



HAL
open science

Représentations et ressentis sur les soins palliatifs par les internes de médecine générale de Nice : comment mettre en adéquation besoins et formation ?

Amélie Marrec

► To cite this version:

Amélie Marrec. Représentations et ressentis sur les soins palliatifs par les internes de médecine générale de Nice : comment mettre en adéquation besoins et formation ?. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01976137

HAL Id: dumas-01976137

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01976137>

Submitted on 9 Jan 2019

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.

THÈSE

**EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME DE DOCTEUR EN
MÉDECINE
DISCIPLINE : MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue le 12 Octobre 2018 à Nice

Par Amélie MARREC
Née le 25 mars 1991

**REPRÉSENTATIONS ET RESENTIS SUR LES SOINS PALLIATIFS
PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE NICE :
COMMENT METTRE EN ADÉQUATION BESOINS ET FORMATION ?**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Antoine THYSS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean-Paul FOURNIER
Monsieur le Professeur Gilles GARDON
Madame le Docteur Flora TREMELLAT

Directrice de thèse : Madame le Docteur Élise GILBERT

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

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE



Faculté de Médecine

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	Ophthalmologie (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-Vénérologie (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-Vénéréologie (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-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)
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-MEHOUAS 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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur THYSS, vous me faites l'honneur d'avoir accepté la présidence du jury de cette thèse et de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur FOURNIER, je vous remercie d'avoir accepté de parfaire ce jury. Recevez toute ma reconnaissance et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur GARDON, pour avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse et de juger ce travail. Veuillez trouver dans cette thèse le témoignage de ma gratitude.

A Madame le Docteur Élise GILBERT, pour m'avoir accompagnée pendant ce travail de thèse. Comme prévu tu as été mon pire cauchemar ces derniers mois, mais je t'en remercie. Merci de m'avoir appris la « juste distance » et surtout le sens du soin. Travailler à tes côtés est un réel plaisir. J'admire l'énergie que tu dépenses pour le confort des patients et ils nous le rendent si bien. J'admire ta sincérité envers les patients, les familles et l'équipe, en toutes circonstances. L'année à venir sera tout aussi enrichissante.

A Madame le Docteur Flora TREMELLAT, je te remercie de l'honneur que tu me fais de faire partie de ce jury de thèse. Merci pour ton soutien au cours de ces dernières semaines de travail. L'année prochaine promet d'être très enrichissante à tes côtés également.

A Madame le Docteur Anne-Marie VALET-EKER, votre investissement auprès des malades et de l'équipe me touche au quotidien. Je suis admirative de votre altruisme. Merci pour vos doux conseils.

Aux Docteurs Pommier, Morese, Jacquin et Rollet pour votre écoute, votre disponibilité et vos enseignements, merci encore.

A toute l'équipe de l'USP de l'Archet (de jour comme de nuit), merci pour votre soutien, votre bonne humeur au quotidien, quel plaisir de partager encore une année avec vous.

A toute l'équipe du DISSPO, médecins, infirmières, aides-soignantes, secrétaires, psychologue, sophrologue... merci à tous pour ce superbe semestre, j'ai hâte de revenir parmi vous.

Un grand merci à tous les internes ayant répondu présents pour participer aux entretiens.

A mes parents, merci pour votre bienveillance et votre soutien sans faille, si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous. Merci Maman d'avoir relu, re-relu et re-re-relu et corrigé ce travail.

Vous êtes des parents merveilleux, Je vous aime tant ...

A mon frère Hugo, pour tout depuis toujours. A tous nos souvenirs partagés et ceux à venir.

A Romain, il n'y a pas de mots. Tu es le pilier de ma vie. Tu as été à mes côtés dans toutes les aventures que la vie nous a offertes, les plus belles comme les plus douloureuses. Ta présence auprès de moi depuis ces nombreuses années m'a beaucoup aidée. Sache que je t'encourage et t'encouragerai dans tes projets comme tu l'as fait pour les miens. Merci pour ces années et ces kilomètres (par)courus ensemble. Ce nouveau marathon qu'est ce travail de thèse a été éprouvant et c'est encore avec les larmes aux yeux qu'on passe la ligne d'arrivée.

A ceux qui sont partis et qui me manquent, mes grands-parents, tata Évelyne qui a aussi inspiré ce travail.

A Marie-Lys, partie puis revenue, quelle aventure ! Grâce à toi je garde confiance en notre belle médecine.

A ma Mamie, sur qui je peux compter quand j'ai besoin de papoter.

A ma belle-famille, évidemment.

A mes Amies Bretonnes, Marina, Jessica, Marion, Laura, Estelle, Valentine, Aourell, Morgane, Ça y est j'ai lancé l'aventure des soutenances maintenant à vous de jouer !

A Marion et Gwladys, merci pour votre soutien, pour vos petites cartes et vos appels. C'est avec bonheur que je vous accompagne dans les grandes étapes de vos vies.

A tous les patients et familles que j'ai eu la chance de rencontrer. Vous m'avez apporté beaucoup. Les émotions partagées sont souvent fortes, vos parcours de vie sont parfois incroyables et je vous remercie d'avoir partagé avec moi ces instants.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	15
1.1	Définition des soins palliatifs	15
1.2	Rôle du Médecin Généraliste	16
1.3	Contexte actuel	17
1.3.1	Les Français et les soins palliatifs	17
1.3.2	Les engagements politiques	17
1.4	Formation.....	18
1.5	Objectifs de l'étude	19
2	MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	20
2.1	La recherche documentaire	20
2.2	La méthode qualitative	20
2.3	La population étudiée	21
2.3.1	Inclusion	21
2.3.2	Recrutement.....	21
2.3.3	Caractéristiques de l'échantillon	21
2.4	Le guide d'entretien	21
2.5	Le questionnaire épidémiologique	22
2.6	Le recueil des données	22
2.7	L'analyse des données.....	23
2.8	La saturation des données	24
3	RESULTATS	25
3.1	L'échantillon	25
3.2	Les représentations	29
3.2.1	Une certaine désillusion	29
3.2.2	Accepter d'accompagner	30
3.2.3	Les sentiments négatifs.....	30

3.2.4	Les sentiments positifs	31
3.2.5	L'intérêt pour les soins palliatifs	32
3.3	Le ressenti des internes sur leurs compétences.....	33
3.3.1	L'impact psychologique	33
3.3.2	Les compétences cliniques et scientifiques	33
3.3.3	Réflexion éthique	35
3.3.4	La collaboration	37
3.3.5	Une prise en charge sans difficultés notables.....	40
3.4	Une communication aussi importante que périlleuse.....	41
3.4.1	Communiquer avec le patient.....	41
3.4.2	Communiquer avec la famille	41
3.4.3	La difficulté de la communication ville-hôpital.....	42
3.5	Les soins palliatifs à domicile.....	44
3.5.1	La place du médecin généraliste dans la prise en charge à domicile.....	44
3.5.2	L'investissement personnel et psychologique futur	45
3.5.3	Les freins de la prise en charge à domicile	45
3.5.4	L'importance de l'anticipation	50
3.6	La formation universitaire	52
3.6.1	Le ressenti des internes de Médecine Générale sur leur formation théorique en soins palliatifs.....	52
3.6.2	La formation pratique	54
3.6.3	Les attentes en formation complémentaire.....	57
4	DISCUSSION.....	64
4.1	Validité interne.....	64
4.1.1	Intérêt de l'étude	64
4.1.2	Points forts méthodologiques	64
4.1.3	Apport personnel.....	66
4.1.4	Limites de l'étude.....	66
4.2	Représentations des internes sur les soins palliatifs.....	69
4.3	Soins palliatifs à domicile.....	73
4.3.1	Le rôle du médecin généraliste.....	73
4.3.2	La famille	76
4.3.3	La communication	77

4.3.4	L'arsenal thérapeutique.....	78
4.3.5	La loi Claeys-Léonetti.....	80
4.3.6	Limitation arrêt de traitement, l'hydratation et la nutrition en fin de vie	80
4.4	Formation en soins palliatifs	82
5	CONCLUSION.....	88
6	BIBLIOGRAPHIE.....	89
7	ANNEXES.....	95
7.1	Annexe 1 : Formation actuelle des internes en soins palliatifs à Nice.....	95
7.1.1	La formation au cours du PCEM: PACES, L2, L3.	95
7.1.2	La formation au cours du DCEM : M1, M2, M3	95
7.1.3	La formation au cours du DES de Médecine Générale.	96
7.2	Annexe 2 : Guide d'entretien initial	98
7.3	Annexe 3 : Guide d'entretien du focus groupe 1.....	100
7.4	Annexe 4 : Guide d'entretien des focus groupes 2 et 3	102
7.5	Annexe 5 : Questionnaire épidémiologique.....	104
7.6	Annexe 6 : Caractéristiques de l'échantillon	105
7.7	Annexe 7 : Auto-évaluation de sa compétence de communicateur.....	106
8	RÉSUMÉ	109
9	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	110

LEXIQUE

CAL : Centre Antoine Lacassagne	INED : Institut national d'études démographiques
CHU : Centre hospitalier universitaire	LISP : Lits identifiés soins palliatifs
CNGE : Collège national des généralistes enseignants	IV : Intraveineux
CSG : Court séjour gériatrique	MGU : Médecine générale d'urgence
C3S : Centre de soutien santé social	MSU : Maître de stage des universités
DCP : Dossier clinique progressif	ONFV : Observatoire national de la fin de vie
DCEM : Deuxième cycle des études médicales	PACES : Première année commune aux études de santé
DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires	PAP : Prescriptions anticipées personnalisées
DES : Diplôme d'études spécialisées	PCEM : Premier cycle des études médicales
DERMG : Département d'enseignement et de recherche en Médecine Générale	RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire
DISSPO : Département interdisciplinaire de soins support pour les patients en oncologie	SAMU : Service d'aide médicale d'urgence
DU : Diplôme universitaire	SAP : Seringue auto-pousseuse
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
EI : Entretien individuel	SFAP : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs	SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
F : Femme H : Homme	SSR : Soins de suite et de réadaptation
FG : Focus groupe	TCEM : Troisième cycle des études médicales
FST : Formation spécialisée transversale	UE : Unité d'enseignement
GEASP : Groupe d'entraînement à l'analyse de situation	USP : Unité de soins palliatifs
HAD : Hospitalisation à domicile	WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic
HAS : Haute autorité de santé	
IDEL : Infirmière diplômée d'état libérale	

1 INTRODUCTION

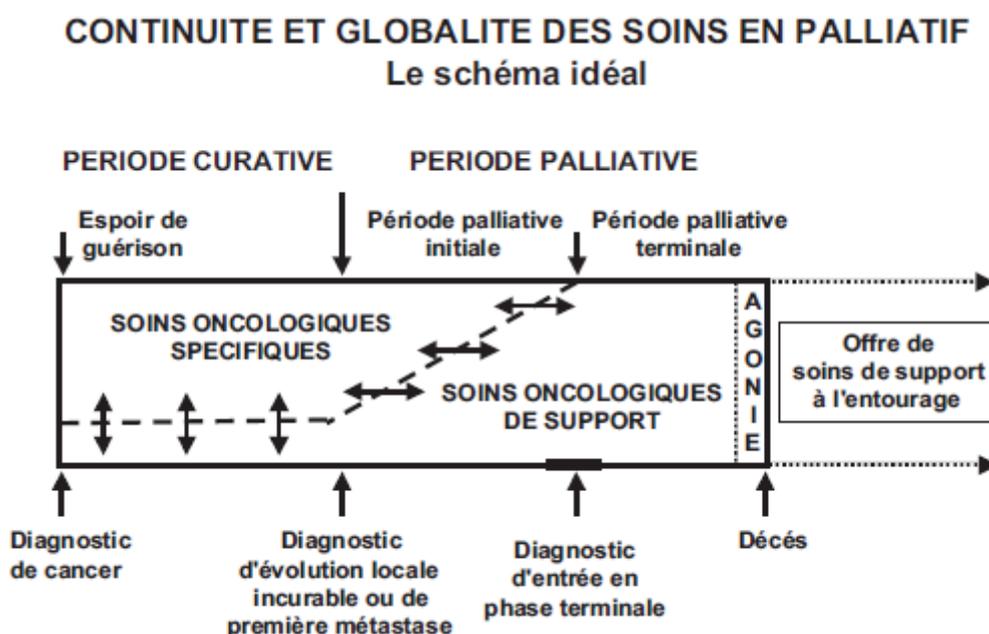
1.1 DEFINITION DES SOINS PALLIATIFS

Jacques Fabrizio, médecin généraliste formé en soins palliatifs et accompagnement, leader de la société médicale Balint, définit les soins palliatifs comme étant « **Tout ce qu'il reste à faire, quand il n'y a plus rien à faire** »¹.

L'HAS souligne que les soins palliatifs ne sont pas séparés des traitements spécifiques de la maladie mais ils sont développés conjointement à ces traitements et sont continus et globaux. La démarche palliative est une façon d'aborder les situations de fin de vie de façon anticipée, permettant d'améliorer la qualité de la vie².

Le modèle cancérologique des soins de support insiste sur le continuum entre la phase curative et palliative. Les soins de support sont l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, **tout au long des maladies graves**. La prise en charge de la personne malade et de son entourage est complète, en particulier au cours de séquelles lourdes, aussi bien en phase de **rémission** qu'en **fin de vie**. Les soins palliatifs font partie des soins de support (Cf. schéma 1)³.

Schéma 1 : Schématisation des concepts de soins continus et globaux : le modèle cancérologique⁴



La SFAP précise que ces soins **actifs** (...) s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, **à domicile** ou en institution ⁵.

Selon la loi, en France, toute personne malade dont l'état le requiert, a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement ⁶.

1.2 RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

« **L'exercice de la Médecine Générale est un art difficile** » écrit J. Fabrizi ¹. Il explique que la difficulté à nommer la fonction et la multiplication des expressions pour la définir reflète la difficulté de ce métier : médecin généraliste, omnipraticien, médecin de famille, médecin traitant, médecin référent, médecin de proximité...

Le code de la santé publique précise que les missions du médecin généraliste de premier recours comprennent l'administration et la coordination des soins visant à soulager la douleur (mission 5 bis) ⁷.

La WONCA Europe (Société Européenne de Médecine Générale-Médecine de famille) dans sa définition européenne de la Médecine Générale-Médecine de famille, précise que l'activité professionnelle comprend la prestation de soins à **visée curative et palliative**. Le rôle de coordination est un point clef de l'efficacité des soins de santé de première ligne de bonne qualité. Selon la WONCA, le généraliste peut remplir ce **rôle de pivot** dans la prise en charge palliative ⁸.

Nous retrouvons les compétences fondamentales à la pratique de la Médecine Générale dans le guide du DES de Médecine Générale de la faculté de Nice⁹. Les internes doivent développer les six compétences au cours des trois années de DES dont l'« Approche globale, complexité » qui comporte notamment la capacité à gérer et coordonner la promotion de la santé, la prévention, les traitements, y compris les soins palliatifs et de réhabilitation.

Le rapport de ONFV met en exergue la double attente des familles¹⁰ envers leur médecin généraliste : l'humanité et les compétences techniques. La communication, le temps d'écoute et la disponibilité « à tout moment » est une qualité que doit posséder le médecin de famille et qui fait partie de cette humanité.

Bien que les soins palliatifs fassent partie des compétences que les médecins généralistes doivent maîtriser, et même s'ils ne rencontrent qu'une à trois situations de fin de vie chaque année, seulement 2,5 % des médecins généralistes ont bénéficié d'une formation en soins palliatifs depuis 2005 selon l'ONFV ¹⁰.

1.3 CONTEXTE ACTUEL

1.3.1 Les Français et les soins palliatifs

Une étude d'Octobre 2016 « Les Français face à la fin de vie (...) » retrouve que **85 % des Français souhaitent terminer leurs jours à leur domicile**¹¹. Cependant, 58 % des Français meurent encore en institution et 27 % à domicile¹².

Le dernier sondage IFOP d'Octobre 2017¹³, retrouve que 70 % des Français interrogés considèrent qu'il est primordial de favoriser l'accompagnement et la prise en charge des patients en fin de vie **au domicile**, tout en prévoyant un soutien efficace à destination des aidants. Dans ce sondage, 75 % des interrogés répondent que l'amélioration de la prise en charge des personnes en fin de vie est un sujet qui compte dans les préoccupations des Français. Selon les répondants, les éléments les plus importants dans l'accompagnement d'une personne en fin de vie, sont la prise en charge de la **douleur (66 %)** devant la possibilité d'être **pris en charge à son domicile (52 %)** et la prise en charge de la souffrance **psychique (48 %)**.

Il va de soi que, dans ce contexte, il est nécessaire d'optimiser la qualité de vie des patients en soins palliatifs à domicile.

1.3.2 Les engagements politiques

Toutes ces enquêtes sur les désirs des Français concernant leur fin de vie justifient la volonté des différentes instances de développer les soins palliatifs, afin de répondre à cet enjeu de santé publique.

La fin de vie est depuis une vingtaine d'années un enjeu de santé publique. Dès 1998, Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la Santé affirme que « La douleur ne doit plus être une fatalité ». Il propose un plan en trois ans pour mettre en place toutes les structures et les dispositions nécessaires pour faire de la lutte contre la douleur une priorité dans la pratique médicale¹⁴.

Depuis, de nombreuses mesures ont été prises dans les différents plans cancers, pour adapter la formation des professionnels de santé en soins palliatifs, améliorer la vie des patients atteints de cancer à domicile. Les plans nationaux pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie comptent également développer l'enseignement sur les soins palliatifs pour tous les professionnels, dont les étudiants en TCEM^{18,19}.

1.4 FORMATION

Dans son état des lieux du développement des soins palliatifs en France, en 2010, le Professeur Aubry souligne que la formation initiale des médecins ne valorise pas suffisamment deux types de compétence :

- *La compétence **éthique**, qui consiste notamment à savoir interroger les limites des savoirs, à construire avec rigueur un questionnement et à argumenter en collégialité.*
- *L'**aptitude à travailler en équipe pluridisciplinaire**, à coopérer avec des acteurs aux cultures professionnelles différentes.*

Les autres compétences que sont la compétence **scientifique et clinique** et la compétence **relationnelle** sont plus développées dans le cursus médical ²⁰.

La confluence de la réforme des études médicales et du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 a permis de modifier la formation initiale des médecins ^{18,21-23}.

De plus, le deuxième alinéa de l'Article 1 de la loi Claeys-Léonetti²⁴ indique que : « La formation initiale et continue des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des aides-soignants, des aides à domicile et des psychologues cliniciens comporte un enseignement sur les soins palliatifs ».

La formation actuelle à Nice est diversifiée (Cf. Annexe 1) et la formation que nous avons reçue en tant qu'internes est relativement riche grâce aux séminaires organisés par le DERMG.

Malgré les formations dispensées à Nice, de la PACES au TCEM, (Cf. Annexe 1) j'ai pu remarquer que nous sommes, en tant qu'internes, souvent en difficulté lors des prises en charge des patients en fin de vie. Nous avons beaucoup échangé autour de ces situations difficiles lors de nos premiers GEASP en DES 1.

Nous avons voulu prendre le problème à la source et interroger les **internes actuellement en DES de Médecine Générale** à Nice, toutes années confondues, sur leurs représentations sur les soins palliatifs, leur formation actuelle et leurs besoins.

1.5 OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de l'étude est :

- *Evaluer les besoins en formation en soins palliatifs des internes de Médecine Générale de Nice en se basant sur leurs représentations et ressentis.*

Les objectifs secondaires de l'étude sont :

- *Analyser l'adéquation entre la formation actuelle et les besoins des internes.*
- *Proposer des axes d'optimisation de la formation.*

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La recherche documentaire a été effectuée grâce aux moteurs de recherche Google Scholar, Pubmed, Cairn info, Cismef en utilisant les mots clés : « soins de support », « soins palliatifs », « fin de vie à domicile », « formation », « internes », « Médecine Générale », « méthode qualitative », « simulation médicale », « palliative care ».

Les sites de l'université de Nice, de l'HAS, de la SFAP et de pédagogie médicale ont été consultés.

La recherche a également été faite par arborescence à partir des bibliographies des documents étudiés.

La gestion des sources a été réalisée grâce au logiciel Zotero®.

2.2 LA METHODE QUALITATIVE

L'objectif de ce travail était de recueillir des données sur les représentations et les besoins des internes de Médecine Générale de Nice, en formation en soins palliatifs.

La méthode **qualitative** était la méthode adaptée pour le recueil de données sur les perceptions, les opinions et le vécu des personnes interrogées ²⁵⁻²⁸. Pour répondre à notre objet de recherche, les entretiens collectifs étaient la stratégie adaptée ²⁹. Nous avons retenu la méthode des **focus groupes** (FG) (groupe de discussion dirigée). Cette méthode d'entretien est centrée (focused) sur une expérience vécue par l'ensemble des enquêtés ³⁰. Contrairement aux entretiens individuels, les données d'un participant peuvent susciter des commentaires chez les autres. Cela permet l'émergence d'expériences et d'opinions comme une réaction en chaîne ³¹. C'est cette dynamique de groupe qui facilite l'émergence des données. L'entretien collectif a permis à la fois l'analyse des significations partagées et des désaccords.

La méthode des FG est utilisée en psychosociologie, en sociologie, en science politique et en anthropologie. Elle est née de la création des focused interview grâce aux sociologues américains, Paul Lazarsfeld et Robert Merton ³⁰.

Le recueil de données par FG est aussi issu d'une technique marketing de l'après-guerre aux Etats-Unis, qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs. Cette méthode s'est inspirée des techniques de dynamique de groupe utilisées par C. Rogers ^{29,31}.

Par ailleurs, cette méthode me correspondait, car elle est basée sur l'échange entre les pairs, le partage des expériences.

Le projet a été présenté au DERMG en cellule thèse et la méthodologie par focus groupe a été validée.

2.3 LA POPULATION ETUDIEE

2.3.1 Inclusion

Nous avons inclus tous les internes inscrits au DES de Médecine Générale à la faculté de Nice.

2.3.2 Recrutement

Le recrutement s'est fait par e-mail à la *mailing list* de tous les internes de Médecine Générale de Nice. L'information a également été relayée par les réseaux sociaux et le bouche à oreille. J'ai également contacté par mail personnel les 11 internes tutorés de DES 1 de mon tuteur de GEASP.

L'objectif de l'étude et l'idée de la création d'une formation future étaient exposés dans le mail.

2.3.3 Caractéristiques de l'échantillon

Dans une étude qualitative, l'échantillonnage dépend des objectifs de l'étude. Ici la sélection visait à refléter la réalité et explorer les différents témoignages des internes de Médecine Générale. Le nombre de participants souhaité par focus groupes était de six à dix pour assurer une dynamique de groupe et permettre à chacun de s'exprimer^{29,32}.

2.4 LE GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien initial (Cf. Annexe 2) a été réalisé et retravaillé avec les conseils de ma directrice de thèse. Celui-ci a été testé en entretien individuel avec une interne de DES 3 puis modifié (Cf. Annexe 3). Nous avons choisi de cumuler les deux modes de recueil comme la méthodologie le permet, du fait de la complémentarité des deux types d'entretien³⁰. Il a également été adapté après le focus groupe n°1 (Cf. Annexe 4). Il comprenait des questions ouvertes et des questions de relance pour orienter la discussion. Le guide a été utilisé de façon souple pour garder une fluidité dans le récit et favoriser les échanges.

2.5 LE QUESTIONNAIRE EPIDEMIOLOGIQUE

L'élaboration du questionnaire épidémiologique a été faite avec l'expertise de ma directrice de thèse. Il était constitué de neuf questions (Cf. Annexe 5). Les questionnaires épidémiologiques ont été distribués en début de séance. Ils ont permis de croiser les données entre le vécu, les lieux de stage et l'année de DES.

2.6 LE RECUEIL DES DONNEES

Nous avons proposé des dates correspondant à des cours dispensés à la faculté afin de leur éviter des trajets supplémentaires. Un rappel par mail a été envoyé une semaine avant le FG avec les informations sur le lieu, l'heure et le déroulé de la séance.

Les internes ont été également informés par ces mails du respect de leur anonymat lors de la retranscription des données.

Les trois FG ont été réalisés dans une salle de réunion du CAL, proche de la faculté de médecine. La salle était calme et lumineuse. Pour mettre à l'aise les participants et introduire la séance, nous avons servi un goûter d'accueil. Cela permettait de détendre l'atmosphère, de faciliter les présentations et de rendre convivial ce temps d'échange.

Après m'être présentée comme chercheur et modérateur du FG et avoir exposé le déroulé de la séance, celle-ci pouvait débuter.

Ma directrice de thèse était observatrice, elle analysait les comportements non verbaux, et m'aidait à recentrer la discussion quand cela était nécessaire pour approfondir certaines réflexions.

Après accord oral des participants, un enregistrement a été assuré sur mon téléphone portable pour tous les focus groupes. Un second a été effectué sur ordinateur avec le logiciel Audacity® pour les focus groupes n°2 et n°3.

Une attestation de présence a été remise aux internes ayant à justifier leur absence du service.

2.7 L'ANALYSE DES DONNEES

Après chaque FG, un débriefing a été fait pour mettre en évidence les thèmes prédominants abordés et adapter le guide d'entretien.

Les entretiens collectifs ont été retranscrits dans leur intégralité, mot à mot. La transcription Verbatim sous forme écrite des données orales m'a permis de m'imprégner des données. Cette transcription a été débutée dès la fin du premier focus groupe. L'analyse des données s'est effectuée en plusieurs étapes. Le processus était évolutif et continu ³³. J'ai fait de nombreux allers-retours entre les corpus de manière ouverte afin de comparer et regrouper les thèmes ³⁴.

Pour ce faire, le tableau d'analyse des verbatim a été réalisé dès l'entretien individuel initial (E.I.1) et la première lecture du premier FG afin de mettre en évidence les grands thèmes abordés ³⁴.

Dans une étude qualitative, une donnée a la même valeur qu'elle soit exprimée une seule ou plusieurs fois, elle ne génère pas de données statistiques ²⁷.

Le codage centré sur la question de recherche a été réalisé de manière ouverte, comme c'est le cas dans la théorisation ancrée ou « *Grounded Theory* ». Cette méthode spécifique a été développée par Glaser et Strauss (1967) dont le propos est de construire la théorie à partir des données recueillies sur le terrain ³⁵. Ainsi, **les résultats sont ancrés dans les données** ³³.

Le codage ouvert a été la première étape, il s'est fait de manière **verticale**. Le codage est resté proche des données en regroupant des mots, des phrases sous un intitulé synthétique. L'objectif du codage a été d'élaborer des **catégories**, puis de les affiner, les subdiviser. Le système de code a été évolutif ^{26,33}.

Ensuite, le codage sélectif a regroupé les catégories de manière plus globale et conceptualisante. Pour terminer, le codage théorique a mis en relation des catégories entre-elles ³³.

Dans un second temps, l'analyse a été **transversale** permettant de comparer les FG les uns aux autres et de les recouper selon chacun des thèmes identifiés précédemment. Le texte a été codé fragment par fragment.

L'analyse du matériel a été faite de manière manuelle sans aide logicielle.

C'est le système de code généré par cette analyse et la construction de théories qui est le vrai résultat de la recherche ³⁶.

Les résultats ont été présentés selon les grands thèmes abordés. Des verbatim ont été cités en illustration.

Les citations extraites ont été ponctuées d'un « FG » pour focus groupe puis « I » pour interne suivi d'un chiffre (exemple : FG.1 I.1) permettant le croisement des données avec les questionnaires épidémiologiques.

2.8 LA SATURATION DES DONNEES

Les FG ont été poursuivis jusqu'à l'obtention de la saturation des données. Pour confirmer celle-ci, un entretien individuel a été réalisé et aucune nouvelle donnée n'a émergée.

3 RESULTATS

3.1 L'ECHANTILLON

Les FG ont été réalisés auprès d'internes de Médecine Générale de la faculté de Nice, le 30 mai, les 07 et 14 juin 2018.

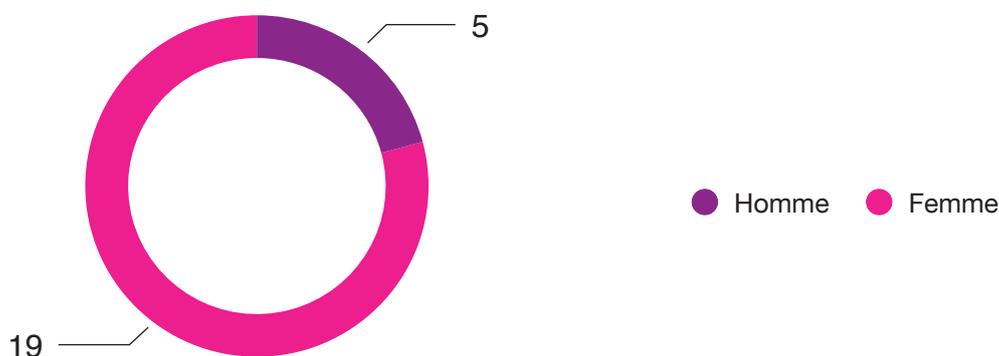
Les internes ont été recrutés sur la base du volontariat par un e-mail adressé à toute la mailing liste des internes de Médecine Générale de Nice, soit 222 internes, ainsi que par message privé à mon groupe de GEASP. J'ai ainsi obtenu 23 réponses positives, et deux réponses négatives, les autres internes n'ayant pas répondu.

Sur les 11 internes tutorés de DES 1 de mon tuteur de GEASP, quatre ont répondu positivement. Sur la totalité des internes ayant répondu positivement, 12,1% des internes, trois internes n'ont finalement pas pu se libérer. Le taux participation est alors de 10,8%.

J'ai réalisé un entretien individuel initial suivi de trois focus groupes comprenant six internes pour le FG 1 et huit internes pour les FG 2 et FG 3. Pour terminer, un entretien individuel a confirmé que la saturation des données avait été obtenue.

La durée moyenne des FG a été d'une heure et vingt-sept minutes, avec un maximum d'une heure et trente-trois minutes, un minimum d'une heure et vingt minutes. Les entretiens individuels ont duré respectivement vingt-deux minutes et trente-six minutes.

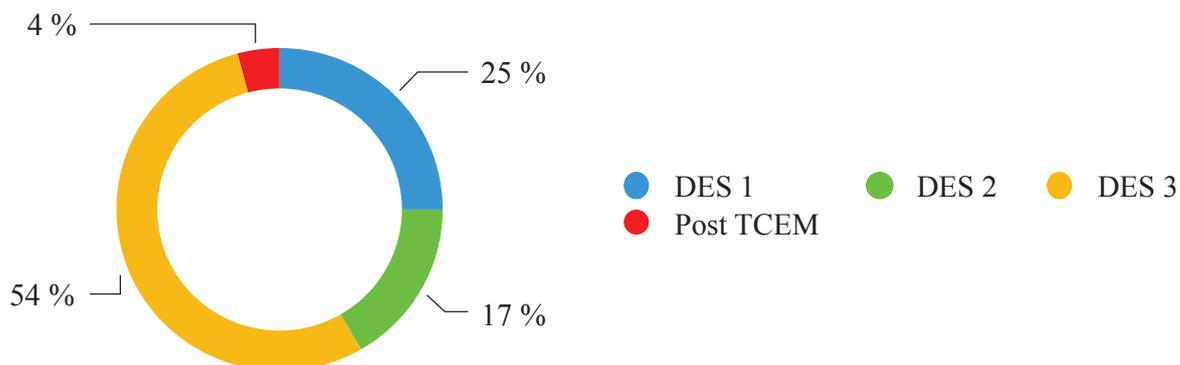
Figure 1 : Sexe des internes interrogés



Notre échantillon comprenait 79 % de femmes pour 21 % d'hommes.

L'âge moyen était de 26,6 ans, le plus jeune interne ayant 24 ans et le plus âgé 30 ans.

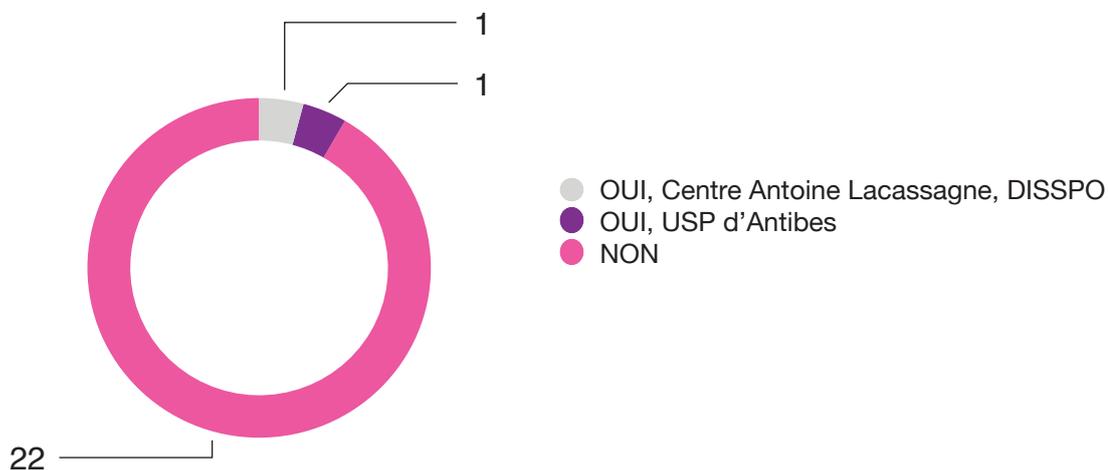
Figure 2 : Année de DES des internes interrogés



Notre échantillon était composé de 25 % d'internes de DES 1 ; 17 % d'internes de DES 2 ; 54 % d'internes de DES 3.

Notre échantillon était constitué d'internes originaires de 14 facultés différentes dont l'une était Polonaise.

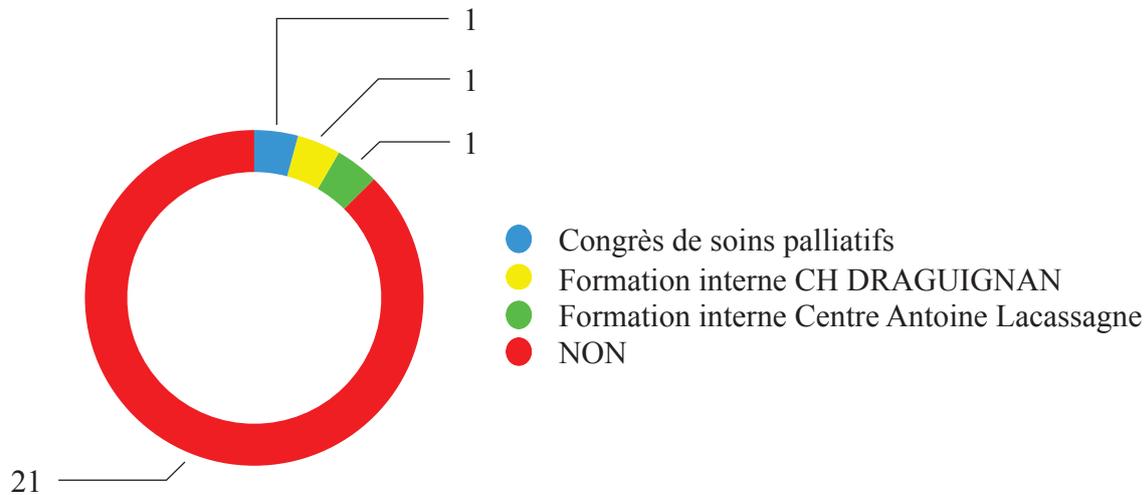
Figure 3 : Réalisation d'un stage en soins palliatifs



Deux internes seulement avaient effectué un stage dans un service de soins palliatifs, soit 8 % de l'échantillon.

Dix internes n'ont pas effectué de stage dans des services de gériatrie ou de médecine adulte avec des LISP, soit 38 % de l'échantillon.

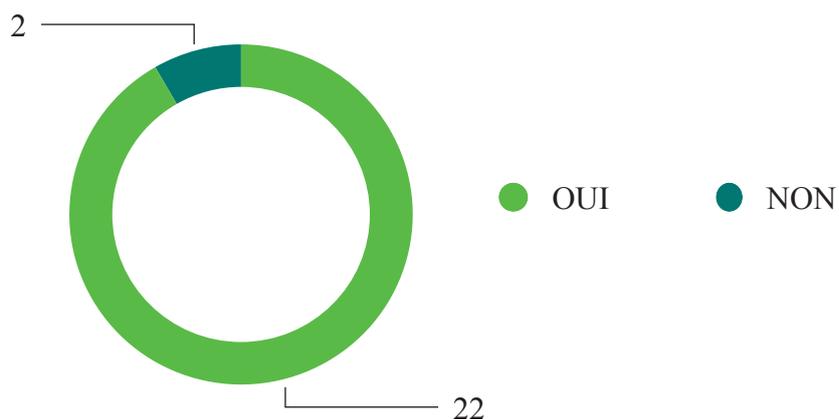
Figure 4 : Réalisation d'une formation complémentaire en soins palliatifs au cours du TCEM



Au cours du TCEM, 88 % des internes rencontrés n'avaient pas reçu de formation complémentaire en soins palliatifs.

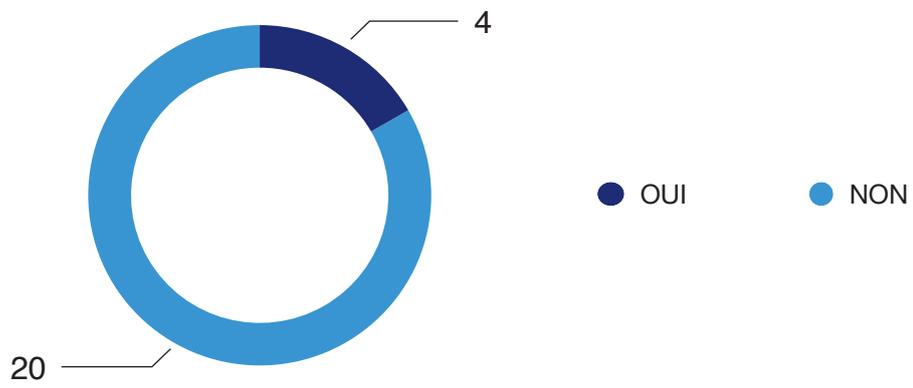
Une seule interne détenait le DU « Pratique des soins palliatifs » sur les 24 internes interrogés.

Figure 5 : Réalisation du stage chez le praticien



92 % des internes avaient déjà réalisé leur stage chez le praticien.

Figure 6 : Réalisation d'un SASPAS



83 % des internes n'avaient pas réalisé de SASPAS.

3.2 LES REPRESENTATIONS

Les émotions recueillies ont été contrastées, elles dépendaient des situations rencontrées, de l'expérience acquise et des stages effectués par les internes au fur et à mesure de l'avancée dans leur cursus. Le contexte, dont l'âge du patient, a pu entrer en compte.

3.2.1 Une certaine désillusion

Plusieurs internes ont mis en évidence la difficulté d'être confrontés à la maladie et la mort. Au début de leur internat, ils espéraient pouvoir guérir tous leurs patients et la mort a parfois été perçue comme un échec. L'utopie de la médecine toute puissante s'est parfois brisée dès les premiers mois d'internat.

*E.I.1 : « Quand tu es en premier semestre... tu n'as pas envie, enfin tu as l'impression que tu es interne pour **sauver les gens et pas pour les aider à partir** malheureusement. »*

*FG.1 I.4 : « Et moi, pauvre petite interne, je voyais ça parfois comme un **échec**. »*

*FG.3 I.3 : « On est là, pour nous, dans nos têtes, **pour soigner, pour gagner**. »*

Plusieurs internes ont raconté que c'était les premières expériences de prise en charge de patients en fin de vie qui ont été les plus marquantes.

L'adjectif « **difficile** » a été retrouvé dans les différents FG et entretiens individuels. Ce terme a été associé au **premier semestre** d'internat dans plusieurs récits.

*E.I.1 : « Mon expérience avec cette patiente c'est que j'étais en **premier** semestre (rire) donc c'était encore plus **difficile**, la fin de vie... »*

*FG. I.2 I.7 : « Et c'est vrai qu'en **premier** semestre on n'est pas du tout armé pour ce genre de situation(...) C'est une situation qui **me restera** toute ma vie. »*

3.2.2 Accepter d'accompagner

Les internes interrogés ont exprimé la nécessité d'accepter le caractère palliatif de la prise en charge pour faire un accompagnement de qualité. La transition de la prise en charge curative à palliative était difficile à accepter.

*FG. I.3 I.3 : « Au début je me revois, **je n'acceptais pas** de passer un patient en soins palliatifs. On veut toujours aller plus loin. »*

*FG. I.3 I.3 : « Savoir accepter, c'est aussi **travailler sur nous**. »*

3.2.2.1 La difficulté de l'accompagnement liée à l'âge du patient

Le vécu des internes était différent selon le contexte. Ils étaient moins à l'aise lorsqu'il s'agissait d'accompagner les patients jeunes. Les sollicitations de la famille et son accompagnement étaient plus difficiles à gérer.

Pour les internes, de manière générale, l'accompagnement de fin de vie des personnes âgées serait moins difficile.

*E.I.2 : « L'âge, forcément c'est plus dur quand ils sont **jeunes**. Même malgré leur état de santé de base, quand ils ont trente ans c'est **plus dur** que quand ils ont quatre-vingt-dix ans. (...) En plus tu as le poids de la famille qui est à côté et qui l'air totalement perdue, et qui te demande de la sauver. »*

3.2.3 Les sentiments négatifs

La difficulté de la prise en charge palliative a pu venir du fait que la situation faisait écho à une expérience personnelle.

*FG.1 I.6 : « Sur le plan personnel **ça me rappelait quelqu'un** que j'ai connu dans la même situation (...), donc j'avais un peu de mal par rapport à ça, parce que je n'arrivais pas trop à prendre de la distance. »*

FG.2 I.2 : « Il y a forcément des patients qui nous font penser à autre chose. C'est vrai que j'ai peut-être vécu cette fragilité de plein fouet parce que ça concordait directement avec quelque chose de personnel. »

Plusieurs internes ont raconté le désarroi et le sentiment d'impuissance ou leur mécontentement face à ces situations complexes. Beaucoup ont rapporté ne pas savoir quoi faire, face à de telles situations.

*FG.3 I.3 : « A certains moments que l'on puisse être **impuissant** est déstabilisant. »*

*FG.1 I.5 : « Donc je ne savais **pas quoi faire** pour ce patient. »*

*FG.3 I.5 : « J'étais très **démuni** face à la famille, parce que je ne savais **pas quoi faire**. »*

*FG.1 I.3 : « Je ne suis **pas du tout content de moi** (...) Elle est restée à la maison comme elle voulait. OK. Mais elle est morte dans d'atroces souffrances et inconfortable. **Je n'ai pas fait mon job d'accompagnement de fin de vie**. »*

3.2.4 Les sentiments positifs

Quelques internes ont verbalisé s'occuper **volontiers** de patients en fin de vie, et avoir ressenti une certaine satisfaction face au soulagement des patients ou face au sentiment du travail accompli.

FG.1 I.4 : « Il y avait un côté positif que je voyais dans les soins palliatifs, outre le sentiment d'échec que je ressentais, c'était de voir que l'on pouvait soulager les patients. Il y avait quand même dans le service une aromathérapeute, il y avait des masseuses qui venaient, etc. Les femmes se faisaient maquiller, coiffer au sein du service. Et du coup ça m'apaisait dans le sens où je me disais que l'on fait quand même quelque chose, on les apaise... »

FG.3 I.4 : « Le patient est mort au domicile, c'était ce qu'il voulait et ça s'est bien passé. Avec tout un système d'aide à domicile. » « Il (le maître de stage) avait fait une belle prise en charge au domicile. »

3.2.5 L'intérêt pour les soins palliatifs

Au-delà de l'acceptation de la transition curatif-palliatif, l'**attrait** pour les soins palliatifs serait une condition nécessaire à la prise en charge de patients en soins palliatifs à domicile. Un médecin généraliste n'ayant pas d'intérêt pour les soins palliatifs pourrait ne pas proposer une prise en charge optimale au patient.

*FG.1 I.3 : « Il faut (...) que le médecin généraliste ait une certaine **appétence** pour ce genre de choses (...) Il faut qu'il ait **envie** de gérer la fin de vie à la maison. »*

*FG.1 I.3 : « Dire que tout médecin traitant **doit** faire des soins palliatifs pour accompagner ses patients ça je pense qu'il faut nuancer. Si le médecin généraliste n'est **pas à l'aise** avec les soins palliatifs cela va droit à la **catastrophe**. »*

3.3 LE RESENTI DES INTERNES SUR LEURS COMPETENCES

3.3.1 L'impact psychologique

Certains internes se sentaient parfaitement capables sur le plan psychologique pour accompagner un patient en phase palliative.

E.I.1 : « Il faut une grande implication. Mais c'est le rôle du médecin généraliste pour toutes les prises en charge qu'elles soient palliatives ou pas palliatives. »

*FG.1 I.4 : « Comment ce médecin généraliste, rentre le soir sans y penser, surtout quand ça dure depuis des semaines... A un moment donné, **ça doit prendre aux tripes.** »*

3.3.2 Les compétences cliniques et scientifiques

Les internes ont abordé le manque de compétences cliniques ou scientifiques pour assumer ce type de prises en charge. Beaucoup ont évoqué ne pas savoir quoi faire face à la souffrance d'un patient. Le « **faire** » est omniprésent dans les verbatim.

*FG.2 I.5 : « Non là actuellement c'est la **connaissance**, les connaissances sur quoi faire. »*

*FG.2 I.3 : « Je viens de commencer le stage, j'ai compris des principes. Je ne me sens **pas capable** de gérer ça toute seule. Mais j'aimerais bien. »*

A contrario, certains se sont dit plutôt compétents et pensent avoir suffisamment de connaissances. Une interne a qualifié ses difficultés de difficultés « techniques ».

E.I.2 : « Mes connaissances, non. » (Pas de manque)

*FG.1 I.3 : « Les seringues auto-pousseuses (SAP) de Morphine® et d'Hypnovel® donc ça, ça va, **je sais faire, et je peux le faire.** »*

*FG.2 I.7 : « Les difficultés c'était vraiment d'un point de vue **technique**, en me disant que je ne sais pas faire ça... »*

3.3.2.1 La prise en charge de la douleur

L'utilisation des antalgiques, notamment des opioïdes forts, n'était pas maîtrisée pour tout le monde. Une interne a évoqué les *autres* traitements de la douleur sans citer aucun nom.

*FG.2 I.1 : « Les **traitements de la douleur** je ne pense pas que je les maîtrise tous. »*

*FG.2 I.7 : « N'ayant jamais prescrit de **SAP de Morphine®** dans ce cadre-là j'étais démunie par rapport à la **dose** » « Je suis en sixième semestre et je n'ai jamais prescrit ça. »*

*FG.3 I.5 : « Les **dosages morphiniques**, ça c'est vrai qu'au début, quand on est jeune interne, on a peur de faire des bêtises. »*

La Morphine® a été le seul antalgique cité dans les entretiens collectifs et individuels.

3.3.2.2 La prise en charge de la dyspnée et de l'encombrement

La gêne respiratoire est un symptôme fréquent en fin de vie, il est parfois difficile à contrôler. La prise en charge demande une certaine connaissance de la pathologie, de l'étiologie de la dyspnée ainsi que des traitements symptomatiques.

*FG.1 I.5 : « Il y avait aussi une dyspnée qui était vraiment gênante, et voilà... Donc je ne savais **pas quoi faire** pour ce patient (...) pour **gérer sa dyspnée**. »*

*FG.2 I.2 : « Si le patient fait une **détresse respiratoire**, ce n'est pas facile au domicile. »*

La dyspnée est source **d'inquiétude** pour les patients, les familles et les soignants comme a pu l'exprimer un interne en entretien individuel.

E.I.2 : « De voir quelqu'un qui s'étouffe c'est dur déjà quand tu es personnel de santé, alors quand c'est un proche, je n'imagine même pas ce que c'est de voir quelqu'un s'étouffer. »

3.3.3 Réflexion éthique

3.3.3.1 L'arrêt des traitements

Lors des FG des questionnements ont émergé sur les conditions de prescription ou d'arrêt des traitements dont l'hydratation, la nutrition et l'oxygénothérapie dans les situations palliatives avancées. Quelques internes ont été en difficulté face ces questionnements. Parfois leurs convictions étaient erronées et ils n'ont pas eu l'appui de leurs seniors pour les guider ou leur apprendre la démarche palliative.

FG.2 I.8: « Je devais avoir laissé une petite hydratation, l'oxygène pour le confort. »

FG.2 I.8: « Je me disais que l'hydratation, ce n'est pas ça qui allait le faire tenir. »

*FG.3 I.2: « Je me suis retrouvée à mettre des **alimentations parentérales** à des gens qui allaient mourir. »*

*FG.3 I.6 : « Mais qu'est-ce qu'on fait avec son **alimentation** ? »*

3.3.3.2 Sédation et demande d'euthanasie

- *Face à la demande d'euthanasie des familles*

Dans les trois FG, plusieurs internes ont raconté avoir été confrontés à des demandes d'euthanasie.

L'amalgame entre **l'accompagnement de fin de vie** et **l'euthanasie** est fréquent et a mis mal à l'aise certains internes. Ils étaient les interlocuteurs de première ligne pour les familles et répondre à ces demandes inappropriées était parfois difficile.

*FG.2 I.1 : « La famille avait mal compris, confondu le terme soins palliatifs et l'euthanasie »
« Il dormait, il était bien. Il n'était pas douloureux. Et la famille avait juste envie que l'on augmente encore les doses, malgré tout. Pour juste terminer... Que l'on fasse une euthanasie en fait. Et c'était clairement exprimé. »*

*FG.2 I.2 : « Mais vraiment, il y avait une demande de la famille, constamment, de vouloir **augmenter les doses**. Et que ça aille plus vite.(...) ils avaient envie que ça accélère. Ils avaient envie de le voir décéder. »*

- *Face à la demande de sédation des équipes soignantes*

Parfois ce sont les équipes soignantes qui ont été en difficulté face à une situation complexe et qui ont demandé la sédation pour un patient.

*FG.3 I.1 : « Il **faut** que tu viennes lui mettre **sa sédation**. Bon bah voilà je ne l'avais jamais fait. »*

3.3.3.3 La confrontation aux mauvaises pratiques

Deux ans après la loi Claeys-Léonetti, pourtant médiatisée, certains internes ont rapporté avoir assisté à des pratiques sédatives inappropriées au cours de leur stage. Ce qui a pu être particulièrement révoltant et choquant. L'impatience à l'idée de quitter le statut d'interne (ne pouvant s'opposer aux décisions des chefs) a été exprimée.

*FG.1 I.3 : « En tant qu'interne quand on assiste à des demandes d'euthanasie et que la réponse est positive de la part des séniors. Et dans quel terme **on doit faire ça sur ordre du chef** (...) Je me suis quand même retrouvé, avec mon sénior, et face à la patiente, en voyant les seringues se faire pousser. »*

*FG.1 I.1 : « Quand un médecin connaît bien la loi, il peut toujours trouver un **prétexte** pour faire rentrer les situations dans le cadre pour ne pas que ça passe pour de l'euthanasie. Il **peut toujours trouver une souffrance réfractaire**. »*

3.3.3.4 Le manque de connaissance de la loi Claeys-Léonetti

La majorité des internes ont déploré ne pas avoir suffisamment de connaissances sur le cadre légal. La loi du 2 février 2016, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dite loi Claeys-Léonetti²⁴ n'a pas été enseignée ou pas assez expliquée.

A l'évocation de leurs connaissances sur la loi Claeys-Léonetti, les réponses ont été très hésitantes.

*E.I.1 : « On n'a pas le droit à l'euthanasie mais on doit accompagner dignement (...) Mais on **ne la maîtrise pas malheureusement, cette loi...** »*

FG.1 I.1 : « En pratique, (hésitante...). Et bien ce n'est peut-être pas ça, mais le patient

maintenant peut demander une sédation pour souffrance morale, avant c'était plus compliqué. »

*E.I.2 : « Il y a eu quelque chose en plus en 2016 ? Je ne sais pas du tout ce qui a changé. »
(Rires)*

Par contre cette loi était parfaitement bien connue par l'interne ayant assisté au DU Pratique des soins palliatifs cette année. Elle a pu nous réciter les grands principes de la loi sans difficulté (FG.3 I.6).

3.3.4 La collaboration

Un interne a exprimé la nécessité de faire appel à un confrère formé en soins palliatifs lorsque la situation dépasse son champ de compétence.

Les internes des trois FG ont évoqué le besoin de travailler avec les IDEL, l'HAD ou de solliciter les réseaux de soins palliatifs pour les aider.

FG.1 I.3 : « Quand il y a un problème « soins palliatifs » et qu'il (le médecin généraliste) ne sait pas gérer il faut qu'il délègue à un confrère. »

*FG.3 I.6 : « Il y a **un bon nombre de structures** que l'on peut mettre en place. »*

3.3.4.1 Le rôle des réseaux de soins palliatifs

Les internes connaissaient l'existence théorique des réseaux mais en pratique ils n'avaient pas l'habitude de collaborer avec eux. Leur rôle exact ne semblait pas clair. Cependant, selon les internes, les réseaux permettent de rompre l'isolement du médecin généraliste et ils permettent également de majorer le nombre de passages à domicile du patient.

FG.1 I.3 : « Les SSIAD, les réseaux de soins palliatifs, les infirmières libérales aussi. » « Je pense qu'on les a tous identifiés. »

*E.I.1 : « En ville, en soins palliatifs, **on n'est jamais seul.** »*

FG.1 I.5 : « Tu ne peux pas passer tous les jours, trois heures, pendant trois semaines, en attendant que ton patient s'en aille, et c'est là qu'il faut la structure. »

Dans la pratique il ne semblait pas encore évident pour eux de mobiliser ces différentes ressources. Celles-ci ne se déplaçant pas toujours dans l'arrière-pays notamment.

*E.I.1 : « Je ne connais pas les équipes de soins palliatifs en ville, **je ne sais pas s'ils peuvent faire des prescriptions**, etc. »*

FG.1 I.5 : « Je me suis posée la question, quelle structure ? Comment ? Dans quel délai ? »

3.3.4.2 Le soutien de l'hospitalisation à domicile

Les internes ont expliqué avoir travaillé avec l'HAD pour organiser des retours à domicile au cours de leur stage hospitalier. De ce fait c'était la ressource qu'ils connaissaient le mieux.

FG.2 I.6 : « Après je pense qu'avec la MGU, les infirmières de l'HAD qui venaient régulièrement dans le service pour nous expliquer comment ça fonctionnait, comment ils faisaient... je pense que je serai un peu plus à l'aise que d'autres. »

Des situations très différentes ont été rencontrées par les internes avec parfois un bon soutien de l'HAD et parfois de mauvais retours. Cela dépendait notamment du contexte, à domicile ou aux urgences, le vécu des internes n'était pas le même.

FG.1 I.3 : « J'ai plusieurs cas, il y en a un où je n'ai jamais pu réussir à avoir de l'Hypnovel® parce que la patiente est décédée avant, et je me suis demandé ce que faisait l'HAD, bref c'est comme ça... Par contre sur une autre (situation), c'était je pense une autre HAD, et ça a été génial. C'était le même cas, en ville, un dimanche à 14 heures, et à 17 heures il y avait l'Hypnovel® : donc selon le réseau on arrive à s'en sortir ou pas. »

*FG.3 I.2 : « L'HAD parfois ce n'est **pas très convaincant**. Le problème c'est que j'ai vu beaucoup les défaillances, parce que quand on est aux Urgences et qu'on reçoit un patient en HAD en soins palliatifs... En théorie, on est censé avoir quelqu'un qui peut se mobiliser pour soulager le patient ou le prendre en charge à domicile. »*

3.3.4.3 Les services de soins infirmiers à domicile

Une seule interne connaissait bien le rôle du SSIAD spécialisé en soins palliatifs d'Arnault Tzanck, découvert au cours du *DU Pratique des soins palliatifs*, mais elle n'avait pas travaillé en collaboration avec ce service de soins à domicile. Pour la majorité des internes, les SSIAD ne sont pas connus.

FG.3 I.6 : « C'est un réseau d'infirmiers, d'aides-soignants et il y a une infirmière coordinatrice qui prend en charge tout ce qui est soins infirmiers, soins corporels, toilette à domicile, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (...) Je l'ai découvert en faisant le DU de soins palliatifs. »

3.3.4.4 Les équipes mobiles de soins palliatifs à domicile

Nous avons eu peu de retours sur les échanges avec les EMSP se déplaçant à domicile.

E.I.1 : « Pour l'instant, je n'en sais rien. J'aimerais bien savoir. Je sais qu'il existe en fonction des régions, etc. (...) des équipes mobiles de soins palliatifs qui sont joignables. »

Deux internes ont pu rencontrer ces EMSP à domicile et ont pu être aidés dans leur prise en charge, et avoir une conduite à tenir claire pour la suite.

FG.2 I.7 : « On a fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs qui est venue un petit peu aider. »

3.3.4.5 La collaboration avec les infirmières libérales

En ville, il est fréquent que le médecin généraliste travaille avec les infirmières du secteur. Quand cela est suffisant, le patient souhaite généralement garder les mêmes soignants. Les internes interrogés ont semblé également beaucoup se reposer sur cette ressource.

*E.I.1 : « On était beaucoup en contact avec **son infirmier à domicile**. »*

*FG.3 I.2 « Certains (patients) ont déjà **leurs** infirmières qu'ils connaissent bien, donc on ne change pas souvent de structure. »*

*FG.1 I.3 : « Pour les situations urgentes, moi je ferai avec **l'infirmière à domicile**. »*

3.3.4.6 L'hospitalisation de jour

L'idée d'une hospitalisation temporaire afin de bénéficier d'un avis spécialisé pour adapter le traitement a été évoquée.

*FG.2 I.2 : « Après je pense que c'est possible, même si le patient est en soins palliatifs à domicile, de bénéficier d'une hospitalisation pour voir un médecin, je ne sais pas si ça se fait beaucoup... **un genre de réévaluation** de traitements qui est mis en place. Pour servir un peu de relais. »*

Ce à quoi une collègue a répondu : *FG.2 I.6 : « Tu n'auras jamais un lit pour ça ! » (D'un ton ferme).*

3.3.5 Une prise en charge sans difficultés notables

Les internes interrogés en entretien individuel ont semblé sereins quant à la faisabilité de la prise en charge à domicile.

*E.I.1 : « Je pense que j'arriverai, enfin j'espère, à **faire comme les prises en charge hospitalières**, mais à domicile. »*

*E.I.2 : « Ça dépend, je pense qu'il n'y a **rien de compliqué à la maison**. C'est juste voir avec la famille jusqu'à quel point ils veulent rester à la maison (...), je pense qu'il n'y a pas spécialement de freins. »*

3.4 UNE COMMUNICATION AUSSI IMPORTANTE QUE PERILLEUSE

3.4.1 Communiquer avec le patient

La façon de s'adresser au patient, les termes à employer ont beaucoup posé question aux internes en début de cursus. La communication avec le patient a été peu évoquée.

La confrontation quotidienne aux familles au cours de l'internat a permis d'améliorer cette compétence.

*FG.3 I.5 : « C'est la communication qui est le plus difficile au début (...) **Comment s'adresser au patient, à sa famille, parler de la mort avec lui ou pas. Ce qu'il faut dire, ce que l'on peut dire, ce que l'on ne peut pas dire.** »*

D'après eux, l'expérience les a aidés à progresser :

*E.I.2 : « J'essaye d'expliquer calmement au patient, à la famille, du mieux que je peux en donnant le plus de détails que je peux (...) Je suppose **que c'est plus facile par rapport au premier semestre c'est sûr.** »*

E.I.2 : « Je pense que j'arrive un peu mieux à communiquer (...) qu'au début. »

3.4.2 Communiquer avec la famille

La famille tient une place centrale dans la prise en charge d'un patient en phase palliative.

C'est de manière prépondérante dans les trois FG que les internes ont pointé l'importance de la **communication avec la famille**.

E.I.2: « Le plus dur c'était la communication avec la famille, dire que l'on fait ce que l'on peut. »

FG.1 I.2 : « Il y avait quelque chose de difficile à appréhender dans la relation avec la famille. »

Les internes se sont heurtés à l'incompréhension et la souffrance des proches et ne savaient pas toujours comment y faire face. Certains internes ont remis en question leur technique de communication et ont fait appel aux psychologues pour les aider.

FG.2 I.7 : « La famille ne comprenait pas le principe de la prise en charge, etc.(...) chaque semaine on expliquait les mêmes choses (...) On se disait : Est-ce qu'on explique mal, ou c'est la famille qui ne veut pas comprendre ? »

FG.2 I.6 : « Je me suis même demandé si c'était moi qui avait un problème d'expression, si je ne me faisais pas bien comprendre ou si c'était pas moi le problème au final. »

FG.2 I.6 : « On a fait appel à un psychologue du service pour qu'il nous dise ce qu'il pense. Parce que vraiment, les rapports avec la famille c'était le chaos. »

3.4.2.1 Les pressions familiales

Parfois les relations avec les proches des patients ont été conflictuelles ce qui a compliqué la prise en charge des patients. Les internes ont rapporté une certaine agressivité des proches. Les relations conflictuelles en ville comme à l'hôpital ont été identifiées comme une difficulté majeure.

*FG.2 I.5 : « A mettre la **pression** sur les infirmières, les médecins. »*

*FG.2 I.4 : « Il **menaçait** les infirmières d'appeler ses collègues du SAMU pour augmenter les doses parce qu'il n'est pas soulagé. »*

*FG.2 I.1 : « Ils ont fini par porter **plainte** pour « non assistance à personne en danger. »*

3.4.3 **La difficulté de la communication ville-hôpital**

Les stages chez le praticien ont permis de prendre conscience du manque de transmissions ville-hôpital ce qui est pénalisant pour le médecin traitant et a fortiori le patient.

*FG.2 I.2 : « A l'hôpital, c'est vrai que **l'on ne les (médecins traitants) appelle pas**. On déclenche une HAD sans les appeler. »*

*FG.2 I.6 : «Il (le médecin traitant) est souvent **oublié** d'ailleurs, qui est souvent prévenu après que le patient soit rentré ou qui est prévenu parce que ça ne va pas. Et donc je pense que pour lui ça doit être très désagréable. »*

La communication avec l'oncologue référent a été évoquée. Elle est importante et participe à la continuité des soins. Les internes ont cherché ce lien qui était nécessaire pour le patient ayant investi cette relation avec le cancérologue.

E.I.1 : « L'oncologue et son gastro-entérologue aussi, avaient fait des courriers. »

FG.1 I.4 : « On avait des difficultés à joindre le cancérologue. Il venait d'une hospitalisation, on n'avait pas le compte rendu d'hospitalisation. »

3.5 LES SOINS PALLIATIFS A DOMICILE

3.5.1 La place du médecin généraliste dans la prise en charge à domicile

3.5.1.1 Une place centrale

Indéniablement, les internes ont nommé le médecin généraliste comme le médecin référent du patient.

*FG.1 I.3 : « Il faut en effet qu'il y ait un médecin généraliste **central** et **pivot**. »*

*FG.2 I.7 : « C'est un **pilier**. »*

3.5.1.2 La relation de confiance

La relation construite au fil des années permet au patient et sa famille d'être en confiance avec le médecin généraliste. Il est auprès du malade à toutes les étapes de la maladie. Ainsi, il peut donner des informations de manière progressive, en suivant la temporalité de son patient et de ses proches.

*FG.1 I.4 : « C'est peut-être **lui** qui va avoir le plus la **confiance** de la famille. »*

*FG.1 I.4 : « Le médecin généraliste est là aussi pour **expliquer**. Parfois la compréhension passe par plusieurs étapes, et le médecin généraliste est là pour être à chaque **étape** de **l'acceptation** (...). »*

*FG.3 I.6 : « Ils **connaissent** vraiment leurs patients mieux que les autres médecins, parce qu'ils les suivent depuis longtemps (...) Ils ont déjà un rôle **d'information**. »*

3.5.1.3 Le rôle de prescripteur

Dans ces situations où plusieurs médecins ont été impliqués dans la prise en charge du patient, on a remarqué que le rôle de chacun ne semblait pas bien défini notamment en ce qui concernait les prescriptions.

*FG.1 I.1 : « Le **médecin traitant** et le **médecin de l'HAD**, les deux peuvent prescrire. Non ? c'est qu'un des deux ? »*

FG.1 I.2 : « Le médecin traitant, mais il se met en relation avec le médecin de l'HAD pour dire : « j'ai modifié ça et ça »... »

3.5.1.4 Le rôle de coordonnateur des soins

Le médecin généraliste évalue les besoins du patient afin de définir le projet de soins et de coordonner les aides. C'est vers lui que les aidants se tournent quand la charge en soins du patient évolue et qu'elle nécessite d'être adaptée.

*FG.1 I.3 : « Il faut un médecin traitant qui soit absolument là pour gérer, pour **coordonner** le tout, parce que sinon après c'est droit à la catastrophe. »*

*FG.2 I.2 : « Il doit être le **coordonnateur** des soins qui fait la **relation** entre la famille, l'hospitalisation à domicile s'il y en a une, le retour à domicile, enfin c'est un peu le **pivot**, avec les infirmières également. »*

3.5.2 **L'investissement personnel et psychologique futur**

Certains internes se sont projetés dans leur exercice futur et ont réalisé l'impact émotionnel d'une telle implication.

*E.I.1 : « Cela doit être très très très dur, après trop, je ne pense pas, mais ça doit être quelque chose de très très **intense**. »*

*FG.1 I.4 : « Mais à la maison on connaît la personne depuis longtemps, ça va être encore plus **difficile**, il faut se mettre dans une bulle, voilà. »*

3.5.3 **Les freins de la prise en charge à domicile**

3.5.3.1 La disponibilité

La disponibilité a été identifiée comme un frein majeur à la prise en charge à domicile. Certains internes ont mentionné également la permanence téléphonique sur leur téléphone personnel comme une contrainte. D'autres ont donné leurs coordonnées sans y voir un inconvénient et sont prêts à se rendre disponibles sans restriction d'horaire.

FG.3 I.5 : « *Le plus gros frein c'est la disponibilité (...) Il faut pouvoir se dire que l'on va être disponible à **n'importe quelle heure** pratiquement du **jour** et de la **nuit**.* »

FG.3 I.5 : « *Il faut être prêt à **y passer du temps** plus que pour n'importe quel autre patient.* »

La prise en charge à domicile impose de se déplacer fréquemment chez le patient pour une « urgence palliative », pour ajuster les thérapeutiques, accompagner le patient et sa famille dans l'épreuve qu'ils traversent.

E.I.1 : « ***Aller voir** le patient plus ou moins tous les jours, s'il n'est pas douloureux, être en relation surtout avec la famille.* »

FG.3 I.5 : « *Il faut y aller le **dimanche soir** s'il n'est pas bien le dimanche soir.* »

Des internes avaient déjà dans l'idée de coordonner la prise en charge avec les IDEL afin de faire un premier point à domicile et donc de s'épargner quelques interventions.

FG.2 I.2 : « *Finally, elles (IDEL) peuvent toujours passer un coup de fil au médecin. Parfois il n'a pas forcément besoin de se déplacer lui-même s'il y a des infirmières qui sont un petit peu formées.* » « *Elles peuvent faire un peu le rôle de tampon je pense, pour éviter justement qu'il ait à se déplacer tous les jours.* »

Cette disponibilité semblait **contraignante** pour une majorité des futurs médecins généralistes, certains ont insisté sur le besoin de **protéger leur vie privée**.

FG.2 I.5 : « *Il y a des jours où l'on est en famille. **On a sa vie privée**. On ne peut pas être disponible.* »

3.5.3.2 Le manque de valorisation

Pour les internes interviewés, le temps d'accompagnement était insuffisamment valorisé dans les cotations des médecins généralistes, ce qui pouvait être un frein dans la prise en charge. Cependant, les avis ont été divergents à ce sujet.

FG.1 I.3 : « *Il Faudrait des **cotations spéciales**. Alors on a la visite longue avec le médecin*

traitant mais c'est qu'une fois par an. »

FG.1 I.1 : « Quand tu as suivi ton patient pendant 30 ans tu t'en fiches qu'il manque une cotation, tu finis le boulot. »

3.5.3.3 L'équité des soins

Le temps nécessaire à l'accompagnement d'un patient en soins palliatifs ne doit pas se faire aux dépens des autres patients.

*E.I.1 : « Être disponible de manière adaptée pour la famille et la demande du patient, sachant qu'il y a **d'autres patients** qui attendent autre part. »*

*FG.2 I.5 : « L'incapacité d'être disponible 24H/24 pour **un patient** en particulier. »*

3.5.3.4 L'isolement du médecin généraliste

3.5.3.4.1 L'isolement géographique

Dans certains secteurs géographiques les internes ont été confrontés à ce sentiment d'isolement et à l'impossibilité de recevoir l'aide des réseaux de soins palliatifs ou des IDEL.

*FG.2 I.1 : « Il y avait des villages où les infirmières disaient : C'est impossible, **je ne passe pas ici.** »*

*FG.2 I.1 : « **L'environnement.** Si le patient vit dans la pampa à cinquante kilomètres c'est compliqué. Ça dépend des endroits, mais je pense qu'il y a des endroits où l'on est vraiment isolé et là clairement ce n'est pas adapté. »*

3.5.3.4.2 Les décisions collégiales en ville

Le manque de collégialité a été cité comme une difficulté pour les internes car synonyme de responsabilité non partagée. C'est aussi ce qui provoque le sentiment de solitude dans l'exercice de la Médecine Générale.

*FG.3 I.3 : « **Ne pas pouvoir en discuter** facilement avec d'autres personnes pour prendre une décision collégiale. »*

*FG.1 I.5 : « Être tout **seul** avec le patient en soins palliatifs et ses **questions**, c'est ça le plus*

dur, plus que le côté affectif. »

Certains internes ont pourtant participé au cours de leur stage chez le praticien à des réunions pluridisciplinaires.

*E.I.1 : « On a fait une réunion pluridisciplinaire avec une équipe de soins palliatifs en ville, son **infirmière**, sa **femme**, le **patient** et **nous**, pour le passer en soins palliatifs de son cancer. »*

*FG.2 I.2 : « On a fait une réunion, il y avait les deux **infirmières**, la **femme** du patient, le **praticien**. Et après une deuxième réunion, mais je n'étais pas là, avec le médecin coordinateur de l'HAD qui est venu au domicile pour faire le point. »*

3.5.3.5 La coordination des soins à domicile

La gestion des intervenants à domicile n'était pas chose aisée selon les internes. Ils connaissaient en théorie les ressources mobilisables, mais il n'a pas toujours été facile de les solliciter en pratique. Certains internes n'avaient aucune connaissance sur la possibilité des prises en charge palliatives au domicile.

*FG.1 I.3 : « Les SSIAD, les réseaux de soins palliatifs, les infirmières libérales aussi (...) On les a tous **identifiés** mais en pratique ce n'est pas si facile que ça de les avoir et de le mettre en place. »*

*FG.3 I.1 : « Moi c'est surtout que je ne suis même pas au courant de **comment mettre en place des soins palliatifs en ville**. » « Je ne savais pas qu'on était en **capacité de le faire**. Je pensais que c'était par une structure. »*

3.5.3.6 La gestion de la sédation à domicile

A l'évocation de la sédation à domicile, les réponses ont été très contrastées. D'une part, peu d'internes interrogés étaient informés de la possibilité de celle-ci à domicile. D'autre part, pour certains internes cela **n'était pas de leur ressort**, mais de celui d'un médecin de permanence de soins comme SOS médecin. Ainsi, les internes ne se sentant pas concernés par ce soin, n'avaient pas identifié de frein particulier. C'est principalement le côté technique qui a été nommé comme un frein à la sédation à domicile.

FG.1 I.4 : « C'est encore quelque chose de très **spécifique** parce que dans la vie courante à l'hôpital ou en ville, hormis les soins palliatifs évidemment, **on n'accompagne pas les gens**. Il n'y a pas ces problèmes-là, **on n'a pas à gérer**, enfin j'imagine... à gérer des sédations terminales à domicile. »

E.I.2 : « Il y a un médecin qui est de permanence de soins, s'il faut sédaté le patient, il se déplace et il vient le **faire**. »

3.5.3.7 La difficulté de la prise en charge médicamenteuse

Quelle que soit l'année de DES, ils ne se sentaient pas suffisamment formés à la prescription en ambulatoire et ne savaient pas ce qu'ils étaient en droit de prescrire. Les prescriptions d'opioïdes forts et de médicaments à visée sédatrice étaient problématiques pour les internes interrogés.

FG.3 I.2 : « **Morphine®**, **Hypnovel®**, je crois qu'on connaît. Scopolamine®, les soins de bouche, on connaît à peu près, peut-être pas complètement bien, et le reste c'est le brouillard. »

Ainsi lors des FG réalisés, ils ont découvert la possibilité de faire certaines prescriptions en ambulatoire. Majoritairement, ils n'étaient pas informés de la possibilité en tant que médecin généraliste de prescrire du midazolam, dans les situations de prises en charge palliatives terminales nécessitant une sédation à domicile.

FG.3 I.2 : « Les médecins généralistes **ont le droit** de prescrire de l'Hypnovel® ? Sans formation spécifique ? »

FG.1 I.3 : « C'est normalement sur prescription d'un urgentiste ou anesthésiste réanimateur »

Les internes ont rapporté l'impossibilité de se procurer des médicaments comme l'Hypnovel® qui sont à délivrance hospitalière. Ce qui a pu les mettre en grande difficulté à domicile.

FG.1 I.3 : « La principale difficulté, vraiment sur la fin de vie à domicile c'est l'**arsenal thérapeutique**. »

Cependant, un interne pensait pouvoir soulager un patient à domicile et faire un accompagnement de fin de vie grâce à la Morphine®.

*E.I.2 : « Et en vrai, pour avoir remplacé dans l'arrière-pays, il n'a même pas de voie ni rien. Donc tu fais une **IVD** (de Morphine®). Il y a toutes les chances pour que ton injection fasse plus que de le sédaté et c'est peut-être toi qui mettra fin à sa vie. »*

3.5.3.8 La disponibilité et la capacité des aidants

3.5.3.8.1 La nécessité de la présence d'un aidant à domicile

*FG.1 I.1 : « Il faut une famille hyper **opérationnelle**. »*

*FG.3 I.6 : « **S'il n'y a pas d'aidant naturel pour le patient, pour alerter... c'est un principal frein.** »*

Il fallait que la famille se sente **capable** d'assumer une telle mission. Pour cela elle devait être bien informée de la maladie, son évolution et des symptômes pouvant survenir. La famille devait également pouvoir alerter en cas d'urgence.

FG.2 I.1 : « Que la famille soit consciente que le patient va décéder à domicile. »

*FG.1 I.5 : « Il y avait donc sa femme qui était vraiment dans un état **d'angoisse** et de **dépression** avancé, qui pleurait tout le long. »*

3.5.4 **L'importance de l'anticipation**

Les internes ont insisté sur la nécessité d'anticiper les complications pouvant survenir à domicile afin d'assurer le confort du patient.

FG.1 I.5 : « Comment anticiper les problèmes qui vont arriver. »

FG.1 I.3 : « Être dans l'anticipation avec le patient et avec la famille. »

Anticiper les prescriptions c'était anticiper les complications à venir. Cela a pu être discuté au cours d'une réunion pluridisciplinaire pour une interne, ce qui appuie la nécessité de ces

réunions.

*E.I.1 : « Il y avait une **conduite à tenir** en plus, hyper claire, qui était sortie de cette réunion là. Avec les traitements antalgiques que l'on pouvait proposer et les solutions. »*

3.5.4.1 Eviter les passages aux Urgences

Les derniers instants de la vie ont parfois été difficiles à gérer à domicile pour les rares internes qui y ont été confrontés. Soit parce que les symptômes n'ont pas pu être amendés, soit ils ont été source d'angoisse pour la famille qui a dirigé le patient vers les Urgences. Malheureusement, parfois c'est aux Urgences que le patient est décédé. Les internes ont été confrontés lors de leur stage aux Urgences à ce type de situation.

*FG.2 I.1 : « C'était un monsieur qui était **en fin de vie à domicile** et ils nous l'ont envoyé (aux Urgences) parce qu'il était en train de **mourir**. »*

*FG.3 I.2 : « Passer des **heures** sur un brancard après le trajet en ambulance (...) Parfois, il **meurt** aux urgences. »*

Pourtant à leur tour dans des situations complexes à domicile, les internes se posent également la question de l'orientation aux Urgences du patient.

FG.1 I.3 : « Soit faut l'envoyer à l'hôpital pour qu'elle (la patiente) ait une prise en charge palliative adaptée et qu'elle soit accompagnée comme il faut, soit il faut faire ce qu'on peut à la maison avec l'HAD. »

3.5.4.2 La collaboration avec le SAMU

Des internes ont livré leur expérience de collaboration avec le SAMU dans des situations de fin de vie. Malheureusement, ils n'ont pas reçu le soutien escompté.

FG.1 I.3 : « Après personnellement pour avoir plusieurs expériences avec le SAMU... Je sais que je ne les appelle pas sur une fin de vie. »

*FG.2 I.7 : « Le SAMU lui avait répondu : « Et bien Madame, écoutez, elle est en soins palliatifs, nous on ne fera **rien de plus** donc appelez le médecin traitant. »*

3.6 LA FORMATION UNIVERSITAIRE

3.6.1 Le ressenti des internes de Médecine Générale sur leur formation théorique en soins palliatifs

3.6.1.1 Une formation en DCEM hétérogène selon la faculté d'origine

D'après les internes, la formation théorique en DCEM était insuffisante.

*FG.2 I.7 : « La formation en soins palliatifs je ne sais pas vous, mais moi je n'ai **pas eue**. »*

*FG.3 I.5 : « On avait eu un cours à Grenoble avec un médecin de soins palliatifs, une psychologue, une assistante sociale. Un cours d'**une heure** en amphithéâtre. »*

*FG.3 I.6 : « A Besançon, on a une **grosse formation** sur les soins palliatifs, parce qu'on a le Professeur Régis Aubry qui est une ponte. »*

Tous s'accordaient à dire que la formation en DCEM n'était pas adaptée. D'une part, en tant qu'étudiants, ils n'ont pas encore été confrontés à ces situations et ne se sont pas impliqués dans cet apprentissage.

D'autre part, rares sont les facultés qui ont évalué ce module, ce qui n'a pas incité les internes à y consacrer du temps. Les cours sur les antalgiques par exemple ont été plus travaillés car ils étaient susceptibles de faire l'objet d'une question aux partiels. Pour certains, le fait d'avoir été évalués à l'ECN par des **mots-clés** a conditionné leur façon de travailler et d'apprendre. Les soins palliatifs ne seraient pas selon eux un domaine que l'on peut travailler en mots-clés.

*FG.1 I.3 : « Elle est **insuffisante**, et absolument **inadaptée**. »*

*FG.1 I.3 : « La formation deuxième cycle, c'est vrai qu'avec les **mots-clés** on ne retient pas grand chose de vraiment pratique... »*

*E.I.2 : « Franchement c'est pas du tout ça qui sert à la **pratique future**. »*

3.6.1.2 Le manque d'implication des externes

Les internes s'accordaient à dire qu'au cours des stages hospitaliers de DCEM, en tant qu'« externes » ils n'étaient pas assez impliqués dans la prise en charge des patients. Ils

étaient passifs et n'étaient pas confrontés à la difficulté des prises en charge. Les demi-journées de stage ne permettaient pas de suivre l'évolution de chaque patient ni de rencontrer les familles qui venaient visiter leur proche plutôt l'après-midi. Ce qui, par la suite, a pu rendre le début d'internat très éprouvant.

*FG.1 I.6 : « Le deuxième cycle, (...) on a un contact **vraiment limité** avec le patient. Ce n'est pas en les voyant juste le matin... on ne sait pas après ce qu'il se passe l'après-midi ou la nuit. Je pense que ce n'est **pas assez concret** pour nous en deuxième cycle. »*

*FG.3 I.1 : « Je suivais l'interne. Je faisais **l'externe qui suivait l'interne**. Moi **je ne faisais rien de spécial** à part la suivre. »*

3.6.1.3 La violence du changement de statut d'externe à d'interne

Pour nos internes interviewés, la transition ne s'est pas faite de manière progressive ce qui a pu accentuer la difficulté de ce changement de statut.

Ils ont dû assumer subitement une grande responsabilité et se sont retrouvés confrontés à la réalité du métier.

*FG.1 I.6 : « Et peut-être mis dans le jus de façon un petit peu **brutale**... »*

*FG.1 I.6 : « J'étais absolument **novice** (...) Limitée par mon très **peu d'expérience** et en tant qu'interne et dans les soins palliatifs. »*

3.6.1.4 Le manque de formation en TCEM

*FG.1 I.6 : « On n'a vraiment **aucune** formation en troisième cycle. »*

Cependant, quelques internes ont bénéficié de formation dans les hôpitaux périphériques où ils ont réalisé un stage. Cette formation était, selon eux, plus adaptée à leurs besoins et en adéquation avec leur pratique future.

FG.3 I.4 : « A Draguignan on avait eu une formation, pas mal, en DES 1(...) C'était super complet. Ça durait au moins deux heures. »

FG.3 I.4 : « C'était un bon juste milieu, entre nous former sur tout ce qui est communication, par rapport à la famille. Ils nous rassuraient par rapport aux molécules. »

Certains internes ont pu apprendre sur le terrain avec des séniors formés en soins palliatifs.

E.I.2 : « En fait, mon premier stage en SSR, on avait des lits de soins palliatifs. Du coup, il y avait une des médecins qui avait fait une formation en soins palliatifs, on va dire qu'elle m'a un peu formé entre guillemets en soins palliatifs, mais je n'ai pas reçu de formation. »

3.6.1.5 L'apport des GEASP en demi-teinte

Les GEASP ont permis aux internes d'échanger sur leurs difficultés et de se soutenir mutuellement. C'est surtout au début d'internat que ce groupe semble avoir aidé les internes.

*FG.1 I.3 : « Ça nous a aidé à **dédramatiser** un petit peu. »*

FG.1 I.3 : « Sur l'idée des soins palliatifs et de la mort on va dire...On en a parlé entre nous. »

*E.I.2 : « **En première année ça rassure un peu tout le monde et c'est bien (...)** Mais après c'est assez redondant dans les autres années. »*

Malheureusement, selon eux les GEASP n'ont pas apporté assez de réponses aux questions pratiques qu'ils se posaient.

FG.1 I.3 : « Sur l'aspect technique et les choses comme ça, non, les GEASP ne nous ont pas aidés (...) On n'a finalement jamais de réponses. »

3.6.2 La formation pratique

3.6.2.1 L'absence de certains séniors

De nombreux internes ont dénoncé le manque d'encadrement par leurs séniors, ils se sont retrouvés livrés à eux-mêmes avec leurs **questionnements** et ils ont parfois pris, **seuls**, des décisions qui auraient dû être collégiales.

*FG.3 I.6 : « On n'était **pas très épaulé**. »*

*FG.3 I.2 : « Je crois que c'était un **défaut d'encadrement**. J'ai répondu à mes propres*

questions en allant tirer par la manche les médecins de l'hôpital de Fréjus pour m'aider. »

3.6.2.2 Le manque de formation des séniors en soins palliatifs

Certains praticiens hospitaliers ne sont pas formés en soins palliatifs, pourtant c'est bien au contact de ces derniers que les internes apprennent au cours de l'internat. Le manque de formation des séniors a retenti évidemment sur la prise en charge du patient mais également sur la formation des internes.

*E.I.1 : « On était, mes chefs et moi, très très **frileux** sur les **antalgiques**, l'**Hypnovel®**. »*

*FG.3 I.2 : « Je crois qu'on n'a **pas** toujours **accès** à des médecins qui sont **bien formés** dans le domaine. Et on **reproduit**. »*

Une interne a révélé le refus d'un séniors de *faire du soin palliatif* dans un service qui avait pourtant des LISp, l'obligeant à trouver du soutien auprès d'un médecin d'un autre étage ou à prendre des décisions, seule. Ou plus étonnant encore, l'obligeant à profiter de l'absence de son séniors pour agir.

*FG.2 I.1 : « On a un séniors qui est complètement **réfractaire** aux soins palliatifs (...) donc j'avais contacté **l'autre séniors du dessus**. Mon chef était complètement **contre** les SAP de Morphine® et d'Hypnovel®. »*

*FG.2 I.1 : « Au final au bout de dix jours quand mon chef est parti en vacances, **j'ai enlevé l'hydratation** et elle est décédée bien sûr. » (réactions des confrères, rires)*

3.6.2.3 L'apprentissage au contact des séniors formés en soins palliatifs

Il est ressorti dans les différents FG que la présence d'un séniors ou maître de stage formé en soins palliatifs a été une **ressource essentielle**. La compétence *Relation, communication, approche centrée patient* dont les internes manquaient s'est développée au cours des stages, en s'inspirant de leurs aînés. C'est ce que l'on appelle le **compagnonnage**.

*FG.2 I.1 : « Il y avait un séniors habilité aux soins palliatifs sur l'hôpital. Donc avec lui, c'est vrai que c'était toujours **lui notre ressource** dès que l'on avait un souci. »*

*FG.3 I.4 : « C'était vraiment bien de pouvoir **le suivre et d'écouter** ce qu'il disait, de prendre*

*les bonnes tournures (...) C'est intéressant d'**écouter** les autres aussi. »*

*FG.3 I.5 : « **Écouter** les autres. **Écouter** ma chef quand j'étais avec elle. Et à Fréjus, avoir aussi les autres médecins qui ont plus d'expérience, comment ils font. Ça, ça m'a aidé. »*

3.6.2.4 Le rôle de formation des équipes mobiles de soins palliatifs

Les EMSP ont été une **aide précieuse** pour certains internes, cela leur a permis d'avoir une formation pratique au cours de leur stage hospitalier ou ambulatoire. Les EMSP ont pu les initier à la *démarche palliative*.

E.I.1 : « L'EMSP nous a donné des contacts. »

*FG.1 I.3 : « La seule formation c'est celle que je me suis faite moi-même, en demandant aux **EMSP** qui passaient dans les **services**. »*

3.6.2.5 L'évolution du vécu

Au cours de l'internat et des différents stages, les internes ont acquis de l'**expérience**, ce qui leur a permis d'appréhender les situations suivantes avec plus de sérénité. La progression des internes s'est faite dans tous les champs de compétences (et notamment le relationnel). Cette expérience était indispensable à l'acquisition des compétences requises pour la pratique de la Médecine Générale. C'est au fur et à mesure que l'interne a appris à **prendre du recul** pour se protéger.

*FG.2 I.1 : « Après ce n'est pas que l'on prend l'habitude mais **on prend de la distance**. »*

*FG.3 I.6 : « Plus les semestres avancent plus on rencontre des situations et plus je me dis que les situations que j'ai dû gérer, je les gérerais différemment avec un peu **plus de recul**. »*

*FG.3 I.5 : « Ce qui m'a le plus aidé, c'est l'expérience, c'est **chaque** patient, un par un. J'ai l'impression d'avoir à chaque patient, une situation qui m'a servi pour la fois d'après. »*

3.6.2.6 Le manque d'expérience en fin d'internat

Plusieurs internes de DES 2 et 3, en fin de cursus n'ont que très rarement été confrontés à des situations de fin de vie à domicile.

FG.2 I.2 : « J'ai envie de savoir **comment faire**. Quand je serai généraliste, j'aurai à gérer ce genre de situation, je n'ai pas envie d'être larguée. Parce que je pense que l'on va accompagner **de plus en plus de gens** qui vont peut-être rester à domicile, avec de l'HAD... »

FG.2 I.7 : « Moi, ma dernière expérience, et un peu **la seule** on va dire, c'était le mois dernier (...) je suis en **sixième** semestre. »

FG.2 I.6 : « J'ai fait mon stage chez le praticien **mais je n'ai pas été confronté** à cette situation de soins palliatifs dans les six mois. »

Certains **n'ont pas rencontré de situations** malgré un stage de niveau 1 chez le praticien.

E.I.2 : « A domicile, je n'ai **jamais** eu à gérer une fin de vie. »

3.6.2.7 La difficile transposition de la prise en charge hospitalière à la prise en charge à domicile

La formation ayant été principalement hospitalière au cours de l'internat, celle-ci est difficilement reproductible à domicile. On remarque que certains internes sont inquiets sur les difficultés que cela peut engendrer alors que d'autres sont frustrés de ne pas pouvoir utiliser les compétences acquises à l'hôpital.

FG.3 I.6 : « Par rapport à l'hôpital où il y a toujours quelqu'un de disponible pour adapter les traitements à deux heures du matin, une perfusion d'antalgique qui lâche. »

FG.2 I.6 : « A domicile ce n'est pas pareil. »

FG.1 I.3 : « Je me rends compte que l'on a passé trois ans d'internat dans des services hospitaliers à gérer du soin palliatif, à se former aux soins palliatifs tout seul, enfin au moins à gérer de la sédation, (...) **On a une certaine pratique** et punaise (tape du poing sur la table) on sort de l'hôpital et **on ne peut plus rien faire**. »

3.6.3 Les attentes en formation complémentaire

Les internes interrogés ont été unanimes sur le manque et/ou l'inadéquation entre la formation et les besoins en pratique ambulatoire. Les réponses obtenues suggéraient de renforcer leur

formation théorique et pratique en soins palliatifs au cours du TCEM.

La majorité des propositions qui ont été faites pour l'organisation d'une formation complémentaire en soins palliatifs émergeaient des propos d'internes de DES 3 (ou post internat).

*FG.1 I.1 : « Je me suis **projetée** dans la formation (...) Cela aura **un impact important** ce que tu fais parce que nous en tant que médecins généralistes ça va nous former pour la maison. »*

3.6.3.1 La volonté des internes d'approfondir leurs compétences

Pour certains, la formation complémentaire en soins palliatifs au cours du TCEM devrait être obligatoire.

*FG.3 I.6 : « Je pense que c'est **primordial**. Tu prêches une convaincue. »*

Un seul interne a évoqué les limites des formations et d'autant plus en soins palliatifs où les grands enseignements seraient tirés de l'expérience. Néanmoins, il qualifiait plus loin dans l'entretien la formation d'obligatoire.

FG.3 I.5 : « Après je trouve, malheureusement ça ne va pas beaucoup t'aider pour ton objectif de faire la formation pour les internes... Ce qui m'a le plus aidé, c'est l'expérience, c'est chaque patient, un par un. »

*FG.3 I.5 : « C'est **obligatoire**. »*

En entretien individuel, un interne a affirmé sa position sur la nécessaire formation des internes de spécialités médicales hors Médecine Générale.

*E.I.2 : « Je pense que ça devrait être **obligatoire** pour tout le monde. Enfin au moins aux **spécialités médicales**. »*

3.6.3.2 Le bon moment pour être formé

Majoritairement la formation était souhaitée en début d'internat, car c'est là que la carence en formation s'est fait le plus sentir.

*E.I.2 : « Je pense, au début, en **première** année (...) c'est le **début** d'internat, c'est peut-être plus difficile d'être confronté à la mort en première ligne plutôt que quand t'es externe on va dire. »*

*FG.2 I.1 : « Ça peut être intéressant de **poursuivre** sur les **autres années de DES**. »*

*FG.3 I.7 : « Deux formations, une première en **tout début d'internat** où là on voit comment on aborde le sujet, comment on aborde la **famille** et les **thérapeutiques**. Et peut-être en **fin d'internat**, quand là on va vraiment être médecin généraliste en cabinet. »*

3.6.3.3 Comment être formé à la pratique des soins palliatifs ?

3.6.3.3.1 Une formation pratique

Selon les internes interviewés, au cours du TCEM, les cours théoriques en amphithéâtre n'ont pas d'intérêt et les acquisitions ne sont pas pérennes. Les internes interrogés étaient en demande de formation pratique, interactive.

*FG.1 I.1 : « Je ne sais pas si une formation théorique en fait... comme à chaque fois qu'on a une formation **théorique**, trois semaines après, un mois après, on a déjà **oublié**. »*

*FG.3 I.1 : « Puis répondre aux **questions les plus fréquentes** que se posent les familles. »*

« Je ne sais pas, est-ce que le fait qu'on lui arrête l'hydratation va le faire souffrir ? Des choses comme cela. »

3.6.3.3.2 Cas cliniques

Les cas cliniques apportés par les internes participant à la formation seraient, comme en GEASP, une base de travail intéressante pour aborder les difficultés rencontrées et répondre aux problématiques soulevées dans des situations concrètes, vécues.

*FG.1 I.3 : « Chacun ramène **un cas** ou son histoire et chacun pose ses questions en conséquence. »*

3.6.3.3.3 Petits comités

Les internes interrogés avaient la volonté de travailler en petits groupes afin de favoriser le libre échange, de se sentir à l'aise et de se livrer. Conserver les groupes de GEASP dans

lesquels règne un esprit de solidarité et de bienveillance était une idée récurrente.

*FG.1 I.5 : « Et c'est vrai que ce sont des sujets délicats, donc garder **nos groupes de GEASP** on est quand même proche et on sait qu'on ne se juge pas. »*

*FG.2 I.1 : « Les **petits** groupes. Moins on est nombreux plus c'est formateur. »*

3.6.3.3.4 Rencontre avec des professionnels compétents en soins palliatifs

Les internes étaient demandeurs de formation par des médecins ou professionnels spécialistes de la douleur et des soins palliatifs. Ils voulaient également que cette formation soit un lieu de rencontre avec d'autres professionnels de santé.

*FG.1 I.3 : « Il nous manque un retour de quelqu'un de **professionnel** pour qu'il nous donne les petites astuces qu'il nous manque. »*

*FG.1 I.3 : « Poser ses questions à **quelqu'un qui est formé** à ça et **qui pratique ça**. »*

3.6.3.3.5 Le travail avec les psychologues :

- *Pour la communication :*

En effet, lors des séminaires en interprofessionnalité, les internes ont pu rencontrer les psychologues et cela a été apprécié.

*FG.3 I.2 : « Je pense qu'il y a une formation qui serait intéressante à faire avec les **psychologues** (...) Ils ont des outils pour nous aider en communication et pour nous aider à analyser pourquoi on a répondu comme cela (...) Ils ont beaucoup de choses à nous apporter là-dessus. »*

- *Pour un soutien psychologique :*

L'idée de rencontrer des psychologues pour les aider personnellement dans l'accompagnement de leurs patients et leurs familles a également été abordée à plusieurs reprises.

*E.I.2 : « Parfois ça peut être **dur** pour le médecin. Donc savoir quoi faire si on a une prise en charge qui nous a émus. »*

*FG.1 I.1 : « Dans une situation où on avait de **l'affection pour le patient**, si on l'a suivi longtemps, et du coup lorsqu'il est décédé, comment on a fait ? si on peut **discuter** ? Parce que le médecin généraliste s'il a suivi son patient pendant 30 ans outre les actes techniques et tout... Comment il faut faire ? Comment tu fais pour avoir du recul ? »*

3.6.3.3.6 Tisser des liens entre les futurs médecins généralistes et les intervenants à domicile
 Cette formation permettrait également aux internes de mieux intégrer, de rendre concret l'organisation avec les intervenants à domicile. L'idée serait de faire une *prise de contact*.
 Les internes imaginaient cette formation comme un lieu de rencontre avec des professionnels intervenant à domicile. L'idée étant de comprendre comment s'articule la prise en charge entre le médecin généraliste et les autres professionnels et de se rencontrer.

*FG.2 I.1 : « Ça peut être intéressant de se constituer, au cours de la formation, un petit **carnet de correspondants** éventuels. »*

*FG.2 I.7 : « Avec des **intervenants extérieurs**, des gens de l'HAD qui disent concrètement : « Vous nous appelez comme ça, pour tel cas, on peut faire ou on ne peut pas faire ceci. »*

3.6.3.3.7 Les ateliers à thèmes sur une demi-journée

Nous avons soumis l'idée de faire des ateliers à thèmes, celle-ci a été bien reçue auprès des internes interrogés.

*FG.3 I.5 : « Une **matinée** avec **plusieurs ateliers**, cela paraît pas mal. Comme on a un peu lors des séminaires en fait. »*

*E.I.2 : « On peut concentrer pas mal de choses dans **une demi-journée**. »*

3.6.3.3.8 GEASP à thèmes/ Séminaire

Plusieurs internes ont suggéré l'idée de faire des GEASP ou un séminaire sur le thème des soins palliatifs. L'organisation des GEASP convient aux internes, car ce sont des petits groupes de travail qui s'appuient sur des cas cliniques apportés par les internes eux-mêmes. Leur volonté étant de pouvoir travailler quelques heures en petits groupes, avec des **intervenants formés**.

FG.1 I.3 : « Faire des GEASP à thème avec **des référents** « **PU** » si je puis dire. »

FG.1 I.5 : « Pas trop cadré, pas trop structuré, comme sont nos GEASP ou nos séminaires.

Quelque chose de **libre** où l'on peut poser nos questions. »

3.6.3.3.9 Réalisation de stage avec l'HAD

Quelques internes souhaitaient que des journées de stage avec l'HAD soient organisées, afin de comprendre comment cela s'articule en pratique.

FG.2 I.6 : « Je pense que faire **une ou deux semaines avec l'équipe de l'HAD** pour voir justement. Eux ils font la visite avant la sortie, ils font la visite au domicile (...) Je pense que ça serait cool qu'on passe un peu de temps avec eux, juste pour voir un petit peu comment ils font, et pour que l'on puisse le faire en ville éventuellement. »

3.6.3.4 Les thèmes à aborder en atelier

THÈMES À ABORDER	VERBATIM
La communication	FG.3 I.5 : « Savoir parler avec la famille, les patients. La théorie, on ne la connaît pas trop mal à la sortie de l'ECN, mais le relationnel on ne connaît pas du tout. »
La législation	FG.1 I.1 : « La question législative il faudrait aussi une formation parce que c'est un peu flou. »
Les traitements	FG.3 I.6 : « Amorcer peut-être pour les plus jeunes les thérapeutiques . » FG.3 I.7 : « L'hydratation , on peut refaire un point là-dessus. »
La sédation	FG.1 I.2 : « Oui, comment mettre en place une sédation à domicile, quelle structure on peut mettre en place... »
Les ressources externes du médecin généraliste	FG.2 I.1 : « Ça serait bien d'avoir un organigramme qui montre qui chapote, qui peut organiser, articuler ? Savoir si on peut faire appel, pourquoi ? Savoir comment ça se passe, les fonctionnements, les rouages... Comprendre comment mettre en place tout ça. »

Tableau 1 : Principaux thèmes

3.6.3.5 Validation d'heures de formation complémentaire

Nous avons voulu savoir dans quel cadre les internes projetaient de voir cette formation se développer et notamment si elle pouvait, selon eux, s'inscrire dans le cadre des heures de formation complémentaire (à valider au cours du TCEM).

FG.1 I.5 : « Oui ça pourrait clairement s'inscrire là-dedans et ça pourrait surtout nous motiver. »

*FG.1 I.6 : « Oui, clairement. C'est la **carotte**. »*

Pour certains que la formation valide des heures de formation n'est pas une obligation en soit, tant elle leur semble indispensable.

*FG.2 I.7 : « **Même si on n'en valide pas...** »*

*E.I.2 : « Oui bien sûr, si on ne peut pas faire quelque chose d'obligatoire, pour faire venir les gens, oui que ça valide les heures complémentaires c'est **intéressant**. »*

4 DISCUSSION

4.1 VALIDITE INTERNE

4.1.1 Intérêt de l'étude

Dans notre revue de la littérature, nous avons retrouvé que les études menées en France sur la prise en charge des patients en soins palliatifs concernaient majoritairement **les médecins généralistes installés** ³⁷⁻⁴⁰ et plus rarement les internes de Médecine Générale.

Pour exemple, C. ASTIER dans son étude, retrouvait que 71 % des généralistes interrogés disaient manquer de formation et 64 % d'entre-eux n'avaient jamais eu de formation théorique³⁷.

Néanmoins, quelques thèses **quantitatives** ont mis en évidence la demande des internes de Médecine Générale en **fin de cursus** de compléter leur formation théorique et pratique dans le domaine des soins palliatifs^{41,42}. C'est le cas de C. LUTZ qui montre dans son analyse quantitative, que 70 % des 340 internes interrogés sur les facultés de Strasbourg, Lyon et Marseille étaient favorables à l'augmentation de la formation théorique et pratique. La majorité des internes trouvait leur formation théorique (81,2 %) et pratique (67 %) insuffisante⁴¹.

4.1.2 Points forts méthodologiques

La validité interne de l'étude repose sur la représentation de la réalité des données recueillies, notre étude portait sur les internes de Médecine Générale du DES 1 au DES 3 contrairement à aux travaux retrouvés lors de nos recherches qui ne concernaient que les internes en fin de cursus.

La force de cette étude **qualitative** repose sur le fait qu'elle se base sur les représentations et ressentis des soins palliatifs ainsi que sur la formation actuelle des internes. La méthode qualitative choisie est appropriée au recueil des opinions, des représentations et expériences personnelles des interrogés.^{26,29,30,35}

Ce travail a permis de cibler les besoins des internes de Médecine Générale à Nice en formation dans le domaine des soins palliatifs.

Le recueil des données par entretiens collectifs (ou FG) était pertinent car il a permis d'obtenir rapidement de nombreuses données et l'interaction entre les interviewés apportait des données supplémentaires par un effet d'entraînement et a facilité le travail de remémoration³⁰.

J'ai réalisé un premier entretien individuel « test » (E.I.1) afin de tester mon guide d'entretien, (Cf. Annexe 2) j'ai pu ainsi y apporter des modifications pour l'utiliser au cours des FG (Cf. Annexe 3). Ensuite, les trois FG ont été réalisés et un entretien individuel (E.I.2) a permis de confirmer la saturation des données.

L'utilisation de deux modes de recueil nous a permis d'avoir des données différentes et de contrebalancer le biais lié à la difficulté d'expression en public et d'optimiser la validité interne de l'étude. Le cumul dans une même enquête d'entretiens individuels et d'entretiens collectifs ne sont pas incompatibles mais complémentaires. Les entretiens individuels permettent le recueil des données approfondies à l'échelle individuelle alors que les entretiens collectifs visent une dimension plus sociale³⁰.

Il a été très intéressant de voir que malgré l'utilisation d'un guide d'entretien pour structurer les FG, des questionnements éthiques ont émergé et des éléments de réponse ont pu être apportés lors de la séance, avec l'aide de ma directrice de thèse, présente à chaque FG.

L'analyse par théorie ancrée ou *Grounded Theory*, de nos entretiens a permis de rendre explicite et compréhensible les grands thèmes dégagés lors des FG, et de les mettre en relation³³.

Il est important de revenir sur le recrutement qui s'est fait sans difficulté malgré l'absence de validation d'heures de formation complémentaire pour les participants. C'est un témoin de l'intérêt des internes pour une formation complémentaire dans ce domaine.

Les internes reçus reflètent la population ciblée qui sont les internes de Médecine Générale quelle que soit l'année de DES à Nice. En effet, pour panacher les opinions et faire émerger tous les points de vue sur le sujet nous avons interrogé les internes des trois années de DES de Médecine Générale.

4.1.3 Apport personnel

La réalisation de cette étude m'a permis d'acquérir de nouvelles compétences, comme la prise de parole en public et la gestion d'un groupe. Évidemment, elle reste encore à développer mais cette première expérience a été très bénéfique sur le plan personnel.

Le premier FG était composé des internes de mon groupe de GEASP, nous nous sommes connus il y a trois ans. La bienveillance dont ils ont fait preuve m'a permis de guider la discussion avec sérénité et de prendre mes repères pour les FG à venir. J'ai pu développer cette aisance au cours des deux FG suivants.

L'organisation des FG en elle-même est un travail de coordination que j'ai aimé réaliser.

4.1.4 Limites de l'étude

4.1.4.1 Biais de recrutement

Les internes ont été recrutés sur la base du volontariat par e-mail, le taux de réponse est faible (12,1 % des internes contactés). De plus, les internes du FG 1 étaient les internes de mon groupe de GEASP, ce qui est critiquable car ils ont pu accepter de participer à l'étude par amitié, ce qui constitue un biais. Cela explique également la présence majoritaire d'internes de DES 3 dans notre échantillon (54%).

Par ailleurs, les internes étaient informés du sujet de la thèse dès le mail initial, nous pouvons alors supposer que les interviewés étaient intéressés par les soins palliatifs. Ceci a pu contribuer également au biais de recrutement.

A noter que notre panel ne comprenait que cinq hommes (soit 21 % de l'échantillon) et dix-neuf femmes. Cela est inférieur à la démographie au 1^{er} janvier 2016 en Médecine Générale en région PACA qui dénombre 45,1 % de femmes en exercice régulier en Médecine Générale,⁴³ ce qui constitue un biais.

Un biais que nous pouvons aussi évoquer est « l'effet enquêteur » qui existe dans tous les entretiens lorsqu'il y a un décalage de profil social entre le modérateur et les interviewés. Ici le modérateur étant interne, on peut considérer que ce biais était limité.

4.1.4.2 Biais liés au recueil des données :

4.1.4.2.1 Guider la discussion de groupe

Les interactions entre les internes reçus en entretien collectif peuvent potentiellement détourner l'entretien du thème discuté. D'où la nécessité de rester vigilante à ne pas perdre de vue l'objectif de l'entretien. C'est en cela que l'expérience de la dynamique de groupe du modérateur est importante, afin de guider les discussions, stimuler le groupe et assurer la fluidité des discussions entre les participants. Ce n'était pas mon cas en tant que chercheur débutant. L'absence de formation préalable à l'animation d'un groupe peut avoir entraîné un biais lors du recueil des données. Un interviewer plus expérimenté aurait peut-être obtenu des données plus riches.

Pour limiter ce biais, j'ai eu la chance d'avoir ma directrice de thèse en appui pour chacun des FG. Ainsi, elle a assuré le bon déroulé des séances, elle intervenait pour recentrer le débat, ou développer des idées qui émergeaient et qui nécessitaient d'être approfondies.

Cela était très intéressant d'être au cœur des entretiens et donc de l'émergence des données cela m'a permis de m'imprégner de celles-ci sur le terrain.

Malgré mon manque d'expérience et mon appréhension initiale, les FG se sont déroulés de manière très fluide et cette appréhension s'est vite tarie.

4.1.4.2.2 S'exprimer en public

Une limite non négligeable des focus groupes est liée à la discussion collective et à l'appréhension de s'exprimer publiquement, de livrer ses émotions. Cela est d'autant plus vrai que l'on traite un sujet sensible comme la souffrance, la fin de vie et la mort. Le recueil individuel d'une partie des données a permis de contrebalancer ce biais.

4.1.4.2.3 Désirabilité sociale

Cependant, il existe aussi un biais dit de désirabilité sociale. Il désigne le biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. Ce mécanisme psychologique peut s'exercer de façon implicite, ou au contraire être le résultat d'une volonté consciente de manipuler son image aux yeux des autres⁴⁴.

J'ai remarqué qu'au cours des entretiens individuels les internes ne verbalisaient pas avoir de difficultés majeures avec la gestion de la fin de vie à domicile. Un certain détachement s'est fait sentir, et un sentiment de pouvoir faire une prise en charge similaire à domicile qu'à

l'hôpital. Nous sommes interrogés sur ce sentiment d'aisance, dans le sens où plus tard dans l'entretien le maniement des thérapeutiques ou le sens du soin ne semblait pas acquis.

B. LAM évoquait dans sa thèse sur la mort brutale que pour certains internes demander de l'aide est parfois vécu comme un aveu de faiblesse ⁴⁵. Suite à ce constat je me suis posée la question de l'authenticité des réponses obtenues lors des entretiens individuels.

Cependant, les internes reçus en entretien individuel étant en DES 3, l'expérience peut également expliquer ce sentiment d'aisance, même s'il ne garantit pas une meilleure qualité des soins.

4.1.4.3 Biais de mémoire

Comme toute expérience qui s'intéresse au vécu, certains détails ont pu être oubliés.

4.1.4.4 Biais d'interprétation

Le fait que le chercheur soit également interne a pu biaiser l'analyse des résultats. De plus, l'analyse a été faite exclusivement par le chercheur ce qui n'a pas permis de limiter le biais lié à la subjectivité de l'analyse, même si le chercheur s'astreint à être le plus objectif possible.

Les interprétations présentées sont des analyses personnelles et sont donc discutables, le but étant de mener une réflexion constructive, nous n'avons pas sollicité de nouveau les internes, pour faire préciser ou reformuler leurs dires lorsqu'il y avait un doute sur l'interprétation.

Pour augmenter la validité interne de l'étude il est conseillé de faire une triangulation des sources et des méthodes. Compte tenu de la méthode de recherche nous n'avons pas pu faire de triangulation des méthodes ou des sources comme cela est recommandé.^{27,34,35}

4.2 REPRESENTATIONS DES INTERNES SUR LES SOINS PALLIATIFS

On remarque au travers des réponses formulées que la majorité des internes assimilent la prise en charge palliative à la *phase palliative terminale* voire à la *phase agonique*. Pourtant, quand nous avons évoqué la prise en charge palliative à domicile nous n'avons pas précisé le stade de la maladie des patients.

Les progrès de la médecine permettent dans certaines pathologies d'augmenter la survie globale du patient : la phase palliative peut alors durer plus mois ou années.

De plus, nous avons constaté que dans tous les FG la prise en charge palliative a été assimilée à la prescription de SAP de Morphine® et d'Hypnovel®, plus qu'à la prise en charge **globale** du patient à moyen puis à court terme. D'ailleurs, ils n'évoquaient pas la différence entre la prise en charge antalgique et le recours à la sédation, comme si l'une et l'autre étaient systématiquement associées sans qu'il soit nécessaire d'élaborer une réflexion autour de ces prescriptions.

Nous nous sommes questionnées sur l'origine de cette association soins palliatifs et SAP d'Hypnovel® et de Morphine® : Elle pourrait être liée, en partie du moins, au fait que les internes ont eu une formation hospitalière et ont été confrontés à des fins de vie dans ce contexte-là. C'est-à-dire à des fins de vie complexes justifiant une hospitalisation pour une prise en charge symptomatique, donc nécessitant probablement plus d'antalgiques et/ou une sédation profonde et continue jusqu'au décès selon les conditions exposées dans la loi ²⁴. Une autre hypothèse à évoquer est la difficulté d'accepter, pour les internes, le passage d'une démarche curative à une prise en charge palliative. Celle-ci serait donc très tardive, correspondant à la phase agonique comme dans leurs représentations.

En 2012, le rapport Sicard évoquait déjà que les soins palliatifs étaient trop assimilés à la fin de vie et que les USP étaient identifiées par les services cliniques comme un lieu de mort et non de vie et de soins ⁴⁶. (Ce qui était une difficulté pour le développement des soins palliatifs)

La prise en charge palliative à domicile ne se résume pas non plus aux derniers jours ou dernières heures de la vie : L'enquête « Fin de vie en France », menée par l'INED, met en évidence que 45 % des patients vivaient encore à domicile **vingt-huit jours** avant le décès ⁴⁷. Cela représente une proportion importante de patients, et nécessite pour le médecin

généraliste d'optimiser, coordonner la prise en charge et s'attacher au confort du patient et des aidants, et ce pendant des périodes parfois longues de plusieurs semaines ou mois.

Nous pouvons également ajouter que la confrontation des internes à des pratiques sédatives inadaptées dans services de soins par manque de connaissances des séniors contribue à cette vision réductrice des soins palliatifs par les internes.

Nous avons pu remarquer par ailleurs, que le **sens du soin** n'a jamais été évoqué pendant les FG, ce que nous expliquons par un manque de réflexion autour de la balance bénéfique/risque des soins. Les internes ne semblent pas considérer l'accompagnement comme un soin à part entière, et ne savent comment investir ce « temps qui reste ».

Les internes de DES 3 semblent plus à l'aise sur le plan clinique ou scientifique que les DES 1 et verbalisent leurs difficultés lorsqu'ils ne savent plus « **quoi faire** » face à l'inconfort du patient.

Dans le rapport Sicard 2012, la culture médicale est qualifiée de culture d'**activisme** ⁴⁶. En effet le **savoir-être** n'est pas mis en avant dans nos FG. Ce qui est à l'image des études médicales qui forment les internes plus à un savoir scientifique que relationnel bien que les études médicales aient connu de nombreuses réformes en ce sens ^{21,22}.

Nous avons mis en évidence cette volonté de « faire » dans les verbatim d'illustration en les mettant en **gras souligné**.

Les ressentis négatifs sont liés à la confrontation à maladie et à la réalité de la mort avec pour certains internes un vécu d'échec. La mort n'est peut-être pas assez abordée au cours des études médicales, et les internes ne sont pas assez préparés à la perte de leur patients. La réforme des études médicales permet d'aborder la vie et la mort dès la PACES (Cf. Annexe 1).

La confrontation à la mort et les tabous associés sont aussi un problème sociétal qui dépasse la seule problématique de futurs médecins. Une interne verbalisait d'ailleurs qu'actuellement « *On ne fait plus vraiment face à la mort, c'est tellement hospitalier maintenant.* » (FG.2 I.1) Cela est exacerbé en début d'internat par le passage brutal du statut d'externe (étudiant) à interne (médecin), avec de lourdes responsabilités à porter et certainement les premières expériences de confrontation, seul, au décès d'un patient...

Le vécu négatif des situations palliatives est aussi lié au sentiment de solitude et au manque d'encadrement des internes par des séniors formés en soins palliatifs laissant les internes livrés à eux-mêmes avec leurs questionnements. La solitude, les lourdes responsabilités, le manque de soutien des pairs expliquent que 66 % des futurs et jeunes médecins souffriraient d'anxiété⁴⁸.

La mort des patients peut provoquer un sentiment de culpabilité chez les jeunes médecins qui espéraient pouvoir guérir leurs patients.

B. LAM retrouve dans sa thèse⁴⁵ ce sentiment de culpabilité ressenti par les internes exposés à des morts brutales ce qui n'est pas verbalisé dans ce travail.

Serait-il donc plus facile, pour les soignants, d'accepter un décès lorsqu'il était « attendu » ou « prévisible » ?

Dans le travail de M.LADEVEZE et G.LEVASSEUR « Le médecin généraliste et la mort de ses patients », ⁴⁹ le vécu du décès par les médecins généralistes était très différent selon le contexte. Le sentiment de **tristesse** prédominait dans les discours, cependant les sentiments de surprise ou d'incompréhension étaient exprimés lors des décès brutaux. La culpabilité était ressentie dans différentes situations : lors d'un décès après un changement de traitement, devant l'incapacité d'en faire plus mais également la culpabilité de ne pas avoir été là au moment du décès. Il était évoqué également que le vécu dépendait de la durée et/ou de la qualité du lien tissé avec le patient.

À l'inverse, certains internes accompagnent volontiers des patients en phase palliative avancée. Cela est à mettre en relation avec le contexte dans lequel cet accompagnement a pu se faire. Nous avons pu mettre en évidence que les internes évoquant un ressenti positif sont ceux ayant fait des stages en USP ou dans des services avec des LISP (Cf Annexe 6 : FG.1 : I.1 et I.4). Ces services offrent des prises en charge adaptées avec des séniors formés en soins palliatifs, ce qui est rassurant pour les internes. Le sentiment du travail accompli, est source de réconfort voire de fierté pour les soignants.^{10,49,50}

Nous devons quand même évoquer le biais évident lié au choix de stage, en effet un stage en USP est probablement choisi par des internes ayant un intérêt pour les soins palliatifs.

Le travail de J. ROMBI a mis en évidence dans son analyse quantitative que les internes « très à l'aise » avec la fin de vie étaient ceux qui avaient été le plus formés et le plus exposés à la fin de vie. Ces internes avaient les meilleures connaissances médicales et législatives⁴².

Ces résultats nous confortent dans l'idée qu'il faille associer la formation théorique adaptée avec l'exposition clinique au cours de l'internat.

4.3 SOINS PALLIATIFS A DOMICILE

Les internes sont confrontés à des situations de fin de vie dès leur premier stage hospitalier mais la réalité du domicile est bien différente et l'organisation n'est pas la même. Même s'ils n'en ont pas toujours conscience.

4.3.1 Le rôle du médecin généraliste

On constate que pour certains internes il n'est pas du ressort du médecin généraliste d'accompagner un patient en fin de vie à domicile. Cet accompagnement relèverait d'une prise en charge spécialisée, alors que pour d'autres, il est aussi question **d'intérêt** pour les soins palliatifs. Pour une partie seulement, cela est inhérent à la pratique de la Médecine Générale, pourtant elle fait partie de l'activité professionnelle d'un médecin traitant dans sa définition européenne comme dans la loi Française ^{7,8}.

On peut se demander pourquoi, selon certains internes, ce type de prise en charge ne serait pas du ressort du médecin généraliste ? Est-ce par manque d'informations sur la possibilité de celle-ci en ambulatoire ? Est-ce par manque de formations et/ou de compétences pour y parvenir ?

Bien que tous les internes s'accordent sur le rôle pivot du médecin généraliste dans la prise en charge à domicile, il existe des obstacles à celle-ci que les internes ont d'ores et déjà identifiés.

Commençons par les notions du **temps** et de **disponibilité** à accorder à un patient en soins palliatifs. Ce sont les freins les plus couramment retrouvés dans les différentes thèses et rapports traitant de ce sujet. ^{10,37,39,40,42}

La démarche palliative nécessite que l'on y accorde du temps comme l'évoque J. FABRIZI « En soins palliatifs, chaque instant est important et exige des soignants une disponibilité à toute épreuve même si cette dernière nous fait quelquefois cruellement défaut »¹.

Les internes de notre étude ont évoqué également l'équité du temps accordé à chacun de leurs patients, en expliquant qu'un patient en soins palliatifs est plus nécessaire qu'un autre patient. C'est une notion que je n'ai pas retrouvée dans les travaux que j'ai consultés, pourtant elle a été évoquée dans les FG et l'E.I.1.

Certains mentionnent aussi la nécessité d'un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée. La disponibilité sans limite d'horaire, ou le fait d'être joignable 24h/24 n'est pas envisageable pour tous les internes.

Les médecins généralistes décrivaient le besoin de mettre une barrière avec leur travail pour ne pas passer à côté de leur vie personnelle selon A KEMPA⁵¹ et pour se protéger selon M.LADEVERE et G. LEVASSEUR⁴⁹.

L'ONFV insiste sur la nécessité d'une « coordination des soins » dans les situations de fin de vie à domicile. Mais une prise en charge aussi complexe ne peut pas graviter uniquement autour du médecin traitant¹⁰. L'HAD et les IDEL ont été citées comme partenaires principales par les internes, avant les réseaux de soins ou les SSIAD qui sont moins connus.

Sur le plan pratique, il leur est difficile de trouver les bons intervenants pour la prise en charge à domicile. Ils connaissent l'existence théorique des réseaux mais n'ont pas suffisamment d'expérience pour savoir comment, ni à quel moment les contacter et quel est le **rôle** réel de chacun. Cela s'explique par le fait que peu d'internes ont été confrontés lors de leur stage ambulatoire, à des prises en charge palliatives ou de fin de vie à domicile, simplement du fait que celles-ci sont rares. Les internes qui ont assisté à ces prises en charge, n'ont en général pas eu à les gérer seuls. Ils n'ont donc pas une grande expérience personnelle mais ont pu y être initiés.

On comprend alors qu'avant l'installation d'un médecin généraliste la formation pratique a été insuffisante et ne leur permettra pas de mobiliser les ressources externes existantes pour les aider. Pour rendre concrètes aux yeux des internes les ressources mobilisables et ce qu'elles peuvent apporter comme soutien, (humain, matériel, financier) aux patients et leur entourage, il manque un lieu et un temps de rencontre et d'échange entre ces professionnels.

Une interne soumettait l'idée d'une hospitalisation temporaire pour les patients en situation palliative afin de bénéficier d'un avis spécialisé pour adapter le traitement. Cela existe au CAL mais n'était pas connu des internes interrogés. L'hôpital de jour du DISSPO du CAL de Nice permet une évaluation globale des patients, avec des consultations pluridisciplinaires (médecins formés en soins palliatifs et en douleur, IDE, psychologue, diététicienne, sophrologue...) sur une journée. Aucun interne ne connaissait l'existence de cet Hôpital de jour (hormis l'interne qui y était passé en stage) (Annexe 6). Il existe également des consultations au CAL et dans le service de soins palliatifs de l'Hôpital l'Archet.

L'anticipation

Le rapport Sicard 2012, mettait déjà l'accent sur le fait que la médecine anticipait mal les situations de mort aboutissant parfois à ce que la mort soit confiée à l'urgence ⁴⁶.

« **Prévoir l'imprévisible** » est un leitmotiv pour les professionnels impliqués dans la prise en charge des patients en fin de vie à domicile selon l'ONFV ¹⁰.

Beaucoup d'internes ont parlé de l'importance d'anticiper les « complications à venir » susceptibles de provoquer un inconfort, une douleur ou risquant d'aboutir à un transfert aux Urgences du patient., mais ils n'ont pas parlé formellement de prescriptions anticipées personnalisées (PAP).

Ces prescriptions sont médicales, personnalisées, rédigées à l'avance et révisables à tout moment. Elles permettent de soulager rapidement un symptôme ou de prévenir un symptôme dont le facteur déclenchant est connu (mobilisation, pansement...). Les infirmiers jugent de la nécessité de réaliser la PAP et appliquent la prescription en l'absence du médecin.

« L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers. »⁵²

Effectivement, il aurait été intéressant d'évoquer le sujet de manière plus claire pour voir comment, en pratique, ils pensaient « anticiper » les complications pouvant survenir à domicile.

Dans le travail de thèse d'A. HATCHIKIAN ⁵⁰, les trois grands types de freins aux PAP étaient les freins relationnels, les freins organisationnels et ceux liés à la prescription en elle-même. Il n'est donc pas si évident en pratique de mettre en œuvre les PAP qui permettent pourtant une marge de manœuvre aux IDEL.

La Solitude

Devenir médecin généraliste implique d'être prêt à prendre des décisions importantes avec et pour les patients. Contrairement au mode de fonctionnement hospitalier dans lequel les internes ont été formés, l'exercice libéral ne permet pas une aussi grande accessibilité à la décision concertée.

D'ailleurs, dans le travail mené par V. CUEILLE ³⁹, 52 % des médecins n'ont jamais participé à une décision collégiale lors d'une prise en charge d'un patient en fin de vie (et 37 % mentionnent l'isolement comme la deuxième contrainte après la disponibilité).

Dans le rapport de l'ONFV, *Vivre la fin de sa vie chez soi*¹⁰ une part importante des médecins généralistes déclare un **isolement** et une **solitude** face à ces situations de fin de vie et parfois

ils ne se sentent pas capables de porter ce **poids**. Le manque de collégialité en ville renforce ce sentiment de solitude.

Dans nos FG, quelques internes ont rapporté avoir participé à des réunions pluridisciplinaires, avec des IDEL, des médecins de réseau ou de l'HAD, la famille et parfois le patient lui-même. Cette collégialité est importante afin que tous avancent en même temps dans la même direction et élaborent **un projet de soins commun et évolutif**. De plus, ces réunions rassurent le médecin généraliste, les para-médicaux, le patient et sa famille.

Quelques internes pensaient que la décision de passage d'une prise en charge à visée curative à visée palliative était **obligatoirement** soumise en RCP hospitalière. Ces internes n'avaient pas la notion que le médecin généraliste pouvait être confronté à des situations où l'évolution de la maladie cancéreuse (ou non cancéreuse), nécessite de se positionner sur le niveau d'engagement thérapeutique avec le patient, la famille, les paramédicaux sans l'avis d'un médecin hospitalier.

4.3.2 La famille

Les internes interviewés ont insisté sur les difficultés liées à la communication et l'accompagnement de la famille. L'entourage familial est nécessaire à l'accompagnement d'un patient en soins palliatifs à domicile et l'absence d'aidant familial compromet celui-ci.

Dans le travail mené par V. CUEILLE³⁹, 12 % des 86 répondants ont déjà **refusé une prise en charge de fin de vie à domicile**, premièrement par **absence d'entourage ou de famille** pour le patient, deuxièmement devant la **relation conflictuelle** avec le patient ou sa famille.

De même, dans l'étude de V. FORTANE portant sur 120 médecins en Loire-Atlantique, les **difficultés avec l'entourage**, viennent juste après les deux principales difficultés pratiques que sont la disponibilité qu'exigent ces prises en charge et leur caractère chronophage. Néanmoins, dans les commentaires libres, les médecins généralistes insistent sur le **rôle primordial** de l'entourage sans lequel la prise en charge à domicile est impossible⁴⁰.

Les difficultés avec l'entourage ont été citées dans nos FG comme un frein à la prise en charge à domicile. Je me suis demandée en quoi cet accompagnement et l'échange avec la famille était si compliqué. Un aidant est un soutien indispensable pour le malade et un allié pour le médecin.

D'ailleurs, la présence d'aidant familial fait l'objet d'un item de la *check-list* « *Sortie d'hospitalisation d'un patient relevant de soins palliatifs* » de l'HAS. En effet, dans les

recommandations de l'HAS « Comment améliorer la sortie d'hôpital des patients adultes relevant de soins palliatifs ? », l'accord de la famille ou des aidants doit être obtenu et leur disponibilité et capacité doivent être évaluées⁵³. L'épuisement des aidants est à prévenir par le médecin généraliste¹⁰. La mise en place d'un soutien des proches et des aidants était l'objectif de l'axe III-mesure XIV, du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012¹⁸. Cet axe n'avait pas atteint les objectifs initiaux. Cet objectif fait actuellement partie des actions de l'axe II du *plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018*¹⁹.

Par ailleurs, les internes ont évoqué à plusieurs reprises la volonté des familles d'accélérer la fin de vie de leur proche. Ces demandes d'euthanasie sont très difficiles à gérer pour les internes qui ne savent pas comment expliquer la démarche palliative et ce qu'est un accompagnement de fin de vie, étant eux-mêmes peu à l'aise avec ces situations.

Malgré la médiatisation de l'évolution de la loi Léonetti, le sondage d'Octobre 2016 de l'IFOP montre que 62 % des Français n'ont jamais entendu parler de la loi Claeys-Léonetti et 53 % pensent que la sédation profonde et continue n'existe pas¹¹.

Dans notre travail aucun interne n'a évoqué le rôle des bénévoles et les aides sociales pour faciliter l'accompagnement à domicile par les aidants, ce qui montre que l'entourage n'est pas encore suffisamment pris en compte.

4.3.3 La communication

J'ai été surprise de voir que pour les internes, la communication avec la famille était bien plus problématique que la communication avec le patient lui-même. Certes, les soins palliatifs par définition⁵⁴ « cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille », cependant la communication médecin-malade est plus abordée que la communication avec la famille au cours des études médicales. On peut se demander s'il n'existe pas également un manque de considération du malade lors de la prise en charge des patients en phase palliative. Ou cela est-il directement lié au fait que les internes assimilent la prise en charge palliative à la phase agonique et donc à la prise en charge d'un patient non communiquant.

Les internes ont insisté sur le besoin de formation en communication, mais étonnamment, aucun interne au cours de notre étude n'a évoqué la guide « d'autoévaluation de sa compétence de communicateur en médecine générale » que nous remplissons deux fois par

semestre et que nous publions sur l'interface Jalon (port folio électronique). (Cf Annexe 7)

Par ailleurs, certains internes ont souligné avoir appris comment s'adresser aux patient et leurs familles (et avoir trouvé des formulations) en **observant leurs seniors**.

La communication médecin-malade était l'objet de la thèse d'I. GUESSOUM⁵⁵, les internes y ont exprimé un certain rejet de la méthode d'évaluation par grille de communication qui ne leur a pas permis d'avoir une évaluation fiable devant l'absence d'une rétroaction externe. Cependant, ils ont pu prendre conscience des points de communication à améliorer dont la communication non-verbale. I. GUESSOUM faisait dans son travail des propositions intéressantes comme l'organisation de jeux de rôle au cours des séances de GEASP tout en se référant au guide de communication, ainsi qu'une formation plus individuelle lors du stage chez le praticien, par la vidéoscopie avec supervision.

Dans notre étude, deux internes se sont trouvés en difficultés avec des familles et ont remis en question leur compétence de communicateur, ils ont fait intervenir des psychologues pour les aider. D'ailleurs, dans mon expérience personnelle au CAL et à l'USP où nous rencontrons quotidiennement les patients en présence de psychologue, j'ai pu apprendre énormément sur la communication verbale et non verbale et le respect de la temporalité du patient.

La présence des psychologues pendant les formations est également réclamée par les internes pour le développement des compétences relationnelles, ce qui est déjà le cas lors des **séminaires** « Communication, inter-professionnalité ». Cette collaboration a été appréciée et doit être favorisée car elle est peut-être sous-exploitée pour l'instant.

Les internes ont pointé du doigt qu'au-delà de l'apport en terme « d'outils » de communication, la présence des psychologues pouvait servir à la prévention du syndrome d'épuisement professionnel des soignants en leur indiquant où trouver un espace de parole.

4.3.4 L'arsenal thérapeutique

Nous avons remarqué que les soins palliatifs sont assimilés à la prescription de SAP de Morphine®, pour autant la gestion des traitements antalgiques pose souci à une partie des internes, indépendamment de leur année de DES. Certes, cela fait partie de l'arsenal thérapeutique utilisable mais la prise en charge antalgique ne se résume pas à cela. La prise en charge de la douleur doit être multimodale et intégrée au contexte car elle est souvent

plurifactorielle, c'est-à-dire qu'elle reflète une souffrance globale et non une douleur organique isolée.

D'autres, au contraire se sentent capables de pallier aux douleurs de leur patient en prescrivant de la Morphine® IV à domicile avec l'idée que cela puisse éventuellement précipiter le décès.

Une difficulté majeure lors de la prise en charge à domicile des derniers instants de la vie est l'accessibilité au midazolam lors de l'instauration d'une sédation terminale, c'est-à-dire profonde et continue jusqu'au décès selon les conditions mentionnées par la loi Claeys-Léonetti²⁴. A cela s'ajoutent les modalités de prescription et de rétrocession qui ne sont pas bien connues des futurs médecins généralistes.

Dans le travail mené par V. CUEILLE, la principale limite évoquée à la prise en charge à domicile était le manque de médicaments ou de matériels médicaux disponibles en ville dont le midazolam³⁹. J. ROMBI mettait en évidence qu'après la disponibilité médicale, l'accessibilité aux thérapeutiques de fin de vie était le deuxième principal frein à la prise en charge à domicile⁴².

Nous avons eu une certaine diversité dans les propos des internes au sujet de la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Une majorité ne savait pas qu'elle était réalisable à domicile mais certains internes étaient sereins à l'idée de le faire un jour. Il existait également une confusion entre les médicaments utilisés à visée antalgique et les sédatifs. En effet, nous avons été confrontés à des internes qui pensaient pouvoir sédaté un patient à l'aide de la Morphine® IV et ne se sentaient pas en difficulté vis-à-vis de cela. La perception de la Morphine® comme molécule sédatrice est également retrouvée dans le travail de L.TERRIER⁵⁶.

Nous avons fait face à des convictions erronées et un détachement chez certains internes qui nous a laissés perplexes. En effet, la mise à distance des émotions n'est pas gage de qualité des soins. La banalisation de l'utilisation de la Morphine® et l'Hypnovel® est inquiétante car ce type de prise en charge nécessite que l'on connaisse le cadre légal, les tenants et les aboutissants de chacune des décisions prises (en collégialité).

D'autant plus que « La sédation reste malgré tout perçue comme facteur précipitant la mort pour la plupart des proches et bon nombre de professionnels de santé. »⁵⁶

4.3.5 La loi Claeys-Léonetti

Nous avons remarqué que la différence entre la sédation profonde et continue jusqu'au décès et l'euthanasie était même confuse pour quelques internes. Pour autant, concernant les prises de décisions ou la gestion de la sédation à domicile, certains étaient très à l'aise et y ont eu recours dans leur exercice (SASPAS, remplacements, permanence de soins).

Dans le travail de thèse de L.TERRIER ⁵⁶, l'analyse croisée des représentations de la sédation à domicile pour les infirmiers, les médecins généralistes et les proches, retrouvait une perception commune proche de la définition faite par la loi Claeys-Léonetti. Cependant pour certains la sédation et l'euthanasie sont deux mots différents pour dire la même chose, avec une nuance liée à la temporalité, l'**intentionnalité** de donner la mort étant **présente** dans les deux cas.

Dans notre étude quelques internes ont pris des décisions seuls, concernant l'instauration ou l'arrêt de l'hydratation et de la nutrition au cours des stages hospitaliers où pourtant une équipe gravite autour du patient. Ce qui semble paradoxal car tous s'accordaient à dire qu'il y a un manque de collégialité dans l'exercice de la Médecine Générale, pourtant lors de leur stage hospitalier ils ne sont pas saisis de l'opportunité de réfléchir en équipe et de prendre des décisions collégiales.

La possibilité et les modalités d'instauration d'une sédation à domicile étant si peu connues, on peut imaginer que la réalisation dans la pratique est loin d'être maîtrisée.

4.3.6 Limitation arrêt de traitement, l'hydratation et la nutrition en fin de vie

La difficulté de se positionner sur la légitimité de l'hydratation et la nutrition artificielle a été évoquée à plusieurs reprises dans les FG. Nous avons pu identifier que certaines convictions étaient erronées sur les sensations de faim et de soif en fin de vie, ceci étant simplement en lien avec le manque de connaissances scientifiques dans le domaine. L'hydratation et la nutrition ont, dans toutes les cultures, une valeur symbolique forte et l'arrêt de ces traitements est parfois difficile à envisager même pour les soignants (dont les croyances sont erronées).

Le questionnement sur l'introduction, le maintien ou l'arrêt de l'hydratation et de la nutrition est une notion importante lors de la prise en charge des patients en situation palliative et rejoint la question de l'acharnement thérapeutique. C'est souvent un sujet de discorde avec les

familles qui n'ont pas les clés pour comprendre la réflexion éthique en amont de la prise de décision. Il est nécessaire que les internes comprennent eux-mêmes, les tenants et les aboutissants des décisions afin d'avoir d'une part une réflexion éthique et d'autre part, de pouvoir justifier sereinement cela auprès des familles. Ces dernières ayant besoin de comprendre également le sens du soin.

4.4 FORMATION EN SOINS PALLIATIFS

En 2012, le rapport Sicard et l'ONFV rapportent une insuffisance de formation médicale en soins palliatifs des médecins ^{46,57}. Les réformes successives ont permis de développer la formation en soins palliatifs des futurs médecins ^{21,22}. La formation en soins palliatifs et en éthique est désormais répartie sur les trois cycles des études médicales ¹⁸. (Cf. Annexe 1)

Le travail de C. VIOT ⁵⁸, rapporte que le manque de formation était signalé par les médecins de réseaux de soins palliatifs pour qui « **les médecins généralistes sont formés à guérir et moins à accompagner une vie qu'on ne peut plus guérir** ».

Malgré les heures de formation théorique et la diversité des méthodes d'apprentissage, les internes interrogés se sentent insuffisamment formés dans le domaine des soins palliatifs. Dans notre étude, c'est à l'unanimité que les internes pensaient qu'une formation complémentaire en soins palliatifs était à développer, ce qui n'était pas le cas dans l'étude de M. FANARDJIS où certains étudiants ne trouvaient pas indispensable d'améliorer la formation considérant l'expérience comme suffisante ⁵⁹.

Cette discordance peut s'expliquer par la différence de recrutement. Son étude concernait les internes de dernières années de Médecine Générale effectuant un SASPAS (donc s'orientant principalement vers la Médecine Générale ambulatoire). Alors que notre échantillon comprenait des internes toute année confondues, donc avec moins d'expérience.

Le manque d'aisance dans ces différents champs de compétence est à mettre en lien avec le sentiment général d'une formation trop légère en soins palliatifs. La formation en soins palliatifs est hétérogène selon les facultés en terme de volume horaire (d'une heure à une dizaine d'heures), et de contenu. Elle semble inadaptée ou ne serait pas délivrée au bon moment dans le cursus. En effet, au cours du DCEM, les étudiants ne sont pas confrontés à la réalité de la maladie et de la mort au cours de leur stage et ne s'investissent pas dans cette formation. De plus, les cours dispensés ne sont généralement pas obligatoires et ont un faible impact pour l'ECN explique Professeur AUBRY dans son rapport ²⁰.

J. ROMBI sept ans plus tard a mis en évidence que sur 100 internes à Lyon, la moitié déclarait avoir suivi au moins un cours dédié aux soins palliatifs et à l'accompagnement de patients en fin de vie au cours de leur externat⁴².

C. LUTZ a pu montrer, dans son étude quantitative par auto-questionnaire, la corrélation entre l'augmentation de la compétence déclarée et l'augmentation du nombre d'heures de formation d'une part et l'augmentation du nombre de patients pris en charge, d'autre part ⁴¹.

Une formation en deux temps a été proposée par quelques internes. En effet, les problématiques des DES 1 et des DES 2 et 3 ne sont pas les mêmes. Les jeunes internes sont plus en difficulté sur la prise en charge thérapeutique et la communication. Les DES 2 et 3 ont plus de questionnements éthiques et organisationnels et ils se projettent dans leur pratique future grâce à leur stage ambulatoire (niveau 1 et SASPAS). Ainsi, leurs propositions en terme de formation sont à prendre en considération.

La compétence de **communicateur** est développée au cours du DCEM depuis l'arrêté du 8 avril 2013 ²².

La compétence relationnelle est la deuxième compétence nécessaire à la prise en charge palliative décrite par les Professeurs Mallet et Aubry dans *Réflexions et Propositions pour la formation médicale* ⁶⁰. Elle concerne certes la relation avec la personne malade, mais aussi avec son entourage et les autres acteurs de soin. Les auteurs précisent qu'elle comprend une dimension d'**accompagnement** qui est **présence** et **solidarité**.

On peut se demander pourquoi face au renforcement de la formation théorique et pratique des étudiants, les internes ne se sentent pas mieux armés pour assurer une prise en charge à domicile des patients en soins palliatifs ?

L'étude de C. VIOT en 2016 est pourtant encourageante, elle a mis en évidence que la majorité des médecins de réseau interrogés étaient unanimes sur le fait que les jeunes médecins ont été plus formés aux soins palliatifs, à l'accompagnement et au confort de la fin de vie, que leurs prédécesseurs ⁵⁸.

Nous pouvons mentionner quelques éléments de réponse, d'une part les enseignements ne sont pas suffisamment suivis par les étudiants et ne semblent pas dispensés au bon moment dans le cursus.

D'autre part, la probabilité de pouvoir mobiliser ces **acquisitions** est faible étant donné que les médecins installés y sont eux-mêmes peu confrontés. ¹⁰

L'apprentissage par la simulation et la pratique serait celle que nous retenons le mieux et celle qui serait la plus efficace. Selon Edgar DALE, professeur et chercheur américain spécialisé dans l'éducation et la formation, les étudiants retiendraient 90 % de ce qu'ils font grâce à la simulation ⁶¹. C'est d'ailleurs ce type d'exercice que les internes souhaitent voir se développer davantage. Tous les internes interviewés ont bénéficié de séminaires avec ce type d'ateliers et sont satisfaits du déroulé de ces formations mais elles sont sans doute, encore insuffisantes.

- ***La simulation***

Le Professeur FOURNIER et le Docteur JAFFRELOT dans *Rationnel pour l'utilisation de la simulation en éducation médicale* ⁶² décrivent les différents types de simulation possibles et les différentes phases de la simulation. Le debriefing est une phase essentielle, c'est un temps d'analyse (utilisant parfois la vidéo) qui permet de faire des extrapolations. Évidemment, cela nécessite d'avoir des enseignants formés à la simulation et experts dans leur domaine. Les auteurs expliquent notamment que même si les méthodes de simulation n'ont pas montré de supériorité sur les méthodes traditionnelles, les étudiants qui en ont bénéficié pendant leur cursus sont plus performants. Il est important d'insister sur le fait que la simulation favorise le travail en équipe, dont dépend également la qualité des soins reçus par les patients. Par ailleurs la simulation permet d'enseigner d'autres aspects des compétences cliniques que l'aspect cognitif comme la communication, le professionnalisme.

À Nice nous avons la chance d'avoir un centre simulation performant accessible dès la 2e année de médecine. Cependant la plupart des internes de notre échantillon n'a pas été formée à Nice. Il serait intéressant de pouvoir en faire bénéficier les internes.

Au cours de mon cursus universitaire à la Faculté de Médecine de Brest, j'ai eu la chance de participer à des sessions de simulation sur l'annonce du cancer. Les séances avaient lieu au cours de la 5^e année, et étaient obligatoires. La simulation de la consultation d'annonce avec patient simulé était intégrée aux autres activités, comme l'examen clinique (un étudiant jouait le patient que l'on examinait sur une table d'examen), l'interprétation d'imagerie médicale (des images d'un scanner nous avait été remises). Nous avions la possibilité d'être acteur (interne, médecin, proche) ou observateur. Les sessions étaient filmées puis visionnées lors du debriefing. Ces journées étaient très intéressantes car elles étaient animées par un Professeur

hospitalier en hématologie et un Docteur en psychologie sociale. Cette formation a été le sujet d'une publication ⁶³.

Une étude réalisée en Lausanne intitulé : *L'apport du patient simulé dans l'apprentissage de la relation médecin-malade* ⁶⁴ évalue la pertinence de la méthode de simulation par patient simulé. Au-delà du fait qu'elle a été appréciée des étudiants (près de 100 % de satisfaction), celle-ci permet à ces derniers, qu'ils soient actifs ou observateurs, de percevoir un apprentissage sur le plan du **savoir-faire, du savoir-être** (plus de 95 % d'accord), ainsi que sur la **dynamique relationnelle**. Les étudiants ayant pris part activement à cet enseignement en perçoivent un plus grand bénéfice sur la **confiance en soi** (près de 85 %).

A Montpellier, la faculté de Médecine a choisi le théâtre pour faire face au déficit de formation des médecins en matière de relation humaine. Ainsi, les étudiants de 4^e année participent à des ateliers de théâtre où ils annoncent des maladies graves à des comédiens professionnels de l'école nationale supérieurs d'arts dramatiques jouant le rôle de patients ou de familles. Selon le metteur en scène cela permettrait aux étudiants d'apprendre à gérer leur empathie sans se focaliser sur l'annonce du diagnostic⁶⁵.

- ***Les formations pratiques***

Les enseignements dispensés sur les lieux de stage, (notamment dans les hôpitaux périphériques) par des professionnels dans le domaine sont très formateurs d'après les internes et sont à encourager. Les acquisitions sont mobilisables sur le terrain de stage ce qui est plus cohérent pour les internes. Ces formations mériteraient peut-être d'être plus formalisées. Cependant nous avons bien conscience de la difficulté de la transposition de l'exercice hospitalier en libéral. Peu d'internes interrogés ont bénéficié de formation complémentaire en soins palliatifs si l'on se fie aux réponses du questionnaire épidémiologique (3/24). Cependant, lors des FG, les internes évoquent des formations sur le lieux de stage par des séniors du service (plus ou moins formés eux-mêmes en soins palliatifs).

Une étude a été menée à Genève portant sur « 50 juniors residents » qui ont réalisé un stage supplémentaire de six mois en soins palliatifs ⁶⁶. L'objectif était d'évaluer leur opinion sur l'amélioration de leurs connaissances, la perception des priorités et l'utilité de cette formation. La plus grande progression a été obtenue pour la prise en charge de la douleur. La compétence

en communication avec les patients, la famille et avec l'équipe pluridisciplinaire était également améliorée. L'étude mettait en évidence que cette expérience était véritablement satisfaisante pour 70 % des internes, et 98 % l'ont recommandée.

Dans le travail de C. LUTZ, 92,9 % des internes (soit 316 internes) pensaient avoir acquis le plus de compétences en soins palliatifs **au cours des stages hospitaliers**. Son analyse révélait également que les moyennes des EVA étaient plus élevée chez les internes ayant effectué un stage en USP, devant ceux ayant effectué un stage en gériatrie et un stage en médecine adulte avec lits de cancérologie. Ce qui souligne l'importance de la pratique ⁴¹. Cependant les internes interrogés étaient à l'unanimité contre l'obligation de réaliser un stage en USP ⁴¹.

Dans notre étude, aucun interne n'a soumis l'idée de faire un stage en USP, celle-ci n'est d'ailleurs pas réalisable compte tenu du faible nombre de postes d'internes dans les USP dans la région de Nice, encore faut-il que le poste soit ouvert et choisi (Cf. Annexe 1). Cependant la formation hospitalière n'est pas toujours en adéquation avec les besoins pour la pratique ambulatoire.

Cependant, l'idée de faire des journées ou demi-journées de stage en HAD a émergé, afin d'être confronté à la réalité de la pratique des soins palliatifs en ville. Ce qui était également le cas dans le travail de M. FANARDJIS ⁵⁹.

L'idée serait de pouvoir proposer, en plus du SASPAS (qui se doit être au maximum un stage en libéral), des journées ou demi-journées avec des structures prenant en charge des patients en soins palliatifs à domicile (C3S, HAD, SSIAD). Cela pourrait rentrer dans le cadre des heures de formation complémentaire.

Depuis novembre 2017, le SASPAS est obligatoire pour les internes de Médecine Générale. Je pense qu'il va permettre à tous les internes d'être confronté aux spécificités de l'exercice libéral et par ce biais de rencontrer plus de situations complexes à domicile, dont des prises en charge globales palliatives ^{21,67}. Ainsi, cela pourrait les inciter à participer à une formation complémentaire en soins palliatifs après avoir expérimentés ces situations en autonomie. Malheureusement, peu d'internes ont eu accès au SASPAS jusqu'à présent (7% de notre échantillon). (Cf. Annexes 1et 6)

Dans le cadre des SASPAS à Nice, certains internes travaillent dans les structures comme le

réseau C3S de soins palliatifs ou de gériatrie un jour par semaine, ce qui est bénéfique pour la formation pratique en soins palliatifs.

Une étude réalisée à la faculté *Prince of Songkla* dans le Sud de la Thaïlande en 2012⁶⁸, portant sur 166 étudiants de 6e année avait pour objectif d'évaluer leur sentiment de compétence en soins palliatifs. Pour ce faire, deux questionnaires anonymes étaient remis à six et douze mois au cours de la dernière année de médecine (au cours de la 6^e année les étudiants effectuent un semestre à Songklanagarind qui est spécialisé en soins palliatifs et dans un hôpital périphérique affilié).

Ce questionnaire en quatre parties interrogeait sur l'approche holistique, la prise en charge des symptômes de fin de vie, la communication, la capacité d'expliquer les aspects légaux et éthiques relatifs à la fin de vie. L'étude concluait que le facteur favorisant commun à la progression dans les différents champs de compétences était **l'opportunité d'être en contact** avec les patients et de **gérer par eux-mêmes** les situations ; mais également leur volonté d'aider les patients, la pratique régulière et la **supervision** des séniors. Les barrières communes étaient le **manque de connaissances et d'expérience**, le **temps**, la **charge de travail** et le **manque de soutien des séniors**.

Le **compagnonnage** est une valeur importante en Médecine. En effet, l'apprentissage en stage est essentiel et repose beaucoup sur l'observation des pairs. Alors que certains sont déçus par l'encadrement dans certains services, d'autres sont formels sur l'apport très riche du compagnonnage.

Les internes interrogés évoquent les mêmes difficultés que les médecins installés pour la prise en charge à domicile des patients en soins palliatifs^{37,39,40}. Les internes sont conscients de leur manque de compétence et/ou d'aisance dans ce domaine avant même de commencer leur exercice professionnel. Ce qui justifie certainement leur volonté de bénéficier de formation complémentaire.

Dans le sondage de l'IFOP d'Octobre 2017, 70 % des français interrogés considèrent qu'il est primordial de développer la formation initiale et continue des médecins en matière de prise en charge de la fin de vie, quelle que soit la spécialité choisie⁶⁹.

5 CONCLUSION

Cette étude a permis de répondre à nos questionnements concernant les besoins en formation des internes de Médecine Générale de Nice.

L'amélioration de la formation pratique et théorique des internes permettrait d'optimiser la prise en charge des patients en soins palliatifs et de leur entourage, tout en diminuant leur souffrance de soignants face à des situations si complexes.

Ce type de formation pourrait être dispensée au cours du TCEM :

- *Exercice de simulation sur l'annonce de la progression de la maladie. Travailler la communication avec le malade et les aidants.*
- *Réalisation de GEASP à thème avec intervention d'un praticien expert pour répondre aux questions en fin de séance.*
- *Organisation de demi-journées interactives avec des ateliers à thème, validant des heures de formation complémentaire.*
- *Organisation de journées avec l'HAD ou les réseaux de soins palliatifs afin d'acquérir un savoir-faire et un savoir-être qui seront ré-utilisables dans leur pratique libérale.*

Ce projet pourrait se construire en lien avec le DERMG et le département de soins palliatifs du CHU de Nice, son évaluation pourrait faire l'objet d'un autre travail de thèse.

Cependant, quelle que soit la formation dispensée, on peut imaginer qu'elle ne suffira pas à gommer toutes les difficultés. Face à ces situations complexes la sensibilité et la subjectivité de chacun entrent en jeu : Est-ce la confrontation à la maladie incurable ou à la fin de vie qui confère un sentiment de désarroi, que la formation ne suffirait pas à atténuer ?

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Fabrizi, J. *Déjà-presque-mort-mais encore-si-terriblement-vivant*. (2012).
2. HAS : Organisation des parcours. L'essentiel de la démarche palliative. (2016).
Available at: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/mc_247_synthese_demarche_palliative_web.pdf. (Accessed: 11th July 2018)
3. *Circulaire DHOS/SDO no 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie*.
4. Krakowski, I. *et al.* Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves: proposition d'organisation dans les établissements de soins publics et privés. *Douleur Analgésie* **17**, 43_50 (2004).
5. SFAP : Définition et organisation des soins palliatifs en France.
Available at: <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>.
6. *Article 1er de la loi n°99-477 : Définition des soins palliatifs par la 'loi de 1999'*.
Article 1er de la loi n°99-477
7. *Article L4130-1 LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 68. Code de la santé publique* (2016).
8. Allen, D. J. & Heyrman, P. J. *La définition Européenne de la Médecine Générale - Médecine de famille*. 52 (2002).
9. Hofliger, P. P. Guide du diplôme d'études spécialisées de médecine générale - Université Nice Sophia - Antipolis faculté de médecine de Nice - promotion 2015. (2015).
10. *Observatoire national de la fin de vie. Rapport Mars 2013 : " Vivre la fin de sa vie chez soi "*. (ONFV, 2013).
11. Les Français face à la fin de vie : La Fondation ADREA publie une étude avec l'IFOP. (2016).
12. Lalande, F. & Veber, O. *L'enquête 'La mort à l'hôpital' menée par l'IGAS*. 58 (Inspection générale des affaires sociales, 2009).
13. IFOP : Les solutions et les pistes d'avenir relatives à l'accompagnement des personnes en fin de vie en France. (2017).
Available at: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/3932-1-study_file.pdf. (Accessed: 8th September 2018)

14. Kouchner, B. *Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés*. 4
15. Le plan cancer 2003-2007 : Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer.
16. Le Plan cancer 2009-2013 Institut National Du Cancer.
Available at: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>. (Accessed: 23rd July 2018)
17. Le Plan cancer 2014-2019.
Available at: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/action/piece-jointe/2014/07/2014-02-03_plan_cancer.pdf. (Accessed: 30th March 2018)
18. Aubry, R. *Bilan programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012*. (2013).
19. Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie - 2015-2018. (2015).
Available at: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf. (Accessed: 30th March 2018)
20. Aubry, R. *État des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010. Rapport au Président de la République et au Premier Ministre*. 66 (2011).
21. *Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation*. 2016-1597 (2016).
22. *Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales*. *Journal officiel de la république française* (2013).
23. Demichel, F. *Arrêté du 10 octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales*. *Journal officiel de la République Française n°241 16482* (2000).
24. *LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie*. 2016-87 (2016).
25. Alami, S., Desjeux, D. & Garabuau-Moussaoui, I. *Les méthodes qualitatives*. (Presses Universitaires de France, 2013).
26. Lejeune, C. *Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer*. (2014).
27. Kani Konate, M. & Abdoulaye, S. Extraits de Guides pour la Recherche Qualitative.
Available at: http://www.rocare.org/PetitesSubventions_GuideRechercheQuali.pdf.
(Accessed: 21st April 2018)
28. Dumez, H. Qu'est-ce que la recherche qualitative? *Libellio D'Aegis* 7, 47–58 (2011).

29. Thibeault, E.-N. A propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés. *http://www.adjectif.net/spip* (2010).
Available at: <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58>. (Accessed: 30th March 2018)
30. Duchesne, S. & Haegel, F. L'enquête et ses méthodes: les entretiens collectifs. *Nathan* 134 (2004).
31. Dedienne, M.-C., Letrilliart, L., Moreau, A., Le Goaziou, M.-F. & Labarère, J. S'approprier la méthode du focus group. *Rev. Prat.* **tome 18**, 3 (2004).
32. Touboul, P. Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale.
Available at: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf.
(Accessed: 30th March 2018)
33. Hennebo, N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine V1.0. (2009).
34. Paillé, P. & Mucchielli, A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (Armand Colin, 2016).
35. Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M. & Imbert, P. Introduction à la recherche qualitative. **19**, 142–145 (2008).
36. Pennec, S. *et al.* Le dernier mois de l'existence : les lieux de fin de vie et de décès en France. *Population* **68**, 585–615 (2013).
37. Astier, C. Quels sont les besoins et les attentes des médecins généralistes dans l'aide à la mise en place de soins palliatifs à domicile ? (Université de Nice, Sophia antipolis, 2013).
38. Boudy, C.-A. Soins palliatifs à domicile: quelles ressources pour les médecins généralistes? (Université de Nice).
39. Cueille, V. Le médecin généraliste face à la fin de vie à domicile: connaissances, compétences et limites. État des lieux auprès des médecins généralistes de la Seine Maritime et de l'Eure. (Université de Rouen, 2017).
40. Fortane, V. Les difficultés des médecins généralistes de Loire-Atlantique dans leur pratique des soins palliatifs à domicile, leurs ressources actuelles et celles qu'ils souhaiteraient voir mises en place. (Université de Nantes, 2010).
41. Lutz, C. Les internes de médecine générale, en fin de cursus, se sentent-ils compétents pour prendre en charge des patients en fin de vie ? auto-évaluation par questionnaire auprès de 340 internes des facultés de Strasbourg, Lyon et Marseille. | Base documentaire | BDSP. (Lyon 1 Claude Bernard, 2017).

42. Rombi, J. Soins palliatifs et accompagnement de patients en fin de vie : formation et compétences des internes de médecine générale en fin de cursus. (Université Claude Bernard Lyon 1, 2017).
43. Bouet, P. *Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er Janvier 2016*. 326 (Conseil national de l'ordre des médecins, 2016).
44. Définition : désirabilité sociale.
Available at: http://www.ins.tn/sites/default/files/pdf_actualites/desirabilite-sociale.pdf.
(Accessed: 8th September 2018)
45. Lam, B. Partage d'expériences des internes de médecine générale face au décès brutal du patient. Étude qualitative, par focus groupes. (Université de Nice, Sophia antipolis, 2018).
46. Sicard, D. *Rapport Sicard 2012 : Rapport à François Hollande président de la République Française*. 141 (Commission de réflexion sur la fin de vie en France, 2012).
47. Penneç, S. *et al.* Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. *Population & Sociétés* 4 (2015).
48. Graveleau, S. 66 % des futurs et jeunes médecins souffriraient d'anxiété. *Le Monde.fr* (2017).
Available at: https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/06/13/66-des-futurs-et-jeunes-medecins-souffriraient-d-anxiete_5143429_1651302.html. (Accessed: 23rd August 2018)
49. Ladeveze, M. & Levasseur, G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. *Prat. Organ. Soins* **41**, 65–72 (2010).
50. Hatchkian, A. Situations palliatives en médecine ambulatoire : freins au recours aux prescriptions anticipées. (université d'Angers, 2017).
51. Kempa, A. Vécu du métier de médecin généraliste en 2017: enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-Maritimes. (Université de Nice, 2017).
52. *Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier*. 2002-194 JORF n°40 du 16 février 2002 page 3040, (2002).
53. HAS : ORGANISATION DES PARCOURS « Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ? ». (2016).
54. Définition des soins palliatifs par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé).
Available at: <http://www.sfap.org/system/files/def-oms.pdf>. (Accessed: 11th July 2018)
55. Guessoum, I. Opinions d'internes en médecine générale sur l'évaluation de leur compétence de communicateur au moyen d'un guide d'auto-évaluation à la communication. (Université de Nice, Sophia antipolis, 2016).

56. Terrier, L. La sédation à domicile des patients en fin de vie: représentations et vécu des proches, infirmiers et médecins généralistes. Le point de vue des médecins généralistes. (Université de Nice, Sophia antipolis, 2016).
57. *Observatoire national de la fin de vie. Rapport 2011 : « Fin de vie : un premier état des lieux »*. 268 (ONFV, 2011).
58. Viot, C. Les freins identifiables à la mise en œuvre des prescriptions anticipées personnalisées dans le maintien à domicile des patients en fin de vie, par les réseaux de soins palliatifs. Étude qualitative. (Université Paris Diderot - PARIS 7, 2016).
59. Fanardjis, M. Accompagnement de fin de vie à domicile : ressenti des futurs médecins généralistes sur la formation actuelle et réflexion pour celle à venir. (Université d'Angers, 2013).
60. Aubry, R. & Mallet, D. Réflexions et propositions pour la formation médicale. *Pédagogie Médicale* **9**, 94–102 (2008).
61. Henry, T. Le cone de l'apprentissage de Edgar Dale -.
62. Fournier, J.-P. & Jaffrelot, M. Rationnel pour l'utilisation de la simulation en éducation médicale. *Médecine Thérapeutique* **19**, 42–51 (2013).
63. Balez, R. & Berthou, C. Un entraînement de groupe systématique à l'annonce du cancer dans le cursus des études médicales; analyse qualitative d'un retour d'expérience. *Psycho-Oncol.* **7**, 250–257 (2013).
64. Cuenot, S. *et al.* L'apport du patient simulé dans l'apprentissage de la relation médecin-malade : résultats d'une évaluation préliminaire. *Pédagogie Médicale* **6**, 216–224 (2005).
65. Les maux pour le dire. *Université de Montpellier* (2016).
Available at: <https://www.umontpellier.fr/articles/les-maux-pour-le-dire>. (Accessed: 22nd September 2018)
66. Duong, P. H. & Zulian, G. B. Impact of a postgraduate six-month rotation in palliative care on knowledge and attitudes of junior residents. *Palliat. Med.* **20**, 551–556 (2006).
67. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU). *Collège national des généralistes enseignants* (2016).
Available at:
https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/. (Accessed: 5th August 2018)
68. Srisawat, S. & Phungrassami, T. Thai Medical Students' Self Assessment of Palliative Care Competencies. *Palliat. Care Res. Treat.* **6**, PCRT.S9383 (2012).

69. IFOP : Les solutions et les pistes d'avenir relatives à l'accompagnement des personnes en fin de vie en France. *IFOP*
70. Hetzel, P. *Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé. JORF n°0266* page 19838 (2009).
71. Enseignements PACES - Université Nice Sophia Antipolis.
Available at: <http://unice.fr/faculte-de-medecine/etudes/paces/enseignements>. (Accessed: 23rd July 2018)
72. HYPERPLANNING : logiciel de gestion de plannings annuels pour l'enseignement supérieur et la formation. *Université Sophia Antipolis Nice* Available at: <http://planning-medecine.unice.fr/>. (Accessed: 29th July 2018)
73. DES de Médecine Générale Nice : Programme des séminaires 2017 2018.
74. DU Pratiques des soins palliatifs Faculté de médecine de Nice.
Available at: <http://unice.fr/faculte-de-medecine/fmc/DU/du-2018-2019/Pratiquesdesoinspalliatifs.pdf>. (Accessed: 19th July 2018)
75. DIU Soins palliatifs et éthique Faculté de médecine de Nice.
Available at: <http://unice.fr/faculte-de-medecine/fmc/DIU/diu-2018-2019/soins-palliatifs-et-ethique.pdf>. (Accessed: 19th July 2018)
76. Projet DESC médecine de la douleur-soins palliatifs. (2005).
77. Maquette FST Soins palliatifs – SRP-IMG. Available at: http://www.srp-img.com/?page_id=2533. (Accessed: 5th August 2018)
78. Affectations de stage des internes de médecine générale Nice novembre 2017- mai 2018, hors stage chez le praticien.
Available at: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Affectations_hors_MG_2017_2018.pdf. (Accessed: 23rd July 2018)
79. Choix SASPAS novembre 2017-avril 2018. Available at:
https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Choix_SASPAS_nov-avr_2018.pdf. (Accessed: 15th August 2018)

7 ANNEXES

7.1 ANNEXE 1 : FORMATION ACTUELLE DES INTERNES EN SOINS PALLIATIFS A NICE

La formation répond à l'axe 2 mesure XI du programme national du développement des soins palliatifs 2008-2012 ¹⁸ ainsi qu'aux réformes des études médicales. ^{21,22,70}

7.1.1 La formation au cours du PCEM: PACES, L2, L3.

Au cours de la première année (ou PACES/ Licence 1) les étudiants en médecine de Nice abordent « **la vie, la mort** » avec **six** heures de cours théoriques dans le cadre de l'UE 7 « santé, société, humanité » ^{70,71}.

En deuxième année (ou Licence 2), pour l'année 2017-2018 le module de SHS : *Santé, société, humanité* ⁷² comporte vingt heures de cours qui traitent aussi bien la relation médecin-malade, la définition de l'éthique, la santé des populations, la radioprotection et la certification. Au total **dix** heures sont consacrées à **l'éthique**.

En troisième année (ou Licence 3), aucune formation n'est dispensée en soins palliatifs-douleur ni en éthique.

7.1.2 La formation au cours du DCEM : M1, M2, M3

Depuis la réforme du 1^{er} et du 2^e cycle des études médicales, suite à l'arrêté du 8 avril 2013 ²² : « Les compétences à acquérir (au 2^e cycle) sont celles de **communicateur**, de clinicien, de coopérateur, membre d'une équipe soignante pluriprofessionnelle, d'acteur de santé publique, de scientifique et de responsable au plan éthique et déontologique. Il doit également apprendre à faire preuve de réflexivité »

La formation actuelle à Nice pendant le DCEM se fait dans le cadre de l'UE 5 *Handicap, Vieillesse, Dépendance, Soins palliatifs, Accompagnement*. Elle est dispensée au cours de la 4^e année des études médicales (ou Master 1) ⁷².

Pour l'année 2018-2019, les étudiants bénéficieront de **deux** heures de cours théoriques sur le thème *Douleur, Soins palliatifs et Accompagnement*, couplées au cours de *Médecine physique et réadaptation (MPR)*. Ensuite les étudiants travailleront des dossiers cliniques progressifs

(DCP) pendant **quatre** heures (pour ces deux domaines).

L'UE Ethique comprend **douze** heures de formation théorique en salle de classe puis trois sessions de trois heures, soit **neuf** heures, de « simulation en éthique », avec des jeux de rôle par groupe de 10 ou 11 étudiants.

Pour l'année 2018-2019, les 5^e année (ou Master 2) participeront également à trois séances de « simulation en Éthique » de trois heures, soit **neuf** heures de formation.

Pour l'année 2018-2019, les 6^e année (ou Master 3) ne recevront pas de formation en soins palliatifs ni en éthique.

Les cours théoriques ne sont pas obligatoires. Cependant, lors des séances de simulation les étudiants doivent parfois émerger.

7.1.3 La formation au cours du DES de Médecine Générale.

A Nice, la formation proposée par le DERMG comprend des séminaires d'une demi-journée répartis sur les trois années de DES, dont certains participent à l'acquisition de compétences nécessaire à la prise en charge palliative des patients ⁷³ :

- *Le séminaire « Communication, relation et éducation du patient » en DES 1*
- *Les séminaires « Communication, inter-professionnalité » en DES 2 et en DES 3* qui permettent de travailler avec les étudiants infirmiers et psychologues et participent à l'apprentissage de la communication et la collaboration interprofessionnelle.

Ce qui répond à la nécessité d'apprentissage de la pratique interdisciplinaire des Pr AUBRY et MALLET ⁶⁰

- *Le séminaire « Ethique : le médecin généraliste dans la société » en DES 3.*

Les formations hospitalières sont difficiles à recenser mais il existe quelques formations proposées aux internes au sein des différents établissements, allant du diaporama à la supervision par un sénior formé en soins palliatifs ou à la mise en situation avec jeu de rôle.

Le DU *Pratique des soins palliatifs* ⁷⁴ en un an, et le DIU *Soins palliatifs et éthique* ⁷⁵ en deux ans, sont proposés à Nice. Le DESC *médecine palliative, médecine de la douleur* créé en 2008 était accessible jusqu'à présent ⁷⁶. Suite à la réforme du 3^e cycle des études médicales et la

suppression prévue des DESC, une FST soins palliatifs et une FST douleur vont être développées²¹⁷⁷.

Nous avons voulu recenser les terrains de stages proposés aux internes de Médecine Générale de Nice pouvant participer à la **formation pratique** en soins palliatifs.

Pour commencer, sur l'année 2017-2018 à Nice on dénombre **222 internes** de Médecine Générale en cursus dont la répartition est la suivante :

- En DES 1 : 69 internes
- En DES 2 : 74 internes
- En DES 3 : 79 internes en cursus (+125 ayant à soutenir leur thèse)

En prenant l'exemple des affectations de stage du semestre de novembre 2017 à mai 2018, disponible sur le site du collège national des généralistes enseignants de Nice⁷⁸ on dénombre que 18 internes ont fait un stage dans une USP ou dans un service ayant des LISP.

1 interne à Antibes Juan-les-pins : Pôle douleur accompagnement soins palliatifs. (USP)

1 interne à l'Unité de Soins palliatifs du CHU de Nice. (USP)

6 internes au CH de Menton : Service de Médecine et soins palliatifs. (LISP)

6 internes au CHU de Cimiez : Service Gériatrie et thérapeutique. (LISP)

1 interne au CHI Fréjus Saint-Raphaël : Onco-hématologie. (LISP)

2 internes au CHI Fréjus Saint-Raphaël : Cours séjour gériatrique. (LISP)

1 interne au Centre Antoine Lacassagne : DISSPO. (LISP)

Ce qui représente 108 postes sur les 6 semestres du cursus, dont uniquement 12 postes dans une USP pour plus de 200 internes.

Pour le semestre de novembre 2017 à mai 2018, seulement 18 postes de SASPAS ont été affectés⁷⁹. C'est un stage professionnalisant dont l'objectif est l'exercice professionnel en autonomie supervisée avec sa propre file active de patients. Ce stage permet le suivi des patients atteints de maladie chronique⁶⁷. La réforme du 3^e cycle des études médicales rend obligatoire ce stage.

7.2 ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL

1 / Pouvez-vous nous raconter votre dernière expérience (ou l'expérience la plus marquante ou expérience personnelle), de prise en charge d'un patient en fin de vie ?

Relance : Vous sentez-vous capable d'accompagner un patient en fin de vie à domicile ?

2 / Quelles ont été vos difficultés lors de cette prise en charge ?

Relance : La prise en charge psychologique ? La prise en charge sociale ? La communication ? La gestion de la famille ? La coordination des soins ?

Relance : Comment avez-vous fait face à cette difficulté ?

Relance : Que vous a-t-il manqué pour faciliter cette prise en charge (connaissances théoriques/communication)

Relance : A posteriori, que feriez-vous différemment ?

3 / Selon vous, quelle est la place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients en phase palliative ?

Relance : Comment voyez-vous votre futur rôle dans cette prise en charge ? Comment concevez-vous l'accompagnement de fin de vie à domicile ?

Relance : Quelles sont les difficultés ou les freins selon vous ?

Relance : Pensez-vous que cela demande une implication personnelle trop importante ?

4 / Selon vous, vers qui peut se tourner le médecin généraliste pour l'aider dans la prise en charge des patients en phase palliative ?

Relance : Connaissez-vous la différence entre les réseaux ? L'HAD ? Les SSIAD ? L'USP ?

Relance : Comment les contacter en pratique pour une admission, un conseil thérapeutique ?

5 / Quelles sont les situations de fin de vie à domicile que vous avez rencontré lors de votre stage chez le praticien ? Quel a été le positionnement de votre maître de stage lors de cet accompagnement ?

Relance : Comment avez-vous vécu cette prise en charge ?

Relance : Quels ont été vos recours extérieurs ?

6 / Quels types de formations avez-vous reçus au cours du DCEM et du TCEM ?

Relance : Avez-vous participé à des formations pluri-professionnelles ?

7 / Quel est le cadre légal de la prise en charge des patients en fin de vie (loi Léonetti et loi Claeys-Léonetti) ?

Relance : Comment est-il possible de mettre en œuvre une procédure collégiale en ville ?

Relance : Avez-vous déjà assisté à une réflexion collégiale pluridisciplinaire ? Quels en sont les intérêts ?

8 / Comment échangez-vous avec les autres acteurs de la prise en charge de votre patient (IDEL, réseau, auxiliaire de vie, prestataire) ? Et avec la famille ?

Relance : Par quel moyen ? (Rendez-vous à domicile, au cabinet, par téléphone, échange de mails ?)

9 / Comment pourrions-nous mieux former les internes à l'accompagnement de fin de vie à domicile ?

Relance : Manquez-vous de formation théorique ? De mise en situation ?

Relance : Que pensez-vous d'une formation complémentaire destinée aux internes de Médecine Générale (validant des heures de formation complémentaire) au cours du TCEM ?

7.3 ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN DU FOCUS GROUPE 1

1 / Pouvez-vous nous raconter votre dernière expérience (ou la plus marquante ou personnelle), de prise en charge d'un patient en fin de vie ?

Relance : Vous sentez-vous capable d'accompagner un patient en fin de vie à domicile ?

2 / Quelles ont été vos difficultés lors de cette prise en charge ?

Relance : La prise en charge psychologique ? La prise en charge sociale ? La communication ? La gestion de la famille ? La coordination des soins ?

Relance : Vous sentez vous limité sur le maniement des traitements à domicile ? Êtes-vous à l'aise avec les traitements symptomatiques en fin de vie ?

Relance : Comment avez-vous fait face à cette difficulté ?

Relance : Avez-vous déjà fait des prescriptions anticipées personnalisées ? Si oui, comment ?

Relance : Que vous a-t-il manqué pour faciliter cette prise en charge (connaissances théoriques/communication)

Relance : A posteriori, que feriez-vous différemment ?

3 / Selon vous, quelle est la place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients en phase palliative ?

Relance : Comment voyez-vous votre futur rôle dans cette prise en charge ? Comment concevez-vous l'accompagnement de fin de vie à domicile ?

Relance : Quels sont les difficultés/freins selon vous. Quelle est la difficulté principale ?

Relance : Pensez-vous que cela demande une implication personnelle trop importante ?

Relance : Pensez-vous que cela demande des ressources psychologiques particulières ?

4 / Selon vous, vers qui peut se tourner le médecin généraliste pour l'aider dans la prise en charge des patients en phase palliative ?

Relance : Connaissez-vous la différence entre les réseaux ? L'HAD ? Les SSIAD ? L'USP ?

Relance : Comment faites-vous pour les contacter en pratique pour une admission, un conseil thérapeutique ?

Relance : Avez-vous déjà rencontré des soignants des réseaux de SP ?

5 / Quelles sont les situations de fin de vie à domicile que vous avez rencontrées lors de votre stage chez le praticien ? Quel a été le positionnement de votre maître de stage lors de cet accompagnement ?

Relance : Comment avez-vous vécu cette prise en charge ?

Relance : Quels ont été vos recours extérieurs ?

6 / Quels types de formations avez-vous reçus au cours du DCEM et du TCEM ? Vous souvenez-vous des formations reçues ?

Relance : Avez-vous participé à des formations pluri-professionnelles ?

Relance : Pensez-vous que celles-ci peuvent vous apporter une aide pour vos PEC ultérieures ?

7 / Quel est le cadre légal de la prise en charge des patients en fin de vie (loi Léonetti et loi Claeys-Léonetti) ?

Relance : Comment est-il possible de mettre en œuvre une procédure collégiale en ville ?

Relance : Avez-vous déjà assisté à une réflexion collégiale pluridisciplinaire ? Quels en sont les intérêts ?

8 / Comment échangez-vous avec les autres acteurs de la prise en charge de votre patient (IDEL, réseau, auxiliaire de vie, prestataire) ? Et avec la famille ?

Relance : Par quel moyen ? (Rendez-vous à domicile, au cabinet, par téléphone, échange de mails ?)

9 / Comment pourrions-nous mieux former les internes à l'accompagnement de fin de vie à domicile ?

Relance : Manquez-vous de formation théorique et/ou de mise en situation ?

Relance : Que pensez-vous d'une formation complémentaire destinée aux internes de Médecine Générale (validant des heures de formation complémentaire) en TCEM.

En quelle année de DES celle-ci serait elle le plus adaptée ?

Quel type de formation est le plus adapté selon vous ? Cours magistraux ? Petits groupes de travail par thème, interactifs ? Rencontre avec différents soignants des réseaux ?

7.4 ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN DES FOCUS GROUPES 2 ET 3

1/ Pouvez-vous nous raconter votre dernière expérience (ou la plus marquante) de prise en charge d'un patient en fin de vie, quel que soit le stage ?

Relance : Quel est l'impact moral/psychologique, de cet accompagnement et/ou du décès d'un patient ?

2/ Quelles ont été vos difficultés lors de cette prise en charge ?

Relance : Comment avez-vous fait face à cette difficulté ?

Relance : Que vous a-t-il manqué pour faciliter cette prise en charge (connaissances théoriques/communication) ?

Relance : A posteriori, que feriez-vous différemment ?

3/ Selon vous, quelle est la place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients en phase palliative ?

Relance : Comment voyez-vous votre futur rôle dans cette prise en charge ? Comment concevez-vous l'accompagnement de fin de vie à domicile ?

Relance : Quels sont les difficultés/freins selon vous. Quelle est la difficulté principale ?

Relance : Pensez-vous que cela demande une implication personnelle trop importante ?

4/ Vous sentez-vous capable d'accompagner un patient en fin de vie à domicile ?

Relance : Vous sentez-vous limité sur le maniement des traitements à domicile ?

Relance : Êtes-vous à l'aise avec les traitements symptomatiques en fin de vie ?

Relance : Comment faites-vous pour avoir les médicaments à délivrance hospitalière ?

Relance : Qu'est-ce que cela peut vous apporter positivement ?

5/ Selon vous, vers qui peut se tourner le médecin généraliste pour l'aider dans la prise en charge des patients en phase palliative ?

Relance : Connaissez-vous la différence entre les réseaux ? L'HAD ? Les SSIAD ? L'USP ?

Comment choisir l'un ou l'autre ? Qui est le prescripteur ?

Relance : Comment faites vous pour les contacter en pratique pour une admission, un conseil thérapeutique ? Avez vous déjà rencontré des soignants des réseaux de soins palliatifs ?

6/ Quelles sont les situations de fin de vie à domicile que vous avez rencontrées lors de votre stage chez le praticien ? Quel a été le positionnement de votre maître de stage lors de cet accompagnement ?

7/ Quels types de formations avez-vous reçus au cours du DCEM et du TCEM ? Vous souvenez-vous des formations reçues ?

Relance : Est-ce que les GEASP ont pu vous apporter des solutions ?

Relance : Avez-vous participé à des formations pluri-professionnelles ?

Relance : Pensez-vous que celles-ci peuvent vous apporter une aide pour vos PEC ultérieures ?

8/ En quoi les médecins généralistes sont-ils affectés par l'évolution de la loi Léonetti (loi Claeys-Léonetti) ? Qu'est-ce qui a changé ?

Relance : Comment faire en pratique pour une sédation à domicile ? Quels sont les freins ?

Relance : Comment est-il possible de mettre en œuvre une procédure collégiale en ville ?

Avez vous déjà assisté à une réflexion collégiale pluridisciplinaire ? Quels en sont les intérêts ?

9/ Comment pourrions-nous mieux former les internes à l'accompagnement de fin de vie à domicile ?

Relance : Manquez-vous de formation théorique et/ou de mise en situation ?

Relance : Que pensez-vous d'une formation complémentaire destinée aux internes de Médecine Générale (validant des heures de formation complémentaire) en TCEM ?

En quelle année de DES celle-ci serait elle plus adaptée ?

Quel type de formation est le plus adapté selon vous ? Cours magistraux ? Petits groupes de travail par thème, interactifs ? Rencontre avec différents soignants des réseaux ?

7.5 ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE EPIDEMIOLOGIQUE

1/ Quel âge avez-vous ?

2/ Quel est votre sexe ? H F

3/ Quelle est votre faculté d'origine ?

4/ En quelle année de DES êtes-vous ? DES 1 DES 2 DES 3

5/ Avez-vous réalisé un stage en soins palliatifs ? Si oui, Où et Quand (Semestre) ?

6/ Avez-vous réalisé un stage en médecine adulte avec les lits identifiés soins palliatifs (LISP) ou en gériatrie ? Oui Non

Lieu du stage :

7/ Avez-vous réalisé votre stage chez le praticien ? Oui Non

Un SASPAS ? Oui Non

8/ Avez-vous au cours de votre internat assisté à des formations complémentaires en soins palliatifs ?

Si oui, lesquelles ?

9/ Avez-vous fait un DESC, DU, DIU de soins palliatifs ? NON DESC DU DIU

7.6 ANNEXE 6 : CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Interne	Age	Sexe	Faculté d'origine	DES	stage en SP	Gériatrie ou service avec LISP.	Stage chez le praticien	SASPAS	Formation en SP	DU DIU DESC
FOCUS GROUPE 1 (FG.1)										
I.1	30	F	Lille	3	Oui. USP Antibes (S1)	Oui, SSR, Hôpital de Cimiez, Nice.	Oui	Oui	Oui. 2 congrès de SP	Non
I.2	29	H	Rouen	3	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
I.3	27	H	Limoges	3	Non	Oui. Gériatrie SSR et CSG, Hôpital de Cimiez, Nice.	Oui	Oui	Non	Non
I.4	28	F	Strasbourg	3	Non	Oui. Pneumologie, Grasse.	Oui	Non	Non	Non
I.5	28	F	Marseille	3	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
I.6	25	F	Nice	3	Non	Oui. Médecine polyvalente, Menton	Oui	Non	Non	Non
FOCUS GROUPE 2 (FG.2)										
I.1	24	F	Toulouse	1	Non	Oui. Médecine polyvalente, Menton.	Non	Non	Non	Non
I.2	25	F	Paris	1	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
I.3	25	F	Pologne	1	Non	Oui. SSR, Hôpital de Cimiez, Nice.	Oui	Non	Non	Non
I.4	26	H	Grenoble	1	Non	Oui. SSR, Hôpital de Cimiez, Nice.	Non	Non	Non	Non
I.5	26	F	Nancy	1	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
I.6	26	F	Limoges	2	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
I.7	24	F	Nice	3	Non	Oui. Clinique « Les Sources », Nice.	Oui	Non	Non	Non
I.8	26	F	Paris	3	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
FOCUS GROUPE 3 (FG.3)										
I.1	30	F	Toulouse	2	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
I.2	26	F	Lyon Est	3	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
I.3	27	F	Nice	3	Non	Oui. Médecine polyvalente, Menton. Clinique « Les sources », Nice	Oui	Non	Non	Non
I.4	27	F	Lille	3	Non	Non	Oui	Non	Oui. CH Draguignan.	Non
I.5	28	H	Grenoble	Post internat	Oui. CAL DISSPO (S6)	Oui. Oncologie, Fréjus.	Oui	Non	Oui. CAL, Nice.	Non
I.6	26	F	Besançon	2	Non	Oui. Gériatrie CSG, Hôpital de Cimiez, Nice.	Oui	Non	Non	DU
I.7	26	F	Nice	2	Non	Oui. Médecine polyvalente, Menton.	Oui	Non	Non	Non
I.8	26	F	Toulouse	1	Non	Oui. Médecine polyvalente, Menton.	Oui	Non	Non	Non
ENTRETIENS INDIVIDUELS (E.I)										
E.I.1	26	F	Amiens	3	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
E.I.2	27	H	Limoges	3	Non	Oui. SSR Fréjus.	Oui	Non	Non	Non

7.7 ANNEXE 7 : AUTO-EVALUATION DE SA COMPETENCE DE COMMUNICATEUR

Guide d'auto-évaluation

Issu de la thèse soutenue à Nice le 3 Mars 2011 par Caroline ARMENGAU

EVALUATION DE SA COMPETENCE DE COMMUNICATEUR EN MEDECINE GENERALE Opinions d'internes en Médecine Générale sur l'auto-évaluation de leur communication au moyen de l'enregistrement vidéo

Ce questionnaire est basé sur 2 consensus qui font référence sur la communication médecin-malade, à savoir : The Kalamazoo Consensus Statement, et le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale.

Nous vous demandons d'entourer la réponse qui représente le mieux votre niveau de satisfaction concernant les différents éléments de communication lors d'une entrevue médicale.

Si les énoncés ne vous paraissent pas clairs, ou si vous le souhaitez, merci de les reformuler à votre convenance, tout en conservant le sens général de la phrase.

1/ Débuter l'entretien :

- *se présenter et préciser son rôle, la nature de l'entrevue*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *s'assurer que le patient est « à l'aise » et agir en cas d'inconfort évident*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *explorer la/les raison(s) de la visite*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *laisser le patient terminer son introduction sans l'interrompre*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *annoncer le déroulement de la consultation*
non satisfait peu satisfait satisfait

2/ Recueillir les informations :

- *utiliser un ensemble de questions ouvertes et fermées*
non satisfait peu satisfait satisfait

- *clarifier les énoncés du patient qui sont ambigus ou qui nécessitent plus de précisions*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *obtenir suffisamment d'informations pour approcher le diagnostic*
non satisfait peu satisfait satisfait

3/ Explorer le contexte personnel du patient :

- *recueillir des éléments sur son contexte de vie*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *permettre au patient d'aborder ses attentes, inquiétudes, représentations...*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *accueillir les points de vue et émotions du patient, et fournir du soutien*
non satisfait peu satisfait satisfait

4/ Echanger l'information :

- *donner des explications claires en évitant tout jargon médical*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *s'assurer de la compréhension du patient et en tenir compte*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *encourager le patient à poser des questions*
non satisfait peu satisfait satisfait

5/ Parvenir à une entente sur le diagnostic et la prise en charge :

- *encourager le patient à donner son point de vue*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *s'assurer du rôle que le patient souhaite jouer dans les décisions à prendre*
non satisfait peu satisfait satisfait

- *envisager avec le patient des obstacles et des solutions alternatives*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *discuter d'un plan mutuellement acceptable (signaler sa position ou ses préférences au sujet des options possibles, déterminer les préférences du patient)*
non satisfait peu satisfait satisfait

6/ Terminer la consultation :

- *procurer l'occasion de soulever des inquiétudes et poser des questions*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *vérifier avec le patient s'il est d'accord avec le plan d'action et si l'on a répondu à ses préoccupations*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *résumer la discussion*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *proposer le maintien du contact*
non satisfait peu satisfait satisfait ne s'y prête pas

7/ Concernant le comportement non verbal, êtes vous satisfait :

- *du contact visuel avec le patient ?*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *de vos postures, positions et mouvements ?*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *de vos indices vocaux (débit, volume, tonalité) ?*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *de votre façon d'utiliser un ordinateur ou le dossier papier d'une façon qui ne gêne pas la communication ?*
non satisfait peu satisfait satisfait

8 RÉSUMÉ

REPRESENTATIONS ET RESENTIS SUR LES SOINS PALLIATIFS PAR LES INTERNES DE MEDECINE

GENERALE DE NICE : COMMENT METTRE EN ADEQUATION BESOINS ET FORMATION ?

BUT DE L'ETUDE : Évaluer les besoins en formation en soins palliatifs des internes de Médecine Générale de Nice en se basant sur leurs représentations et ressentis.

MATERIEL ET METHODE : Une étude qualitative par Focus groupes a été menée jusqu'à saturation des données auprès d'internes de Médecine Générale de Nice, recrutés par mailing liste. Trois focus groupes et deux entretiens individuels ont été faits, soit 24 internes interrogés. La transcription des verbatim mot à mot a été faite manuellement. L'analyse des verbatim s'est faite selon la méthode de la théorisation ancrée.

RESULTATS : Les soins palliatifs étaient assimilés à la phase palliative terminale et à la prescription de Morphine® et d'Hypnovel® plus qu'à la prise en charge globale du patient et de son entourage. Les principales difficultés pour la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile sont la disponibilité, l'accessibilité aux thérapeutiques et la communication. La formation en soins palliatifs est hétérogène et inadaptée selon les internes interrogés. Nombreux sont ceux qui se sentent insuffisamment formés pour assurer le confort du patient en s'appuyant sur les ressources extérieures mobilisables, à domicile, tout en respectant le cadre légal.

CONCLUSION : Ce travail nous a permis d'élaborer des axes de formation plus en adéquation avec les besoins des internes :

- *Multiplier les exercices de simulation pour la formation sur la communication*
- *Intégrer un professionnel formé en soins palliatifs pour encadrer un GEASP à thème*
- *Organiser des demi-journées avec des ateliers à thème validant des heures de formation complémentaire*

MOTS CLES : « soins palliatifs », « ressentis et représentations », « formation des internes », « Médecine Générale », « soins palliatifs à domicile ».

9 SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.