



HAL
open science

Impact d'une formation reçue par les étudiants en 2ème cycle en soins palliatifs et leur sentiment d'efficacité personnelle en tant qu'interne de médecine générale de la région Occitanie-Est concernant l'accompagnement de patients en fin de vie

Cécile Suzanne

► To cite this version:

Cécile Suzanne. Impact d'une formation reçue par les étudiants en 2ème cycle en soins palliatifs et leur sentiment d'efficacité personnelle en tant qu'interne de médecine générale de la région Occitanie-Est concernant l'accompagnement de patients en fin de vie. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03653272

HAL Id: dumas-03653272

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03653272>

Submitted on 3 May 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Cécile SUZANNE

Le 24 mars 2022

IMPACT D'UNE FORMATION RECUE PAR LES ETUDIANTS EN 2EME CYCLE EN SOINS PALLIATIFS
ET LEUR SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE EN TANT QU'INTERNE DE MEDECINE
GENERALE DE LA REGION OCCITANIE EST CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT DE PATIENTS EN
FIN DE VIE

Directrice de thèse : Docteur Laurence RAFFARD

JURY

Président : Pr AMOUYAL Michel

Assesseurs : Dr FOURCADE Claire
Dr RAFFARD Laurence

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Cécile SUZANNE

Le 24 mars 2022

IMPACT D'UNE FORMATION RECUE PAR LES ETUDIANTS EN 2EME CYCLE EN SOINS PALLIATIFS
ET LEUR SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE EN TANT QU'INTERNE DE MEDECINE
GENERALE DE LA REGION OCCITANIE EST CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT DE PATIENTS EN
FIN DE VIE

Directrice de thèse : Docteur Laurence RAFFARD

JURY

Président : Pr AMOUYAL Michel

Assesseurs : Dr FOURCADE Claire

Dr RAFFARD Laurence

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUI TER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISI ER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle

Génétique

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia

Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine

Nutrition

AZRIA David

Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria

Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric

Chirurgie viscérale et digestive

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles

Pédiatrie

CAMU William

Neurologie

CANOVAS François

Anatomie

CAPTIER Guillaume

Anatomie

CARTRON Guillaume

Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume

Cardiologie

CHANQUES Gérald

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CORBEAU Pierre

Immunologie

COULET Bertrand

Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAUVILLIERS Yves

Physiologie

DE TAYRAC Renaud

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John

Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc



PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
<u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BERGOUIGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements

Monsieur le **Professeur Michel AMOUYAL**

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury dans cette historique faculté. Vous représentez également la spécialité de Médecine Générale dans ce jury dans laquelle j'espère pouvoir m'épanouir à l'avenir. Veuillez croire en l'expression de mon profond respect et soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Madame le **Docteur Claire FOURCADE**

Je tiens à te remercier pour ta bienveillance et ta disponibilité. Tu représentes les soins palliatifs dans ce jury mais aussi la région narbonnaise où j'espère poursuivre mon activité. J'espère être un jour à la hauteur de ce que tu as accompli et construit dans le domaine des soins palliatifs. Merci enfin de ta présence aujourd'hui pour ce jour particulier.

Madame le **Docteur Laurence RAFFARD**

Tout d'abord, merci d'avoir accepté de m'accompagner pour cette thèse de mes premiers questionnements aux derniers. Merci d'avoir apporté vos connaissances à la critique de ce travail. Nous nous connaissons essentiellement sur le versant de l'enseignement mais je serais ravie de pouvoir partager également des prises en charge cliniques futures. Soyez assurée de mon profond respect et de ma gratitude.

Un merci à tous ceux qui ont jalonné mon parcours de près ou de loin.

Aux médecins et paramédicaux qui m'ont accompagnée tout au long de mon parcours médical. Les Dr Bachelard Germaine, Hélène Battin-Drouhin, Bruno Pastraud, Véronique Robin, Hélène Bonnaure, Jeff et Cathy Roméro, Marie Nirdé, Laura Satger, Anne Chopin et Mme Stéphanie Campo. Le service d'Urgences de l'Hôpital de Bagnols sur Cèze, le service de Médecine Polyvalente et de Court Séjour Gériatrique de l'Hôpital de Narbonne et le Service de Pédiatrie de l'Hôpital de Perpignan. Merci pour votre accompagnement, votre confiance et votre bienveillance. Merci au service de Soins Palliatifs de l'Hôpital Privé du Grand Narbonne pour votre accueil, bienveillance et j'espère le début d'une collaboration joyeuse et chocolatée.

A mes parents, merci infiniment, sans vous ce parcours n'aurait pas été possible. Vous avez toujours su faire preuve d'humilité, de bienveillance et d'écoute. Merci pour les valeurs du travail que vous m'avez enseignées, de votre soutien toujours infaillible. Merci à ma maman pour m'avoir appris à toujours dépasser mes limites et à persévérer (mais aussi de m'avoir transmis le goût de cuisiner). Merci à mon papa d'avoir toujours été attentionné (sans prendre le chouX ...) et de toujours être présent pour les petites bricoles chez moi (et ce n'est pas fini).

A Benoît, merci pour ces moments de complicités, de joies, de rires. Merci de m'avoir appris la faculté d'écoute (interminable à propos de sujets "passionnants" : les Warhammer ...). Merci aussi d'avoir été un grand frère protecteur, de m'avoir rendue curieuse (et d'avoir bâti ta première maison pour mes Barbies). Et merci d'avoir si joliment agrandi notre famille avec Louise. Une belle sœur toujours très attentionnée, compréhensive et à l'écoute. Malgré la distance nos retrouvailles sont toujours un bonheur. A Marin et Aldo, mes deux neveux, objectivement, les plus adorables de tous. Même de loin je pense beaucoup à vous et il me tarde tous les jours de vous voir.

A mes grands-parents pour leur soutien et leur bienveillance et pour m'avoir transmis le respect. Papy Guy pour nous faire beaucoup rire (parfois à tes dépends), Mamie Gisèle (Sainte-Gisèle) qui fait toujours tout pour les autres (et pour tes plats bien généreux). A mes oncles et tantes pour avoir su maîtriser le travail en famille sans jamais en parler en famille (nous c'est pas gagné). A Etienne pour les mimiques dont j'ai hérité, à priori, à Francine dont on a toujours cru que j'étais la fille. A Patrice pour tes bisous infinis, à Valérie pour sa détermination et son courage. A mes cousins, Carole et Agnès pour les modèles que vous représentiez à mes yeux étant petite. A

Adrien pour la personne que tu es devenue, pour ta bonne humeur et un peu ta folie. A Alice, ma petite cousine, devenue grande, merci d'avoir été mon alliée, mon amie, ma cousine préférée. A tous les rapportés et Jules, Tom, Éloïse, Adèle, Camille et les futurs autres pour agrandir notre famille. Et à tous les cousins éloignés mais avec qui les retrouvailles sont toujours formidables.

A la famille Noel pour votre soutien dans ces dernières années.

A mémère, pour la famille que tu as su bâtir. A ma mamie Janine, partie trop tôt mais qui sera à jamais mon étoile. Vous me manquez.

A ma marraine, Lysiane, pour m'avoir toujours gâtée petite et pour m'avoir soutenue. Nous nous voyons peu mais tu réponds toujours présente.

A Jean-Pierre et Huguette pour toutes ces jolies découvertes culinaires et viticoles. Pour votre générosité et votre soutien tout au long de mon parcours.

A Manon, ma presque voisine, pour me faire rire, pour ton sourire, pour ta joie de vivre, pour les leçons que je tentais de t'apprendre et bravo pour ton parcours à toi.

A Yoko, Pauline et Gwen pour nos bains de boue aux maïs, pour nos retrouvailles trop peu fréquentes mais très importantes. Sans oublier nos confessions nocturnes. Yoko alias p'tit suisse, merci de m'avoir appris la patience (à t'attendre des heures), de m'avoir mis de la crème hydratante, d'être la personne que tu es et avec qui tout est possible dont tes innombrables plans de l'espace. Pauline, ton sourire, tes rires, ton énergie, tes péripéties, tes soirées. Je suis fier de pouvoir dire que je suis la seule personne que tu aies conduit à moto et la seule qui t'aies aussi vu dormir à califourchon à côté d'un couteau. Gwen pour ton écoute, ta bienveillance et ton calme sans faille face à ces deux merveilles.

A Margaux, pour nos retrouvailles vélos à l'île de Béhuard ou au lavage automatique à Bruxelles. Pour être toujours la même personne enjouée et sportive !

A Émilie nos chemins se sont croisés plusieurs fois pour finalement se lier sur les bancs de P1, avec tes gouters Kinder (ou au moins chocolatés) et ton sourire. Merci pour ta présence et ton amitié.

A Anne-Ju' pour ton soutien, ton écoute, tes bons plans lectures, arts, films etc. Je me souviendrai avec plaisir de nos séances révisions en D4 chez toi avec un thé et Chapati (ou pas). Et même un peu plus loin je serai toujours là.

A Lorraine, ma Lolo, ces quelques mots ne suffiront pas à tout décrire. Tu as toujours répondu présente dans les bons et les mauvais moments. Nos soirées et leurs rétrospectives le lendemain, nos mésaventures de clés, tes cheveux décoiffés mais aussi nos thés-chocolat, notre vie en collocation. Merci pour ton amitié, ton écoute, ton soutien. Ce n'est que le début de l'histoire ...

A la grande et folle équipe de B-Sex. A Mina, ma voisine de chambre, tu me surprendras toujours dans tes multiples facultés et à nous y faire participer (comme changer une batterie de camion). A Gwen, la meilleure cheffe interne, pour ta force et détermination et tes cookies à la vergeoise. A Sarah, pour ton indépendance et ta présence indéfectible (même en période « gastro »). A Marc, pour tes doux mots de transmission du petit matin et parce que tu as ce petit truc qui fait qu'on te pardonne « parce que c'est Marc ». A Toto, pour ta nonchalance à toute épreuve (et pour mon plus beau legging LEOPARD). A Julien pour tes cocktails (à se taper le cul par terre) et ton infatigabilité.

Aux Palmitos, pour nos soirées times up (caca-Gandhi), sans vous la collocation dans notre Palace n'aurait pas eu la même saveur. Gégé pour ton écoute (oupssss), Coline pour nos passion plantes, Lelette pour nos plaintes respectives, tes rêveries et pour nous avoir supporter aussi. Ces 6 mois ont été des heures incalculables de rires, joies et bonne humeur, et Gégé est presque devenu écolo... J'espère que nous maintiendrons des week-ends colocs longtemps (avec les bébés !!!).

Aux Narbonnais, à Pierre pour les découvertes de bars et tes blagues lourdes, à Roman pour tes plats mijotés, à Asma pour son sourire, à Séb' pour son humour pince sans rire, à Raphael grâce à qui il y a toujours des plats végé. A Sarah, pour ton écoute, pour ta force et persévérance et pour ton ouverture d'esprit (et aussi ta précieuse relecture).

Aux copains de Charles : Loulou, Caro, Florène, Garance, JB et Ben, pour votre accueil dans votre qualitatif groupe d'amis. Mention à Yann et Lolosh pour supporter mes nombreux tests culinaires. A Mimi toujours partante et positive. A PE, Press', Pierre, Sébastien et Tiphaine pour les (trop) nombreux escape games et pour les retrouvailles diverses.

A ma belle-famille pour leur accueil.

A Charles, merci pour tout ce que tu apportes à ma vie. Les réveils à 8h30, les randonnées presque toutes abouties, les (trop) nombreux escape games. Il y a tellement de choses que je voudrais dire sur toi, ton rire, tes « blagues », ta danse, tes connaissances. Tant de choses et je dirai simplement : Je t'aime (à l'infini 3 000), merci d'être toi et d'être là.

Table des matières

Liste des abréviations

I. Introduction

- 1) Définition des soins palliatifs
 - a) Selon la Société Française d'Accompagnement et Soins Palliatifs
 - b) Selon l'Organisation Mondiale de la Santé
 - c) Selon l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, rattaché à Santé Publique France en 2016
- 2) Les études médicales en France
 - a) Premier cycle
 - b) Deuxième cycle
 - c) L'ECNi
- 3) L'internat de médecine générale
 - a) Généralités
 - b) La phase socle
 - c) La phase d'approfondissement
 - d) Dans l'avenir
 - e) Finalité
- 4) L'enseignement des soins palliatifs en France
 - a) Premier et deuxième cycle
 - b) Troisième cycle
 - c) Diplôme universitaire ou interuniversitaire
 - d) Formation Spécialisée Transversale
 - e) Masters

II. Contexte et problématisation

III. Matériels et méthodes

- 1) Objectifs étudiés
- 2) Choix de la méthode
- 3) Population étudiée
- 4) Présentation du questionnaire
- 5) Recueil des données et analyses statistiques

IV. Résultats

- 1) Caractéristiques épidémiologiques
- 2) Formations concernant les soins palliatifs lors de l'externat
- 3) Formation concernant les soins palliatifs lors de l'internat
- 4) Formations complémentaires en soins palliatifs
- 5) Sentiments d'avoir eu une formation suffisante lors de l'externat
- 6) Quelle formation selon eux est la plus adéquate pour enseigner les soins palliatifs lors de l'externat ?
- 7) Prise en charge de soins palliatifs lors de l'internat
- 8) La situation envisagée post-internat

V. Discussion

- 1) Limites et Forces de l'étude
 - a) Les biais
 - b) Les forces
- 2) Interprétations des résultats
 - a) La représentativité des résultats
 - b) Objectif Principal
 - c) Objectifs Secondaires
 - i) Suffisance de la formation en soins palliatifs lors de l'externat
 - ii) Prise en charge lors des gardes
 - d) Autres résultats
 - i) Formation au cours de l'externat
 - ii) Formation au cours de l'internat
 - iii) Méthodes d'enseignement
 - iv) Mise en situation pendant l'internat
 - v) Dans l'avenir
- 3) Les perspectives

VI. Conclusion

Références Bibliographiques

Annexe

Liste des Abréviations

ARP : Apprentissage par Résolution de Problèmes

CNEFUSP : Collège National des Enseignants pour la Formation Universitaire en Soins Palliatifs

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DESMG : Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DMG : Département de Médecine Générale

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence Based Medicine

ECNi : Épreuves Classantes Nationales informatisées

ECTS : European Credit Transfer and Accumulation System

FST : Formation Spécialisée Transversale

GEP : Groupe d'Échanges de Pratique

HAD : Hospitalisation A Domicile

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACES : Première année Commune aux Études de Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SP : Soins Palliatifs

TCEM : Troisième Cycle des Études Médicales

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

I. Introduction

1) Définition des Soins palliatifs

a) Selon la Société Française d'Accompagnement et soins Palliatifs

« Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant, et la mort comme un processus naturel. Ceux qui dispensent des soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. »

b) Selon l'Organisation Mondiale de la Santé

« Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil, peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant

prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge. »

c) Selon l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, rattachée à Santé Publique France en 2016

« Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Dans une approche globale et individualisée, ils ont pour objectifs de :

- Prévenir et soulager la douleur et les autres symptômes, prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée ;
- Limiter la survenue de complications, en développant les prescriptions personnalisées anticipées ;
- Limiter les ruptures de prises en charge en veillant à la bonne coordination entre les différents acteurs du soin.

La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, en accompagnant leur famille et leurs proches.

L'accompagnement d'une personne en fin de vie et de son entourage consiste à apporter attention, écoute, réconfort, en prenant en compte les composantes de la souffrance globale (physique, psychologique, sociale et spirituelle). Il peut être mené en lien avec les associations de bénévoles.

L'accompagnement de l'entourage peut se poursuivre après le décès pour aider le travail de deuil. »

2) Les études médicales en France :

En France après l'obtention du concours PACES, les études de médecine sont décomposées en trois parties (1).

1) Premier cycle

La première partie permet d'acquérir les bases du médical, il s'agit du premier cycle. Ce premier cycle a une durée de deux ans aux cours de laquelle les étudiants ont des périodes de stage à l'hôpital, et des enseignements qui visent à apporter des connaissances scientifiques nécessaires à l'exercice de la médecine.

Ce cycle débute avec un stage infirmier de 4 semaines durant lequel l'étudiant est supervisé par l'équipe infirmière et apprend les gestes et soins de base ainsi que le fonctionnement d'un hôpital.

Les enseignements sont thématiques reprenant des notions des Unités d'Enseignements de PACES mais également des enseignements de sémiologie. Ces connaissances sont une base pour les enseignements à venir et permet aussi d'acquérir des bases de méthodologie. Sont également proposés au cours de ce premier cycle des enseignements optionnels variés afin de donner une vision globale de l'organisation du système de soins.

Les stages au cours de ce premier cycle permettent d'ancrer les connaissances acquises pendant les cours ou d'acquérir de nouvelles compétences. Ils effectuent des stages dit de sémiologie se répartissant sur les deux années, au total 400 heures de stages doivent être effectuées. Les objectifs principaux sont l'apprentissage et la réalisation d'un examen clinique complet d'un patient, un raisonnement clinique et une démarche diagnostique.

Chaque semestre de ce Diplôme de Formation Générale permet l'acquisition de 30 European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS). Il s'agit d'un système de point développé par l'Union Européenne. Les modalités de contrôle de connaissances sont variables d'une faculté à l'autre. Au total, le Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM) permet la délivrance de 180 crédits ECTS et correspond à un grade de licence (2).

2) Deuxième cycle

Ensuite, le deuxième cycle correspond à ce qui est communément appelé “externat de médecine” (3). Celui-ci permet de valider le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM) en trois ans. Durant ce cycle, les externes vont acquérir les connaissances théoriques complètes à l’exercice de la médecine. En parallèle, le temps de pratique de la médecine s’intensifie et les étudiants en médecine sont à la fois étudiants et salariés de l’hôpital où ils effectuent des stages en temps complet ou à mi-temps dans divers services, mais également des gardes. Ce découpage permet l’apport de connaissances théoriques et pratiques.

Le programme du deuxième cycle est composé de 362 items découpés en 12 unités d’enseignements théoriques et une unité d’enseignement “stages et gardes” (4). Il permet d’assimiler les manifestations cliniques, les mécanismes physiopathologiques et les démarches thérapeutiques appliquées à chaque pathologie de chaque discipline médicale et chirurgicale. Les enseignements sont réalisés en cours magistraux et en travaux dirigés de plus petits groupes.

Concernant les stages lors du deuxième cycle, l’étudiant passe en général dans 4 services différents par an, ces derniers sont plus ou moins en adéquation avec les cours qu’il suit en parallèle. Des terrains de stage sont obligatoires au cours du cursus comme un stage de chirurgie, un stage de médecine générale, un stage dans une unité d’accueil des urgences, de réanimation ou de soins intensifs et un autre service selon les facultés et leur équipe pédagogique. D’autres stages sont recommandés (la pédiatrie, la psychiatrie, stage en laboratoire, etc.). Lors des stages, ce qui prévaut est le compagnonnage, et ce sont notamment les chefs de clinique qui sont chargés de l’enseignement. Les enseignements lors des stages sont variés : présentation de cas clinique en staff ou pendant la visite, séances de cours organisées dans le service, etc. Les stages sont soumis à une validation fixée par l’Unité de formation référente, et évaluée avec le référent à la fin du stage.

Il y a également des gardes à réaliser dont le nombre à effectuer pour valider le DFASM est fixé par la faculté. Il doit être au moins égal à 25. Celles-ci permettent souvent un gain d’autonomie à l’étudiant.

Les compétences à acquérir sont génériques et nécessaires à l'exercice de la médecine quelle que soit la spécialité :

- Être clinicien,
- Être communicateur (famille, malade et personnel soignant),
- Être coopérateur (membre d'un équipe soignante pluriprofessionnelle),
- Être acteur de santé publique,
- Être responsable sur le plan éthique et Déontologique,
- Être réflexif.

A chaque fin d'année, les étudiants sont soumis à des modalités de contrôle de connaissances qui sont propres à chaque faculté.

3) L'ECNi

Ces deux premières parties sont donc communes aux étudiants en médecine à l'issue de ces 6 années, ils doivent passer un concours appelé Épreuves Classantes Nationales informatisées (ECNi) qui permet selon le classement, de choisir une spécialité et une région pour effectuer la troisième partie, l'internat. A l'issue de ce concours ils obtiennent un niveau master, Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM) (3).

L'ECNi conditionne donc l'accès au troisième cycle, ces épreuves sont constituées de dossiers cliniques progressifs, de lectures critique d'articles et de questions isolées. Ces épreuves se déroulent sur tablettes. Les étudiants doivent, une fois ce concours effectué et le classement donné, choisir parmi 44 Diplômes d'études Spécialisées (DES) avec 30 DES médicaux, 13 DES chirurgicaux et le DES de Biologie Médicale au sein de 28 subdivisions géographiques possibles. Ils entrent alors dans le Troisième Cycle des Études Médicales (TCEM), sa durée et son déroulement sont propres à chaque spécialité (5).

3) L'internat de médecine générale :

1) Généralités

L'internat de médecine générale dure pour sa part trois ans.

Le Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale (DESMG) se découpe en deux phases : une phase dite socle qui dure une année et une phase dite d'approfondissement de deux ans. Son objectif est de former les futurs médecins généralistes aux soins primaires ambulatoires.

L'internat se compose de 6 semestres, 2 par année. Les internes ont des stages hospitaliers et ambulatoires mais également des enseignements. L'interne travaille connaissances et compétences à la fois en stage et pendant les enseignements. L'objectif est d'acquérir une autonomie croissante avec l'expérience tout en étant sous la responsabilité des praticiens maitres de stage.

2) La phase socle

La phase socle compte 70 heures d'enseignements hors stage. Ces enseignements sont réalisés par le Département de Médecine Générale de la faculté de rattachement, les internes doivent acquérir :

- Les connaissances autour de la relation médecin/patient et de la communication,
- Les connaissances nécessaires à gérer les soins non programmés et les situations d'urgence,
- La coordination des soins,
- L'approche centrée patient,
- La complexité bio-medico-psycho-sociale de Engel,
- L'Evidence Based Medicine (EBM) selon Sackett : "intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient",
- Le diagnostic au stade précoce des maladies et dans un contexte d'incertitude.

Pour ce faire, il existe des travaux d'écriture clinique, des Groupes d'Échanges de Pratique (GEP), des Apprentissages par Résolution de Problèmes (ARP), des groupes de formation à la relation thérapeutique, des groupes de tutorat centrés sur les familles de situations définies pour la discipline et des ateliers de gestes pratiques.

Durant la phase socle, l'interne est confronté aux situations de médecine générale ambulatoire avec un stage dit de niveau 1 qu'il réalise dans un ou plusieurs cabinets de médecine générale, et aux situations dans les services d'urgence hospitalière. Ces stages sont supervisés de manière directe et indirecte, ce sont des stages d'observations et d'actions.

Les modalités d'évaluation au terme de cette phase se font tout au long des évaluations en stage, des travaux d'écriture clinique ou d'enrichissement du portfolio d'apprentissage (journal de bord, récits de situations cliniques authentiques, présentations dans les services, etc.). Une évaluation des parcours, des stages et des traces d'apprentissages inscrites dans le portfolio est

organisée à la fin de la phase socle permettant ainsi de faire le point sur la situation de l'interne, ses compétences et sa progression, et les points d'amélioration en vue de sa certification.

3) La phase d'approfondissement

La phase d'approfondissement compte 4 semestres et 130 heures d'enseignements hors stages parmi lesquels des enseignements par le Département de Médecine Générale (DMG) sont toujours présents. Ils poursuivent leurs acquisitions de connaissances nécessaires à l'approche centrée patient et à la relation et communication. Ils acquerront les connaissances nécessaires à l'éducation et à la prévention, au professionnalisme et au suivi au long cours des patients chroniques polyopathologiques. Pour ce faire, les modalités d'enseignements seront inchangées vis-à-vis de la phase socle.

Les stages à réaliser au cours de ces deux années sont le stage de santé de l'enfant, de la santé de la femme qui peuvent être strictement hospitaliers, strictement ambulatoires ou combiner les deux. Ils peuvent également être réalisés dans la spécialité de médecine générale ou dans les spécialités correspondantes strictement ou de façon combinée également. De plus, un stage hospitalier de médecine polyvalente doit être réalisé dans un service de médecine adulte. Enfin, il est réalisé un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS ou niveau 2) au sein d'un ou plusieurs cabinets de médecine générale auxquels s'ajoutent des demi-journées de formation en ambulatoire et/ou en hospitalier auprès de spécialistes médicaux.

Le principe d'évaluation est le même que lors de la phase socle : un jury de validation de DES certifie l'interne sur la base de ses compétences, de ses connaissances et l'autonomie acquise au cours de son internat. Les stages et les différents travaux d'écritures dont l'éventuel portfolio sont également évalués.

4) Dans l'avenir

Actuellement en 2021, l'internat de médecine générale est de trois années mais prochainement il sera de quatre années, la dernière année sera une phase de mise en situation. Elle sera composée de deux semestres et 50 heures seront consacrées à l'enseignement hors stage. Cette phase devra permettre à l'interne d'atteindre un niveau de compétence et d'autonomie supérieur. Les deux stages pourront être réalisés sur le même site. Il s'agira d'un stage de niveau 3 ou SASPAS professionnalisant, et d'un stage libre de préférence en milieu ambulatoire. Pour le travail ci-dessous, nous ne prendrons pas en compte ce changement possible à venir (6).

5) Finalité

Enfin, l'interne doit réaliser une thèse d'exercice à la fin de l'internat, qu'il soutient devant un jury de thèse. Celui-ci soutenu et validé par le jury couplé au DES de médecine générale permet l'acquisition du Diplôme d'État de Docteur en médecine.

4) L'enseignement des soins palliatifs en France :

1) Premier et deuxième cycle

En France, l'enseignement des soins palliatifs a débuté à la suite de la circulaire ministérielle du 9 mai 1995 et l'arrêté ministériel du 4 mars 1997 (7-8).

Ces réformes ont introduit pour le premier cycle un module de sciences humaines et sociales permettant d'initier l'enseignement de la réflexion éthique, sans que le contenu soit expressément identifié. Elles ont également rendu obligatoire, au même titre que les autres disciplines, l'enseignement des soins palliatifs et celui du traitement de la douleur en deuxième cycle des études médicales. En 2000, un module spécifique a été institué, le module 6, précisé en 2007 par des objectifs généraux, ce module est alors nommé "Douleur, soins palliatifs, accompagnement" (4).

Les thèmes d'enseignements des soins palliatifs en deuxième cycle sont (9) :

- La mort,
- L'accompagnement, soins palliatifs, continuité des soins,
- La souffrance globale,
- Les douleurs et les autres symptômes,
- Relations et communications,
- La famille,
- L'équipe,
- Le bénévolat,
- L'éthique,
- Le deuil.

2) Troisième cycle

Pour le troisième cycle, l'enseignement des soins palliatifs et de la douleur se fait au travers des diplômes universitaires, interuniversitaires, capacités et diplôme d'études spécialisées complémentaires, ainsi que des Masters, un de clinique et un de recherche. Il n'existe en effet aucune obligation officielle pour que l'enseignement s'intègre obligatoirement dans le cursus des internes de médecine générale ou des autres spécialités. Selon les facultés, un enseignement au cours du DES y est dédié ou non.

3) Diplôme universitaire ou interuniversitaire

A ce jour, on compte cinquante diplômes d'université de soins palliatifs ou diplôme interuniversitaires (10).

Le diplôme universitaire de soins palliatifs comporte une année de cours, un examen écrit, un stage et la rédaction d'un mémoire. Il permet de développer les différentes facettes de la pratique des soins palliatifs. Celui-ci est accessible aux titulaires d'un diplôme de docteur en médecine et pharmacie, les étudiants en médecine et pharmacie, les étudiants en troisième cycle, les infirmières, les puéricultrices, les sages-femmes, les masseurs kinésithérapeutes diplômés d'état, les psychologues, les aides-soignantes, les travailleurs sociaux, les aumôniers, les accompagnants bénévoles.

Le diplôme interuniversitaire de soins palliatifs est le prolongement du diplôme universitaire et est donc accessible à la suite de la réussite de ce dernier. Ses objectifs sont plus larges et se clôturent également par la rédaction d'un mémoire. Le Collège National des Enseignants pour la Formation Universitaire en Soins Palliatifs (CNEFUSP-groupe Enseignement universitaire de la SFAP) a défini un contenu minimal pour l'accès des différentes universités au DIU national (11).

4) Formation Spécialisée Transversale

Les anciens Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) qualifiants ou non qualifiants ont été supprimés au profit de la Formation Spécialisée Transversale de Soins Palliatifs (FST) à partir de la promotion de novembre 2017. Celle-ci est destinée à permettre l'acquisition de plusieurs compétences et de travailler dans une structure dédiée aux soins palliatifs ou une spécialité qui est confrontée à des prises en charge de soins palliatifs (12). Cette FST a une durée de 2 semestres et fait suite à la phase d'approfondissement du 3ème cycle auquel elle est incluse.

L'étudiant a deux stages à réaliser dans un lieu bénéficiant d'un agrément fonctionnel pour la FST de Soins Palliatifs, ainsi il effectuera 12 mois de stage au total dans des structures de médecine palliative, au cours de la totalité de son troisième cycle (DES+FST) il aura obligatoirement fait 6 mois en Unité de Soins Palliatifs et 6 mois au sein d'une Équipe Mobile de Soins Palliatifs.

En sus du stage, l'étudiant aura des enseignements à raison de deux demi-journées par semaine, une sera en supervision et la seconde en autonomie. Il s'agira de séminaires mais aussi de e-learning.

Les compétences à acquérir au terme de la formation sont des compétences soignantes, relationnelles et de coopération. Il s'agira également pour l'étudiant de développer une réflexion éthique, ainsi que des compétences particulières pour un rôle d'encadrement ou de responsabilité, en formation, en pédagogie et/ou en recherche.

5) Masters

Enfin, il existe deux Masters : un Master 2 intitulé Master Santé parcours Recherche en médecine palliative et dans le champ de la fin de la vie (M2RPAL) disponible à la faculté de Paris-est-Créteil (13) ; et un Master Santé parcours Médecine Palliative : Clinique, Soins, Pédagogie, Management disponible à la faculté de Paris-est-Créteil en lien avec les Universités de Tours, de Rennes 1 et de Franche-Comté (14).

Le premier s'adresse aux professionnels de santé ou étudiants ayant une expérience clinique en médecine palliative ou étudiants, professionnels, chercheurs en sciences humaines et sociales ayant une connaissance et expérience dans le domaine de la santé. Pour y accéder, il faut avoir validé un M1 santé ou avoir un équivalent et avoir un quart temps de disponibilité pour l'élaboration et la conduite du projet de recherche.

Les objectifs de ce Master 2 sont de se former à la recherche scientifique en médecine palliative, de problématiser et concevoir un projet de recherche, d'élaborer un protocole, le mettre en œuvre, d'exploiter des résultats et en faire la communication scientifique. Pour y parvenir, il y a des enseignements théoriques étalés sur un an et un stage lors duquel l'étudiant intègre durant 4 mois une équipe de recherche labélisée par l'équipe pédagogique du Master (compatible avec une poursuite de l'activité professionnelle réduite).

Le second Master s'adresse aux médecins, infirmières, psychologues, kinésithérapeutes, psychomotriciens, assistants sociaux. Ces derniers doivent avoir un Master 1 validé ou un

équivalent : diplôme universitaire de soins palliatifs avec expérience clinique de 2 ans dans une structure de soins palliatifs ou interuniversitaire avec 2 ans d'expérience clinique diverse, un DESC de médecine palliative et douleur avec option médecine palliative (si option douleur nécessité d'un examen probatoire), ou FST de soins palliatifs, ou encore un examen probatoire pour vérifier l'acquisition des compétences cliniques de base en soins palliatifs.

Les objectifs sont de former les professionnels de santé ou médico-sociaux afin qu'ils exercent dans des structures de médecine palliative mais aussi leur permettre d'acquérir une expertise clinique de soins palliatifs, de savoir travailler en équipes de soins palliatifs, d'avoir une responsabilité institutionnelle ainsi que d'obtenir des compétences en enseignement et en formation. Pour ce faire, le Master s'étale sur une année ou sur deux ans, au travers d'enseignements théoriques avec la délivrance de 60 crédits ECTS. La réalisation d'un stage de 10 à 20 jours selon l'expérience est également nécessaire.

II. Contexte et problématisation :

Les soins palliatifs se sont beaucoup développés en France depuis une vingtaine d'années. Mais c'est principalement à l'hôpital qu'ils ont été rendus possibles, les prises en charge au domicile restant difficiles à mener à terme. En effet, le manque de moyens humains permettant une prise en charge optimale est grand, qui plus est pour des patients dont le temps de prise en charge est chronophage. Il y a également un manque de structures adaptées sur le territoire pour permettre une bonne coordination des soins. Et le soutien des aidants qui s'essouffent tout au long du processus par manque de soutien pour eux est également un point à améliorer pour développer les soins palliatifs à domicile.

Mais devant le vieillissement de la population et l'augmentation des cancers et des maladies chroniques, il semble nécessaire de développer l'aspect des soins palliatifs à domicile, puisque les services dédiés sont amenés à être facilement saturés.

De plus, les Français ont un désir de mourir à domicile puisque 81% d'entre eux déclarent vouloir passer leurs derniers instants de vie chez eux (15). Pourtant, dans un rapport de l'Observatoire National de Fin de Vie de 2011, il a été recensé en 2008 seulement 27 % de décès à domicile, 11% en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes contre 58% à l'hôpital (16).

Le médecin généraliste a une place centrale dans les prises en charge à domicile, il a une fonction de coordination des soins. Devant le développement croissant des hospitalisations à domicile, les médecins généralistes devront s'impliquer plus régulièrement et nécessairement ceux-ci doivent se préparer à la prise en charge de la fin de vie et des soins palliatifs.

D'ailleurs la définition du médecin généraliste de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) (17) de 2002, celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (18) rejoignent celle de la Société Française de Soins palliatifs (19) concernant les soins palliatifs. Elles définissent un rôle de coordination avec d'autres professionnels, pour permettre au patient d'obtenir la qualité de soins qui lui est due.

Pour atteindre cette qualité de soins, une formation en soins palliatifs semble nécessaire. Ainsi les étudiants en médecine bénéficient d'un enseignement universitaire au cours du deuxième cycle des études médicales. Celui-ci a pour objectif l'acquisition d'un socle commun de connaissances théoriques incluant le domaine des soins palliatifs et de l'accompagnement de

patients en fin de vie. Il s'y ajoute un enseignement pratique lors des différents stages réalisés devant permettre la consolidation de ces connaissances.

Pourtant, le rapport Sicard (20) a rapporté une formation insuffisante dans le domaine des soins palliatifs. Dans le premier cycle, elle a été incluse dans un module bien trop large. Lors du deuxième cycle bien que l'enseignement ait été rendu obligatoire, le module 6 consacré est très hétérogène en temps octroyé selon les facultés d'enseignements. Il déplore également l'absence de formation ultérieure en dehors des diplômes d'études spécialisées complémentaires. En effet, aucune obligation officielle n'existe pour que cet enseignement s'intègre systématiquement au cours du troisième cycle des internes de médecine générale. Il était estimé que 80 % des médecins ne recevaient pas de formation à la prise en charge de la douleur.

En ce qui concerne le troisième cycle, l'internat est souvent le lieu d'une autonomisation quasi complète pour les prises en charge des patients. Par conséquent, les internes de médecine générale lors de l'internat peuvent être confrontés à des patients en fin de vie et se sentir insuffisamment formés pour ce type de prise en soins.

L'ensemble de ces éléments nous a conduit à nous interroger sur l'impact d'une formation reçue par les étudiants en médecine lors du deuxième cycle dans le domaine des soins palliatifs et leur sentiment d'efficacité personnelle en tant qu'interne concernant l'accompagnement de patients en fin de vie.

Notre travail a pour principal objectif d'évaluer le bénéfice d'une formation théorique et/ou pratique en soins palliatifs durant le deuxième cycle sur les sentiments d'aisance des internes de médecine générale dans la région d'Occitanie Est.

III. Matériels et méthodes

1) Objectifs étudiés

L'objectif principal est d'évaluer le bénéfice d'une formation en soins palliatifs pratique et/ou théorique sur les sentiments d'aisance des internes de médecine générale dans la région d'Occitanie Est.

Dans un second temps, il s'agit d'évaluer le bénéfice d'une formation sur la capacité à faire face à une situation de soins palliatifs en garde. Ainsi que d'évaluer le sentiment de suffisance quant à la formation reçue lors de l'externat des internes de médecine générale dans la région Occitanie Est.

Le but de cette analyse étant de réfléchir à des pistes pour améliorer les compétences des internes face à des prises en soins de fin de vie ou de soins palliatifs.

2) Choix de la méthode

Nous avons opté pour une étude quantitative descriptive à partir d'un questionnaire auto-administré par email et via les réseaux sociaux à travers les groupes d'internes en région Occitanie Est.

L'utilisation d'un questionnaire envoyé par email ou via les réseaux sociaux avait pour but de solliciter un plus grand nombre d'internes au vu du contexte sanitaire.

3) Population étudiée

La population étudiée correspond aux internes inscrits en Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale, en 2ème ou 3ème année de DES, dans la région Occitanie Est pour l'année universitaire 2020-2021.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être interne,
- De spécialité en médecine générale,
- Être rattaché à la faculté de Montpellier-Nîmes,
- Avoir réalisé son stage chez le praticien de niveau un,
- Avoir réalisé ou en cours de réalisation du stage de médecine adulte,
- Être en DES 2 ou DES 3 pour l'année universitaire 2020-2021.

4) Présentation du questionnaire

Le questionnaire (annexe) a été réalisé sous format numérique grâce à la plateforme "Google forms". Ce format a été privilégié pour permettre une diffusion plus simple des questionnaires.

Il a été diffusé via mailing auprès du gestionnaire du département de médecine générale de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes et du gestionnaire de scolarité du 3ème cycle, et via les réseaux sociaux sur les groupes d'internes de médecine générale des promotions correspondants à la population étudiée.

Le questionnaire était composé de 21 questions réparties en 5 sections. Les questions étaient de choix multiples ou uniques, de questions binaires ou d'échelles ordinales et de questions à réponses libres courtes et également d'une réponse libre longue non obligatoire. Ainsi le questionnaire permettait aux internes un temps de réponse court et plus simple.

Il était précédé d'un court argumentaire du travail effectué.

La première partie s'intéressait aux caractéristiques épidémiologiques des internes (sexe, âge, promotion, faculté d'externat), à leur formation en soins palliatifs lors de l'externat (formation théorique et/ou pratique ainsi que le temps consacré à ces deux parties).

La deuxième partie recueillait leurs expériences lors de l'internat en soins palliatifs (formation pratique, diplômes complémentaires en cours ou finalisés).

La troisième partie évaluait le sentiment des internes sur la formation reçue lors de l'externat ; tant sur le temps qui lui est accordé que sur la forme qui leur paraît la plus adaptée.

La quatrième partie avait pour objectif d'évaluer le sentiment d'aisance des internes, soit leur capacité à faire face à des situations de soins palliatifs ou de fins de vie lors de leurs différents terrains de stage, et s'ils avaient été confrontés à ces situations en libéral et/ou en hospitalier, incluant également la prise en charge lors de gardes.

Enfin la cinquième et dernière partie recueillait leur projet professionnel ultérieur.

Le questionnaire avait été testé au préalable par cinq internes afin d'estimer le temps de remplissage du questionnaire ainsi que s'assurer de la clarté des questions.

5) Recueil des données et analyses statistiques

Le questionnaire a été reçu par email le 17 et le 25 mai 2021 par les internes concernés, il a été diffusé sur les réseaux sociaux le 8 mai 2021 puis une relance a été faite le 24 mai 2021 ainsi qu'une autre relance auprès des internes du DES 2 uniquement le 27 juin 2021. Les DES 3 ayant eu un cours théorique de soins palliatifs le 27 mai 2021 par le département de médecine générale de la faculté de Montpellier-Nîmes, les réponses de cette promotion à partir de cette date n'ont plus été incluses. Le 10 juillet 2021, il a été décidé l'arrêt d'inclusion.

À la suite de l'envoi du questionnaire, les données étaient disponibles directement en ligne dès la réponse de l'interne.

Les données ont été retranscrites dans un tableur Microsoft office Excel. Les variables qualitatives sont exprimées en nombre et en pourcentage et comparées par le test de Kruskal-Wallis. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart-type. Le seuil de significativité choisi des analyses statistiques est de 0,05.

L'analyse des données a été faite à l'aide du site BIOSTATGV.

La présentation s'est faite sous forme de diagrammes et d'histogrammes.

IV. Résultats

1) Caractéristiques épidémiologiques

La population ciblait 277 internes de médecine générale inscrits en DES 2 ou DES 3 de médecine générale à la faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes en mai 2021.

Le nombre de sujets nécessaire est de 97, en prenant un risque α de 0,05.

Au total, 99 questionnaires ont été récupérés et la totalité des questionnaires ont été traités.

Parmi ces 99 étudiants, 73 sont des femmes (73,6%) et 26 sont des hommes (26,4%), le sex-ratio est à 2,8 femmes pour un homme.

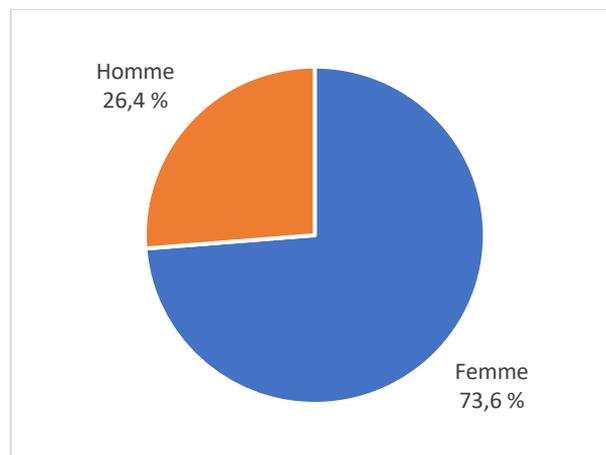


Figure 1 : Répartition en pourcentage des répondants selon leur sexe

L'âge moyen est de 27,42 ans s'étalant de 24 ans à 35 ans avec un écart type de 1,67.

Les répondants sont issus des promotions de DES 2 ou DES 3 pour l'année 2020-2021, 37 personnes (37,4%) sont en DES2 et 62 personnes (62,6%) sont en DES3. Soit un ratio de 1,67 DES 3 pour un DES 2.

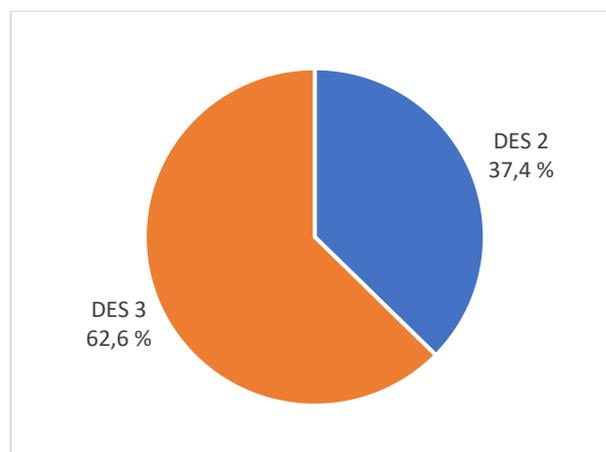


Figure 2 : Répartition en pourcentage des répondants selon leur année d'internat

Enfin la répartition des internes en fonction de leur faculté d'origine est la suivante :

- Amiens 3
- Angers 1
- Besançon 1
- Bobigny 1
- Bordeaux 3
- Caen 2
- Clermont-Ferrand 5
- Créteil 3
- Dijon 8
- Grenoble 4
- Lille 2
- Lyon 6
- Marseille 1
- Montpellier 15
- Nancy-Metz 1
- Nantes 3
- Nice 2
- Nîmes 5
- Paris 6 3
- Paris Descartes 2
- Paris Sorbonne 1
- Poitiers 3
- Reims 3
- Rennes 7
- Rouen 1
- Saint-Etienne 6
- Strasbourg 3
- Tours 4



Figure 3 : Carte représentant la répartition des internes selon leur faculté d'origine

2) Formations concernant les soins palliatifs lors de l'externat :

En ce qui concerne une formation théorique lors de l'externat : 70 personnes (70,7%) en ont eue une et 29 (29,3%) n'en ont pas eue.

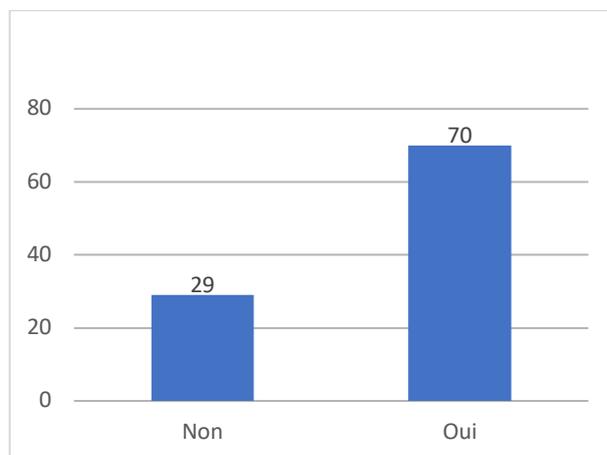


Figure 4 : Répartition des répondants concernant une formation théorique de soins palliatifs lors de l'externat

Pour la formation pratique en soins palliatifs lors de l'externat, 72 personnes n'en ont pas eue (72,7%) et 27 personnes (27,3%) en ont eue une.

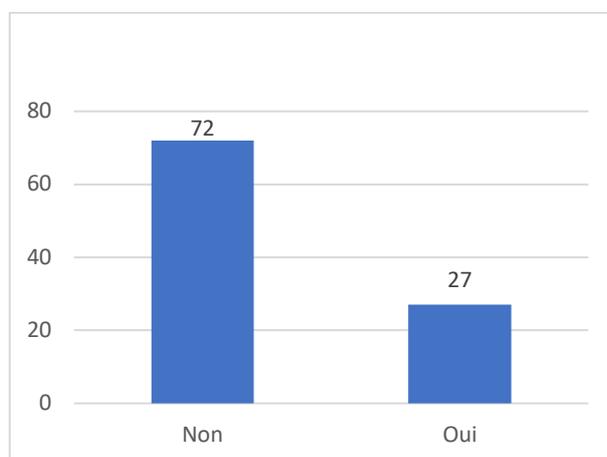


Figure 5 : Répartition des répondants concernant une formation pratique de soins palliatifs lors de l'externat

Parmi les participants n'ayant pas eu de formation théorique lors de l'externat en soins palliatifs soit 29 personnes, 26 personnes (89,7%) n'ont pas eu non plus de formation pratique en soins palliatifs lors de l'externat. Et 3 personnes (10,3%) ont eu une formation pratique.

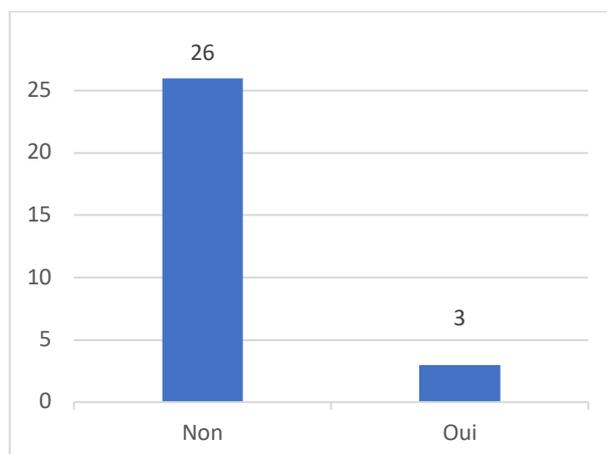


Figure 6 : Répartition des participants n'ayant pas eu de formation théorique en soins palliatifs durant l'externat et ayant eu ou non une formation pratique lors de l'externat

Parmi les participants ayant eu une formation théorique soit 70 personnes lors de l'externat en soins palliatifs, 46 personnes (65,7%) n'ont pas eu de formation pratique en soins palliatifs lors de l'externat. Et 24 personnes (34,3%) ont eu une formation pratique et théorique.

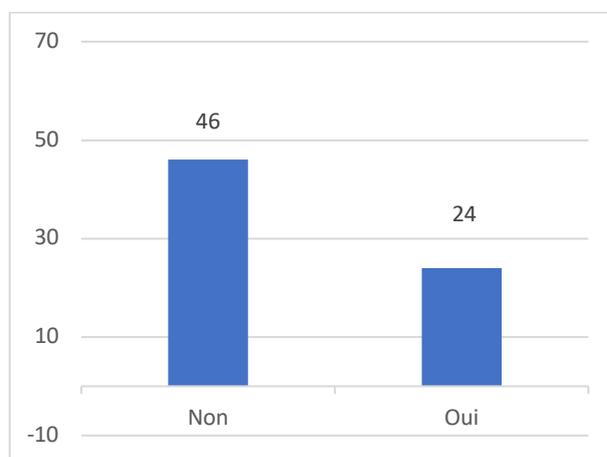


Figure 7 : Répartition des participants ayant eu une formation théorique en soins palliatifs durant l'externat et ayant eu ou non une formation pratique lors de l'externat

Nous leur avons demandé d'estimer le temps de formations théoriques qu'ils ont consacré aux soins palliatifs lors de l'externat :

- 0 Heure : 7 personnes (7,1 %)
- 0 à 10 Heures : 73 personnes (73,7 %)
- 10 à 20 Heures : 15 personnes (15,2 %)
- 20 à 30 Heures : 3 personnes (3 %)
- > 30 heures : 1 personne (1 %)

En moyenne, le temps de formation théorique consacré aux soins palliatifs lors de l'externat est évalué à 7,07 heures.

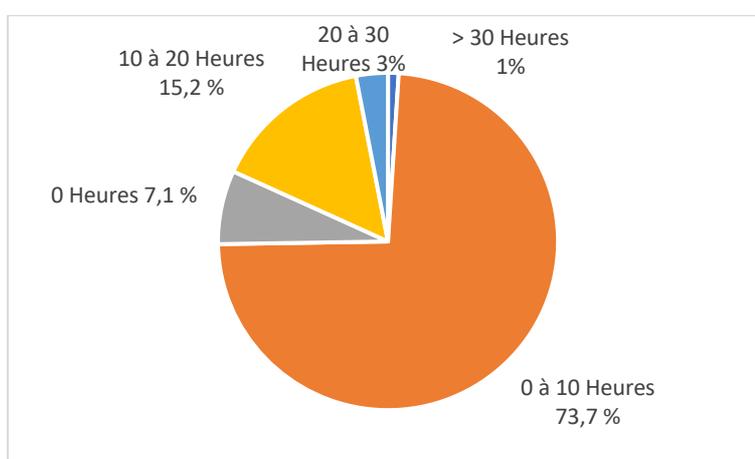


Figure 8 : Répartition en pourcentage des répondants selon le temps en heure de formation théorique consacré aux soins palliatifs durant l'externat

Ensuite ils évaluent le temps de formation pratique lors de l'externat ainsi :

- 0 jour : 57 personnes soit 57,6 %
- 1 à 15 jours : 33 personnes soit 33,3 %
- 16 à 30 jours : 6 personnes soit 6,1 %
- > 30 jours : 3 personnes soit 3 %

En moyenne, le temps de formation pratique consacré aux soins palliatifs lors de l'externat est évalué à 5,21 jours.

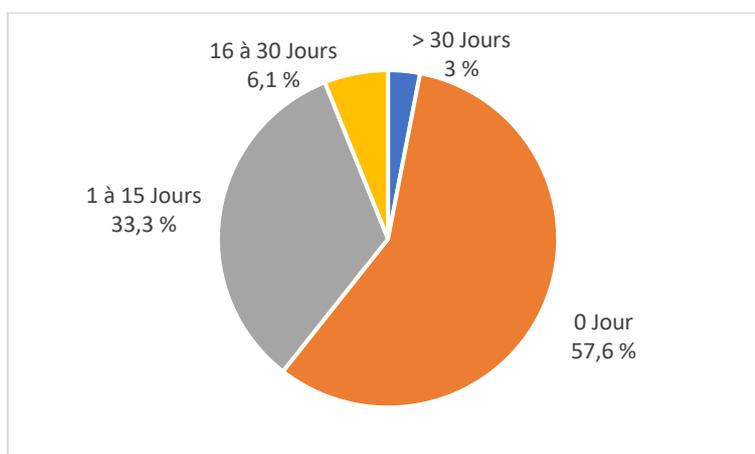


Figure 9 : Répartition en pourcentage des participants selon le nombre de jours effectué en formation pratique en soins palliatifs durant l'externat

3) Formations concernant les soins palliatifs lors de l'internat :

Concernant la formation pratique lors de l'internat, 49 personnes soit 49,5 % n'en ont pas eue et 50 personnes soit 50,5 % en ont eue une.

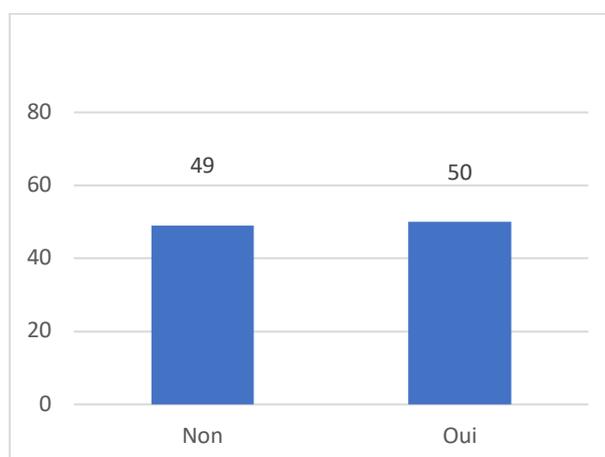


Figure 10 : Répartition des répondants selon leur formation pratique lors de l'internat en soins palliatifs

Chez les DES 2, 21 personnes (56,8%) n'en ont pas eu, 16 personnes 43,2% (43,2%) en ont eue une alors que chez les DES 3 28 personnes (45,2%) n'en ont pas eu et 34 personnes (54,8%) en ont eue une.

4) Formations complémentaires en soins palliatifs :

Il y a 2 personnes (2,1 %) qui réalisent ou ont réalisés un DU de soins palliatifs. Une personne réalise une FST de soins palliatifs, 93 personnes ne réalisent pas de formations complémentaires en soins palliatifs soit 95,9 %.

Une personne a notifié avoir eu une formation de 5 jours par l'équipe mobile de soins palliatifs à l'hôpital de Mende mais ceci ne menant pas à l'obtention d'un diplôme spécifique cette réponse a été exclue. Deux personnes n'ont pas répondu à cette question.

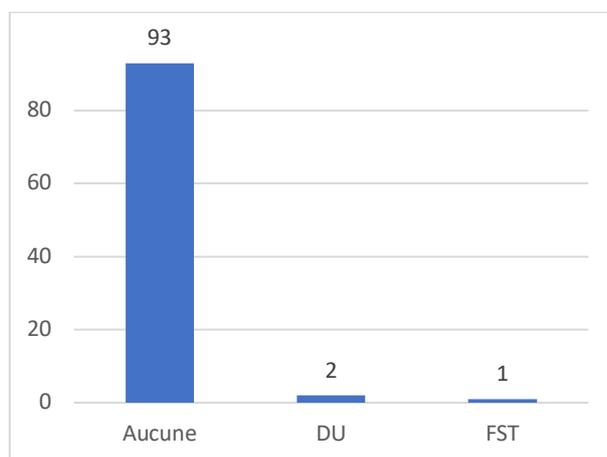


Figure 11 : Répartition des participants sur leurs formations complémentaires en soins palliatifs

5) Sentiments d'avoir eu une formation suffisante lors de l'externat :

Les participants estiment que les formations de soins palliatifs reçues lors de l'externat sont plutôt insuffisantes :

- Non : 32 personnes (32,3 %)
- Plutôt non : 36 personnes (36,4%)
- Neutre : 18 personnes (18,2%)
- Plutôt oui : 11 personnes (11,1%)
- Oui : 2 personnes (2 %)

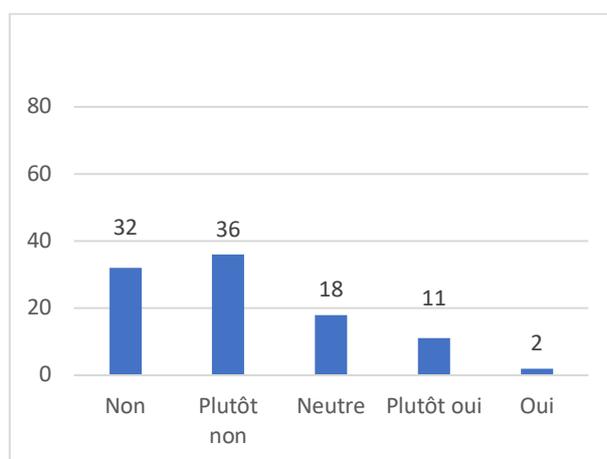


Figure 12 : Répartition des participants selon leur sentiment d'avoir eu une formation suffisante en soins palliatifs lors de l'externat

Chez les participants ayant eu une formation théorique de soins palliatifs lors de l'externat (70 personnes), la formation reste malgré tout insuffisante pour la majorité :

- Non, 18 personnes (25,7 %)
- Plutôt non, 25 personnes (35,7%)
- Neutre, 15 personnes (21,4%)
- Plutôt oui, 10 personnes (14,3%)
- Oui, 2 personnes (2,9%)

Chez les participants n'ayant pas eu une formation théorique lors de l'externat (29 personnes), ils estiment que leur formation est insuffisante avec les 3/4 insatisfaits :

- Non, 14 personnes (48,3%)
- Plutôt non, 11 personnes (37,9%)
- Neutre, 3 personnes (10,3%)
- Plutôt oui, 1 personne (3,5%)
- Oui, 0 personne

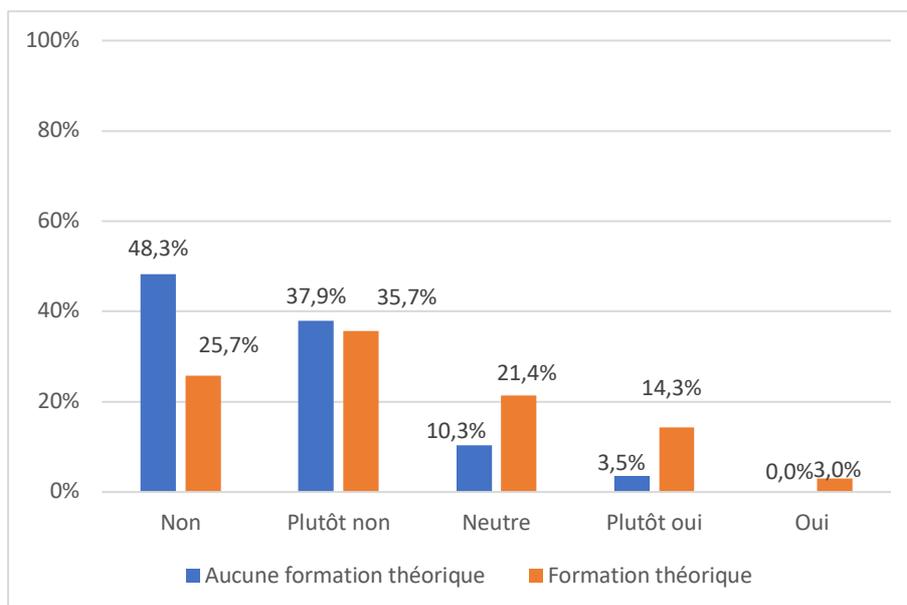


Figure 13 : Répartition en pourcentage des participants selon leur sentiment d'avoir eu une formation suffisante en soins palliatifs lors de l'externat selon qu'ils aient eu ou non une formation théorique de soins palliatifs lors de l'externat et leur ressenti quant à leur formation

Chez les participants ayant eu une formation pratique lors de l'externat (27 personnes), le sentiment semble plus partagé concernant le temps accordé à la formation de soins palliatifs :

- Non, 2 personnes (7,5%)
- Plutôt non, 10 personnes (37%)
- Neutre, 7 personnes (25,9%)
- Plutôt oui, 7 personnes (25,9%)
- Oui, 1 personne (3,7%)

Chez les participants n'ayant pas eu de formation pratique lors de l'externat (72 personnes), ils estiment majoritairement avoir eu une formation insuffisante :

- Non, 30 personnes (41,7%)
- Plutôt non, 26 personnes (36,1%)
- Neutre, 11 personnes (15,2%)
- Plutôt oui, 4 personnes (5,6%)
- Oui, 1 personne (1,4%)

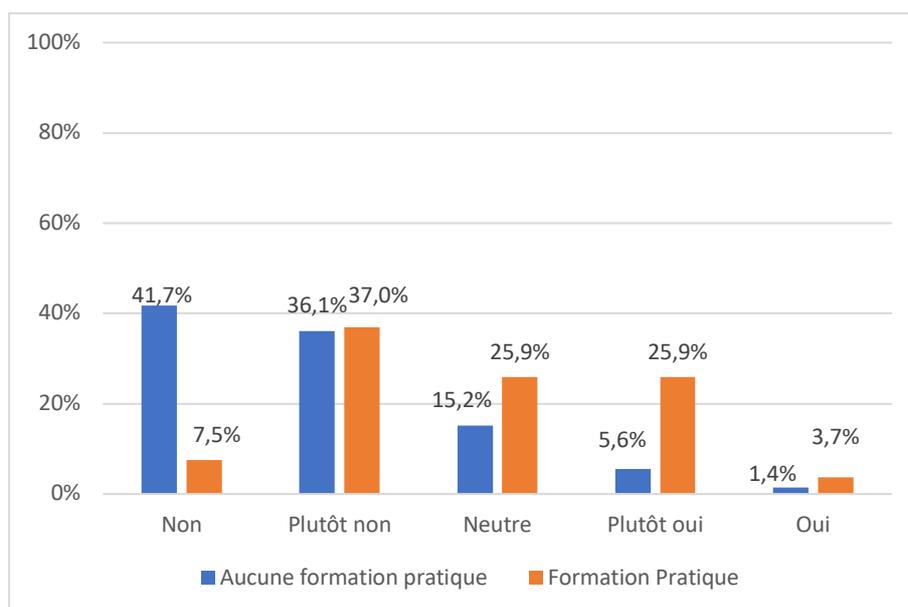


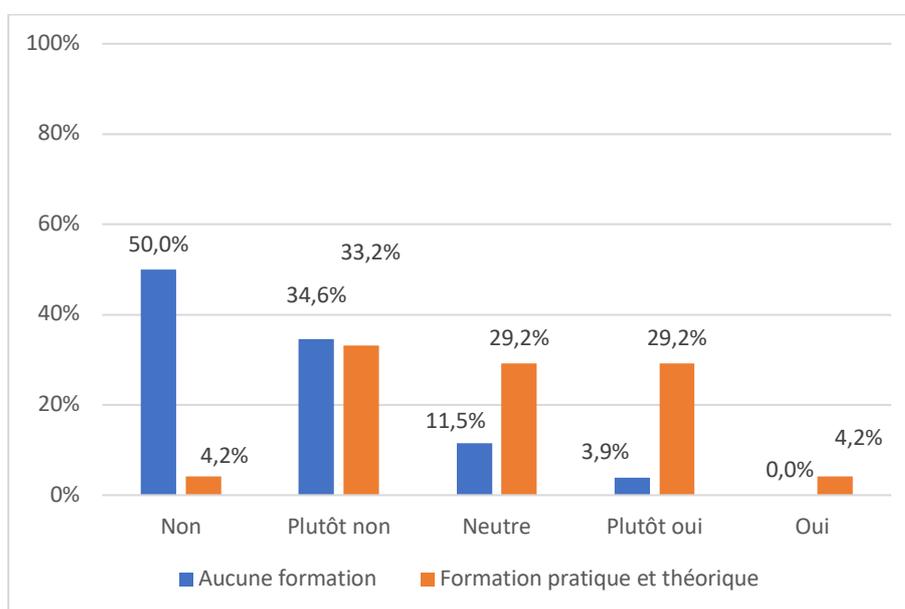
Figure 14 : Répartition en pourcentage des participants selon leur sentiment d'avoir eu une formation suffisante en soins palliatifs lors de l'externat selon qu'ils aient eu ou non une formation pratique de soins palliatifs lors de l'externat et leur ressenti quant à leur formation

Chez les participants n'ayant eu ni formation pratique ni théorique lors de l'externat (26 personnes), en soins palliatifs, la majorité estime avoir eu une formation insuffisante :

- Non, 13 personnes (50%)
- Plutôt non, 9 personnes (34,6%)
- Neutre, 3 personnes (11,5%)
- Plutôt oui, 1 personne (3,9%)
- Oui, 0 personne

Les participants ayant eu une formation pratique et une formation théorique lors de l'externat (24 personnes), en soins palliatifs, ont un sentiment partagé quant à la suffisance de cette formation :

- Non, 1 personne (4,2%)
- Plutôt non, 8 personnes (33,2%)
- Neutre, 7 personnes (29,2%)
- Plutôt oui, 7 personnes (29,2%)
- Oui, 1 personne (4,2%)



Figures 15 : Répartition en pourcentage des participants ayant eu aucune formation lors de l'externat et ayant eu une formation pratique et théorique et leur ressenti quant à leur formation

Le test de Kruskal-Wallis en comparant les internes ayant eu une formation théorique et pratique à ceux n'ayant eu aucune formation a retrouvé un p à 4,06 ce qui n'est donc pas significatif concernant leur sentiment de suffisance quant à leur formation en soins palliatifs.

Les participants ayant eu une formation pratique et/ou une formation théorique lors de l'externat (73 personnes), en soins palliatifs, ont également un sentiment partagé quant à leur formation reçue :

- Non, 19 personnes (26,1 %)
- Plutôt non, 27 personnes (37%)
- Neutre, 15 personnes (20,5%)
- Plutôt oui, 10 personnes (13,7%)
- Oui, 2 personnes (2,7%)

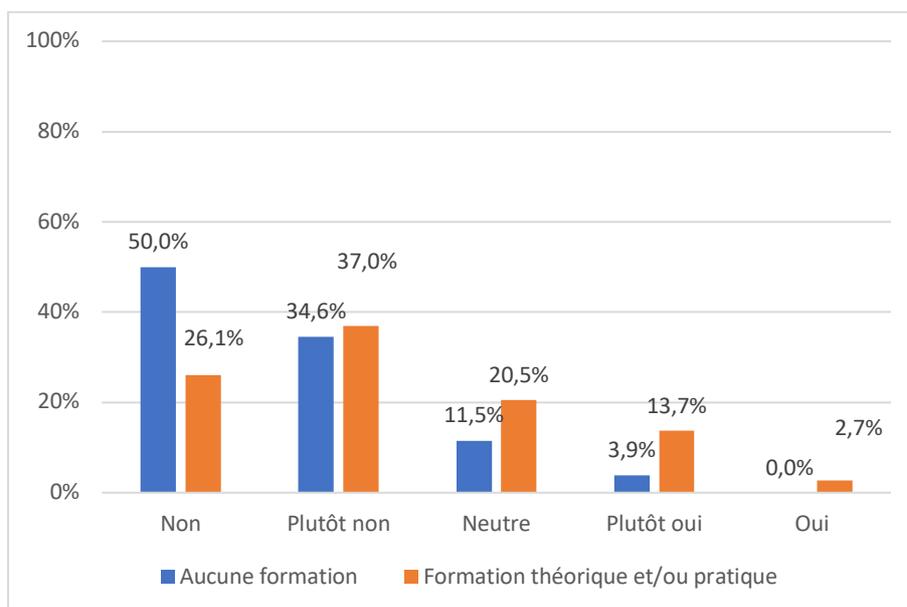


Figure 16 : Répartition en pourcentage des participants n'ayant eu aucune formation lors de l'externat et ceux ayant eu une formation pratique et/ou théorique et leur ressenti quant à leur formation

Le test de Kruskal-Wallis réalisé a retrouvé un p à 0,01 ce qui est significatif en comparant le ressenti des internes sur la suffisance de leur formation selon qu'ils aient eu une formation théorique et/ou pratique ou qu'ils n'en aient eue aucune.

6) Quelle formation selon eux est la plus adéquate pour enseigner les soins palliatifs lors de l'externat ?

Lorsque nous les avons interrogés sur la manière qu'ils pensaient la plus adéquate d'enseigner les soins palliatifs, 81 personnes (81,8%) pensent qu'une formation pratique et théorique est la plus adaptée, 10 personnes (10,1%) pensent qu'une formation pratique seule est adéquate, 7 personnes (7,1 %) pensent qu'une formation théorique est adéquate, 1 personne (1%) pense qu'aucune formation lors de l'externat n'est nécessaire. Il s'agissait d'une réponse à choix unique.

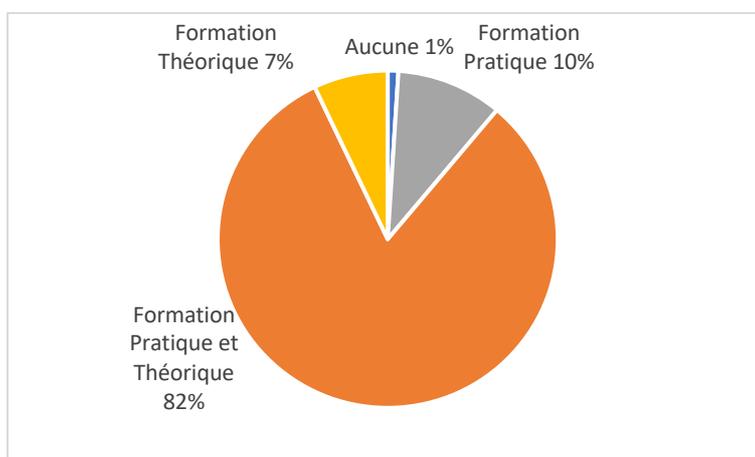


Figure 17 : Répartition en pourcentage des participants selon la formation qu'ils trouvent la plus adéquate pour enseigner les soins palliatifs lors de l'externat

7) Prise en charge de soins palliatifs lors de l'internat

Nous les avons interrogés sur leur pratique en tant qu'interne et nous voulions savoir s'ils avaient été ou non confrontés à des prises en charge de soins palliatifs lors de l'internat ; ainsi, 91 personnes (91,9 %) ont été confrontées à une situation de soins palliatifs lors de l'internat et 8 personnes (8,1 %) ne l'ont pas été.

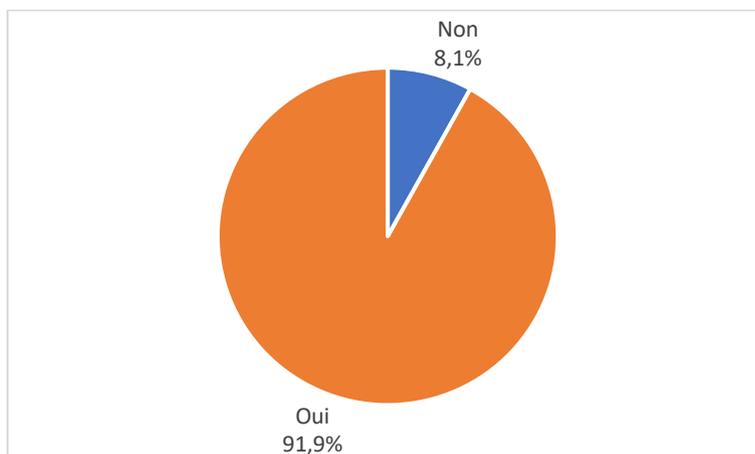


Figure 18 : Répartition en pourcentage des participants selon la confrontation à des patients en soins palliatifs lors de l'internat

Chez les 90 personnes ayant eu des patients en soins palliatifs à charge, 38 personnes (38,4 %) ont eu entre 1 à 10 patients, 26 personnes (26,3 %) ont eu entre 11 et 20 patients et 26 personnes (26,3 %) ont eu plus de 20 patients à charge. Soit 14,17 patients en soins palliatifs à charge en moyenne par interne.

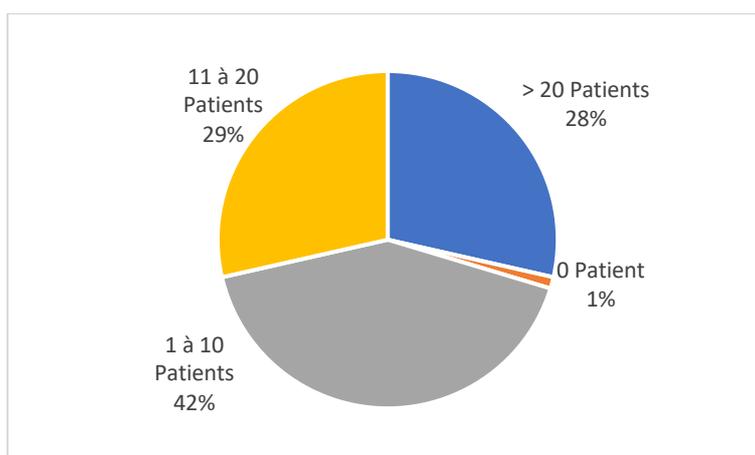


Figure 19 : Répartition en pourcentage des participants selon le pourcentage de patients en soins palliatifs à charge lors de l'internat

Ensuite, nous les avons interrogés sur leurs sentiments quant à la prise en charge de ces patients en soins palliatifs lors de l'internat dans différents domaines :

En ce qui concerne le ressenti des participants quant à la prise en charge en soins palliatifs sur le plan émotionnel, 7 personnes (7,1%) ne se sentent pas à l'aise, 35 personnes (35,4 %) se sentent peu à l'aise, 25 personnes (25,2 %) ne se sentent ni à l'aise ni pas à l'aise, 30 personnes (30,3 %) se sentent plutôt à l'aise et 2 personnes (2 %) se sentent très à l'aise.

Le test de Kruskal-Wallis réalisé en comparant ceux ayant eu une formation théorique et/ou pratique lors de l'externat et ceux n'en ayant eue aucune a retrouvé un p égal à 0,52 qui n'est donc pas significatif.

Sur le sentiment d'aisance concernant la prise en charge médicamenteuse en soins palliatifs, les participants se sentent pour 15 personnes (15,2%) pas à l'aise, 39 personnes (39,4%) se sentent peu à l'aise, 14 personnes (14,1%) ne sentent ni à l'aise ni pas à l'aise, 31 personnes (31,3%) se sentent plutôt à l'aise et personne ne se sent très à l'aise.

Le test de Kruskal-Wallis a retrouvé un p égal à 0,62 qui n'est donc pas significatif, en comparant les participants ayant eu une formation théorique et/ou pratique lors de l'externat et ceux n'en ayant pas eue.

En ce qui concerne le ressenti des participants concernant la prise en charge non médicamenteuse quant à la prise en charge en soins palliatifs, 14 personnes (14,1%) ne se sentent pas à l'aise, 49 personnes (49,5%) se sentent peu à l'aise, 22 personnes (22,2%) ne sentent ni à l'aise ni pas à l'aise, 13 personnes (13,2%) se sentent plutôt à l'aise et 1 personne (1 %) se sent très à l'aise.

Le test de Kruskal-Wallis réalisé en comparant les internes ayant eu une formation pratique et/ou théorique lors de l'externat et ceux n'en ayant eue aucune a retrouvé un p égal à 0,85 qui n'est donc pas significatif.

Concernant la prise en charge psychologique du patient en soins palliatifs, 17 personnes (17,2%) ne se sentent pas à l'aise, 44 personnes (44,4%) se sentent peu à l'aise, 24 personnes (24,2%) ne se sentent ni à l'aise ni pas à l'aise, 14 personnes (14,2%) se sentent plutôt à l'aise et personne ne se sent très à l'aise quant à cette prise en charge en soins palliatifs.

Le test de Kruskal-Wallis réalisé a retrouvé un p égal à 0,28 qui n'est donc pas significatif, en comparant les internes sans formation lors de l'externat et ceux ayant eu une formation théorique et/ou pratique.

En ce qui concerne le ressenti des participants concernant la prise en charge sociale en soins palliatifs, 35 personnes (35,4%) ne se sentent pas à l'aise, 43 personnes (43,4%) se sentent peu à l'aise, 15 personnes (15,2%) ne se sentent ni à l'aise ni pas à l'aise, 6 personnes (6 %) se sentent plutôt à l'aise et personne ne se sent très à l'aise.

Le test de Kruskal-Wallis réalisé a retrouvé un p égal à 0,64 qui n'est donc pas significatif, il a comparé les internes avec une formation théorique et/ou pratique lors de l'externat et ceux sans.

Pour ce qui est du ressenti des participants concernant la prise en charge en soins palliatifs sur l'aide apportée aux aidants principaux, 17 personnes (17,2%) ne se sentent pas à l'aise, 57 personnes (57,6%) se sentent peu à l'aise, 15 personnes (15,1%) ne se sentent ni à l'aise ni pas à l'aise, 10 personnes (10,1%) se sentent plutôt à l'aise et personne ne se sent très à l'aise.

Le test de Kruskal-Wallis réalisé en comparant les internes ayant eu une formation théorique et/ou pratique lors de l'externat et ceux sans a retrouvé un p égal 0,38 qui n'est donc pas significatif.

Enfin, le ressenti des participants concernant la prise en charge en soins palliatifs sur la discussion d'équipe était que 4 personnes (4 %) ne se sentent pas à l'aise, 19 personnes (19,2%) se sentent peu à l'aise, 33 personnes (33,3%) ne se sentent ni à l'aise ni pas à l'aise, 35 personnes (35,4%) se sentent plutôt à l'aise et 8 personnes (8,1%) se sentent très à l'aise.

Le test de Kruskal-Wallis réalisé en comparant les internes avec ou sans formation théorique et/ou pratique lors de l'externat a retrouvé un p égal à 0,66 qui n'est donc pas significatif.

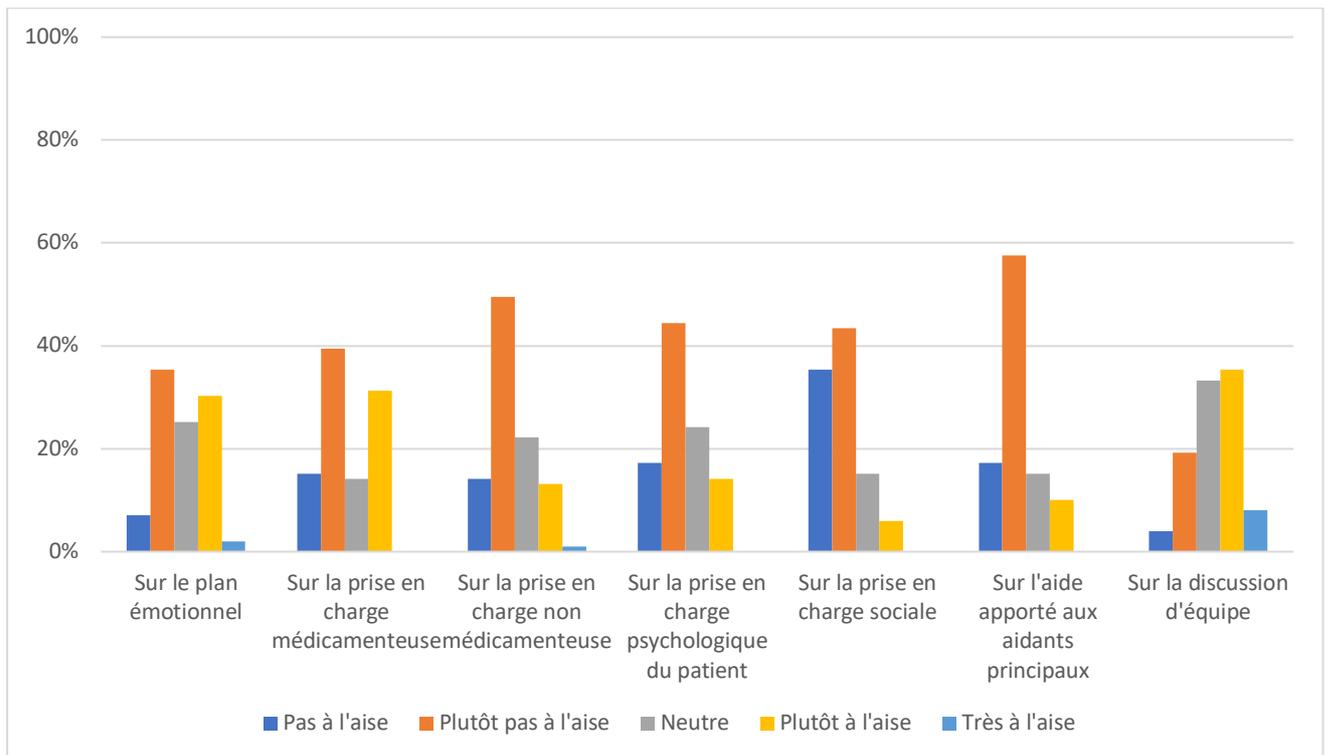


Figure 20 : Répartition en pourcentage des internes selon leur sentiment quant à la prise en charge en soins palliatifs sur le plan émotionnel, sur les prises en charge médicamenteuse, non médicamenteuse, psychologique du patient et sociale, sur l'aide apporté aux aidants principaux et sur la discussion d'équipe.

Nous avons ensuite interrogé les internes sur les lieux où ils avaient été confrontés à ces prises en charge de soins palliatifs.

Parmi les personnes ayant eu à prendre en charge des patients en soins palliatifs 50 personnes (50,5%) ont eu à prendre en charge ces patients en ambulatoire et en hospitalier, 42 personnes (42,4 %) en hospitalier uniquement et 1 personne (1 %) uniquement en ambulatoire.

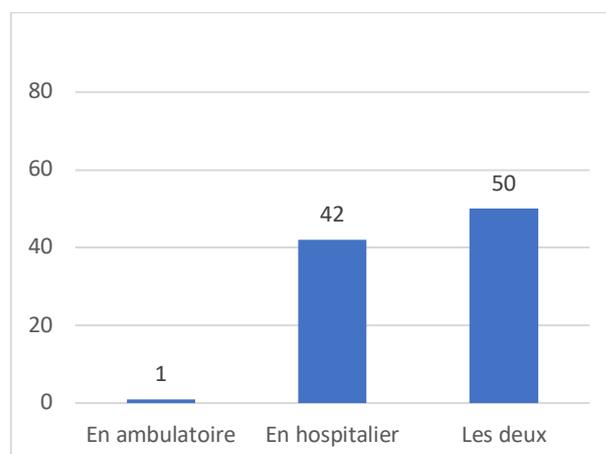


Figure 21 : Répartition des participants selon les lieux de prises en charge des patients de soins palliatifs

Nous les avons interrogés sur les structures dans lesquels ils se sentaient le plus à l'aise :

- En ambulatoire : 1 personne (1 %)
- En hospitalier : 64 personnes (64,6 %)
- En ambulatoire et en hospitalier : 3 personnes (3 %)
- Aucun : 15 personnes (15,2 %)
- Non concerné : 16 personnes (16,2 %)

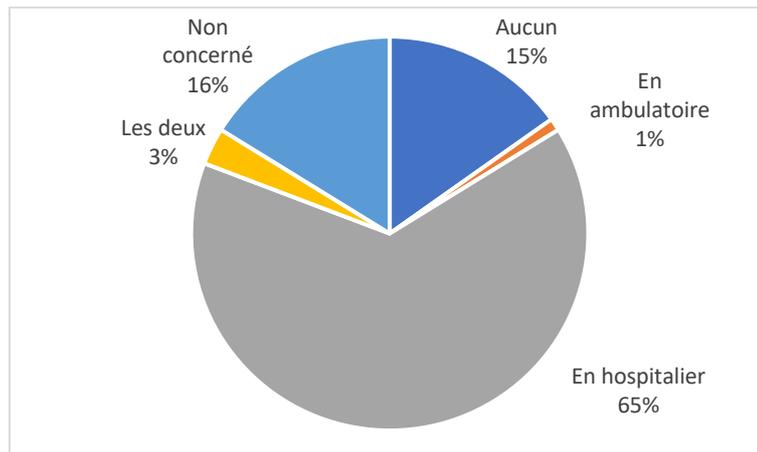


Figure 22 : Répartition en pourcentage selon les lieux où les participants étaient le plus à l'aise pour la prise en charge de soins palliatifs

Enfin nous leur avons demandé si certaines situations avaient eu lieu lors de gardes et quel était leur ressenti dans ces situations comparativement aux jours ouvrés, 1 personne s'est dite très à l'aise, 13 personnes (13,1 %) plutôt à l'aise, 24 personnes (24,2 %) neutre, 33 personnes (33,3 %) peu à l'aise et 28 personnes (28,3 %) pas à l'aise.

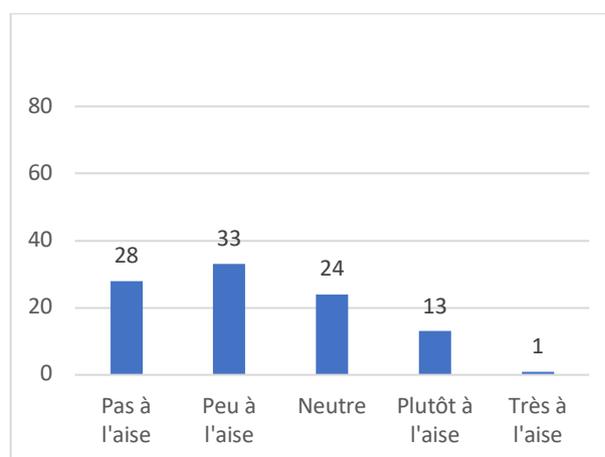


Figure 23 : Répartition des participants selon leur sentiment d'aisance quant à la prise en charge en soins palliatifs lors des gardes comparativement aux jours ouvrés

Le test de Kruskal-Wallis a retrouvé un p égal à 0,49, qui n'est donc pas significatif en comparant les internes n'ayant eu aucune formation et les internes ayant eu une formation théorique et/ou pratique lors de l'externat en soins palliatifs selon leur sentiment d'aisance quant à la prise en charge en soins palliatifs lors des gardes comparativement aux jours ouvrés.

Les raisons de leurs sentiments d'aisance plutôt défavorables lors des gardes sont variées (86 réponses sur 99 personnes) :

- 48 personnes soit 55,8 % du fait de l'absence de chef en présentiel,
- 72 personnes soit 83,7 % du fait de l'inconnu du dossier,
- 56 personnes soit 65,1 % du fait du manque d'informations à disposition,
- 58 personnes soit 67,4 % devant l'urgence de la situation,
- 24 personnes soit 27,9 % devant la fatigue,
- 1 personne soit 1,2 % du fait du manque de connaissance personnelle en soins palliatifs,
- 1 personne soit 1,2 % n'a pas pu exprimer ses difficultés,
- 2 personnes soit 2,4 % n'ont pas été confrontés à la situation.

8) La situation envisagée post-internat

79 personnes (79,8 %) envisagent dans leur pratique future de réaliser des prises en charge de soins palliatifs et 20 personnes (20,2 %) ne l'envisagent pas.

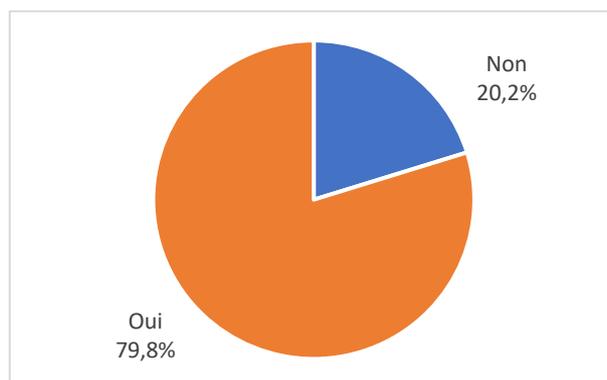


Figure 24 : Répartition en pourcentage des participants quant à leur volonté de pratiquer les soins palliatifs à l'avenir

7 personnes chez les DES 2 (18,9%) ne souhaitent pas en faire et 30 personnes l'envisagent (81,1%). Chez les DES 3, 13 personnes ne souhaitent pas en faire (20,9%) et 49 personnes l'envisagent (79,1%)

Les raisons données quant à la non-volonté d'en réaliser sont diverses :

- « J'aimerais bien dans le principe mais je ne suis pas armée" »
- « Pas à l'aise »
- « Trop spécialisé, en ambulatoire au domicile trop peu d'occasion de prise en charge pour être efficace »
- « Pas d'attrait particulier pour les soins palliatifs, orientation d'une activité plutôt pédiatrique »
- « Orientation vers de la médecine du sport donc non concerné par les soins palliatifs »
- « Parce que je ne sais pas en faire »
- « Je ne souhaite pas prendre en charge de personnes âgées dans ma patientèle »
- « Pas à l'aise dans ma formation pour le moment. Je pourrais l'envisager si j'ai une formation et que la prise en charge ne me parait pas trop compliquée en ambulatoire »
- « HAD plus compétent que moi »
- « Difficultés émotionnelles sur le long terme »
- « Manque de connaissances »
- « Mais après m'être formée ! »
- « Non qualifiée »
- « Pas assez formée »
- « Ce n'est pas dans l'objectif de mes projets professionnels futurs. »
- « Pour le niveau d'implication et de connaissances théoriques que je n'ai pas pour l'instant »
- « Je ne me sens pas à l'aise, après si j'y suis confrontée, je demanderai de l'aide et je le ferai ... »
- « Ce n'est pas un domaine de la médecine qui m'attire et d'autres feront mieux que moi »

V. Discussion

1) Limites et Forces de l'étude

a) Les biais

L'une des premières limites de notre étude est liée au mode de recueil des données, ces dernières étant obtenues à partir d'un auto-questionnaire. Cela génère un biais de mémorisation, par exemple à la question « combien de temps de formation théorique avez-vous consacré aux soins palliatifs lors de l'externat ? » Ce biais est également retrouvé lorsque nous interrogeons les internes sur leur confrontation aux situations de soins palliatifs, le nombre de personnes à charge et les lieux dans lesquels les situations de soins palliatifs étaient rencontrées.

Par ailleurs, concernant leur besoin de formation, les internes pouvaient se sentir orientés et jugés par le questionnaire, ce qui ne préjuge alors pas de leur motivation réelle. Cette subjectivité se retrouve lorsque nous recueillons le sentiment des internes quant à leur capacité de prise en charge de patients en soins palliatifs, certains ayant tendance à la surestimer et d'autres à la sous-estimer. Il existe aussi une limite concernant le caractère purement déclaratif des sentiments d'aisance quant à la prise en charge en soins palliatifs et l'absence d'évaluation des compétences effectivement maîtrisées en pratique.

Il y a également un biais d'interprétation, en effet, la définition du patient en soins palliatifs peut varier selon les personnes et la situation. Comme nous avons pu le constater au vu des réponses quant à la non-volonté de pratiquer par la suite des soins palliatifs en raison d'une orientation pédiatrique ou parce qu'il ne souhaite pas réaliser des prises en charge de personnes âgées. Ainsi certains répondants ont présupposé que les soins palliatifs ne sont identifiés que chez les personnes âgées et jamais dans les autres tranches d'âge.

Il existe également un biais de sélection. Nous étudions les internes qui étaient au moment de leur réponse entre le 4^{ème} et le 6^{ème} semestre, or le mail-listing et les groupes de réseaux sociaux incluaient tous les internes de DES 2 à 3, les internes ayant terminé l'internat et n'ayant pas soutenu le DES inclus. Toutefois, le court argumentaire en préambule du questionnaire n'invitait que les internes entre le 4^{ème} et le 6^{ème} semestre à répondre au questionnaire pour limiter ce biais.

De plus, la forte proportion des DES 3 dans notre échantillon peut limiter la représentativité de ce dernier. Pour rappel, 37 personnes en DES 2 et 62 personnes en DES 3.

A noter également que le DMG de Montpellier-Nîmes organise un cours théorique de soins palliatifs qui a lieu en DES 3. C'est pour cette raison que le questionnaire n'interrogeait pas sur la présence ou non lors de l'internat d'une formation théorique. Ceci est aussi à l'origine d'un différentiel de temps de réponse entre les internes de DES 2 et ceux en DES 3 puisque le cours a été réalisé le 27 mai 2021 à l'attention des internes en DES 3. Nous avons donc recueilli les données des DES 2 du 8 mai 2021 au 10 juillet 2021 tandis que les données des internes de DES 3 ont été recueillies du 8 mai 2021 au 26 mai 2021 inclus.

Ensuite, un biais de non-réponse apparaît par exemple pour la question « réalisez-vous ou avez-vous réalisé une formation complémentaire en soins palliatifs ? » qui n'exigeait pas de réponse.

Enfin, il y a un biais de recrutement. L'étude ayant un caractère monocentrique, l'échantillon constitué ne peut être représentatif des internes à l'échelle nationale. Par conséquent, nous ne pouvons pas extrapoler les résultats obtenus. Cela pourrait également expliquer le caractère non significatif des résultats obtenus.

b) Les forces

Tout d'abord, dans le cadre d'une étude quantitative descriptive, l'auto-questionnaire était le moyen le plus efficient pour une diffusion large et un recueil de données rapide et complet. De plus, la centralisation des données numériques générées a permis une analyse et une réponse aux objectifs fixés tout en minimisant les erreurs de transcription.

Par ailleurs, le caractère obligatoire de la réponse à la majorité des questions a simplifié la comparaison et l'analyse des données obtenues.

Ensuite, le testing préalable du questionnaire auprès de certains internes a permis de vérifier la validité de ce questionnaire et d'évaluer le temps de réponse qui était minimal afin de limiter un biais de sélection.

Enfin, le taux de participation de 99 internes était suffisant au vu du nombre de sujets nécessaire calculé à 97.

2) Interprétations des résultats

a) La représentativité des résultats :

Le taux de réponse est de 35,7%, ce qui est faible mais le nombre de sujets nécessaire a été calculé à 97, et 99 personnes ont répondu à cet auto-questionnaire ce qui peut supposer une bonne représentativité.

Parmi les répondants, 73,6% sont des femmes contre 26,4% d'hommes ce qui est cohérent avec la population étudiante nationale puisque 64 % de femmes ont été recensées dans l'enseignement supérieur en médecine, odontologie et pharmacie en 2019 (21).

L'âge des internes était de 27,42 +/- 1,67 ans. L'âge théorique en DES 1 après 6 années d'études est de 24,5 ans, on peut donc estimer l'âge moyen des DES 2 et DES 3 à 26 ans, notre échantillon semble donc non représentatif, ceci pouvant s'expliquer par une plus grosse proportion de DES 3 dans notre échantillon.

Les internes en DES 3 sont majoritairement répondants comparativement aux DES 2, ceci malgré le temps d'accès au questionnaire plus long pour les DES 2. Nous pourrions expliquer cette différence par un attrait plus important des DES 3 au vu de l'approche de la fin de l'internat par l'obtention de la thèse. De plus, le nombre d'inscrits pour l'année universitaire 2020-2021 en DES 3 était supérieur à celui des DES 2, 152 contre 125 internes.

Il existait une importante hétérogénéité concernant leur faculté d'origine puisque les internes avaient réalisé leur externat dans 28 facultés différentes.

b) Objectif Principal

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer le bénéfice de la formation en soins palliatifs reçue lors du deuxième cycle à partir du sentiment d'aisance des internes de médecine générale. Tous les internes ont répondu aux questions relatives aux sentiments d'aisance, qu'ils aient ou non été confrontés à des situations de soins palliatifs ce qui pourrait être à l'origine d'un biais de subjectivité. En effet, les internes ayant vécu ces situations ont pu adapter leurs réponses, pouvant craindre d'être jugés. Par ailleurs, les internes n'ayant pas vécu ces situations, ont, eux, pu répondre en imaginant comment ils se sentiraient.

Malheureusement, nous n'avons pas pu démontrer de manière significative une différence de ressenti des internes selon qu'ils aient eu une formation pratique et/ou théorique lors de l'externat quant à la prise en charge en soins palliatifs sur le plan émotionnel, sur les prises en

charge médicamenteuse, non médicamenteuse, psychologique du patient et sociale, sur l'aide apportée aux aidants principaux et sur la discussion d'équipe.

Toutefois, les réponses à ces différents items nous permettent de dessiner plusieurs tendances. En effet, concernant leur ressenti sur le plan émotionnel, ils notent un sentiment d'aisance mitigé. Pour ce qui est de la prise en charge médicamenteuse, plus de 50% ne se sentent pas ou peu à l'aise et aucun n'est très à l'aise ; pour la prise en charge non médicamenteuse, ce sont 60% qui ne se sentent pas ou peu à l'aise. Les participants ne se sentent pas à l'aise non plus vis-à-vis de l'aide à apporter aux aidants principaux avec quasiment les 3/4 des internes répondants négativement.

Concernant la prise en charge psychologique du patient et la prise en charge sociale, les internes ne se sentent pas ou peu à l'aise à plus de 70% et 75% respectivement. Ceci peut s'expliquer par le fait que nous nous référons à d'autres corps de métiers pour réaliser ces parts de la prise en charge. Malgré tout, les connaître c'est déjà pouvoir les proposer ou les envisager pour un patient ou sa famille.

Pour finir, la discussion d'équipe est, pour sa part, perçue de manière plutôt positive par les internes qui se sentent plutôt à l'aise avec cette partie de la prise en charge. Ce travail d'équipe peut en effet contrebalancer le sentiment d'inconfort vis-à-vis des autres parts de la prise en charge en soins palliatifs ressenti par les internes, leur permettant d'ouvrir une discussion et d'être guidé pour la réalisation de la prise en charge.

c) Objectifs Secondaires

i) Suffisance de la formation en soins palliatifs lors de l'externat

Les internes ont majoritairement répondu avoir reçu une formation insuffisante en soins palliatifs avec les 2/3 répondants plutôt non ou non à la question « avez-vous le sentiment d'avoir eu une formation suffisante lors de l'externat concernant les soins palliatifs ? ».

Plus en détail, chez ceux ayant eu une formation théorique lors de l'externat, la formation reste selon la majorité insuffisante, avec plus de 60% répondant non ou plutôt non à la question. La proportion augmente pour ceux n'ayant pas eu de formation théorique lors de l'externat avec plus de 86% répondant non ou plutôt non. Pour ceux ayant eu une formation pratique, le sentiment est moins partagé avec moins de 45% répondant non ou plutôt non. Mais ceux n'ayant pas eu de formation pratique estiment largement ne pas avoir eu de formation suffisante (75%

de non ou plutôt non). Ceci peut laisser entrevoir un mode d'enseignement privilégié par les étudiants pour cette discipline.

Ainsi, il a été significativement retrouvé que les internes n'ayant pas reçu de formation lors de l'externat comparativement à ceux en ayant reçu une théorique et/ou pratique avait le sentiment d'avoir eu une formation insuffisante. Ce n'est, en revanche, pas le cas en comparant les internes n'ayant eu aucune formation lors de l'externat et ceux ayant eu une formation pratique et théorique.

ii) Prise en charge lors des gardes

Enfin, les internes ont aussi été interrogés sur leur ressenti quant à la prise en charge lors de gardes comparativement aux jours ouvrés.

En effet, lorsque nous réalisons le stage de médecine adulte notamment, il n'est pas rare de devoir assurer au sein de l'hôpital des gardes dites d'étages. Ces gardes sont réalisées la nuit ou le week-end lorsque les médecins référents des patients sont en repos. Lors de ces gardes, l'interne est appelé dans divers services de l'hôpital pour intervenir sur des situations d'urgence afin d'assurer une permanence des soins. Il n'est alors pas rare de devoir s'occuper de personnes en soins palliatifs ou en fin de vie, qui le plus souvent sont inconnus de l'interne devant les prendre en charge.

Dans cet échantillon, les internes décrivent un plus grand inconfort pour plus de 60 % comparativement aux jours ouvrés. Pour autant, ce plus grand inconfort n'était pas significativement plus présent selon que les internes aient eu ou non une formation théorique et/ou pratique lors de l'externat. Les raisons, de cet inconfort, étaient variées mais l'absence de supervision directe, la méconnaissance du dossier, le manque d'informations à disposition et l'urgence de la situation étaient les principaux freins. Par ailleurs, une personne a fait part de sa gêne vis-à-vis du manque de connaissances personnelle en soins palliatifs. Deux personnes n'ont pas été confrontées à des situations de soins palliatifs lors de gardes.

d) Autres Résultats

i) Formation au cours de l'externat

70,7% des internes ont déclaré avoir reçu une formation théorique lors de l'externat, cela signifie que plus d'un tiers n'en n'ont pas eue. Ce chiffre est contradictoire avec l'obligation d'enseignement des soins palliatifs et celui de la douleur en deuxième cycle des études médicales (4). Mais comme le rapport Sicard (20) l'a objectivé, le module rendu obligatoire est très hétérogène tant dans le temps accordé à ce module qu'à son contenu. De plus, le caractère obligatoire l'est pour les facultés qui se doivent de fournir à leurs étudiants des enseignements de ce module. Toutefois, les étudiants n'ont pas de caractère obligatoire à se rendre à ces enseignements : ils ont l'objectif de l'acquisition de connaissances minimales en soins palliatifs pour passer l'ECNi, ce qui peut se faire par autoformation. De plus, devant la faible proportion de cas de soins palliatifs ou de questions les concernant, les externes vont donc majoritairement travailler des unités d'enseignements plus avantageuses pour leur bonne réussite à cet examen.

Les résultats concernant la formation pratique sont encore plus tranchés avec 72,7% qui n'en ont pas eue. Néanmoins, la question ciblait uniquement les services avec lits identifiés de soins palliatifs, HAD, services de soins palliatifs ou équipes mobiles de soins palliatifs, sans préciser si les internes avaient pu être confrontés à des situations de soins palliatifs dans d'autres services conventionnels lors de leur externat.

Pour les internes n'ayant pas eu de formation théorique lors de l'externat, presque 90% n'ont pas eu non plus de formation pratique, chez les internes ayant eu une formation théorique, seulement 1/3 ont également eu une formation pratique lors de leur externat. Toutefois ceci peut être expliqué par le fait que la question ne précisait pas si ces enseignements avaient eu lieu ou non lors des stages hospitaliers ou lors des cours magistraux.

En ce qui concerne le nombre d'heures dédiées à la formation théorique lors de l'externat, il y a une moyenne de 7 heures ce qui correspond aux résultats retrouvés dans l'étude de Poinceaux et al ; de 2014 (22). Ces résultats sont ceux consacrés par l'étudiant en autonomie ou à travers les enseignements dirigés par la faculté, expliquant ainsi que seules 7 personnes ont déclaré n'avoir rien consacré à cette discipline alors qu'ils sont 29 à déclarer n'avoir eu aucun cours dédié.

Le temps évalué à la formation pratique lors de l'externat est lui de 5,21 jours, or les stages de l'externat durent en moyenne 12 semaines en mi-temps et 6 semaines à temps complet, à raison de quatre stages par an. Ce qui équivaut à un temps de présence d'environ 240 heures. Ici, 57

personnes ont déclaré avoir eu 0 jour de formation pratique contre 72 personnes qui déclaraient n'avoir pas eu de formation pratique lors de l'externat. Ceci peut s'expliquer par le fait que certains aient pu être confrontés à des patients en soins palliatifs dans des services autres que ceux « labélisés » soins palliatifs.

ii) Formation au cours de l'internat

Quasiment la moitié des internes répondants ont eu une formation pratique lors de l'internat. Mais en regardant spécifiquement les DES 2 puis les DES 3, on remarque qu'une plus forte proportion des DES 2 n'en ont pas eue. Ceci pouvant s'expliquer par le plus grand nombre de semestres effectués. Il est possible que si cette question était posée à la fin de l'internat, une plus grande majorité d'internes aurait eu une formation pratique lors de leur internat en soins palliatifs.

Les répondants n'ont pas été interrogés sur le fait d'avoir reçu une formation théorique lors de l'internat puisqu'en DES 3, un cours obligatoire de soins palliatifs est organisé par la faculté de Montpellier-Nîmes. Au moment du questionnaire, aucun des sondés n'avaient reçu cette formation, les DES 3 n'ayant plus été inclus à la suite de ce cours. Si nous avions posé la question, nous aurions probablement eu des réponses positives quant à une formation théorique de soins palliatifs puisqu'il est courant que des services de médecine adulte organisent des cours à destination des internes ou membres du service.

Par ailleurs, il existe des formations complémentaires lors du troisième cycle ; chez les sondés, seulement 3 personnes déclaraient en suivre une dans le domaine des soins palliatifs. Ce faible nombre peut s'expliquer par la faible diffusion de ces enseignements complémentaires lors de l'internat et de la faible disponibilité des internes pour les enseignements, ceux-ci, devant en plus de leurs stages, préparer leur thèse.

iii) Méthodes d'enseignement

Lorsque nous les interrogeons sur la manière la plus adéquate pour eux d'enseigner les soins palliatifs, le résultat est sans appel : les formations pratique et théorique doivent être combinées. Le deuxième cycle est le moment le plus opportun puisque l'externe est à la fois étudiant et salarié de l'hôpital, lui permettant d'acquérir des connaissances théoriques et pratiques. Toutefois, le questionnaire ne précisait pas ici quel type d'enseignement selon eux était le plus adéquat notamment pour la partie théorique (cours magistraux, travaux dirigés, cas cliniques etc.).

iv) Mise en situation pendant l'internat

Les internes répondent avoir majoritairement (90%) été confrontés à des situations de soins palliatifs lors de leur internat. Ce qui rejoint l'étude de Poinceaux et al. (22), dans laquelle la totalité des internes sondés (130) disaient avoir été confrontés à des situations de soins palliatifs lors de leur internat.

Toutefois, les questions ne précisaient pas en autonomie complète ou non. Ce qui pourrait expliquer la discordance entre certaines questions. Puisque 9 personnes ont répondu n'avoir eu aucun patient à charge en soins palliatifs lors de l'internat et 8 personnes déclaraient n'avoir pas été confrontés à ces prises en charge.

Lorsque nous les interrogeons sur les lieux où ils ont été confrontés à ces situations, la majorité se trouvait soit en hospitalier uniquement, soit en hospitalier et en ambulatoire conjointement. Mais la part d'internes y ayant été confrontés uniquement en ambulatoire est faible, avec une seule personne dans ce cas. 6 personnes ont répondu n'y avoir été confrontés dans aucun lieu. Comme les questions précédentes, la compréhension de la question peut être remise en cause devant la discordance des réponses d'une question à l'autre.

Toujours à propos des lieux, les sondés se sentaient nettement plus à l'aise lorsqu'ils étaient en structure hospitalière, où l'on peut supposer que le fait d'être en équipe ou d'avoir la possibilité de certaines thérapeutiques est plus sécurisant que l'ambulatoire où on peut se sentir isolé, avec peu de ressources. Comme le montre l'étude de Cueille Virginie de 2017 (23), les médecins généralistes ont beaucoup de freins quant à la prise en charge de la fin de vie à domicile, notamment la disponibilité, la peur d'être seul et des difficultés dans la prise en charge de symptômes de fin de vie.

v) Dans l'avenir

Enfin, les internes ont été interrogés sur leur volonté ou non de réaliser des soins palliatifs dans leur exercice futur de la médecine. 20 personnes ne l'envisageaient pas pour diverses raisons, dont certains d'entre eux envisageant une pratique orientée pédiatrique. Pourtant, il ne faut pas oublier que les enfants aussi sont confrontés à des maladies incurables. Comme le montre une étude réalisée en 2013 par Lefeuvre et Al. auprès d'internes en pédiatrie qui a révélé que 87 % des participants avaient pris en charge au moins un enfant relevant d'une démarche palliative et 96 % au moins un enfant en fin de vie (24). Parmi ces 20 répondants, certains pourraient l'envisager mais ne se sentent pas armés, aptes, assez formé ou non qualifié.

3) Perspectives

Au vu des résultats, nous pouvons présupposer que le renforcement de l'enseignement en soins palliatifs est requis au cours du deuxième cycle. De plus, un enseignement théorique semble insuffisant, la perspective d'une formation pratique en parallèle paraît optimale.

Concernant la formation théorique, nous pouvons nous poser la question du caractère obligatoire des cours magistraux en général et spécifiquement pour les soins palliatifs. En effet, contrairement aux étudiants français, dans certains pays étrangers, les étudiants en médecine ont pour obligation d'assister à des cours de soins palliatifs comme a pu le rapporter le Professeur Oriot en 2008 (25). Par ailleurs, les aides-soignantes en France, ont un module spécifique prévu par un arrêté du 22 juillet 1994 (9) et leurs cours sont obligatoires. Au contraire, les infirmières bien qu'ayant des cours obligatoires, n'ont pas de module dédié aux soins palliatifs et les notions sont dispersées dans divers autres modules et donc leur enseignement est variable selon l'établissement.

Ces enseignements en cours magistraux peuvent ne pas être le meilleur support pour l'enseignement des soins palliatifs, puisqu'il s'agit d'une discipline qui fait intervenir des questionnements, notamment éthique et dont les réponses ne sont pas généralisables. L'étude de Rhondali et al. en 2011 montrait l'importance d'acquérir avec l'enseignement « un savoir-faire et un savoir-être, avec une attention particulière au travail en équipe » (26). Il semble alors opportun de la compléter avec des enseignements en petits groupes incluant des jeux de rôles, des discussions à travers des cas cliniques, des supports vidéo ; ces méthodes étant propices à l'interaction entre les participants. Malheureusement, ce type d'enseignement est chronophage pour des enseignants qui parfois s'impliquent au détriment de leur activité clinique ou de recherche.

D'autre part, nous l'avons vu les soins palliatifs sont une discipline pluri-professionnelle. Ainsi, pour l'enseignement il serait enrichissant de faire intervenir des corps de métiers différents : des professionnels de santé (infirmiers, psychologues, etc.) mais aussi avec des professionnels de la juridiction, des philosophes, des chercheurs en éthique, etc. Au Royaume-Uni, les enseignements sont donnés, comme le rapporte l'étude de Pinceaux et al., « de façon pluri professionnelle (...). Les items touchent à l'ensemble des composants des soins palliatifs en partant de la gestion des symptômes, jusqu'à la spiritualité et aux rites religieux en passant par les réflexions éthiques. » (22).

Concernant la formation pratique, elle permettrait de renforcer les acquis théoriques. Au mieux, il serait intéressant de la réaliser au sein même des services dédiés aux soins palliatifs qui sont des structures ayant pour mission d'enseigner les soins palliatifs. Toutefois, d'un point de vue pratique, il y a peu de structures d'accueil en France comparativement aux étudiants de médecine. Il est cependant possible d'envisager réaliser un stage en service où sont pris en charge des patients en fin de vie (service de médecine polyvalente, gériatrie, oncologie, ...). Dans d'autres pays notamment la Grande-Bretagne (25), la réalisation par les étudiants en médecine d'un stage de 4 semaines dans une unité fixe de soins palliatifs est obligatoire. A Montpellier, il avait été décidé d'inclure cette obligation pour les externes, qui devaient par conséquent réaliser un stage au sein du service de soins palliatifs. Cependant, devant le grand nombre d'externes, le peu de lits étiquetés et l'implication nécessaire des professionnels de santé, cette initiative a été supprimée.

La réforme en cours du second cycle des études médicales doit prendre en compte ces besoins et valoriser l'apprentissage des soins palliatifs. Les soins palliatifs ont cette particularité de ne pas simplement être des connaissances théoriques à appliquer, il n'y a pas de réponse unique à une question mais des réponses à personnaliser pour le patient, sa famille et les équipes de soins. Il s'agit d'un savoir-penser à comprendre en y étant confronté.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire de devoir renforcer les connaissances en soins palliatifs des internes, notamment pour les internes de médecine générale. Ici aussi, les cours magistraux se doivent d'être complétés par d'autres enseignements comme les Groupes d'échanges de pratique, des jeux de rôles également, etc. Lors de leur stage, les internes sont majoritairement confrontés à des situations palliatives en hospitalier ; or certains appréhendent d'y être confrontés en ambulatoire. En effet, en hospitalier ils ont l'assurance d'être en équipe, d'avoir accès aux spécialistes. Au cours de 6 mois de stage en ambulatoire, peu d'internes ont été confrontés à des situations de soins palliatifs ; pourtant, cela pourrait être un atout pour eux en permettant un apprentissage de ce que peut être le suivi et l'accompagnement en fin de vie à domicile. Il pourrait s'envisager de réaliser une ou plusieurs journées en HAD par exemple. Cela permettrait aux internes d'en connaître l'organisation et les champs de compétences. Comme évoqué en 2013 dans la thèse du Dr Fanardjis (27) et en 2017 dans la thèse du Dr Rombi (28).

Enfin, il semble important de proposer des Développements Professionnels Continus (DPC) ayant pour thématique les soins palliatifs. En effet, nombre de médecins n'ont jamais eu de formation

en soins palliatifs et y sont parfois confrontés non sans difficulté comme le témoigne la thèse du Dr Cueille Virginie (23).

VI. Conclusion

Notre travail a permis de mettre en avant que les internes de médecine générale de la région Occitanie Est se sentent insuffisamment formés lors de l'externat en soins palliatifs. Ils sont pourtant largement confrontés à des situations de soins palliatifs au cours de leur internat et sont le plus souvent peu à l'aise face à ces prises en charge.

Généralement, ils préconisent une formation théorique mais surtout pratique pour venir renforcer les différentes notions de médecine palliative. La formation pourrait être améliorée, au niveau théorique avec des cours plus interactifs. Au niveau pratique, en incluant une formation obligatoire dans les services dédiés aux soins palliatifs. De plus, les étudiants n'ont souvent que des expériences hospitalières, et pourtant ils auront majoritairement une pratique ambulatoire, il serait alors intéressant de pouvoir préparer les étudiants à l'accompagnement en extrahospitalier.

Bien qu'ils se sentent insuffisamment formés, les étudiants sont conscients de leur pratique future et sont prêts à essayer de réaliser des prises en charge de soins palliatifs dans l'avenir.

Nous pouvons supposer qu'en améliorant la formation en soins palliatifs, les accompagnements de fin de vie à domicile pourront être plus facilement envisagés.

Il serait alors intéressant de pouvoir évaluer avec une approche multicentrique ce travail que nous avons réalisé en Occitanie Est afin de pouvoir avoir une vision d'ensemble sur le ressenti des internes à un niveau national. Mais également de pouvoir évaluer la pertinence et l'impact de la formation en soins palliatifs avec un questionnaire d'évaluation des connaissances. Nous pourrions aussi envisager comparer la pertinence des formations pour les acquisitions des connaissances avec une étude comparative.

Est-ce que spécialiser la médecine palliative serait une perspective pour la diffuser plus largement ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Office national d'information sur les enseignements et les professions. Les études de médecine. ONISEP [Internet]. 16 nov 2020 [cité 2 oct 2021]; Disponible sur: <https://mavoielitteraire.onisep.fr/Choisir-mes-etudes/Apres-le-bac/Principaux-domaines-d-etudes/Les-etudes-de-sante-organisation-des-etudes/Les-etudes-de-medecine>
2. ANEMF. DFGSM 2 & 3 : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales [Internet]. ANEMF. 2017 [cité 2 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.anemf.org/dfgsm2-3/>
3. ANEMF. L'externat [Internet]. ANEMF. 2017 [cité 31 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.anemf.org/externat/>
4. ÉTUDES MÉDICALES Deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [Internet]. D. n° 2004-67 du 16-1-2004 ; A. du 18-3-1992 mod.; A. du 4-3-1997 mod. mai 2, 2007. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>
5. Bertrand G. Comment s'organise l'internat de médecine ? REMEDEORG [Internet]. 15 janv 2005 [cité 2 oct 2021]; Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/comment-s-organise-l-internat-de.html>
6. CNGE. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale [Internet]. 2016 [cité 29 déc 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d/
7. Circulaire DGES/DGS Relative aux enseignements de premier et deuxième cycles des études médicales. mai 9, 1995 p. 7.
8. Arrêté du 4 mars 1997 pris en application de l'article 7 de l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales fixant les thèmes d'enseignement devant faire l'objet de séminaires. N°1 mars 26, 1997 p. 4696.
9. Burucoa B. Enseignement des soins palliatifs Le développement des soins palliatifs requiert la formation des soignants dans le cadre d'un enseignement à la fois théorique et pratique. ADSP. sept 1999;N°28: 53-51.
10. SFAP. Les formations diplômantes. [cité 3 oct 2021]; Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/les-formations-diplomantes>
11. CNEFUSP C national des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs. DIU de soins palliatifs et d'accompagnements [Internet]. SFAP; 2002 [cité 3 oct 2021] p.

8. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/document-definissant-contenu-diu.pdf>
12. FORMATION SPÉCIALISÉE TRANSVERSALE DE SOINS PALLIATIFS [Internet]. Sect. Texte 49/126 déc 20, 2017. Disponible sur: <https://cncem.fr/wikicncem/lib/exe/fetch.php?media=fst:fst-soins-pal.pdf>
13. UFR de Santé. M2 RECHERCHE EN MÉDECINE PALLIATIVE ET DANS LE CHAMP DE LA FIN DE LA VIE [Internet]. Université Paris-Est Créteil Val de Marne- UPEC; 2021 [cité 15 nov 2021]. Disponible sur: https://sante.u-pec.fr/medias/fichier/master-recherche-palliatifv2_1622735468189-pdf
14. UFR de Santé. Master Santé parcours Médecine Palliative : Clinique, Soins, Pédagogie, Management [Internet]. Université Paris-Est Créteil Val de Marne- UPEC; [cité 24 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.u-pec.fr/fr/formation/master-sante-parcours-medecine-palliative-soins-expertise-management-pedagogie>
15. Fin d'un tabou ! La mort, la fin de vie, le deuil, ma mort, ça concerne et intéresse les Français. [Internet]. France: IFOP en partenariat avec PFG; 2010 oct [cité 30 janv 2021] p. 2. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/1283-1-study_file.pdf
16. « Fin de vie : un premier état des lieux ». Paris: Observatoire Nationale de la fin de vie; 2011 p. 78.
17. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Evans J, et al. La définition européenne de la médecine générale—médecine de famille. [Internet]. Ljubljana: WONCA Europe; 2002 [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/file/afaa93f5-dc46-4b0e-8546-71ebf368f41c/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
18. Organisation Mondiale de la santé (OMS). Définition des soins palliatifs en 2002. Consultable sur le site de la SFAP [Internet]. 2002 [cité 3 oct 2021]; Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/def-oms.pdf>
19. Anon. Définition et organisation des soins palliatifs en France. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs [Internet]. 2015 [cité 3 oct 2021]; Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
20. Sicard D, Ameisen J, Aubry R, Bacqué M, Cordier A, Deschamps C, et al. Penser solidairement la fin de vie: rapport au président de la République. [Internet]. Paris: Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2012 [cité 3 oct

- 2021] p. 37. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf>
21. Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche. Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche 2019- Les effectifs du supérieur : évolution [Internet]. 2019 [cité 2 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/reperes-et-references-statistiques-sur-les-enseignements-la-formation-et-la-recherche-2019-3806>
 22. Poinceaux S, Texier G. Internes de médecine générale : quelles compétences en soins palliatifs ? 1 févr 2016;15(1):15-26.
 23. Cueille V. Le médecin généraliste face à la fin de vie à domicile : connaissances, compétences et limites. État des lieux auprès des médecins généralistes de la Seine Maritime et de l'Eure. [Rouen]: Université de Rouen; 2017.
 24. Lefeuvre C, Viillard M-L, Schell M. Soins palliatifs pédiatriques : connaissances, expérience clinique et formation des internes de pédiatrie français. Résultats d'une enquête nationale. Paris: Elsevier SAS [Internet]. [cité 6 déc 2021]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect-com.ezpum.biu-montpellier.fr/science/article/pii/S0929693X1400219X?via%3Dihub>
 25. Oriot D. De retour de Liverpool. 11/07/2008. Elsevier Masson France. 15 févr 2008;1-2.
 26. Rhondali W, Filbet M, Bruera E. La médecine palliative dans les dix prochaines années. oct 2012;(11):233-45.
 27. Fanardjis M. ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE A DOMICILE: RESENTI DES FUTURS MEDECINS GENERALISTES SUR LA FORMATION ACTUELLE ET REFLEXION POUR CELLE A VENIR [Internet]. Angers; 2013 [cité 6 déc 2021]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20096587/2013MCEM1626/fichier/1626F.pdf>
 28. ROMBI J. SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT DE PATIENTS EN FIN DE VIE : FORMATION ET COMPETENCES DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE EN FIN DE CURSUS [Internet]. [LYON]: UFR de médecine LYON-EST; 2017 [cité 31 déc 2020]. Disponible sur: <http://n2t.net/ark:/47881/m6s18130>

ANNEXE

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux internes de médecine générale de DES 2 et 3 de la faculté de Montpellier-Nîmes pour l'année universitaire 2020-2021

Soins palliatifs et fin de vie- Formation 2^{ème} cycle

Questionnaire destiné aux internes de médecine générale en DES 2 ou 3 et ayant réalisé ou en cours de réalisation de leur stage de médecine adulte.

Cette thèse a pour objectif d'évaluer l'apport d'une formation en soins palliatifs durant le deuxième cycle sur la capacité à faire face à une prise en soin de fin de vie ou de soins palliatifs en tant qu'interne de médecine générale dans la région d'Occitanie Est. Temps estimé à 4 minutes.

**Réponse à caractère obligatoire*

Quel est votre sexe ? *

Homme / Femme

Quel âge avez-vous ? *

En quel année d'internat êtes-vous ? *

DES 2 / DES 3

Dans quel faculté étiez-vous externe ? *

Avez-vous eu une formation théorique concernant les soins palliatifs par votre faculté d'externat ? *

Oui / Non

Avez-vous eu une formation pratique de soins palliatifs lors de l'externat ? (Stage en services de soins palliatifs, services avec lits identifiés de soins palliatifs, HAD, Équipe mobile de soins palliatifs, ...) *

Oui/ Non

Combien de temps de formation théorique avez-vous consacré aux soins palliatifs lors de l'externat ? *

0 heure / 0 à 10 Heures / 10 à 20 Heures / 20 à 30 Heures / >30 Heures

Combien de temps de formation pratique avez-vous consacré aux soins palliatifs lors de l'externat ? *

0 jour / 1 à 15 jours / 16 à 30 jours / > 30 jours

Avez-vous eu une formation pratique de soins palliatifs lors de l'internat ? (Stage en services de soins palliatifs, services avec lits identifiés de soins palliatifs, HAD, Équipe mobile de soins palliatifs, .) *

Oui / Non

Avez-vous réalisé ou réalisez-vous une formation complémentaire en soins palliatifs ?

DU / FST / Aucune / Autres : ...

Avez-vous le sentiment d'avoir eu une formation suffisante lors de l'externat concernant les soins palliatifs ? *

Échelle de 1 à 5 (1 Non - 5 Oui)

Selon vous quelle formation est la plus adaptée pour enseigner les soins palliatifs lors de l'externat ?

Formation Pratique / Formation Théorique / Formation Pratique et Théorique / Indifférent / Aucune / Autre : ...

Avez-vous été confrontés à des prises en charge de soins palliatifs lors de l'internat ? *

Oui / Non

Combien avez-vous eu à charge de patients en soins palliatifs lors de l'internat ? *

0 Patient / 1 à 10 Patients / 11 à 20 Patients / > 20 Patients

Comment vous sentiez vous quant à la prise en charge de ces patients ? * Échelle de 1 à 5 (1 : Pas à l'aise – 5 : Très à l'aise)

Sur le plan émotionnel

Sur la prise en charge médicamenteuse

Sur la prise en charge non médicamenteuse

Sur la prise en charge psychologique du patient

Sur la prise en charge sociale

Sur l'aide apportée aux aidants principaux

Sur la discussion en équipe

Dans quel(s) lieu(x) avez-vous rencontré ces situations de soins palliatifs ? *

En ambulatoire / En hospitalier / Les deux / Aucun

Selon les structures, où vous sentiez vous le plus à l'aise ? *

En ambulatoire / En hospitalier / Les deux / Aucun / Non concerné

Si certaines situations ont eu lieu lors de gardes, comment vous êtes-vous sentis par rapport aux situations en jours ouvrés ?

Échelle de 1 à 5 (1 : Moins à l'aise – 5 : Plus à l'aise)

Si vous étiez moins à l'aise pour quelle(s) raison(s) ? (Choix multiples)

Absence de chez en présentiel / Dossier non connu / Manque d'information à votre disposition / Urgence de la situation / Fatigue / Autre : ...

Envisagez-vous de réaliser des prises en charge de soins palliatifs dans votre exercice futur ?

Oui / Non

Si vous avez répondu non à la question précédente, pourquoi ? (Réponse libre longue)

SERMENT

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
- Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
- Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Contexte : Les médecins généralistes sont les premiers à devoir se confronter au domicile à des accompagnements en fin de vie ou des prises en charge de soins palliatifs. La formation étant très hétérogène selon les facultés, c'est fréquemment au cours de l'internat de médecine générale qu'a lieu la première prise en charge de patients en soins palliatifs ou en fin de vie. Devant ces prises en charge nouvelles, les internes peuvent se sentir en difficulté et insuffisamment préparés.

Objectif : Évaluer le bénéfice d'une formation en soins palliatifs pratique et/ou théorique sur les sentiments d'aisance des internes de médecine générale dans la région d'Occitanie Est.

Méthode : Étude quantitative descriptive à partir d'un questionnaire en ligne envoyé auprès des internes de DES 2 et 3 de médecine générale de la région Occitanie Est. Les réponses ont été décrites à l'aide de nombres, pourcentages, moyennes et proportions et comparées entre elles à l'aide des tests appropriés.

Résultats : 99 internes ont répondu à ce questionnaire et l'intégralité a été analysée. Les internes de médecine générale de la région Occitanie Est se sentent insuffisamment formés lors de l'externat en soins palliatifs (68,7 %). Ils sont pourtant largement confrontés à des situations de soins palliatifs au cours de leur internat (91,9 %) et sont le plus souvent peu à l'aise face à ces prises en charge. Par ailleurs, la formation théorique et pratique serait à privilégier par 81,8 % des internes. Enfin, les étudiants sont conscients de leur pratique future et sont prêts à essayer de réaliser des prises en charge de soins palliatifs dans l'avenir (79,8%).

Conclusion : La particularité de la discipline de soins palliatifs nécessite une formation particulière pour acquérir en plus des connaissances théoriques, un savoir-penser. Nous pouvons supposer qu'en améliorant la formation en soins palliatifs, les accompagnements de fin de vie à domicile pourront être plus facilement envisagés dans l'avenir, afin de correspondre aux attentes des patients.

Mots clés : soins palliatifs, accompagnement de la fin de vie, formation 2^{ème} cycle, formation 3^{ème} cycle, sentiment d'efficacité, interne de médecine générale.