



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNÉE 2017 N° 47

***SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT DE PATIENTS
EN FIN DE VIE : FORMATION ET COMPETENCES DES
INTERNES DE MEDECINE GENERALE EN FIN DE CURSUS***

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **6 avril 2017**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par
Monsieur ROMBI Jérémy
Né le 20 février 1988 à Bron

Sous la direction de **Madame le docteur HUMEAU Charlotte**

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition

Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rymlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Chirurgie digestive
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques

Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

Au Professeur Sylvie Erpeldinger, vous avez accepté de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect,

Aux Professeurs Isabelle Ray-Coquard et Marilène Filbet, vous avez accepté de venir juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements,

Au Docteur Charlotte Humeau, tu as accepté de m'encadrer sur ce projet. Je te remercie de m'avoir soutenu tout au long de ce travail,

À mes parents et ma sœur Andréa, qui ont toujours cru en moi au cours de ces dix années,

À ma tante Hélène, je n'ai pas assez de mots pour t'exprimer ma profonde affection,

À mon cousin Anthony, je te remercie pour ton aide concernant les tests statistiques,

À toutes les personnes qui participeront à ma soutenance,

À toutes celles de ma famille qui auraient aimées être là pour partager ce moment avec moi,

À Perle.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	11
I- INTRODUCTION	13
II- MATERIELS ET METHODES	15
A- METHODE DE TRAVAIL ET ECHANTILLON D'ETUDE	15
B- QUESTIONNAIRE.....	15
C- RECUEIL ET ANALYSE DES RESULTATS	16
D- RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	16
III- RESULTATS	18
A- ECHANTILLON D'ETUDE	18
B- FORMATION EN SOINS PALLIATIFS.....	19
1) Au cours du DCEM.....	19
2) Au cours du TCEM.....	19
C- DEFINITIONS ET CONNAISSANCES EN SOINS PALLIATIFS	20
1) Définitions des soins palliatifs	20
2) Connaissances médicales et législatives	21
D- COMPETENCES EN SOINS PALLIATIFS	22
1) Aisance actuelle face à des patients en fin de vie	22
2) Aisance actuelle face à des symptômes de fin de vie	23
3) Evaluation du caractère palliatif de la prise en charge d'un patient	24
4) Prise en compte des attentes des patients.....	24
5) Prise en compte des remarques des équipes paramédicales	24
6) Directives anticipées	24
7) Sédation terminale.....	24
E- PRATIQUE FUTURE.....	25

F- RESULTATS COMBINES	27
IV- DISCUSSION.....	29
A- RESULTATS	29
1) Exposition à la fin de vie et formation des internes en soins palliatifs	29
2) Définitions des soins palliatifs et connaissances médico-législatives	32
3) Compétences en soins palliatifs et dans l'accompagnement de patients en fin de vie.....	33
4) Pratique des soins palliatifs en médecine générale.....	37
5) Propositions et perspectives d'avenir	38
a- Concernant la formation théorique	39
b- Concernant la formation pratique	41
B- METHODE DE TRAVAIL ET ECHANTILLON D'ETUDE.....	43
1) Concernant la méthode de travail	43
2) Concernant le questionnaire.....	43
3) Concernant l'échantillon d'étude.....	44
V- CONCLUSIONS	46
ANNEXES	47
BIBLIOGRAPHIE	75

GLOSSAIRE

CNGE = Collège National des Généralistes Enseignants

CUMG = Collège Universitaire de Médecine Générale

DCEM = Deuxième Cycle des Études Médicales

DES = Diplôme d'Études Spécialisées

DESC = Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DIU = Diplôme Inter-Universitaire

DU = Diplôme Universitaire

ECN = Examen Classant National

EMSP = Équipe Mobile de Soins Palliatifs

EVA = Échelle Visuelle Analogique

FMC = Formation Médicale Continue

HAD = Hospitalisation À Domicile

HAS = Haute Autorité de Santé

PACES = Première Année Commune aux Études de Santé

QCM = Questionnaire à Choix Multiples

RCP = Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SASPAS = Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SHS = Sciences Humaines et Sociales

SFAP = Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

TCEM = Troisième Cycle des Études Médicales

UE = Unité d'Enseignement

WONCA = World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

I- INTRODUCTION

En France, les médecins généralistes sont peu confrontés à des situations de fin de vie. Dans le cadre de leur exercice annuel, chacun d'eux est amené en moyenne à accompagner une à trois personnes à leur domicile. ^[1]

Cependant, le statut de coordonnateur des soins qui leur est attribué associé au développement croissant des hospitalisations à domicile, conduisent à les impliquer de façon plus régulière et nécessite que ceux-ci y soient préparés.

Les étudiants en médecine bénéficient ainsi d'un enseignement universitaire au cours du deuxième cycle des études médicales. Il a pour objectif l'acquisition d'un socle commun de connaissances théoriques dans 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.

Par ailleurs, la formation reçue cherche à promouvoir l'acquisition de compétences utiles dans ce domaine (technique et scientifique, relationnelle, éthique et aptitude à travailler en équipe interdisciplinaire). ^[2]

Au cours de cette formation, les internes de médecine générale 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 la formation actuelle reçue par les étudiants en médecine dans le domaine des soins palliatifs et de l'accompagnement de patients en fin de vie.

Notre travail avait pour principal objectif d'évaluer le rôle de cette formation en matière d'acquisition de connaissances et de compétences chez des internes de médecine générale en fin de cursus.

L'objectif secondaire était d'identifier les freins éventuels à la prise en charge et à l'accompagnement de patients en fin de vie en tant que futur médecin généraliste.

En annexes I , II et III, sont présentés les définitions des soins palliatifs et de la médecine générale, les éléments de formation et le cadre législatif concernant les soins palliatifs et la fin de vie.

II- MATERIELS ET METHODES

A- METHODE DE TRAVAIL ET ECHANTILLON D'ETUDE

Nous avons réalisé une étude monocentrique, quantitative et descriptive à la faculté de médecine de Lyon.

La population cible était :

- Les internes inscrits au DES de médecine générale.
- En fin de cursus (5^{ème} ou 6^{ème} semestre).
- Pour l'année universitaire 2015-2016.

B- QUESTIONNAIRE

L'élaboration du questionnaire a été faite avec l'expertise de notre directrice de thèse et des données bibliographiques disponibles.

Il s'agissait d'un questionnaire informatique autoadministré par Google Forms (annexe IV).

Il était constitué de quarante-trois questions :

- 24 questions fermées.

Dont 16 nécessitant une réponse oui/non et 8 une sélection parmi un choix.

- 13 questions avec une EVA.
- 4 questions sous forme d'un QCM.
- 2 questions ouvertes.

La réponse à l'ensemble de ces questions était obligatoire sauf une, conditionnée par la réponse à la question précédente.

Le questionnaire a été préalablement testé par quatre personnes dont notre directrice de thèse, la psychologue de l'EMSP de l'hôpital de Bourgoin-Jallieu et deux internes de médecine générale. Ce travail a permis d'améliorer sa lisibilité (compréhension) et sa faisabilité (réponse rapide).

La diffusion a été possible après accord de la commission de recherche du CUMG.

Les réponses au questionnaire ont été obtenues de manière anonyme entre le 1^{er} juin et le 1^{er} août 2016. Une relance systématique à mi-chemin de ce recrutement a été effectuée.

C- RECUEIL ET ANALYSE DES RESULTATS

L'ensemble des données a été recueilli par l'intermédiaire de l'outil informatique utilisé pour la création du questionnaire et saisi dans le logiciel Excel.

Les réponses de la seule question nécessitant un apport de mots-clefs ont été regroupées par catégorie et intégrées au logiciel Excel.

Les résultats initiaux sont présentés sous forme d'échantillons et/ou de moyennes.

Les tests statistiques effectués grâce au logiciel R ont été :

- Le test du chi-2 d'ajustement.
- Le test exact de Fisher.

Le seuil de significativité retenu pour chacun d'entre eux était $p < 0,05$.

D- RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Nous avons eu recours aux moteurs de recherche Google Scholar et Pubmed pour effectuer cette recherche

Les mots clefs utilisés dans Google Scholar ont été :

- « Formation médicale en soins palliatifs ».
- « Connaissances médicales en soins palliatifs ».
- « Compétences médicales en soins palliatifs ».

Les mots clefs utilisés dans Pubmed ont été :

- « Knowledge of medical students ».
- « Training of medical students ».
- « Skills of medical students ».
- « Palliative care ».

La lecture des références des articles nous a permis d'enrichir notre bibliographie.

III- RESULTATS

A- ECHANTILLON D'ETUDE

274 internes de médecine générale ont reçu le questionnaire.

Un taux de réponses de 36,5% (n = 100) a été obtenu.

Tableau 3 : Caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques de l'échantillon	n
<u>Sexe</u> <ul style="list-style-type: none">• Féminin• Masculin	70 30
<u>Situation familiale</u> <ul style="list-style-type: none">• En couple<ul style="list-style-type: none">- dont pacsés- dont mariés• Célibataire	78 13 11 22
<u>Enfants</u> <ul style="list-style-type: none">• Non• Oui	85 15
<u>Ville d'étude pour le DCEM *</u> <ul style="list-style-type: none">• Lyon• Autres	52 48
* Répartition en annexe V	
<u>Faculté pour le TCEM</u> <ul style="list-style-type: none">• Lyon Est• Lyon Sud	72 28
<u>Semestre d'étude</u> <ul style="list-style-type: none">• 6^{ème}• 5^{ème}	86 14

La moyenne d'âge était à :

- 27,5 ans (de 25 à 39 ans) tous sexes confondus.
- 27,5 ans (de 25 à 34 ans) pour les internes de sexe féminin.
- 27,6 ans (de 25 à 39 ans) pour les internes de sexe masculin.

B- FORMATION EN SOINS PALLIATIFS

1) Au cours du DCEM

57 internes ont suivi un ou plusieurs cours spécifiquement dédié(s) aux soins palliatifs et à la prise en charge de patients en fin de vie.

85 estimaient la formation reçue dans ce domaine comme insuffisante et 78 auraient été intéressés par un module universitaire spécifiquement dédié.

2) Au cours du TCEM

76 internes ont suivi un ou plusieurs cours spécifiquement dédié(s) aux soins palliatifs et à la prise en charge de patients en fin de vie.

L'enseignement avait été reçu (QCM) :

- Lors d'un cours théorique à l'hôpital (n = 70).
- Lors d'une FMC (n = 12).
- Lors d'un cours théorique à la faculté (n = 9).
- Lors du DESC de soins palliatifs (n = 2).
- Lors d'un DU ou DIU en lien avec les soins palliatifs (n = 2).

Tous les internes avaient été confrontés à la prise en charge de patients en fin de vie à l'hôpital de façon plus ou moins régulière :

- Occasionnelle (n = 28).
- Régulière (n = 57).
- Très régulière (n = 15).

Seule une moitié des internes y avait été confrontée en milieu ambulatoire (stage praticien niveau 1 ou SASPAS) :

- Jamais (n = 56).
- 1-2 fois (n = 34).
- > 2 fois (n = 10).

90 internes ont eu recours à une EMSP pour les aider dans la prise en charge de patients en fin de vie. 48 ont participé à une RCP de soins palliatifs.

Les internes considéraient majoritairement ces expériences comme utiles dans leur formation au cours du TCEM :

- 94 en ce qui concerne l'intervention d'une EMSP.
- 80 en ce qui concerne la participation à une RCP de soins palliatifs.

C- DEFINITIONS ET CONNAISSANCES EN SOINS PALLIATIFS

1) Définitions des soins palliatifs

306 mots-clefs ont été obtenu soit 80 mots différents (annexe VI).

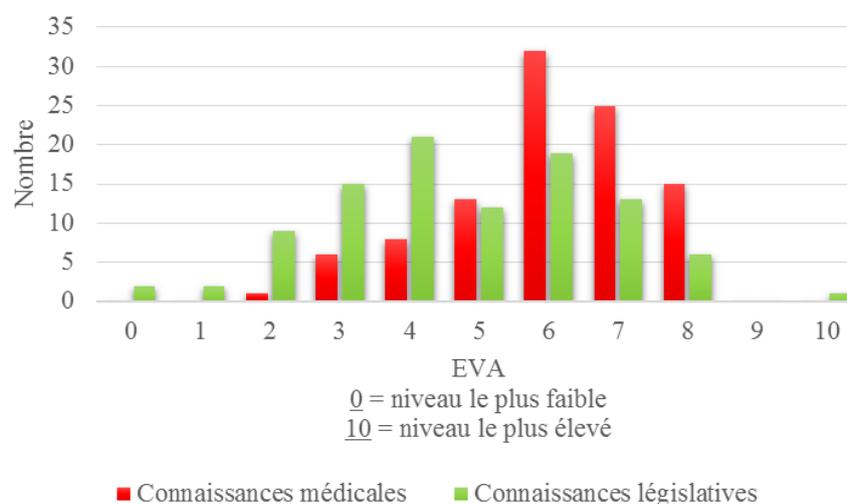
En s'appuyant sur les définitions habituelles des soins palliatifs, nous avons procédé à un regroupement par catégorie de ces différents mots (tableau 4).

Tableau 4 : Catégories de mots-clefs obtenues

Catégories de mots-clefs obtenues	n
• Confort	83
• Accompagnement	54
• Soulager la douleur physique	38
• Prise en charge du malade, de sa famille et de ses proches	23
• Soins actifs	12
• Soulager la souffrance psychologique, sociale et spirituelle	12
• Soulager les symptômes de fin de vie	8
• Approche globale	7
• Maladie grave, évolutive ou terminale	7
• Interdisciplinarité	3
• Autre	59

2) Connaissances médicales et législatives

Figure 1 : Evaluation des connaissances médicales et législatives



Une EVA $\geq 5/10$ a été considérée comme « satisfaisante ».

Une EVA $\geq 7/10$ a été considérée comme « très satisfaisante ».

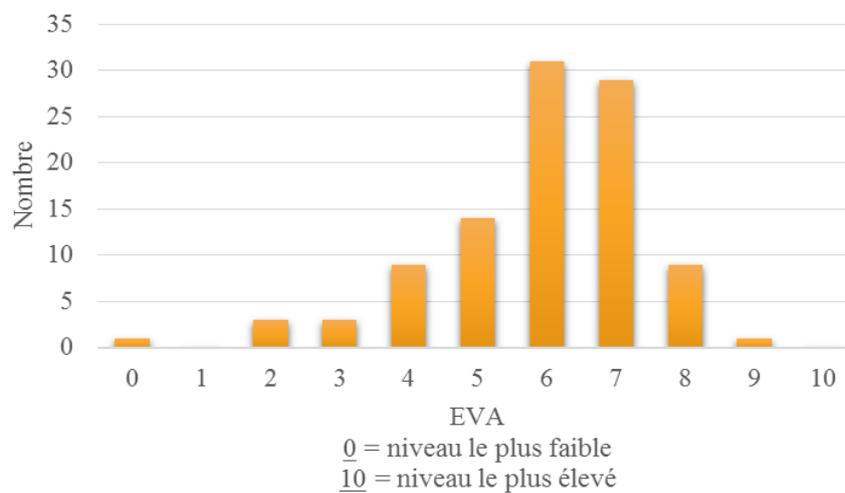
15 internes estimaient à la fois leurs connaissances médicales et législatives comme « très satisfaisantes ».

D- COMPETENCES EN SOINS PALLIATIFS

97 internes ont observé une progression au cours de leur internat dans la prise en charge de patients en fin de vie. 72 estimaient avoir été suffisamment soutenus par les différents médecins sur les lieux de stages.

1) Aisance actuelle face à des patients en fin de vie

Figure 2 : Evaluation de l'aisance actuelle face à des patients en fin de vie

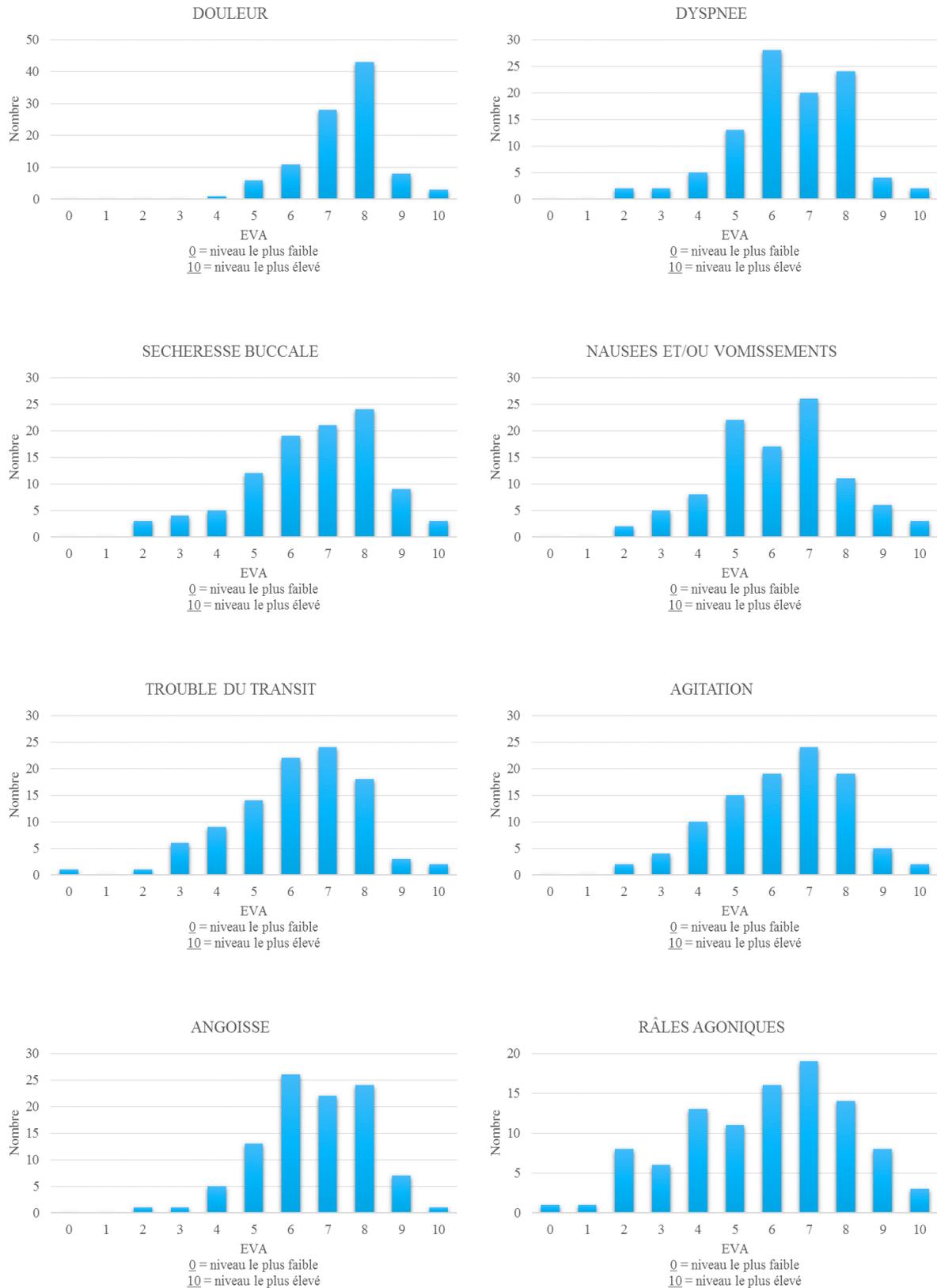


Les internes ayant répondu par une EVA $\geq 5/10$ ont été considérés comme « à l'aise » (n = 84).

Les internes ayant répondu par une EVA $\geq 7/10$ ont été considérés comme « très à l'aise » (n = 38).

2) Aisance actuelle face à des symptômes de fin de vie

Figure 3 : Evaluation de l'aisance actuelle face à des symptômes de fin de vie



Pour chacun de ces symptômes, les mêmes seuils que pour l'aisance face à des patients en fin de vie ont été retenus pour déterminer les internes « à l'aise » et « très à l'aise ».

3) Evaluation du caractère palliatif de la prise en charge d'un patient

72 internes l'estimaient comme facile.

4) Prise en compte des attentes des patients

L'EVA moyenne d'estimation était à 9/10.

5) Prise en compte des remarques des équipes paramédicales

L'EVA moyenne d'estimation était à 8,6/10.

6) Directives anticipées

En tant que futur médecin généraliste :

- 91 internes déclaraient être capables de les expliquer à un patient.
- 76 estimaient être aptes à les recueillir.

7) Sédation terminale

Concernant un patient en phase palliative terminale avec un pronostic vital engagé à court terme (environ une semaine) les indications retenues par les internes sont présentées ci-après (tableau 5).

Tableau 5 : Indications de sédation terminale (QCM)

Indications de sédation terminale	n
• Détresse respiratoire	87
• Souffrance douloureuse réfractaire	83
• Hémorragie cataclysmique	79
• Râles agoniques	72
• Autres	9
• Demande d'euthanasie de la part du patient	6
• Demande d'euthanasie de la part de la famille	1

Les neuf réponses autres étaient :

- « Demande d'une sédation profonde et continue par le patient ».
- « Agitation aiguë réfractaire ».
- « Coma inconfortable ».
- « Anxiété majeure ».
- « Angoisse de la mort, insomnie, asthénie ».
- « Cas par cas ».
- « Asphyxie et non pas simple détresse respiratoire ».
- « Troubles neurologiques ».
- « Si sédation terminale veut dire accélérer la mort nous n'avons pas le droit ».

E- PRATIQUE FUTURE

Tous les internes attribuaient au médecin généraliste une place dans la prise en charge de patients en fin de vie :

- Complètement (n = 71).
- Partiellement (n = 29).

54 internes estimaient ne pas être « suffisamment armé » pour prendre en charge ces patients.

80 ont sélectionné au minimum trois freins à cette prise en charge (tableau 6).

Les trois plus importants étaient :

- Disponibilité médicale.
- L'accessibilité des thérapeutiques de fin de vie.
- L'insuffisance de formation médicale.

Tableau 6 : Freins à la prise en charge de patients en fin de vie (QCM)

Freins à la prise en charge de patients en fin de vie	n
• Disponibilité médicale	78
• Accessibilité des thérapeutiques de fin de vie	60
• Insuffisance de formation médicale	59
• Absence de structures de soutien (type HAD)	48
• Aspects financiers	41
• Disponibilité paramédicale	34
• Environnement familial du patient	26
• Obligations personnelles + environnement familial du médecin	21
• Autres	6

Les six réponses autres étaient :

- « Coopération ville-hôpital insuffisante ».
- « Manque de connaissances des structures ambulatoires ».
- « Peur des problèmes médico-légaux dans les situations floues ».
- « Manque de formation législative ».
- « Demande beaucoup de temps et d'investissement ».
- « Cela dépend de chaque situation et de chaque médecin ».

La plupart des internes envisageait un mode d'exercice en groupe (tableau 7).

Tableau 7 : Mode d'exercice envisagé (QCM)

Mode d'exercice envisagé	n
• Activité libérale en association	52
• Activité libérale dans une maison médicalisée	47
• Activité mixte	25
• Activité hospitalière	14
• Activité libérale individuelle	9

F- RESULTATS COMBINES

Le test statistique utilisé dans cette partie était le test exact de Fisher.

Pour chaque relation statistique envisagée, l'hypothèse de départ H0 était l'indépendance des deux variables considérées.

Pour tout résultat $p < 0,05$; nous avons rejeté l'hypothèse H0 d'indépendance des deux variables testées.

Pour tout résultat $p > 0,05$; nous avons accepté l'hypothèse H0 d'indépendance des deux variables testées.

Tableau 8 : Résultats combinés

Evaluation des connaissances médicales et législatives EVA \geq 7/10	p
Influence de cours dédié(s) aux soins palliatifs et à l'accompagnement de patients en fin de vie au cours des deux cycles d'études médicales	0,01
Influence de l'exposition à des situations de patients en fin de vie à l'hôpital et en ambulatoire	0,04

Evaluation de l'aisance actuelle face à des patients en fin de vie EVA \geq 7/10	p
Influence d'une évaluation des connaissances médicales et législatives avec une EVA \geq 7/10	0,0008
Influence de l'exposition à des situations de patients en fin de vie à l'hôpital et en ambulatoire	0,001
Influence de cours dédié(s) aux soins palliatifs et à l'accompagnement de patients en fin de vie au cours des deux cycles d'études médicales	0,04

Concernant les éléments de compétences	p
Influence d'une évaluation de l'aisance actuelle face à des patients en fin de vie avec une EVA \geq 7/10	
Sur une meilleure prise en compte par les internes des attentes de patient en fin de vie (EVA \geq 9/10)	0,002
Sur la capacité des internes à expliquer les directives anticipées à un patient	0,02
Sur l'aptitude des internes à recueillir les directives anticipées auprès d'un patient	0,02
Sur la facilité d'évaluation du caractère palliatif de la prise en charge d'un patient	0,04
Sur une meilleure prise en compte par les internes des remarques des équipes paramédicales (EVA \geq 9/10)	0,04
Sur la sélection des indications correctes de sédation terminale	0,04

IV- DISCUSSION

A- RESULTATS

1) Exposition à la fin de vie et formation des internes en soins palliatifs

Au cours du TCEM, tous les internes ont été confrontés à des patients en fin de vie que ce soit en milieu hospitalier ou ambulatoire. Cette confrontation implique que les internes y soient préparés.

L'enseignement théorique reçu au cours du DCEM a pour objectif l'acquisition de connaissances minimales en soins palliatifs requises pour passer l'ECN.

Or, la majorité des internes estimait la formation reçue dans ce domaine comme insuffisante. Ce résultat est similaire à celui retrouvé dans l'étude de Poinceaux et al. de 2014. ^[33]

Cette donnée doit nous interroger :

- D'une part, sur l'efficacité de l'autoformation des internes qui ne suivent pas les cours magistraux mais qui sont censés travailler les objectifs de l'ECN.

En effet, seule une moitié des internes déclarait avoir suivi au moins un cours dédié aux soins palliatifs et à l'accompagnement de patients en fin de vie au cours de leur externat. Ces mêmes internes, déclaraient de façon plus fréquente que la formation reçue dans ce domaine était suffisante.

- D'autre part, sur les modalités de l'enseignement théorique proposé et son adéquation avec les attentes des étudiants.

En effet, une majorité des internes serait intéressée par la mise en place d'un module universitaire spécifiquement dédié aux soins palliatifs.

Cet intérêt confirme la nécessité :

- Du développement d'un enseignement dédié et adapté aux soins palliatifs.
- D'une reconnaissance académique de la médecine palliative comme une spécialité médicale. [24, 34]

Nous tenons à préciser que cet intérêt existe chez les internes quel que soit le niveau de perception de la formation reçue au cours du DCEM.

Par la suite, l'enseignement universitaire s'efface rapidement lors de l'entrée en TCEM au profit d'une formation clinique lors des différents stages effectués.

Celle-ci a pour objectif l'acquisition de compétences utiles dans différents domaines dont celui qui nous intéresse.

Il persiste cependant des éléments de formation théorique permettant la consolidation des connaissances en soins palliatifs précédemment acquises.

Ainsi, un nombre important d'internes déclarait avoir suivi un ou plusieurs cours dédiés aux soins palliatifs et à l'accompagnement de patients en fin de vie au cours de leur internat. Cet enseignement avait majoritairement été suivi en milieu hospitalier.

La différence observée entre le DCEM et le TCEM concernant le nombre d'étudiants ayant suivi un ou des enseignements dédié(s) s'explique par :

- La mise en responsabilité des internes.
- La confrontation plus régulière à des patients en fin de vie.

Cette différence est plus élevée que dans l'étude de Boespflug de 2005 dans laquelle un nombre semblable d'étudiants déclarait avoir reçu une formation au cours du DCEM et du TCEM. [35]

L'accroissement de cette différence au cours de ces dix dernières années est principalement lié au développement des soins palliatifs dans notre société et à la prise de conscience d'une partie du corps médical de la nécessité d'y être formé.

Pour les aider dans la prise en charge de patients en fin de vie, un certain nombre d'internes a eu soit recours à une EMSP, soit participé à une RCP de soins palliatifs, soit les deux.

Bien que la participation à une RCP de soins palliatifs ait concerné presque la moitié des internes, celle-ci s'est avérée moins conséquente que le recours à une EMSP.

Ce résultat était prévisible étant donné que la plupart des situations palliatives de fin de vie imposant une intervention spécialisée se règle avec l'EMSP. La réalisation d'une RCP dédiée restant réservée aux cas les plus complexes imposant une approche pluridisciplinaire. ^[36]

Le nombre d'internes ayant eu recours à une EMSP a été plus important que dans l'étude de Rouzo-Terreux de 2012. ^[37]

Cette différence s'explique par notre population d'étude qui était exclusivement constituée par des internes de médecine générale, plus exposés à la fin de vie.

Ces données sont à souligner car en s'appuyant sur ces différentes expériences, les internes améliorent la qualité de la prise en soins qu'ils délivrent à leurs patients. Ainsi, que ce soit le recours à une EMSP ou la participation à une RCP de soins palliatifs, une majorité des internes les estimait comme utiles pour leur formation.

Cette utilité est d'autant plus importante qu'elle a été associée de façon plus fréquente au fait d'avoir été exposé à l'une ou l'autre de ces expériences.

2) Définitions des soins palliatifs et connaissances médico-législatives

Concernant les définitions apportées, une grande variété de mots-clefs a été obtenue. Elle témoigne de l'étendue du champ occupé par les soins palliatifs. Le regroupement par catégorie a fait émerger des représentations dominantes.

D'une part, les notions de « confort » et « d'accompagnement » ont été les plus citées par les internes pour signifier ce que sont les soins palliatifs.

Cette évocation majoritaire a déjà été constatée dans les études de Salas et al. de 2008 et de Dany et al. de 2009 conduites respectivement chez des médecins spécialisés en soins palliatifs et des internes en médecine. [38-39]

Un tel niveau de citation était attendu car ces deux notions font partie des critères de définition inconditionnels et sont intrinsèquement liés à la démarche palliative.

En revanche, le caractère quantitatif de notre étude, ne nous a pas permis d'évaluer le sens attribué par les internes à ces deux notions et leurs traductions en termes de pratiques cliniques palliatives.

D'autre part, le reste des mots-clefs s'est articulé autour de deux grandes idées principales regroupant :

- Premièrement, des éléments intéressant la pratique palliative et les modalités de dispensation des soins.
- Deuxièmement, des éléments centrés sur les caractéristiques relationnelles en médecine palliative.

Une répartition semblable a été retrouvée dans l'étude de Dany et al. de 2009. [39]

L'autoévaluation des connaissances en soins palliatifs par les internes a mis en évidence certaines lacunes.

Si une majorité évaluait leurs connaissances médicales comme « satisfaisantes » (EVA \geq 5/10), seule une moitié estimait leurs connaissances législatives comme telles.

Cette carence en matière législative avait déjà été évoquée dans l'étude de Poinceaux et al. de 2014. Il avait été constaté chez des internes de médecine générale en fin de cursus, certaines lacunes concernant les grands principes de la loi Léonetti du 22 avril 2005. [33]

Celle-ci est concordante avec les objectifs de l'enseignement qui accorde une place prépondérante à l'enseignement technicoscientifique au cours du DCEM. Il serait intéressant, de réévaluer la perception de ces connaissances à la lumière des remaniements récents effectués concernant ces objectifs d'enseignement. [18,19]

Cette étude a par ailleurs mis en évidence l'influence de certains facteurs sur une meilleure autoévaluation de ces connaissances. En effet, les internes déclarant de meilleures connaissances médicales et législatives étaient ceux qui avaient été le plus formé et le plus exposé à la fin de vie.

3) Compétences en soins palliatifs et dans l'accompagnement de patients en fin de vie

S'agissant de savoir-agir complexes, la difficulté a été de recueillir des données et de pouvoir les interpréter.

L'utilisation d'un questionnaire basé sur des autoévaluations et la réponse à des QCM a permis l'exploration d'une partie des éléments de compétences utiles pour la prise en charge de patients en fin de vie. Ainsi, la mobilisation des connaissances acquises et la capacité de réflexion des étudiants face à certaines situations complexes n'ont pas pu être étudiées.

La majorité des internes se déclarait comme « à l'aise » ($EVA \geq 5/10$) pour gérer des situations de patients en fin de vie.

Ce chiffre est meilleur que dans l'étude de Dany et al. de 2009 dans laquelle plus de la moitié des internes interrogés déclarait « ne pas se sentir à l'aise avec des patients en fin de vie ». ^[39]

En offrant un panel de réponses plus important, l'utilisation d'une EVA a pu conduire à majorer ce sentiment d'aisance dans notre étude.

Nous estimons, que cet élément doit pondérer ce résultat et qu'il convient malgré cette apparente aisance déclarative de retenir un certain degré « d'inconfort » chez les internes.

En effet, en choisissant un seuil différent pour retenir les internes véritablement « à l'aise » ($EVA \geq 7/10$), notre nombre d'internes chuterait de moitié.

Ce degré « d'inconfort » doit être pris en considération :

- Premièrement parce qu'il conditionne la qualité des soins proposés.
- Deuxièmement parce qu'il expose les futurs praticiens à des difficultés psychologiques et à un risque d'épuisement professionnel. ^[40]

Cette étude a par ailleurs mis en évidence l'influence de certains facteurs sur une meilleure aisance des internes face à des patients en fin de vie. En effet, les internes « très à l'aise » avec la fin de vie étaient ceux qui avaient été le plus formé et le plus exposé à la fin de vie et ceux qui avaient les meilleures connaissances médicales et législatives.

L'ensemble des éléments décrits jusqu'alors confirme l'importance de la formation théorique en soins palliatifs et de l'exposition clinique à des patients en fin de vie.

Nous tenons à préciser que nous n'avons pas mis en évidence si l'exposition à une EMSP et la participation à une RCP de soins palliatifs participaient à une meilleure évaluation des connaissances médicales et législatives et de l'aisance actuelle face à des patients en fin de vie.

Nous considérons deux explications possibles :

- Soit qu'il n'existe effectivement pas de lien statistique.
- Soit que ce lien n'a pas pu être démontré du fait de la taille de notre échantillon.

Nous estimons cependant, que les EMSP et les RCP de soins palliatifs ont un rôle à jouer en matière de pédagogie médicale et de régulation des pratiques.

L'étude individuelle par éléments de compétences a fait émerger un assez bon niveau chez les internes en ce qui concerne :

- La facilité d'évaluation du caractère palliatif de la prise en charge d'un patient (compétence technique et scientifique + compétence éthique).
- La prise en compte des attentes des patients et des remarques des équipes paramédicales (compétence relationnelle et aptitude à travailler en équipe interdisciplinaire).
- La capacité à expliquer et l'aptitude à recueillir les directives anticipées (compétence relationnelle).

Cet assez bon niveau est un point positif étant donné le sentiment majoritaire d'insuffisance de formation retrouvé. Il traduit un bon niveau de confiance des internes vis-à-vis de patients en fin de vie même si les compétences réelles non pas été évaluées par notre étude. De plus, ces éléments ont été retrouvés statistiquement associés à une meilleure aisance face à des patients en fin de vie.

Concernant les indications de sédation terminale (compétence technique et scientifique + compétence éthique)

Les trois indications correctes (détresse respiratoire, souffrance douloureuse réfractaire et hémorragie cataclysmique) ont été majoritairement sélectionnées mais seule une faible partie des internes (n = 10) a donné la bonne combinaison de réponses.

Un grand nombre d'internes (n = 74) retenait les rôles agoniques comme l'une de ses indications. Ce résultat est à souligner étant donné le caractère normal de ces rôles en phase terminale. Il traduit une certaine méconnaissance d'une partie des internes qui en sélectionnant cette réponse, considèrent ces manifestations comme un signe de souffrance anormale. Nous tenons à préciser que le choix des rôles agoniques comme indication de sédation terminale a été retrouvé associé à une aisance moindre des internes face à des patients en fin de vie.

Un plus petit nombre (n = 7) a retenu comme indication correcte une demande d'euthanasie de la part d'un patient et/ou de sa famille.

Afin d'éviter toute souffrance et une obstination déraisonnable, la proposition d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès peut être considérée comme légitime chez un patient demandeur d'une euthanasie.

Elle nécessite cependant certaines circonstances prévues par la loi Claeys-Léonetti de 2016 (annexe III) qui n'étaient pas toutes réunies dans l'énoncé de la situation clinique proposée.

Concernant les symptômes de fin de vie (compétence technique et scientifique)

Les internes se sont majoritairement déclarés « à l'aise » pour les gérer.

La douleur a été le seul symptôme étudié pour lequel une grande partie de l'échantillon se déclarait comme « très à l'aise » pour en assurer la prise en charge.

La fréquence d'exposition à ce symptôme et l'existence d'un enseignement théorique important peuvent expliquer cette meilleure aisance par rapport aux autres symptômes de fin de vie.

Pour ces derniers et notamment les rôles agoniques, il est assez légitime de penser que le manque de maîtrise technique (connaissances et pratique) peut être à l'origine de ce sentiment d'aisance inférieure.

Ce manque de « savoir-faire technique pour soulager les symptômes ultimes » a déjà été évoqué dans une thèse qualitative de 2013. ^[41]

De plus, nous avons constaté que les internes qui déclaraient un meilleur niveau de connaissances médicales et législatives étaient ceux qui arrivaient le mieux à gérer ces symptômes de fin de vie (hormis douleur et dyspnée).

L'ensemble de ces données nous permet de suggérer qu'en améliorant l'aisance globale des internes face à la fin de vie et leurs connaissances médico-législatives, une meilleure formation théorique et une pratique régulière en soins palliatifs participent à l'amélioration des éléments de compétences évoqués ci-dessus.

4) Pratique des soins palliatifs en médecine générale

La totalité des internes a confirmée l'importance de la place du médecin généraliste dans la prise en charge de patients en fin de vie et ce quel que soit leur niveau d'aisance face à ce type de patients.

Ce résultat soutient la nécessité précédemment évoquée d'un renforcement de la formation des étudiants en soins palliatifs.

Dans le même temps, la moitié d'entre eux estimait ne pas être « suffisamment armé » pour y faire face. Ce résultat témoigne d'une ambivalence chez certains internes qui ont à la fois le sentiment d'être « à l'aise » et « insuffisamment armé » face à des patients en fin de vie.

Par ailleurs, un nombre important d'internes évoquait plusieurs freins à la prise en charge de patients en fin de vie en tant que futur médecin généraliste. Les trois les plus fréquemment retenus étaient la disponibilité médicale, l'accessibilité des thérapeutiques de fin de vie et l'insuffisance de formation médicale.

L'évocation de la disponibilité médicale comme premier de ces freins avait déjà été abordée dans plusieurs études récentes dans lesquelles la notion de « chronophage » apparaissait comme une difficulté importante à la fois pour les étudiants et pour des médecins généralistes en activité. Elle revêtait différents aspects à la fois temporel, local, téléphonique, émotionnel et psychologique. ^[41,42]

La complexité actuelle de l'exercice médical libéral expose les médecins à un risque d'épuisement professionnel. L'exacerbation de cette complexité lors de la prise en charge de patients en fin de vie peut conduire certains praticiens à refuser ce type de prise en soins (association d'un isolement du médecin généraliste, de responsabilités grandissantes et de la nécessité d'une disponibilité importante). ^[40]

Bien que plaçant le médecin généraliste comme un élément important de la prise en charge et de l'accompagnement de patients en fin de vie, il est important de noter qu'un grand nombre d'internes reste lucide sur les difficultés auxquelles ils peuvent être confrontés dans leur exercice à venir.

5) Propositions et perspectives d'avenir

Les résultats obtenus suggèrent de renforcer la formation à la fois du côté de l'enseignement théorique et de la pratique clinique.

a- Concernant la formation théorique

- Un enseignement magistral et des supports pédagogiques variés

Le socle de base resterait l'enseignement magistral au cours du DCEM qui apporterait les connaissances minimales en soins palliatifs.

Devant l'importance du nombre d'étudiants qui déclarait ne pas avoir suivi cet enseignement, nous pouvons nous interroger sur son caractère facultatif. En effet, dans certains pays étrangers, les étudiants en médecine sont obligés d'assister aux cours prodigués lors du cursus (exemple de Liverpool en Angleterre). Cette organisation assure que l'ensemble des étudiants bénéficient d'un enseignement théorique en matière de soins palliatifs. [43]

Ces connaissances seraient approfondies lors d'enseignements coordonnés par des médecins référents sur les lieux de stages (en DCEM et surtout en TCEM) où les étudiants peuvent être confrontés à des patients en fin de vie.

Ce type d'enseignement existe déjà et doit être développé puisqu'il permet une meilleure intégration de la formation théorique à la formation pratique. Son développement est d'autant plus important que cette modalité d'enseignement a été retrouvée comme majoritaire dans la formation des internes au cours du TCEM.

Au-delà de ces habituels enseignements, d'autres outils pédagogiques pourraient être intégrés en milieu universitaire et hospitaliers :

- Séminaires en petits groupes.
- Jeux de rôle.
- Echanges de pratiques autour de situations cliniques personnelles.
- Supports vidéos ou films.

Leurs développements permettraient l'adaptation de la pédagogie actuelle à la thématique traitée comme cela est déjà le cas depuis environ une quinzaine d'années pour les enseignements britanniques et irlandais. [44-45]

Ils favoriseraient d'une part, l'interactivité entre formateurs et étudiants et entre étudiants eux-mêmes difficilement permise par un enseignement magistral universitaire. Ils amélioreraient d'autre part, l'acquisition des connaissances pures et surtout celle des savoir-faire et des savoir-être. Cependant, l'importance du nombre d'étudiants à former au regard du nombre de formateurs qualifiés rend difficile une généralisation à grande échelle de ces outils. [34]

- Une approche pluriprofessionnelle et interdisciplinaire

L'enseignement reposerait sur l'ensemble des professionnels qui peuvent :

- Soit être impliqués dans la prise en charge de patients en fin de vie (médecins spécialistes en soins palliatifs, généralistes, infirmières, psychologues, assistantes sociales, ...).
- Soit apporter des éléments de réflexion à cette prise en charge (juristes, théologiens, philosophes, éthiciens ...).

Ce type d'enseignement permettrait non seulement d'aborder des problématiques biomédicales et législatives mais ouvrirait aussi le champ de la réflexion à des dimensions plus humaines de nature psychologique, sociale, spirituelle, religieuse, éthique et surtout relationnelle. [41,45]

La création d'une unité d'enseignement commune aux différentes professions de santé permettrait :

- D'uniformiser la formation de tous ces futurs professionnels.
- L'acquisition d'un raisonnement éthique (approche interdisciplinaire).

- Une recherche clinique et des recommandations de bonnes pratiques

L'augmentation du nombre de projets de recherche dédiés aux soins palliatifs et à la fin de vie est nécessaire pour l'établissement de recommandations de bonnes pratiques.

Ces recommandations permettraient de fournir aux futurs praticiens des éléments permettant d'améliorer la qualité de leur formation et des soins proposés.

Le développement combiné de la recherche et de l'enseignement en soins palliatifs devrait aboutir à une reconnaissance académique et à une meilleure diffusion de la médecine palliative auprès des étudiants. [24, 34]

b- Concernant la formation pratique

- Une exposition régulière à la fin de vie pour tous lors des stages hospitaliers

Celle-ci devrait être la règle pour tous les internes de médecine générale soit :

- Dans une structure spécialisée en soins palliatifs (optimum).
- Dans un service dans lequel sont pris en charge des patients en fin de vie (oncologie, gériatrie, service de médecine polyvalente, service possédant un certain taux de décès annuel ou mensuel, ...).

Actuellement, la réalisation d'un stage hospitalier de six mois dans un service de soins palliatifs pour tous les internes apparaît comme difficilement réalisable du fait du nombre de structures d'accueil.

Cependant, la généralisation d'un tel stage permettrait sans doute l'amélioration de la pratique des internes en soins palliatifs. En effet, l'une des missions principales des structures de soins palliatifs est d'être le lieu privilégié de l'enseignement devant favoriser l'interrelation entre théorie et pratique.

Des données britanniques confirment cet intérêt puisque des internes ayant suivi un stage de six mois dans une structure spécialisée en soins palliatifs déclaraient avoir :

- Amélioré leurs connaissances dans la gestion des symptômes de fin de vie.
- Modifié leurs attitudes face aux patients (amélioration relationnelle). [46]

Ce type de stage permettrait également d'introduire une supervision plus intense des internes confrontés à la fin de vie.

Il faciliterait non seulement l'échange et le soutien psychologique entre pairs, mais aussi le dépistage des difficultés rencontrées le cas échéant.

- Une expérience ambulatoire indispensable

La confrontation actuelle des internes à la fin de vie se fait essentiellement au cours des stages hospitaliers. Si elle participe à la formation pratique des étudiants, celle-ci reste insuffisante. En effet, l'organisation des soins et l'application de la démarche palliative en milieu ambulatoire sont différentes.

Un développement de l'expérience clinique dans ces situations ambulatoires serait un atout certain pour des internes de médecine générale dont la plupart se destine à un exercice libéral.

Elle s'exercerait soit au cabinet ou au cours de visites à domicile lors du stage ambulatoire niveau 1, soit au cours de demies-journées de stages avec un médecin de l'HAD.

Concernant les consultations au cabinet et les visites à domicile

Elles permettraient un apprentissage clinique de ce que revêt l'accompagnement et le suivi de patients en fin de vie en ambulatoire.

Cependant, la faible probabilité d'être exposé à un patient en fin de vie au cours des six mois de stage en ambulatoire explique que tous les internes ne bénéficient actuellement pas d'une telle expérience.

Concernant les demies-journées de stage avec un médecin de l'HAD

Il s'agit d'une proposition intéressante déjà évoquée dans la thèse de Fanardjis de 2013.

Elle permettrait aux internes d'acquérir une expérience concernant l'organisation de ces structures et leur champ d'application en matière des soins palliatifs à domicile. ^[41]

B- METHODE DE TRAVAIL ET ECHANTILLON D'ETUDE

1) Concernant la méthode de travail

Le design utilisé nous a permis de générer des données numériques analysables et de répondre aux objectifs fixés.

Le caractère monocentrique de l'étude réduit l'extrapolation des résultats obtenus. En effet, l'échantillon constitué n'est pas représentatif des internes à l'échelle nationale (biais de recrutement).

2) Concernant le questionnaire

Le format informatique a permis de :

- Gagner du temps dans l'élaboration et la diffusion de notre questionnaire.
- Faciliter la saisie des répondants et la centralisation des données.
- Limiter les erreurs de transcription.

Le volontariat de la réponse combiné à un nombre de questions importants ont pu freiner la participation de certains internes et conduire à un biais de sélection. En effet, les internes répondants ont été probablement ceux qui étaient les plus intéressés par la thématique proposée.

Le caractère obligatoire de la réponse à l'ensemble des questions a simplifié la comparaison et l'analyse des données obtenues.

Le testing préalable et la présentation du questionnaire à la commission de recherche du CUMG ont été garants d'une bonne validité.

3) Concernant l'échantillon d'étude

Les internes cibles ont été choisis pour trois raisons principales :

- Population de futurs médecins généralistes.
- Population ayant déjà eu accès au maximum de formation théorique.
- Population ayant déjà eu accès au maximum de stages.

Le taux de réponses obtenu, est comparable à celui retrouvé dans l'étude de Poinceaux et al. de 2014 (36,5% contre 31,5%) sur une thématique proche de la notre. ^[33]

La prédominance d'internes de sexe féminin s'est avérée concordante avec les données locales existantes à notre disposition. En effet, pour l'année 2015-2016, 65% des internes en 3^{ème} année du DES de médecine générale à Lyon étaient de sexe féminin.

Il n'existait par ailleurs, aucune différence significative entre la répartition par sexe dans notre échantillon et celle des internes cibles lyonnais (test du chi-2 d'ajustement avec pour hypothèse de départ H_0 = la distribution du sexe observée dans l'échantillon est la même que celle de la population cible, $p = 0,5$).

Nous tenons à souligner qu'il existait une importante hétérogénéité concernant la ville d'origine puisque les internes avaient réalisé leur externat dans dix-huit villes soit vingt-deux facultés différentes.

V- CONCLUSIONS

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le rôle de la formation en matière d'acquisition de connaissances et de compétences dans le domaine des soins palliatifs et de l'accompagnement de patients en fin de vie, chez des internes de médecine générale en fin de cursus.

Notre échantillon de cent internes confirme d'une part, l'existence d'un sentiment majoritaire d'insuffisance de formation dans ce domaine et d'autre part, l'influence de cette formation dans l'acquisition de connaissances et de compétences dédiées. En effet, les internes ayant bénéficié d'une formation théorique tout au long de leur cursus et d'une exposition régulière à la fin de vie, ont été ceux qui avaient les meilleures connaissances médico-législatives et étaient le plus à l'aise avec la fin de vie pour tous les éléments de compétences étudiés. Ces données soutiennent l'intérêt d'un renforcement de cette double formation dans le cursus de l'ensemble des étudiants en médecine afin de mieux les préparer aux situations qui les attendent.

L'objectif secondaire était d'identifier les éventuels freins à la prise en charge et à l'accompagnement de patients en fin de vie en tant que futur médecin généraliste. L'insuffisance de formation n'est apparue qu'en troisième position des réponses sélectionnées derrière la disponibilité médicale et l'accessibilité des thérapeutiques de fin de vie. Bien qu'elle soit nécessaire, nous pensons qu'une amélioration isolée de cette formation est insuffisante pour faciliter ce type de prise en soins à domicile.

Cette étude pourrait être approfondie par la réalisation d'une étude qualitative qui conduirait à évaluer plus précisément les connaissances et compétences des internes de médecine générale en soins palliatifs ainsi que leurs attentes en matière de formation. Etude, d'autant plus intéressante, qu'elle permettrait d'estimer l'impact des modifications récentes des programmes universitaires

ANNEXES

Annexe I : Définitions des soins palliatifs et de la médecine générale

Soins palliatifs

De nombreuses définitions des soins palliatifs existent tant à l'échelle internationale que nationale.

Nous avons choisi celle de la SFAP de 1996 qui apparait être la plus complète :

« 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 psychologique, 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 (communément appelé acharnement thérapeutique). 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. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués ». ^[3]

Ils doivent être intégrés dans un véritable processus de continuité des soins sans séparation avec les soins curatifs.

Dès lors, le patient atteint d'une maladie grave bénéficie d'une prise en soins globale ainsi qu'un accompagnement du début de sa maladie jusqu'au terme de sa vie.

Cette prise en soins vise « au-delà de la technicité du geste, à soulager les symptômes, diminuer la souffrance et donc favoriser l'autonomie et le confort de la personne. Elle nécessite compétence, attention, écoute, tact et discrétion, afin de préserver le sens et la justesse des décisions adoptées dans la concertation ». [4]

La continuité des soins se traduit par un effacement progressif des traitements curatifs au profit des traitements palliatifs et ce jusqu'à la phase terminale conduisant au décès.

Elle impose, tout au long de l'évolution de la maladie, un accompagnement spécifique de l'entourage familial depuis l'annonce diagnostique jusqu'à la phase de deuil.

La compréhension de ce concept est indispensable pour que la mise en place des soins palliatifs puisse se faire de manière la plus précoce possible pour un patient donné. [5-6]

Médecine générale

La définition la plus récente de la médecine générale et de ses caractéristiques est celle de la WONCA section Europe de 2002. Elle résulte d'une démarche consensuelle de validation des différentes sociétés savantes de médecine générale européennes.

« La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuve et sa pratique. C'est aussi une spécialité clinique orientée vers les soins primaires ». [7]

Elle est considérée comme le premier contact des usagers avec le système de soins et couvre un vaste champ d'activités déterminé par les besoins et les demandes des patients.

Elle repose sur l'acquisition de compétences fondamentales définies par la WONCA Europe et le CNGE en France. [7-8]

Une compétence constitue :

« Un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison d'une variété de ressources internes et externes permettant la résolution d'une famille de situations données ». [9]

Les compétences attendues en médecine générale se rapprochent de celle attendues en soins palliatifs et sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Compétences attendues en médecine générale

WONCA Europe	CNGE France
Gestion des soins de santé primaire	Premiers recours, urgences
Soins centrés sur la personne	Approche centrée patient Relation, communication
Approche globale Adoption du modèle biopsychosocial	Approche globale, complexité
Orientation communautaire	Continuité, suivi, coordination du soin
	Education en santé, dépistage Prévention individuelle et communautaire
Aptitude spécifique à la résolution de problèmes	Professionalisme

Annexe II : Formation médicale en soins palliatifs

Initiale

Universitaire

Elle est régie par un ensemble de textes réglementaires dont les principaux sont développés ci-dessous.

- La circulaire DGES-DGS n°95-15 du 9 mai 1995 relative aux enseignements du premier et du deuxième cycle des études médicales.

→ Elle ajoute à la liste des enseignements obligatoires pour la deuxième partie du DCEM les soins palliatifs et le traitement de la douleur. Ils devront faire l'objet d'un enseignement spécifique dédié sous forme de séminaires et sont jugés prioritaires pour une durée de 4 ans. ^[10]

Cet ajout est repris par un arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du DCEM, précisant que l'enseignement théorique doit porter sur un ensemble de matières dont les soins palliatifs et la thérapeutique (incluant le traitement de la douleur).

Ces enseignements s'organisent en modules à partir de l'arrêté du 10 octobre 2000 relatif à la deuxième partie du DCEM, modifiant l'arrêté précédent. ^[11-12]

→ Cette même circulaire précise le contenu et les modalités d'évaluation du module de SHS de première année du PCEM.

Ces éléments font l'objet d'un arrêté du 2 mai 1995 spécifique, relatif au module de SHS de la première année du PCEM. Ce module doit permettre d'aborder les grandes questions éthiques qui animent la société et d'acquérir une méthodologie.

Le but étant de développer chez les étudiants en médecine une approche pluridisciplinaire des problèmes de la société et de susciter en eux une réflexion sur la pratique qu'ils envisagent dans un contexte élargi. [13]

- L'arrêté du 2 mai 2007 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du DCEM, énonce les objectifs à atteindre avant l'entrée en TCEM. Il précise les objectifs des onze principaux modules interdisciplinaires dont ceux du module 6 relatif au domaine qui nous intéresse « Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement » (tableau 2). [14-15]

L'ensemble de ces dispositions a été récemment modifié par l'introduction de nouveaux textes.

- La loi n°2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants, remplace le PCEM.

Elle est complétée par un arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la PACES qui définit le contenu des sept unités d'enseignement dont l'UE 7 « Santé - Société - Humanité ». L'objectif de cette UE étant de développer les capacités d'analyse et de synthèse dans le domaine des SHS (incluant une réflexion sur les grandes questions éthiques) et de la santé publique. [16-17]

En plus de cette PACES, c'est l'ensemble du cursus médical qui est modifié par l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales (abrogeant l'arrêté du 4 mars 1997 modifié).

Sont alors créés un diplôme de formation générale en sciences médicales sanctionnant le premier cycle (trois premières années incluant la PACES) et un diplôme de formation approfondie en sciences médicales sanctionnant le deuxième cycle (trois années suivantes).

L'arrêt prévoit treize UE communes dont l'UE 5 « Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins Palliatifs - Accompagnement » (tableau 2). [18-19]

Tableau 2 : Items du module 6 et de l'UE 5

65	Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique
66	Thérapeutiques antalgiques médicamenteuses et non médicamenteuses
67	Anesthésie locale, loco-régionale et générale
68	Douleur chez l'enfant : sédation et traitements antalgiques
69	Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie Accompagnement d'un mourant et de son entourage
70	Deuil normal et pathologique

131	Bases neurophysiologiques et mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et chronique
132	Thérapeutiques antalgiques médicamenteuses et non médicamenteuses
133	Anesthésie locale, loco-régionale et générale
134	Douleur chez l'enfant : évaluation et traitements antalgiques
135	Douleur en santé mentale
Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale	
136	(1) Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en ambulatoire
137	(2) Principaux repères éthiques. Accompagnement de la personne malade et de son entourage
138	(3) Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations de fin de vie spécifiques et complexes, réponse à la demande d'euthanasie ou de suicide assisté

A l'issue de l'ECN, la formation théorique reçue tous domaines confondus s'efface rapidement au profit d'une formation essentiellement pratique.

- Les modalités d'organisation du TCEM sont précisées par le décret n°2013-756 du 19 août 2013 « relatif aux dispositions réglementaires des livres II et VII du code de l'éducation ». [20]

L'enseignement théorique persiste pour les internes inscrits au DES de médecine générale sous formes de journées d'études, d'ateliers, de séminaires, de FMC ou de congrès.

Concernant les soins palliatifs et l'accompagnement de patients en fin de vie, il existe à Lyon, trois ateliers facultatifs (communication, éthique, fin de vie) et un séminaire obligatoire (approche centrée patient) qui abordent des sujets en lien avec ces thématiques.

Pratique

Tout au long de leur cursus médical, les étudiants en médecine peuvent être exposés à des patients en fin de vie lors de stages ambulatoires ou hospitaliers (service de soins palliatifs ou certains services de spécialités prenant en charge des patients en fin de vie).

Cette expérience clinique s'ajoute à l'enseignement théorique reçu pour assurer la formation de ces étudiants en matière de médecine palliative et d'accompagnement de patients en fin de vie.

Au cours du DES de médecine générale, la formation pratique dans le domaine reste variable d'un interne à l'autre en fonction des choix de stages effectués et des projets professionnels envisagés.

Continue

Les formations universitaires diplômantes décrites dans ce paragraphe peuvent aussi bien appartenir à la formation initiale (formation universitaire individuelle dépassant le cadre du tronc commun développé précédemment) qu'à la formation continue. [21-22]

DU de soins palliatifs

Il a pour but d'aborder les différentes facettes de ce que comporte la pratique des soins palliatifs en matière de compétences (clinique, technique, relationnelle, psychique, éthique) et de renforcer les connaissances des participants afin d'améliorer l'accompagnement de patients en fin de vie.

Les étudiants en TCEM ainsi que les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine sont admis à s'inscrire à ces DU.

DIU de soins palliatifs

Il s'agit d'une formation complémentaire clinique et critique s'inscrivant dans la continuité ou non d'un DU.

Comme pour les DU, les DIU ont des programmes qui sont variables d'une faculté ou d'un groupement de facultés à l'autre.

Il poursuit une visée plus large en suivant les recommandations du collègue national des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs :

- Poursuite de l'apprentissage d'une compétence technique, relationnelle et éthique dans l'accompagnement, le soin et les traitements des patients atteints d'une maladie létale évolutive.

- Elaboration d'une réflexion sur l'accompagnement, le soin et les traitements des patients atteints d'une maladie létale évolutive.
- Réflexions et discussions dans le cadre de la pluriprofessionnalité.
- Ouvertures de la réflexion éthique autour des thèmes touchant à la médecine, à la technique, à la société, à la souffrance et à la mort.

Il existe par ailleurs, un DIU concernant le domaine de la douleur (symptôme de fin de vie fréquent) et dont les objectifs principaux sont définis par le collège national des enseignants universitaires de la douleur.

DESC de médecine palliative et de la douleur

Il a pour principal intérêt d'intensifier le niveau de formation des praticiens exerçant ou voulant exercer dans une structure de soins palliatifs et accompagnant quotidiennement des patients en fin de vie. A la différence des DU et DIU il s'adresse exclusivement aux professions médicales.

Il s'agit d'un DESC non qualifiant du groupe 1 et se déroule sur une durée de deux ans avec un enseignement comportant un tronc commun constitué d'enseignements obligatoires la première année et deux orientations « médecine palliative » et « médecine de la douleur » constituées d'enseignements obligatoires et optionnels la deuxième année.

Master de recherche clinique en soins palliatifs

Il est organisé à l'échelle nationale et doit permettre de former certains médecins à une pratique clinique, d'enseignement et de recherche, dans les différents champs de la médecine palliative.

Le master 1 doit permettre : d'acquérir une pratique et des compétences en soins palliatifs et en éthique pour exercer une fonction soignante auprès de patients atteints d'une maladie grave ou porteur d'un handicap (tronc commun).

Le master 2 doit permettre :

- D'effectuer un parcours personnel et professionnel en développant une réflexion sur les pratiques soignantes et en tenant compte du contexte social (« option clinique »).
- D'acquérir des pratiques et des compétences pour conduire des projets de recherche dans le champ de la fin de vie (« option recherche »).

Hormis ces quatre formations universitaires, la formation continue en soins palliatifs peut être coordonnée par différents organismes non universitaires.

Elle fait partie du développement personnel continu pour les professionnels de santé concernés (établissements sanitaires et médico-sociaux et médecins libéraux) et repose sur des recommandations validées en 2012-2013 par le collège des enseignants en soins palliatifs.

Elles apportent aux organismes formateurs des clefs pour définir des projets pédagogiques devant favoriser les formations interdisciplinaires et améliorer les pratiques dans le champ des soins palliatifs et de l'accompagnement de patients en fin de vie. ^[23]

Place de la formation médicale dans le plan national 2015-2018

La formation dans le domaine des soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie fait partie d'un des quatre axes majeurs du plan national 2015-2018 dédié aux soins palliatifs et à l'accompagnement de patients en fin de vie.

Les objectifs en matière de formation annoncés par le plan sont les suivants :

- La diffusion et l'appropriation de la démarche palliative dans la pratique de tous les professionnels impliqués dans les situations de fin de vie (renforcement des compétences).
- La création d'une UE interdisciplinaire pour la formation initiale des étudiants des différentes filières en santé afin d'acquérir un raisonnement éthique reposant sur une approche pluridisciplinaire.
- Le renforcement des enseignements théoriques (favoriser l'amélioration des connaissances) et pratiques (favoriser la réalisation de stages dans un dispositif spécialisé en soins palliatifs).
- L'élaboration d'une filière universitaire dédiée à la médecine palliative et la création d'une formation spécialisée en soins palliatifs et en médecine de la douleur dans le TCEM.
- L'élaboration, la diffusion et l'appropriation de recommandations de bonnes pratiques adaptées aux situations de prise en charge de fin de vie (rôle de la HAS avec mise en place d'un programme de travail pluriannuel sur les soins palliatifs).
- Le soutien et le financement de la recherche concernant les projets relatifs aux soins palliatifs et la fin de vie.

L'inscription prioritaire des soins palliatifs dans les actions de développement personnel continu des professionnels de santé. ^[24]

Annexe III : Cadre législatif de la fin de vie en France

- La loi n°99-477 du 9 juin 1999

Elle fait suite à la circulaire Laroque du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale au domicile et en institution.

Elle vise à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et introduit des principaux fondamentaux au sein de son article premier : [25]

Art. L.1^{er} A.

« Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement ».

Art. L.1^{er} B.

« Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

Art L.1^{er} C.

« La personne malade peut s'opposer à toute investigation/thérapeutique ».

- La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 = dite Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Elle insiste sur certains principes fondamentaux utiles en soins palliatifs et dans l'accompagnement de patients en fin de vie : [6,26]

- Le respect de la dignité de la personne.

- Le soulagement de la douleur.
- Le droit à l'information (consentement libre et éclairé) et au refus de traitement.
- Le respect de la vie privée (soumission des informations au secret médical).

Elle fait naître pour la première fois dans la démarche de soins la désignation d'une personne de confiance.

Il s'agit d'une personne capable d'assister le malade par rapport aux décisions concernant sa santé et de s'exprimer en son nom et suivant sa volonté en cas d'incapacité.

- La loi n°2005-370 du 22 avril 2005 = dite Léonetti, relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Elle apporte un renforcement législatif important dans la prise en charge des patients en fin de vie.

Dans la continuité des deux lois précédentes, certains grands principes sont rappelés tandis que de nouveaux apparaissent : ^[27]

- Le respect de la dignité de la personne et de sa qualité de vie sont rappelés.

« Le médecin doit sauvegarder la dignité du mourant et assurer la qualité de sa fin de vie » en dispensant « des soins palliatifs qui visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique de la personne malade et à soutenir son entourage ».

- Le principe de double-effet réaffirme l'importance du soulagement de la douleur pour une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable.

Il consiste dans les conditions précitées de soulager un malade des symptômes de fin de vie qu'il présente par l'administration de certaines thérapeutiques tout en sachant qu'elle peut avoir comme « effet secondaire bénéfique » d'abrégé la vie de celui-ci.

- Le rôle de la personne de confiance est renforcé (information et consultation) dans certaines circonstances prévues par la loi.
- Le refus de l'obstination déraisonnable et la rédaction des directives anticipées sont consacrés.

L'obstination déraisonnable (autrement appelé acharnement thérapeutique) est définie par des « actes qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Son refus se traduit donc par le fait que ces actes peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris.

Les directives anticipées « indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement ». Elles renforcent l'approche centrée-patient et le respect de la volonté de la personne malade concernant sa fin de vie.

- La notion de collégialité est introduite dans les situations où la personne malade est hors d'état d'exprimer sa propre volonté et qu'une décision de limitation ou d'arrêt de traitement est envisagée.

Les modalités de rédaction des directives anticipées et de la procédure de collégialité sont précisées par les décrets d'application n°2006-119 et n°2006-120 du 6 février 2006. ^[28-29]

- La loi n°2016-87 du 6 février 2016 = dite Claeys-Léonetti, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Elle fait suite à une méconnaissance de la loi Léonetti par certains médecins et à une attente des patients de ne pas souffrir dans les derniers moments de vie. Elle apporte des nouveautés concernant les directives anticipées et le droit à une sédation profonde et continue dans certaines situations. ^[30]

Le texte renforce encore :

- Le droit de mourir soulagé et le respect de la dignité du patient.
- Le respect de la volonté du patient et le droit de pouvoir finir son existence sans acharnement thérapeutique (refus de l'obstination déraisonnable).
- Le statut de la personne de confiance.

Il s'agit d'une personne (parent, proche ou médecin traitant) désignée par tout individu majeur et qui doit rendre compte de la volonté de celui-ci lorsqu'il se retrouve dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Son témoignage prévaut alors sur tout autre témoignage. Cette désignation doit obligatoirement être faite par écrit et cosignée par la personne désignée, elle reste révisable et révocable à tout moment.

Dans les situations d'individus faisant l'objet d'une mesure de protection juridique à type de tutelle, la loi permet désormais une désignation d'une personne de confiance sous couvert de l'autorisation du juge concerné.

Il appartient au médecin traitant de s'assurer que ses patients sont informés de la possibilité de désigner une telle personne.

Le texte ajoute :

- Un caractère contraignant des directives anticipées.

Elles s'imposent dès lors au médecin comme l'expression de la volonté des patients lorsqu'ils ne sont plus en mesure d'exprimer cette volonté.

La contrainte s'applique aux médecins sauf dans deux circonstances prévues par la loi : une urgence vitale ou des directives anticipées manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

Dans cette dernière circonstance, la décision de ne pas respecter les directives anticipées rédigées par le patient doit être prise à l'issue d'une procédure collégiale inscrite au dossier médical et expliquée aux personnes concernées. La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est alors prise par le médecin en charge du patient après concertation avec l'équipe de soins, si elle existe, et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant avec lequel il n'existe aucun lien de nature hiérarchique. Il peut recueillir auprès de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient.

Les modalités de rédaction et de conservation des directives anticipées sont nouvellement précisées par le décret d'application n°2016-1067 du 3 août 2016 (conditions de validité, de confidentialité et de conservation).

Elles peuvent être rédigées par toute personne majeure pour les situations médicales futures où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.

Dans les situations d'individus faisant l'objet d'une mesure de protection juridique à type de tutelle, la loi permet désormais la rédaction de directives anticipées sous couvert de l'autorisation du juge concerné (ne peut ni l'assister, ni le représenter dans cette action).

Le décret prévoit que ces directives soient rédigées conformément au modèle proposé (recours possible à des guides élaborés par la HAS). Elles sont révisables et révocables à tout moment.

Elles sont conservées en premier lieu dans l'espace du dossier médical partagé prévu par le législateur.

Cette conservation vaut inscription sur un registre national dans le respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et libertés (traitement automatisé).

Un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leurs auteurs si les directives sont inscrites au registre.

Elles peuvent par ailleurs être conservées dans le dossier d'un médecin de ville, d'un hôpital ou d'un établissement médico-social. Appartenant au dossier médical et donc au patient, elles sont soumises comme lui aux lois en vigueur concernant le respect du secret médical.

Il appartient au médecin traitant de s'assurer que ses patients sont informés de la possibilité de rédiger de telles directives et si nécessaire, de les accompagner dans leur rédaction. ^[31]

- Un droit à la sédation profonde et continue dans certaines situations.

Afin d'éviter toute souffrance et une obstination déraisonnable, un patient peut exprimer sa volonté de bénéficier d'une sédation profonde et continue (altération de sa conscience associée à une analgésie et à un arrêt des traitements qui le maintiennent en vie y compris la nutrition et l'hydratation artificielles) jusqu'à son décès dans deux circonstances particulières :

→ Lorsqu'il est atteint d'une affection grave et incurable, que son pronostic vital est engagé à court terme et qu'il présente une souffrance réfractaire (impossible à soulager et contrôler autrement que par la sédation).

→ Lorsqu'il est atteint d'une affection grave et incurable, et que la demande d'arrêt d'un traitement de sa part engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Elle peut aussi être proposée si le patient se retrouve dans l'incapacité d'exprimer sa volonté dans une circonstance particulière :

→ Lorsqu'il présente des signes de souffrance ou que celle-ci ne peut être évaluée du fait de son état cérébral (cérébrolésion) ou cognitif.

Au titre du refus de l'obstination déraisonnable, lorsque le médecin décide de l'arrêt d'un traitement de maintien en vie du patient, la décision de sédation profonde et continue intervient alors à la suite d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire (vérification préalable par l'équipe soignante que les conditions d'applications sont remplies) et inscrite au dossier médical du patient (traçabilité). Elle inclut le recueil de la volonté exprimée par le patient auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches.

Dans les situations de décision de limitation ou d'arrêt de traitement concernant un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

La décision est alors prise par le médecin en charge du patient après concertation avec l'équipe de soins, si elle existe, et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant avec lequel il n'existe aucun lien de nature hiérarchique. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. Au terme de la procédure, les personnes concernées doivent être informées par le médecin en charge de la procédure de la décision qui a été prise.

Les modalités de cette procédure collégiale et le recours à la sédation profonde et continue sont définis par un décret dédié n°2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale. ^[32]

- Une obligation d'enseignement de la médecine palliative.

La formation initiale et continue des professions médicales (médecins et pharmaciens) et paramédicales (infirmiers, aides-soignants, aides à domicile psychologues cliniciens) comporte un enseignement sur les soins palliatifs.

Le développement récent de ce cadre législatif s'accompagne sur la même période de plans triennaux spécifiques concernant les soins palliatifs (depuis 1999 avec le plan dit Kouchner) et d'autres non spécifiques concernant la douleur (depuis 1998) et le cancer (depuis 2003).

L'actuel plan pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018 aborde en plus de la formation des professionnels, l'information du patient, le développement des prises en charge de proximité et la réduction des inégalités d'accès aux soins palliatifs.

SOINS PALLIATIFS ET PRISE EN CHARGE DE PATIENTS EN FIN DE VIE

Place des soins palliatifs et impact sur la pratique future des internes de médecine générale

INFORMATIONS PERSONNELLES

Quel est votre âge ? *

Quel est votre sexe ? *

- Masculin
- Féminin

Quelle est votre situation familiale ? *

- Célibataire
- En couple
- Pacsé
- Marié

Avez-vous des enfants ? *

- Oui
- Non

ELEMENTS DE FORMATION THEORIQUE

En tant qu'externe

Quelle était votre faculté d'enseignement ? *

- Lyon est
- Lyon sud
- Autre :

Avez-vous suivi dans cette faculté un ou plusieurs cours spécifiquement dédié(s) aux soins palliatifs et la prise en charge de patients en fin de vie ? *

- Oui
- Non

Diriez-vous que la formation que vous-avez reçu dans ce domaine est suffisante ? *

- Oui
- Non

Pensez-vous qu'un module universitaire spécifiquement dédié à ce domaine aurait pu vous intéresser ? *

- Oui
- Non

En tant qu'interne

Quelle est votre faculté actuelle ? *

- Lyon est
- Lyon sud

Quel est votre semestre d'étude actuel ? *

- 5^{ème}
- 6^{ème}

Avez-vous suivi un ou plusieurs cours spécifiquement dédié(s) aux soins palliatifs et à la prise en charge de patients en fin de vie ? *

- Oui
- Non

Si oui, sous quelle forme ?

- Cours théorique à la faculté
- Cours théorique à l'hôpital
- DU ou DIU
- DESC de soins palliatifs
- FMC

Concernant vos connaissances générales

Si vous deviez définir ce que sont les soins palliatifs, quels mots vous viendraient immédiatement à l'esprit ? (5 mots maximum) *

Comment estimez-vous vos connaissances médicales en matière de soins palliatifs ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NIVEAU LE PLUS
FAIBLE

NIVEAU LE PLUS
ELEVE

Comment estimez-vous vos connaissances législatives en matière de soins palliatifs ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NIVEAU LE PLUS
FAIBLE

NIVEAU LE PLUS
ELEVE

VOTRE PRATIQUE ACTUELLE

Avez-vous été confronté en milieu hospitalier à la prise en charge de patients en fin de vie ? *

- Oui
- Non

Si oui, à quelle fréquence ? *

- Occasionnelle
- Régulière
- Très régulière

Avez-vous été confronté en milieu ambulatoire (stage praticien niveau 1 ou SASPAS) à la prise en charge de patients en fin de vie ? *

- Non
- 1-2 fois
- > 2 fois

Quel degré d'importance accordez-vous aux attentes de patients en fin de vie ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NIVEAU LE PLUS
FAIBLE

NIVEAU LE PLUS
ELEVE

Quel degré d'importance accordez-vous aux remarques faites par les équipes paramédicales dans la prise en charge de patients en fin de vie ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NIVEAU LE PLUS
FAIBLE

NIVEAU LE PLUS
ELEVE

Avez-vous déjà eu recours à une équipe mobile de soins palliatifs pour vous aider dans la prise en charge de patients en fin de vie ? *

- Oui
- Non

Si oui, considérez-vous cette ou ces intervention(s) utile(s) pour la formation d'un interne ? *

- Oui
- Non

Avez-vous déjà participé à une réunion de concertation pluridisciplinaire de soins palliatifs ? *

- Oui
- Non

Si oui, estimez-vous cette expérience utile pour la formation d'un interne ? *

- Oui
- Non

Estimez-vous avoir été suffisamment soutenu par les différents médecins de vos lieux de stage dans la prise en charge de patients en fin de vie ? *

- Oui
- Non

Arrivez-vous facilement à évaluer le caractère palliatif de la prise en charge d'un patient ? *

- Oui
- Non

En tant que futur médecin généraliste, vous sentez-vous capable d'expliquer ce que sont les directives anticipées à un patient ? *

- Oui
- Non

En tant que futur médecin généraliste, vous sentez-vous capable de recueillir ces directives anticipées ? *

- Oui
- Non

Concernant un patient en phase palliative terminale avec un pronostic vital à court terme engagé (environ 1 semaine), quelles situations pourraient relever d'une sédation terminale ? *

- Hémorragie cataclysmique
- Souffrance douloureuse réfractaire
- Râles agoniques
- Détresse respiratoire
- Demande d'euthanasie de la part du patient
- Demande d'euthanasie de la part de la famille du patient
- Autre :

Comment estimez-vous votre aisance actuelle à gérer des situations de patients en fin de vie ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NIVEAU LE PLUS
FAIBLE

NIVEAU LE PLUS
ELEVÉ

Pour chacun des symptômes de la fin de vie suivants, comment estimez-vous votre aisance actuelle à les prendre en charge ?

Douleur *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NIVEAU LE PLUS
FAIBLE

NIVEAU LE PLUS
ELEVE

Dyspnée *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NIVEAU LE PLUS
FAIBLE

NIVEAU LE PLUS
ELEVE

Sécheresse buccale *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NIVEAU LE PLUS
FAIBLE

NIVEAU LE PLUS
ELEVE

Nausées et/ou vomissements *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NIVEAU LE PLUS
FAIBLE

NIVEAU LE PLUS
ELEVE

Troubles du transit intestinal *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NIVEAU LE PLUS
FAIBLE

NIVEAU LE PLUS
ELEVE

Agitation *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NIVEAU LE PLUS
FAIBLE

NIVEAU LE PLUS
ELEVE

Angoisse *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NIVEAU LE PLUS
FAIBLE

NIVEAU LE PLUS
ELEVE

Rôles agoniques *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NIVEAU LE PLUS
FAIBLE

NIVEAU LE PLUS
ELEVÉ

Estimez-vous avoir progressé au cours de votre internat dans la prise en charge de patients en fin de vie ? *

- Oui
- Non

VOTRE PRATIQUE FUTURE

Quel mode d'exercice envisagez-vous pour votre pratique future de médecin généraliste ? *

- Activité libérale seule
- Activité libérale en association
- Activité libérale dans une maison médicalisée
- Activité hospitalière
- Activité mixte

Estimez-vous être suffisamment armé pour prendre en charge en tant que médecin généraliste un ou des patients en fin de vie ? *

- Oui
- Non

Estimez-vous qu'un médecin généraliste a sa place dans la prise en charge de patients en fin de vie ? *

- Complètement
- Partiellement
- Pas du tout

Quels sont pour vous les freins principaux à la prise en charge de ce type de patient en tant que médecin généraliste ? *

- Insuffisance de formation médicale
- Disponibilité médicale
- Disponibilité paramédicale
- Environnement familial du patient
- Obligations personnelles et environnement familial du médecin
- Absence de structures de soutien (type HAD)
- Accessibilité des thérapeutiques de fin de vie
- Aspects financiers (faible rémunération par rapport au temps passé)
- Autre :

Fourni par



Annexe V : Répartition par ville d'étude au cours du DCEM

Faculté	n	Faculté	n
Lyon Est	42	Clermont-Ferrand	2
Lyon Sud	10	Grenoble	2
Paris	10	Nantes	2
Marseille	7	Poitiers	2
Dijon	6	Tours	2
Lille	4	Amiens	1
Rennes	3	Angers	1
Besançon	2	Bordeaux	1
Caen	2	Turin	1

Annexe VI : Mots-clefs utilisés pour définir les soins palliatifs

Confort	Confort (n = 44), Soins de confort (n = 7) Qualité de vie (n = 7) Soulagement (n = 6), Soulager (n = 6) Soins de support (n = 5), Soins de confort (n = 1) Non invasif (n = 2), Non agressif (n = 1) Réassurance (n = 1), Réconfort (n = 1), Paisible (n = 1) Nursing (n = 1)
Accompagnement	Accompagnement (n = 51), Accompagner (n = 1) Soutien (n = 2)
Soulager la douleur physique	Douleur (n = 13), Douleur physique (n = 1) Antalgie (n = 11), Antalgiques (n = 3) Antidouleurs (n = 1) Prise en charge de la douleur (n = 4), Indolence (n = 2) Soulager la souffrance physique (n = 2) Absence de souffrance douloureuse (n = 1)
Prise en charge du malade, de sa famille et de ses proches	Famille (n = 13) Patient et famille (n = 5) Entourage (n = 3) Patient et entourage (n = 2)
Soins actifs	Soins actifs (n = 8), Soins (n = 3) Traitements actifs (n = 1)
Soulager la souffrance psychologique, sociale et spirituelle	Psychologie (n = 4) Soutien psychologique (n = 1) Anxiété (n = 2), Anxiolytiques (n = 1) Confort psychique (n = 2) Apaisement (n = 1), Apaiser (n = 1)
Soulager les symptômes de fin de vie	Symptomatique (n = 3), Symptômes (n = 1) Soins de bouche (n = 1) Sédation (n = 1) Hypnovel (n = 1), Morphine (n = 1)
Approche globale	Pris en charge globale (n = 3) Globalité (n = 2), Global (n = 2)
Maladie grave, évolutive ou terminale	Maladie incurable (n = 2), Incurable (n = 2) Maladie grave (n = 1) Cancer (n = 2)

Interdisciplinaire	Pluridisciplinaire (n = 2) Travail en équipe (n = 1)
Autres	Fin de vie (n = 9) Mort (n = 2), Deuil (n = 1) Dignité (n = 8), Respect de la volonté du patient (n = 6) Empathie (n = 3), Bienveillance (n = 1) Humain (n = 1), Personnalisation (n = 1) Ethique (n = 3), Pratique raisonnée (n = 1) Ecoute (n = 6), Temps (n = 2), Parole (n = 1) Relationnel (n = 2), Information (n = 1) Communication (n = 1) HAD (n = 2), EMSP (n = 1) Difficile (n = 1), Dur (n = 1), Complexité (n = 1) Tristesse (n = 1) Arthérapie (n = 1), Musicothérapie (n = 1) Définitions insuffisantes pour la pratique (n = 1)

BIBLIOGRAPHIE

[1] Rapport de l'observatoire national de la fin de vie « Fin de vie à domicile ». Paris ; mars 2013. <http://www.onfv.org/rapport-2012-la-fin-de-vie-a-domicile/>. Consulté le 18/01/2017.

[2] Aubry R. État des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010. Rapport au Président de la République et au Premier Ministre. Paris ; avril 2011.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Etat_des_lieux_du_developpement_des_soins_palliatifs_en_France_en_2010.pdf. Consulté le 18/01/2017.

[3] Définitions des soins palliatifs en France sur le site de la SFAP. <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-France>. Consulté le 17/10/2016.

[4] Définition de la prise en soins. Conférence de consensus « Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches » janvier 2004 (version courte). http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272290/fr/accompagnement-des-personnes-en-fin-de-vie-et-de-leurs-proches. Consulté le 17/10/2016.

[5] Aubry R., Daydé M-C. Soins palliatifs, éthique et fin de vie (collection soigner et accompagner). Rueil-Malmaison : Lamarre ; 2010, 247p.

[6] Viillard M-L. Accompagner une personne en soins palliatifs et son entourage (collection les ateliers du praticien). Paris : Dunod ; 2016, 287p.

[7] Définition européenne de la médecine générale et compétences attendues. WONCA Europe 2002. <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>. Consulté le 17/10/2016.

[8] Attali C., Bail P. Marguerite des compétences pour le DES de médecine générale 2012. http://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/. Consulté le 17/10/2016.

[9] Nguyen DQ., Blais JG. Approche par objectifs ou approche par compétences. Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie médicale. 2007 ; 8 : 232-51.

[10] Circulaire DGES-DGS n°95-15 du 9 mai 1995 relative aux enseignements du premier et du deuxième cycle des études médicales ».
<http://www.sfap.org/rubrique/formation-en-soins-palliatifs>. Consulté le 19/10/2016.

[11] Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000565003&dateTexte=&categorieLien=id>. Consulté le 19/10/2016.

[12] Arrêté du 10 octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000767663&dateTexte=&categorieLien=id>. Consulté le 19/10/2016.

[13] Arrêté du 2 mai 1995 relatif au module de sciences humaines et sociales de la première année du premier cycle des études médicales.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000353343&categorieLien=id>. Consulté le 19/10/2016.

[14] Arrêté du 2 mai 2007 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006056184>. Consulté le 19/10/2016.

[15] Arrêté du 2 mai 2007 journal officiel du 10 mai 2007. Bulletin officiel. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

<http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>. Consulté le 19/10/2016.

[16] Loi n°2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020828203&dateTexte=&categorieLien=id>. Consulté le 19/10/2016.

[17] Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021276755&dateTexte=&categorieLien=id>. Consulté le 19/10/2016.

[18] Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027343762&dateTexte=&categorieLien=id>. Consulté le 19/10/2016.

[19] Arrêté du 8 avril 2013 journal officiel du 23 avril 2013. Bulletin officiel. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71544&cbo=1. Consulté le 19/10/2016.

[20] Décret n°2013-756 du 19 août 2013 relatif aux dispositions réglementaires des livres II et VII du code de l'éducation.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027854364&categorieLien=id>. Consulté le 19/10/2016.

[21] Formations diplômantes en soins palliatifs sur le site de la SFAP.

<http://www.sfap.org/rubrique/les-formations-diplomantes>. Consulté le 23/10/2016.

[22] Master de recherche clinique en soins palliatifs sur le site de la SFAP.

<http://www.sfap.org/rubrique/master>. Consulté le 23/10/2016.

[23] Formation continue en soins palliatifs sur le site de la SFAP.

<http://www.sfap.org/rubrique/preconisation-sur-la-formation-continue>. Consulté le 23/10/2016.

[24] Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs.

<http://www.soin-palliatif.org/actualites/plan-national-2015-2018-pour>. Consulté le 23/10/2016.

[25] Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121>. Consulté le 17/10/2016.

[26] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>. Consulté le 17/10/2016.

[27] Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>. Consulté le 18/10/2016.

[28] Décret n°2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000456203&dateTexte=&categorieLien=id>. Consulté le 18/10/2016.

[29] Décret n°2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000264708&dateTexte=&categorieLien=id>. Consulté le 18/10/2016.

[30] Loi n°2016-87 du 6 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id>. Consulté le 18/10/2016.

[31] Décret n°2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2016-87 du 2 février 2016.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032967571&dateTexte=&categorieLien=id>. Consulté le 18/10/2016.

[32] Décret n°2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi n°2016-87 du 2 février 2016.

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/8/3/AFSP1616790D/jo/texte>. Consulté le 18/10/2016.

[33] Poinceaux S, Texier G. Internes de médecine générale : quelles compétences en soins palliatifs ? Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique. Février 2016 ; 15 : 15-26.

[34] Rhondali W., Filbet M., Bruera E. La médecine palliative dans les dix prochaines années. Médecine Palliative. Octobre 2012 ; 11 : 233-245.

[35] Boespflug O., Hermet R., Crepeau T., Schmidt J. Le médecin face au malade en fin de vie : enquête auprès du corps médical sur la formation aux soins palliatifs et l'accompagnement des malades en fin de vie. Médecine Palliative. Septembre 2005 ; 4 : 163-217.

[36] Laval G., Beziaud N., Roisin D. Carlin N., Villard M-L., Pellat J-M., Dubuc M., Barnoud D., Guillem P., Cahn J-Y. Soins de support et réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) : un nouveau défi ? À propos de l'expérience d'une centre hospitalo-universitaire. Oncologie. Octobre 2008, 10 : 598-603.

[37] Rouzo-Terreux C. Enquête auprès des internes du Centre Hospitalo-Universitaire de Nantes concernant la médecine palliative. Thèse de médecine générale. Université de Nantes ; 2012 : 61p. <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=5101d7a5-75d7-41c4-b034-586b379cc7df>.

Consulté le 03/02/2017.

[38] Salas S., Dany L., Michel R., Cannone P., Dudoit E., Duffaud F., Favre R. Représentations, attitudes et pratique associées aux soins palliatifs : une enquête auprès des responsables d'unités et d'équipes de soins palliatifs en France. Médecine palliative. Juin 2008 ; 7 : 130-139.

[39] Dany L., Rousset M-C., Salas S., Duffaud F., Favre R. Les internes et les soins palliatifs : attitudes, représentations et pratiques. Médecine Palliative. Octobre 2009 ; 8 : 238-250.

[40] 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. Avril 2013 ; 12 : 55-62.

[41] Fanardjis M. Accompagnement de fin de vie à domicile : ressenti des futurs médecins généralistes sur la formation actuelle et réflexion pour celle à venir. Thèse de médecine générale. Université d'Angers ; 2013 : 73p. <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20096587/2013MCEM1626/fichier/1626F.pdf>. Consulté le 03/02/2017.

[42] Fortane V. Enquête sur les difficultés des médecins généralistes de Loire-Atlantique dans leur pratique des soins palliatifs à domicile, leurs ressources actuelles et celles qu'ils souhaiteraient voir mises en place. Thèse de médecine générale. Université de Nantes ; 2013 : 76p. <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=c23d04c4-8aa5-4a24-9136-a8f8c9012874>. Consulté le 03/02/2017.

[43] Oriot D. De retour de Liverpool. Médecine Palliative. Février 2009 ; 8 : 1-2.

[44] Dowling S., Broomfield D. Undergraduate teaching in palliative care in Irish medical schools : a questionnaire survey. Medical education. May 2003 ; 37 : 455-457.

[45] Field D., Wee B. Preparation for palliative care : teaching about death, dying and bereavement in UK medical schools 2000-2001. Medical education. June 2002 ; 36 : 561-567.

[46] Duong P-H. Impact of a postgraduate six-month rotation in palliative care on knowledge and attitudes of junior residents. *Palliative Medicine*. July 2006 ; 20 : 551-556.

Le Serment 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

Nom, prénom du candidat : ROMBI Jérémy

CONCLUSIONS

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le rôle de la formation en matière d'acquisition de connaissances et de compétences dans le domaine des soins palliatifs et de l'accompagnement de patients en fin de vie, chez des internes de médecine générale en fin de cursus.

Notre échantillon de 100 internes confirme d'une part, l'existence d'un sentiment majoritaire d'insuffisance de formation dans ce domaine et d'autre part, l'influence de cette formation dans l'acquisition de connaissances et de compétences dédiées.

En effet, les internes ayant bénéficié d'une formation théorique tout au long de leur cursus et d'une exposition régulière à la fin de vie, ont été ceux qui avaient les meilleures connaissances médico-législatives et étaient le plus à l'aise avec la fin de vie pour tous les éléments de compétences étudiés.

Ces données soutiennent l'intérêt d'un renforcement de cette double formation dans le cursus de l'ensemble des étudiants en médecine afin de mieux les préparer aux situations qui les attendent.

L'objectif secondaire était d'identifier les éventuels freins à la prise en charge et à l'accompagnement de patients en fin de vie en tant que futur médecin généraliste. L'insuffisance de formation n'est apparue qu'en troisième position des réponses sélectionnées derrière la disponibilité médicale et l'accessibilité des thérapeutiques de fin de vie.

Bien qu'elle soit nécessaire, nous pensons qu'une amélioration isolée de cette formation est insuffisante pour faciliter ce type de prise en soins à domicile.

Cette étude pourrait être approfondie par la réalisation d'une étude qualitative qui conduirait à évaluer plus précisément les connaissances et compétences des internes de médecine générale en soins palliatifs ainsi que leurs attentes en matière de formation. Etude, d'autant plus intéressante, qu'elle permettrait d'estimer l'impact des modifications récentes des programmes universitaires.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON
Le Président de la thèse *Sylvie Erpeldinger*
Docteur SYLVIE ERPELDINGER

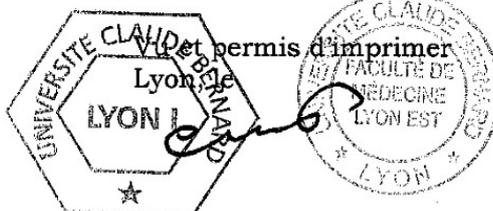
Professeur
de Médecine Générale *Sylvie Erpeldinger*

Vu :

Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

20 FEV. 2017

Professeur Gilles RODE



Monsieur ROMBI JérémY

Titre de la thèse : Soins palliatifs et accompagnement de patients en fin de vie : formation et compétences des internes de médecine générale en fin de cursus

RESUME

Objectifs : L'objectif principal était d'évaluer le rôle de la formation médicale en matière d'acquisition de connaissances et de compétences en soins palliatifs chez des internes en médecine. L'objectif secondaire était d'identifier les freins éventuels à la prise en charge et à l'accompagnement de patients en fin de vie en tant que futur médecin généraliste.

Matériels et méthodes : Une étude quantitative monocentrique a été effectuée. La population cible était les internes en troisième année du diplôme d'études spécialisées de médecine générale de la faculté de Lyon. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide des logiciels Excel et R.

Résultats : L'échantillon constitué de cent internes (taux de réponses 36,5%) confirme d'une part l'existence d'un sentiment majoritaire d'insuffisance de formation (85%) et d'autre part l'influence de celle-ci dans l'acquisition de connaissances et de compétences dédiées aux soins palliatifs. Parmi les freins retrouvés, l'insuffisance de formation n'est apparue qu'en troisième position derrière la disponibilité médicale et l'accessibilité des thérapeutiques de fin de vie.

Conclusions : Ces résultats soutiennent l'intérêt d'un renforcement de la formation théorique et pratique en soins palliatifs dans le cursus de l'ensemble des étudiants afin de mieux les préparer aux situations qui les attendent.

MOTS CLES

Internes, médecine générale
Soins palliatifs, fin de vie
Formation, compétences

JURY

Président : Madame le Professeur ERPELDINGER Sylvie
Membres : Madame le Professeur RAY-COQUARD Isabelle
Madame le Professeur FILBET Marilène
Madame le Docteur HUMEAU Charlotte

DATE DE SOUTENANCE 6 avril 2017

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR 33 rue Albert Camus 69500 Bron

VOTRE EMAIL jrombi2016@gmail.com
