



HAL
open science

Ressenti des internes, médecins non thésés et docteurs en médecine générale, vis-à-vis du stage réalisé au sein du service de soins palliatifs du CHU de Rennes (EMASP) en tant qu'externes de 4e et 5e années des études médicales, au vu de leur pratique actuelle

Laure Deniel

► **To cite this version:**

Laure Deniel. Ressenti des internes, médecins non thésés et docteurs en médecine générale, vis-à-vis du stage réalisé au sein du service de soins palliatifs du CHU de Rennes (EMASP) en tant qu'externes de 4e et 5e années des études médicales, au vu de leur pratique actuelle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02563191

HAL Id: dumas-02563191

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02563191>

Submitted on 7 May 2021

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 D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Laure DENIEL

Née le 7 mai 1989 à Gray

**Ressenti des internes,
médecins non thésés et
docteurs en médecine
générale, vis-à-vis du stage
réalisé au sein du service de
soins palliatifs du CHU de
Rennes (EMASP) en tant
qu'externes de 4^e et 5^e
années des études
médicales, au vu de leur
pratique actuelle.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 15 octobre 2019,**

devant le jury composé de :

Benoît DESRUES

*PU-PH - Pneumologie
CHU Rennes - Président*

Olivier DECAUX

*PU-PH - Médecine interne- Hématologie clinique
CHU Rennes - Juge*

Eric MENER

*Pr Associé – Président Département de
Médecine générale
Faculté de Rennes - Juge*

Vincent MOREL

*Pr Associé - Equipe Mobile d'Accompagnement
et de Soins Palliatifs
CHU Rennes - Invité*

Géraldine TEXIER

*PH - Equipe Mobile d'Accompagnement et de
Soins Palliatifs
CHU RENNES - Directrice de thèse*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Laure DENIEL

Née le 7 mai 1989 à Gray

**Ressenti des internes,
 médecins non thésés et
 docteurs en médecine
 générale, vis-à-vis du stage
 réalisé au sein du service de
 soins palliatifs du CHU de
 Rennes (EMASP) en tant
 qu'externes de 4^e et 5^e
 années des études
 médicales, au vu de leur
 pratique actuelle.**

**Thèse soutenue à Rennes
 le 15 octobre 2019,**

devant le jury composé de :

Benoît DESRUES

*PU-PH - Pneumologie
 CHU Rennes - Président*

Olivier DECAUX

*PU-PH - Médecine interne-Hématologie clinique
 CHU Rennes - Juge*

Eric MENER

*Pr Associé – Directeur département de Médecine
 générale
 Faculté de Rennes – Juge*

Vincent MOREL

*Pr Associé – Equipe Mobile d'Accompagnement et
 de Soins Palliatifs
 CHU Rennes - Invité*

Géraldine TEXIER

*PH - Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins
 Palliatifs
 CHU RENNES - Directrice de thèse*

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Titre	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc- Antoine	PU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	PU-PH	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Pr Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur; addictologie
BOUGUEN Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRASSIER Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRISSOT Pierre	Pr Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	PU-PH	Physiologie
CATROS Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard	Pr Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

DARNAULT Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude	Pr Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	Pr Associé	Cardiologie
DE CREVOISIER Renaud	PU-PH	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; Addictologie
DESRUES Benoît	PU-PH	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves	Pr Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN Gilles	PU-PH consultant	Neurologie
FERRE Jean Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE Francois	PU-PH	Urologie
GUYADER Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN Claire	PU-PH	Anatomie

HOUOT Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique, addictologie
LAVOUE Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick	PU-PH	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER Alain	Pr Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick	Pr Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MENER Eric	Pr Associé	Médecine générale
MEUNIER Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Pr Emérite	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

MORANDI Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL Vincent	Pr Associé	Médecine palliative
MOSSER Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE Didier	Pr Associé	Médecine générale
ODENT Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL Célia	PU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand	Pr Associé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT Louis	Pr Associé	Médecine d'urgence
SULPICE Laurent	PU-PH	Chirurgie générale

TADIÉ Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise	Pr Associé	Médecine générale
THIBAUT Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Maitres de Conférences des Universités

Nom Prénom	Titre	Sous-section de CNU
ALLORY Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT Laurence	MCU-PH	Hématologie; transfusion
ANSELMi Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BEGUE Jean-Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIARD Sidonie	MC Associée	Médecine générale
DAMERON Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	MCU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELINe Julien	MCU-PH	Cancérologie; radiothérapie
FIQUET Laure	MC Associé	Médecine générale
GARLANTEZEC Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAULT	MCU-PH	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	MCU-PH	Hématologie; transfusion
JAILLARD Sylvie	MCU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique

KALADJI Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologique
LAVENU Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MARTINS Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	MCU-PH	Urologie
MENARD Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	MCF	Informatique
NAUDET Florian	MCU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur; addictologie
PANGAULT Céline	MCU-PH	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric	MC Associé	Médecine générale
ROBERT Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SCHNELL Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	MCU-PH	Neurologie
TURLIN Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence épouse LORNE	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

A Monsieur le Professeur Benoît DESRUES, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et de juger ce travail, je vous en remercie.

A Monsieur le Professeur Olivier DECAUX, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail, et d'y apporter votre regard expérimenté.

A Monsieur Le Professeur Eric MENER, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, et d'apporter votre expérience à la critique de ce travail.

A Monsieur le Professeur Vincent MOREL, c'est un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury. Merci d'avoir accepté de juger ce travail de votre œil émérite.

A Madame le Docteur Géraldine TEXIER, je vous remercie d'avoir accepté d'encadrer ce travail. Votre disponibilité et vos bons conseils tout au long de ce travail, malgré la distance, m'ont été d'une grande aide.

A mes parents, merci pour votre amour, votre soutien et votre présence.

A ma mère, Brigitte, Audrey A. et Audrey P., merci pour le temps passé à corriger ce travail.

A ma sœur, Johanne, merci pour tous ces moments partagés. Merci d'être là.

A mes nièces, Salomé et Zélie, merci pour tout le bonheur, la joie et l'insouciance que vous m'apportez.

A mes amis, sans qui je ne suis rien. Merci pour tout ce bonheur partagé et votre présence à mes côtés, merci pour tout.

A ma grand-mère, Marthe, merci d'avoir toujours été la meilleure des grand-mères.

A Maxence, merci pour ton soutien et ton aide durant ce travail, ta compréhension, ta tendresse, et ton amour... Tellement de choses. Merci pour tout.

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	13
Liste des annexes.....	14
Liste des tableaux.....	14
I. Introduction.....	15
II. Matériel et méthode.....	19
A. Objectifs.....	19
B. Hypothèses de travail.....	19
C. Méthodologie.....	19
1) Méthodologie qualitative.....	19
2) Population étudiée et mode de recrutement.....	20
3) Recueil des données et guide d'entretien.....	20
4) Analyse des données.....	21
III. Résultats.....	23
A. Population d'étude.....	23
1) Recrutement.....	23
2) Recueil des données.....	23
3) Caractéristiques de la population d'étude.....	24
B. Analyse thématique des résultats.....	26
1) Le stage.....	26
a. Choix et motivation à réaliser le stage.....	26
b. Perception du stage par les étudiants.....	26
1. Vécu du stage.....	26
2. Encadrement et pédagogie au sein du stage.....	27
3. Appréciation générale.....	29
2) Découverte des soins palliatifs.....	30
a. Première approche.....	30
b. Introduction aux soins palliatifs.....	31
3) Evolution du savoir des étudiants.....	31
a. Acquisitions perçues par l'interviewer chez le sondé.....	31
1. Une approche empathique et relationnelle du soin.....	31
2. Une nécessité d'interdisciplinarité.....	32
3. Globalité des prises en charge : un atout pour la pratique	32
4. La dimension éthique des soins palliatifs.....	32
b. Acquisitions ressenties par le sondé.....	33

1. Evolution des notions de base des étudiants sur les soins palliatifs vers une connaissance plus élaborée.....	33
1.1 Sur la définition des soins palliatifs.....	33
1.1.1 Les patients concernés.....	33
1.1.2 Prise en charge de l'entourage du patient.....	34
1.1.3 Une démarche de soins actifs.....	34
1.1.4 Place centrale du patient dans la prise en charge.....	34
1.1.5 Différents axes de prise en charge.....	35
1.2 Sur les spécificités d'exercice.....	35
1.2.1 Différentes missions.....	35
1.2.2 Différents lieux de prise en charge.....	37
2. Une pratique enrichie.....	38
2.1 Une meilleure utilisation de l'EMASP.....	38
2.2 Une approche des soins palliatifs facilitée.....	38
2.2.1 Pour la suite des études.....	39
2.2.2 Pour la pratique (future) de médecin généraliste.....	39
2.3 Une meilleure approche de la fin de vie et de la mort.	40
2.4 Thérapeutiques relatives aux soins palliatifs.....	41
2.5 Du relationnel avec le patient et son entourage.....	43
4) Evolution de l'intérêt porté aux soins palliatifs.....	45
a. Un argument pour le choix de spécialité.....	46
b. Un désir de compléter sa formation.....	46
c. Une volonté d'exercer.....	47
5) Limites du stage et des acquisitions.....	47
a. Une durée de stage jugée trop courte.....	47
b. La place du stage dans le cursus universitaire.....	48
c. Des apprentissages intégrés plus tard dans la suite du cursus.....	49
6) La formation aux soins palliatifs, selon les étudiants.....	50
a. Place des soins palliatifs dans la formation initiale.....	50
b. Intérêt de ce stage dans la formation initiale.....	52
c. Qualité de la formation initiale.....	54
d. Suggestions pour amélioration de la formation.....	57

IV.	Discussion.....	62
A.	Forces et faiblesses de notre étude.....	62
	1) Le sujet.....	62
	2) En ce qui concerne notre étude.....	62
B.	Les résultats.....	65
	1) Connaissances et représentations des soins palliatifs.....	65
	a. Un manque de connaissances général des étudiants en amont du stage.....	65
	b. Des représentations vis-à-vis des soins palliatifs.....	69
	2) Les difficultés rencontrées.....	73
	a. L'abord des soins palliatifs et de la mort avec les patients.....	73
	b. Vécu émotionnel et gestion des émotions.....	75
	3) L'intérêt du stage dans l'acquisition de notions relatives aux soins palliatifs.....	78
	4) Vers une formation plus approfondie voire complémentaire.....	82
	5) Le manque de formation ressenti par les étudiants.....	83
	6) Qu'en est-il de la formation et des possibilités envisagées ?.....	85
C.	Quelques points à développer.....	92
	1) Travail sur les émotions et prévention du burn-out.....	92
	2) Les différentes structures de soins palliatifs.....	95
	3) Impact du cadre de stage.....	96
	4) L'interdisciplinarité : une pratique à développer.....	98
	5) Une vision empathique du soin.....	101
D.	Perspectives.....	103
	1) Elargir la diffusion de la culture palliative.....	103
	2) Renforcer les connaissances des étudiants et les sensibiliser à la démarche palliative.....	104
	3) Faciliter l'approche de la mort et son abord avec les patients.....	105
	4) Développer l'interdisciplinarité.....	106
	5) Prévenir le burn-out des soignants.....	107
V.	Conclusion.....	108
	Bibliographie.....	111
	Annexes.....	119
	<i>Annexe 1 : Document explicatif de l'étude et questionnaire transmis par mail afin de réaliser le recrutement des sujets éligibles.....</i>	119
	<i>Annexe 2 : Questionnaire de trame pour entretiens semi-dirigés.....</i>	121

LISTE DES ABREVIATIONS

ANEMF	Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CNFVSP	Centre National de la Fin de Vie et des Soins Palliatifs
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DFGSM3	Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 3e année
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DU	Diplôme Universitaire
ECN	Epreuves Classantes Nationales
ECNi	Epreuves Classantes Nationales informatisées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMASP	Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
FST	Formation Spécialisée Transversale
GEASP	Groupe d'Entraînement à l'Analyse des Situations Professionnelles
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ISNAR-IMG	Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
ISNCCA	Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistant
ISNI	Inter Syndicale nationale des internes
LISP	Lit Identifié de Soins Palliatifs
PACES	Première Année Commune aux Etudes de Santé
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
UE	Unité d'Enseignement
UMIP	Unité de Médecine Interne Polyvalente
USP	Unité de Soins Palliatifs

LISTE DES ANNEXES

Annexe n°1 : *Document explicatif de l'étude et questionnaire transmis par mail afin de réaliser le recrutement des sujets éligibles*

Annexe n°2 : *Questionnaire de trame pour les entretiens semi-dirigés*

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : *Caractéristiques de la population étudiée*

I. INTRODUCTION

En France, la notion de soins palliatifs arrive relativement tardivement comparé à ses voisins, notamment anglo-saxons, puisqu'elle fait son apparition en 1985 versus 1967 pour l'Angleterre, par exemple. C'est en 1986 que la première loi concernant les soins palliatifs voit le jour en France. Il s'agit de la circulaire « Laroque ». Elle définit les soins palliatifs et ses différentes lignes d'action, et entraîne la création des premières unités de soins palliatifs (USP) en 1987. Par la suite, plusieurs autres lois sont créées, instaurant ou révisant notamment le droit à l'accès aux soins palliatifs (Loi n° 99-477 du 9 juin 1999) et le droit des patients quant aux décisions concernant leur santé. On y retrouve entre autres, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 dite « loi Kouchner », qui entraîne le droit au refus de soins par le patient et la possibilité de désigner une personne de confiance, la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 dite « loi Léonetti » qui renforce ces derniers points, instaure l'interdiction à l'obstination déraisonnable et ouvre la possibilité de rédiger des directives anticipées, et la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 dite « loi Claeys-Léonetti », qui révisé les points précédents et introduit le droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès [1].

On connaît depuis une 10^e d'années, en France, un développement important des soins palliatifs. [2] De nos jours, outre l'importance d'avoir une médecine performante sur le plan curatif, il est indispensable de « déployer » une médecine compétente, prenant le relai de cette dernière. En effet, il est important de prendre en charge, et ce le plus précocement possible, les patients n'étant plus éligibles à un traitement curatif, afin de les préparer et les accompagner de façon progressive, à l'évolution de leur maladie, et ce jusqu'à leur mort. Il s'agit là, alors, par le biais de soins actifs dispensés par une équipe pluridisciplinaire, de soutenir le patient et son entourage, de soulager la douleur physique ainsi que les autres symptômes que présente le patient, sans oublier la souffrance psychique, sociale et spirituelle, afin de leur permettre d'accéder à la mort dans la sérénité [3,4,5].

On estime aujourd'hui qu'en France, environ 80% des patients souhaitent mourir chez eux [6,7]. Or, selon l'INSEE, en 2016 seulement 26% des décès se produisent à domicile et les hospitalisations restent fréquentes avec 59,2% des décès survenant à l'hôpital [8].

En effet, le maintien des patients en situation palliative au sein de leur domicile requiert une prise en charge spécifique et souvent l'intervention ou les conseils de professionnels formés. De ce fait, on sait qu'en France ces possibilités sont globalement insuffisantes et inégales selon les territoires. Certains sont dépourvus ou largement déficitaires en équipes spécialisées et en professionnels formés à ce type de prise en charge [2]. Cette dernière se veut pluridisciplinaire, et regroupe alors divers acteurs : infirmier(e)s, kinésithérapeutes, psychologues, assistantes sociales, orthophonistes, diététiciens et médecins, entre autres. Le médecin généraliste est souvent le premier intermédiaire et le pivot central de cette prise en charge. En effet, on se rend compte que ce dernier a un rôle déterminant dans sa mise en place et son maintien à domicile : dans un premier temps il doit repérer les patients nécessitant des soins palliatifs et ce le plus précocement possible, afin d'organiser dans des conditions optimales la prise en charge à domicile et ainsi tenter d'améliorer la qualité de vie évitant des soins trop agressifs et des hospitalisations non programmées, notamment [2,9]. Dans un second temps, le médecin généraliste doit assurer les soins médicaux et/ou la coordination de la prise en charge [9]. Il reste donc, dans la plupart des cas, indispensable au maintien des personnes en situation palliative à domicile. Or, beaucoup d'entre eux ne se sentent pas à l'aise, voire en réelle difficulté devant cette tâche. Ceci mène d'ailleurs parfois au refus de réaliser cette prise en charge, et ce pour différentes raisons : l'entourage, perçu comme un frein, le caractère chronophage, le contexte affectif et émotionnel avec crainte du burnout parfois, le soulagement des symptômes présentés par les patients mais également le manque de formation, entre autres [2, 10, 11,12,13,14,15]. Par voie de conséquence, le recours aux hospitalisations est plus important et la prise en charge du patient à domicile moindre.

Si l'on s'intéresse à la formation des étudiants en médecine aux soins palliatifs, on voit qu'en France, il est réalisé depuis l'arrêté du 18 mars 1992, modifié par l'arrêté du 21 avril 1994, une initiation aux sciences humaines et sociales lors du premier cycle des études médicales [16,17]. Ceci marque le début du développement de cet enseignement. Depuis 1997, l'enseignement des soins palliatifs apparaît obligatoire lors du deuxième cycle des études médicales, alors qu'il est absent au cours du premier cycle des études médicales [1,18]. Actuellement, les étudiants en médecine sont formés aux soins palliatifs par le biais de l'UE5 : « Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement » anciennement module 6 « Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement » depuis 2000, révisé en 2007. Ce dernier perd sa spécificité après la fusion de plusieurs modules, lors de l'apparition des ECNi en 2016. La durée de cette formation est actuellement « limitée à 5 heures en

moyenne » [1,19]. Au cours du troisième cycle, l'enseignement diffère selon les facultés mais aucune réglementation nationale n'est parue. Aucune formation n'est donc obligatoire au-delà. Par ailleurs, il est possible de réaliser une formation complémentaire en soins palliatifs ouverte aux étudiants du troisième cycle, ou aux doctorants. Il existe les Diplômes Universitaires (DU), qui sont des formations propres à une seule université, qui crée, enseigne et évalue les enseignements proposés ; et les Diplômes InterUniversitaires (DIU) organisés eux, entre plusieurs facultés issues d'universités différentes. Ces enseignements permettent de compléter ses connaissances dans un domaine mais ne sont pas reconnues sur le plan national et ne donnent pas droit à un titre ou une qualification supplémentaire [20]. Il est également possible de réaliser un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC), qui offre, lui, la possibilité d'exercer une autre spécialité. Il nécessite une formation supplémentaire de 2 ans, dont une année réalisée au cours de l'internat. Dans le cadre des soins palliatifs, il s'agit du DESC « Médecine de la douleur et Médecine palliative », de type 1 dit « non qualifiant ». Ceci signifie que le médecin peut exercer cette 2^e spécialité tout en conservant le titre de sa spécialité d'origine. Ils offrent une compétence supplémentaire, reconnue [21]. Ces derniers vont progressivement disparaître pour être remplacés par des Formations Spécialisées transversales (FST) depuis la promotion ECN 2017, suite à l'arrêté du 21 avril 2017. Elles ne sont pas spécifiques à une seule spécialité, mais peuvent être communes à plusieurs et « ne permettent pas d'exercer en dehors du champ de compétences du DES au sein duquel l'interne est formé ». Elles se dérouleront sur 2 semestres, prolongeant ainsi l'internat d'un an pour les DES dont la formation est inférieure ou égale à 4 ans et comprise dans la durée du DES pour ceux de plus de 4 ans [22, 23].

Il apparaît que les étudiants en médecine, interrogés à différents stades de leurs études, jusqu'à la toute fin de leur cursus, se sentent insuffisamment formés aux soins palliatifs et ne sont pas forcément toujours à l'aise avec cette pratique. [24] On observe que cette aisance pourrait s'acquérir notamment avec l'enseignement pratique, à savoir les stages, ou grâce à des mises en situation [25, 26]. Or à ce jour, aucun stage encadré n'est réalisé de façon systématique par les étudiants en médecine durant leur cursus universitaire [1].

Sur le plan législatif, cela se confirme puisque selon le plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018, l'enseignement théorique doit être renforcé et la réalisation d'au moins un stage dans un dispositif spécialisé en soins palliatifs doit être favorisé pour chaque étudiant, en

filière médicale et paramédicale, d'après sa mesure n°4 intitulée : « Renforcer les enseignements sur les soins palliatifs pour tous les professionnels ». De plus, il est stipulé qu'il faut « donner l'accès de la médecine palliative à une filière universitaire » et « mettre en place dans le troisième cycle des études médicales une formation spécialisée en soins palliatifs et en médecine de la douleur », d'après sa mesure n°5 « Former davantage les professionnels particulièrement concernés par la fin de vie et développer la recherche » [24]. Cependant, aucune modification notable n'est survenue depuis lors, quant aux enseignements durant le cursus médical. Seules les formations complémentaires type DU, DIU et DESC (maintenant FST) se sont développées.

Au plan local, le CHU de Rennes reçoit depuis 8 ans des étudiants en médecine de 4^e et 5^e années au sein de son équipe de soins palliatifs (EMASP), pour un stage de sensibilisation d'une semaine.

Il nous est alors paru intéressant d'explorer le ressenti des internes, médecins non thésés ou docteurs en médecine générale, quant à la réalisation de ce stage, au vu de leur pratique actuelle.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Objectifs

L'objectif principal de notre travail est d'étudier le ressenti des étudiants en médecine ayant réalisé un stage de sensibilisation d'une semaine au sein de l'EMASP du CHU de Rennes, durant leur externat, et ce, au vu de leur pratique actuelle d'interne, de médecin remplaçant non thésé ou de docteur en médecine générale.

L'objectif secondaire est de recueillir les suggestions éventuelles de ces derniers, quant à l'amélioration de la formation des étudiants en médecine aux soins palliatifs.

B. Hypothèses de travail

Concernant notre objectif principal, plusieurs hypothèses sont formulées, suggérant que ce stage peut permettre aux étudiants :

- De découvrir ce que sont les soins palliatifs et éventuellement modifier les représentations ou les a priori qu'ils en avaient.
- De découvrir une pratique clinique centrée sur l'interdisciplinarité.
- D'apprendre à gérer des situations propres aux soins palliatifs, que ce soit dans le cadre thérapeutique (prise en charge des symptômes présentés) ou relationnel (avec le patient et/ou son entourage).
- De les amener à s'intéresser davantage aux soins palliatifs, avec éventuellement réalisation de formations complémentaires, et peut-être envisager d'y consacrer une part ou la totalité de leur exercice futur.

C. Méthodologie

1) Méthodologie qualitative

Pour réaliser ce travail, l'étude qualitative nous paraît être la plus adaptée.

En effet, dans cette étude nous cherchons à réaliser une photographie d'un phénomène à un instant donné. De plus, cette méthode permet le recueil de données verbales (le plus souvent) et cherche à observer et à comprendre un phénomène social en milieu

naturel. Elle traite de facteurs difficilement quantifiables et subjectifs, comme le ressenti, étudié ici [27, 28].

L'enquêtrice cherche à recueillir l'expression du sondé, le plus librement possible. Il s'agit d'une étude exploratoire.

2) Population ciblée et mode de recrutement

La population étudiée concerne les étudiants en médecine, actuellement internes, médecins non thésés ou docteurs, ayant réalisé un stage de sensibilisation d'une semaine au sein de l'EMASP du CHU de Rennes. Ce dernier est proposé aux externes de 4^e et 5^e années, réalisant un stage en hématologie.

Le critère d'inclusion principal est d'avoir choisi la médecine générale comme spécialité médicale.

Le recrutement des sujets éligibles à l'étude est réalisé par le biais d'un questionnaire élaboré sur Google form® (Annexe 1). Ce dernier, transmis par mail, est associé à un texte expliquant l'objectif et les modalités de participation à l'étude.

Pour cela, la liste et les coordonnées (nom, prénom, numéro de téléphone et adresse mail) des étudiants ayant réalisé ce stage, sont recueillies auprès du secrétariat du service de soins palliatifs du CHU de Rennes, La Tauvrais. Ces données ont été renseignées par les étudiants eux-mêmes au début de leur stage.

L'accord pour la réalisation de l'entretien est considéré comme consentement.

3) Recueil des données et guide d'entretien

Le recueil de données est réalisé à partir d'entretiens semi-dirigés. Ces derniers se déroulent de façon individuelle, en face à face. Le mode présentiel est privilégié, dans le but de faciliter et de favoriser les échanges. Dans le cas où l'entretien n'est pas réalisable de façon présentielle, du fait de l'indisponibilité des sujets, ou de par la localisation géographique, il est réalisé par téléphone.

Le guide d'entretien est réalisé par l'enquêtrice, puis relu et complété par le Dr G. TEXIER, directrice de thèse. Il est élaboré à partir de données trouvées dans la bibliographie et composé de questions ouvertes et fermées (Annexe 2).

Il comporte 3 axes, ciblant les hypothèses émises et tentant de répondre aux objectifs de l'étude :

- Connaissance, attrait et vision des soins palliatifs (a priori et représentations vis-à-vis des soins palliatifs)
- Apports de ce stage au vu de la pratique actuelle et future
- Qualité de la formation aux soins palliatifs durant le cursus et suggestions pour l'améliorer

Il n'est pas réalisé d'entretien exploratoire, mais le guide est réévalué et modifié après 2 entretiens. Ces derniers sont réalisés par la thésarde, dans un lieu choisi par le sondé pour ceux en présentiel. L'enquêtrice s'attache à adopter une attitude bienveillante, neutre et d'écoute active, en respectant les temps de pause et d'hésitation. Des questions de relance sont également formulées au cours des entretiens.

Ils se déroulent à la fin de la période d'inclusion, de février à avril 2019.

Les participants sont prévenus de l'enregistrement de l'entretien et de l'anonymisation des données recueillies, lors de la retranscription.

Les entretiens sont enregistrés à l'aide d'un dictaphone de marque OLYMPUS ® et d'un téléphone portable.

4) Analyse des données

Les entretiens sont intégralement retranscrits sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word ®, en respectant l'anonymat des personnes interrogées. Ils sont numérotés de 1 à 14.

Il est par la suite réalisé une analyse thématique, manuelle, à partir du verbatim obtenu. Cette méthode permet de réunir les ressentis communs entre les différents interviewés et de les analyser afin de les comprendre et d'en faire ressortir des hypothèses.

Il est dans un premier temps réalisé un codage ouvert, qui consiste en l'analyse de chaque entretien de façon indépendante, afin d'en faire ressortir les idées principales, regroupées en sous-thèmes. [29]

Secondairement, il est réalisé un codage axial, permettant d'établir des thèmes, à partir des différents sous-thèmes établis préalablement. [29]

Puis, il est réalisé un codage spécifique, afin d'établir les thèmes le plus souvent évoqués, communs à une grande partie des entretiens ou ceux qui diffèrent selon les sondés. Ceci permet d'établir les thèmes principaux et secondaires. [29]

La grille d'analyse est constituée au fur et à mesure, à partir du verbatim, et est réévaluée tout au long du travail d'analyse. [29] Cette dernière, ainsi que la répartition des données thématiques extraites des entretiens, sont répertoriées dans un tableau réalisé manuellement, sur un support papier.

III. RESULTATS

A. Population d'étude

1) Recrutement

Le secrétariat du service de soins palliatifs du CHU de Rennes nous a fourni la liste et les coordonnées des externes ayant fait un stage au sein de l'EMASP, de 2011 à juin 2018 (date à laquelle la liste nous est remise). Elle comptait 181 coordonnées d'étudiants. Nous avons les adresses mail de 175 (96,7%) d'entre eux. Pour les 6 (3,3%) sans adresse mail, un SMS leur a été envoyé, expliquant l'objectif de la thèse, et leur demandant de nous communiquer leur adresse mail dans le but de leur adresser le questionnaire. Sur ces 6 personnes, 2 ont répondu en nous communiquant leur e-mail.

177 (97,8 %) étudiants ont alors été contactés par mail. 39 (21,5%) ont répondu au questionnaire après un premier envoi et 2 relances par mail, entre octobre 2018 et février 2019. Parmi ceux-ci, 22 (12,1%) étaient éligibles, mais un sujet a refusé de participer à l'étude.

Au final, 21 (11,6%) sujets ont été recrutés pour la suite de l'étude. Chacun a alors été contacté par mail ou par SMS, afin d'organiser un entretien semi-dirigé et d'en déterminer les modalités (entretien présentiel ou téléphonique, lieu et date). 7 d'entre eux n'ont finalement pas donné suite et ont donc été exclus de l'étude.

2) Recueil des données

La totalité des 14 (7,7%) sujets recrutés ont été interviewés.

Parmi les 14 entretiens, 6 (42,9%) ont été réalisés de façon présenteielle. Dans ce dernier cas, le choix du lieu pour la réalisation de l'entretien a été laissé au sondé. Ainsi, 5 entretiens présentsiels sont réalisés au domicile du sondé, et 1 est réalisé dans un lieu public.

Les entretiens ont duré en moyenne 14 minutes et 50 secondes (avec un minimum à 8 minutes, et un maximum à 25 minutes et 40 secondes).

Le verbatim global correspond à 47 pages en format A4 (police Arial, taille 11) et compte un total de 29078 mots avec pour les entretiens, un minimum de 1010 mots et un maximum de 4148 mots.

3) Caractéristiques de la population d'étude

La population étudiée compte 12 (85,7%) sujets de sexe féminin et 2 (14,3%) sujets de sexe masculin. 4 (28,6%) sont docteurs en médecine générale, 3 (21,4%) sont médecins généralistes non thésés et 7 (50%) sont internes en médecine générale. 6 (42,9%) ont actuellement un exercice hospitalier et 8 (57,1%) ont un exercice libéral. 9 (64,3%) ont réalisé ce stage au cours de la 5^è année des études médicales et 5 (35,7%) au cours de la 6^è année. La moyenne d'âge est de 28,6 ans, avec un âge minimum de 24 ans, et un maximum de 38 ans.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Entretien	Sexe	Age (ans)	Ville d'exercice actuelle	Mode d'exercice actuel	Année de réalisation du stage*	Année de l'ECN	Type d'entretien	Titre
1	F	30	Niort	Hospitalier, Urgentiste	5è	2014 et 2015	Téléphonique	Docteur
2	F	29	L'isle Jourdain	Remplacement cabinet libéral	6è	2015	Présentiel	Médecin non thésée
3	F	25	Nîmes	Stage hospitalier, urgences 1 ^{er} Semestre	5è	2018	Présentiel	Interne (1 ^{er} semestre)
4	M	38	Rennes	Stage praticien (libéral)	5è	2013	Présentiel	Interne (4è semestre)
5	F	24	Rennes	Stage hospitalier urgences (DINAN)	5è	2018	Présentiel	Interne (1 ^{er} semestre)
6	F	30	Point à Pitre (Guadeloupe)	Remplacement cabinet libéral	6è	2013	Téléphonique	Docteur
7	F	30	Brest et environs	Remplacement cabinet libéral	6è	2014	Téléphonique	Docteur
8	F	31	Lorient	HAD (libéral)	5è	2013	Téléphonique	Docteur
9	M	30	Rennes (Quevert / Saint-Malo)	Stage SASPAS (libéral)	5è	2015	Présentiel	Interne (6è semestre non validant)
10	F	27	Rennes (Lorient)	Stage hospitalier	6è	2015	Téléphonique	Interne (3è semestre, droit au remord)
11	F	26	Antilles-Guyane	Stage hospitalier Gériatrie (Martinique)	5è	2016	Téléphonique	Interne (5 ^e semestre)
12	F	24	Lyon	Stage hospitalier Gériatrie	6è	2018	Téléphonique	Interne (1 ^{er} semestre)
13	F	27	Rennes et environs	Remplacement Cabinet libéral	5è	2015	Présentiel	Médecin non thésée
14	F	30	Bréal-sous-Montfort	Remplacement Cabinet libéral	5è	2013	Téléphonique	Médecin non thésée

*Année d'externat au cours de laquelle a été réalisé le stage en soins palliatifs

B. Analyse thématique des résultats

1) Le stage

a. Choix et motivation à réaliser le stage

Aucun des étudiants n'a fait le choix de réaliser ce stage de sensibilisation, n'ayant pas connaissance de ce dernier lors de leur affectation en hématologie.

Pour autant, aucun n'était opposé à l'idée de suivre ce stage, exprimant au contraire une certaine **curiosité et un désir de découvrir les soins palliatifs**, jusque-là peu enseignés et donc peu familiers.

(E9) : « *Moi j'avais envie de le faire parce que je trouvais que ça pouvait être intéressant, c'est quelque chose qu'on n'avait jamais vu à ce moment-là* »

(E8) : « *Non [ça n'était pas un choix], mais l'idée m'avait bien plu* »

Certains ont d'ailleurs précisé qu'ils auraient accepté de réaliser ce stage, s'il leur avait été proposé.

(E10) : « *Non ça n'avait pas été un choix, en hématologie on était obligé, mais si on m'avait proposé je l'aurais fait, j'aurais voulu y aller* »

(E13) : « *Je sais que si on m'avait demandé, j'aurais dit oui* »

b. Perception du stage par les étudiants

1. Vécu du stage

Chaque étudiant a vécu cette nouvelle expérience à sa manière, avec des difficultés et des ressentis différents.

Certains se sont trouvés **déstabilisés** au cours de ce stage, en partie parce qu'il s'agissait de leur **première confrontation avec des patients en soins palliatifs** et, pour un nombre non négligeable d'entre eux, **en fin de vie**.

(E 6) : « *Pas facile facile, parce que c'était la première fois qu'on était confrontés à autant de fin de vie* »

(E3) : « *Je vais pas dire que j'ai aimé les soins palliatifs parce que ça me mettait super mal à l'aise [...] d'être confrontée à la mort tous les jours* »

(E11) : « *Je me rappelle que les premiers entretiens c'était super dur, j'avais tout le temps envie de pleurer [...] je trouvais les patients plus sereins que moi au final, mais je pense parce que c'était une des premières fois que je voyais autant de gens en soins palliatifs [...] au début de la semaine j'ai trouvé ça émotionnellement en tout cas vraiment intense, après on s'habitue au fil des jours, on est confrontés à l'approche de la mort quotidiennement quoi et quand on n'est pas habitués c'est un peu particulier* »

D'autres ont expliqué que **la gestion de l'entourage en souffrance**, occasionnait une **charge émotionnelle** parfois difficile à gérer et rendait les échanges compliqués, ne sachant pas trop comment répondre à leurs demandes et sollicitations.

(E3) : « *Ca me mettait super mal à l'aise de parler avec les familles [...] et puis voir les familles qui sont vraiment en détresse* »

Quelques-uns ont aussi évoqué **une ambiance « lourde »**, de par la gravité des pathologies et des situations rencontrées, accentuant leur mal-être émotionnel.

(E3) : « *L'ambiance est lourde quand même [...] C'est pas que je l'ai mal vécu mais, mais c'est juste que c'est vraiment particulier, c'est une grosse charge*»

Les autres n'ont a priori pas éprouvé de difficulté particulière et déclarent avoir **bien vécu ce stage**.

(E10) : « *Je l'ai vraiment bien vécu* »

2. Encadrement et pédagogie au sein du stage

Parallèlement aux difficultés évoquées, il est fait part d'une **grande satisfaction du déroulé et de l'encadrement de ce stage**. Les déclarations sur ce point ont été assez riches et spontanées.

L'ambiance bienveillante a été soulignée par beaucoup d'étudiants. Ils décrivent une équipe soignante sensible au **bien-être de l'étudiant**, et désireuse de **transmettre ses connaissances**.

(E3) : « *Toute l'équipe était super pédagogue, ils étaient très sympas* »

(E2) : « *C'était une nana, j'ai oublié son nom [médecin], super sympa et super pédagogue* »

(E13) : « *Le médecin que j'avais suivi [...] avait été adorable [...] c'est des gens super sympas, on est bien accueillis et ils sont très contents de nous avoir et de nous former* »

(E4) : « V.M et G.T, qui étaient forts sympathiques, vraiment très très humains [...] conservant aussi une proximité avec l'étudiant avec une capacité de discussion et d'ouverture qui était tout à leur honneur et franchement remarquable »

Un sujet a mentionné le caractère **appréciable** d'avoir la possibilité, pour les étudiants, de se **consacrer entièrement à la découverte des soins palliatifs**, au cours de ce stage. Aucune autre tâche (administrative entre autres) ne leur était attribuée, comme cela peut parfois se produire dans d'autres services.

(E2) : « Je pense qu'il était bien, c'est bien de faire des stages un peu différents des stages où finalement t'es plus dans l'observation, que vraiment dans le : je fais les photocopies, je range les dossiers, je fais les ECG.. »

Un autre sujet a noté que **l'implication de l'étudiant** était d'autant plus forte qu'il était **le seul externe dans le service**, contrairement à d'autres lieux de stage où ils sont parfois nombreux et peuvent se sentir « noyés dans la masse ».

(E12) : « Ouais je trouve que ça avait du poids parce qu'on était tout seul enfin le fait qu'on soit le seul intégré à l'équipe, on était plus réceptif à ce qu'on nous disait, c'était pas euh on se balade dans le couloir à 10 blouses blanches quoi »

C'est également un **sentiment d'écoute et de soutien** de la part de l'équipe, qui a été perçu par certains étudiants, les amenant ainsi à se sentir **libres de s'exprimer** sur leurs ressentis. **Le cadre d'apprentissage** a d'ailleurs été qualifié de « **rassurant** », « **optimal** » et « **privilegié** » par un étudiant.

(E12) : « En même temps on était vraiment soutenus, enfin j'ai trouvé que tout le monde se parlait, c'était très rassurant comme cadre pour aborder ça [...] C'est un cadre optimal [...] je trouve que c'est un cadre vraiment d'apprentissage privilégié quoi »

(E4) : « J'ai été invité lors de mon stage par là-bas à participer à un staff [...] je pensais y assister uniquement en tant que spectateur [...] et en fait lors du tour de table on était conviés, tous [...] à parler d'une situation où on avait été en difficulté face à un patient, où on avait éprouvé quelque chose d'un petit peu complexe et qui nous avait interpellé en lien avec les soins palliatifs [...] L'atmosphère qui se dégageait de l'équipe qui à mon sens est vraiment une équipe enfin qui dégage une atmosphère très constructive, dans laquelle on se sent bien assez facilement, dans laquelle on se sent la possibilité de s'exprimer même quand on n'est pas forcément tout à fait adéquat dans son expression.»

(E6) : « On était incités à en reparler avec eux s'il y avait des choses difficiles, etc »

Beaucoup se sont dits **rapidement intégrés à l'équipe** et ont pu, malgré leur position d'observateur, donner leur avis et ainsi participer et se sentir **inclus dans la prise en charge** des patients.

Ils ont aussi souligné la **considération** qui leur a été apportée par l'équipe soignante, renforçant ainsi leur **implication** et les invitant à poursuivre leur réflexion et à renouveler cette démarche.

(E12) : « *Globalement il y avait un tel esprit, une telle cohésion dans cette équipe, une volonté d'intégration de l'étudiant qui faisait qu'on pouvait vraiment aborder les choses sereinement [...] On a été très vite intégrés dans l'équipe* »

(E6) : « *Je trouve que l'externe était inclus dans la prise en charge [...] on était vraiment considérés par rapport à nos attentes sur ce stage [...] ça mérite d'être souligné, on était vraiment intégrés à la pratique, on nous demandait vraiment notre avis [...] C'était un stage d'externe, donc observateur majoritairement, mais on était vraiment considérés et impliqués dans la prise en charge*»

(E4) : « *Alors c'est très stressant au début [...] on se sent pas forcément légitime mais en fait c'est carrément rassérénant de savoir que les autres vont nous soutenir finalement vont nous laisser une place pour s'exprimer et qu'après ça va nous donner envie de nous exprimer à nouveau dans d'autres occasions, ça c'est c'était vraiment un plus ouais* »

3. Appréciation générale

La totalité des sujets a émis explicitement un **avis positif** sur ce stage.

Si tous ne se sont pas forcément découvert un attrait particulier pour les soins palliatifs, ils ont systématiquement souligné un **bénéfice et/ou une satisfaction** à avoir effectué ce stage.

Beaucoup l'ont décrit comme « **intéressant** », qu'il s'agisse de la découverte d'une nouvelle discipline jusque-là peu enseignée et approchée, ou d'un intérêt naissant pour cette dernière.

(E10) : « *J'ai trouvé ça hyper intéressant parce qu'on n'avait pas beaucoup d'enseignement dessus* »

(E3) : « *C'était quand même super intéressant, enfin moi j'ai beaucoup aimé* »

D'autres ont évoqué le côté **enrichissant** du stage, et ont exprimé un **réel plaisir** à l'avoir effectué.

(E12) : « *C'était vraiment top j'ai adoré cette semaine [...] Voilà, j'avais eu un regard assez neuf sur les soins palliatifs, enrichissant, en une semaine, c'était vraiment top* »

(E11) : « *J'ai trouvé ça hyper enrichissant en tout cas [...] j'en garde un super souvenir* »

2) Découverte des soins palliatifs

a. Première approche

Ce stage a pour la quasi-totalité des sujets, été une première approche des soins palliatifs.

(E4) : « *Mon expérience des soins palliatifs est née là-bas la première fois* »

Seulement 2 étudiants avaient déjà eu une expérience des soins palliatifs. Un, de par son histoire personnelle, l'autre de par son cursus, puisqu'ayant réalisé son stage infirmier de fin de PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé) dans un service de soins palliatifs.

(E11) : « *Oui en fait je connaissais sans connaître mais par mon histoire personnelle, mais pas du tout dans les études.* »

(E12) : « *J'étais restée sur mon stage de fin de P1 [...] ça avait été assez traumatisant, c'était ma première expérience de l'hôpital c'était des soins palliatifs et c'était vraiment, je m'étais vraiment faite accueillir froidement [...] enfin ça avait été traumatisant* »

Ainsi, les étudiants n'avaient que de **faibles connaissances sur les soins palliatifs**, avant la réalisation de ce stage. Il ressort en effet de leur discours, une méconnaissance des soins palliatifs, de ce à quoi ils pouvaient correspondre, mais aussi de la façon dont une prise en charge palliative peut être entreprise et menée.

(E10) : « *Et puis je ne savais pas à quoi m'attendre surtout [...] je sais pas en fait je pense que j'avais pas beaucoup d'idée avant d'y aller ça m'intriguait beaucoup* »

(E8) : « *Je savais pas trop à quoi ça pouvait correspondre* »

(E6) : « *Bah c'était assez mal connu, même si on avait vu des patients en fin de vie en stage, moi j'étais en fin d'externat donc on avait déjà bossé à l'hôpital, mais on savait pas comment faire* »

b. Introduction aux soins palliatifs

Ce stage a été décrit par beaucoup comme une **ouverture** aux soins palliatifs, en leur donnant accès à une **vision globale** de cet exercice, avec ses problématiques et ses spécificités de prise en charge.

(E1) : « *Ça m'a mis les prémices des choses [...] ça n'a pas vraiment besoin d'être long, c'est vraiment ouais histoire de au moins se familiariser avec la notion, d'être sensibilisés à la chose, puis après si on a envie de faire des formations complémentaires ont le fait mais je pense que c'est très bien d'avoir les bases* »

(E7) : « *Oui voilà surtout d'ouvrir aux soins palliatifs [...] Mais ça m'avait quand même présenté un peu ce que c'est les soins palliatifs et les problématiques des soins palliatifs surtout, dans mes souvenirs [...] C'était une approche de ce qu'étaient les soins palliatifs et à quoi ça sert, qu'est-ce qu'on peut en faire et voilà, c'était plutôt ça que ça m'avait apporté [...] et puis de savoir que ça existait, ouais c'est un service qu'on connaît pas beaucoup, donc du coup de connaître son fonctionnement [...] Pour résumer ça m'a un peu ouvert aux soins palliatifs [...] je dirais que ça m'a permis une ouverture »*

3) Evolution du savoir des étudiants

a. Acquisitions perçues par l'interviewer chez le sondé

1. Une approche empathique et relationnelle du soin

Au cours de leur stage, les étudiants ont relevé une **relation de soins singulière**, mettant en jeu une grande part d'**humanité**, nécessaire dans cette logique de soins différente.

(E10) : « *Mais je m'attendais pas à autant d'humain »*

(E9) : « *Assez dur parfois mais je trouvais du coup que c'était très humain [...] Ça m'a donné une autre vision de la relation médecin malade qui est peut-être moins hospitalière, moins professorale, voilà, plus humaine »*

(E4) : « *Les soins palliatifs on place l'humain au centre de tout finalement là-dedans et non plus l'organe, on n'est plus dans la même logique »*

2. Une nécessité d'interdisciplinarité

Certains étudiants ont relevé la participation simultanée ou successive de **différents professionnels**, au cours des prises en charge palliatives. Ainsi, il semble que la notion de **pluridisciplinarité** au sein de l'exercice des soins palliatifs, a été perçue par les étudiants.

(E8) : « *Ouais parce que toujours dans ce côté un peu enfin pluridisciplinaire, plusieurs intervenants médecins, IDE, psy et le fait que ce soit transversal* »

(E13) : « *Je sais qu'on a eu l'occasion d'assister aux staffs du matin où il y avait des IDE je pense, des assistantes sociales, enfin les gens qui tournaient autour des problématiques de soins palliatifs* »

(E7) : « *Tu vois que c'est des cas complexes en fait que tu vois, c'est des discussions pluridisciplinaires et avec tous les acteurs de santé qui sont autour du patient et que c'est pas simple* »

3. Globalité des prises en charge : un atout pour la pratique

Ce stage a permis pour quelques étudiants, de modifier ou d'élargir leur vision concernant la prise en charge des patients. En effet, une **réflexion sur la globalité des prises en charge**, y compris en dehors du champ des soins palliatifs, a pu exister.

(E8) : « *C'est je pense ce qui m'a un peu, enfin ce qui m'a permis de réfléchir sur les prises en charge de façon un peu globale* »

(E5) : « *C'était aussi ouais une autre façon de voir les choses* »

4. La dimension éthique des soins palliatifs

Plusieurs étudiants rapportent avoir été sensibilisés au cours de ce stage, à certaines notions telles que la sédation profonde ou encore l'arrêt de certaines thérapeutiques et/ou de l'alimentation. **Cela laisse sous-entendre la perception de la dimension éthique des soins palliatifs**, bien que peu développée et non évoquée clairement.

(E6) : « *Ouais par rapport à l'anxiété, à la sédation de fin de vie, quand le faire, quand ne pas le faire* »

(E12) : « *Discussion en EHPAD sur la nutrition parentérale [...] et dans la formation des soignants, comment on peut amener les gens à cheminer, comment on explique et on*

s'était retrouvés avec une psy et une IDE dans un EHPAD à expliquer à toute une équipe voilà pour ou contre la nutrition parentérale, l'absence de faim, l'absence de soif, enfin quand on est vraiment en phase terminale, et ça c'était je trouvais ça, j'avais appris pas mal de choses et c'était enrichissant d'apprendre aux autres, enfin de transmettre »

b. Acquisitions ressenties par le sondé

1. Evolution des notions de base des étudiants sur les soins palliatifs vers une connaissance plus élaborée

1.1 Sur la définition des soins palliatifs

Pour la plupart des étudiants, ce stage a permis de préciser ce que sont les soins palliatifs, puisque pour beaucoup cela restait abstrait, très incomplet, ou empreint d'idées fausses.

1.1.1 Patients concernés

Les soins palliatifs représentaient **la fin de vie** pour beaucoup d'étudiants, qui les limitaient ainsi à la prise en charge de la phase agonique et pré-agonique. Il existait donc la méconnaissance d'une large partie de l'exercice des soins palliatifs et des patients concernés.

(E9) : *« Ma vision a évolué oui c'est sûr [...] Les soins palliatifs c'était oui en fait d'accompagner, enfin c'était vraiment sûrement la fin de vie pour moi dans ma tête, c'était vraiment la toute fin de vie »*

(E1) : *« Peut-être que je me disais que les soins palliatifs c'était vraiment pour les gens qui allaient mourir très vite [...] dans les jours à venir, j'avais pas forcément intégré que le contexte palliatif ça pouvait durer des mois voire années »*

(E3) : *« Et aussi se dire parfois les gens ils sont en soins palliatifs mais pour autant ils vont pas mourir dans les semaines qui suivent [...] je pense que moi-même je me serais pas dit on va appeler les soins palliatifs mais au final c'est vrai que dans tous les cas c'est pas parce qu'on est en soins palliatifs que c'est pour tout de suite »*

(E2) : *« Finalement dans le stage j'ai appris que les soins palliatifs ce n'est pas que la fin de vie, c'est toute maladie qui ne peut pas guérir [...] les soins palliatifs c'est aussi*

les maladies qu'on ne peut pas guérir et pas forcément les gens qui vont mourir tout de suite »

Il a ainsi été mis en évidence la notion d'**incurabilité**, et de la finitude comme étape obligatoire de la vie.

(E3) : *« C'est super bien de voir un peu parce que de toute façon dans tous les cas quoi qu'il arrive, en tant que médecin on sera toujours confrontés à la mort, enfin on n'y échappe pas »*

Aussi, un étudiant pensait que les soins palliatifs n'étaient destinés qu'aux **patients atteints de cancers** et que ceux souffrant d'autres pathologies ne pouvaient en bénéficier.

(E8) : *« Enfin si j'avais quand même des a priori en le disant, que c'était plutôt de la cancéro, mais je m'imaginai pas que ça pouvait correspondre à d'autres pathologies »*

1.1.2 Prise en charge de l'entourage du patient

Les étudiants ont parfois été surpris par **la place** que pouvait représenter, prendre et avoir **l'entourage** des patients, dans la prise en charge palliative.

(E10) : *« Et je m'attendais peut-être pas à autant de contact avec les familles »*

(E9) : *« Et puis ça m'a fait me rendre compte que ça servait aussi enfin que ce soit pour les familles, pour le patient, pour l'équipe soignante »*

1.1.3 Une démarche de soins actifs

Il a été souligné que, malgré l'absence de traitement curatif à disposition, la prise en charge palliative restait une démarche impliquant des **soins actifs**.

(E10) : *« Même si tu soignes pas, t'es dans le soin actif »*

1.1.4 Place centrale du patient dans la prise en charge

Un étudiant a mis en évidence et a noté l'importance de la **place centrale du patient** dans la prise en charge palliative.

(E7) : *« Ça m'a permis de voir que c'était quand même le patient au centre de la prise en charge, et puis que c'est hyper important »*

1.1.5 Différents axes de prise en charge

Quelques étudiants ont pu se rendre compte qu'ils avaient une idée incomplète, voire erronée des différents objectifs que peut avoir une prise en charge palliative.

(E5) : « *Et du coup ça m'a permis de voir qu'on pouvait gérer autre chose [que la fin de vie]* »

Plusieurs propos traduisent notamment la méconnaissance de la **prise en charge de la douleur**.

(E14) : « *Je voyais ça beaucoup plus restreint enfin le soin palliatif sur la fin de vie, alors qu'au final il n'y a pas que ça, la prise en charge de la douleur, je me souviens que c'était des choses que je pense j'avais pas en tête avant, je pense que ça a fait évoluer quand même sur ce que je pouvais en attendre [...] La gestion de la douleur que moi j'intégrais pas du tout dans les soins palliatifs* »

Il a pu être mis en évidence **la richesse et la grande variété des situations rencontrées**, à contrario de la représentation initiale des étudiants, d'un **exercice relativement limité**.

(E10) : « *Je suis pas sûre que tu fais médecine pour faire des soins palliatifs alors que c'est quelque chose de vachement varié* »

(E12) : « *J'ai fait une semaine allégée et pourtant c'était très dense, il y avait plein de situations différentes* »

(E5) : « *On était amenés à intervenir de façon ponctuelle pour régler tel ou tel soucis et c'est bien c'était très polyvalent* »

1.2 Sur les spécificités d'exercice

Au-delà de la définition des soins palliatifs, c'est également l'organisation de son exercice qui a pu être découvert, du moins en partie, par les étudiants.

1.2.1 Différentes missions

Ayant effectué leur stage au sein de l'EMASP, les étudiants ont pu en découvrir les modalités et les particularités de fonctionnement, en tant qu'exercice bien spécifique.

Ils ont été sensibilisés, de fait, quant à la possibilité de faire appel à cette équipe, afin d'obtenir une **aide extérieure** face à un problème posé. Est alors apparue cette notion « **d'équipe ressource** ».

(E8) : « *Le côté croiser les regards, enfin c'est une équipe qui apporte son soutien à une autre équipe qui est déjà en place [...] avoir cette possibilité-là alors que d'habitude c'est un peu cloisonné entre les différents services, là c'était quelque chose qui pouvait un peu traverser les différentes spécialités pour avoir un œil nouveau sur la situation du malade [...] J'avais pas perçu qu'on pouvait faire appel à d'autres équipes pluridisciplinaires au sens large [...] j'avais pas la notion c'était vraiment ça, de pouvoir faire appel à une équipe ressource qui aide.* »

Les étudiants ont également pu identifier les **différents motifs** pouvant relever d'une intervention de l'EMASP. Un étudiant exprime d'ailleurs que ce stage lui a permis de « **savoir comment l'utiliser** ».

(E7) : « *Et puis voir comment ça se passait et puis qu'on pouvait toujours demander si besoin dans les services à l'unité de soins palliatifs de passer, puis de savoir comment l'utiliser quoi* »

Par exemple, certains étudiants ont été surpris par la sollicitation de l'équipe mobile pour des **problèmes d'antalgie**, dont la fréquence était d'ailleurs assez importante.

(E5) : « *Cet aspect de quand faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs, moi j'avais l'image de c'est vraiment quand on se pose la question de la fin de vie ou pas et en fait non, c'est là que je me suis rendue compte que niveau douleur, on pouvait vite faire appel à eux, et que du coup il fallait que je le garde en tête pour quand je serai interne* »

(E4) : « *Beaucoup de prise en charge de la douleur, qui étaient assez complexes pour lesquelles on sollicitait leur avis pour savoir comment adapter les morphiniques ou pas morphiniques, éventuellement s'il faut ajouter de la kétamine ou pas enfin plein de logiques de cet ordre-là, quand même beaucoup beaucoup de prise en charge de la douleur* »

D'autres ont également retenu la possibilité de bénéficier de l'aide de l'EMASP pour **organiser une prise en charge palliative à domicile**.

(E13) : « *Je sais qu'ils sont facilement joignables, qu'il y a une équipe mobile de soins palliatifs [...] savoir comment on peut faire et quelles sont les possibilités qu'on a au domicile parce que c'est là toute la problématique pour gérer les patients à domicile dans un contexte de soins palliatifs [...] je suis bien contente d'avoir quelques armes*

pour savoir comment demander de l'aide pour gérer ça, que ce soit l'HAD ou truc comme ça»

Un des étudiants a assisté, au cours du stage, à une **formation** dispensée par l'équipe mobile de soins palliatifs à une autre équipe soignante, en EHPAD. Il a ainsi pu découvrir cette autre mission de l'EMASP, peu connue des étudiants.

(E12) : *« Discussion en EHPAD sur la nutrition parentérale [...] et dans la formation des soignants, comment on peut amener les gens à cheminer, comment on explique et on s'était retrouvés avec une psy et une IDE dans un EHPAD à expliquer à toute une équipe voilà pour ou contre la nutrition parentérale, l'absence de faim, l'absence de soif, enfin quand on est vraiment en phase terminale, et ça c'était je trouvais ça, j'avais appris pas mal de choses et c'était enrichissant d'apprendre aux autres, enfin de transmettre »*

Un autre étudiant a mentionné l'aide susceptible d'être apportée par l'EMASP, à la réalisation des **fiches SAMU pallia**.

(E13) : *« Dernière chose dont je me souviens, c'était les fiches SAMU pallia qu'ils aidaient à remplir »*

De plus, il a été relevé les aspects positifs et bénéfiques que pouvaient avoir les avis dispensés par l'EMASP, se révélant être **d'une aide précieuse**.

(E5) : *« Les internes qui faisaient appel à l'équipe mobile de soins palliatifs ils étaient bien aidés, ils leurs donnaient des stratégies auxquelles ils avaient pas forcément pensé, sur ce point-là ça a été une découverte »*

(E4) : *« C'est quand même bien d'avoir le conseil d'une équipe de soins palliatifs et j'ai pu le confirmer par la suite »*

1.2.2 Différents lieux de prise en charge

Un étudiant a au cours de ce stage, découvert l'existence des **lits identifiés de soins palliatifs**.

(E14) : *« J'avais trouvé ça bien parce que je connaissais pas la démarche et je savais pas qu'il y avait des lits identifiés de soins palliatifs à l'époque, donc non j'avais bien aimé »*

2. Une pratique enrichie

Un étudiant a affirmé que sa pratique avait **clairement changé** dans les suites du stage.

(E1) : « *Oui ça l'a complètement changé [pratique future]* »

D'autres ont pu relever **différentes acquisitions**, faisant suite à ce stage :

2.1 Une meilleure utilisation de l'EMASP

Plusieurs étudiants ont estimé pouvoir, maintenant, **mieux conseiller et orienter les patients concernés**. Ceci semble découler des nouvelles acquisitions théoriques faites, concernant les soins palliatifs et notamment celles sur les situations pour lesquelles une aide peut être sollicitée, et apportée par l'EMASP. Il a aussi été souligné, qu'en cas de difficulté à gérer une situation, **les étudiants pensent désormais à faire appel à l'EMASP**.

(E3) : « *Dans ma pratique je pense pouvoir un peu orienter les gens, même si moi je ne me sens pas particulièrement à l'aise pour en parler, enfin dans les détails machin, avec les familles ou quoi, mais pouvoir orienter, dire on peut voir une équipe de soins palliatifs, on peut la faire passer* »

(E9) : « *C'était pas mal parce qu'une fois je crois qu'on avait été à l'UMIP (Unité de médecine interne polyvalente) en équipe mobile, et du coup je me rappelais de ça, et pendant l'internat j'ai fait un stage à l'UMIP, et du coup je me souvenais qu'ils pouvaient venir tout ça, et je les ai vu plusieurs fois, voilà j'étais familier avec la chose quoi* »

(E8) : *Je pense que c'est ça qui, après j'y ai pensé quand j'étais interne, parce que j'avais eu cette expérience-là, de faire appel à l'équipe mobile* »

(E10) : « *Au moins grâce à ça on sait où aller, enfin vers où s'adresser et on a déjà quelques petites notions quoi je pense que ça nous permet au moins de savoir vers qui s'orienter quoi* »

2.2 Une approche des soins palliatifs facilitée

Les étudiants ont, pour une grande majorité, évoqué un **abord plus aisé** des soins palliatifs après ce stage.

(E9) : « *Ca a peut-être un petit peu démystifié et puis dédramatisé un peu les soins palliatifs* »

Une distinction a cependant été faite, entre les bénéfices constatés dans la suite du cursus, et ceux jugés notables pour leur pratique (future) de médecin généraliste.

2.2.1 Pour la suite des études

Certains étudiants se sont dits **plus à l'aise** avec la notion de soins palliatifs, et avec les actions entreprises dans ce cadre, les amenant ainsi à **agir plus facilement** en ce sens. Ils ont alors pu **aborder ce sujet de façon plus sereine et plus spontanée** par la suite.

(E1) : « *Je trouve que dans la suite de mes études ça avait vraiment facilité mon rapport aux soins palliatifs, à l'arrêt des thérapeutiques, aux décès et à la gestion de la mort* »

(E3) : « *J'avais fait mon stage chez le praticien après et donc du coup c'est vrai t'y penses un peu plus, tu sais un peu plus comment ça se passe, enfin je pense que t'es un peu plus à l'aise, enfin après une semaine c'est pas grand-chose, mais t'es un peu plus à l'aise pour dire écoute, les soins palliatifs...en parler, l'aborder tu vois déjà..* »

2.2.2 Pour la pratique (future) de médecin généraliste

Pour d'autres, ce stage a permis de **lever certaines appréhensions et peurs** associées à cette discipline. Les étudiants se sont alors sentis **plus en confiance** et donc plus à même d'engager une prise en charge palliative. Ceci est exprimé dans le verbatim par les expressions suivantes : « lever les freins » « enlever cette barrière », ce qui renforce cette idée de libération leur permettant un **accès plus aisé à ce type de prises en charge**.

Un étudiant signifie également avoir été sensibilisé au fait qu'il est possible, et même important, de **débuter tôt cette démarche**.

(E13) : « *C'est pas forcément ce que je préfère les soins palliatifs, mais je suis contente de savoir les prises en charge, et j'ai pas non plus énormément d'appréhension à devoir le faire, donc ça c'est bien, ça m'a permis d'enlever cette barrière et ça c'est primordial* »

(E4) : « *Ça a aussi volontiers levé les freins que je pouvais avoir à envisager une logique palliative, enfin au moins consultatif et relativement tôt quand certes le patient n'est pas en situation palliative terminale mais quand on est même dans quelque chose de*

complexe, une maladie qui ne guérira pas forcément, avec des ajustements thérapeutiques qui sont justement pas toujours simples, et qui sont clairement dans le palliatif, par ce qu'on sait qu'on fera jamais de traitement, c'est quand même bien d'avoir le conseil d'une équipe de soins palliatifs et j'ai pu le confirmer par la suite »

(E10) : « *Ça permet d'appréhender beaucoup mieux ces situations quand on sait qu'on peut mener les soins, et surtout par rapport aux familles et aussi pour les craintes des patients, mais qu'on peut mener les soins jusqu'au bout sans douleur, ou au moins avec un confort maximum, oui je pense que ça m'a donné confiance en ce qu'on peut proposer aux patients dans tous les cas »*

2.3 Une meilleure approche de la fin de vie et de la mort

Les étudiants ont rapporté avoir parfois été confrontés à des **situations de fin de vie ou à la mort**, au cours de leurs cursus, alors qu'ils n'y étaient **pas préparés**. Ceci a alors pu être **déstabilisant**, voire **choquant** pour certains.

(E1) : « *Tu te retrouves à aller faire des annonces de décès et même des diagnostics de décès et moi je me rappelle mon premier semestre [d'internat], un de mes premiers jours, je me suis retrouvée un peu devant mon 1^{er} mort comme une cruche en me disant merde qu'est-ce que je fais ? Je prends le pouls tu vois, je lui mets mon stétho et c'était un truc qui restait choquant pour moi, parce que je n'avais pas eu à faire ça avant et je pense que ça aurait dû être avant »*

Certains ont alors exprimé qu'il était bénéfique et même **important d'être sensibilisé à la fin de vie et à la mort**, de façon progressive et encadrée, afin de prendre le temps d'accepter et d'assimiler cette idée. Il est ainsi possible **d'apprendre à gérer ses émotions**, pour avoir moins de réticence et plus d'aisance, par la suite, face à ces situations.

En effet, il a été constaté que pour les étudiants cette **idée de mort était relativement perturbante** sur le plan émotionnel. Ce stage a alors permis de « **dédramatiser** » et de « **rassurer** » les étudiants sur la notion de mort, selon leurs termes.

(E13) : « *C'est bien d'être confronté à la fin de vie parce que émotionnellement c'est quand même hyper perturbant donc voilà c'est bien de le faire progressivement et de se rendre compte de ce que c'est et dédramatiser aussi en fait de cette façon-là pour soi-même pouvoir le faire [...] Il faut le voir pour comprendre ce que c'est la fin de vie*

[...] Je sais que ce stage avait été...c'était une façon de sensibiliser vis-à-vis de la fin de vie »

(E6) : « *En tant qu'externe ça a permis de dédramatiser les choses »*

(E2) : « *La gestion de la phase agonique, la phase pré agonique et tout [...] ça m'avait servi je pense pour après pour être un peu rassurée »*

(E3) : « *Et puis ouais être un peu plus à l'aise avec ça, cette idée de la mort »*

(E6) : « *Puis appréhender la fin de vie c'est un début [...] c'était une bonne initiation à l'après à appréhender la fin de vie »*

Un étudiant a exprimé son **malaise à aborder et évoquer la mort** au cours d'entretiens avec les patients. Ainsi, il exprime avoir pu, au cours de ce stage, se rendre compte de la **possibilité d'échanger à ce sujet**, de façon relativement naturelle, avec des patients réceptifs à cela.

Le stage a alors permis de **limiter cette appréhension**, et « **désacraliser cette discussion** ».

(E11) : « *Peut-être la manière dont enfin l'approche de la mort avec les patients, parce qu'au final moi j'osais pas forcément en parler, et la manière dont le Dr T. et ses collègues le faisaient en fait, quand on parle les gens sont plutôt ok aussi pour en parler enfin un peu je pense désacraliser cette discussion que moi j'imaginai difficile et qui le sont mais qui ne sont pas inaccessibles quoi »*

Un autre, indique que ce stage lui a permis de mieux vivre son stage d'hématologie, au cours duquel il a pu être confronté à des situations difficiles. Ainsi, il a pu prendre du recul et **mieux gérer ses émotions**.

(E9) : « *Sur le moment oui parce que je suis revenu après en hémato et du coup j'avais des situations quand même difficiles à gérer, en fait ça m'aidait sûrement à ce que mon stage d'hémato qui était un peu triste...enfin je relativise plus quoi »*

2.4 Thérapeutiques relatives aux soins palliatifs

Concernant l'acquisition de notions sur les thérapeutiques, les avis ont été divergents.

Certains signifient avoir accédé lors de ce stage, à une **initiation aux thérapeutiques** spécifiques des prises en charge palliatives, de façon générale. Ils n'évoquent pas une

formation complète, ni ne prétendent être capables de gérer par la suite, les symptômes ou situations auxquels ils ont été sensibilisés.

(E13) : « *Je sais que ce stage avait été...c'était une façon de sensibiliser vis-à-vis de la fin de vie et de prises en charge bien spécifiques vraiment adaptées contrairement à ce qu'on peut voir dans les secteurs hospitaliers standards* »

(E7) : « *Si sur certaines thérapeutiques, protocole morphine/hypnovel, si t'avais trop de sécrétions ce que tu mettais et tout ..[...] Et puis plutôt le côté humain je pense quand même, j'ai plus appris plutôt que sur la poso des médicaments* »

D'autres expriment avoir pu tirer de ce stage, des **ressources utiles pour leur pratique future** à ce stage.

(E13) : « *Mais oui je pense que ça m'a appris des choses concrètes et utiles dans la pratique*»

Pour quelques-uns, ce stage est source d'un **réel apport** dans la prise en charge de certains symptômes. L'un d'eux affirme utiliser encore actuellement ces notions, dans son exercice actuel d'interne.

(E11) : « *Et même au niveau des soins, de la gestion de la douleur, enfin je sais que moi maintenant pendant mon internat, je me sers encore de ce que j'ai vu pendant mon externat* »

Les thérapeutiques médicamenteuses ont été majoritairement citées. Un étudiant souligne cependant l'apport de certains soins non médicamenteux.

Il s'agit notamment :

- **De l'utilisation de la scopolamine et du scopoderm, ainsi que de la levée de l'hydratation :**

(E2) : « *Un truc que j'ai retenu vraiment pour la pratique c'est l'utilisation de la scopolamine* »

(E12) : « *Il y avait je me souviens, concrètement soit scopoderm/scopolamine, enfin j'ai retenu vraiment lever l'hydratation par exemple avant de mettre les patch* »

- **Des antalgiques :**

(E13) : « *Les antidouleurs, c'est un peu dans tous les stages, mais c'est sûr qu'on en parlait beaucoup avec la table des analgésiques, les équivalences pour passer d'un patch à un comprimé etc* »

(E6) : « *Ça a été une bonne initiation aux soins palliatifs et à la prise en charge de la douleur à laquelle on est peut-être plus souvent confrontés en médecine générale [...] c'était une bonne initiation [...] aux traitements antalgiques [...] ça a permis [...] d'avoir une initiation aux traitements de la douleur ce qui est bien pratique en médecine générale aujourd'hui* »

(E10) : « *Ce qu'on peut retenir c'est qu'on a au moins une première approche sur l'utilisation des morphiniques, ça c'est sûr, après hypnovel et tout je sais pas si c'est pendant ce stage-là, mais je pense au moins un petit peu* »

- **Des thérapeutiques anxiolytiques et de la sédation profonde :**

(E6) : « *Ouais par rapport à l'anxiété, à la sédation de fin de vie, quand le faire, quand ne pas le faire..ouais la prise en charge de l'anxiété* »

(E13) : « *Et gérer quelle thérapeutique mettre en place quand ils ont une gêne respi, [...], voilà et savoir la sédation, voilà toutes ces choses-là* »

- **Autres soins :**

(E11) : « *Ouais sur des choses auxquelles on pense pas, il y a les hypersécrétions, des soins de bouche, même l'apport psycho, l'apport kiné enfin c'est vrai qu'il y a d'autres soins, de l'apport nutritionnel aussi desquels on discute pas mal* »

Pour certains néanmoins, l'origine de leurs connaissances actuelles dans ce domaine reste assez confuse : résultent-elle de l'enseignement dispensé à la faculté, de celles acquises durant l'internat ou au cours de ce stage ? Leur interrogation demeure.

2.5 Du relationnel avec le patient et son entourage

Les dimensions relationnelle et humaine dans le cadre de l'exercice de la médecine, s'acquièrent avec l'**expérience**, tout au long des études et d'une carrière. C'est le constat fait par un étudiant.

(E2) : « *Le relationnel il s'est travaillé tout le temps, au fur et à mesure qu'on travaille, tout au long du cursus et que je travaille encore maintenant et jusqu'à la fin de ma carrière* »

Ce stage a été une **source d'apprentissage et de travail de la compétence relationnelle** chez les étudiants.

(E9) : « *Je pense que c'est plus sur le relationnel voilà, le ressenti des patients, équipes [...] donc voilà c'était une découverte plus sur le plan relationnel, c'est ça* »

(E7) : « *Et oui voilà le relationnel avec le patient surtout après les familles je crois pas que j'ai vu spécialement des familles, mais oui avec le patient et puis voir comment ça se passait quoi* »

En effet, ils ont pu **assister à différents entretiens** avec les patients ou leur famille. Ainsi, ils ont pu tirer de ces expériences quelques notions telles que :

- **l'attitude adoptée, les expressions employées, la façon d'aborder certains sujets,**

(E3) : « *J'ai vu ce qu'ils proposaient, comment ils leur parlaient et des manières un peu d'aborder les choses* »

(E12) : « *Ouais la façon d'approcher les patients [...] assez peu avec les familles, avec les patients oui* »

- **l'adaptation au patient, à ses réponses et à ses ressentis,**

(E13) : « *Ça demande des qualités humaines qu'on n'a pas forcément, qu'on va pas forcément acquérir pendant le stage, mais qui au moins, ça nous permettait d'avoir une réaction plus adaptée vis-à-vis des différentes angoisses que les patients pouvaient communiquer [...] je pense que c'est super important de voir un prat faire en fait, dans un contexte, donc si c'est super utile parce que de les voir parler à un patient qui est en fin de vie, de les voir répondre aux questions c'est super important, je pense que c'est ce qu'il y a de plus utile dans le stage en fait sans pour autant être soi-même en confrontation directe dans cette situation, il faut forcément après avoir la mise en pratique derrière, et on apprend, ça s'apprend pas par cœur donc bon c'est utile et en même temps je sais pas si on est complètement capable de le reproduire soi-même derrière, je pense que ça s'apprend avec le temps [...] une personne en fin de vie c'est pas du tout la même démarche clinique, thérapeutique, il faut être beaucoup dans l'empathie et la gestion de la famille, savoir communiquer avec la famille»*

- ainsi que le **contenu des explications** données.

(E1) : « *Dans les relations avec les familles ça m'a beaucoup aidé de voir les gens interagir, voir leur expliquer la situation, l'annonce en fait du passage au statut palliatif, ce que ça voulait dire non seulement au point de vue des thérapeutiques mais aussi.. enfin tout ça* »

Ainsi, ils ont pu observer la **façon dont se déroule un entretien et comment sont abordés certains sujets** pouvant être délicats, tels que l'échec des thérapeutiques et le passage au stade palliatif, la mort, les angoisses, la détresse, les questionnements des proches etc...

Au regard d'une expérience vécue lors de ce stage, un étudiant a noté la **possibilité de communiquer de façon non verbale**. Il est alors apparu la nécessité, parfois, de chercher à recueillir les informations émanant du patient, par d'autres moyens que la parole, lorsque cela n'est pas possible, ou trop difficile. Cela nécessite de laisser du temps au patient afin qu'il réussisse à s'exprimer et que son interlocuteur puisse s'assurer de sa bonne compréhension.

(E8) : « *Et le relationnel qui était un peu différent moi j'ai trouvé [...] j'ai trouvé ça intéressant en fait d'essayer de recueillir au max ce que le patient peut dire de ce qui lui arrive [...] elle [médecin] a quand même pris le temps longtemps de discuter avec elle [patiente], d'essayer d'être attentive aux réactions que la dame pouvait donner avec la communication qui était plutôt non verbale [patiente souffrant de séquelles d'AVC]* »

4) Evolution de l'intérêt porté aux soins palliatifs

Les étudiants n'ont évidemment pas tous développé le même attrait pour les soins palliatifs au cours de ce stage et de leur cursus.

En effet, certains, comme nous le verrons plus bas, ont souhaité poursuivre leur découverte des soins palliatifs et accroître leurs connaissances et leur aisance dans cet exercice.

Pour d'autres, bien qu'ils se soient dits satisfaits de ce stage, ils n'ont pas pour autant exprimé la volonté d'approfondir leurs connaissances sur le sujet et ne se prédestinent pas forcément à cette discipline.

Plusieurs étudiants ont constaté une **modification de leur vision**, parfois négative, des soins palliatifs, les amenant dans certains cas, à s'y **intéresser davantage**.

(E1) : « *Moi c'est un truc qui m'intéressait pas du tout avant et après ouais je me suis un peu intéressée à la question [...] après je me suis pas lancée dans une formation stricto sensu sur la question* »

a. Un argument pour le choix de spécialité

Un étudiant indique que la **vision positive** qu'il a eu des soins palliatifs et des équipes soignantes, lors de ce stage, a été un **élément contribuant à son choix de spécialité** : la médecine générale.

(E12) : « *Et ce stage a fait partie des raisons qui m'ont fait au dernier.., enfin j'ai hésité jusqu'au bout et au dernier moment de prendre médecine générale quoi, c'est l'un des arguments pour rester en médecine générale et pas partir en psychiatrie quoi, voilà. L'aspect soins palliatifs, j'avais vraiment croisé des médecins généralistes géniaux dans l'équipe et voilà* »

b. Un désir de compléter sa formation

Certains ont expliqué que ce stage les a amenés à **s'intéresser davantage** aux soins palliatifs.

(E7) : « *Pour résumer ça m'a un peu ouvert aux soins palliatifs et ça m'a quand même donné envie de m'y intéresser après dans mon cursus quoi je dirais que ça m'a permis une ouverture* »

(E8) : « *Ca a je pense éveillé un peu ma curiosité sur le sujet* »

(E14) : « *Forcément une fois qu'on découvre on s'y intéresse plus* »

Quelques-uns ont par la suite **fait le choix** d'effectuer au cours de leur internat, un **semestre dans un service de soins palliatifs**. Ils ont alors pu enrichir leurs connaissances et préciser leur rapport et leur intérêt pour cette exercice.

Quelques étudiants ont même entrepris une **formation complémentaire**, à savoir le DU d'accompagnement et de soins palliatifs, ou se posent la question de la réalisation de la FST de soins palliatifs.

(E8) : « *D'ailleurs c'est je pense ce qui m'a permis un peu de réfléchir sur les prises en charge de façon un peu globale, et il y avait des choses qui me titillaient étant interne et après j'ai fait le DU d'accompagnement et de soins palliatifs en 2 ans à BREST là que j'ai terminé en 2018* »

(E9) : « *Par la suite j'ai voulu faire 6 mois en soins palliatifs parce que je voulais voir autre chose de la médecine aussi, je voulais revoir ça* »

(E11) : « *Pas tout de suite, ça a été après pendant mon internat parce que j'ai fait un stage d'onco, je travaillais quotidiennement avec les soins palliatifs, ça m'a confirmé dans mon choix que j'aimais ça, et donc je fais le DU de soins palliatifs l'année prochaine [...] J'en fais même maintenant pendant mon internat tellement j'aime bien ça, donc c'est cool* »

(E12) : « *Si là je me pose la question de faire la FST* »

c. Une volonté d'exercer

Actuellement un étudiant pratique les soins palliatifs régulièrement voire au quotidien, en tant que **médecin au sein d'une structure d'HAD**, et quelques autres envisagent d'y **consacrer une part de leur activité**.

(E8) : « *Et maintenant en HAD [exercice], j'ai quand même pas mal de soins palliatifs* »

(E12) : « *J'ai envie de faire du libéral aussi mais oui j'envisage tout à fait d'être médecin de soins palliatifs* »

(E10) : « *Ça m'intéresse comme spé, je ferais pas que ça mais quand t'es médecin généraliste, t'y touches forcément* »

5) Limites du stage et des acquisitions

a. Une durée de stage jugée trop courte

Une grande majorité des étudiants a fait part de sa réserve quant à la **durée du stage estimée trop courte**. Pour eux, cet élément constitue un **frein à l'apprentissage**, ne leur permettant pas d'assimiler toutes les notions nécessaires à la pratique des soins palliatifs, et de se sentir suffisamment à l'aise avec cet exercice.

(E3) : « *C'est une semaine donc c'est pas non plus, t'as pas non plus le temps d'être vraiment à l'aise avec le truc quoi* »

(E12) : « *Je dirais que c'est un peu court pour appréhender l'aspect strictement médical des choses [...] après voilà en une semaine j'avais pas le temps d'appréhender, j'ai*

l'impression d'avoir pas pu appréhender assez sur le plan justement plus technique, plus appliqué, plus pharmaco, voilà j'avais l'impression de pas avoir eu le temps »

(E13) : « *C'était pas suffisamment long pour que ce soit vraiment...enfin qu'on apprenne vraiment concrètement des choses sur du long terme »*

(E14) : « *Je m'étais dit que ça serait pas mal que ce soit plus long [...] ça aurait pu m'apporter des choses s'il avait été plus long, mais je vous dis c'était trop court pour retenir vraiment des situations, parce qu'entre le moment où on découvre et le moment où on assimile vraiment ce qu'il se passe, on n'y est pas assez »*

Un étudiant a également évoqué sa **frustration** du fait de n'avoir pas tiré profit au maximum de ce stage. En effet, **l'activité de l'équipe mobile de soins palliatifs est variable** puisque dépendante des demandes qui lui sont adressées. Les situations et leur nombre diffèrent donc d'une semaine à l'autre, rendant ce stage **plus ou moins riche selon les périodes**. Il regrette donc de n'avoir pu prolonger cette expérience afin d'avoir une vision plus complète des soins palliatifs.

(E5) : « *C'était un peu court, c'était un peu entre guillemets la loterie, tu sais pas sur quoi tu vas tomber pendant ta semaine [...] je n'ai pas le souvenir d'avoir vu des gens vraiment en fin de vie »*

b. La place du stage dans le cursus universitaire

Plusieurs étudiants, bien que familiarisés à certaines pratiques et thérapeutiques durant ce stage, ont précisé que leurs connaissances actuelles n'ont pas été acquises à cette période. Estimant ne **pas avoir eu suffisamment de recul**, ils expliquent que ces **acquisitions ont été ultérieures**.

(E4) : « *C'est vraiment des impressions globales [...] C'est pas à ce moment-là que j'ai découvert le plus les soins palliatifs, j'ai surtout découvert l'ambiance [...] C'est vraiment cette impression globale que je garde plus que des souvenirs précis »*

(E8) : « *Je pense pas parce qu'en 5^e année j'avais pas encore assez de recul pour voir quelle dimension ça pouvait prendre les thérapeutiques palliatives »*

(E9) : « *Pas en tant qu'externe [...] j'ai pas appris de schéma thérapeutique, de choses comme ça [...] les traitements symptomatiques qu'on connaissait du coup du fait des cours aussi qu'on avait à la fac [...] alors en tant qu'externe c'est compliqué quand*

même pour la thérapeutique je trouve, parce que ça reste quand même une médecine un peu plus empirique que théorique»

A contrario, un étudiant pense qu'il serait **judicieux de proposer ce stage plus tôt dans la formation**. Cela aurait un plus grand intérêt, en favorisant l'**aspect découverte**, à la différence de la 6^e année où des bases théoriques sont déjà souvent acquises.

(E12) : « *Si après en une semaine, c'est vrai qu'on est plus sur la forme que sur le fond, forcément, on n'a pas le temps, on voit des situations tellement différentes qu'on n'a pas le temps de comparer d'une prise en charge à l'autre, mais je dirais que c'est un peu court pour appréhender l'aspect strictement médical [...] si la gestion de l'antalgie quand même [...] si j'avais quand même vu beaucoup de choses, [...] après moi j'étais quand même en fin de 6^e année, il y avait des choses déjà, que j'avais appris, enfin j'étais obligée d'avoir bossé un peu le bouquin de soins palliatifs, enfin j'avais déjà des notions, si on arrive plus tôt dans ce stage-là, on peut vraiment apprendre plein plein de choses »*

c. Des apprentissages intégrés plus tard dans la suite du cursus

Les étudiants sont nombreux à avoir fait part de l'acquisition de certaines notions durant ce stage.

En revanche, il a été souligné, notamment par ceux ayant effectué ultérieurement un stage d'interne en soins palliatifs, que ces **notions étaient limitées** et que c'est surtout ce dernier stage qui leur a apporté les ressources nécessaires à prendre en charge les patients.

(E7) : « *C'est pas là que j'ai appris pour ma pratique quoi, c'est plutôt en tant qu'interne »*

(E1) : « *Finallyment tu apprends vraiment que quand tu te mets à prescrire toi de l'hypnovel, de la morphine, de la scopo, mais c'est vrai que j'ai ce reflexe-là après dire si c'est dû à mon stage de 5^e année, j'irais peut-être pas jusque-là quoi »*

(E4) : « *Je dirais pas que c'est ce stage-là qui m'a apporté le plus, parce que clairement ce qui nous apporte le plus c'est d'être engagé dans la pratique, très clairement, là en tant qu'externe, j'étais surtout observateur, et quand on est observateur, on retient quoi même pas 25% de ce qu'on voit donc c'est, on retient plus une impression globale que les détails pratiques quoi, les détails pratiques je les ai retenus quand j'étais interne après et là oui j'ai vu l'intérêt de certaines thérapeutiques »*

Un étudiant décrit aussi **une sensibilisation plus important à la dimension éthique, lors d'un stage effectué en tant qu'interne.**

(E4) : « *La problématique aussi de quel traitement on maintient, quel traitement on ne maintient pas dans le cadre par exemple d'infections qui ne guériront pas et qui potentiellement conduiraient au décès si on les laissaient évoluer et qui en même temps bah est-ce que c'est décent de suspendre les antibiotiques ou pas* »

6) La formation aux soins palliatifs, selon les étudiants

a. Place des soins palliatifs dans la formation initiale

Beaucoup d'étudiants ont estimé que les soins palliatifs avaient **tout à fait leur place dans la formation initiale.**

(E11) : *Je pense que c'est important pendant nos études générales c'est comme de la cardio quoi enfin tout le monde dois je sais pas avoir les bases de ces soins-là* »

Quelques-uns estiment qu'il est d'ailleurs « **primordial** » de réaliser ce stage au cours de la formation médicale, et que **tous les étudiants devraient l'effectuer.**

(E13) : « *Oui je pense que c'est primordial d'y passer [...] c'est hyper important ce stage* »

(E1) : « *Vraiment je pense que c'est hyper bien que tout un chacun y passe* »

Un sujet va jusqu'à considérer qu'effectuer ce stage est un **privilège**, dont tous ne bénéficient pas.

(E3) : « *Ouais je trouve que c'était un peu une chance quand même d'avoir fait ce truc* »

Ils ont fait le constat que tout médecin sera à un moment donné de sa carrière confronté à la mort, la fin de vie, ou la maladie non curable. Il leur paraît alors **indispensable d'avoir un minimum de connaissances** à ce sujet pour pouvoir faire face et gérer au mieux les patients concernés.

(E11) : « *Je vois pas pourquoi on passerait pas tous en soins palliatifs, puisqu'en fait la mort, la fin de vie, la maladie non curable on y est tous confrontés dans notre carrière, pourquoi pas ça* »

(E10) : « *Quand t'es médecin généraliste, t'y touches forcément [...] on y sera forcément confrontés donc je pense qu'il faut qu'on en ait dans notre cursus quoi qu'il arrive* »

(E8) : « *Je pense que rares sont les internes et les étudiants et les médecins qui sont jamais confrontés à des situations palliatives, en fonction de la discipline que tu exerces elles peuvent être rares [...] mais quand elles t'arrivent sur le coin du nez t'es toujours un peu mobilisé et parfois désemparé, donc je pense que c'est un axe qui est à développer pour améliorer surtout la qualité des soins et la qualité de vie qu'on offre aux gens* »

La formation aux soins palliatifs leur est apparue **d'autant plus importante en médecine générale**, que les prises en charge palliatives n'y sont pas rares. De fait, les étudiants expriment le souhait d'un minimum de ressources et d'expériences afin **d'être plus à l'aise et plus à même de gérer ces situations, voire, dans leur pratique future, les assumer à domicile**.

(E4) : « *En tant que médecin généraliste, j'allais sûrement être sollicité là-dessus et ça serait bien d'avoir quand même un minimum de bagage pour gérer ce genre de situation [...] je me suis rendu compte que ça faisait partie des bagages qui sont un petit peu nécessaires quoi, à minima en tout cas* »

(E5) : « *Je me dis que je serai amenée à être confrontée à ça [soins palliatifs] quand je serai médecin généraliste et que ouais j'aimerais bien vraiment être plus à l'aise avec ça* »

(E9) : « *Et puis je voulais en tant que médecin généraliste que j'ai une vision des soins palliatifs qui me permette de pouvoir les gérer à domicile parce que je sais que certains médecins généralistes ne sont pas forcément à l'aise [...] voilà je me dis que si j'ai les..si j'ai une petite expérience, ça me fera pas peur de prendre en charge certaines choses à domicile, et je pourrai donc en étant moi rassuré, rassurer les patients et que ça se passe le mieux possible*»

Parallèlement, certains déclarent que les soins palliatifs n'ont **pas été une priorité dans leur cursus universitaire** : les soins palliatifs ne faisant pas partie des matières clés pour l'ECN. En effet, ils estiment qu'un cas de soins palliatifs a peu de chance d'être présenté à l'ECN, et soulignent le fait qu'ils **ne côtoient pas souvent de patients et de prises en charge palliatives en stage**, au cours de l'externat. Pour certains, cela ne suscite pas d'intérêt pour cette discipline.

(E3) : « ça dépend peut être des facs mais à Rennes nous pendant tout l'externat on avait dû avoir un ou deux cours de douleur enfin c'est quand même peu et puis même enfin clairement pour l'ECN je vais pas mentir c'est pas genre de truc qui va remporter des points à l'ECN donc bah du coup euh enfin j'ai pas vraiment bossé ce genre de truc...[...] enfin tu vois c'est un peu le même truc tu vois les soins palliatifs c'est pas le genre de truc qui va te rapporter des points à l'ECN, c'est pas le genre de truc que tu vois tous les jours en stage du coup, et t'as pas vraiment de cours pareil pendant tout l'externat on doit avoir je sais pas trop un ou deux cours la dessus »

b. Intérêt de ce stage dans la formation initiale

Différents constats sont en faveur de la réalisation de ce stage au cours de la formation initiale des étudiants en médecine.

Ainsi ce stage permettrait :

- Une mise en pratique des enseignements théoriques :

Pour certains, ce stage a été l'occasion de **mettre en pratique des notions assimilées** lors des enseignements théoriques, permettant de mettre en évidence une **complémentarité des enseignements théoriques et pratiques**.

(E2) : « C'était un peu la mise en pratique et ça m'a aidé à comprendre mieux les cours qu'on avait à la fac »

(E7) : « Je trouvais ça intéressant de voir comment ça se passait et ce que c'était exactement, parce que en cours t'en parles mais c'est un petit peu lointain quand même, donc de voir le concret »

- La découverte des soins palliatifs et de son organisation :

Pour d'autres, il leur a permis de **comprendre la réalité des soins palliatifs** et la manière dont **s'organise la prise en charge** des patients et de leur entourage.

(E14) : « Pour justement comprendre exactement ce que c'est les soins palliatifs parce que c'est assez abstrait quand on n'a pas mis les pieds dedans quoi »

(E3) : « C'était quand même intéressant de voir comment est-ce qu'on gère, parce qu'il y a le patient en soi, il y a son confort, faire au mieux pour que ça se passe au mieux et puis le côté familial et tout, et c'est quand même super dur à gérer, c'était super intéressant, enfin moi j'ai beaucoup aimé »

(E13) : « C'était instructif de voir l'organisation »

- Un Enrichissement personnel :

Quelques-uns ont souligné le **bénéfice global** à la réalisation de ce stage, tant en terme d'**enrichissement personnel** que d'**acquisition de nouvelles notions**.

(E5) : « *On apprend forcément des choses* »

(E10) : « *Moi j'en suis ressortie grandie de tout ce que j'ai appris même si c'était qu'une semaine je m'en souviens quand même pas mal malgré tout* »

- La Modification d'a priori :

Avant ce stage, chaque étudiant a exprimé une vision, des a priori ou une expérience différente des soins palliatifs.

Pour la plupart d'entre eux, ce stage a pu **modifier des idées préconçues** et parfois **lever certaines appréhensions** vis-à-vis des soins palliatifs.

(E10) : « *C'était une spécialité qui j'aurais pensé à la base aurait pu me dégoûter, finalement non pas du tout, au contraire [...] Avant de faire le stage je pense que j'avais quand même quelques a priori, des peut-être des peurs aussi un peu parce que c'est des choses auxquelles on n'est pas du tout confrontés à l'externat, on n'a pas beaucoup à faire à ça [...] Ah oui franchement surtout sur la vision de ce que sont les soins palliatifs clairement ça m'a apporté parce qu'on s'imagine pas je pense, c'est quelque chose qui comme je disais tout à l'heure peut faire peur surtout quand t'es externe* »

(E11) : « *Dans ma tête je trouvais que c'était assez limité comme soins, morphine et puis à la fin morphine/hypnovel quoi enfin je caricature mais c'était un peu ça je crois que c'était très gestion de la douleur et soins de confort et puis terminé mais c'est vrai que ça avait été une belle surprise ce stage* »

(E12) : « *J'étais restée sur mon stage de fin de P1 [...] ça avait été assez traumatisant, c'était ma première expérience de l'hôpital c'était des soins palliatifs et c'était vraiment, je m'étais vraiment faite accueillir froidement [...] enfin ça avait été traumatisant je pleurais tout le temps, je voyais des situations que j'oublierais jamais, on n'a pas de filtre quand on arrive en première année, du coup j'étais restée là-dessus pour les soins palliatifs et là je me suis dit que c'était l'occasion aussi d'avoir une nouvelle expérience des soins palliatifs avec le recul de l'externat et voilà j'arrivais en fin de 6è année avec vraiment un autre regard et du coup c'était vraiment top, j'ai adoré cette semaine [...] Voilà, j'avais eu un regard assez neuf sur les soins palliatifs* »

Pour certains il a permis d'**éviter l'émergence d'a priori et de réticences** à aller vers les soins palliatifs, voire d'en **favoriser l'intérêt** et ainsi donner aux étudiants l'envie d'aller de nouveau au contact de cette discipline.

(E7) : « *Ça m'a permis de ne pas avoir d'a priori sur ça [...] Après j'avais le choix d'aller dans le service d'oncologie et de soins palliatifs et ça m'intéressait, ça m'a toujours intéressé, donc ça, on peut dire que ça m'a pas fait peur quoi* »

(E9) : « *On va dire que le stage d'une semaine en tant qu'externe ouais c'était un premier pas un peu dans le monde de la médecine palliative qui m'a donné envie de continuer, ça m'a pas dégouté, au contraire* »

c. Qualité de la formation initiale

La majorité des étudiants déclarent **insuffisante** leur formation en soins palliatifs durant leur cursus.

(E14) : « *Non [la formation n'est pas suffisante] [...] et après la formation initiale elle est minimale, enfin je pense qu'elle est pas terrible* »

(E11) : « *Ah non absolument pas [formation optimale], à part les cours théoriques du Pr M., je me rappelle de rien... je pense franchement que je me rappelle de lui car c'est un bon orateur mais à part ça rien...c'est des choses qu'on apprend en pratique, et parce que j'ai eu la chance de faire certains stages et que j'ai orienté mon internat après vers ça, mais sinon pas du tout* »

Certains estiment **ne pas être assez sensibilisés**, du fait :

- **d'un enseignement encore peu développé au sein de certaines facultés**,
(E3) : « *t'as pas vraiment de cours, pareil, pendant l'externat on doit avoir je sais pas un ou deux cours là-dessus* »

- **et d'un manque de sensibilisation durant leurs stages** où ils ressentent un manque de formation et de diffusion de la culture palliative au sein des équipes. Cela entraîne, de fait, une absence de transmission de savoir à ce sujet, qui n'est que rarement abordé de façon claire.

(E8) : « *A part un petit module quand on est externe, on n'en entend pas tant parler que ça au sein des services, c'est pas forcément quelque chose qui est clairement dit [...] je pense que c'est à développer, c'est pas tellement dans le contenu des cours, parce que les cours, enfin, ça dépend ils sont variables selon les facs, mais nous ils étaient*

bien faits [...] mais non je pense que c'est la culture, enfin encore une fois avec des guillemets, mais la culture palliative dans les services, des fois on a des situations qui sont complètement du soin palliatif, et c'est pas toujours parlé comme tel avec le patient, avec la famille, dans l'équipe enfin ça je pense que ça pourrait évoluer ce point, et je pense que ça évolue, du point de vue que j'ai maintenant, mais ça dépend un peu de la volonté de chaque équipe [...] je pense que c'est un axe à développer pour améliorer surtout la qualité des soins et la qualité de vie qu'on offre aux gens »

(E3) : « *Je pense pas [que la formation soit optimale] parce que tu vois au final, tu passes en stage, on t'apprend la médecine, enfin la sémiologie, les trucs de base, mais après il y a plein de trucs qu'on n'apprend pas genre gérer la douleur, gérer les fins de vie enfin tout ça c'est le genre de choses qu'on n'apprend vraiment pas [...] c'est pas le genre de truc qui va te rapporter des points à l'ECN, c'est pas le genre de truc que tu vois tous les jours en stage du coup »*

La confrontation aux mauvaises pratiques et l'absence de compagnonnage, parfois, ont été décrits par un étudiant.

(E12) : « *je suis en 1^{er} semestre et j'ai annulé des traitements toute seule, j'avais l'impression d'être seule avec la souris pour lever des traitements alors que voilà, c'est de la limitation des thérapeutiques inutiles, j'ai l'impression de l'avoir fait toute seule avec mon PC parce que cette semaine-là j'étais avec le chef jusqu'au boutiste »*

Ils déplorent par ailleurs le fait de ne pas avoir assez de bases. Grand nombre pensent qu'ils **manquent de connaissances et d'expérience** dans ce domaine. Ils disent ne **pas être à l'aise** avec ces prises en charge, qui les laissent parfois **démunis**.

(E5) : « *non ouais je trouve que c'est trop limite, enfin on ne se sent pas à l'aise à la fin de l'externat ça c'est sûr ! »*

(E12) : « *non on est pas préparés on en voit pas assez enfin quand je regarde sur mon externat...non »*

(E10) : « *Je pense qu'on n'en a pas beaucoup [de soins palliatifs au cours du cursus] mais je sais pas s'il y aurait la place pour en avoir plus [...] Je pense que tout le monde doit savoir appréhender ça et devrait être plus à l'aise avec ça [...] parce que moi je sais que je me suis retrouvée en ORL avec un patient qui a tout de suite enfin qui a eu une hémorragie massive et euh bah j'étais un peu perdue en même temps je sais pas si on avait eu une super formation j'aurai peut-être été perdue quoi qu'il arrive... »*

Néanmoins, les étudiants Rennais, estiment avoir **une meilleure formation que ceux d'autres facultés**, tant sur le plan théorique que pratique. Ils déclarent recevoir dès la première année des études médicales des enseignements de bonne qualité. Par contre, ils soulignent que leur formation se limite très souvent à ces enseignements et au stage réalisé durant leur externat, et le ressentent comme **insuffisant**. Ils ne se sentent pas à l'aise avec cette pratique, et manquent de connaissances tant sur le plan organisationnel que sur le plan thérapeutique et relationnel.

(E12) : « *Je pense qu'avec le Pr M. à Rennes on est vraiment, dès la 1^{ère} année on a 1 ou 2 cours qui nous marquent parce que c'est vraiment un professeur qui a une rhétorique formidable enfin on retient quand il nous dit ça, ça nous formate même je dirais, on a une approche des soins palliatifs conforme à ce que nous le Pr M. nous dit dès la 1^{ère} année [...] Mais par contre on a ces cours réguliers avec le Pr M., j'ai l'impression qu'à Rennes même quand je parle avec ma chef ou avec mes externes ici, j'ai l'impression qu'on a un bon bagage à Rennes quand même quand je compare par rapport à d'autres villes [...] ouais on a cette chance là je crois [...] en théorie oui, c'est dans les stages où ça suit pas mais c'est en fait la réalité médicale aujourd'hui »*

(E5) : « *Au niveau théorique, moi je fais partie des gens qui allaient en cours [...] j'ai l'impression quand même qu'ils ont pas mal insisté sur les points importants, enfin voilà après ça reste très général [...] et au niveau pratique moi je fais partie de ceux qui ont passé une semaine et déjà je trouve que c'est beaucoup, mais il y en a qui n'ont rien de tout ça »*

(E10) : « *en tout cas à Rennes moi je trouve qu'on est déjà bien sensibilisés et je trouve ça super [...] j'ai trouvé ça vraiment très très bien d'avoir une formation en médecine polyvalente avec les soins palliatifs »*

Parallèlement, certains déclarent avoir une formation satisfaisante, en précisant que ceci est en partie dû à la réalisation d'un stage en soins palliatifs au cours de leur internat.

(E7) : « *Je pense, [avoir une formation suffisante en soins palliatifs] après moi j'ai été plus formée parce que j'ai choisi pendant l'internat de m'y intéresser un peu plus »*

(E9) : « *Moi j'ai eu une formation plus poussée parce que j'ai fait un stage en soins palliatifs d'interne et en plus d'externe, donc j'ai été sensibilisé, mais parce que c'est moi qui suis venu au contact, après je comprends qu'on nous oblige pas à aller en soins palliatifs, parce que c'est particulier [...] il y avait quand même ces matières-là avec des*

frappes, donc des cours théoriques, mais mine de rien, ça n'a rien à voir avec une mise en pratique [...] mais ouais là où est le souci, c'est comment gérer les traitements »

d. Suggestions pour amélioration de la formation

A partir du constat des étudiants, d'une formation pas toujours satisfaisante en matière de soins palliatifs, des suggestions ont été faites en vue de l'améliorer. Ces dernières n'ont pas toujours été évidentes, parfois un peu confuses quant à leur contenu et leur faisabilité.

Un étudiant estime que pour faciliter le **rapport à la mort et à la fin de vie**, et mieux appréhender et gérer ces situations, il faut **y être plus confronté au cours de son cursus, ceci de façon supervisée.**

(E1) : « Je pense qu'on devrait tous passer quelques jours là-dedans [en soins palliatifs] [...] je pense que c'est hyper bien d'assister à des fins de vie, mais vraiment par contre, dans les dernières heures [...] sur des choses un peu plus aiguës parce que finalement le service de soins palliatifs moi j'avais surtout vu les gens en soins palliatifs depuis des mois, j'avais pas forcément vu tout ce truc aigu auquel moi j'ai dû faire face à l'hôpital [...] c'est un peu brut de décoffrage mais de voir des morts en fait »

Il est en effet évoqué par certains le fait qu'ils ont été **confrontés à la mort pour la première fois, seuls**, en garde lors de la réalisation d'un constat de décès par exemple.

(E1) : « Tu te retrouves à aller faire des annonces de décès et même des diagnostics de décès et moi je me rappelle mon premier semestre [d'internat], un de mes premiers jours, je me suis retrouvée un peu devant mon 1^{er} mort comme une cruche en me disant merde qu'est-ce que je fais ? Je prends le pouls tu vois, je lui mets mon stétho et c'était un truc qui restait choquant pour moi, parce que je n'avais pas eu à faire ça avant et je pense que ça aurait dû être avant »

Un autre a suggéré la **réalisation de journées en stage annexe**, comme organisé pour certains durant les stages SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée), permettant de découvrir d'autres pratiques. Il lui semble toutefois qu'il serait plus **judicieux de réaliser ce type de stage durant l'internat**. L'étudiant ayant déjà fait le choix de son avenir professionnel, il pourra choisir ce stage en fonction de l'apport de ce dernier pour sa pratique future. En effet, il estime que pour certaines spécialités le stage en soins palliatifs, peut ne pas être très utile. Un autre étudiant partage ce dernier avis.

(E2) : « Organiser des journées de stage annexe [...] ouais intégrer ça à la formation, je pense c'est plus utile quand t'es déjà en médecine générale par contre... [...] Je pense pas que pendant l'externat ce soit trop utile de faire ce genre de chose parce qu'en plus ça va trop dégoûter ceux qui veulent faire des spé, le mec qui veut faire chir, il en a rien à faire »

(E4) : « Je pense que c'est important d'être en phase avec la pratique parce que je pense pendant l'externat c'est pas forcément le moment où on va être le plus réceptif vis-à-vis de tout ça parce que tout simplement on n'est pas confrontés directement à tout ça, on est en 2^e ligne, où finalement affectivement on est quand même beaucoup moins impliqués, en première ligne on se prend tout dans la gueule littéralement et là on a besoin de ce genre de demande »

Pour d'autres, la suggestion serait **d'allonger la durée du stage et de le rendre plus accessible**, afin que tout un chacun puisse l'effectuer.

(E8) : « Je pense que c'est plus dans la pratique quoi, enfin en parler dans les stages et peut-être une durée de stage plus longue avec cette équipe mobile ou dans une USP ou enfin plus là-dessus que j'aurais vu le changement »

(E13) : « Dans l'externat en lui-même je pense que c'est nécessaire que ce soit probablement des stages qui soient un peu plus longs, après est-ce que tout est possible dans la formation ? je pense que le problème c'est ça, c'est qu'on peut pas se former à tout et que ça dépend de ce qu'on va faire [...] je pense que c'est utile pour tout le monde d'y passer, après sur la durée du stage, c'est peut-être que ça se ferait si possible à la sensibilité de chacun, en fonction des envies après l'internat [...] Dans l'idéal il faudrait au moins 1 mois je pense, après plus long pour ceux qui le veulent »

(E9) : « C'est compliqué, mais peut-être faire un passage en tant qu'externe un petit peu plus long quand même, sauf si l'externe veut pas quoi, mais le proposer plus largement parce que là c'était que dans le cadre de de l'hémato, et mine de rien, dans tous les stages, toutes les spé il y a de la cancéro [...] pour pouvoir apprendre peut-être à savoir quoi dire, comment se tenir face à un patient qui est en fin de vie »

Par contre, ils estiment **difficile d'imposer un stage en soins palliatifs aux internes**, compte tenu du risque de mal-vécu d'un stage imposé et non souhaité, selon eux.

Il conviendrait de fait, de **privilégier la découverte de la culture palliative, tôt dans le cursus...**

(E9) : « *mais ouais là où est le souci c'est comment gérer le traitement, bon ça je pense que ça peut venir avec l'expérience du médecin, mais ça me paraît difficile d'obliger les internes à faire du soins palliatifs, donc je pense oui axer la découverte de l'univers palliatifs sur les externes [...] pour peut-être qu'il y en ait qui aiment et qui veulent aller plus loin* »

... Ou **d'ouvrir plus de terrains de stage** pour que les internes souhaitant réaliser un stage de soins palliatifs, puissent y accéder.

(E9) : « *peut-être qu'il y ait plus d'ouverture à des internes, l'ouvrir plus facilement* »

Un étudiant a suggéré **une réflexion autour des soins palliatifs**, pouvant être plus utile et formatrice qu'une formation au sens strict du terme. Il s'agirait de pouvoir discuter de cas leur ayant posé souci, à travers des **groupes d'échanges de pratiques**, par exemple.

(E4) : « *J'attends pas une formation au sens universitaire du terme, j'attends pas quelque chose de très descendant avec quelqu'un qui me dise il faut faire ça et tout, je trouve que si jamais il devait y avoir une formation en soins palliatifs ou au moins une discussion sur les soins palliatifs, ça serait plus intéressant, et d'ailleurs c'était un peu l'approche que j'avais eu de dans cette semaine de stage finalement, où par exemple on pouvait discuter autour de cas cliniques avec l'équipe mobile de soins palliatifs et puis faire ressortir comment on pourrait améliorer les pratiques et faire tout simplement des groupes d'échanges de pratiques autour des soins palliatifs, à thème, ça pourrait être intéressant [...] Ça pourrait être intéressant de pas forcément de manière systématique mais quand on a des cas problématiques, d'avoir la possibilité d'en discuter avec des équipes plus spécialisées assez facilement, assez ouvertement* »

Pour un autre, il s'agirait de réaliser **des mises en situation** autour d'un cas, afin d'échanger sur les différentes prises en charge, réflexions possibles. Il évoque la probable **difficulté à faire accéder tous les étudiants à un stage en soins palliatifs**.

(E5) : « *C'est difficile parce que tout le monde ne peut pas passer dans le stage [...] peut-être que ça pourrait être organisé sous forme de TD (travaux dirigés) obligatoires [...] enfin c'est un peu bête de tourner ça obligatoire mais c'est pas mal de sensibiliser plus jeune quoi [...] Je pense que ça peut être pas mal qu'il y ait un peu de mises en situation [...] mais ça sous-entend qu'il faut qu'il y ait un peu de théorie avant...[...] je me souviens que quand j'y étais il y avait une des infirmières qui préparait justement un cours pour des années avant dans le cadre d'une option je sais plus et c'était elle*

faisait des vignettes avec des mises en situation et c'était vraiment pas mal ce qu'elle avait fait [...] des mini cas cliniques où elle mettait les étudiants en situation »

Une autre suggestion a été **d'approfondir les bases théoriques**, que ce soit pendant l'externat, ou lors du DES de médecine générale, avec éventuellement la réalisation de **cours pratiques**, sous-entendus difficilement réalisables.

(E6) : « *Les cours théoriques pour les internes de médecine générale ça me paraît être la base avant qu'on soit confrontés tout seul à un patient en soins palliatifs [...] je pense que ça serait bien qu'on ait davantage de bases pour ça quoi, donc des cours théoriques. Des cours théoriques et pratiques si possible...* »

(E11) : « *Après la théorie c'est toujours un peu plus difficile mais il faut quand même des bases théoriques, des bases juridiques aussi et puis même il faut apprendre comment...les traitements à utiliser, il y a quand même des cours qu'on n'a pas forcément pendant l'externat [...] je pense que c'est important pendant nos études générales, c'est comme de la cardio quoi enfin, tout le monde doit je sais pas avoir les bases de ces soins-là »*

Certains, sont très confus sur la question, et estiment **qu'effectuer ce stage, ainsi que le stage praticien, constitue déjà une bonne base**.

(E14) : « *Je pense que le stage en soins palliatifs c'est déjà un bon truc, parce que ça permet de voir comment ça se passe déjà à l'endroit où on est, donc je pense que c'est une bonne chose [...] Après en médecine générale, les stages en cabinet ça permet aussi de voir comment les médecins généralistes agissent avec, et après inclure ça en cours je sais pas...* »

(E3) : « *Après je pense que faire un stage un peu plus long je suis pas sûre que ce soit...peut-être une semaine plus long ou 2 semaines mais pas beaucoup plus, enfin peut-être un stage libre pourquoi pas, enfin si on choisissait vraiment mais c'est particulier comme truc mais sur non non mais déjà une semaine c'est déjà bien »*

Quelques-uns estiment que ce stage est **un point fort de leur formation**, et pensent donc qu'il serait **judicieux de rendre ce stage obligatoire** afin que chaque étudiant l'effectue.

(E11) : « *A la limite de rendre ce stage obligatoire, mais comme on le fait avec le stage praticien, je vois pas pourquoi on passerait pas tous en soins palliatifs puisqu'en fait la mort, la fin de vie, la maladie non curable, on y est tous confrontés dans notre carrière,*

pourquoi pas ça ? [...] [d'accord, donc pour toi c'est que chacun ait fait un passage dans un service de soins palliatifs durant ses études ?] Ouais complètement »

(E12) : *« Je pense que l'idée de rendre le stage obligatoire ça serait quand même un plus je pense, une ouverture pour beaucoup d'étudiants [...] après dans quelles conditions, c'est pareil faut pas que ce soit subit comme un stage obligatoire de plus, une sanction, enfin voilà il faut que reste aussi formateur, aussi positif que ça l'a été pour nous qui sommes passés à Rennes »*

Pour d'autres, les perspectives demeurent un peu floues...

(E10) : *« Ou alors ce serait une formation complémentaire volontaire ça pourrait être bien, et encore... je pense que tout le monde doit savoir appréhender ça et devrait être plus à l'aise [...] peut-être proposer vraiment un stage de soins palliatifs à ceux qui sont intéressés [...] les cours sur la prise en charge [...] pour les connaissances de base peut-être un peu plus ça serait pas mal histoire d'être un peu plus à l'aise une fois interne quoi [...] après oui proposer un stage à tous ceux qui sont intéressés, un stage de soins palliatifs pour les méd gé enfin pour ceux qui se destineraient à la médecine générale [...] de faire que des soins palliatifs 6 mois si tu te destines pas à ça je pense que c'est un peu lourd mais au moins avec une approche parce qu'on est beaucoup plus à l'aise après, c'est quand même quelque chose qui fait peur, t'as souvent des familles derrière qui sont hyper demandeuses... et on y sera tous confrontés donc je pense qu'il fait qu'on en ai dans notre cursus quoi qu'il arrive »*

IV. DISCUSSION

A. Forces et faiblesses de notre étude

1) Le sujet

Ce travail fait suite au constat de difficultés rencontrées par des internes ou des médecins, à prendre en charge des patients en soins palliatifs. De fait, ces prises en charge ne sont pas toujours pleinement satisfaisantes et source potentielle de souffrance, tant pour les patients que pour les soignants. [10-13,30]

S'est alors posée la question de l'origine de ce problème.

Dans nombre d'études [11, 13, 31, 32], la formation des médecins généralistes apparaît comme un des facteurs principaux de ces difficultés de prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile.

Ces éléments se confirment dans plusieurs rapports officiels [26, 33], déplorant ce manque de formation des professionnels médicaux. Ces derniers cherchent à la renforcer à travers diverses actions, dont l'une porte notamment sur la réalisation d'un stage pratique de sensibilisation dans une structure de soins palliatifs, au cours du deuxième cycle des études médicales.

Il nous est alors apparu pertinent d'étudier le ressenti des étudiants concernant ce stage, recommandé en vue d'améliorer leur pratique.

Il n'a par ailleurs, pas été retrouvé dans la littérature d'étude portant sur ce sujet. Nous espérons ainsi que cette étude originale mette en évidence d'éventuels bénéfices et impacts de ce stage, sur la pratique et la vision des soins palliatifs des étudiants.

Ceci pourrait alors permettre de préciser et orienter l'organisation future de la formation des étudiants en médecine, en soins palliatifs.

2) En ce qui concerne notre étude

Le taux de participation à notre étude est relativement faible puisqu'il a été de 7,7 %. Plusieurs éléments nous permettent de l'expliquer. Dans un premier temps, nous avons

décidé de ne **recruter que les étudiants ayant choisi la médecine générale**, étant l'une des professions de première ligne dans la gestion des soins palliatifs en ville et dont les difficultés ont été de nombreuses fois décrites dans la littérature [10-15]. Ce choix a participé à la réduction de notre échantillon, puisqu'il a divisé ce dernier par 2, après la phase de recrutement. On peut également rapporter ce faible taux, à un **manque d'intérêt de certains médecins vis-à-vis de ce sujet**, à des **coordonnées devenues obsolètes**, du fait d'un recul pouvant aller jusqu'à 8 ans depuis la communication des données personnelles, ou encore à un **manque de temps** de la part des sondés.

Cette étude n'avait pas, par ailleurs, vocation à émettre de conclusions généralisables, mais avait surtout pour **but, l'émergence de pistes et d'hypothèses** à ce sujet. Il serait donc nécessaire de **réaliser d'autres études** de plus grande ampleur, afin d'obtenir des résultats plus représentatifs. Une autre étude explorant le ressenti des médecins toutes spécialités confondues paraît également intéressante, de même que la réalisation d'une étude comparative, qui pourrait s'avérer enrichissante en étudiant l'impact réel d'un tel stage sur la pratique.

Nous avons choisi de recruter et d'interroger des **internes mais également des médecins ayant terminé leur internat**, afin d'observer le ressenti des sondés au vu des différentes pratiques rencontrées, de l'internat jusqu'à l'installation du médecin généraliste. Ceci est **une force** pour notre étude, permettant le recueil d'**informations riches et intéressantes sur ces 2 sous-populations, dont les pratiques sont le plus souvent différentes** de par leur activité (libérale ou hospitalière) et leur statut (médecin en formation et sous supervision, et médecin sénior, pratiquant sous sa propre responsabilité). Cela nous a donc permis d'avoir une vue d'ensemble, chez des sondés ayant plus ou moins de recul et d'expérience, ne limitant pas cette étude à l'une ou l'autre des pratiques rencontrées par ces 2 sous-populations. On approche en effet dans notre étude, autant d'internes que de médecins ayant terminé leur internat. Par ailleurs, **une étude comparative** des ressentis des internes et des médecins ayant terminé leur internat pourrait aussi être intéressante. Elle permettrait de caractériser plus précisément les ressentis ainsi que les éventuels bénéfices et limites de ce stage, propres à chacune de ces 2 sous-populations.

Les femmes sont surreprésentées au sein de notre étude, puisqu'elles représentent 85,7 %. Ceci tend à correspondre à la **démographie médicale actuelle de féminisation de la profession**, bien qu'un peu supérieur aux chiffres connus dans la littérature. En effet, en 2014 les femmes représentaient 63% des internes en

formation [34] et selon le dernier atlas de la démographie de l'Ordre des médecins en 2018 [35], elles représentent 48,2% des médecins généralistes en activité régulière. Elles sont également majoritaires chez les jeunes médecins puisque 64% d'entre eux sont des femmes.

La participation des sujets était basée sur le volontariat, ce qui a pu entraîner un **bias de sélection**. En effet, certaines demandes d'entretien sont restées sans réponse et les sujets ayant répondu sont peut-être ceux ayant développé un intérêt pour les soins palliatifs, étant plus réceptifs au stage de sensibilisation et accordant donc plus d'importance à la formation des étudiants aux soins palliatifs.

Dans notre étude :

- 1 médecin exerce actuellement en HAD,
- 2 internes ont, ou projettent de faire le DU d'accompagnement et de soins palliatifs,
- 2 pensent réaliser la FST de soins palliatifs
- et 2 autres envisagent ou ne seraient pas opposés à consacrer une part de leur exercice à cette discipline.

Soit 6 (42,8%) étudiants sur 14 portent un intérêt plus important aux soins palliatifs.

Par ailleurs, le **choix d'effectuer une étude qualitative a permis des échanges riches, avec un recueil des ressentis intimes des sondés**. Du fait de l'orientation et de l'expérience professionnelle communes de l'enquêtrice et des sondés, une certaine « complicité », « familiarité », a pu exister et ainsi faciliter les échanges avec les sondés, qui n'ont pas montré de difficulté à exprimer des sentiments personnels.

La totalité des entretiens ont été réalisés par l'investigatrice, ce qui a pu **éviter des variations inter-entretiens**. Par contre, un **bias d'influence** a pu exister malgré une attitude considérée comme la plus objective et neutre possible. Il a pu y avoir des gestes ou des intonations involontaires ou subtiles ayant pu influencer le sondé.

Un biais d'interaction, d'induction et de courtoisie, ont pu exister, comme dans toute étude qualitative.

Il a parfois été nécessaire de reformuler certaines questions ouvertes par des questions fermées, du fait d'un manque de contenu des réponses formulées, ce qui a pu générer **un biais d'intervention**.

Le recueil et l'analyse des données a été faite par l'enquêtrice elle-même. N'étant initialement pas formée à la réalisation d'entretiens semi-dirigés, ni à l'analyse des

données, elle a donc dû se familiariser et apprendre à réaliser ces tâches au fur et à mesure du travail. Il peut donc en résulter **un biais d'analyse et d'interprétation**. La relecture du travail par la directrice de thèse a pu limiter ce biais.

Le fait que les entretiens aient été pour plus de moitié téléphoniques (8/14 = 57,4 %), aurait pu entraîner **un biais de recueil**. En effet, on note pour les entretiens téléphoniques une durée moyenne de 12min et 50sec, et un nombre moyen de mots de 1624, contre une durée moyenne de 17min et 20sec, et un nombre moyen de mots de 2681, pour les entretiens présentsiels. Cependant, après analyse des verbatims, **les différences de contenu ne sont pas notables**. Les entretiens présentsiels ont parfois été plus longs, l'entretien de visu favorisant parfois la communication et la rendant plus dense. Pour autant, ces derniers ne nous ont pas apporté d'informations supplémentaires par rapport aux entretiens téléphoniques. Dans ce dernier cas, le choix de la date et de l'horaire pour réaliser l'entretien a été laissé aux sondés. Ceci leur permettait de se trouver dans un environnement propice aux échanges au moment de la réalisation des entretiens téléphoniques, disposant alors du temps nécessaire à son déroulement, sans impératif risquant d'écourter l'entretien. On peut donc penser que **cette organisation a permis de limiter ce biais**.

Quelques étudiants ont eu des difficultés à se rappeler de certaines notions propres à ce stage, et parfois à préciser l'origine des informations données. En effet, certains ont par la suite, réalisé un ou plusieurs stages en tant qu'interne dans des structures pratiquant les soins palliatifs. Il peut alors en résulter **un biais de mémorisation**.

Certains internes ont été interrogés durant leur premier semestre d'internat. Peut-être n'ont-ils pas pu mesurer pleinement l'apport réel du stage en soins palliatifs sur leur pratique, le délai écoulé entre ce dernier et leur situation actuelle, ne permettant pas un recul suffisant. Il a été néanmoins intéressant d'apprécier les différents ressentis, à différentes étapes de la formation et à différents niveaux d'expérience.

B. Les résultats

1) Connaissances et représentations des soins palliatifs

a. Un manque de connaissance général des étudiants en amont du stage

Au sein de notre étude, nous avons constaté que les étudiants interrogés n'étaient pas au clair avec la notion de soins palliatifs, au cours de leurs dernières années d'externat.

Ils ont expliqué, pour la plupart, ne pas forcément savoir à quoi s'attendre et ont déclaré que ce stage était pour eux une première initiation ou une introduction aux soins palliatifs. Nous avons pu voir que ces **lacunes concernaient majoritairement la définition des soins palliatifs, mais aussi son organisation ainsi que la gestion des symptômes de fin de vie.**

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'étude explorant l'état des connaissances en soins palliatifs des étudiants, en fin d'externat. Par contre, on retrouve plusieurs études sur la formation et les compétences des internes en soins palliatifs. Parmi elles, on retrouve celle de **POINCEAUX S. et al.** [24], qui met en évidence, chez les internes interrogés, des difficultés en ce qui concerne l'évaluation de la douleur et la gestion des antalgiques, ainsi qu'un manque de maîtrise des prises en charge symptomatiques et de la loi Léonetti. Celle de **HIQUET J. et al.** [36], met l'accent sur l'insuffisance des connaissances relatives à la loi du 22 avril 2005 (Loi Léonetti) chez des internes en médecine; et le travail de thèse du **Dr LUTZ** [30] objective, lui, des difficultés chez les internes, dans la gestion de l'hypnovel et des symptômes d'inconfort hors douleur (qui, elle, semblait maîtrisée), ainsi que sur la notion de directives anticipées.

On voit donc qu'un certain **manque de connaissances persiste également chez des internes** en fin de cursus. Il semble par contre qu'il soit de **moindre importance** que chez les externes de notre étude et que celui-ci soit plutôt d'ordre pratique et éthique.

Ceci peut s'expliquer par :

- **une expérience plus importante des internes**, avec notamment la confrontation directe et la prise en charge plus fréquente de patients en soins palliatifs et en fin de vie,
- **une consolidation et/ou un complément de formation théorique** au cours de l'internat.

En effet, le travail de thèse du **Dr LUTZ** [30] nous montre que le niveau de connaissances et de compétences est corrélé à la réalisation ou non, d'un stage dans une structure de soins palliatifs ou dans des services réalisant ces soins. On voit donc que **l'expérience participe à l'acquisition de connaissances.**

On peut ensuite s'interroger sur **l'impact des enseignements reçus au cours du deuxième cycle des études médicales**, sur les connaissances des étudiants à son issue, notamment en ce qui concerne la définition et l'organisation de l'exercice des soins palliatifs, ainsi que sur la gestion des symptômes de fin de vie, bien que cette dernière notion relève peut-être plus des expériences pratiques, que théoriques.

Cela induit plusieurs interrogations :

- Ce manque de connaissances est-il dû à une **préoccupation moindre des externes vis-à-vis des soins palliatifs**, du fait de leur manque de recul et d'expérience médicale ?
- Ou, est-ce le fait d'une **formation trop limitée et/ou non adaptée**, en terme de volume horaire, de contenu, ou de la forme sous laquelle sont réalisés ces enseignements, souvent dispensés en cours magistraux ?

Ces 2 questionnements émergent de notre étude.

Les étudiants ont parfois exprimé **un manque de recul**, à ce stade de leur cursus. Ceci peut être lié au **manque d'expérience médicale et à leur position d'externe**, les plaçant au « second plan », sans prise de décision et responsabilité directe, dans les prises en charge médicales. Cela est évoqué par les étudiants, comme facteur potentiel à la limite de leurs acquisitions à ce moment-là. Ce manque d'implication des externes en médecine, dans la prise en charge des patients, a également été décrit dans le travail du **Dr MARREC A.** [37], avec la notion de passivité, et d'absence de confrontation aux responsabilités et au suivi des patients, renforcé par leur présence limitée, puisqu'à mi-temps.

Leur formation aux soins palliatifs a elle aussi été jugée insuffisante, lors de notre étude. Et, selon l'étude de **LAURENT A. et al.** [38], aucune différence sur les connaissances et sur la pratique n'a été objectivée entre ceux ayant reçu l'enseignement théorique du module 6 de soins palliatifs durant leur formation initiale, et ceux n'en n'ayant pas bénéficié. Cela suggère donc **le faible apport de cet enseignement théorique sur la pratique.**

On peut, par ailleurs, penser que ce manque de connaissances provient **d'un manque de diffusion de la culture palliative** :

- **dans les services de médecine**, où certains séniors ne sont pas formés aux soins palliatifs...

En effet, au cours de notre étude, un étudiant a exprimé ce manque de diffusion de la culture palliative, au sein des services de médecine : **(E8)** : *« on n'en entend pas tant parler que ça au sein des services, c'est pas forcément quelque chose qui est clairement dit [...] je pense que c'est la culture, enfin encore une fois avec des guillemets, mais la culture palliative dans les services, des fois on a des situations qui*

sont complètement du soin palliatif, et c'est pas toujours parlé comme tel avec le patient, avec la famille, dans l'équipe enfin ça je pense que ça pourrait évoluer ce point, et je pense que ça évolue, du point de vue que j'ai maintenant, mais ça dépend un peu de la volonté de chaque équipe »

Un autre exprime sa solitude et son désarroi face à un sénior non formé, et réfractaire aux prises en charge palliatives, le menant à gérer seul ce genre de situation, ou à réaliser des actes qu'il n'approuve pas : **(E12)** : *« je suis en 1^{er} semestre et j'ai annulé des traitements toute seule, j'avais l'impression d'être seule avec la souris pour lever des traitements alors que voilà, c'est de la limitation des thérapeutiques inutiles, j'ai l'impression de l'avoir fait toute seule avec mon PC parce que cette semaine-là j'étais avec le chef jusqu'au boutiste »*

Ce constat est également fait par les internes de médecine générale de Nice, dans le travail du **Dr MARREC A.** [37].

- ...mais également **dans la population générale**

Dans une étude réalisée par l'**institut IPSOS** en 2009 [39], 63% des personnes interrogées s'estimaient mal informées sur les soins palliatifs, et dans une enquête de **Opinion Way** en 2011 [40], on voit que 53% des répondants estimaient insuffisantes leurs connaissances en soins palliatifs. Ceci se confirme dans le travail de thèse du **Dr LEFAUCHEUR** en 2017 [41], qui est une étude qualitative portant sur les représentations sociales associées aux mots « soins palliatifs » auprès du grand public, où l'on observe que les personnes interrogées « estiment peu connaître les soins palliatifs ».

Ceci a en effet été objectivé, et source d'une **réflexion au niveau politique**, dans plusieurs rapports officiels [2, 26]. Des actions sont alors entreprises, comme la création d'un seul et unique *Centre National dédié aux Soins Palliatifs et à la Fin de Vie* (CNSPFV), à partir de la fusion du Centre National de Ressources en Soins Palliatifs et de l'Observatoire National de la Fin de Vie, dans un but de rapprochement des différents acteurs et d'ainsi renforcer « la force de frappe ». Ainsi, a été réalisée « **une grande campagne nationale de communication** à destination des Français sur les soins palliatifs et sur les directives anticipées », en 2017. Un deuxième volet, destiné aux professionnels de santé a également vu le jour.

Suite à une étude menée en février 2018, le CNSPFV explique que cette campagne a permis de faire progresser les connaissances des français, notamment sur leurs droits en fin de vie. Mais les résultats restent encore à améliorer, puisque 40% des français

ne connaissent encore pas l'existence d'une loi sur la fin de vie, 15% des médecins généralistes ne savent toujours pas qu'une loi sur la fin de vie existe et 36% ne savent pas précisément ce que sont les directives anticipées [42].

Ainsi, une nouvelle campagne d'information nationale est réalisée en 2018, afin « de renforcer l'efficacité de la 1^{ère} campagne et de la compléter par de nouvelles actions ». [42]

Au vu de cela, on peut donc penser que plusieurs facteurs peuvent être responsables de ce manque de connaissances chez les étudiants:

- Une **expérience** encore faible des externes dans le domaine médical,
- Des **enseignements** proposés **peut-être insuffisants ou inadaptés**
- Une **diffusion de la culture palliative** encore trop limitée au sein de la population générale et du monde médical.

b. Des représentations vis-à-vis des soins palliatifs

Nous avons pu mettre à jour, dans notre étude, certaines représentations qu'ont les étudiants sur les soins palliatifs. On retrouve notamment l'association des soins palliatifs à la fin de vie et à la mort, avec une image relativement limitée de l'exercice des soins palliatifs, ou encore à une image globale de la fin de vie et des soins palliatifs relativement dégradante et anxiogène.

L'association nette des soins palliatifs à la fin de vie et à la mort, a été faite par la quasi-totalité des étudiants. Ce parallèle a fréquemment été décrit dans la littérature, que ce soit dans la population générale, comme dans le corps médical. On le voit notamment, dans la thèse du **Dr LEFAUCHEUR** [41], où les personnes interrogées pensaient que « les soins palliatifs intervenaient à la toute fin de la vie » et qu'« ils étaient les derniers soins avant la mort ». Il a ainsi été objectivé que « les soins palliatifs avaient donc davantage de lien avec l'acte de mourir que l'accompagnement dans la maladie grave ». Dans une autre étude réalisée en 2007 [43], ce sont des internes en médecine qui émettent les conclusions suivantes : « seuls les patients en fin de vie peuvent être considérés en soins palliatifs », « les soins palliatifs sont spécifiques aux maladies en phase terminale » ou encore « les professionnels de soins palliatifs sont des médecins de la mort ».

Ce lien étroit fait entre les soins palliatifs et la mort, reste effectivement encore aujourd'hui, très présent au sein de la population générale et des pratiques médicales.

C'est en effet trop souvent au **moment de la phase terminale que les patients sont orientés vers une équipe de soins palliatifs.**

Une étude, réalisée en 2007 [38], cherchait à connaître les raisons expliquant un recours tardif à l'EMSP, de la part des médecins, puisque 60% des patients pris en charge décédaient dans le mois suivant la première consultation/prise en charge, avec la moitié dans les 15 jours. Au terme de l'étude, l'impression initiale des auteurs, à savoir que « le recours aux soins palliatifs est un réflexe encore conditionné par le lien direct qui est établi avec la phase terminale », s'est confirmée.

Au sein de notre étude, nous avons également pu constater que les étudiants **avaient une vision relativement limitée de l'exercice des soins palliatifs.** En effet, ceux-ci étaient perçus comme la dispensation de soins de confort avec notamment l'administration de thérapeutiques médicamenteuses (type antalgiques morphiniques et hypnovel) au moment de la fin de vie, mais dont l'accompagnement et les réflexions autour du patient et de son entourage restaient souvent méconnus, ou largement sous-estimés. Cette méconnaissance englobait d'autres notions, telles que :

- la prise en charge de patients n'étant pas en fin de vie, comme vu précédemment, ou encore atteints de pathologies non cancéreuses,
- les sollicitations de l'EMASP pour des adaptations de traitements antalgiques,
- les prises de décisions éthiques,
- ou encore la formation d'équipes médicales et paramédicales aux soins palliatifs.

Cette vision limitée des soins palliatifs est retrouvée dans une étude de **DANY L. et al.** [43], sur les représentations associées aux soins palliatifs chez des internes. On y voit que ceux n'ayant pas collaboré avec une équipe de soins palliatifs ont une vision plus restrictive des soins palliatifs.

Au cours de notre étude, **l'idée que seuls les patients souffrant de pathologies cancéreuses sont concernés par les soins palliatifs**, a donc été évoquée. Cette notion semble présente également au sein d'une étude de **DANY L. et al.** [44], puisqu'une seule maladie, le cancer, a été associée aux soins palliatifs, par les internes interrogés. Il en est de même dans le travail de thèse du **Dr LEFAUCHEUR** [41], bien que plus nuancé. En effet, lorsqu'il était demandé aux sondés, issus du grand public, quelles pathologies sont concernées par les soins palliatifs, ce sont les cancers et les pathologies neuro-dégénératives qui ont été le plus cités.

Une autre représentation objectivée dans notre étude, est **l'image assez violente et dégradante de la fin de vie, ressentie de façon relativement anxiogène** par les étudiants.

Pour certains étudiants, l'image du patient en soins palliatifs était celle d'une personne dont l'état général est très dégradé, et ne pouvant plus communiquer. Cette vision se retrouve dans plusieurs études. Ainsi, dans le travail de thèse du **Dr LEFAUCHEUR** [41], il a pu être mis en évidence au sein de la population générale, une image « souvent violente et dégradante » des patients en soins palliatifs, étant perçus « en mauvais état général et dépendants ». Dans une étude de **MAHE T. et al.** [45], la fin de vie est décrite par l'un des médecins comme : « une dégradation de la personne, une déchéance physique, morale ».

On note également dans le travail de thèse du **Dr ASTIER** [15], que « le mensonge était associé aux soins palliatifs » par plusieurs médecins, indiquant y avoir recours pour « protéger le patient de la violence de ce mot », puisqu'associé à une mort annoncée. En effet, les médecins généralistes peuvent être confrontés à une grande culpabilité lors de l'annonce du passage en soins palliatifs, à leurs patients connus de longue date, en lien avec l'émotion intense provoquée par cette situation. C'est ce que l'on voit dans ce travail, où deux médecins expliquaient que « l'annonce était si violente qu'ils la repoussaient au plus tard possible, voire ne l'annonçaient jamais. Leurs difficultés personnelles étaient mises en avant, avec un sentiment d'être d'une extrême agressivité pour le patient, et donc en retour pour eux-mêmes ».

On peut alors constater, que **ces représentations peuvent engendrer une mise en place des soins palliatifs trop tardive** dans le parcours de soins du patient, puisque souvent initiée en phase terminale voire ultime.

Or, il apparaît qu'un recours précoce aux soins palliatifs, soit un gage de meilleure prise en charge, avec une qualité de vie et un confort supérieur. [46]

On a pu voir dans notre étude qu'il existait donc une méconnaissance des soins palliatifs, entraînant la vision d'un exercice limité et anxiogène, puisqu'associés à la mort et à la souffrance. En effet, beaucoup de représentations, parfois limitantes, ont été relevées, pouvant entraîner une certaine anxiété et une appréhension autour des soins palliatifs. Pour autant, cela reste **une image positive que les étudiants ont souvent pu porter sur les soins palliatifs**, notamment à l'issue du stage, bien que ne se sentant pas toujours à l'aise avec cette pratique. Les soins palliatifs sont considérés

comme bénéfiques pour les patients, comme pour les soignants, malgré une certaine réticente et anxiété associées.

C'est ce qu'on relève dans l'étude de **MAHE T. et al.**[45], où les professionnels de santé interrogés, notamment médecins et infirmier(e)s, ont une image positive des soins palliatifs, et les considèrent comme « un bénéfice pour le patient, son entourage et pour eux-mêmes ». Ils y mettent en avant « les dimensions de confort et de maintien de la dignité du malade » et estiment que « ces soins permettent aussi [...] d'aider les soignants à mieux gérer la fin de vie sur le plan émotionnel et de l'accompagnement psychologique, notamment par le biais d'une préparation à l'accompagnement et/ou la constitution d'équipes spécialisées ».

Au vu de l'importance et de l'étendue de ces représentations, on peut s'interroger quant à leur origine.

Plusieurs des représentations mises en évidence au sein de notre étude, ont également été retrouvées au sein de la population générale et/ou au sein du monde médical. Il semble alors que **ces représentations soient assez répandues**, ce qui laisse à penser qu'elles se **transmettent et s'entretiennent**.

Une étude réalisée en 2007 [43] a permis de mettre en évidence une des composantes pouvant participer à ces différentes représentations des soins palliatifs. Elle montre que l'expérience issue d'une collaboration avec une équipe de soins palliatifs permettrait d'organiser, pour partie, le champ de la représentation des soins palliatifs. Ainsi, « les internes ayant collaboré avec ce type d'équipe ont davantage fait référence à une conception holistique des soins palliatifs, proche de celle véhiculée par les professionnels de la médecine palliative ». Une autre étude [25], met en évidence une modification des représentations des internes vis-à-vis des soins palliatifs, à l'issue d'un stage de 6 mois effectué au sein d'une structure de soins palliatifs. On voit donc que la proximité, et donc la découverte de cet exercice au plus près, permet d'avoir une vision plus représentative des soins palliatifs et de modifier certaines représentations erronées. On note donc, ici, que **certaines représentations peuvent découler d'un certain manque de connaissances**.

Toutefois, il est mis en évidence dans cette même étude, que **l'impact des pratiques et des expériences professionnelles, au cours de la formation médicale, semble réduit par rapport à celui des systèmes de croyances et d'idéologies**. En effet, il a été constaté que « les représentations des soins palliatifs sont subordonnées à des croyances plus générales, à une vision des conditions de la fin de vie, que l'opinion

exprimée vis-à-vis de l'euthanasie permet d'appréhender ». En effet, le lien entre les représentations des soins palliatifs et l'avis favorable ou non à l'euthanasie a également été étudié au sein de cette étude, permettant d'émettre des conclusions sur les origines de ces représentations. Ainsi, il a pu être observé que les internes ayant un avis favorable à l'euthanasie avaient davantage « une représentation structurée autour d'une pratique quasi exclusivement technique, laissant peu de place à une approche globale de la démarche de soins ».

Aussi, et comme nous avons pu le voir, au sein du monde médical « le recours aux soins palliatifs est un réflexe encore conditionné par le lien direct qui est établi avec la phase terminale » [38]. Ainsi, il est acceptable de penser que **le manque de diffusion de la culture palliative au sein des différents services de médecine et/ou l'existence d'une utilisation pas toujours adéquate des équipes ressources,** amènent à la **construction de représentations chez les étudiants.**

Au final, il semble donc que ces représentations soient le fruit **d'une certaine méconnaissance des soins palliatifs** [25, 38, 43], entretenue par **une diffusion de la culture palliative encore trop limitée au sein des services de médecine, de son mésusage parfois, et des représentations sociétales** qui en sont faites. Il convient par ailleurs de ne pas oublier **les croyances et les idéologies**, qui semblent avoir un poids non négligeable sur la construction des représentations et donc sur les prises de positions et les pratiques professionnelles.

2) Les difficultés rencontrées

a. L'abord des soins palliatifs et de la mort avec les patients

Une des difficultés majeures des étudiants, relevée dans notre étude, a été l'approche et l'abord de la mort et de la fin de vie avec les patients et leur entourage. Les étudiants ont déclaré ne **pas être à l'aise avec ces notions** et **reprochent une préparation trop limitée** à cette approche. Ceci a d'ailleurs, sans doute, pu participer au vécu parfois difficile de ce stage, par les étudiants.

En règle générale, l'approche et le vécu de la mort sont des notions peu abordées dans les études médicales. Or, le constat a été fait par les étudiants, qu'ils y seront forcément confrontés et seront amenés à gérer des patients en fin de vie, dans leur pratique (future) de médecin généraliste.

Faire face à la mort et l'aborder n'est pas toujours chose aisée pour les étudiants, comme le démontre une étude de **DANY L. et al.** réalisée en 2009 [44]. 57,8 % des internes interrogés disent ne pas se sentir à l'aise avec les patients en fin de vie, et 73,5% déclarent être mal à l'aise lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la mort. Il en est de même dans le travail de thèse du **Dr DROMER** [11], où des internes en médecine générale rapportent, pour la majorité, avoir des difficultés pour communiquer avec le patient et sa famille, en particulier dans le domaine de la fin de vie. Il est expliqué que ceci nécessite des compétences que ces derniers n'ont pas, ce qu'ils regrettent d'ailleurs.

Il semblerait par ailleurs que cette difficulté concerne également les médecins plus expérimentés. En effet, différents travaux de thèse mettent en évidence cette difficulté des médecins généralistes à aborder la mort avec les patients. On relève notamment le travail du **Dr DROMER** [11] où ce ressenti est décrit par les médecins généralistes interrogés, comme secondaire à une difficulté émotionnelle et à un manque de formation des médecins à l'annonce.

Un autre travail de thèse, celui du **Dr PETISNE-BEAUCHEF** [32], met en évidence la difficulté de certains médecins généralistes dans leur rapport avec la mort et la communication sur ce sujet, liée à un manque de formation. Un des médecin interrogé explique également sa difficulté à parler de la mort avec ses patients, notamment âgés, dû à une certaine pudeur, qu'il qualifie même d'un peu excessive, dans une société où la mort reste taboue. Ce qui nous laisse à penser que cette vision de la mort dans notre société a un impact sur notre façon de l'aborder et de l'approcher en médecine.

Une étude réalisée en 2014 [47], indique de plus que les médecins peuvent parfois être renvoyés à leur propre vulnérabilité face au décès de leurs patients, pouvant alors engendrer une réticence à aborder la mort, ou à la côtoyer, du fait de cette confrontation à ses propres angoisses de mort.

Les origines de ces difficultés peuvent donc être :

- **d'ordre personnel : difficulté émotionnelle dans l'approche et l'abord de la mort, et parfois renvoi à sa propre finitude,**
- **et/ou relever d'un manque de formation,** entraînant un sentiment d'incompétence, déstabilisant et constituant un frein pour ces médecins dans leurs échanges et leur pratique.

Par ailleurs, il convient de ne pas négliger la part culturelle dans ce contexte.

En effet, nous pouvons penser que cette vision et cette appréhension de la mort sont en adéquation avec l'image que s'en fait notre société. La mort reste **taboue**, voire s'inscrit dans **le déni et est source d'anxiété**. Et quand bien même sont largement affichées les morts violentes et spectaculaires au cinéma ou dans les médias (meurtres, morts par attentats ou suite à des catastrophes naturelles, etc...); la mort au quotidien, elle, est souvent tue, mise sous silence. En effet, elle est donnée en spectacle, mise en scène, ce qui la rend presque imaginaire, hors du champ de « la vie réelle ». [40,42,48]

Dans le même sens, **la notion de « bonne mort »** est considérée comme étant une mort subite, rapide sans même que l'on s'en rende compte. La mort synonyme d'une étape naturelle de la vie n'est plus dans « les mœurs ». Tout ce qui touche à la fin de vie, à cet état de mort approchant, semble tu et caché. Ainsi, lorsqu'elle s'impose dans sa réalité, la fin de vie comme la mort, peut être source d'une grande anxiété voire un réel choc émotionnel.

Paradoxalement, **la population générale affiche une volonté d'aborder ce sujet, de parler de la mort**. Une enquête de l'IFOP en 2010 [40], montre que les trois quarts des sondés pensent que l'on parle de plus en plus de la mort, et plus de 80% d'entre eux estiment que c'est une bonne chose.

Cette lourde charge émotionnelle et psychologique autour de la mort et des soins palliatifs, entraîne **une approche relationnelle complexe** et peut ainsi **être un réel frein à l'initiation d'une prise en charge palliative**. Cette dimension doit alors être considérée, d'autant plus qu'une démarche palliative nécessiterait d'être entreprise le plus précocement possible. [15]

b. Vécu émotionnel et gestion des émotions

L'importante charge émotionnelle et la gestion difficile des émotions ont été des thèmes relativement récurrents dans notre étude. Une grande majorité des étudiants ont été confrontés à ces difficultés au cours du stage.

Ceci est également exprimé dans l'étude de **LUETHI E.** [49]. Avant réalisation d'un stage de 2 à 6 mois dans un service de médecine palliative, la moitié des internes interrogés rapportaient un niveau d'appréhension supérieur à 50% face à une situation

de soins palliatifs, et un quart souhaitaient mieux gérer leurs émotions face aux situations difficiles.

Ces difficultés sont-elles inhérentes à la condition d'étudiant en médecine et de médecin ou sont-elles dues à cette nouvelle approche des soins palliatifs ?

D'après une étude réalisée en 2017 [50] par 4 syndicats représentant les étudiants et les internes en médecine (ANEMF, ISNAR-IMG, ISNCCA et ISNI), auprès d'externes, internes, chefs de clinique-assistants (CCA), assistants hospitalo-universitaires (AHU) et assistants spécialistes (AS), 66,2 % de **ces étudiants et jeunes médecins souffrent d'anxiété**, contre 26% au sein de la population française. [51]

Cette difficulté d'ordre émotionnelle et psychologique est également retrouvée chez les médecins généralistes, lors de prises en charge de patients en soins palliatifs à domicile [10-12,14, 15]. A l'origine, on retrouve notamment : la relation soignant-soigné, la souffrance psychologique du patient et de l'entourage, le manque d'expérience et de formation, l'isolement et le sentiment de solitude, la gestion de la douleur et des autres symptômes de fin de vie, un manque d'échange entre confrère.

Il est d'ailleurs relevé dans une étude de **LAURENT A. et al.** [38], que certains médecins **n'abordent pas ou très tardivement les soins palliatifs avec les patients, devant l'anxiété générée par son évocation**. Ceci entraîne donc parfois un recours tardif aux soins palliatifs. En effet, il est indiqué dans cette étude le fait, qu'hormis une certaine méconnaissance des soins palliatifs, d'autres facteurs pourraient entrer en jeu dans l'initiation des prises en charge palliatives et expliquer le recours tardif aux équipes spécialisées, comme **la réticence et la résistance**. Il est expliqué qu'elles « peuvent ainsi concerner la collaboration, l'approche palliative et l'approche globale, à moins qu'elles ne se traduisent par l'ambivalence des soignants ou une véritable détresse professionnelle ».

Les étudiants, au cours de notre étude, ont attribué ce ressenti:

- **au fait de côtoyer des personnes en soins palliatifs pour la première fois et à l'approche de la mort**, comme vu plus haut,
- **et à la confrontation à la souffrance des patients ou de l'entourage.**

Ce sont autant d'éléments à caractère anxiogène auxquels les étudiants n'ont pas été préparés au cours de leurs études et avec lesquels ils ne se sentent pas à l'aise.

Aussi, on voit dans le travail de **VILLARD A.** [52] que cette difficulté semble commune aux soignants débutant au sein d'un service de soins palliatifs, puisqu'elle est décrite par des infirmières, comme **présente et importante au début de leur carrière, puis, bien que ne disparaissant pas, semble s'atténuer et être mieux vécue avec l'expérience.**

Cette dernière notion semble également émerger de notre étude, où un étudiant exprime : **(E11)** : « *au début de la semaine j'ai trouvé ça émotionnellement, en tout cas, vraiment intense, après on s'habitue au fil des jours* »

Ainsi, **l'expérience jouerait probablement un rôle.** Dans l'étude de **LUETHI E. et al.** [49], la mise en évidence d'une forte diminution de l'appréhension des internes face à une situation palliative, au cours d'un stage en soins palliatifs allant de 2 à 6 mois, vient confirmer cette hypothèse. Cette diminution a été en moyenne de - 26%. En fin de rotation, le niveau d'appréhension est inférieur à 30% pour tous. Il est alors conclu que « grâce à l'immersion quotidienne dans ce milieu, les jeunes médecins s'adaptent au fur et à mesure aux situations difficiles et ils apprennent à gérer leurs émotions » et ce « en les exprimant plutôt qu'en utilisant des comportements d'évitement ». La mise en avant de **la communication et le travail interdisciplinaire** participeraient alors à cette évolution.

Une autre étude va dans le même sens [43]. Elle démontre que ce sont **les internes n'ayant jamais collaboré avec une équipe de soins palliatifs qui font état de vécus émotionnels et physiques négatifs, avec une composante anxiogène des termes employés** : souffrance, douleur, désespoir, dépression.

Il apparaît également que **la communication et l'échange entre collègues, avec des proches, ou autres, concernant ces difficultés, permettraient une meilleure gestion de celles-ci.** Il en est de même pour **le travail en équipe ou en association.** [12]

Ceci est d'ailleurs apparu fortement dans notre étude, au regard de la description de l'équipe soignante qualifiée de bienveillante et à l'écoute, de façon récurrente, et du sentiment de liberté d'expression décrit. Cela tend à montrer l'importance du soutien et de la compréhension, dans un environnement stressant et inconnu.

Par ailleurs, il est établi que le fait d'**être confronté au quotidien à la souffrance et la mort est source de stress** [53]. En effet, tout soignant est humain et vulnérable et

parfois les capacités d'adaptation de chacun ne suffisent pas à faire face. La souffrance peut devenir majeure et conduire au burn-out.

On constate également, quand bien même plusieurs spécialités médicales sont spécifiquement concernées par la problématique de la fin de vie, les médecins de soins palliatifs semblent être mieux protégés contre le stress et le burn-out [54-57], grâce au niveau élevé d'accomplissement personnel qu'ils retirent de leur travail. Le contact avec le patient et son entourage ainsi que le travail en équipe seraient gratifiants et source de satisfaction. [57, 58]

Pour autant, stress et burn-out restent bien présents, comme nous pouvons le voir dans une étude réalisée en 2016, où 32,5 % des soignants interrogés (médecins, infirmières, aides-soignantes) travaillant en USP souffrent de burn-out, avec là, un faible niveau d'accomplissement personnel. [59]

On voit donc que cette difficulté émotionnelle demeure très présente au sein des professions médicales.

On peut alors, en ce qui concerne notre travail, rattacher ces difficultés :

- **à la faible expérience des étudiants ayant réalisé ce stage** : expérience en soins palliatifs quasi ou totalement nulle pour la plupart d'entre eux.
- **à la confrontation avec la mort** et parfois **la souffrance des patients et de leur entourage**, qui ne font qu'augmenter ce ressenti.

Il apparaît que cette difficulté puisse s'atténuer avec **l'expérience**, et notamment **la notion de collaboration avec une équipe de soins palliatifs**.

Ceci semble donc être une piste de formation intéressante, afin de limiter ces appréhensions, et ainsi favoriser le recours des futurs praticiens aux soins palliatifs et les échanges autour de la fin de vie et de la mort.

3) L'intérêt du stage dans l'acquisition de notions relatives aux soins palliatifs

Notre travail a pu montrer qu'à l'issue du stage, les étudiants étaient plus à l'aise avec la notion de soins palliatifs et ses spécificités. Ils ont pu compléter leurs acquis et modifier certaines de leurs idées préconçues, au contact de l'EMASP et des patients.

Les bénéfices de ce stage se situent à différents niveaux :

- **Théorique** : précision de la définition des soins palliatifs et des différents motifs de recours aux soins palliatifs et à l'EMASP,
- **Organisationnel** : découverte de l'organisation de l'équipe mobile de soins palliatifs et des autres lieux de prise en charge, pour certains inconnus jusqu'alors, comme les LISP (Lits identifiés de soins palliatifs) par exemple,
- **Aide à la pratique** : on a pu voir que les étudiants ont, au cours de ce stage, et suite aux différentes expériences vécues, perçu qu'ils pouvaient faire appel à l'EMASP, afin d'avoir un avis sur une situation ou une prise en charge,
- **Thérapeutique** : apport de ressources en ce qui concerne les thérapeutiques spécifiques, utiles pour gérer certains symptômes de fin de vie.
- **Relationnel** : découverte d'une pratique de soins et d'une relation soignant-soigné particulière, incluant une grande empathie et une approche relationnelle très développée, avec la possibilité d'observer le déroulement d'un entretien avec le patient et l'entourage parfois,
- **Ethique** : réflexion concernant les notions de sédation profonde et continue, de limitation de thérapeutiques ou encore d'arrêt d'alimentation et d'hydratation. Ceci entraîne alors une sensibilisation à ces réflexions éthiques, souvent complexes.
- **Croyances** : modification de certaines représentations,
- **Psychologique** : abord dédramatisé et possible de la mort et de la fin de vie avec les patients, appréhension moindre des soins palliatifs et possibilité d'une meilleure gestion des émotions.

Ainsi, on voit que ce stage a permis de **nombreuses et différentes acquisitions chez les étudiants. Ceci pointe l'intérêt pédagogique de la réalisation d'un stage au sein d'un service pratiquant les soins palliatifs.**

Cet impact, de la réalisation d'un stage clinique au cours de la formation initiale, sur la pratique des étudiants, s'est confirmé dans plusieurs études :

On retrouve notamment celle de **QUEVA et al.** [25], où des internes de médecine générale sont interrogés au début et à la fin d'un stage de 6 mois, au sein d'un service de médecine, collaborant régulièrement avec l'EMASP. Il semblerait que l'expérience acquise au cours de ce stage **améliorerait l'approche et la compréhension de la**

prise en charge palliative. Il en ressort notamment une plus grande précision dans la **gestion des symptômes de fin de vie**, d'un point de vue médical.

Dans une autre étude [60], on observe que les internes, après un stage de 6 mois dans une structure de soins palliatifs, ont de **meilleures connaissances générales** sur soins palliatifs. Plus spécifiquement, des progrès ont été observés dans **la gestion des symptômes de fin de vie**, et leurs **compétences relationnelles** se sont développées. Ils ont ainsi pu acquérir des **ressources pour mieux faire face et appréhender les situations de fin de vie.**

Ce dernier point a souvent été relevé au sein de notre étude. Les étudiants ont pour la plupart été sensibles à la façon dont leurs aînés abordaient certains sujets délicats avec le patient, et se comportaient face à une personne en soins palliatifs voire en fin de vie. Il a alors été souligné **l'apport non négligeable et fort appréciable de ce stage, concernant la compétence relationnelle des étudiants.**

On remarque par contre que **l'aspect éthique a peu été développé par les étudiants au cours de notre étude, et que l'aspect législatif, lui, n'a pas été évoqué.**

Des réserves ont également été émises en ce qui concerne l'utilisation des thérapeutiques. Leur acquisition a souvent été décrite comme **incomplète** ou se limitant à une **simple initiation**. On ne peut donc pas prétendre à la capacité qu'auront les étudiants à utiliser ces thérapeutiques ultérieurement.

De plus, les avis ont été partagés quant à l'importance de l'utilité pratique de ces apprentissages, les étudiants ne se sentant pas pleinement capables de réaliser une prise en charge palliative à l'issue de ce stage.

Une certaine limite des acquisitions a ainsi été notée dans notre étude.

La courte durée du stage et l'expérience moindre des étudiants au moment de la réalisation de ce dernier en est l'explication. **La réalisation trop précoce de ce stage dans la formation initiale a aussi été évoquée**, plaçant l'étudiant dans une position d'observateur et non d'acteur principal dans les prises en charge, ce qui entrainerait des acquisitions beaucoup moins fortes.

En effet, d'après les travaux de thèse du **Dr ROMBI J.** [61] et du **Dr MARREC A.** [37], il semblerait que c'est durant l'internat que les étudiants se sentent le plus impliqués et demandeurs de formation, entraînant des acquisitions probablement plus importantes.

Nombreux ont expliqué que leurs connaissances actuelles sur le sujet émanaient plutôt de stages réalisés en tant qu'interne que de ce stage.

Mais le but d'un tel stage est-il vraiment de permettre aux étudiants d'acquérir toutes les notions nécessaires à l'exercice des soins palliatifs ?

Il s'agit d'un stage dit de sensibilisation. Comme son intitulé l'indique, il a plutôt vocation à faire **découvrir les soins palliatifs aux étudiants et ainsi leur permettre une ouverture à cette discipline** dont la démarche et les prises en charge, sont bien spécifiques. Ceci peut les conduire à améliorer leur pratique, avec la connaissance du parcours de soins, des acteurs à contacter en cas de nécessité et des patients concernés. Par ailleurs, il peut amener certains à modifier leurs représentations des soins palliatifs et éventuellement poursuivre une formation en ce sens.

Dans le plan de soins palliatifs 2015-2018 [33], l'action 4-2 préconise la réalisation d'un stage d'au moins 5 jours dans une structure de soins palliatifs pour les étudiants en santé, (au cours du second cycle pour les étudiants en médecine) afin d'être sensibilisés à la culture palliative. Il a été prouvé qu'un stage pratique était plus efficace qu'un enseignement théorique.

Ce stage a donc permis de sensibiliser les étudiants à la fin de vie et à ses implications non seulement en terme de soins mais aussi au plan humain. Après avoir été confrontés à plusieurs patients en situation palliative voire en fin de vie, et avoir été rassurés sur les possibilités d'accompagnement et de soins de confort, les étudiants ont pu appréhender les soins palliatifs et l'approche de la mort avec moins de réticence. Pour nombre d'entre eux, malgré les difficultés émotionnelles, on note la modification de leur regard sur les soins palliatifs. Ce changement leur a permis depuis, d'envisager voire d'entreprendre la prise en charge palliative.

Ce stage semble donc :

- **avoir permis aux étudiants de découvrir la réalité de la démarche palliative**
- **sans pour autant prétendre à une formation exhaustive des étudiants la pratique des soins palliatifs**
- **MAIS laissant espérer : une orientation plus adaptée et plus précoce des patients, ainsi qu'une prise de conscience des bénéfices et des enjeux de cette démarche,**

Ce dernier point semble essentiel, puisque l'on voit que c'est un axe qui « pêche » parfois dans l'organisation actuelle, avec des patients pris en charge trop tardivement et un recours aux soins palliatifs trop souvent au moment de la phase terminale. [38]

4) Vers une formation plus approfondie voire complémentaire

Après ce stage, nombreux se sont dits intéressés par les soins palliatifs.

Quelques-uns ont clairement évoqué leur désir d'entreprendre une formation complémentaire, à type de DU ou FST, voire d'exercer cette discipline. D'autres, ont seulement exprimé un intérêt pour cet exercice, et l'envie de se former davantage, sans pour autant entreprendre de formation ou y consacrer une part de leur activité.

Mais alors, quels facteurs ont pu entraîner ce nouvel attrait et cette volonté de formation et/ou d'exercice, chez ces étudiants ?

On voit dans le travail de thèse du **Dr PONCET** [62], que les internes qui ont suivi un stage auprès de médecins généralistes pratiquant l'hypnose, ont également développé un certain attrait pour cette pratique. En effet, pour la plupart, bien qu'étant familiarisés à la notion d'hypnose, peu la connaissaient réellement et avaient déjà pratiqué ou assisté à une séance d'hypnose. Ceci a pu s'expliquer par :

- le souhait de maîtriser un outil supplémentaire pouvant aider à gérer une situation où l'interne ou le médecin peut se sentir démuni, mais où l'hypnose peut s'avérer utile et efficace ;
- l'intérêt de modifier les a priori de certains confrères, sceptiques face à l'inconnu
- la volonté d'être capable d'informer et d'échanger avec les patients sur cette pratique.

On peut alors penser que ce désir de formation et cet éveil d'intérêt pour les soins palliatifs, a fait suite :

- **à leur découverte** : les étudiants ont approché la réalité de cet exercice ainsi que les possibilités de prises en charge et d'aide dont ils disposent. En effet, les prises en charge palliatives, souvent redoutées, peuvent sembler trop compliquées, inaccessibles. **En les approchant, ces a priori ont disparu et permis aux étudiants d'entrevoir la possibilité et la capacité de gérer ces situations, par le biais d'une formation plus approfondie.** Ces situations

étant fréquentes et faisant partie de la pratique en médecine générale, savoir y faire face et les gérer est un atout pour la pratique de médecin généraliste.

- **à leur souhait d'être en capacité d'informer, de conseiller les patients** quant aux diverses possibilités qu'offrent les soins palliatifs

Enfin, l'idée que l'exercice **des soins palliatifs leur ait tout simplement plu** et qu'ils s'y prédestinent, est une autre possibilité.

5) Le manque de formation ressenti par les étudiants

Lors de notre étude, la quasi-totalité des étudiants ont déclaré **insuffisante et non satisfaisante la formation reçue en soins palliatifs**. Ils ne se sentent pas à l'aise avec cette pratique et beaucoup ne s'estiment pas capable de gérer des patients en soins palliatifs.

Cela fait écho aux données de la littérature, puisque selon l'étude de **POINCEAUX S. et al.** [24], parue en 2016, où 130 internes issus de 4 facultés différentes ont été interrogés, seulement 2% considéraient leur formation initiale suffisante dans le domaine des soins palliatifs, et 79% s'estimaient insuffisamment préparés pour la prise en charge de leurs patients en soins palliatifs, au cours de l'ensemble de leur cursus.

Le même constat ressort de l'étude de **DANY L. et al.** [44], où 244 internes ont été interrogés, toutes spécialités confondues. Ils estimaient être insuffisamment formés aux soins palliatifs pour 89,3%, aux questions de la fin de vie pour 80,7%, et aux questions relatives à l'euthanasie pour 91,4%.

Dans le cadre de notre étude, le manque de formation relevé, concernait :

- **La formation théorique**, parfois jugée trop limitée, bien que beaucoup estiment avoir reçu un enseignement relativement satisfaisant à Rennes.

Ceci est également relevé dans l'étude de **POINCEAUX S. et al.** [24], où 56% des internes évaluaient la durée de leur enseignement théorique en soins palliatifs inférieure à 5 heures, au cours des deux premiers cycles des études médicales. Cet enseignement au cours du troisième cycle était estimé comme inexistant pour 22 % des répondants, inférieur à 5 h pour 50 % et entre 5 à 10 h pour 21 %.

Il en est de même dans le travail de thèse du **Dr LUTZ** [30], où plus de 80% des internes estiment cette formation à moins de 5h. Néanmoins, il y est rappelé que **cette formation reste très hétérogène selon les facultés**, et que la majorité des formations

semblent dispensées au cours des stages hospitaliers. Est également soulignée l'insuffisance de leur formation théorique.

- **La formation pratique**, source d'acquisitions plus importantes, mais trop peu présente et développée au sein de la formation, selon les étudiants.

Ceci est mis en évidence dans le travail du **Dr LUTZ** [30], où il est constaté que seulement 10% des internes interrogés avaient effectué un stage dans un service de soins palliatifs. Ce fait est mis en lien avec le faible nombre de terrains de stage proposés aux étudiants. En revanche, ce résultat est nuancé par le fait que 55% des internes ont, eux, réalisé un stage dans un service ayant l'expérience des soins palliatifs, notamment la gériatrie ou un service de médecine adulte avec des lits de cancérologie. Un tiers avait fait les 2. Il en est de même dans l'étude de **DANY L.**[44], où près d'un interne sur 2 a déjà travaillé en collaboration avec une équipe de soins palliatifs.

Ceci est encourageant, mais semble tout de même un peu éloigné des ambitions et des objectifs nationaux, exposés au sein des différents rapports officiels, tels que le plan de développement des soins palliatifs 2015-2018 [2] et le rapport SICARD 2012 [63].

En effet, le **nombre de terrains de stage en soins palliatifs reste limité** et on comprend que l'accueil des internes ne peut se faire en nombre important, du fait du profil particulier des patients pris en charge en soins palliatifs. Malgré cela, on voit la **possibilité, pour les étudiants, de bénéficier d'un enseignement dans ce domaine, au cours de stages au sein de services faisant régulièrement appel et collaborant de façon régulière avec une équipe mobile de soins palliatifs**. En effet, la formation est une des missions des EMASP, et chaque expérience vécue ne saurait qu'apporter un enrichissement personnel et intellectuel aux étudiants. Ceci est possible grâce au développement des soins palliatifs au sein des services de médecine, bien qu'encore parfois limité.

On voit par ailleurs, que **les étudiants ne sont pas les seuls à ressentir ce manque de formation**. Cela concerne également **les médecins généralistes**, parfois démunis face à une prise en charge qu'ils jugent insatisfaisante et pour laquelle ils ne se sentent pas compétents. Ceci est notamment le cas pour la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile, constituant un frein à celle-ci. [11, 13, 31, 32]

D'après le **rapport SICARD** en 2012 [63], il est estimé que 80 % des médecins n'ont reçu aucune formation à la prise en charge de la douleur et 63 % des médecins

déclarent n'avoir jamais reçu de formation sur les limitations de traitement. Aussi, les médecins représenteraient seulement 28 % des participants au DU de soins palliatifs.

Parallèlement à tout cela, **les étudiants sont demandeurs de formation**. C'est ce qui est objectivé dans notre étude, mais également dans le travail de thèse de **MARREC A.** [37].

On constate donc que les étudiants et les médecins manquent, pour beaucoup, d'aisance et de connaissances dans ce domaine. Ainsi, ils estiment ne pas être suffisamment formés, et déplorent ce fait. En effet, les étudiants sont amenés durant leurs études, notamment en tant qu'interne, à côtoyer voire à gérer des patients en situation palliative. Ils seront alors parfois amenés à se poser la question de l'intérêt de la poursuite de certaines thérapeutiques, à aborder le sujet des soins palliatifs avec l'équipe, le patient ou la famille voire même à gérer des décès. Or, il est tout à fait compréhensible que les étudiants aient parfois des difficultés à aborder ces thématiques, à prendre des décisions et à gérer certaines situations, s'ils n'ont pas suffisamment d'expérience et de connaissances. Ceci n'est effectivement pas inné et nécessite une certaine expérience et un certain savoir, qui parfois même, lorsqu'ils sont présents, laissent des doutes et des difficultés dans la résolution de ces problématiques.

6) Qu'en est-il de la formation et des possibilités envisagées ?

Au vu de la formation aux soins palliatifs, jugée insuffisante par les étudiants, il leur a été demandé de suggérer les modifications qui, selon eux, pourraient l'améliorer.

Ils ont alors émis plusieurs suggestions :

L'allongement du stage de sensibilisation :

Cette suggestion émane d'étudiants ayant fait le constat d'acquisitions limitées, du fait de la courte durée du stage. Proposer un stage plus long leur paraît judicieux afin d'accentuer et approfondir les apprentissages.

Cette proposition peut sembler intéressante, puisque comme montré dans différentes études [25, 60], et ci-dessus, la réalisation d'un stage de 6 mois a permis une amélioration des connaissances et des compétences chez les internes stagiaires. **Ainsi l'idée pourrait être d'ouvrir un terrain de stage, pour réalisation d'un stage « complet » en soins palliatifs, pour les externes.**

Cette hypothèse reste cependant très nuancée, car elle réduirait encore plus son accès, un étudiant « monopolisant » à lui seul 4 semaines de stage. De plus, il a été relevé dans notre étude que les acquisitions plus précises et plus profondes se faisaient surtout au moment de l'internat, où les étudiants sont confrontés à plus de patients en fin de vie, et où ils ont une plus grande responsabilité. Se sentant alors plus impliqués, ils sont là, plus demandeurs de formation. C'est également ce qui est observé dans le travail de thèse du **Dr ROMBI J.** [61]. De même, au sein du travail du **Dr MARREC A.** [37], il semblerait que c'est au début de leur internat que les étudiants souhaitent être formés, probablement car faisant face à la prise en charge directe des patients et à de nouvelles responsabilités.

Rendre ce stage de sensibilisation obligatoire :

D'autres étudiants ont fait le constat :

- **de l'impossibilité actuelle et/ou de la pertinence discutable de rendre ce stage plus long au cours du second cycles des études médicales,**
- **et de la qualité pédagogique de ce stage.**

Ils ont alors estimé que ce dernier devrait être plus largement proposé, afin que chaque étudiant puisse en bénéficier, et ainsi avoir accès à une sensibilisation aux soins palliatifs, jugée indispensable et bénéfique pour la pratique future.

La réalisation d'un stage de sensibilisation en soins palliatifs, à l'instar de ce travail, trouverait alors toute sa place au sein du second cycle des études médicales. Il pourrait compléter les enseignements théoriques, et permettrait de les élargir et de les consolider.

Mais un tel stage semble difficilement généralisable, en l'état actuel des choses, du fait d'une inadéquation entre le nombre d'étudiants, élevé, et celui de terrains de stage disponibles, faible. **Ainsi, ce stage reste encore une chance, qu'il serait intéressant de pouvoir développer.**

Un passage systématique en soins palliatifs :

Le passage systématique au cours du cursus médical, **en tant qu'externe et/ou en tant qu'interne** a été relevé dans notre étude. Il a également été soulevé la nécessité d'être confronté à des patients en phase terminale et à des décès, dans le but de « voir des morts », ceci de façon supervisée au départ, pour mieux appréhender ces situations ultérieurement.

Le passage obligatoire, en tant qu'interne, dans une structure de soins palliatifs pourrait être envisagé pour que tout interne soit sensibilisé et formé aux prises en charge palliatives. C'est d'ailleurs le cas, à Liverpool en Angleterre, où tous les étudiants en médecine réalisent un stage de quatre semaines dans une unité de soins palliatifs [64].

Cependant, certains étudiants ont exprimé au cours de notre étude **leur désaccord avec l'idée de rendre ce stage obligatoire, notamment en tant qu'interne, expliquant le risque de mal vécu**, compte tenu de « la particularité » de cet exercice. Ils estiment alors que le choix doit être laissé à l'interne, pour espérer un meilleur vécu. Cet avis est partagé par les internes de médecine générale interrogés dans le travail du **Dr LUTZ C.** [30]. 92,4% d'entre eux se montrent « défavorables sur le fait de rendre obligatoire un stage en soins palliatifs durant leur internat ».

Aussi, on sait qu'en France, **les possibilités d'accès à un stage au sein de structures spécialisées en soins palliatifs restent limitées. Un stage au sein de services pratiquant ou ayant régulièrement recours à une équipe de soins palliatifs, doit alors être proposé comme tel, pour élargir les possibilités.**

En effet, l'enseignement pratique, et notamment lors de stage clinique, est de qualité supérieure à l'enseignement théorique.

Dans le travail du **Dr FANARANDJIS M.** [65], le contact des internes avec les EMSP ou avec des médecins séniors formés aux soins palliatifs, a fait ressortir **la notion de compagnonnage**, qualifié de très formateur par ces derniers. Ceci va dans le sens de la volonté de renforcer l'enseignement pratique, par la réalisation de stages cliniques.

Mais, bien que ces enseignements hospitaliers offrent un réel atout à la formation aux soins palliatifs, ils ne sauraient former les futurs praticiens à l'exercice des soins palliatifs en libéral, qui reste quelque peu différent, de par son « organisation et son application » [65]. Ceci est en effet relevé par les internes dans le travail de thèse du **Dr ROMBI J.** [61], et dans celui du **Dr FANARANDJIS M.** [65]. C'est pourquoi, la formation des internes notamment, nécessiterait d'inclure **des stages ambulatoires**, comprenant des prises en charge palliatives.

Ainsi, les stages praticien de premier niveau ou les SASPAS, peuvent déjà entrer dans ce cadre. Malheureusement, les situations palliatives y restent trop rares. Il pourrait par ailleurs, être organisée, comme stipulé dans notre étude et dans les travaux de thèse du **Dr MARREC A.** [37] et du **Dr FANARANDJIS M.** [65], **la réalisation de journées de stage annexe au sein de structures prenant en charge des patients en soins**

palliatifs à domicile, telle que l'HAD. En effet ceci permettrait de voir et comprendre l'organisation et la mise en place des soins palliatifs à domicile, et de mieux connaître les structures et équipes ressources lors de ces prises en charge. Ainsi elles permettraient aux étudiants de se préparer et de se familiariser avec cette pratique.

L'accès à ces structures d'HAD restent néanmoins, lui aussi **limité**, de par leur nombre restreint et parce qu'elles ne réalisent pas uniquement des soins palliatifs. Ainsi, il pourrait être intéressant de proposer ce genre de stage annexe, **au sein d'autres structures de soins palliatifs, telles que les EMSP, ou les réseaux de soins palliatifs** par exemple.

Réalisation d'enseignements utilisant d'autres outils pédagogiques :

Les étudiants ont pu évoquer d'autres modalités d'enseignement, s'éloignant des cours magistraux classiques. Ainsi, ils ont proposé la réalisation :

- **De groupes d'échange de pratiques**, afin de pouvoir échanger sur des situations concrètes, vécues, et ainsi pour faire un « débriefing », pour améliorer ses pratiques. Ceci a également été suggéré au sein du travail de thèse du **Dr MARREC A.** [37], où la réalisation de cas cliniques à type de GEASP (**Groupe d'Entraînement à l'Analyse des Situations Professionnelles**), par exemple, a été décrite comme bénéfique, pour mettre en évidence les difficultés présentes et tenter d'y apporter des réponses. Ils permettent l'amélioration des prises en charge, grâce à l'acquisition d'une démarche réflexive, permettant aux étudiants de mettre en évidence les compétences nécessaires à la résolution du problème posé et des besoins d'apprentissage restant à acquérir, propres à chacun.
- **De mises en situation**, basées sur des cas cliniques, par exemple, et portant sur différents thèmes.

La mise en situation par **la simulation** est expérimentée à Montpellier, où des externes de 4^e année, bénéficient d'un enseignement « théâtral » afin de les préparer à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Ce dernier fait appel à des comédiens professionnels « jouant » le rôle d'un patient auquel l'étudiant doit faire l'annonce d'une maladie grave. Ainsi, les étudiants sont confrontés à des situations complexes, mimant celles auxquelles ils pourront l'être au cours de leur exercice futur. Cet enseignement permet de les préparer, de savoir quelle attitude adopter, quels mots utiliser, face à ces situations. Les étudiants semblent enjoués et très satisfaits par cet enseignement, qu'ils pensent utile à

leur pratique future. [66] Cette méthode est également utilisée à Lausanne, avec les étudiants de 4^e année et a fait l'objet d'une étude [67]. Dans ce cas, l'entretien se fait de façon isolée, mais est filmé et retranscrit à l'ensemble du groupe d'étudiants (une dizaine). Ensuite, un questionnaire est rempli par l'intégralité des étudiants, l'enseignant et le comédien, puis une discussion relative à cet entretien a lieu. Il est réalisé 2 séances. Ainsi, les étudiants ont dit avoir bénéficié d'acquisitions dans le savoir-faire et dans le savoir être, mais également en ce qui concerne la dynamique relationnelle, ceci pour les étudiants « actifs » (réalisant l'entretien) mais aussi pour les observateurs. Un gain de confiance en soi a été décrit par les étudiants actifs. Le visionnage de la vidéo a pu permettre aux étudiants actifs de percevoir et « d'identifier les attitudes ou comportements dont ils n'étaient pas conscients ». La discussion réalisée à la suite de l'entretien, en parallèle du visionnage de la vidéo, a permis d'affiner l'analyse de la situation, par tous les étudiants. Ainsi, les étudiants, pour plus de 80%, ont décrit cet enseignement comme indispensable à leur formation, et l'ont tous apprécié.

Il est montré, selon le cône d'Edgar Dale [68], que ces méthodes d'enseignement actif, restent les plus efficaces en terme d'apprentissage. En effet, **il est admis que les apprentissages actifs, comme la simulation, le jeu, la pratique réelle, permettraient de meilleures acquisitions.** Il est estimé à environ 90% les informations retenues, parmi l'intégralité de celles à disposition, alors que le fait de lire ou d'entendre ne mobiliserait que 10% et 20%, respectivement, des informations disponibles.

Ceci permet alors de préparer les étudiants à la réalité de la pratique, pour qu'ils se sentent plus à l'aise et moins démunis lors de leurs premières confrontations à certaines situations complexes, en travaillant, réalisant des exercices pour améliorer différentes compétences, telles que la compétence relationnelle, ou leur capacité de réflexion.

Une accentuation des enseignements théoriques :

Les étudiants interrogés dans notre étude, ont pour certains, suggéré la nécessité de renforcer les enseignements théoriques, qu'ils estiment être la **base indispensables à toute pratique de qualité.**

En effet, en France, **la présence aux enseignements reste souvent facultative** au sein des facultés de médecine, ce qui entraîne un nombre important d'étudiants n'assistant pas aux cours magistraux, et notamment de soins palliatifs, comme souligné dans le travail de thèse du **Dr ROMBI J.** [61]. Il conviendrait donc peut-être, de **rendre ces enseignements obligatoires**, comme cela est le cas dans certains pays étrangers, comme à Liverpool en Angleterre, assurant ainsi que tous les étudiants bénéficient de ces enseignements [64]. Par ailleurs, **l'augmentation du volume horaire de ces enseignements** pourrait être envisagé au sein de certaines facultés, dont cet enseignement reste encore très limité.

On constate la présence de plusieurs de ces suggestions dans différents rapports officiels, comme le rapport SICARD en 2012 [63] et le plan triennal pour le développement des soins palliatifs 2015-2018 [2]. Il y est souligné **l'importance de la formation des étudiants aux soins palliatifs et de sa précocité**. On y retrouve également la **nécessité d'une accentuation des enseignements théoriques**, en rendant « obligatoire un enseignement de soins palliatifs qui aborde en profondeur les différentes situations cliniques » et en insistant sur les notions éthiques telles que l'obstination déraisonnable, « les exigences de la relation humaine dans les situations de fin de vie » et avoir « une réflexion sur les excès de la médicalisation », ou encore un enseignement sur le bon usage des thérapeutiques médicamenteuses. Est également prévue, **l'instauration d'un enseignement pratique**, par la réalisation soit d'un stage de sensibilisation au cours de l'externat, ou d'un semestre dédié au cours de l'internat, de façon systématique et obligatoire, notamment « pour les étudiants, généralistes et spécialistes principalement concernés par les maladies graves ». L'accent a également été mis sur la **nécessité de sensibilisation à l'interdisciplinarité**, par la réalisation d'un socle commun de formation entre les étudiants des différentes professions médicales et paramédicales [33].

La formation des étudiants en médecine pourrait alors comprendre :

- **Une accentuation des cours théoriques**, soit par son volume horaire, soit par son caractère obligatoire. Ainsi tout étudiant pourra posséder les bases minimales nécessaires à la pratique.
- **Des enseignements basés sur d'autres outils pédagogiques tels que : la simulation/les jeux de rôle, ou encore les groupes d'échange de pratiques,**

parallèlement ou suite à ces cours magistraux. Ils permettraient alors de consolider et de compléter les notions de bases théoriques reçues, et de mettre en jeu la réflexivité des étudiants, quant à leurs prises en charge et aux différentes possibilités envisageables. Ces enseignements permettent alors de préparer les étudiants à la pratique réelle.

- **La coordination de ces enseignements à la pratique clinique réelle**, ce qui permet une meilleure assimilation des notions théoriques, et une meilleure préparation à l'exercice futur.

De plus, il semble essentiel, comme précisé au plan politique, d'axer l'enseignement des étudiants sur l'interdisciplinarité. Ceci n'a pas été évoqué au sein de notre travail, contrairement à celui du **Dr MARREC A.** [37], où les internes évoquent le souhait de réaliser des réunions ou rencontres pluridisciplinaires avec des professionnels en soins palliatifs. Ceci rejoint cette dernière idée, de formation à l'interdisciplinarité. Cette dimension pourrait alors être enseignée à deux niveaux :

- **Dans un premier temps lors du second cycle des études médicales**, avec la mise en place d'enseignements communs, interactifs dans l'idéal, avec les étudiants d'autres filières encadrés par des professionnels formés.
- **Dans un second temps, la réalisation de séminaires en petits groupes, au cours du troisième cycle des études médicales**, autour de cas cliniques vécus, se rapprochant des groupes d'échange de pratiques, réalisés en milieu interdisciplinaire, rejoignant l'idée suggérée au sein du travail du **Dr MARREC A.** [37], de réaliser des GEASP à thème, en présence d'intervenants formés aux soins palliatifs.

Seraient concernés, les professions entrant dans la prise en charge des patients en soins palliatifs (médecins, Infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, assistantes-sociales..), mais également, ceux pouvant participer à la réflexion autour des problématiques de soins palliatifs (sociologue, juriste, philosophe, éthicien..). [61]

Ainsi ces enseignements permettraient d'uniformiser les pratiques entre les différents professionnels, et d'ouvrir les étudiants à une réflexion autour des problématiques rencontrées au cours des prises en charge palliatives qui peuvent être d'ordre : biomédicales, législatives mais aussi éthiques, relationnelles, psychologiques, sociales, spirituelles ou religieuses. [61]

C. Quelques points à développer

1) Travail sur les émotions et prévention du burn-out

Au cours de notre étude, certains étudiants ont décrit une ambiance « lourde », notant qu'il s'agit d'un exercice « particulier » impliquant « une grosse charge », avec un manque de sérénité parfois et un vécu émotionnel intense. **Tous ces termes sous-entendent un certain malaise.**

Comme nous l'avons vu précédemment, cela peut être lié, entre autres :

- au fait de côtoyer la mort, la fin de vie et la souffrance des patients et de leur entourage,
- et au manque d'expérience.

Ainsi, **un manque de préparation des étudiants** à cette confrontation lors des stages pratiques, ne peut-il pas induire, précipiter, ou accentuer cette anxiété et ce malaise ?

Partant du constat que le fait de côtoyer la mort et que le manque d'expérience sont des facteurs de stress, d'anxiété et de mal-vécu, comment peut-on prétendre à un déroulé et un vécu optimal de la mise en pratique, en condition réelle, si les étudiants n'y sont pas préparés ?

C'est justement dans ce sens qu'ont été réalisés, à la faculté de Montpellier ou de Lausanne [66, 67] des enseignements interactifs ayant pour but de préparer les étudiants à l'annonce. **La confrontation simulée à des situations complexes, de façon supervisée, laisse entrevoir une amélioration de la qualité du déroulé et du vécu de la mise en situation réelle.**

Dans notre étude, un étudiant dit également avoir des difficultés à envisager exercer les soins palliatifs au quotidien, du fait d'une charge émotionnelle trop importante.

Un vécu difficile, trop intense, en partie secondaire à ce manque de préparation, pourrait alors limiter l'approche à cette discipline, par le ressenti négatif associé. Ceci est cependant à nuancer. Chaque médecin, de par sa personnalité et son vécu, porte un intérêt plus ou moins important vis-à-vis des différentes spécialités médicales.

Il semblerait d'ailleurs, qu'au sein de la population médicale **un nombre non négligeable d'étudiants et de médecins soient confrontés à cette lourde charge émotionnelle au quotidien, et souffrent d'anxiété voire de burn-out.**

Ce dernier encore appelé « **syndrome d'épuisement professionnel** » se définit par un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel ». [69] Trois dimensions le caractérisent : l'épuisement émotionnel, le cynisme vis-à-vis du travail ou dépersonnalisation (déshumanisation, indifférence), la diminution de l'accomplissement personnel au travail ou réduction de l'efficacité professionnelle. [69, 70]

Ceci est mis en évidence dans le travail de thèse du **Dr LE TOURNEUR A.** et du **Dr KOMLY V.** [71], où 58,1% des internes de médecine générale interrogés présentent un burn-out. On y retrouve une proportion d'internes en médecine générale ayant un accomplissement personnel bas de 38,9%, un épuisement émotionnel de 16% et un sentiment de dépersonnalisation de 33,8%.

En ce qui concerne la prévalence du burn-out chez les médecins en France, elle se situe entre 28 et 73%. Chez les médecins généralistes, 48 % souffrent de ce syndrome. [72]

Il pourrait même apparaître tôt dans leur cursus, d'après une étude réalisée en 2018 chez des étudiants DFGSM3 (Diplôme de formation générale en sciences médicales 3e année) [73], où 42,6 %, soit plus d'un étudiant sur 4, seraient en burn-out, selon la définition utilisée au sein de cette étude.

Le travail interdisciplinaire pourrait, par ailleurs, être un facteur limitant ce risque de burn-out, grâce la mise en avant de la communication et le partage de l'information autour des difficultés rencontrées dans la relation de soins. Cet effet est constaté dans l'étude de **Estryn-Behar M.** [74]. « l'équipe interdisciplinaire ajoute l'incidence supplémentaire du soutien informel, interpersonnel que comporte ce modèle ». [75]

De plus, comme nous l'avons vu précédemment, **l'expérience pourrait diminuer l'appréhension et les difficultés émotionnelles.** Certaines situations seront vécues avec plus de recul, et pourront alors être mieux appréhendées et gérées sur le plan émotionnel.

Mais il arrive que tous ces paramètres, associés aux mécanismes de défense propres à chacun, ne suffisent pas ou ne soient pas mis en place. C'est alors qu'apparaît le syndrome d'épuisement professionnel.

Les professionnels de santé sont une population particulièrement à risque de burn-out.[69]

Or, dans ces situations, outre la composante humaine liée à la souffrance des soignants, on peut souligner les répercussions sur l'organisation et la qualité des soins, non négligeables et de poids [69]. Selon l'étude de **TEXIER G.** [10], certains médecins généralistes peuvent aller jusqu'à refuser de prendre en charge un patient en soins palliatifs à domicile, du fait de difficultés trop importantes et de la souffrance engendrée par ces situations. Ces dernières ne sont donc pas « simples » et peuvent être sources de réelles souffrances, de différents ordres. On note d'ailleurs dans cette étude « qu'un certain nombre glisse vers l'épuisement professionnel » avec un sentiment de perte de l'estime de soi, une perte de l'accomplissement personnel et une perte de la reconnaissance professionnelle. **Ces souffrances peuvent donc avoir une répercussion sur la prise en charge des patients.** [10]

Au vu de l'ensemble de ces éléments, il paraît donc important d'être attentif à cette difficulté, exprimée par les étudiants, qui semble d'ailleurs être largement répandue dans la profession médicale. En effet, comme on a pu le voir, le burn-out peut toucher les médecins mais aussi les étudiants, et ceci relativement tôt dans leur cursus.

La formation doit alors être axée sur :

- **La préparation des étudiants, futurs praticiens, aux situations potentiellement stressantes auxquelles ils auront à faire face**, ceci possiblement au moyen d'enseignements interactifs, ou de discussions à thèmes, comme la mort, par exemple,
- **La sensibilisation et l'information des étudiants, sur les effets du stress au travail et du burn-out**, afin que les signes évocateurs puissent être repérés. Ceci permet une prise en charge précoce et adaptée, évitant ses conséquences, parfois graves, puisque pouvant aller jusqu'au suicide,
- **La pluridisciplinarité et la communication**, semblant être une source de diminution de l'anxiété, et gain de meilleure prise en charge.

Un dépistage pourrait par ailleurs s'avérer judicieux, au sein de cette population à risques, ayant tendance à oublier sa propre santé (et à être oubliée), tant physique que mentale.

2) Les différentes structures de soins palliatifs

On a pu voir au cours de notre étude, que **les différentes structures de prise en charge des soins palliatifs ne sont pas forcément connues des étudiants**. L'un d'eux a déclaré découvrir l'existence des LISP lors de ce stage.

Il en est de même au sein de la population générale, et parfois même parmi les professionnels de santé [76, 77]. Dans le travail du **Dr MARREC A.** [37], les internes de médecine générale interrogés, possèdent des notions limitées sur les structures de soins palliatifs, et plus précisément en ce qui concerne leur mise en place et leur utilisation. Le travail du **Dr BELLEUGUEULLE E.** [77], montre lui, la méconnaissance des réseaux de soins palliatifs et des situations pouvant nécessiter leur intervention ou leur sollicitation, par les médecins généralistes.

Or, la connaissance de ces structures et dispositifs semble primordiale pour une prise en charge palliative de qualité et adaptée à la situation, d'autant plus si celle-ci est réalisée au domicile du patient. En effet, quand le médecin généraliste ne se sent pas à l'aise dans cette prise en charge, le lien avec ces structures et ces dispositifs est précieux puisqu'il permet une aide à la prise de décisions éthiques, un soutien, une coordination des différents acteurs de santé nécessaires, une articulation avec l'hôpital, un conseil pour gérer un symptôme, entre autres. L'état et la volonté du patient, les difficultés rencontrées et les limites d'une prise en charge à domicile, peuvent nécessiter le recours à l'une de ces structures.

Il en existe plusieurs, permettant une prise en charge hospitalière ou à domicile [3, 78 - 80]. On retrouve notamment, **les USP, les LISP, les HAD, les Réseaux de soins palliatifs et les EMASP.** [3, 78 - 80]. **Mais le recours à ces différentes structures n'a parfois pas lieu ou est retardé, du fait notamment d'un manque de formation et d'information des médecins généralistes.** [77]

Comment est-il possible d'avoir spontanément recours à ces structures et les utiliser de façon adaptée et optimale, en tant que jeune médecin généraliste, si ce dernier n'a pas été confronté et formé à cela ?

Il est donc important que chaque médecin généraliste et professionnel de santé ait connaissance de l'existence de ces différentes structures et de leur fonctionnement, afin de pouvoir les solliciter, en cas de nécessité. Ceci pourrait permettre de diminuer les difficultés de prise en charge à domicile, ainsi qu'augmenter leur nombre et leur qualité.

Ainsi, il semblerait intéressant **d'organiser des rencontres entre les étudiants et les différents acteurs de ces structures de soins palliatifs**, afin de sensibiliser ces futurs praticiens. Une présentation des différents types de structures et de leurs objectifs pourrait être réalisée, et suivie d'échanges permettant de répondre aux éventuelles interrogations des étudiants. Les différentes possibilités de mise en place, d'organisation, de sollicitation et de travail en coordination, entre autres, pourraient ainsi être connues des étudiants.

Mais, la présence de ces structures est encore très hétérogène en France. Certains territoires en sont toujours déficitaires voire dépourvus. C'est un réel problème, et un frein pour la mise en place de ces prises en charge. Cela a fait l'objet d'une mesure, dans le plan triennal 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs : Axe 4, mesure 14 « compléter l'offre spécialisée en soins palliatifs sur le territoire ». [2]

Cette problématique semble donc prise en compte. Il reste néanmoins à espérer que les mesures mises en place seront efficaces, et permettront l'optimisation du maillage territorial en structures dédiées aux soins palliatifs.

3) Impact du cadre de stage

Notre étude a mis en évidence **une réelle motivation des étudiants à réaliser ce stage, ainsi qu'une grande satisfaction vis-à-vis du cadre d'apprentissage.**

Les étudiants ont spontanément émis des avis très positifs concernant l'équipe soignante. Ils ont décrit l'attitude bienveillante de celle-ci, son soutien et sa compréhension. Les étudiants ont été mis à l'aise et amenés à exprimer leurs ressentis au fur et à mesure du stage. Ils ont également été inclus dans les prises en charge, en faisant part de leur avis concernant les situations rencontrées, au même titre que les autres membres de l'équipe.

Ce contexte a pu jouer un rôle sur le ressenti et les bénéfices du stage décrits par les étudiants. Le sentiment d'écoute et de bienveillance a pu mettre les étudiants en confiance et limiter les appréhensions de certains. De plus, l'inclusion des externes dans les prises en charge a majoré leur implication et favorisé une meilleure réceptivité aux notions transmises.

Dans l'article de **BRESSOUX P.** [81], plusieurs notions relatives à l'influence des pratiques enseignantes sur les acquisitions scolaires des élèves sont décrites. On

pourrait faire le parallèle avec notre étude, dans le cadre de l'enseignement pratique en stage clinique. Il est expliqué que les différentes méthodes d'apprentissage et attitudes de l'enseignant, peuvent influencer les acquisitions des élèves. L'étude de **Rosenthal et Jacobson** (1968) illustre bien l'impact du jugement de l'enseignant (membre de l'équipe soignante) sur les acquisitions de l'élève (étudiant). Dans cette étude, des informations erronées sont données aux enseignants concernant le niveau de différents élèves, de façon aléatoire. Ainsi, les élèves décrits comme ayant de bonnes capacités d'apprentissage réalisent au final de meilleures acquisitions que ceux pour lesquels aucune croyance n'a été induite. C'est ce qu'on appelle « l'**effet Pygmalion** (ou effet Rosenthal & Jacobson) », défini comme « une prophétie auto réalisatrice qui provoque une amélioration des performances d'un sujet, en fonction du degré de croyance en sa réussite venant d'une autorité ou de son environnement ». [82] L'inverse est décrit sous le nom d' « **effet Golem** » qui est défini par « une performance moindre et des objectifs moins élevés sous l'effet d'un potentiel jugé limité par une autorité (parent, professeur...) ». [82]

Une dernière notion décrite dans l'article de **BRESSOUX P.** [81], rejoint celle du jugement : l'instauration d'un climat de soutien de la compétence des élèves, et de leur autonomie « pour favoriser leurs comportements adaptatifs ». Ainsi, offrir des choix aux élèves (étudiants), retenir et enrichir leurs idées, encourager leurs initiatives, les féliciter pour leurs progrès ou efforts, sont autant d'éléments contribuant à créer un climat favorable. Les élèves (étudiants) doivent se sentir capables d'atteindre des objectifs, et doivent avoir le sentiment d'apprendre et de progresser. Cette démarche semble d'un réel intérêt pédagogique.

Un autre article, celui de **VIERSET V. et al.**[83], cherche à établir un outil réunissant des critères interrogeant la qualité des stages cliniques. Plusieurs critères peuvent ainsi être pris en compte dans la qualité d'un stage. Ainsi, un cadre d'apprentissage adéquat y est défini comme « un environnement qui se donne le temps de soutenir l'engagement de l'étudiant dans la tâche qu'il a à accomplir au sein d'une communauté d'experts. Ceux-ci peuvent le guider, le conseiller et le faire réfléchir sur ce qu'il vit, ce qu'il fait, ce qu'il dit, ce qu'il comprend, ce qu'il pense et ce qu'il devient progressivement ».

On voit, dans notre étude, que plusieurs de ces notions « d'environnement de qualité » sont présentes.

On retrouve notamment :

- l'inclusion de l'étudiant dans les prises en charge et dans les réflexions autour d'un patient,
- la prise en compte de leur vécu ainsi que de leur avis au même titre que les autres membres de l'équipe,
- un soutien et un encouragement dans leurs réflexions,
- une transmission de connaissances, soit de façon descendante et directe entre le médecin ou autre membre de l'équipe et l'étudiant, soit par les situations rencontrées, authentiques.

On voit donc que la qualité d'un stage et des apprentissages qui en découlent, met en jeu de nombreux éléments. **On peut alors penser que l'environnement dans lequel évoluent les étudiants a un impact sur leurs acquisitions.** Au cours d'un stage dans lequel l'étudiant se sent mal à l'aise, non soutenu et peu inclus dans les prises en charge, on peut imaginer que les bénéfices seront moindres, et qu'un tel contexte puisse être à l'origine de réticences. L'étudiant peut alors en garder une image négative, ne l'incitant pas à s'intéresser et à aller de nouveau vers la discipline concernée. A l'inverse, comme observé dans notre étude, un ressenti positif lors d'un stage, aura un impact bénéfique sur les apprentissages.

Or, par expérience, on sait que les stages réalisés par les étudiants ne possèdent pas toujours ces critères définissant cet environnement de qualité, et qu'ils ne sont pas toujours bien vécus. Ces derniers sont alors souvent dépourvus de réelles qualités pédagogiques, où des étudiants n'ont pas accès à toutes les acquisitions possibles du fait de cet environnement non adéquat. Les étudiants font régulièrement part de cette expérience.

Il paraît donc important de prendre en compte l'environnement des différents terrains de stage, pouvant jouer un vrai rôle dans le potentiel pédagogique de ces derniers.

4) L'interdisciplinarité : une pratique à développer

Au cours de notre étude, les étudiants ont évoqué la participation de plusieurs professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, lors de la prise en charge de patients en soins palliatifs. Si la **notion de pluridisciplinarité** a été mise en évidence par les étudiants, la **notion d'interdisciplinarité**, elle, n'a pas été clairement évoquée.

En effet, les étudiants ont souvent parlé de pluridisciplinarité, lorsqu'ils évoquaient la prise en charge des patients en soins palliatifs, dès lors que plusieurs professionnels étaient concernés par cette dernière.

Dans les études de **DANY L. et al.** [43] et de **QUEVA G. et al.** [25], les notions de pluridisciplinarité et d'interdisciplinarité ne sont pas évoquées. On retrouve par contre celle de globalité des prises en charge palliatives, pouvant sous-entendre la perception de ces dernières notions, bien qu'équivoque. Dans ces deux études, la notion de prise en charge globale émane majoritairement d'internes ayant déjà collaboré ou réalisé un stage auprès d'une équipe de soins palliatifs.

La notion de pluridisciplinarité a par ailleurs été retrouvée dans une étude de **DANY L. et al.** [44] interrogeant l'ensemble des internes de la faculté de médecine de Marseille. Ces derniers évoquent clairement ce terme, lorsqu'il leur est demandé d'associer 5 termes à la notion de soins palliatifs.

Bien que ces notions semblent souvent sous-entendues, on voit qu'elles sont rarement exprimées de façon claire, et ne sont pas prépondérantes dans l'association faites avec les soins palliatifs.

Il convient par ailleurs de différencier ces 2 notions, pluridisciplinarité et d'interdisciplinarité, dont l'organisation et la finalité ne sont pas semblables et équivalentes.

La pluridisciplinarité peut se caractériser comme une juxtaposition de plusieurs disciplines, présentes autour d'un objet commun, ici le patient et son entourage par exemple, mais qui demeurent fortement distinctes. Chacune reste autonome. Il n'y a donc pas d'interaction et de réflexion commune. [84]

L'interdisciplinarité se définit, elle, davantage par une volonté d'analyser un objet commun, par la collaboration de plusieurs disciplines et donc de professionnels. Elle nécessite un échange de savoirs et de méthodologies, entre plusieurs professionnels, différents et complémentaires, pour un enrichissement mutuel, autour d'un même patient. Elle permet une meilleure prise en charge des situations, souvent complexes, rencontrées en soins palliatifs, comme les décisions éthiques, par exemple [84, 85]. La subjectivité du patient et des différents acteurs de soins, y est reconnue, dans ce qu'on appelle la rencontre soignante. « C'est la parole échangée autour du suivi d'une personne malade où la subjectivité est librement consentie qui constitue le moyen de préserver l'humanité du soin ». [84]

Cette nécessité d'interdisciplinarité dans l'exercice des soins palliatifs, et plus particulièrement en cas de complexité de la situation, semble avoir été perçue au sein de notre étude, bien que non évoquée comme telle. Un étudiant explique : **(E7)** : « *Tu vois que c'est des cas complexes en fait que tu vois, c'est des discussions pluridisciplinaires et avec tous les acteurs de santé qui sont autour du patient et que c'est pas simple* ».

Ceci sous-entend donc la nécessité d'entreprendre une réflexion collective, entre différents professionnels, autour d'un patient, lorsque sa prise en charge est complexe. **Cette notion apparait alors comme une aide, un soutien lors de prises en charge complexes.**

En effet, l'interdisciplinarité, indispensable à la pratique des soins palliatifs, peut remplir ce rôle de soutien, par le partage des connaissances et des questionnements à propos d'un même patient. Elle peut aussi permettre de répondre à la complexité des situations et des décisions en soins palliatifs. Malheureusement, **elle reste plus difficile d'accès en médecine de ville**, où le médecin est souvent isolé, et où les interactions entre les différents professionnels sont plus rares et plus compliquées. Cette solitude est d'ailleurs soulignée par les médecins généralistes dans plusieurs travaux, mettant l'accent sur cette difficulté non négligeable des médecins généralistes, entravant parfois la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile [10, 11].

Bien que cette dernière notion de difficulté d'accès à l'interdisciplinarité en ville, n'ait pas été évoquée au sein de notre étude, il paraît important de la souligner, puisqu'étant un des freins à la prise en charge palliative au domicile.

Ainsi, l'interdisciplinarité nécessite d'être incluse dans la formation des étudiants, vu son intérêt dans la qualité de la prise en charge des patients mais également dans la condition de travail des médecins. Elle peut être initiée par la mise en place de plages de formations communes, avec d'autres étudiants médicaux et paramédicaux.

Ceci a d'ailleurs fait l'objet d'un rapport officiel [33], décrivant et renforçant, le projet de mise en place d'un enseignement interdisciplinaire relatif aux soins palliatifs, pour les étudiants des différentes filières de formation en santé, comme précisé dans le plan triennal 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement [26]. Ainsi, « l'objectif est de faire travailler ensemble au cours de leur formation initiale tous les étudiants des formations en santé, afin de développer la culture de l'inter-professionnalité et du travail en équipe en déployant un socle commun de formation »

ce qui permettra de faire « l'expérience de l'interdisciplinarité pour aborder les situations complexes relatives à la fin de vie ».

Un tel enseignement pourrait donc voir le jour prochainement.

5) Une vision empathique du soin

Lors de notre étude, les étudiants ont souligné la place importante de la relation soignant-soigné, avec une grande humanité de la part des soignants. **Il a donc été suggéré une certaine empathie chez les soignants, bien que non formulée de façon explicite par les étudiants.**

Il en est de même dans les études de **DANY L. et al.** [44, 43] et dans celle de **QUEVA G. et al.** [25], où les internes interrogés n'évoquent pas précisément la notion d'empathie. L'idée de cette notion semble tout de même présente, par l'expression de différents termes : humain, psychologique, aider, dans l'étude de **QUEVA G. et al.**[25] ; compassion, respect, dignité, aide, intégré dans un sous-groupe « approche compassionnelle » dans une étude de **DANY L. et al.** [44] ; et soutien, soutien psychologique, affection, dans une autre étude de **DANY L. et al.** [43].

L'empathie est une condition à l'établissement d'une relation de confiance, authentique, nécessaire à une prise en charge et à un accompagnement de qualité. [76, 86, 87]

Elle peut se définir par la « **capacité de s'identifier à autrui, d'éprouver ce qu'il éprouve** ». [88]

Ainsi, elle sous-entend une certaine proximité, entre le soignant et le soigné, partageant les ressentis et les sentiments intimes du soigné.

Or, comme vu précédemment, une difficulté émotionnelle et un vécu parfois difficile de ce stage, reliés entre autres à la souffrance des patients et de leur entourage, ont pu être relevés dans notre travail. Un certain parallèle pourrait alors être fait entre ces notions, et l'empathie mise en jeu dans l'exercice des soins palliatifs.

En effet, l'empathie, si elle est ou devient trop importante, ne peut-elle pas conduire à une difficulté émotionnelle et à la souffrance du soignant ?

Un étudiant exprimait, au sein de notre étude, sa difficulté à faire face à la détresse des familles et des patients. Un autre expliquait qu'il lui serait difficile d'exercer au quotidien les soins palliatifs, en raison de cette « ambiance lourde » et de « la charge » importante qu'il incombe à cet exercice.

Ainsi, pour certains, ce « poids » de la souffrance des autres semble trop intense pour la côtoyer et y faire face.

Dans une étude de **MECHIN O.** [89], concernant l'empathie il est dit que « tout l'enjeu est alors, semble-t-il, d'éprouver ces ressentis pour prendre connaissance de ce que l'autre vit mais sans tomber soi-même sous leur emprise », mais aussi qu'« à moins de s'en défendre, écouter l'autre avec empathie amène donc inéluctablement à ressentir soi-même des affects proches de ceux que l'autre éprouve ».

SIMARD J. décrit, lui, dans son article [90], l'existence potentielle d'un contretransfert de la détresse des patients, entraînant une souffrance psychologique chez le soignant, suite à « un trop-plein d'empathie ».

Donc, on voit que l'empathie et les affects peuvent être sources de souffrance, s'ils deviennent trop importants et intenses. Or, toute relation de soins nécessite une certaine subjectivité à l'autre, de l'empathie et donc la mise en jeu des affects, dans une certaine mesure. [76, 77]

Alors, quelle relation doit on établir avec le patient et son entourage, afin de délivrer la prise en charge la plus satisfaisante, sans se perdre émotionnellement, et souffrir de cette relation ? Quelle est la bonne distance de soin à adopter ?

Il est parfois évoqué la nécessité de garder « une certaine distance » avec le patient, afin de ne pas souffrir d'un investissement émotionnel trop important, pouvant engendrer une souffrance chez le soignant et un retentissement sur les prises de décisions et les soins.

Effectivement, dans le travail de **CHATELLIER-ROMBAUT F.** [91], elle décrit une situation personnelle de soins vécue, en tant qu'infirmière. Elle explique que la grande empathie, et la part des affects portée à son patient, a pu avoir une répercussion sur sa prise en charge et ses prises de décision. Ainsi, il est donc fait le constat, que cette juste distance reste subjective, et ne sera pas forcément la même pour chaque

situation, chaque patient. Il existera des situations où elle sera difficile à trouver et à maintenir.

Selon **PETERMANN M.** [86], qui reprend en grande partie l'ouvrage de **PRAYER P.** [87], l'enjeu est de réussir à se situer entre « la relation fusionnelle » et « la distance froide ». Il précise, qu'il convient de ne pas confondre relation professionnelle et relation privée, et ainsi tomber dans ce qu'il appelle « le syndrome de la relation d'aide », qu'il dit synonyme d'« excès de réparation » ou de « culpabilisation accablante ». Ainsi la juste distance permet selon lui, « de ne pas être dépassé par une implication passionnée » induisant une souffrance du soignant, et pouvant avoir des répercussions sur la qualité de la prise en charge du patient. Il exprime par ailleurs, qu'« il est précieux de conjuguer l'écoute, l'attention portée à l'autre avec une conscience des places de chacun, irréductiblement différentes ».

La relation établie avec le patient, complexe, ne semble pas pouvoir s'acquérir sur un plan uniquement théorique, bien loin de là d'ailleurs. Il s'agit plutôt d'une compétence qui se construit par expérience [89], en « tâtonnant » pour ainsi se faire sa propre idée, et sa propre construction, de la bonne distance à établir avec le patient. Elle n'est pas une vérité, pas quelque chose de figé. Cette relation est singulière, et s'établit de façon différente avec chaque patient. **Il semble donc important de vivre ses propres expériences, pour juger de sa juste distance de soin, et ainsi se connaître, pour pouvoir adapter cette dernière en fonction de ses limites, et du patient. Il semblerait par ailleurs, que le travail en équipe aiderait à trouver cette juste distance**, par le partage de cette relation, et de la souffrance du patient [88], évitant alors un investissement personnel trop intense.

D. Perspectives

Dans le cadre de ce travail, plusieurs problématiques ont donc émergé. On peut envisager plusieurs perspectives de réponse :

1) Elargir la diffusion de la culture palliative

Afin d'accroître le recours aux soins palliatifs, et d'en améliorer les prises en charge, il paraît important d'élargir la diffusion de la culture palliative, au sein de la population générale, d'une part, et du corps médical d'autre part.

En ce qui concerne la population générale, une démarche de diffusion a déjà commencé, avec la réalisation de 2 campagnes nationales sur les soins palliatifs. Il semble d'ailleurs que la première campagne a connu des résultats encourageants, mais néanmoins encore insuffisants. Il convient donc de poursuivre en ce sens, et de pérenniser ces démarches de sensibilisation nationale.

En ce qui concerne le corps médical, il semble que cette information puisse passer par différents moyens. Pour les médecins titulaires, il s'agira surtout de campagnes d'information visant les professionnels de santé, la réalisation de recommandations officielles, ou de formations complémentaires (comme les DU, ou encore les FMC...). Pour les étudiants en médecine, une réorganisation de la formation aux soins palliatifs pourrait être une réponse potentielle.

2) Renforcer les connaissances des étudiants et les sensibiliser à la démarche palliative

L'impact potentiel du manque de connaissances et d'expérience des étudiants et des médecins sur les prises en charge palliatives, semble non négligeable et doit être inversé.

Ainsi, l'enseignement théorique doit être maintenu et renforcé afin que les étudiants puissent acquérir les connaissances de base nécessaires en soins palliatifs : définition, bases éthiques, structures disponibles etc ... Il est par ailleurs important que cet enseignement soit associé à des enseignements pratiques, à fort potentiel pédagogique, ayant un impact majeur sur la pratique.

Pourrait s'y associer, d'autres outils pédagogiques tels que : le jeu de rôle par la simulation, avec visionnage et réflexion autour de l'entretien à posteriori, les groupes d'échange et d'analyse de pratiques, entre autres, semblant avoir un réel potentiel pédagogique.

On a également vu, à l'instar de ce travail, qu'un stage de sensibilisation de courte durée, réalisé chez des externes, a été source de nombreux bénéfices sur les connaissances et les pratiques des étudiants. Il faut donc mettre en valeur et élargir ce type d'enseignement. Mais le proposer de façon systématique et à l'intégralité des étudiants, semble aujourd'hui encore compromis, notamment faute de terrains de stage disponibles.

Des plages d'enseignements communs avec les autres étudiants de professions médicales et paramédicales doivent aussi être mises en place, afin de sensibiliser les étudiants à l'interdisciplinarité.

De plus, il semble également important d'axer la formation sur les représentations, qui peuvent être un frein à l'accès aux soins palliatifs. Il conviendrait alors de les prendre en compte, pour orienter les formations dispensées aux étudiants, et ainsi « rétablir » une vision adéquate, réelle des soins palliatifs.

3) Faciliter l'approche de la mort et son abord avec les patients

L'appréhension à l'approche de la mort et son abord avec les patients, est comme nous l'avons vu, très répandue et peut avoir des conséquences sur les prises en charge médicales. Il convient donc d'en tenir compte et d'axer la formation des étudiants sur ces aspects, afin de lever ces freins, d'améliorer les prises en charge, et de limiter la souffrance des soignants.

Ces enseignements peuvent être variés, et inspirés des trois études suivantes :

La première a été menée à Lausanne [92], où cette difficulté de faire face à la mort a été prise en compte. Un travail d'accompagnement et de soutien a donc été mis en place pour faciliter le vécu des étudiants en salle de dissection et anticiper l'approche de la mort. Ainsi, une introduction préliminaire aux TD (travaux dirigés) de dissection est réalisée. Elle permet de répondre aux interrogations et aux appréhensions des étudiants, de prendre en compte leurs ressentis et faire de courtes présentations en réponse à leurs questions. On voit que ce travail permet de limiter les appréhensions des étudiants quant à ce cours de dissection, et d'ouvrir à une réflexion sur la mort.

Une autre étude, elle aussi réalisée à Lausanne [93], expérimente un nouveau modèle pédagogique. Elle prend en compte la difficulté des étudiants à aborder et à côtoyer la mort. Pour cela, il a été décidé d'expérimenter des outils pédagogiques novateurs, au sein d'une option intitulée « Vivre face à la mort ». Cet enseignement concerne les étudiants de 3^e et 4^e années des études médicales, et tend à leur faire « prendre de la distance ». Il se décline en cours théoriques et pratiques. La première section, théorique, comprend une réflexion autour de la vie et de la finitude, les étudiants étant entourés de tuteurs interprofessionnels. Cette première section cherche à « familiariser les étudiants avec la communication complexe autour des enjeux de la vie et de la

mort ». Une deuxième section prévoit deux visites au lit du patient. Entre ces deux temps, des enseignements théoriques thématiques sont dispensés. Ils sont composés : d'un retour d'expériences des étudiants puis d'exercices, à type de simulation par exemple, permettant aux étudiants de mettre en pratique les connaissances assimilées. Pour finir, un enseignement théorique spécifique est dispensé par un spécialiste. Cette méthode met en jeu la pédagogie expérientielle, l'exemplarité et l'apport théorique. Il a été conclu que ce cours contribue au changement d'attitude des étudiants face à la mort et modifie leur façon de communiquer sur cette dernière.

La dernière étude a été réalisée en 2013, au CHU de Rennes [94]. Il a été proposé, à des externes en médecine, une visite de la chambre mortuaire de l'hôpital. Ceci, dans le but d'évaluer la qualité pédagogique d'une telle démarche, puisque partant du principe que les étudiants sont plus réceptifs à un enseignement pratique, et éloigné du lieu d'enseignement habituel, plutôt qu'à un enseignement théorique. Il a été constaté que les étudiants ont pu approfondir leurs connaissances et pensent être capables de les utiliser en pratique, se sentant plus aptes à gérer le décès de leurs patients. Il est alors conclu qu' « un enseignement informel semble plus profitable aux étudiants sur ce sujet ».

Il pourrait ainsi être mis en place des enseignements théoriques, interactifs, avec des moments d'expression, publiques ou privés, des ressentis des étudiants sur des situations ayant posé problème. Il pourrait également être proposés des enseignements, pratiques comme on a pu le voir dans ces différentes études. Ceci pourrait permettre de préparer progressivement ces futurs médecins à faire face à la mort et à mieux gérer ces situations et leurs émotions, afin de ne pas être mis en échec.

4) Développer l'interdisciplinarité

Comme nous l'avons vu, l'interdisciplinarité reste essentielle à l'exercice des soins palliatifs, et pourrait contribuer à diminuer les difficultés et la souffrance des soignants. Elle semble également être un gage de qualité de la prise en charge des patients.

Il paraît donc important que les étudiants bénéficient d'une sensibilisation et d'un enseignement à son sujet, comme recommandé au plan national.

En ce qui concerne la possibilité de mise en place d'un exercice interdisciplinaire en médecine libérale, cela semble plus compliqué, mais elle pourrait se voir facilitée par le développement des structures de soins palliatifs, pouvant alors apporter un début de

solution à ce manque. La présence en nombre de ces structures, pourrait permettre à chaque médecin de travailler en coordination avec ces dernières.

Le problème de la chronophagie et du manque de rémunération demeurent, entre autres, une entrave à ces prises en charge pour lesquelles d'autres solutions restent à envisager.

5) Prévenir le burn-out des soignants

Le taux important de médecins et d'étudiants en médecine souffrant d'anxiété et de burn-out, suggère que des mesures soient prises. En effet, les difficultés d'exercice de ces derniers doivent être considérées, pour limiter leurs souffrances, conséquentes, survenant parfois tôt dans le cursus. Prendre soin de l'autre ne doit pas se faire au détriment de sa propre santé.

Ainsi, il convient que chacun soit sensibilisé au burn-out afin qu'il puisse être identifié et pris en charge. Il semblerait par ailleurs judicieux de réaliser un dépistage systématique des étudiants, peut-être par le biais de la médecine du travail, encore trop peu active et sollicitée, ou par un psychologue.

Ceci est évoqué dans le travail du **Dr MARREC A.** [37] par des internes en médecine générale, lorsqu'il leur est demandé ce qu'ils souhaiteraient voir mis en place, pour les aider dans leur pratique.

Au cours des stages cliniques, il semble essentiel d'axer les évaluations de mi-stage sur ce point. Et, si nécessaire, que cette évaluation psychologique soit réalisée par une personne extérieure au service afin d'éviter l'appréhension du jugement au sein du service dans lequel l'étudiant se forme.

V. CONCLUSION

Comme nous l'avons vu, la France connaît actuellement un développement important des soins palliatifs. Cependant, leur accès reste encore trop limité, notamment en ce qui concerne les prises en charge à domicile, où les médecins généralistes éprouvent (trop) souvent des difficultés à leur mise en place, ou à leur maintien. Plusieurs causes ont pu être identifiées : le manque de formation paraît en être l'une des principales.

D'autre part, les soins palliatifs restent encore aujourd'hui, trop peu connus de la population générale et des professionnels de santé et fort empreints de représentations, parfois anxiogènes, ce qui limite leur approche et leur mise en place.

C'est pourquoi, nous nous sommes interrogés sur le rôle et l'impact du suivi d'un stage de sensibilisation d'une semaine en soins palliatifs, par des externes en médecine, sur leur pratique en tant qu'interne puis médecin généraliste. D'autant que ces derniers se sentent insuffisamment formés aux soins palliatifs et sont demandeurs d'une formation plus performante et plus adéquate.

Il semble par ailleurs qu'aucun travail n'ait été réalisé sur le sujet jusqu'alors.

Ainsi, notre étude a pu mettre en évidence une réelle sensibilisation des étudiants ayant suivi ce stage, aux soins palliatifs. Ils ont pu en tirer de nombreuses acquisitions portant sur différentes notions et ont estimé que celles-ci avaient eu, au moins en partie, un impact sur leur pratique actuelle. Ceci reste néanmoins nuancé du fait de la courte durée du stage et de sa réalisation précoce dans le cursus médical ; deux notions relevées comme étant un frein à ce stage et aux acquisitions.

Il apparaît cependant certain que ce stage a permis une ouverture aux soins palliatifs pour ces étudiants, leur permettant d'approcher la réalité de la démarche palliative. Certaines appréhensions, à même de retarder l'approche et la mise en place de ces prises en charge, ont ainsi été levées. L'impact bénéfique de ce stage s'en trouve alors confirmé.

D'autres problématiques, telles que l'anxiété et la souffrance des étudiants et des soignants ont été soulevées. Celles-ci pourraient se voir amoindries par la pratique, l'amélioration des connaissances, le travail interdisciplinaire et l'encadrement de qualité en stage, entre autres.

Ce stage pourrait donc constituer une première piste dans l'amélioration de la formation des futurs praticiens, qui aujourd'hui reste encore insuffisante et parfois non adaptée.

Les objectifs pour améliorer la formation pourraient alors s'appuyer sur :

- l'amélioration de la prise en charge des patients en soins palliatifs, et ce, par une meilleure connaissance des soins palliatifs et des différentes possibilités de prise en charge, et d'aides disponibles.
- la facilitation de ces prises en charge du point de vue soignant, afin de limiter les difficultés, les souffrances et le risque de burn-out des médecins.

Une réorganisation de la formation aux soins palliatifs et une généralisation de cette dernière à l'ensemble des étudiants en médecine doit alors être entreprise, à l'instar de ce stage et des modèles pédagogiques utilisés dans certaines facultés de France, de Suisse ou encore chez les anglo-saxons, qui semblent porter leur fruits.

Sur le plan personnel, ce travail m'a permis d'être plus familière avec la notion de soins palliatifs. Aussi, je me suis rendue compte par son biais, de la détresse des médecins et des étudiants au cours de leur pratique, parfois, et de leur volonté accrue, d'accéder à une formation de qualité, qui conditionne leur capacité à réaliser ces prises en charge. Ce travail m'a également conforté dans l'idée que l'accès aux soins palliatifs ne doit plus être une chance mais un droit pour tout un chacun, et que les acteurs permettant leur mise en place ne doivent pas le faire au détriment de leur propre santé. Cela me permet par ailleurs de croire que ces objectifs semblent atteignables, notamment, grâce à une formation aux soins palliatifs, repensée, plus adaptée.

En effet, comment peut-on prétendre à une prise en charge palliative de qualité, sans la présence d'un soignant apte à réaliser cette dernière, d'un point de vue médical et psychologique ? Là est tout l'enjeu de ce travail et des améliorations à apporter à l'enseignement médical des étudiants à ce sujet.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Gailly PA. Fin de vie : la France à l'heure des choix, avis du conseil économique, social et environnemental. Journal officiel de la république française. 2018 ; CESE 10.
2. Touraine M. Présentation du plan national 2015-2018 de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie. 2015. [En ligne] http://www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/15_12_03_intfaef.pdf. consulté le 3 mai 2018
3. SFAP, Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs. Définition et organisation des soins palliatifs en France. [En ligne]. <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>. consulté le 25 juin 2018
4. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Définition des soins palliatifs. [En Ligne]. <http://www.sfap.org/system/files/def-oms.pdf>. Consulté le 25 juin 2018
5. Article 1er de la loi n°99-477. Droits de la personne malade et des usagers du système de santé. Livre préliminaire. [En Ligne]. <http://www.sfap.org/system/files/def-loi-1999.pdf>. Consulté le 25 juin 2018
6. [En ligne] HAS, Haute Autorité de Santé. Soins palliatifs - Sortie de l'hôpital & maintien des patients à domicile. 2016. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2731112/fr/soins-palliatifs-sortie-de-l-hopital-maintien-des-patients-a-domicile. Consulté le 3 mai 2018.
7. Observatoire National de la Fin de Vie. Synthèse « Vivre la fin de sa vie chez soi ». Mars 2013.
8. Bellamy V. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile. Insee Focus n° 95. Octobre 2017.
9. HAS, Haute Autorité de Santé. Soins palliatifs – A amorcer tôt et à gérer en collégialité. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2841370/fr/soins-palliatifs-a-amorcer-tot-et-a-gerer-en-collegialite. Consulté le 3 mai 2018
10. Texier G, Rhondali W, Morel V, Filbet M. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. 2013.12(2):55-62.
11. Dromer C. Les facteurs limitant l'accompagnement des patients en fin de vie en médecine générale : vécu des médecins généraliste. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Nice. 2013.
12. Fortane V et al. Enquête : les difficultés des médecins généralistes de loire atlantique dans leur pratique des soins palliatifs à domicile, leur ressources actuelles et celles qu'ils souhaiteraient voir mises en place. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Nantes. 2010.

13. Antoine P. Soins palliatifs à domicile, quelles difficultés pour le médecin généraliste ? Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Rennes 1. 2016.
14. Serresse L. Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. 2011;10(6):286-91.
15. Astier C. Quels sont les besoins de les attentes des médecins généralistes dans l'aide à la mise en place des soins palliatifs à domicile ? Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Nice-Sophia Antipolis. 2013.
16. Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012. [En ligne] <http://www.sfap.org/system/files/plan-dev-sp-2008-2012.pdf>. Consulté le 25 juin 2018.
17. Ministère de l'éducation nationale, Ministère de la santé. Arrêté du 21 avril 1994 modifiant l'arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000731184>. Consulté le 25 juin 2018.
18. Ministère du travail et des affaires sociales, ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000565003>. consulté le 25 juin 2018.
19. Société française d'étude et de traitement de la douleur, SFETD. Présentation. [En ligne] <http://www.sfetd-douleur.org/presentation-5>. consulté le 25 juin 2018.
20. UPEC, Université de Paris-est Créteil. Réglementation des DU ou DIU. [En ligne] <http://medecine.u-pec.fr/formation-continue/reglementation-des-du-ou-diu-473196.kjsp>. Consulté le 25 juin 2018.
21. ISNAR IMG. Diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC). [En ligne] <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/desc/>. Consulté le 25 juin 2018.
22. Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. Journal officiel de la République française - N° 0100 du 28 avril 2017.
23. ISNAR-IMG. La réforme du 3^e cycle des études médicales en 3minutes ! (ou presque...). 2017. [En ligne] <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/R3C-en-3-min-ISNAR-IMG.pdf>. Consulté le 26 juin 2018.

24. Poinceaux S, Texier G. Internes de médecine générale : quelles compétences en soins palliatifs ? Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement – Éthique. 2016;15(1):15-26.
25. Quéva G, François-Purcell I, Hervé C, Viillard M-L. Représentation des soins palliatifs chez les internes en médecine : enquête au cours d'un stage clinique. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. 2015;14(4):254-60.
26. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Plan National triennal pour le Développement des Soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie, 2015-2018. [En ligne] http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_plabe56.pdf. Consulté le 3 mai 2018.
27. Aubin-Auger I. et al. Introduction à la recherche qualitative .exercer 2008;84:142-5.
28. Kakai H. Recherche qualitative : définition, but et méthodes. [En ligne] http://www.carede.org/IMG/pdf/RECHERCHE_QUALITATIVE.pdf. Consulté le 14 mars 2019.
29. Andreani J-C, Conchon F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. 2019. [En ligne] https://www.researchgate.net/publication/238711815_METHODES_D'ANALYSE_ETD'INTERPRETATION_DES_ETUDES_QUALITATIVES_ETAT_DE_L'ART_EN_MARKETING. Consulté le 14 mars 2019.
30. 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. Thèse pour le doctorat en médecine. Université Claude Bernard Lyon 1. 2017.
31. Guirec H. Ressenti des médecins généralistes sur la prise en charge de la fin de vie au domicile de leurs patients. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Lille 2. 2016.
32. Petisné-Beauchef C. Identification des besoins de formation des médecins généralistes en soins de fin de vie. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris Descartes. 2016
33. Instruction interministérielle DGOS/DGESIP, relative à la mise en œuvre des actions 4-1 et 4-2 de l'axe II du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie. 10 mai 2017.
34. Dufлот N. Les dossiers de « H » : la féminisation de la médecine. Magazine « H ». n°9. 2014. [En ligne] <https://www.isni.fr/2014/11/20/les-dossiers-de-h-la-feminisation-de-la-medecine/>. Consulté le 15 août 2019.
35. Roux C. Dossier professionnel, démographie : Les femmes, des généralistes comme les autres. [En ligne] https://www.legeneraliste.fr/actualites/dossier-professionnel/2019/08/08/demographie_317136. Consulté le 15 août 2019.

36. Hiquet J, Paternostre B, Gromb S. Comment améliorer les connaissances des praticiens de demain au sujet de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ? Enquête auprès de 20 internes. La revue de médecine légale. 2012 ;3 :95-102.
37. Marrec A. Représentations et ressentis sur les soins palliatifs par les internes de médecine générale de Nice : comment mettre en adéquation besoins et formation ? Thèse pour le doctorat en médecine. Université Nice Sophia Antipolis. 2018.
38. A.Laurent et al. Représentations médicales autour de l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier Lyon Sud. Médecine palliative - Soins de support - Accompagnement – Éthique. 2008; 7 : 59-66.
39. D'Hérouville D. Représentations sociales des soins palliatifs. InfoKara. 2010;24(4):159-63.
40. Observatoire national de fin de vie. Rapport 2011 « Fin de vie : un premier état des lieux ».
41. Lefaucheur A-S. Les représentations sociales associées aux mots « soins palliatifs » auprès du grand public. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Tours. 2017.
42. CNFVSP, Centre National de la Fin de Vie et des Soins Palliatifs. Communiqué de presse : Campagne d'information sur les soins palliatifs et la fin de vie. Paris. 15 octobre 2018
43. Dany L., Marie D., Salas S. Représentations associées aux soins palliatifs chez des internes : impact des pratiques et de l'opinion vis-à-vis de l'euthanasie. INFOKara 2007 ; 22 : 69-74.
44. Dany L. et al. Les internes et les soins palliatifs : attitudes, représentations et pratiques. Médecine palliative - Soins de support - Accompagnement - Éthique. 2009 ; 8 : 238-250
45. Mahé T. Maresca B. Simon M-O. Accompagner jusqu'au bout Les soins palliatifs vus par le public et les professionnels de santé. CRÉDOC, consommation et modes de vie. N°174. mars 2004.
46. HAS, Haute Autorité de Santé. Organisation des parcours : L'essentiel de la démarche palliative. Décembre 2016.
47. Whitehead PR. The lived experience of physicians dealing with patient death. BMJ Support Palliat Care. sept 2014;4(3):271-6.
48. Michaud Nérard F. La mort et le deuil, évolutions récentes. Études sur la mort. 2010 ;137 :117-126.
49. Luethi E., Zulian G. Impact psychologique et comportemental du travail en unité de soins palliatifs sur les médecins internes. Revue internationale de soins palliatifs. 2013 ; 28 : 133-141.

50. ANEMF, Association nationale des étudiants en médecine de France. Enquête santé mentale des jeunes médecins. 2017. [En ligne] <https://www.anemf.org/blog/2017/06/13/enquete-sante-mentale-des-jeunes-medecins-2/>. Consulté le 16 août 2019.
51. Graveleau S. 66% des futurs et jeunes médecins souffriraient d'anxiété. 2017. [En ligne] https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/06/13/66-des-futurs-et-jeunes-medecins-souffriraient-d-anxiete_5143429_1651302.html. Consulté le 16 août 2019.
52. Villard A. Émotion des soignants et fin de vie. Mémoire de fin d'études infirmières. 2016. IFSI Pamiers.
53. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967;11:213-218.
54. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA et al. Burn out and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995;71(6):1263-9.
55. Vachon MS. Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliative Medicine*. 1995;9:91-122
56. Martins Pereira, and al. Compared to Palliative Care, Working in Intensive Care More than Doubles the Chances of Burnout : Results from a Nationwide Comparative Study. *PLoS One*. 2016;11(9):e0162340 [En ligne] <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162340>. Consulté le 17 août 2019.
57. Fournier P. Souffrir de soigner : le burn out des médecins travaillant en soins palliatifs. *La Lettre du Cancérologue*. mars-avril 2004 ; 13(2) : 64-75
58. Vachon MS. Stress des soignants en soins palliatifs : dernières recherches. *Eur J Palliative Care* 1997;4(3):99-103.
59. Le Ray-Landrein F. et al. *Psycho Oncologie*. 2016. 10 :211-219 [En ligne] <https://doi.org/10.1007/s11839-016-0586-y>. consulté le 16 août 2019.
60. Duong PH., Zulian GB. Impact of a postgraduate six-month rotation in palliative care on knowledge and attitudes of junior residents. *Palliative Medicine* 2006; 20: 551-556.
61. Rombi J. Soins palliatifs et accompagnement de patients en fin de vie : formation et compétences des internes de médecine générale en fin de cursus. Thèse pour le doctorat en médecine. Université Claude Bernard Lyon 1. 2017.
62. Poncet C. Hypnose et stage chez le praticien. Enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès d'internes en médecine générale. Thèse pour le doctorat en médecine. Université Bretagne Loire. Rennes. 2016.
63. Sicard D. Penser solidairement la fin de vie. Commission de réflexion sur la fin de vie en France. 2012.
64. Oriot D. De retour de Liverpool. *Médecine palliative - Soins de support - Accompagnement – Éthique*. 2009 ; 8 : 1-2.

65. Fanarandjis M. Accompagnement de fin de vie à domicile : ressentis des futurs médecins généralistes sur la formation actuelle et celle à venir. Thèse pour le doctorat en médecine. Université d'Angers. 2013.
66. Les maux pour le dire. Université de Montpellier. 2016. [En ligne] <https://www.umontpellier.fr/articles/les-maux-pour-le-dire>. Consulté le 3 septembre 2019.
67. Cuenot S. L'apport du patient simulé dans l'apprentissage de la relation médecin-malade: résultats d'une évaluation préliminaire. Pédagogie médicale. Nov 2005 ;6(4) : 216-224.
68. Henry T. Le cone de l'apprentissage de Edgar Dale. 2017. [En ligne] <https://thierry-henry.fr/cone-de-lapprentissage-de-edgar-dale/>. Consulté le 3 septembre 2019.
69. HAS, Haute autorité de santé. Fiche mémo Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mars 2017
70. INRS, Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Epuisement professionnel ou burnout : Quand l'investissement professionnel devient trop lourd à porter. 2019. [En ligne] <http://www.inrs.fr/risques/epuisement-burnout/ce-qu-il-faut-retenir.html>. Consulté le 18 août 2019.
71. Le Tourneur A., Komly V. Burn-out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. Thèse pour le doctorat de médecine. Université Joseph Fourier. Grenoble. 2011.
72. Kansoun Z. Le burnout des médecins en France : Méta-analyse (2000-2017). Thèse pour le doctorat en médecine. Aix Marseille Université. 2017.
73. Breton P. et al. Syndrome de burn out chez les étudiants en pré-externat de la faculté de médecine de Caen : prévalence et facteurs associés. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2019 ; 67 : 85-91.
74. Estryng-Behar M. et al. L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en onco-hématologie et en gériatrie. Médecine palliative - Soins de support - Accompagnement - Éthique. 2012 ; 11 : 65-89
75. Marmet T. Savoir mettre en œuvre une prise en charge pluridisciplinaire d'un patient relevant des soins palliatifs à domicile ou à l'hôpital. [En ligne] http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chap02_p2.pdf. Consulté le 18 août 2019.
76. Guide régional des soins palliatifs, Occitanie. Juillet 2017. [En ligne] <http://asp-toulouse.fr/wp-content/uploads/2018/01/GRSP-Occitanie.pdf>. Consulté le 27 août 2019.

77. Bellegueulle E. Etude de la sollicitation des réseaux de soins palliatifs par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients au domicile, Etude qualitative menée auprès de médecins généralistes de la Somme. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Picardie Jules Verne, Amiens. 2016.
78. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.
79. Circulaire DHOS/O2/O3/CNAMTS n° 2008-100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs.
80. HAS, Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire : Mise au point sur la démarche palliative. Décembre 2016. Actualisation Novembre 2018.
81. Bressoux P. L'influence des pratiques enseignantes sur les acquisitions scolaires des élèves. Regards croisés sur l'économie. 2012 ; 12 : 208-217.
82. Effet Pygmalion. Wikipédia. [En ligne] https://fr.wikipedia.org/wiki/Effet_Pygmalion. Consulté le 25 août 2019.
83. Vierset V. Frenay M. Bédard D. Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques ?. Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur. 2015 ; 31 (2) : 1-19.
84. Lassaunière J-M. 14e Congrès national de la SFAP : Interdisciplinarité et clinique du soin. Médecine palliative - Soins de support - Accompagnement – Éthique. 2008 ; 7 : 181-185.
85. Jolya C. Lainéa A. Catana A. Pochard F. L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade. Éthique et santé. 2011 ; 8 : 119 -124.
86. Petermann M. La juste distance professionnelle en soins palliatifs. Revue internationale de soins palliatifs. 2016 ; 31 : 177 – 181.
87. Prayez, P et al. Distance professionnelle et qualité du soin, Ed. Lamarre, Rueil-Malmaison, 2003.
88. Centre national de ressources textuelles et lexicales. Empathie. [En ligne] <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/empathie>. Consulté le 29 août 2019.
89. Méchin O. Effets sur les soignants de la douleur et de la souffrance des patients. Médecine palliative - Soins de support - Accompagnement – Éthique. 2013 ; 12 : 201-206.
90. Simard J. Autour de la souffrance soignante en soins palliatifs : entre idéal de soin et juste distance. Frontières. 2014 ; 26(1-2) [En ligne] <http://id.erudit.org/iderudit/1034385ar>. Consulté le 26 août 2019.

91. Chatellier-Rombaut F. Influence des affects sur la “ juste ” distance dans la relation de soin en phase palliative : réflexion à partir de l’accompagnement d’un “ enfant de la lune ” majeur. Mémoire pour le DU Accompagnement et fin de vie. Université Pierre et Marie Curie - Paris 6. Année universitaire 2017-2018.
92. Bornet M-A. et al. Aider les étudiants en médecine à approcher la mort. Rev Med Suisse. 2013; 9 : 2189-2191.
93. Tamchès E. et al. Vivre face à la mort : faire prendre du recul à des étudiants de médecine lausannois. Rev Med Suisse. 2017; 13 : 1118-1121.
94. Texier G. Des externes dans une chambre mortuaire, une expérience atypique ? Médecine palliative - Soins de support - Accompagnement – Éthique. 2014 ; 13 : 142-149.

ANNEXES

ANNEXE n°1 : Document explicatif de l'étude et questionnaire transmis par mail afin de réaliser le recrutement des sujets éligibles

Bonjour,

Je suis actuellement en 6^e semestre de DES de médecine générale et réalise ma thèse sur le ressenti concernant le stage que vous avez réalisé, étant externe, au sein du service de soins palliatifs du CHU de RENNES (EMASP), au vu de votre pratique actuelle.

Ce stage étant actuellement rendu obligatoire par la faculté de Rennes, et compte tenue de la politique actuelle de développement des soins palliatifs et de la formation des étudiants à cette discipline, il m'a paru intéressant de connaître votre ressenti par rapport à ce stage, et notamment au vu de votre pratique actuelle, afin d'en déterminer les éventuels bénéfices. De plus je souhaiterais en faire ressortir d'éventuelles suggestions qui permettraient, selon vous, d'améliorer cette formation.

Pour cela accepteriez-vous de répondre à ce questionnaire, très rapide (moins de 5 min), me permettant de faire un état des lieux des étudiants ayant réalisé ce stage, et de recruter ceux étant éligibles à cette étude.

Pour ceux qui le seront et qui accepteront d'y participer, cela consistera en un entretien présentiel ou téléphonique de 10 à 20 minutes environ, réalisé par moi-même.

Questionnaire : (réalisé sur Google Form, transmis en lien dans le mail)

- En quelle année des études médicales avez-vous réalisé ce stage ?
- Quelle spécialité avez-vous choisi à l'ECN ?
- Etes-vous toujours interne ?
- Etes-vous actuellement thésé ?
- Exercez-vous actuellement ? Quel est votre mode d'exercice actuel ?
- Qu'avez-vous pensé de ce stage ? Pensez-vous qu'il a changé votre façon de travailler ?

- Accepteriez-vous de participer à cette étude ?
 - ⇒ Si oui, pourriez-vous de me transmettre votre numéro de téléphone afin que nous puissions convenir d'un entretien téléphonique quand cela vous conviendra ? MERCI DE ME LAISSER VOS COORDONNEES (numéro de téléphone, Nom et e-mail dans l'idéal)

Merci pour votre participation,

DENIEL Laure

ANNEXE n°2 : Questionnaire de trame pour entretiens semi-dirigés

Ressenti des internes et docteurs en médecine générale, vis-à-vis du stage réalisé au sein du service de soins palliatifs du CHU de Rennes (EMASP) en tant qu'externes de 4^e et 5^e années des études médicales, au vu de leur pratique actuelle.

Entretiens semi-dirigés**➤ Informations personnelles :**

- Date de naissance :
- Mode d'exercice actuel :
- Année de réalisation du stage :
- Année de passage de l'ECN :
- Ville d'exercice :

➤ Entretien :

- Pouvez-vous me parler du stage que vous avez réalisé durant votre externat, au sein du service de soins palliatifs du CHU de RENNES ?
- Etait-ce un choix ?
- Aviez-vous des à priori, des représentations avant de faire ce stage ? Lesquels ? Est-ce différent ?
- Comment avez-vous vécu ce stage ?
- Vous a-t-il apporté quelque chose ?
- En quoi ?
- Cela vous a-t-il aidé pour votre pratique future à ce stage ?
- Vous a-t-il donné des ressources pour affronter certaines situations auxquelles vous avez été confronté ? Si oui lesquelles ?
- Vous a-t-il aidé en ce qui concerne la prescription de certains traitements, ou la prise en charge de certains symptômes ? Si oui, en quoi ?
- Vous a-t-il donné envie de vous former d'avantage ou de vous renseigner sur le sujet ?
- Cela a-t-il influé votre choix de spécialité ? Et éventuellement donné envie de consacrer une partie ou la totalité de votre activité à la pratique des soins palliatifs ?

- (Pensez-vous être bien/suffisamment formés aux soins palliatifs durant votre cursus ? Votre formation aux soins palliatifs au cours de votre cursus vous semble-t-il optimal, vous convient-il ? Si non qst suivante ? Si oui, est-ce par désintérêt de cette discipline ou est-ce que vous vous sentez à l'aise avec cette dernière ?)
- Que suggèreriez-vous pour améliorer la formation des étudiants en médecine aux soins palliatifs au cours de leur cursus ?

U.F.R. DE MEDECINE DE RENNES

N°

DENIEL, Laure – Ressenti des internes, médecins non thésés et docteurs en médecine générale, vis-à-vis du stage réalisé au sein du service de soins palliatifs du CHU de Rennes (EMASP) en tant qu'externes de 4^e et 5^e années des études médicales, au vu de leur pratique actuelle.
122 feuilles., 1 tableau, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2019 ; N°

Introduction : Il paraît aujourd'hui essentiel que les médecins généralistes soient en capacité de prendre en charge leurs patients en soins palliatifs à domicile. Or, ceci reste encore trop rare, en raison notamment d'un manque de formation. Il apparaît alors important de sensibiliser, tôt, les futurs praticiens. L'objectif principal de notre étude est d'étudier le ressenti des étudiants ayant réalisé un stage de sensibilisation d'une semaine au sein de l'EMASP du CHU de Rennes, lors de la 5^e ou 6^e années des études médicales.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire. La population étudiée était les internes, médecins non thésés et docteurs en médecine générale, ayant réalisé ce stage, en tant qu'externe. Les données ont été recueillies par entretien semi-dirigés.

Résultats et discussion : Ce stage a permis une réelle sensibilisation des étudiants aux soins palliatifs. Il a pu être précisé la réalité de l'exercice des soins palliatifs, et ainsi modifier certaines représentations des soins palliatifs, semblables à celles retrouvées dans la littérature, qu'avaient les étudiants en amont du stage. La richesse de la relation soignant-soigné a également été un point fort de ce stage. Quelques notions concernant les thérapeutiques utiles en soins palliatifs ont également pu être relevées, bien que limitées, en raison de la courte durée du stage et de sa réalisation précoce dans le cursus médical. L'intérêt pédagogique de la formation pratique semble ici confirmée, et devrait alors servir de piste pour tenter d'améliorer la formation des étudiants en médecine aux soins palliatifs, qui semble et que ces derniers jugent non satisfaisante. D'autres modèles pédagogiques devraient être explorés, avec notamment les simulations, les jeux de rôles etc., puisque semblant avoir un intérêt pédagogique réel.

Conclusion : Cette étude nous a permis de constater que ce stage constitue un moyen intéressant, efficace, et apprécié, pour sensibiliser les étudiants aux soins palliatifs. Il paraît alors important que des modifications soient apportées à la formation des étudiants, aux soins palliatifs, afin de permettre et d'améliorer les prises en charge des patients en soins palliatifs, à domicile notamment, et de limiter les difficultés des soignants dans ces prises en charge.

Rubrique de classement : qualitative / exploratoire

Mots clés : Soins palliatifs, stage, formation, médecine générale, ressenti, étude qualitative

Mots-clés anglais MeSH : Palliativ care, traineeship, education, , general medicine, feeling, research, qualitative

Président : Monsieur le Professeur Benoît DESRUES

JURY :
Assesseurs : Madame le Docteur Géraldine TEXIER [Directrice de thèse]
Monsieur le Professeur Olivier DECAUX
Monsieur le Professeur Eric MENER
Monsieur le Professeur Vincent MOREL