels de santé, ils se retrouvent souvent seuls face aux mourants, et face à leur détresse émotionnelle. Leur manque de confiance en eux les isole encore plus, car ils n'osent pas demander de l'aide.

Dans la gestion de la mort, le moment le plus difficile pour l'interne est celui de l'annonce à la famille, et surtout le moment de la confrontation avec les proches. L'annonce devrait logiquement être faite ou supervisée par un senior.

Plusieurs causes à ces sentiments négatifs ont pu être mises en évidence durant nos entretiens :

- Un manque de préparation et de formation pratique durant l'externat,
- Une transition externat-internat trop brutale,
- Des responsabilités trop importantes, en particulier lors de la première année d'internat,
- Trop peu de partage d'expériences et d'échanges avec les supérieurs,
- Un accompagnement parfois insuffisant, lié à des problèmes de communication et de séniorisation avec certains chefs.

Nous avons pu voir que les internes utilisent d'eux-mêmes des processus pour mieux vivre ces situations et appréhender leur stress (méthodes de coping). Ils utilisent principalement 4 stratégies de coping différentes :

- Débriefer et exprimer leurs sentiments négatifs,
- Trouver du réconfort et du soutien auprès des autres,
- Faire d'autres activités (comme le sport) pour penser à autre chose,
- Voir les choses différemment, de manière positive.

De plus leurs expériences de vie personnelle et professionnelle les aident à devenir le médecin qu'ils seront demain.

Les internes souhaiteraient être informés des aides existantes pour mieux vivre ces situations. Ils voudraient également pouvoir être mieux accompagnés par les chefs et débriefer systématiquement des cas difficiles. Ils attendent une formation précoce dès l'externat avec un apport théorique (définitions, contexte juridique, mécanismes de défense des patients et des médecins, notions de pré et post annonce), complétée durant l'internat par une formation répétée plus pratique et humaine (jeux de rôles, cas cliniques, temps de parole, partage des expériences, du vécu et du ressenti).

B. EXPOSITION DES LIMITES ET POINTS FORTS DES RESULTATS

On peut rappeler et souligner qu'une seule étude concernant le vécu de la mort par les internes a été réalisée en France ⁽²¹⁾, et aucune sur le ressenti de la mort brutale. Cela renforce l'intérêt de notre étude.

1. CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative, avec des focus groupes. Pour notre sujet qui consiste en l'analyse des sentiments et du vécu, cette méthode nous a paru être la plus adaptée. Malheureusement, elle ne permet pas de faire des statistiques sur les résultats, encore moins de les extrapoler à la population générale des internes compte-tenu du nombre limité d'interviewés.

2. CHOIX DU FOCUS GROUPE

a) Les points forts du focus groupes

- Étudier la diversité des opinions et des sentiments sur un thème donné.
- Améliorer la compréhension d'un problème spécifique.
- Identifier les besoins, les attentes et les solutions des participants, et ainsi identifier des pistes d'amélioration.
- Recueillir l'avis de plusieurs personnes en même temps, ce qui permet d'avoir une dynamique de groupe et de faire émerger de nouvelles idées.
- La possibilité de débattre lorsque les points de vue divergent.

b) Les limites du focus groupes

- Les entretiens en focus groupes peuvent avoir, dans un premier temps, un aspect intimidant car il est parfois difficile d'exprimer ses idées personnelles en public surtout sur des sujets sensibles.
- Les participants ont parfois été hésitants à se livrer totalement sur leur ressenti concernant la mort du patient. C'est en effet un thème sensible qui fait appel au vécu personnel de chacun et à sa subjectivité. De même le fait d'être filmé et enregistré a pu freiner leur ardeur à témoigner.
- De plus, il n'est pas impossible de voir apparaître un phénomène de domination d'un des participants, s'imposant ainsi en tant que « leader » et pouvant influencer les autres participants, influant également sur leur temps de parole, mais cela n'a pas été le cas dans cette étude.

3. LES BIAIS

a) Biais de recrutement

Les groupes ont été recrutés sur la base de volontariat. Nous pouvons donc supposer que les interviewés ont accepté parce que le sujet les intéressait particulièrement. Ceci a pu interférer avec la neutralité de leurs réponses. Les groupes interrogés reflètent bien la population cible, avec une majorité d'internes en dernière année, pour comprendre en quoi leurs expériences ont pu changer leur ressenti.

b) Biais de mémoire

Comme toute expérience qui s'intéresse au vécu, certains détails ont pu être oubliés, consciemment ou non, mais de par la nature même des événements et de leur fort impact émotionnel sur les individus, ce biais de mémoire semble assez limité.

c) Biais d'interprétation :

Le fait que le thésard soit également une interne en médecine peut avoir eu des conséquences sur l'analyse des résultats. Une seconde analyse par un médecin généraliste, des entretiens réalisés, assure la limitation de ce genre de biais.

C. COMPARAISON A LA LITTERATURE

Les études réalisées à l'étranger ainsi que la thèse française de Marie Caroline Richard⁽²¹⁾ augmentent la validité interne de notre thèse, en confirmant nos résultats.

Une étude Américaine de 2003 réalisée par Ellen M Redingbaugh, Amy Sullivan, et al⁽³⁸⁾ confirme que tous les médecins sont touchés par le décès du patient, même en milieu

hospitalier, et indifféremment qu'ils soient internes ou médecins seniors. En revanche, les internes sont plus stressés et souffrent davantage de détresse émotionnelle que les médecins⁽³⁹⁾. Ils nécessitent donc un soutien psychologique plus important. C'est pour cela qu'ils utilisent davantage de méthodes coping⁽³⁸⁾. Cette étude souligne également le lien étroit entre le stress au travail et le burn out, ainsi que le risque de développement de troubles psychiatriques (troubles anxieux, dépression...). Nous avons peu abordé cet aspect dans notre thèse^(39 40).

Dans l'étude de Firth-Cozens J. Emotional distress in junior house officers, on apprend également que le niveau de stress est corrélé à la perception qu'ont les internes de leur travail. Plus ils sont stressés, plus ils ont une image négative d'eux-mêmes et de leur rôle, et par conséquent plus il est difficile pour eux de parler de leurs problèmes à leurs chefs⁽³⁹⁾.

Ces études anglo-saxonnes appuient le fait qu'il faudrait parler davantage de la mort des patients et pouvoir se faire aider si nécessaire. Pourtant la mort des patients reste un sujet sensible au sein de l'équipe médicale, ce qui pourrait paraître paradoxal puisque le décès du patient fait partie intégrante de notre métier. Serait-ce lié à la peur du jugement ? A la peur de montrer ses faiblesses ? Ou encore à la peur de notre propre mort ?

Il est indiscutable qu'il est bénéfique de pouvoir partager ses expériences avec ses aînés lorsque l'on est jeune médecin en formation. Les seniors sous-estiment souvent le rôle qu'ils jouent et celui qu'ils ont à jouer dans la détresse émotionnelle des jeunes médecins. Il semblerait intéressant d'observer leurs réactions face à la détresse émotionnelle de leurs internes, et de leur poser la question du rôle qu'ils pensent jouer dans le bien-être de leurs étudiants.

Rappelons qu'en France, en 2017, plus de la moitié des internes ont avoué éprouver de l'anxiété. Ils étaient nombreux à souffrir de dépression (27,7 contre 10,1 en population générale) allant parfois malheureusement jusqu'au suicide (5 suicides d'interne en 5 mois entre janvier et mai 2017).⁽⁴¹⁾

Il existe depuis le 1^{er} janvier 2018, un numéro unique d'entraide, le 0826 000 401, dédié aux praticiens et internes en difficultés, accessible 24h sur 24, 7 jours sur 7.

Concernant les médecins généralistes ambulatoires, l'étude de Ladevèze M, Levasseur G⁽²⁹⁾ montre que l'impact émotionnel du décès des patients est proportionnel à la durée de la relation médecin-malade. Dans notre thèse, la majorité des expériences ont été vécues en milieu hospitalier, les internes n'étaient que peu attachés aux patients. Ils les connaissaient depuis quelques semaines, voire parfois depuis seulement quelques heures, notamment dans les services d'urgences. Pourtant la mort pour les internes est dans tous les cas difficile à vivre. De

plus, les médecins généralistes ambulatoires sont majoritairement seuls ^(7,21,29) face au décès du patient tout comme les internes hospitaliers. L'exercice de la médecine en équipe ne suffit donc pas à sortir les médecins de leur solitude face aux mourants.

Toutes les études témoignent que les médecins et internes sont sur ces questions, déçus par leur formation^(27,28). Les cours enseignés ne sortent que peu du registre biomédical.

D'autres moyens pourraient être mis en place en France pour aider les étudiants, comme le site internet Doctors and Death Lausanne (Suisse)⁽⁴²⁾. Il s'agit d'une association destinée aux étudiants en médecine qui souhaitent dialoguer à propos des situations où ils ont été confrontés à la mort durant leurs études.

**« Comme la mort des autres fait mal, lorsqu'elle vous donne conscience de la vôtre »
Frédéric Dard**

V. CONCLUSION

En réalisant une étude qualitative nous avons pu comprendre le ressenti des internes sur la mort des patients, et plus particulièrement sur les difficultés qu'ils ont pu rencontrer face à un patient décédé de manière inattendue. L'interne comme tous les médecins est confronté à la mort de ses patients. Son cas est particulier dans la mesure où il est jeune (médecin) et n'a pas encore acquis l'expérience indispensable pour affronter ces situations. Il est particulièrement touché par le décès du patient, et d'autant plus lorsque ce décès est brutal. Au-delà de pratiquer des traitements et des soins, il se doit de gérer ses émotions et sentiments (culpabilité, stress, anxiété etc...).

La relation avec le patient mourant est différente de la relation habituelle. Elle nécessite des compétences relationnelles particulières et un savoir-faire. Malheureusement la formation initiale des médecins étant quasiment inexistante dans ce domaine, les internes et les médecins se forment majoritairement eux-mêmes, grâce à leurs expériences. Nous avons pu constater que les internes utilisent automatiquement des méthodes de coping pour mieux surmonter la mort brutale du patient. Leurs expériences personnelles leur ont permis de mieux gérer leurs émotions et de prendre confiance en eux.

Cette autoformation est aujourd'hui incontournable mais pourrait préalablement disposer de quelques supports afin d'affronter au mieux ces situations. On a montré que les pistes d'amélioration de notre formation sont nombreuses surtout en psychologie, ce qui est indispensable à l'annonce, l'accompagnement du patient mourant et de la famille en deuil. Le soutien et la bienveillance des seniors sont également précieux, en particulier au niveau de la communication et du partage d'expériences.

Il serait intéressant de savoir comment les seniors réagissent à la détresse émotionnelle de leurs internes, quel rôle ils pensent jouer dans le bien-être de leurs étudiants.

Les internes niçois ont la volonté de compléter leur formation en particulier sur le thème de la mort. En effet, deux thèses sont en cours de réalisation sur Nice. Une portera sur l'utilité d'une formation dédiée aux soins palliatifs. Une autre s'intéressera à l'intérêt de la mise en place de groupes de paroles mensuels chez les internes de premier choix

« De nos jours, on peut survivre à tout sauf à la mort » : Oscar Wilde

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Ladevèze M. Comment le médecin généraliste vit-il la mort de ses patients ? Thèse d'exercice : Université de Rennes 1, 2008.
2. Marec J-F. Le médecin généraliste face à son patient en deuil: enquête auprès de médecins généralistes en Picardie. Thèse d'exercice : Université de Picardie, 2010.
3. Zittoun R. La mort de l'autre. Une introduction à l'éthique clinique. DUNOD. 2007.
4. Contrafatto M. Le Médecin et la mort. Thèse de doctorat. : Université d'Artois, 2007.
5. DicoLatin [en ligne]. Disponible sur : <http://www.dicolatin.com>.
6. Smith-Han K, Martyn H, Barrett A, Nicholson H. "That's not what you expect to do as a doctor, you know, you don't expect your patients to die." Death as a learning experience for undergraduate medical students. BMC Med Educ Internet 16. Disponible sur : http://www.academia.edu/24699265/_Thats_not_what_you_expect_to_do_as_a_doctor_you_know_you_dont_expect_your_patients_to_die_Death_as_a_learning_experience_f_or_undergraduate_medical_students.
7. Lemerrier X. Vécu et ressenti des médecins généralistes dans leur prise en charge de patients en fin de vie: analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la Vienne. Thèse d'exercice : Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie, 2010.
8. Pessagno R, Foote CE, Aponte R. Dealing with death: medical students' experiences with patient loss. Omega 2013;68:207-28.
9. Organisation mondiale de la santé. Définition des soins palliatifs [en ligne], 2017. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/fr/>
10. Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs. Les soins palliatifs [en ligne], 2014. Disponible sur : <http://www.sfap.org/rubrique/les-soins-palliatifs>
11. Les pionniers [en ligne], Disponible sur : <http://www.soinspalliatifs.be/les-pionniers.html>.
12. Haute Autorité de Santé. Soins palliatifs. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2731882/fr/soins-palliatifs.
13. Haute Autorité de Santé. L'essentiel de la démarche palliative [en ligne]. 2016. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/mc_247_essentiel_demarche_palliative_coi_2016_12_07_v0.pdf.
14. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Patients atteints de maladie grave ou en fin de vie. Soins palliatifs et accompagnements. [en ligne], 2009. Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/933.pdf>.
15. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport sur l'état des lieux du dispositif de soins palliatifs au niveau national. Série Études et Recherche – [en ligne], 2009. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/rapport-sur-l-etat-des-lieux-du-dispositif-de-soins-palliatifs-au-niveau>.

16. The 2015 Quality of Death Index. Perspectives from The Economist Intelligence Unit (EIU) [en ligne], 2015. Disponible sur : <http://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>.
17. INSEE. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [en ligne], 2006. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>.
18. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le plan national « Soins Palliatifs 2015-2018 ». [en ligne], 2016. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/le-plan-national-soins-palliatifs-2015-2018>.
19. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs [en ligne], 2002. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_recommandations_finale_s_mise_en_ligne.pdf.
20. Inserm. Vers une meilleure prise en charge de la mort subite de l'adulte [en ligne], 2011. Disponible sur : <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/vers-une-meilleure-prise-en-charge-de-la-mort-subite-de-l-adulte>.
21. Richard M-C. Étude qualitative chez les internes de médecine générale de Paris: vécu et ressenti de la mort et de la fin de vie. Thèse d'exercice : Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine, 2017.
22. Hull FM. Death, dying and the medical student. *Med Educ* 1991;25:491-6.
23. Kelly E, Nisker J. Medical students' first clinical experiences of death. *Med Educ* 2010;44:421-8.
24. Vantomme C. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge au domicile de patients en soins palliatifs: enquête auprès de 268 médecins généralistes dans le Val de Marne. Thèse d'exercice : Université Paris-Est Créteil Val de Marne, 2007.
25. Garreau M. L'accompagnement de fin de vie à domicile par le médecin généraliste. Thèse d'exercice : Université d'Angers, 2006.
26. Trouillet H. Soins palliatifs et fin de vie à domicile: difficultés et aspirations des soignants. Thèse d'exercice : Université du droit et de la santé, 2007.
27. Coulon A. Vécu de la fin de vie des personnes âgées: étude qualitative auprès des internes d'un centre gériatrique. Thèse d'exercice : Université de Bourgogne, 2014.
28. Deveautour I. La prise en charge des patients en fin de vie à domicile dans le département de la Creuse: enquête auprès des médecins généralistes. Thèse d'exercice : Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie, 2007.
29. Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients, General practitioners and the death of their patients. *Prat Organ Soins* 2011;41:65-72.
30. Garling J. Phénoménologie du stress des jeunes internes de garde aux urgences : la confrontation à l'impuissance et à la mort. 2015;64.

31. Beaulieu B. La ballade de l'enfant gris. Paris : Mazarine; 2016.
32. Brennan N, Corrigan O, Allard J, et al. The transition from medical student to junior doctor: today's experiences of Tomorrow's Doctors. *Med Educ* 2010;44:449-58.
33. Touboul P. Recherche qualitative, La méthode des focus groupes [en ligne]. Disponible sur : https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf.
34. Smith J.A, Osborn M, Flower P. Interpretative phenomenological analysis [en ligne], 2007. Disponible sur : http://med-fom-familymedresearch.sites.olt.ubc.ca/files/2012/03/IPA_Smith_Osborne21632.pdf.
35. Understanding life experiences through a phenomenological approach to research - AORN Journal [en ligne], Disponible sur : [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(06\)61812-7/abstract](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(06)61812-7/abstract).
36. République Française. Code du travail - Article L1121-1 [en ligne], 2008. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
37. République Française. Code de la santé publique - Article R1121-1 [en ligne], 2017. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
38. Redinbaugh EM, Sullivan AM, Block SD, et al. Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. *BMJ* 2003;327:185.
39. Firth-Cozens J. Emotional distress in junior house officers. *Br Med J Clin Res Ed* 1987;295:533-6.
40. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med* 2008;149:334-41.
41. ISNI. Enquête santé mentale des jeunes médecins [en ligne], 2017. Disponible sur : <http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/07/EnqueteSanteMentale.pdf>.
42. Doctors and Death Lausanne [en ligne], Disponible sur : <https://doctorsanddeath.wordpress>.

VII. ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

I Introduction :

- Présentation
- Remerciements : « Je vous remercie pour votre présence, votre disponibilité et de l'intérêt que vous portez à ma thèse ».
- Thème et objectifs de notre thèse : « Notre thèse a pour objectif de partager nos expériences, nos difficultés sur le vécu de la mort brutale du patient ».
- Explication de la méthode : « pour cela nous avons choisi une méthode qualitative sous la forme d'une discussion réalisée en focus groupe qui va durer environ 1h30. Il y aura deux parties : la première où vous allez nous raconter vos expériences, qu'elles soient positives ou négatives et la deuxième partie où on va essayer de comprendre vos besoins, afin de trouver des solutions pour améliorer le vécu de la mort brutale du patient ». « Chacun peut s'exprimer librement en toute liberté. Vous serez enregistré et filmé.»
- Rappel de la définition de la mort brutale : « La mort brutale est définie comme un décès imprévisible dans les heures ou jours qui la précèdent. Dans notre thèse nous ne parlerons pas des patients en soins palliatifs ».
- Rappel de l'anonymat : « toutes les données seront anonymes ».
- Signature des consentements

II Questions :

- Quelle est votre expérience personnelle concernant la mort brutale du patient ?
- Qu'avez-vous ressenti ?
- Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez pu rencontrer lors de la prise en charge de ces patients ?
- Quelles ont été les ressources personnelles et professionnelles qui vous ont aidé à gérer ces situations ?
- Comment peut-on vous aider à mieux vivre ces situations ?
- Quels seraient vos besoins ?
- Comment au fil de vos stages et de vos expériences avez-vous évolué ?

VIII. ANNEXE 2 : RECUEIL DES CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS.

Sexe	HOMME		FEMME		
Age					
Semestre					
Stages effectués					
Orientation future					
A combien de décès brutaux avez-vous été confronté depuis le début de l'internat ?	0	entre 1-5	5-10	10-15	> 15
Vous sentez-vous intéressé par le sujet de cette thèse	OUI		NON		
Quel est votre niveau de motivation à y participer	Peu motivé	moyennement motivé		Très motivé	

IX. ANNEXE 3 : ACCORD DES PARTICIPANTS.

Formulaire de consentement éclairé

En signant ce formulaire, je déclare que je consens à participer à la thèse « vécu du décès brutal par l'interne de médecine générale ». J'accepte d'être filmé et enregistré dans le cadre de cette thèse. Mon identité sera traitée de manière confidentielle et ne sera pas mentionnée dans la thèse.

Après avoir discuté librement et obtenu réponse à toutes mes questions, j'accepte de participer à cette thèse.

NOM :

Prénom :

Signature :

X. RESUME

INTRODUCTION : Les internes sont peu préparés durant leur internat à gérer la mort des patients, elle fait pourtant partie intégrante de leur métier. Nous avons voulu comprendre le ressenti des internes sur la mort des patients et plus particulièrement sur les difficultés qu'ils ont pu rencontrer face à un patient décédé de manière inattendue.

METHODE : Une étude qualitative avec analyse phénoménologique par focus groupes chez les internes de médecine générale niçois a été réalisée. 15 internes de médecine générale ont été interviewés entre décembre 2017 et janvier 2018.

RESULTATS : Les difficultés qu'ils avaient rencontrées étaient nombreuses. La plupart étaient liées à la gestion de leurs émotions (tristesse, culpabilité, anxiété), leur manque d'expérience et de confiance en eux. Plusieurs causes à ces difficultés ont pu être mises en évidence : un manque de préparation et de formation, des responsabilités importantes, un accompagnement insuffisant et pas assez de partage d'expériences entre professionnels.

Les internes souhaiteraient une formation plus complète, plus précoce et plus pratique. Il faudrait également favoriser l'accompagnement et la communication entre internes et chefs.

DISCUSSION : Les internes comme les médecins sont touchés par le décès des patients. La situation des internes est particulière dans la mesure où ils sont jeunes et n'ont pas encore acquis l'expérience indispensable pour affronter ces situations. Ils ont besoin davantage d'être accompagnés.

Mots clés : mort brutale, décès, focus groupe, interne, qualitative, vécu, ressenti, médecine générale.

XI. SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.