



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 8 juin 2023 à Poitiers
par **Monsieur Quentin FAUCHER**

Appréciation de l'expérience et du vécu des internes lors des accompagnements palliatifs – Comment soutenir et former ? Proposition d'un groupe d'échange.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres :

Monsieur le Docteur Etienne - Marie JUTANT – MCU/PH

Monsieur le Docteur Mickaël MARTIN – MCU/PH

Monsieur le Docteur Thomas TREKELS

Directeurs de thèse : Madame la Docteure Virginie VERLIAC et Monsieur le Docteur Bernard FRECHE – Professeur associé de médecine générale



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

reproduction

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A mes juges,

A Monsieur le Pr Philippe BINDER, après mon mémoire de fin de troisième cycle, vous me faites maintenant l'honneur de présider ce jury malgré les nombreuses sollicitations que vous devez recevoir. Veuillez trouver mes sincères remerciements.

A Messieurs les Dr Etienne-Marie JUTANT et Mickaël MARTIN, merci d'avoir libéré votre temps pour juger ce travail.

A mon ami et ancien maître de stage monsieur le Dr Thomas TREKELS, merci pour ta bienveillance et ta présence tout au long de mon internat.

A mes directeurs de thèses,

A Monsieur le Dr Bernard FRECHE, maître de stage très impliqué dans la formation, vous m'avez appris à assumer mon rôle de médecin. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et pour vos précieux conseils.

A Madame la Dr Virginie VERLIAC, merci pour ton infinie patience et ta bienveillance à mon égard pendant ces années. Merci de m'avoir fait redécouvrir les soins palliatifs et de me permettre de perfectionner mes compétences dans cet art.

A Monsieur le Dr Mathieu MORENO, merci pour ton aide pour la réalisation des tests statistiques.

A mes maîtres de stages Dr NAVARETTE, Dr RAMBAULT, Dr BERTAUD, Dr FRECHE, Dr TREKELS, merci de m'avoir fait découvrir et aimer mon métier de médecin généraliste.

A mes amis de toujours, Thibault et Anas : ça y est les gars, on arrive au bout.

A ma famille, mes parents, mes grand parents, mes frères et sœurs

A ma femme, Mercédès, et notre fils Ezékiel. Merci de supporter mes absences et de me soutenir au quotidien. C'est votre amour qui me porte chaque jour.

Table des matières

Table des matières.....	5
Liste des abréviations :.....	6
Introduction.....	8
Méthode.....	10
Schéma d'étude	10
Recueil et analyse des données	10
Mise en œuvre d'un groupe de soutien et d'échange à destination des internes.....	11
Résultats.....	13
Caractéristiques de la population étudiée	13
Formation initiale, expérience et connaissance de la fin de vie.....	13
Compétences dans la discipline	15
Ressenti et impact personnel.....	16
Déroulé d'une séance : accueil, présentation d'une situation, temps d'échange, formation	18
Discussion.....	20
Les limites à propos de notre questionnaire.....	20
Les limites à propos des groupes d'échange.....	21
Soulager les symptômes	20
Accompagnement des internes	22
La mort vécue comme l'échec	22
Des outils pour aider à la prise de décision.....	24
Recours aux EMSP.....	23
Formation des soignants.....	24
Les directives anticipées (DA)	25
La sédation profonde continue et maintenue jusqu'au décès (SPCMJD)	26
Des évolutions sociétales.....	26
Retours des internes et suite de notre travail.....	26
Extension et ouverture vers des groupes de soutien pour les libéraux et les praticiens hospitaliers	27
Conclusion	28
Bibliographie.....	30
Résumé.....	35
SERMENT.....	36

Liste des abréviations :

CHU : Centre hospitalier universitaire

DA : Directives anticipées

DIM : Département d'information médicale

DIU : Diplôme interuniversitaire

DU : Diplôme universitaire

EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs

GHT : groupement hospitalier territorial

HAS : Haute autorité de santé

IMG : interne de médecine générale

LISP : lit identifié de soins palliatifs

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation mondiale de la santé

SFAP : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

SP : Soins palliatifs

USP : Unité de soins palliatifs

WONCA : Organisation mondiale des médecins généralistes

Article 38 (article R.4127-38 du code de la santé publique)
« Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort. »

Introduction

L'épouvante inspirée par la mort amène l'homme à la mettre à distance par tous les moyens à sa disposition. Décennie après décennie la science n'a fait que retarder l'inévitable, transformant la maladie grave et incurable en maladie chronique ; mais néanmoins toujours incurable. Cette prolongation de la vie impose au médecin traitant, comme au médecin spécialiste, d'accompagner des patients dans des phases palliatives longues, parfois douloureuses, et pouvant être génératrices de souffrance pour chacun des protagonistes.

La WONCA et l'OMS (1–3) insistent sur le devoir du médecin traitant d'apporter une prise en charge globale et continue, intervenant à tous les stades de la maladie, et intégrant l'autonomie du patient et l'ensemble des dimensions physique, psychologique, culturelle et existentielle qui le constituent. La déontologie et les droits du patient imposent au médecin traitant d'accompagner le malade jusqu'à la fin de sa vie.

En 2019, 613 000 personnes sont décédées en France, soit 3.20% de plus qu'en 2016, dont plus de 70% étaient âgées de plus de 75ans. Près de 53% de ces décès ont eu lieu en établissements de santé, 24% à domicile et 12% en maisons de retraite (4).

Les internes, en formation à l'hôpital, se voient souvent confier l'accompagnement des patients en fin de vie et de leurs proches (5). Ces situations difficiles, parfois brutales, peuvent alors générer souffrance émotionnelle et altération de l'estime de soi. La plupart d'entre eux n'ont jamais ou peu été confrontés à la fin de vie avant leur prise de fonction d'interne (6), et très peu ont eu l'occasion de réaliser des stages dans des unités de soins palliatifs. En fonction de la littérature étudiée, entre 56% et 80% des internes estimeraient leur formation universitaire dans ce domaine insuffisante et souhaiteraient une formation complémentaire en soins palliatifs (5–7).

Lorsque la maladie atteint un stade où règnent incertitude et limitation de traitements, les concepts scientifiques sont moins établis et les limites humaines de chaque professionnel sont éprouvées quotidiennement. Les deuils répétés, la sensation d'inefficacité ou encore d'impuissance, sont responsables d'une souffrance dans le travail. Cette souffrance participe aux risques psychosociaux responsables du syndrome de burn-out qui trouve, comme le syndrome dépressif et les idées suicidaires, une prévalence plus élevée chez les internes en médecine que dans la population générale (6,8–10).

Différents auteurs désignent la confrontation à la mort et à la souffrance d'autrui comme l'un des facteurs de risques intrinsèques au burn-out dans les professions médicales (11–16). Par ailleurs, une étude Norvégienne (16) fait apparaître que les médecins ayant rencontré des problèmes en lien avec leur santé mentale pendant leurs études sont plus à risque d'en reproduire pendant le reste de leur carrière.

Selon la littérature (5,13,16), les situations palliatives sont génératrices de questionnements voire de ruminations qui dépassent la sphère professionnelle et viennent envahir la sphère personnelle, majorant ainsi de façon significative l'épuisement émotionnel, qui serait alors un facteur de stress prédominant chez des jeunes médecins.

Le travail en équipe, la collégialité et les échanges entre les différents soignants apparaissent comme de véritables facteurs protecteurs du burn-out en permettant de partager le poids des décisions, d'extraire la charge émotionnelle et psychologique induite par de tels accompagnements (13,15,17,18).

Notre objectif était ici d'évaluer le ressenti des internes sur leur préparation à accompagner les patients en phase palliative de la maladie ainsi que leur expérience dans le domaine. La finalité de ce travail était de mettre à disposition des internes un groupe d'échange autour des situations palliatives complexes, afin de leur permettre de mieux appréhender leur implication émotionnelle et ainsi de participer au contrôle des risques psychosociaux auxquels ils sont confrontés et par extension à la prévention du burn-out.

Méthode

Schéma d'étude

Nous avons réalisé une étude multimodale en deux parties : premièrement, une recherche quantitative par questionnaire auprès des internes de la faculté de médecine de Poitiers, permettant de repérer les besoins et les attentes des internes ; secondairement, la création d'un groupe d'échange et de soutien pour les internes du groupement hospitalier de Saintonge. Le recueil des données et la mise en œuvre du groupe se sont déroulés de novembre 2022 à mai 2023.

Recueil et analyse des ressentis des internes par un questionnaire

Chaque participant a été interrogé par un auto questionnaire portant sur sa formation et son expérience relative aux soins palliatifs et à la fin de vie, sa pratique et son vécu.

Le questionnaire a été élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de soins palliatifs de l'hôpital de Saintes et testé auprès de trois médecins hospitaliers et un médecin traitant. Ces tests ont permis la reformulation de certaines questions. Le questionnaire était composé de questions à choix multiples et d'échelles numériques abordant les quatre thématiques suivantes :

- Caractéristiques de la population étudiée (sexe, spécialité médicale, nombre de semestres validés) ;
- Formation universitaire et hospitalière ainsi que leurs connaissances dans le domaine des soins palliatifs ;
- Compétences dans la discipline ;
- Ressentis et impact personnel.

Le questionnaire a été rédigé sur google Forms® et diffusé aux internes de la faculté de médecine de Poitiers. Les données ont ensuite été extraites au format Excel® et entrées dans le logiciel Rstudio® (librairie Desctools) pour être analysées avec l'aide du département d'information médicale (DIM) du groupement hospitalier de Saintonge pour les tests de corrélation (G-test).

Création d'un groupe de soutien et d'échange à destination des internes

Dans notre démarche d'offrir un espace de soutien et de formation aux internes, il nous a fallu évaluer leurs attentes et leurs besoins. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les résultats de notre questionnaire. Par ailleurs, la littérature (13,17) démontre que le travail en équipe et la collégialité permettent de partager le poids des décisions et d'en extraire la charge émotionnelle. En conséquence, nous avons décidé de créer, au sein du centre hospitalier de Saintonge, un groupe répondant à ces objectifs. Les jeunes médecins peuvent y échanger sur les expériences vécues durant leurs stages, évoquer leurs souffrances, leurs questionnements et leurs réflexions.

Nous nous sommes inspirés des groupes d'échange de pratiques (GEP) entre pairs et de la méthodologie Balint (19–22). Le modèle des GEP est intéressant pour son aspect convivial permettant une plus grande liberté dans les sujets abordés. François et al. fait apparaître que 75% des participants à un groupe d'échange de pratique modifient leur méthode de travail et que 98% d'entre eux ressentent une amélioration de la qualité des soins (20). L'utilisation de la méthode Balint s'est imposée dans notre réflexion pour sa philosophie rassemblant psychologie et clinique dans la prise en charge du patient. Il ne s'agit pas de faire de la psychothérapie des soignants, mais de leur permettre, à travers les expériences partagées avec les autres participants, de mieux comprendre les mécanismes psychologiques du patient, ainsi de mieux le soigner en trouvant la meilleure distance professionnelle pour accompagner sans se mettre en danger. La littérature montre l'effet bénéfique des groupes Balint sur le sentiment de compétence et la maturation des mécanismes de défense (23). Ce cheminement partagé entre les membres du groupe laisse émerger les compétences relationnelles de chacun, donne la place aux échanges affectifs, et dissipe la crainte du jugement des pairs.

Nous avons ouvert les groupes à tous les internes du centre hospitalier de Saintonge sans restriction de spécialité, au début de chaque période de stage universitaire. La transmission de l'information a été réalisée avec l'aide de la cellule communication, de la direction des affaires médicales, de la médecine du travail et de la présidence de CME du GHT de Saintonge. Les inscriptions se sont faites sur la base du volontariat avec un engagement moral à participer à une séance par mois pendant l'ensemble du semestre. Les affectations à chaque groupe ont été faites de façon randomisée afin d'éviter un biais de groupe. Cette randomisation permet

également une mixité des spécialités et apporte plus de variété et de richesse dans les échanges.

Nous avons limité les groupes à dix participants avec un minimum de 5, pour une réunion une fois par mois pendant deux heures. L'intervalle entre deux réunions laisse le temps nécessaire aux participants d'acquérir de nouvelles expériences à partager et permet de programmer un nombre satisfaisant de rencontres sur le semestre. Afin de favoriser l'installation d'un climat de confiance entre les participants, les groupes ne sont pas interchangeables.

Chaque réunion est animée par un binôme médecin-psychologue, tous deux exerçant au sein de l'équipe de soins palliatifs. Ils ont pour rôle d'assurer le respect des règles du groupe et de libérer un espace d'expression pour chacun. Ils canalisent les échanges et maintiennent le groupe à l'écoute de ses ressentis. A l'image du travail de soins palliatifs, la pluridisciplinarité du binôme permet une complémentarité dans les observations et l'analyse des situations évoquées et peut transmettre ses expériences comme pistes de réflexion. Il garantit sa propre neutralité.

« Tout ce que les participants partagent est confidentiel.

Chacun a le droit de s'exprimer, quel que soit son statut, et toute expression doit être respectée.

Chacun est libre de ce qu'il accepte de partager, ou de taire, de son histoire personnelle. »

Résultats

Caractéristiques des répondants au questionnaire

Soixante-cinq questionnaires ont été complétés. Les répondants étaient des femmes à 75% (n=49) et des hommes à 25% (n=16). Les proportions d'internes de médecine générale (IMG) et d'internes de spécialité étaient de 50% (respectivement n=32 et n=33).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Caractéristiques	Effectifs n=65
Sexe	
Femme	49
Homme	16
Spécialité	
Médecine générale	32
Autre spécialité	33
Semestre d'internat	
1 ^{er}	17
3 ^{ème}	17
5 ^{ème}	9
6 ^{ème}	9
7 ^{ème} et plus	13

Opinions des internes sur la formation initiale, et expérience des soins palliatifs

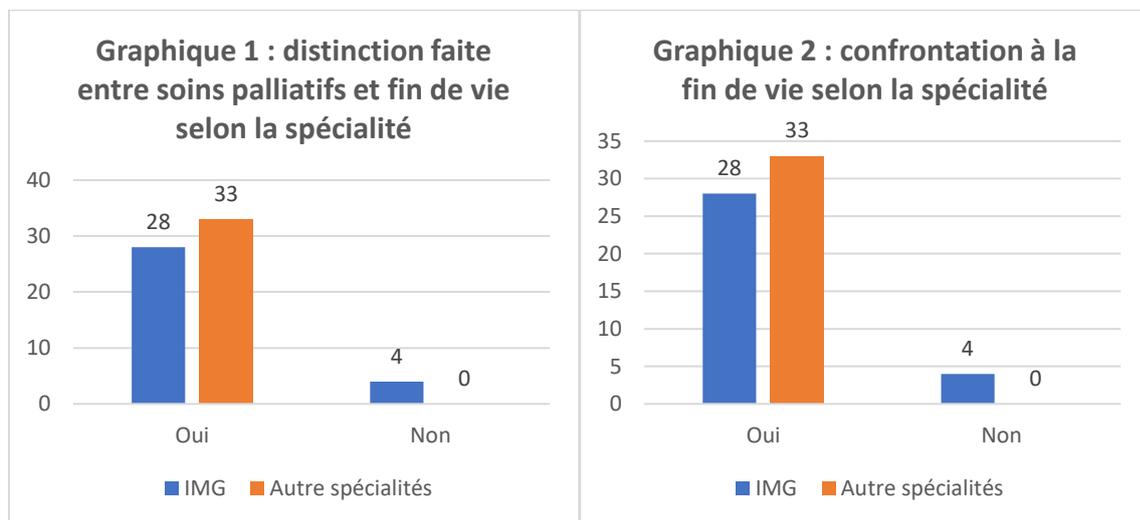
Sur la totalité des répondants, 59 (90.7%) internes estimaient leur formation universitaire insuffisante (réponse à la question 4 inférieure à 4) quelle que soit la filière ($p = 0.907$) ou l'avancement dans le cursus ($p = 0.981$). Quarante et un (63%) répondaient avoir suivi des formations complémentaires, certains ont cumulé plusieurs modes de formation, détaillées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Formations complémentaires effectuées par les internes

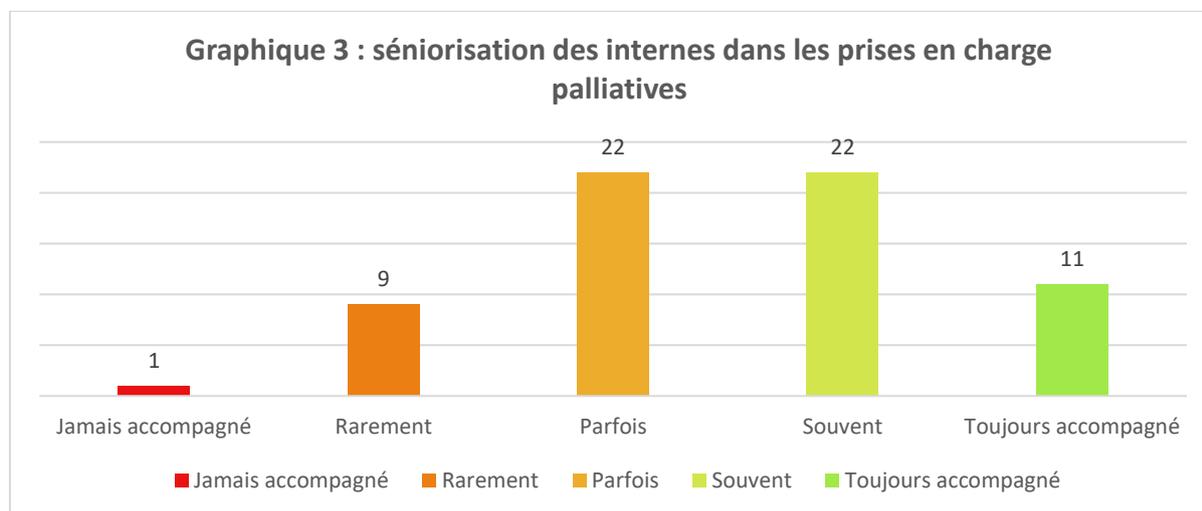
Types de formations	Effectifs
Autoformation	14
Formation sur les terrains de stages	32
DU	1
Formation continue	2
Formation par les équipes ressources de SP	20

A la question faites-vous une distinction entre soins palliatifs et fin de vie, 61 internes (93.8%) ont répondu oui et 4 (6.2%) ont répondu non avec une différence significative entre les IMG et les autres spécialités ($p = 0.015$). Parmi les 4 ayant répondu non, trois étaient en 3^{ème} semestre et un en 6^{ème}. Les analyses croisées tendent vers une association entre formation en stage et distinction entre soins palliatifs et fin de vie.

Soixante et un (93.8%) des répondants ont déjà été impliqués dans un accompagnement de fin de vie. Cinquante-trois (81.5%) d'entre eux ont eu recours au moins une fois à une équipe spécialisée dans les soins palliatifs ou la fin de vie.



Cinquante-quatre (83%) internes se sont déjà sentis isolés au moins une fois sur des prises en charge palliatives et 32 (49%) ressentent fréquemment cet isolement. Nous n'avons pas trouvé de corrélation avec la spécialité ($p = 0.215$) ou l'avancement dans le cursus ($p = 0.872$).

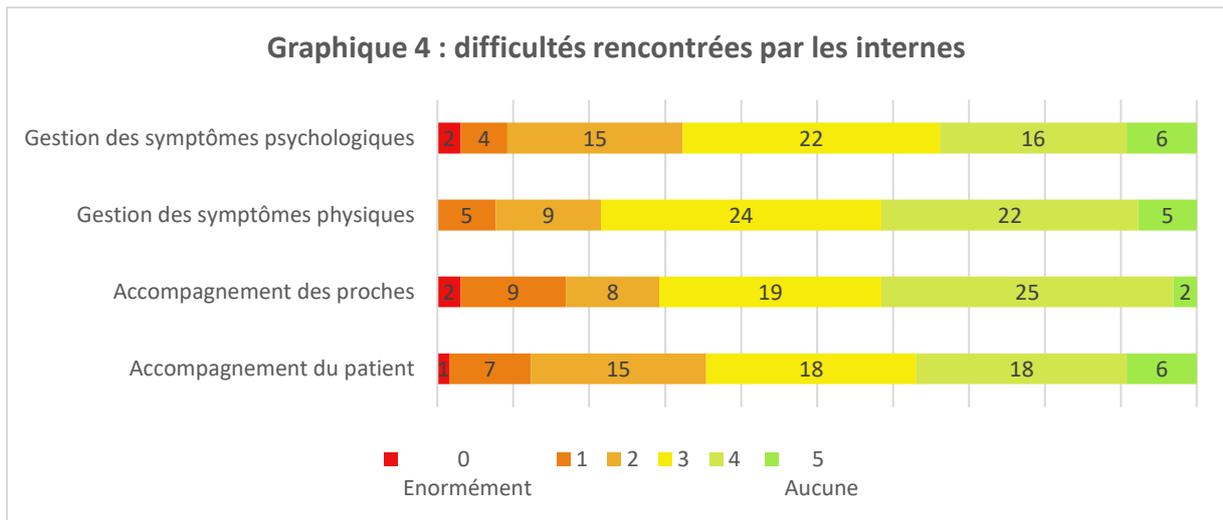


Compétences dans la discipline

Les questions 11 à 14 permettaient aux répondants d'évaluer le niveau de difficulté ressenti dans différentes compétences sur une échelle allant de 0 (énormément de difficulté) à 5 (aucune difficultés). Les réponses inférieures à 4 marquaient le ressenti difficile de l'interne.

Tableau 3 : niveau de difficultés ressenties par les internes

Compétences	Internes exprimant une difficulté	Moyenne	Médiane
Identification et gestion des symptômes psychologiques	61% (n=41)	2.7	3
Identification et gestion des symptômes physiques	58% (n=38)	3.2	3
Accompagnement du patient	61% (n=41)	2.9	3
Accompagnement des proches du malade	58% (n=38)	2.9	3



Ressentis et impacts personnels

Vingt-sept (42%) internes se disent en difficulté face à la mort d'un patient ; 10 (15%) ont un sentiment d'échec ; 11 (17%) se sentent incompetents et 5 (7.7%) parlent d'indifférence traduisant une forme de déshumanisation. Les analyses croisées montrent une forte corrélation entre la difficulté ressentie et l'avancement dans le cursus ($p = 0.034$).

Dix-neuf (29%) internes ont exprimé un mal-être, 21% étaient des IMG et 8% d'une autre spécialité avec une différence significative selon la spécialité ($p = 0.010$).

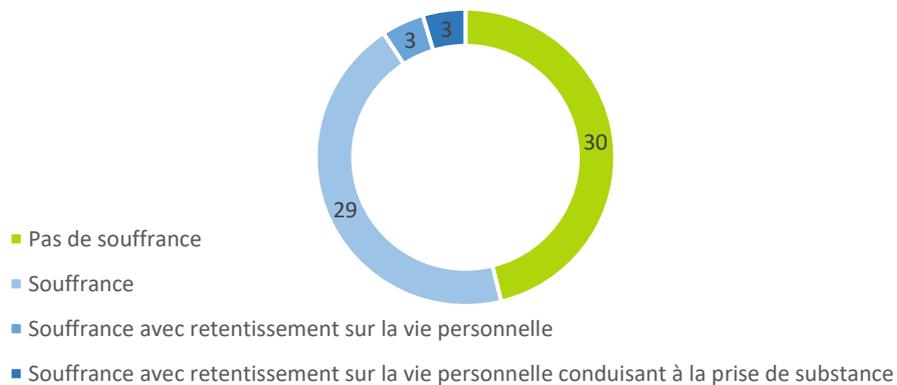
Cent pour cent des répondants disent pouvoir discuter des situations difficiles qu'ils rencontrent dans leur travail. Soixante et un (94%) en discutent avec leurs co-internes ; 36 (55.4%) avec leurs familles et 50 (77%) avec leurs seniors et maîtres de stages. Enfin, 14 (21%) ont recours à un professionnel (médecin traitant, psychologue, thérapeute...) pour évacuer la souffrance générée par le travail.

Tableau 4 : Ressentis des internes face à la mort d'un patient

Ressentis	Effectifs
Mal-être	19
Indifférence	5
Culpabilité	4
Injustice	11
Echec	10
Incompétence	11
Fuite	1

L'impact psychologique des prises en charge palliatives n'épargne pas les jeunes médecins. En effet 34 (54%) disent avoir déjà ressenti une souffrance personnelle en lien avec la mort d'un patient ; 6 d'entre eux ont perçu un retentissement sur leur vie personnelle ayant conduit 3 d'entre eux à la prise de « substances » dans le but de chasser le mal être généré.

Graphique 5 : Souffrance ressentie et impact sur la vie personnelle



Mise en place des groupes

Suite aux résultats du questionnaire, la création des groupes a été effective pour le semestre d'hiver 2022. Dix-neuf internes (12 femmes et 7 hommes), ont été répartis en 2 groupes de 10 et 9 participants. Chaque groupe s'est réuni 5 fois sur la période de la recherche.

Tableau 5 : Caractéristiques des participants aux groupes d'échanges

Caractéristiques	Effectifs (n=19)
Sexe	
Femmes	12
Hommes	7
IMG	12
Urgentiste	1
Cardiologue	2
Oncologue	1
Radiothérapeute	1
Neurologue	1
Pédiatre	1

Déroulé d'une séance : accueil, présentation d'une situation, temps d'échange, formation

Dans l'optique de créer un environnement familial et convivial, les sessions se déroulent toujours dans la même salle de réunion et commencent par le partage d'un déjeuner.

Une fois tous les participants prêts à l'écoute, l'un d'eux présente une situation vécue qui a généré une souffrance émotionnelle ou soulevé des questionnements éthiques, de savoir être ou relationnels. Le présentateur est libre de parler sans interruption jusqu'à ce qu'il ait terminé. Une fois la situation exposée, les membres du groupe peuvent poser des questions pour clarifier les faits, narrer leurs propres expériences et réflexions sur le sujet, afin d'aider le présentateur à comprendre ce qui rend difficile la relation ou a généré de la souffrance. Le but n'est pas de trouver une solution à la situation, de refaire le diagnostic ou la prise en charge a posteriori, mais de comprendre ce qui s'est passé, ce qui a été ressenti et comment

s'en prémunir. Les séances n'ont pas de thème prédéfini et les participants sont invités à discuter avec spontanéité, sans avoir amené de notes.

Ces ateliers s'adressant à de jeunes médecins en formation, il nous est paru intéressant de conclure chaque session par un point de formation. Le thème de ces enseignements a été décidé conjointement par les participants à la fin de la séance précédente. Les sujets abordés ont répondu aux besoins de formation complémentaire exprimés par les internes : gestion de la douleur et manipulation des antalgiques, sédations, gestion des symptômes vecteurs d'inconfort, repérage des mécanismes de défense du patient et du soignant, répondre à une demande d'euthanasie.

Discussion

A propos de nos résultats

Notre étude met en évidence plusieurs difficultés exprimées par les internes dans l'approche des soins palliatifs. Une majorité des répondants à notre questionnaire estimait avoir des lacunes pour identifier et soulager les symptômes de la fin de vie. La principale difficulté venait ici du manque de connaissance dans le maniement des thérapeutiques.

La mort reste taboue pour les jeunes médecins. Le sentiment de mal-être ou d'échec qui l'accompagne la rend difficile à aborder avec le patient ou ses proches et tout autant à accepter.

Que ce soit par la recherche de formation complémentaire, l'aide demandée aux EMSP ou leur investissement dans nos groupes d'échange, les internes ont exprimé leur volonté de développer une certaine culture palliative. Cette approche de la fin de vie semble trop succinctement abordée dans le module universitaire qui lui est dédié.

Les réponses des internes à notre questionnaire ont confirmé leur besoin d'un espace soutenant et formateur. Nous le leur avons proposé via nos groupes d'échanges, s'appuyant sur le partage des expériences et l'écoute des ressentis.

Les limites à propos de notre questionnaire

L'effectif des répondants à notre questionnaire se composait de 65 internes, tous de la faculté de médecine de Poitiers, dont 75% étaient des femmes. Cet échantillon n'est pas représentatif de la population des internes au niveau national. Un effectif plus important aurait permis une meilleure puissance statistique. D'autant plus que 29% des répondants débutaient leur premier semestre d'internat et avaient donc eu peu de confrontation aux soins palliatifs et à la fin de vie. Lors des échanges, les plus jeunes internes ont rapporté une appréhension à l'idée de « ne pas savoir faire » ; les plus âgés évoquant plutôt l'isolement dans la prise de décisions et le besoin de collégialité. Un effectif plus important aurait permis de rechercher « l'usure psychologique » liée à l'avancement dans le cursus.

Nous avons rencontré des difficultés pour la diffusion du questionnaire. En effet, toutes nos demandes de partage du questionnaire aux internes d'autres facultés ont été rejetées.

Le questionnaire n'interroge pas la préexistence ou les antécédents de suivi psychologique, de deuil ou d'autres événements traumatisants. D'autant plus que l'enquête BVA opinion sur la fin de vie de 2022 (24) révélait que 46% des français avaient vécu le deuil d'un proche dans l'année passée. Par ailleurs la question numéro 8, sur les antécédents d'implications dans un accompagnement palliatif ou de fin de vie, ne précisait pas s'ils avaient eu lieu dans la sphère

personnelle ou professionnelle de l'interne. Ces précisions auraient pu nous permettre de mesurer l'existence possible d'un lien entre fragilité intrinsèque de l'interne et souffrance au travail, qui pourrait biaiser nos résultats.

Nous avons été amenés à corriger 4 réponses « non » en « oui » pour les internes disant ne pas s'être formés à la question 5, mais cochant une formation complémentaire à la question 6.

Les limites à propos des groupes d'échange

La méthode Balint présente bien des intérêts pour le type d'exercice que nous avons voulu proposer aux internes. Cependant cette méthode trouve ses fondements dans des concepts psychanalytiques avec lesquels notre équipe va devoir se familiariser pour améliorer la qualité des échanges que nous proposerons aux internes à l'avenir. Par ailleurs, les groupes Balint, dans leur usage habituel, s'inscrivent dans une durée plus longue que ce que nous pouvons proposer sur un semestre (23). Nous espérons que cette introduction incitera les internes à poursuivre des suivis Balint ou des GEP une fois leurs études achevées.

La mise en œuvre de ces groupes d'échange est chronophage, tant dans la planification que dans l'animation. Le nombre d'internes inclus dans les groupes a été limité par le temps de disponibilité des praticiens pour encadrer les sessions. Pour les semestres à venir, nous prévoyons un deuxième binôme médecin-psychologue permettant d'encadrer davantage de groupes.

Par ailleurs, plusieurs internes ont dû renoncer à rejoindre les groupes du fait de leur charge de travail et ce malgré nos sollicitations auprès de leurs chefs de services pour les libérer.

Les forces de notre étude

L'anonymat du questionnaire permet aux internes d'aborder des sujets sensibles, comme le sentiment de manque de compétence, la souffrance au travail ou la consommation de drogue.

Les recherches antérieures sur la souffrance des internes et les résultats de notre questionnaire renforcent la nécessité d'un espace de soutien.

Nous proposons ici un système innovant, offrant aux internes le soutien des pairs et les apports de formation dont ils ont besoin.

Soulager les symptômes

Les réponses des internes suggèrent que leurs difficultés reposent en grande partie sur le maniement des traitements de la fin de vie, déjà évoqué par des travaux antérieurs (6,25–27).

Lors des séances, ils ont questionné le soulagement des inconforts de fin de vie, principalement la douleur et la détresse psychologique. Ils mettent en avant un manque de connaissances des traitements et de leur manipulation spécifique à ce stade de la maladie (antalgiques, morphiniques, anxiolytiques...).

La mort vécue comme l'échec

Les souvenirs les plus marquants évoqués par les internes étaient leurs premiers contacts avec la mort, lorsqu'ils ont découvert les limites de la science médicale. G. Texier (13) décrit le deuil du soignant et fait le constat de la souffrance du médecin traitant au décès d'un patient. Le vécu du soignant peut alors s'apparenter à celui d'un proche du mourant. Les jeunes praticiens, davantage que leurs aînés plus expérimentés, sont imprégnés de la logique médicale qui consiste à prévenir, dépister et traiter. Ils placent le curatif comme l'objectif à atteindre et se sentent en situation d'échec, voire d'incompétence, s'ils n'y parviennent pas. Pourtant, selon M. Balint « *Le médicament le plus utilisé en médecine est le médecin lui-même* ». Entendre, écouter, et accueillir la souffrance peut être difficile et générer chez le soignant un sentiment d'impuissance. Les échanges ont permis aux internes d'explorer la relation d'aide, enseignée aux paramédicaux, nommée par M. Phaneuf (28), l'utilisation thérapeutique de soi.

Il nous est apparu, que ce n'est pas tant la mort du patient qui affecte les internes, que l'annonce de la maladie grave ou de l'incurabilité. Cet exercice requiert des compétences relationnelles avec lesquelles les internes sont peu à l'aise (6). Les participants aux groupes ont exprimé la difficulté de limiter un traitement et de l'annoncer au patient ou à ses proches. L'une d'entre eux a évoqué le contretransfert avec la fille d'un patient, générant un mal être entravant l'annonce. Parfois, la demande de stopper un traitement vient du patient, le médecin peut alors la percevoir comme une trahison. Une autre interne, spécialisée en oncologie, a confié au groupe « s'être sentie abandonnée » par un patient qui demandait à arrêter la chimiothérapie.

Selon leurs dires, les échanges avec le groupe les ont rendus plus confiants en leurs compétences relationnelles et ont permis de changer leur regard sur la mort en reconnaissant leurs limites.

Accompagnement des internes

Contrairement à ce que laisse entendre certaines études précédentes (5), notre questionnaire montre que les internes se sentent accompagnés dans les prises en charge palliatives. Il confirme cependant que cet accompagnement est encore insuffisant.

Lors des discussions, les internes de premier semestre en stage aux urgences déclaraient se sentir soutenus sur la majorité des fins de vie, et même pouvoir aisément laisser la main aux médecins plus expérimentés lorsqu'ils étaient en difficulté. Ce sentiment n'était en revanche pas partagé par les internes plus âgés, en stage dans les services de médecine, qui devaient souvent faire face seuls aux accompagnements complexes. Ils avaient d'ailleurs plus fréquemment recours à l'aide de l'EMSP. Cependant les analyses croisées n'ont pas révélé d'association statistique entre compagnonnage de l'interne et avancée dans le cursus.

Nous avons observé que le premier cas discuté à chaque réunion abordait une situation très récemment vécue voire en cours. Cela traduit un besoin de soutien dans la collégialité pour ces praticiens incertains de leur pratique.

Recours aux EMSP

Des études antérieures (5) montrent que plus de 90% des internes ont connaissance de l'existence des EMSP, mais que seulement 1/3 d'entre eux les sollicitent pour l'accompagnement palliatif. Dans notre étude, 81.5% des participants ont fait au moins une fois appel à une EMSP, ce qui semble marquer une plus grande considération de l'aide apportée par ces équipes. Cependant, nous n'avons pas évalué la pertinence et la précocité de ces demandes. La plupart des internes questionnaient le moment de débiter les soins palliatifs. Pourtant, comme expliqué plus tôt, aucun des participants aux groupes ne connaissait le score Pallia 10, permettant de poser l'indication de l'intervention d'une EMSP (29).

Des outils pour aider à la prise de décision

Bien que 63% des internes interrogés disent s'être formés, la plupart ne connaissait pas l'existence des outils d'utilisation courante en soins palliatifs (échelle de performance palliative, Pallia 10, tableau d'équivalence des morphiniques, Sedapall, échelle de Richmond...) alors même qu'ils sont disponibles sur le site de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) (30). Un constat similaire a été réalisé en 2022 (27) : 80% des médecins généralistes récemment installés n'utilisaient pas ces outils, pour la plupart par méconnaissance. Par ailleurs, les analyses croisées que nous avons réalisées montrent une corrélation entre l'avancement de l'interne et la baisse de la difficulté ressentie face aux soins palliatifs. Les internes les plus jeunes semblent avoir rapidement besoin de connaissances et d'outils pour les aider dans leurs prises en charge. Il apparaît nécessaire d'améliorer la diffusion de ces outils d'aide à la décision ; peut-être par la remise d'un livret de soins palliatifs dès l'entrée dans le 3^{ème} cycle des études médicales ou lors d'un module d'enseignement spécifique dédié aux soins palliatifs.

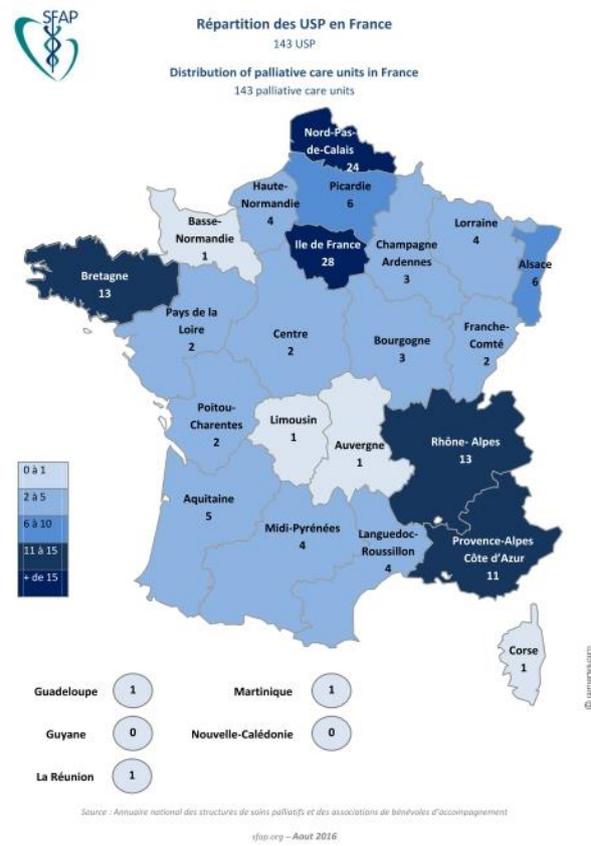
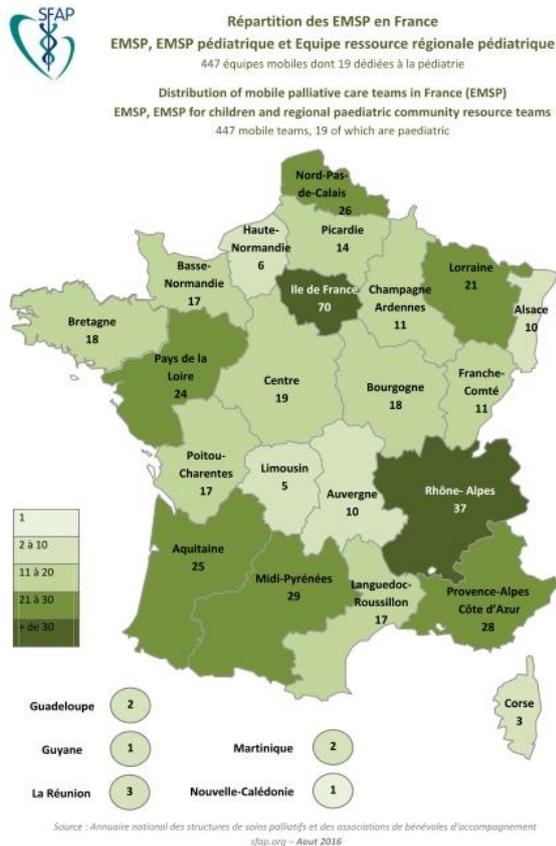
Formation des soignants

Notre étude montre que la formation des internes de la faculté de médecine de Poitiers est encore améliorable. Ceci est en corrélation avec les données de la littérature au plan national et un axe d'amélioration constamment retrouvé lors des plans triennaux, qui insistent sur la nécessité de renforcer la culture palliative des médecins en offrant à tous les internes la possibilité de réaliser un stage dans une USP.

Malgré ces recommandations, pour le semestre d'été 2023, seulement 7 postes ont été ouverts pour les internes de médecine générale dans les 4 USP du Poitou-Charentes.

En 2019, 24 départements ne possèdent toujours pas d'USP (31). La conférence des doyens en 2012, jugeait que le dimensionnement des USP permettait difficilement d'accueillir plus d'internes et orientait vers d'autres structures pour la formation des étudiants. Le système actuel permet aux internes d'acquérir des compétences en soins palliatifs via les stages en services de gériatrie, d'oncologie et de médecine polyvalente, qui sont souvent dotés de lits identifiés de soins palliatifs (LISP). Toutefois les compétences acquises lors de ces stages apparaissent là encore insuffisantes pour leur pratique future (20). Pour cause, la charge de travail dans ces services, l'insuffisance de la densité de soignants et le défaut de formation des

médecins accueillant les internes (32) ne permettent pas de capter toute la complexité des soins palliatifs. Il apparaît donc nécessaire que ces LISP soient soutenus par une EMSP capable d'apporter une réelle expertise en soins palliatifs.



Les directives anticipées (DA)

Les internes ont interrogé le sujet des directives anticipées et soulevé plusieurs obstacles à leur rédaction. Ils ont abordé la difficulté de discuter de la mort, le manque de temps et leur propre manque de connaissances sur les modalités de la fin de vie. Certains ont exprimé la crainte que parler des directives anticipées puisse être interprété par le patient comme un aveu d'échec médical et d'abandon. Questionner la fin de vie reste tabou pour les jeunes praticiens peu à l'aise avec cette notion. Ils se retrouvent face à leur propre finitude, leurs croyances et leurs peurs, qu'ils peuvent alors attribuer au patient. S. Gagneux, en 2018 (33), rappelait que, par sa connaissance intime du patient et de son environnement, le médecin traitant semble être l'interlocuteur privilégié pour le recueil et la sauvegarde des directives anticipées. Cependant, elle retrouvait, chez les médecins généralistes installés, des freins similaires à ceux cités par nos internes. Elle montrait notamment qu'un tiers des médecins interrogés partagent l'idée que la majorité des patients a trop peur de la mort pour parler des

directives anticipées. Pourtant, selon un sondage IFOP en 2017 (34), seulement 14% des français n'avaient pas rédigé leurs directives anticipées car ils ne souhaitent pas penser à leur fin de vie. Par ailleurs, une étude en 2022 (24) révèle que 22% des français ne souhaitent pas discuter de leur fin de vie avec un médecin.

La sédation profonde continue et maintenue jusqu'au décès (SPCMJD)

Seulement 2 des 19 internes participants avaient déjà pratiqué une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. Les conditions d'application de cette procédure restaient floues et la démarche collégiale, ainsi que les thérapeutiques à maintenir ou à limiter, très méconnues des internes malgré les recommandations HAS de 2020 (35–37).

Des évolutions sociétales

Dans le contexte de la convention citoyenne et de la réévaluation de la loi Claeys Leonetti, les internes ont abordé le sujet de l'aide active à mourir. Qu'en est-il de la pression exercée par les patients ou leurs familles qui demandent à précipiter la fin ? Ces demandes peuvent atteindre les valeurs des praticiens. Les questionnements qui en résultent, le sentiment d'impuissance, la perte d'estime de soi et la crainte de la colère du patient et de ses proches peuvent alors tenter le médecin à passer à l'acte et l'amener vers l'épuisement professionnel.

Retours des internes et suite de notre travail

Nous avons reçu des retours très positifs de la part des premiers internes. Nombreux étaient déjà habitués à discuter de leurs expériences avec leurs confrères et consœurs de manière informelle, ou avec leurs familles. Ils s'accordent cependant à dire que ces discussions informelles, sans cadre, n'ont pas le même impact que les ateliers que nous leur avons proposés. Ils ont relevé plusieurs points forts. Le partage des expériences des pairs permet une réassurance sur sa pratique. L'attitude non jugeante du groupe facilite l'ouverture aux affects et aux ressentis, alors que leurs échanges en dehors du groupe sont entravés par la peur du jugement des autres, ce qui les amène à la dérision et à la banalisation comme mécanisme de défense. Le travail de groupe leur confère une attitude réflexive sur leur

pratique. Enfin, ils apprécient l'expertise des animateurs, les points de formation en fin de séance et les outils qu'ils en retirent. Ces retours corroborent les études antérieures qui démontrent l'effet protecteur de la collégialité et de la pluridisciplinarité dans la pratique des soins palliatifs (15,17,18,25).

Le travail présenté ici n'évalue pas le ressenti des internes vis-à-vis de nos groupes. C'est pourquoi il sera poursuivi par une seconde thèse d'exercice. Ce travail évaluera qualitativement, via des entretiens semi dirigés, si suite à leur participation à ces échanges les internes ont modifié leur pratique, amélioré leurs compétences relationnelles ou se sentent davantage en confiance pour pratiquer l'accompagnement palliatif et la fin de vie. Enfin il serait intéressant d'essayer de reproduire ce type de groupe dans d'autres environnements.

Extension et ouverture vers des groupes de soutien pour les libéraux et les praticiens hospitaliers

Suite à ce succès nous souhaitons étendre le soutien et l'enseignement aux internes du groupement hospitalier, ainsi qu'à ceux en stage chez le praticien, de niveau 1 et de SASPASS du secteur.

Lors d'échanges avec les médecins réanimateurs du GHT, ceux-ci ont exprimé le besoin d'un espace de parole et de réflexions sur leurs prises en charges palliatives les plus complexes. Par ailleurs, suite aux retours des internes auprès de leurs seniors, plusieurs praticiens hospitaliers ont souhaité intégrer les groupes. Les règles fixées ne nous ont pas permis de donner suite à ces demandes. En effet, intégrer de nouveaux participants aurait perturbé le fonctionnement des groupes constitués. De plus associer les seniors aux internes risquait de restreindre la liberté d'expression. Cependant, ces demandes émanant de médecins expérimentés traduisent bien le mal être des professionnels en quête d'un soutien à travers la collégialité, l'écoute, la reconnaissance. Dans ce contexte, nous projetons d'organiser, dans la limite du dimensionnement de notre équipe, des groupes destinés spécifiquement aux médecins libéraux et hospitaliers.

Conclusion

Souvent mal préparé, le médecin est amené à côtoyer la mort et le terrible chagrin ressenti par les familles à la perte d'un être cher. Lié au patient par la relation de confiance, il a le devoir de l'accompagner dans la maladie. Soutien indéfectible pendant les phases de traitements curatifs, il doit être présent jusqu'au bout. Pourtant, tout homme, qu'il soit médecin ou non, connaît l'angoisse provoquée par la maladie grave et la mort. Cette confrontation à la souffrance et à la mort devient alors le fardeau de tout médecin impliqué dans la maladie grave, le renvoyant à ses propres peurs, à sa propre fin.

Le rapport sur la fin de vie de 2012 (38) mettait en garde les professionnels :

« S'il apparaît nécessaire de faire émerger une spécialité universitaire (pour favoriser la formation et la recherche dans le domaine de la fin de vie), celle-ci n'exonèrera jamais les autres spécialités de leur responsabilité à l'égard de la fin de vie. »

La pratique des soins palliatifs, par sa grande transversalité, s'impose à tout médecin quel que soit sa spécialité, qu'il y soit préparé ou non. Le médecin traitant, par sa position et son rôle essentiel, est davantage exposé. Chaque étudiant reçoit lors de sa formation des bases théoriques au sujet des soins palliatifs. Cependant, selon les internes eux-mêmes, cet enseignement uniquement théorique apparaît insuffisant pour exercer aisément la démarche palliative, quel que soit leur pratique. Une amélioration possible pour la formation serait l'élargissement de la capacité d'accueil des internes dans les USP ou la création de stage mixte couplant exercice ambulatoire et EMSP.

Bien que minoritaires, il existe encore des situations auxquelles la loi Française ne propose pas de solution. Des situations générant des souffrances réfractaires, tant sur le plan physique que psychique ou existentiel, et auxquelles la médecine ne peut répondre entièrement. Le travail d'accompagnement par les soins palliatifs consiste alors à écouter, à accueillir cette souffrance et à accepter avec le patient que la science médicale n'a pas réponse à tous les maux. Une aide active à mourir, qu'elle se présente sous la forme d'une euthanasie ou d'un suicide assisté, revient alors à accepter comme inéluctables et insolubles les défaillances de notre société. Peut-être devrions nous déjà améliorer notre offre de soins palliatifs (en accroissant le dimensionnement et le nombre d'USP et d'EMSP) et démocratiser la culture palliative, avant d'abandonner le soin au profit de la « bonne mort ».

Les groupes de partage investis par les internes ont permis un espace où déposer une partie de cette pesante réalité. Ils ont pu dédramatiser la mort en acceptant qu'elle n'est pas synonyme d'échec médical, cheminé ensemble sur le sens des soins à apporter au mourant. Ils ont exercé leurs compétences en s'appuyant sur l'expérience des autres. Ils ont pu trouver leur place de praticien à cette étape de la prise en charge.

Dans notre démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail des internes et de prévention des risques psychosociaux, nous allons poursuivre nos groupes d'échange avec l'objectif de les pérenniser au sein du groupement hospitalier, ainsi que nos recherches dans ce domaine.

Bibliographie

1. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;108:148-55. Disponible sur https://www.exercer.fr/full_article/529
2. Allen J, Heyrman J, Gay B, Crebolder H, Svab I, Ram P, Evans P. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. Disponible sur https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
3. Ben Abdelaziz A, Nouria S, Chebil D, Azzaza M, Barhoumi T, Ben Salem K. La Médecine de Famille (Médecine Générale): Quelles spécificités académiques et professionnelles? *Tunis Médicale*. janv 2021;99(1):29-37. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8636955/>
4. Cousin F, Gonçalves T, Carretier J, Dauchy S, Marsico G. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France : Troisième édition. Paris : Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. 2023.
5. Boudoukha AH, Denis N, Zinger-Maurin M. Burnout et médecine palliative : souffrances psychiques des internes. *Médecine Palliative*. 1 mai 2021;20(3):135-43. Disponible sur <https://www.em-consulte.com/article/1440472/burnout-et-medecine-palliative%C2%A0-souffrances-psychi>
6. Innocenti N, Astier C. Quel est le ressenti et les attentes en formation des internes en médecine à NICE en 2016 lors de la prise en charge de patients en fin de vie? [Thèse]. Nice : université de Nice. nov 2016. 74p. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01554855/document>
7. Perrot C, Pelissier C, Arbus G, Buisson A, Gonthier R, Ojardias E, et al. Aider les internes à mieux accompagner les patients en fin de vie grâce à un atelier d'expression. *Médecine Palliative*. 1 août 2020;19(4):223-8. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26930395/>
8. Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg Ø. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord*. avr 2001;64(1):69-79. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11292521/>
9. Wurm W, Vogel K, Holl A, Ebner C, Bayer D, Mörkl S, et al. Depression-Burnout Overlap in Physicians. *PLOS ONE*. 1 mars 2016;11(3):e0149913. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26930395/>
10. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population: *Acad Med*. mars 2014;89(3):443-51. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24448053/>

11. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. 22 mai 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
12. Machavoine JL. L'épuisement professionnel des médecins et des soignants en oncologie. *Psycho-Oncol.* mars 2015;9(1):9-13. Disponible sur : <https://link.springer.com/article/10.1007/s11839-015-0497-3>
13. Texier G, Rhondali W, Morel V, Filbet M. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? *Médecine Palliative.* avr 2013;12(2):55-62. Disponible sur <https://www.em-consulte.com/article/707204/refus-de-prise-en-charge-du-patient-en-soins-palli>
14. McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, Gallo JJ, Neill RA. Resident Physician Burnout: Is There Hope? *Fam Med.* oct 2008;40(9):626-32. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18830837/>
15. Souffrir de soigner : le burn out des médecins travaillant en soins palliatifs. [Internet]. La lettre du cancérologue n°2 avril 2004. Disponible sur: <https://www.edimark.fr/revues/la-lettre-du-cancerologue/2-marsavril-2004-copy/souffrir-de-soigner-le-burn-out-des-medecins-travaillant-en-soins-palliatifs-suffering-in-giving-medical-care-burn-out-syndrome-among-physicians-working-in-palliative-care>
16. Tyssen R, Vaglum P, Grønvd NT. The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Med Educ.* 2000 May;34(5):374-84. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10760123/>
17. Ferhati M. La collégialité en médecine générale dans les situations de fin de vie à domicile: enjeux, freins et leviers. Une étude qualitative auprès de 20 médecins généralistes. [Thèse]. Rouen : université de Rouen. nov 2018. 97p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01919427>
18. Alcaraz-Mor R, Vigouroux A, Urcun A, Boyer L, Villa A, Lehucher-Michel MP. Qualité de vie au travail de jeunes médecins hospitaliers : satisfaits malgré tout.... *Santé Publique.* 2019;31(1):113-23. Disponible sur : https://portaildocumentaire.inrs.fr/Default/doc/SYRACUSE/195862/qualite-de-vie-au-travail-de-jeunes-medecins-hospitaliers-satisfaits-malgre-tout-1-31?_lg=fr-FR
19. Raineri F, Arnould P, Gallais JL. Groupe de pairs et évaluation des pratiques : une réponse récente à une question ancienne. *PSN.* juin 2006;4(S1):29-32. Disponible sur : <https://www.semanticscholar.org/paper/Groupe-de-pairs-et-%C3%A9valuation-des-pratiques-%3A-une-%C3%A0-Raineri-Arnould/6e23e27e727b64f08f446c6adce35d585e3aca07>
20. François P, Philibert AC, Esturillo G, Sellier É. Groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale.

Presse Médicale. 1 janv 2013;42(1):e21-7. Disponible sur :
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00682449/document>

21. Reznik F. Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin. Le journal des psychologues. 2009;270(7):29-30. Disponible sur : <https://www.jdpsychologues.fr/article/le-groupe-balint-une-autre-facon-de-penser-le-soin>
22. Even G. Les groupes Balint et leur spécificité : point de vue. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 9 juill 2008;50(1):149-60. Disponible sur https://documentation.ch-mazurelle.fr/index.php?lvl=notice_display&id=57684
23. Van Roy K, Vanheule S, Inslegers R. Research on Balint groups: A literature review. Patient Educ Couns. juin 2015;98(6):685-94. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25681874/>
24. Centre national de la fin de vie et des soins palliatifs. Rapport de résultats sur les français et la fin de vie. Octobre 2022. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/sondage_fin_de_vie_-_bva_pour_le_cnspf.pdf
25. Coux C. Outils et facteurs limitants de la prise en charge de la fin de vie à domicile: vécu des médecins généralistes [Thèse]. Amiens : université d'Amiens. avril 2017. 34p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01793253>
26. Poinceaux S, Texier G. Internes de médecine générale : quelles compétences en soins palliatifs ? Médecine Palliative. févr 2016;15(1):15-26. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1034608/internes-de-medecine-generale%C2%A0-quelles-competences>
27. Maillochon C. La formation des médecins généralistes aux prises en charge palliative [Thèse]. Poitiers : université de médecine et de pharmacie de Poitiers. sept 2022. 62p. Disponible sur : <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/67934>
28. Phaneuf M. La relation soignant-soigné: rencontre et accompagnement. Montréal, Canada: Chenelière éducation; 2011.
29. Testard F. Impact de la diffusion de l'outil Pallia-10 sur la précocité de la demande d'intervention d'une équipe spécialisée en soins palliatifs: Étude unicentrique sur le CHU de Clermont-Ferrand. Intérêt de Pallia-10 en médecine générale libérale? [Thèse]. Clermont : université de médecine de Clermont Auvergne. 69p. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02284331v1>
30. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs [internet]. En lien avec la pratique médicale [cité 4 mai 2023]. Disponible sur: <https://w.sfap.org/rubrique/en-lien-avec-la-pratique-medecale -medecale>
31. Bonfanti-Dossat C, Imbert C, Meunier M. Rapport d'information n°866 pour des soins palliatifs accessibles à tous, former, anticiper, accompagner. [Internet]. Sénat. 2023 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r20-866/r20-866.html>

32. Calvel L, Blondet LV, Chedotal I, Grosshans D, Lefebvre F, Mounier G, et al. Difficulties in providing palliative care in identified palliative care beds: An exploratory survey. *Presse Médicale*. 1 juill 2019;48(7, Part 1):e209-15. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31421945/>
33. Gagneux S. La place des médecins généralistes face aux directives anticipées [Thèse]. Nancy : faculté de médecine de Nancy. avril 2018. 67p. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931947/document>
34. Pratviel E. Les Français et les directives anticipées. 2017; Disponible sur : <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-les-directives-anticipees/>
35. Guirimand F, Broucke M. Sédation profonde et continue : élaborations de bonnes pratiques. *Laennec*. 7 nov 2017;65(4):30-41. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-laennec-2017-4-page-30.html>
36. Frasca M, Treillet E, Pechard M, Sardin B, Burucoa B. Pratiques médicamenteuses sédatives en situation palliative et de fin de vie. L'essentiel des recommandations HAS 2020. *Médecine Palliat*. 1 janv 2022;21(1):4-10. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636652221001203>
37. Tomczyk M, Viallard ML, Beloucif S. « Sédation » ou « pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie » ? Une étude linguistique des recommandations francophones en matière de sédation en soins palliatifs chez l'adulte. *Rech Soins Infirm*. 2020;143(4):106-17. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2020-4-page-106.htm?ref=doi>
38. Sicard D. Rapport de la commission de réflexion sur la fin de vie en France. 18 dec 2012. Disponible sur <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf>
39. Neuwirth L. Rapport d'information n°207 pour une politique de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement [Internet]. Sénat. 2023 [cité 4 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r98-207/r98-207.html>
40. Hiquet J, Paternostre B, Gromb S. Comment améliorer les connaissances des praticiens de demain au sujet de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ? Enquête auprès de 20 internes. *La Revue de Médecine Légale*. sept 2012;3(3):95-102. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878652912000284>
41. Sainton J. Loi du 2 février 2016 : une évolution technicienne et individualiste du système de santé. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. 1 avr 2017;16(2):88-93. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636652217300247>
42. Dany L, Rousset MC, Salas S, Duffaud F, Favre R. Les internes et les soins palliatifs : attitudes, représentations et pratiques. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. oct 2009;8(5):238-50. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/226445/les-internes-et-les-soins-palliatifs-attitudes-rep>

43. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*. 1 mars 2008;336(7642):488-91. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18258931/>
44. Article 38 - Soins aux mourants - accompagnement [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 4 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-38-soins-mourants-accompagnement>
45. Bommier C. Vécu de la mort à l'hôpital : témoignage d'un interne en hématologie. *Ethics, Medicine and Public Health*. janv 2017;3(1):162-5. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1109205/vecu-de-la-mort-a-l-hopital%C2%A0temoignage-d-un-inter>

Résumé

Introduction : Entre 56 et 80% des internes estimeraient leur formation universitaire en soins palliatifs insuffisante. Ces prises en charge éprouvantes peuvent conduire les jeunes médecins mal préparés à l'épuisement et au burn-out. Notre objectif est, après avoir identifié les attentes et les besoins des internes, de leur proposer un espace d'échange et de partage d'expérience au sein de l'hôpital où se former et déposer une partie de cette charge émotionnelle.

Méthode : Nous avons réalisé une étude multimodale en deux parties : une recherche quantitative par auto-questionnaire auprès des internes de la faculté de médecine Poitiers suivie de la création d'un groupe d'échange et de soutien pour les internes du groupement hospitalier de Saintonge. Le recueil des données et la mise en œuvre du groupe se sont déroulés de novembre 2022 à mai 2023. L'analyse des données et les tests de corrélation (G-test) ont été réalisés avec les logiciels Excel® et Rstudio®.

Résultats : Nous avons obtenu 65 réponses à notre questionnaire. 90% des répondants ont estimé leur formation universitaire insuffisante à l'exercice des soins palliatifs. 61% se sont dit en difficulté pour soulager les symptômes psychologiques, 58% pour soulager les symptômes physiques et 61% pour accompagner le patient dans sa globalité. Enfin, 42% se sentent en difficulté face à la mort et 54% ont ressenti une souffrance personnelle en lien avec la mort d'un patient. Dix-neuf internes ont participé aux groupes d'échange. Nous avons réalisé 2 groupes de 10 et 9 participants se réunissant une fois par mois pendant 2 heures sur une période de 6 mois. Chaque séance se terminait par un point de formation à la demande des internes.

Conclusion : La pratique des soins palliatifs, par sa grande transversalité, s'impose à tout médecin. Les groupes de partage investis par les internes ont permis un espace où déposer une partie de cette pesante réalité. Ils y ont dédramatisé la mort en acceptant qu'elle n'est pas synonyme d'échec médical, cheminé ensemble sur le sens des soins à apporter au mourant et exercé leurs compétences en s'appuyant sur l'expérience des autres. Ils ont pu trouver leur place de praticien à cette étape de la prise en charge ou règne l'incertitude.

Mots clefs : soins palliatifs, accompagnement de la fin de vie, internat et résidence, épuisement professionnel, groupes de pairs, enseignement.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



Annexe 1 : questionnaire d'étude

Groupe de partage d'expérience autour des soins palliatifs et de la fin de vie Questionnaire de début de semestre

Unité Territoriale de Soins Palliatifs
Equipe Mobile de Soins Palliatifs
☎ 05 46 95 15 39/ ✉ Emsp@ch-saintonge.fr

Dr Q. FAUCHER UTSP / EMSP
Equipe Mobile de Soins Palliatifs
☎ 06 31 63 67 00/ ✉ q.faucher@ch-

1. Vous êtes : un homme une femme
2. En quel semestre d'internat êtes-vous ?
3. Vous êtes :
 Spécialisé en médecine générale
 D'une autre spécialité
4. De 0 à 5 (0 étant très insuffisante et 5 étant très bonne) comment évalueriez vous la formation que vous avez reçu concernant les soins palliatifs et la gestion de fin de vie pendant votre cursus universitaire ?

0 1 2 3 4 5
5. Vous êtes-vous formé d'une autre manière aux soins palliatifs ?
 Oui
 Non
6. Si oui comment :
 Autoformation
 DU
 Formation hospitalière durant vos stages
 Formation informelle par les équipes ressources
 Participation à des formations continues
7. Faites-vous une distinction entre fin de vie et soins palliatifs ?
 Oui
 Non
8. Avez-vous déjà été impliqué dans l'accompagnement d'un malade en fin de vie ?
 Oui
 Non



9. Vous sentez-vous épaulés par vos séniors / maîtres de stages / l'institution dans l'accompagnement des patients en fin de vie ?

- Pas du tout
- Un peu
- Parfois
- Souvent
- Toujours

10. Avez-vous déjà eu recours à une équipe spécialisée (EMSP) pour vous aider dans les situations de fin de vie ?

- Oui
- Non

11. De 0 à 5 (0 étant énormément et 5 étant aucune), ressentez-vous des difficultés ou de l'appréhension pour accompagner les patients et leurs familles en phase palliative ou en fin de vie ?

0 1 2 3 4 5

12. De 0 à 5 (0 étant énormément et 5 étant aucune), ressentez-vous des difficultés pour identifier et soulager les symptômes physiques (douleur, encombrement pulmonaire, vomissements, constipation...) en fin de vie ?

0 1 2 3 4 5

13. De 0 à 5 (0 étant énormément et 5 étant aucune), ressentez-vous des difficultés pour identifier et soulager les symptômes psychologiques (angoisse, anxiété...) en fin de vie ?

0 1 2 3 4 5

14. De 0 à 5 (0 étant énormément et 5 étant aucune), ressentez-vous des difficultés pour accompagner et échanger avec les proches d'un patient en fin de vie ?

0 1 2 3 4 5

15. Que ressentez-vous face à la mort d'un patient ? (plusieurs réponses possibles)

- Je suis très mal à l'aise avec la mort, j'ai tendance à retarder voire à déléguer ma visite chez les patients en fin de vie
- Je suis mal à l'aise avec la mort
- Je ressens de l'indifférence, la mort est un événement banal et inévitable
- Je ne me sens pas en difficulté face à la mort
- Je ressens de la culpabilité
- Je ressens de l'injustice
- J'ai un sentiment d'échec
- J'ai un sentiment d'incompétence



16. Pouvez-vous discuter de ces situations et des difficultés qu'elles peuvent générer ?

- Avec d'autres internes, devant une bière
- Avec votre famille
- Avec vos seniors et maîtres de stage
- Vous ne pouvez pas, vous gardez tout pour vous
- Avec un professionnel de l'écoute (médecin, psychologue, thérapeute...)

17. Avez-vous déjà ressenti une souffrance personnelle en lien avec la fin de vie d'un patient ?

- Oui
- Non

18. Si oui à la question 17, cette souffrance a-t-elle eu un retentissement sur votre vie personnelle ?

- Oui
- Non

19. Si oui à la question 17 ou 18, avez-vous déjà eu recours à des substances pour atténuer cette souffrance (alcool, drogue, médicaments psychotropes) ?

- Oui
- Non



Annexe 2 : charte d'accueil du groupe

Charte d'accueil pour le bon fonctionnement du groupe de partage

Les animateurs s'engagent à respecter les principes pour le bon fonctionnement du groupe et à être vigilants à leurs applications au sein de ce dernier. De même, chaque participant devra adhérer à la charte décrivant ces principes.

❖ Principe d'équité

La parole de chacun à la même valeur et il n'y a pas de situation, ni de prise en charge plus difficile que d'autre. Les animateurs du groupe auront à cœur de faire respecter le temps de parole des participants.

❖ Principe de liberté

Chacun aura le droit et l'occasion de s'exprimer. Mais tous les participants auront également la possibilité de rester silencieux et à l'écoute d'autrui.

❖ Principe de non-jugement et de non malveillance

Chacun vit les événements de façon singulière. Par conséquent, aucun jugement de valeur sur l'expression ou les situations des uns et des autres ne sera accepté.

❖ Principe de confidentialité

Tout ce qui sera exprimé au sein du groupe ne devra pas être évoqué à l'extérieur de celui-ci et en dehors du cadre du groupe de parole.

❖ Principe d'engagement

Pour la bonne vie du groupe et sa cohésion, les animateurs proposent aux participants de s'engager à être régulièrement présents. En cas d'absence ou de retard, merci de prévenir les animateurs. Si un participant ne souhaite plus venir aux séances proposées, il s'engage à en informer les animateurs.

Docteur Quentin FAUCHER et Sophie GARNAUD-QUENEAU