

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Camille DAVID

Née le 14 février 1996 à Vitry-sur-Seine (94)

**Comment les internes de médecine générale en région Centre Val de Loire
vivent-ils la gestion des pratiques sédatives durant leurs stages ?**

Présentée et soutenue publiquement le **27 juin 2024** date devant un jury
composé de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adultes, Faculté de Médecine –
Tours

Membres du Jury :

Professeur Donatien MALLET, Soins Palliatifs, PA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Cécile RENOUX-JACQUET, Médecine Générale, MCU, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Marylène BELLANGER, Médecine Générale – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ...	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien

Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine

Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BISSON Arnaud.....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste

CLOUTOUR Nathalie

CORBINEAU Mathilde

EL AKIKI Carole.....Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste

IMBERT Mélanie

SIZARET Eva

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

Résumé :

Introduction : Les internes en médecine générale sont sujets à de l'épuisement professionnel dans des situations de soins palliatifs et de fin de vie, mais leur vécu est peu étudié dans le domaine des pratiques sédatives. Ces pratiques englobent des situations palliatives ainsi que des situations d'urgence hors contexte palliatif.

Objectif de l'étude : Etudier le vécu d'internes en médecine générale en région Centre Val de Loire, dans leurs gestions de pratiques sédatives durant leurs stages.

Méthode : Etude qualitative avec une analyse interprétative phénoménologique. Sept internes en médecine générale non thésés ont été interrogés, via des entretiens individuels semi-dirigés, entre décembre 2023 et avril 2024. Un échantillonnage raisonné homogène a été réalisé avec plusieurs critères de variation. Tous les entretiens ont été retranscrits, anonymisés, codés individuellement, et triangulés.

Résultats : Les internes interrogés ont observé une évolution de leurs pratiques et de leurs réflexions autour du sujet des sédations, constatant un gain en assurance et l'acquisition de compétences techniques et relationnelles. Ils ont été confrontés à de nombreuses difficultés, et ils partagent des craintes pour leur futur, mais se sentent mieux préparés à y faire face, grâce à l'expérience acquise.

Conclusion : La poursuite du développement de supports d'appui collégiaux et théoriques est souhaitée par les internes et retrouvée dans la littérature, pour améliorer l'assurance des praticiens, ainsi que leurs techniques de communication. Également, un projet de loi concernant les aides actives à mourir est actuellement discuté ; la frontière entre les sédations et ces pratiques est parfois décrite comme ténue, il serait intéressant d'évaluer le vécu d'internes face à l'arrivée de cette loi si elle est instaurée.

Mots clés : Internes en médecine générale, Sédation, Pratiques sédatives, Soins palliatifs, Vécu

Titre de la thèse en anglais :

How do general medicine residents in the Center Val de Loire region experience the management of sedative practices during their internships?

Abstract:

Introduction: General medicine residents are subject to burn-out in palliative and end-of-life care situations, but their experience is little studied in the field of sedative practices. These practices include palliative situations as well as emergency situations outside the palliative context. Objective of the study: To study the experiences of residents in general medicine in the Center Val de Loire region, in their management of sedative practices during their internships.

Method: Qualitative study with a phenomenological interpretive analysis. Seven non-thesis general medicine residents were interviewed, via semi-structured individual interviews, between December 2023 and April 2024. Homogeneous reasoned sampling was carried out with several variation criteria. All interviews were retranscribed, anonymized, individually coded, and triangulated.

Results: The residents interviewed noticed an evolution in their practices and their thoughts around the subject of sedation, noting a gain in confidence and the acquisition of technical and relational skills. They have faced many difficulties, and they share fears for their future, but feel better prepared to face them, thanks to the experience acquired.

Conclusion: The continued development of collegial and theoretical support materials is wished by the residents and found in the literature, to improve the confidence of practitioners, as well as to carry on learning around communication. Also, a bill concerning active assistance in dying is currently being discussed; the border between sedation and these practices is sometimes described as subtle by residents, it would be interesting to assess the experience of interns facing the arrival of this law if it is established.

Keywords: General medicine residents, Sedation, Sedative practices, Palliative care, Real-life experience

Le serment d'Hippocrate

En présence des enseignants et enseignantes de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés
et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs
ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couverte d'opprobre
et méprisée de mes confrères et consoeurs
si j'y manque.

MES REMERCIEMENTS

Pour commencer, j'adresse un énorme merci à mes parents, qui m'ont tant soutenue, pour absolument tout, notamment mes études de médecine. C'est enfin l'accomplissement de ces longues années, avec cette thèse dont on parle depuis longtemps, qui une fois soutenue, fera de moi votre grand Docteur !

Mention encore plus grande à Maman pour le soutien dans la rédaction de cette thèse.

Merci également aux Brisson et à mes grands-parents, la meilleure famille qu'il soit. Je suis très fière d'être votre petit Docteur.

Merci à Corentin, d'être présent et de m'avoir grandement soutenue,

Merci aussi à ma Juju, ma Lélé, et mes Girls, d'être les meilleures amies du monde,

Aux ami(e)s qui ne m'ont pas lâchée, même quand j'avais la tête dans les bouquins, et que je suis ravie d'avoir auprès de moi,

A Marine pour l'entretien test de cette thèse, ainsi qu'au reste de l'équipe des Faisans, sans qui l'internat n'aurait pas été si chouette,

Aux internes interrogés, pour leur participation, et sans qui cette thèse n'aurait pas vu le jour, ainsi qu'aux autres internes et médecins qui ont pu me conseiller et m'aider à la rédaction de cette thèse.

Merci également à Marylène, pour le stage avec toi qui m'a donné envie de continuer la médecine générale, pour ton aide sur cette thèse, et pour les soirées que l'on continue à faire en étant parfois voisines.

Merci aux autres membres de mon jury de thèse d'avoir répondu présents, Professeur Vincent CAMUS, Professeur Donatien MALLET, et Docteur Cécile RENOUX-JACQUET.

Merci au Dr HIRSCH pour le temps que vous m'avez accordé au début de cette thèse pour m'orienter sur le sujet, et pour votre accompagnement durant les stages à l'USP et l'EADSP de Blois.

Merci aux équipes de la Fédération de Soins Palliatifs de Blois pour l'apprentissage dont j'ai bénéficié concernant les soins palliatifs et les techniques de communication, me permettant de m'améliorer pour les entretiens et la rédaction de cette thèse notamment, et merci pour votre gentillesse.

Merci au Dr Michel THENAISY pour le stage à Chavy, ainsi que pour le soutien sur la suite de mes semestres à Blois,

Et merci aux autres médecins généralistes et aux personnels des services hospitaliers dans lesquels j'ai effectué mes stages d'internat.

Puis pour finir, merci à Do. ♥

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	15
II.	METHODE	16
A.	Le type d'étude	16
B.	La population	16
C.	Le recueil des données	16
D.	L'analyse des données	17
E.	Les aspects éthiques et réglementaires	17
III.	RESULTATS	18
A.	Les pensées autour de la sédation	18
<i>i)</i>	<i>Ne pas être effrayé par la mort de patients</i>	<i>18</i>
<i>ii)</i>	<i>Les sédations, une frontière entre la vie et la mort</i>	<i>18</i>
B.	Des internes caméléons, aux multiples facettes	19
<i>i)</i>	<i>Être réflexif, se questionner</i>	<i>19</i>
•	Le désaccord avec un avis de spécialiste	19
•	Le choix de la pratique sédative	19
•	Des questionnements éthiques	20
<i>ii)</i>	<i>S'avoir s'adapter</i>	<i>20</i>
<i>iii)</i>	<i>Accepter ses failles, se résigner</i>	<i>21</i>
<i>iv)</i>	<i>Affirmer sa position, en tant qu'interne</i>	<i>21</i>
•	Un Etre confiant, assuré	21
•	Un Etre qui laisse place à sa propre réflexion	22
•	La position d'interne	23
•	L'interne bousculant parfois ses seniors.....	23
<i>v)</i>	<i>Etre un soignant attentif</i>	<i>23</i>
•	Veiller aux patients	23
•	Veiller aux proches des patients	25
•	Savoir (se) laisser le temps	25
C.	Travailler dans un environnement rassurant	26
<i>i)</i>	<i>Un cadre</i>	<i>26</i>
•	Le projet de soins	26
•	Le respect du cadre légal	27
<i>ii)</i>	<i>L'importance d'une vision de globalité</i>	<i>28</i>
•	Le dossier médical	28
•	L'Humain	28
•	Le statut « soins palliatifs »	28
<i>iii)</i>	<i>Les internes s'appuient sur des supports pour leurs gestions de pratiques sédatives</i>	<i>29</i>
•	Une équipe	29

•	Des compétences extérieures au service d'affectation de l'interne	31
•	Leurs propres expériences en pratiques sédatives.....	31
•	Des ressources informatiques.....	32
•	Des échelles d'évaluation	32
•	Les formations	33
D.	Les difficultés	33
i)	<i>Les pratiques sédatives</i>	33
•	Faire face à des a priori	33
•	L'anticipation d'une sédation	34
•	L'instauration de pratiques sédatives	34
•	La sédation inductrice de la mort ?.....	35
•	Des remords face à une absence de soulagement des patients	35
ii)	<i>L'interne lui-même</i>	36
iii)	<i>Recevoir des critiques par l'équipe.....</i>	36
iv)	<i>Etre confronté à des avis divergents dans l'équipe</i>	36
v)	<i>La séniorisation.....</i>	37
vi)	<i>Les patients</i>	37
•	Les choix des patients	37
•	L'évaluation du confort selon l'état cognitif du patient	38
•	La fin de vie chez des patients jeunes	38
vii)	<i>Les proches</i>	38
•	Les appels téléphoniques avec les proches.....	39
E.	L'évolution de l'interne durant sa formation	39
i)	<i>L'apport d'une formation poussée en soins palliatifs dans la gestion des pratiques sédatives</i>	39
ii)	<i>S'être enrichi de ses expériences, et avoir gagné en assurance professionnelle</i>	39
iii)	<i>Une modification de ses réflexions, une évolution de soi-même.....</i>	40
•	Percevoir les prises en charge de pratiques sédatives comme lors de la gestion d'urgences	40
•	Une peur, maintenant passée.....	41
F.	Le futur de l'interne	41
i)	<i>Appréhender le futur</i>	41
ii)	<i>Anticiper le futur.....</i>	41
iii)	<i>Avoir des pistes d'amélioration</i>	42
IV.	DISCUSSION	42
A.	Les difficultés, leurs causes	43
i)	<i>Une pratique peu fréquente ?.....</i>	43
ii)	<i>De la crainte de la part des médecins ? De la part des patients ?.....</i>	43
iii)	<i>Le cadre et l'environnement</i>	44
•	Un cadre législatif	45
•	La séniorisation	46
•	La formation	46

•	La subjectivité	47
•	Le travail à plusieurs et l'application en médecine ambulatoire.....	47
B.	L'évolution des internes	48
C.	Questionnement sur la globalité et l' « étiquette soins palliatifs »	48
D.	Les forces et les limites de l'étude	49
<i>i)</i>	<i>Les forces</i>	49
<i>ii)</i>	<i>Les limites</i>	50
E.	Les pistes de réflexion	50
V.	CONCLUSION	52
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	53
VII.	ANNEXES	57
A.	Notice d'information	57
B.	Guide d'entretien	58
C.	Carte des émotions	59
D.	Consentements	60
E.	Echelle Algoplus.....	61
F.	Echelle RUDKIN.....	62
G.	Echelle de vigilance-agitation de Richmond (Richmond agitation sedation scale (RASS))	63
H.	SEDAPALL	64

LISTE DES ABREVIATIONS

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

AS : Aide-Soignant(e)

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DU : Diplôme Universitaire

ECG : Electrocardiogramme

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

FST : Formations Spécialisées Transversales

GEAP : Groupes d'Echanges et d'Analyses des Pratiques

HAD : Hospitalisation à Domicile

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes

RASS : Richmond agitation sedation scale (Echelle de vigilance-agitation de Richmond)

RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SP : Soins Palliatifs

SPCMJD : Sédations Profondes et Continues Maintenues Jusqu'au Décès

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USP : Unité de Soins Palliatifs

I. INTRODUCTION

De nombreux internes en médecine générale sont sujets à de **l'épuisement professionnel** dans le cadre d'une **fin de vie, de soins palliatifs, et/ou des annonces de diagnostics graves** (1). Ils sont également nombreux à être **démunis** et **en difficulté** pour accompagner des patients en fin de vie (2) (3).

Les pratiques sédatives sont un ensemble de mesures visant à diminuer la vigilance du patient, dans un but de soulager un inconfort, non contrôlé autrement que par cette technique (4) (5) (6) (7).

Elles ne sont pas uniquement appliquées dans des situations palliatives ou de fin de vie, elles peuvent également être utilisées lors d'urgences telles qu'un syndrome asphyxique ou une hémorragie grave. Leurs durées sont variables, et deux grands types de pratiques sédatives existent :

- les proportionnées, pouvant être de courte ou de longue durée,
- les profondes et continues maintenues jusqu'au décès (SPCMJD). Ces dernières sont encadrées par la loi de Claeys Léonetti de 2016.

« (...) la sédation constitue un réel progrès sociétal et médical pour l'accompagnement des patients en fin de vie. Elle s'inscrit dans un projet humain en veillant au respect de leurs souhaits : une mort digne, dépourvue de souffrance et d'acharnement thérapeutique, entourée par les siens dans l'intimité du domicile » (8)

Plusieurs articles et thèses ont évalué auparavant les représentations et les vécus de professionnels de santé dans le cadre de la gestion des pratiques sédatives : des **médecins en soins palliatifs** ont été interrogés concernant les sédations profondes et continues maintenues jusqu'au décès (SPCMJD) (9), ainsi que des **médecins généralistes** (10) (11). Et concernant les pratiques sédatives de manière plus globale, trois thèses ont traité le vécu et la représentation de sédation à domicile pour des patients en fin de vie, interrogeant des **proches** de patients, des **médecins généralistes**, et des **infirmière(er)s** (12) (8) (13).

L'analyse des thèses citées dans ce paragraphe sera faite, en partie, dans la discussion de celle-ci.

Cependant qu'en est-il des internes ? Une thèse récente, de 2022, explore le vécu de la gestion de pratiques sédatives, pour des internes de **différentes spécialités**, lors de gardes de nuit et d'étages. (14)

Mais aucune thèse ne traite leur ressenti dans un service ou une équipe, où ils passent des mois, avec des patients et leurs proches avec qui des liens ont pu être noués.

L'idée du sujet pour cette thèse est née d'une réflexion autour de l'évaluation du confort des patients et de la gestion des sédations, ayant pu mettre en difficulté l'investigatrice durant son internat. Le souhait d'approfondir le questionnement sur la place des internes en stage, dans la mise en œuvre et la gestion des pratiques sédatives a émergé.

Comment se sentent les internes à l'initiation des sédations ? Et lors de l'entretien de la sédation ? Ont-ils des supports d'aide ou d'appui ? Comment gèrent-ils les discussions avec les patients et leurs proches ?

L'objectif de cette thèse est d'étudier le vécu d'internes de médecine générale en région Centre Val de Loire, dans leur gestion de pratiques sédatives durant leurs stages d'internat.

II. METHODE

A. Le type d'étude

La thèse présentée est une étude qualitative, devant le souhait d'explorer le vécu d'internes face à des situations nécessitant des pratiques sédatives. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été effectués.

B. La population

La population source choisie est celle des internes en médecine générale, avec pour critères d'inclusion qu'ils soient non thésés, étudiants dans la région Centre Val de Loire, et ayant débuté ou déjà effectué leur semestre de « médecine adulte ». Ont été exclus ceux n'ayant jamais eu de situations de pratiques sédatives à gérer, et ceux s'étant opposés au traitement des données.

Le semestre de « médecine adulte » est à effectuer dans le cursus de médecine générale durant la deuxième année pour la région Centre Val de Loire, et il inclut des stages dans divers services tels que la gériatrie, les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), la médecine polyvalente, la pneumologie, etc.

Un échantillonnage raisonné homogène a été réalisé avec plusieurs critères de variations. Les critères sont les différents lieux d'exercice de stage d'internat, le nombre de semestres d'internat, les formations effectuées en soins palliatifs, et le genre.

Le choix d'avoir au moins une personne ayant une formation plus poussée en soins palliatifs a semblé pertinent pour l'investigatrice.

La thématique de la recherche était présentée en amont dans une notice d'information (*cf. annexe A*) postée sur un réseau social, dans un groupe pour les internes de la région Centre Val de Loire.

Le recrutement s'est effectué sur la base du volontariat au départ, puis dans l'optique d'avoir des internes ayant fait des stages dans divers départements de la région Centre Val de Loire, un recrutement selon les listes d'affections de l'ARS pour les stages débutant en novembre 2023 a été fait.

Les internes sont devenus éligibles lorsqu'ils respectaient les critères d'inclusion de l'étude.

C. Le recueil des données

Un guide d'entretien a été réalisé, en cherchant à étudier le vécu des différentes étapes de mise en place d'une sédation et les supports d'aides que les internes connaissent. (*cf. annexe B*)

Une carte des émotions (*cf. annexe C*) a été distribuée à tous les participants pour les aider à exprimer leurs émotions, s'ils en voyaient la nécessité.

Les entretiens ont tous été menés par la même investigatrice, et ont été réalisés en présentiel ou en distanciel via des visioconférences (*Whatsapp* ou *Messenger*), entre décembre 2023 à avril 2024.

Les entretiens ont été enregistrés via un dictaphone sur le téléphone de l'investigatrice ainsi que sur son ordinateur portable via le logiciel *Sonal*. Ils ont été intégralement retranscrits sur un document *Word*, ainsi que les éléments non verbaux jugés importants.

Les entretiens, une fois retranscrits, ont été envoyés aux internes interrogés pour validation. Il n'y a pas eu de retours entraînant des modifications des verbatims.

Sept entretiens individuels ont été jugés nécessaires et suffisants par l'investigatrice, en accord avec son directeur de thèse, devant la diversité des critères de variation obtenue et des données concluantes.

D. L'analyse des données

L'analyse des données a été réalisée selon la méthode d'analyse interprétative phénoménologique. L'investigatrice a analysé chaque entretien au fur et à mesure, de façon indépendante, en encodant les verbatims par thèmes et sous-thèmes, sur des documents *Word*.

Les entretiens anonymisés ont tous été soumis à une triangulation, confrontant les résultats de l'investigatrice avec ceux d'internes rencontrés sur un réseau social.

Un journal de bord a été tenu par l'investigatrice, durant tout l'exercice de recherche pour cette thèse. Y ont été inscrits les questionnements, les hypothèses, les réflexions, et des parties de bibliographies intéressantes pour la recherche.

E. Les aspects éthiques et réglementaires

Les internes ont participé à cette étude après avoir été informés qu'ils seraient enregistrés et que les données ne seraient pas diffusées, mais uniquement utilisées à visée personnelle pour la thèse de l'investigatrice.

Des consentements écrits ont été signés par chaque interne (*cf. annexe D*).

Tous les noms propres de personnes ou de lieux ont été anonymisés. Toute autre information pouvant mener à une reconnaissance a été anonymisée, et signalée si c'est le cas.

L'investigatrice a effectué les démarches pour un enregistrement à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). L'étude est hors loi Jardé et évalue une pratique professionnelle ; devant l'anonymisation des données, cette thèse ne nécessite pas un enregistrement à la CNIL.

Le Comité Ethique a également été consulté ; son autorisation n'est obligatoire qu'en cas de publication.

III. RESULTATS

Le tableau ci-dessous présente la population étudiée.

	Age	Genre	Semestres d'internat	Départements des stages	Formation en soins palliatifs	Durée de l'entretien (min)	Visioconférence (V) ou présentiel (P)
E1	29	M	5	37	Non	37	P
E2	27	M	6 (+2 d'autre spécialité)	37	Non	45	P
E3	28	M	5	37	Non	45	P
E4	29	F	3	18 41 45	Non	38	V
E5	25	F	3	18	Non	31	V
E6	27	F	5	18 36 41 45	Non	72	V
E7	35	F	6 (+ 2 de formation spécialisée*)	36 37 41 45	Oui	50	V

F : féminin ; M : masculin

La moyenne d'âge des participants est de 28,5 ans, et la moyenne de durée des entretiens a été de 45 minutes.

Les internes ont effectué des stages dans différents départements de la région Centre-Val-de-Loire, une seule personne a effectué une formation approfondie en soins palliatifs (pouvant inclure les FST, DU, stages en réseau de soins palliatifs, etc).

A. Les pensées autour de la sédation

i) Ne pas être effrayé par la mort de patients

Certains internes n'appréhendent pas le décès des patients, cela leur permet d'être moins affectés lorsque cela survient durant des prises en charge de pratiques sédatives par exemple, ou lors de discussions autour de l'anticipation de fin de vie.

- « Moi ça va bien avec ma philosophie des choses, la mort c'est un rite de passage quoi. Je désacralise beaucoup de choses mais c'est vraiment une vision très personnelle. Donc j'ai pas du tout de honte ou de tabou à en parler. » (E2)
- « La mort en soi ne me dérange pas, elle ne me fait pas peur, » (E5)

ii) Les sédations, une frontière entre la vie et la mort

Certains internes estiment les pratiques sédatives comme étant une frontière entre la vie et la mort.

- « S'il commence à ne plus réagir, t'es pas très loin de la fin. (...) Ça veut pas forcément dire qu'il est mort mais ça veut dire qu'on se rapproche un peu plus de la mort. Ça veut dire qu'il y a un cap qui est passé, (...) On arrive à la dose optimale, *in fine* même si ça n'est pas le but, c'est ce vers quoi on finit par tendre. » (E2)

Dans ce discours l'interne E2 évoque une **certaine incapacité à contrôler les effets de la sédation**, qui mènerait à un décès, malgré l'absence de cet objectif dans l'instauration d'une sédation.

Néanmoins il se sent capable d'expliquer à ses patients ainsi qu'à leurs proches, les tenants et aboutissants des pratiques sédatives. L'éducation du patient face à un sujet qui lui est peu connu est défendue par l'interne. Il aurait évoqué à un patient :

- « *l'objectif ça n'est pas de partir complètement, mais c'est de calmer les douleurs, et effectivement, un des risques à terme, c'est que vous partiez. Mais c'est pas le but. Le but c'est de calmer la douleur, de calmer l'anxiété s'il y en a, de calmer l'essoufflement, la dyspnée s'il y en a* ». Voilà. C'est réussir à faire comprendre le but principal qui n'est pas la mort, qui est un but de soulagement. » (E2)

B. Des internes caméléons, aux multiples facettes

i) Être réflexif, se questionner

Les situations relevant de pratiques sédatives sont fréquemment sujettes à des remises en question des internes, ainsi qu'à des réflexions éthiques.

- Le désaccord avec un avis de spécialiste

Dans un souhait de bien-être pour les patients, les internes appréhendent la mauvaise gestion de leur confort, et sont parfois en questionnement devant les avis de spécialistes qui ne correspondent pas à leurs avis personnels.

- « *et je me disais « mince, est ce que moi je le fais pas trop vite ? alors que la chef c'est quand même spécialiste d'onco. »* ». » (E6)

- Le choix de la pratique sédative

Des questionnements quant au choix du type de pratique sédative le plus adéquat sont également rapportés par les internes.

- « *Oui parce que je ne pense pas qu'il remplissait les critères de la sédation profonde continue [maintenue] jusqu'au décès. Quoi que...* » (E1)
- « *Voilà, on n'a pas été à la sédation profonde mais c'est une des fois où j'en ai quand même parlé, et vraiment, j'ai détaillé tous les types de sédations et j'étais toute seule pour le faire.* » (E6)
- « *C'était la première fois, et du coup normalement c'est censé être des sédations intermédiaires sauf que, avec la dose qu'il avait mis, ben ça s'est fini en sédation profonde et continue.* » (E7)

Les internes, par leurs expériences, comparent leurs pratiques et ont pu se questionner sur d'anciennes prises en charge constatées.

- « *et puis ils mettaient je trouvais des grosses doses quand même, surtout maintenant avec le recul, je trouve qu'ils font des sédations qui sont vraiment assez agressives quand même.* » (E3)

- Des questionnements éthiques

Des questionnements éthiques ont également émergé des entretiens, avec par exemple une réflexion autour de l'arrêt des thérapeutiques curatives, soulevant le sujet de l'obstination déraisonnable.

- « J'ai eu beaucoup de cas de gens qui étaient en occlusion mécanique et, ben pas de chir, pas de choix de, donc, ne pas mettre de sonde pour pas qu'ils souffrent. On les sédate, (...) typiquement en ce moment il y a un patient qui va décéder, et ils disent bah si là l'occlusion elle pète en péritonite bah, bah c'est comme ça et puis on le sédatera. Mais bon, même sédaté, est-ce que c'est pas un peu... ? 'fin voilà. » (E4)

A propos de l'intérêt d'une sédation hors situation d'inconfort, ayant pour objectif de diminuer la vigilance d'un patient qui perd en autonomie, un questionnement a été soulevé.

- « Ouais il n'était pas inconfortable du tout, donc pourquoi sédater quelqu'un qui n'est pas inconfortable? Après ça dépend parce que on savait tous que... Enfin, est ce qu'il faut sédater des gens, qu'on sait qu'ils ne vont pas s'améliorer, qu'ils n'ont aucune vie sociale, aucune interaction. Est ce qu'il faut les sédater ou pas? » (E1)

ii) S'adapter

Devant des **refus** de diagnostics ou de prises en charge thérapeutiques par des patients, les internes changent parfois d'axes de prise en charge et s'adaptent pour répondre aux mieux aux attentes des patients.

- « Et en gros, la 1ère fois j'ai pas voulu mettre directement les soins de confort, j'ai voulu faire un ECG etc, et des choses comme ça, mais en discutant avec la patiente [refusant des examens], (...) ben après je lui ai expliqué qu'on n'allait plus partir sur chercher qu'est-ce qu'elle a, mais plus la soulager, l'endormir un petit peu. » (E1)

Il y a aussi la nécessité pour les internes de s'adapter aux **manques de moyens**.

- « On n'avait pas de pousse seringue, donc on faisait des bolus à chaque fois. (...) Mais des bolus en sous-cut, faut passer 20 minutes, l'absorption est variable en sous cut, selon l'hydratation des patients. » (E1)

Certains internes voient également leur futur et plus précisément leurs choix de formations futures influencés par des situations vécues.

- « C'était le tout début et c'est ça qui, qui faisait que ben je me suis plus orientée sur [la formation de soins palliatifs] derrière. » (E7)

Concernant la **communication verbale** avec les patients et les proches, les internes font preuve de prudence, en pesant leurs mots, et en s'adaptant à chaque Humain face à eux.

- « parce que souvent la première partie de la réponse c'est celle qu'ils retiennent le mieux, » (E3)
- « Moi je vais leur dire « *vous êtes pas bien, je vais vous soulager* », je ne vais pas dire, « *je vais vous endormir* ». Nan. Je vais leur dire « *ben voila vous n'êtes pas bien, vous n'arrêtez pas de bouger partout* ». 'Fin. Voila. Souvent ils vont grimacer, ben je vais dire, « *je vois vous n'arrêtez pas d'appeler, vous être pas bien, tout ça* ». (...) Mais pas leur dire qu'on va les sédater... » (E1)
- « Mais au final... je lui ai expliqué, je lui ai présenté l'hospitalisation autrement, » (E7)

Dans un souhait de respect des patients et de leurs proches, des internes font le choix de ne pas mentir, voulant plutôt expliquer leurs décisions. (cf. le paragraphe III. B. v) *veiller aux proches des patients*)

iii) Accepter ses failles, se résigner

Malgré leur prudence et leurs connaissances dans le domaine, les internes peuvent être en difficulté dans des situations de pratiques sédatives. Certains internes reconnaissent les limites de leurs connaissances à propos de l'évaluation du confort.

- « Ben j'imagine que, ouais après peut-être que je me rends pas compte à quel point finalement ils sont pas stressés mais... » (E4)

Ou de manière plus générale, autrement que pour l'évaluation du confort :

- « Moi ça me choque mais peut-être que voilà j'ai pas les tenants et les aboutissants de... de toutes les décisions mais c'était souvent ça ouais. » (E4)

Dans leurs choix de prise en charge, les internes sont parfois résignés devant leurs limites.

- « Et ça bon bah j'ai pas d'expérience pour dire que y en ait il y en a un des 2 qui est mieux et les médecins nous disent que bah c'est ça qui est mieux, eux ont l'expérience et du coup je finis plutôt par me ranger à leur avis parce que, ben parce que je pas l'expérience. Et je me dis, eux savent. Je me suis plus fait une raison en fait (*rire*). » (E4)

Certains internes se plient aux souhaits des proches, quitte à passer outre leur propre opinion, dans un souci de ne pas offenser.

- « peut-être que jusque-là je laissais un peu plus finalement le choix aux familles. Sur certaines choses, de dire bah c'est un peu comme vous voulez *et cætera*. Sans trop m'imposer, peut-être parce que ça m'arrangeait aussi. » (E6)

iv) Affirmer sa position, en tant qu'interne

- Un Etre confiant, assuré

Les internes savent être **décisionnaires**, en affirmant leurs choix.

- « C'est un équilibre pas facile à atteindre. Mais on est là pour mettre, voilà, la barre dans la bonne direction. (...) Et là du coup, ben voilà, quand le processus est engagé tu réadaptes les doses, » (E2)
- « Donc en fait c'est moi qui ai fini par dire à la fille « *Ben je crois qu'il faut prendre un peu de de temps de réflexion et voir l'évolution* ». » (E6)
- « j'ai dû un peu mettre les pieds dans le plat avec le patient qui lui était très conscient de la situation, avec la famille, avec le fils » (E6)
- « donc moi j'avais demandé à ce qu'on mette un bolus de 5 milligrammes de midazolam, ça c'est moi qui avais pris la décision de mon côté, justement parce que je le trouvais agité, » (E3)

Ils **s'investissent** dans leurs prises en charge.

- « Et ça bah j'ai vraiment, j'ai vraiment eu l'impression de bien (*terme accentué*) pouvoir le faire, mais ça m'a pris beaucoup d'énergie, beaucoup de temps, » (E6)

Et ils ressentent un sentiment de **fierté** lorsqu'elles se déroulent correctement.

- « Mais content d'avoir bien fait, et d'avoir bien accompagné. » (E1)
- « C'est peut-être pas ça, mais contente de ma prise en charge. Tu vois, quand je prends le temps de discuter avec les familles etc, je suis contente du travail que je fais. » (E6)
- « Ça, ça peut être lourd mais en fait quand je sors je me dis que j'ai pris le temps, j'ai pu faire comme je voulais et voilà je suis satisfaite quoi, ouais. » (E6)

Les internes apprécient être **gratifiés** pour le travail effectué.

- « Et les familles disent « Bah voilà, on est conscients que vous avez fait un peu tout ce que vous pouviez pour lui ; on savait que c'était précaire quand il est arrivé dans votre SSR, on n'est pas surpris ». » (E3)
- « C'est vrai que j'ai pas dit ça avant, mais c'est vrai que c'est les patients pour qui tu as le plus de reconnaissance de la famille, ce sont ceux pour qui on fait des sédations. Tu reçois les cartes de remerciement, voire même beaucoup. » (E3)
- « Ça me fait plaisir d'avoir ce genre de messages de retours » (E7)

Ils se sentent à **l'aise et rassurés** dans certaines situations notamment :

- ✓ L'évaluation du confort
 - « Oui, j'évaluais sur le fait d'est ce qu'il appelait souvent ou pas, et qu'il avait la capacité à appeler. S'il n'arrivait pas à appeler, ben non. » (E1)
 - ✓ Lors d'une décision de sédation
 - « Mais le fait de discuter et d'entamer ces choses là, c'est pas un truc qui me fait peur ou restreint dans la situation. Très souvent si on l'aborde c'est que, voila, on estime que la situation, la sédation est une option possible.» (E2)
 - « j'ai l'impression que j'ai une marge de manœuvre qui est un peu plus large que sur d'autres traitements où je me dis, si je fais n'importe quoi, ça va avoir des gros retentissements. » (E3)
 - « On est là pour les soulager, pour répondre aux maux qu'ils peuvent ressentir ; c'est pas quelque chose qui me met mal à l'aise ni qui m'attriste. » (E3)
 - « je ne me suis pas sentie en difficulté sur de la sédation, vraiment » (E6)
 - ✓ Lors d'un choix de proportionnalité des soins
 - « Oui je me sens plus à l'aise surtout quand on leur parle d'enlever la perfusion. » (E3)
- Un Etre qui laisse place à sa propre réflexion

Certains apprécient de **se challenger**, en laissant **place à leur propre réflexion** :

- « souvent je réfléchis d'abord à ce que je ferais de moi-même. » (E3)
- « ouais par contre ça c'était j'ai, j'ai vraiment géré seule sans passer par un médecin d'HAD. » (E7)

Des internes **refusent** également **d'agir sans comprendre**.

- « Mais donc là c'est pas que j'étais moins à l'aise, c'est juste que je comprenais moins quel était le facteur qui faisait qu'on passait plutôt d'une ... d'un schéma de soin à un autre. » (E3)

- La position d'interne

Certains internes interrogés se sentent **reconnus** en tant qu'internes, constatant leur place dans les décisions prises.

- « Le chef il abordait bien les choses, et avec moi en me disant « *bah voilà j'ai l'impression qu'on arrive au bout des thérapeutiques* », on en discutait et j'avais vraiment l'impression que mon avis aussi avait une place. » (E3)
- « Et moi je lui ai dit « *Ben non parce que je sais pas si elle a mal, et je préfère mettre de la morphine aussi* », donc on donc en fait il m'a dit « *Ben écoutes je te fais confiance* ». » (E6)

Une **crainte d'être désavoués** pouvait cependant parfois survenir.

- « Ben à ce moment-là je me dis « *j'espère que le chef va dire la même chose que moi* », et en soit je comprends, je ne suis que l'interne, ma parole elle n'a pas autant de valeur que celle du chef parce que j'ai pas autant d'expérience que lui, ni autant de connaissances en la matière. ». (E3)

Les internes interrogés savent faire preuve **d'humilité** en étant conscients de leurs **limites**.

- « mais nous la tête dans le dossier, on a du mal à le voir, » (E2)
- « J'ai peur de faire une bêtise, je me dis « *et si c'est pas ce qu'il fallait faire ?* » ou « *c'est pas en accord avec ce qu'on a convenu des soins palliatifs ?* », enfin je ne veux pas que ça nuise aux patients juste parce que j'ai fait un excès de zèle en me disant ça va le faire, je sais gérer. » (E3)

Également, certains internes sont **rassurés** par leur condition d'interne, vis-à-vis de la responsabilité des séniors à contrôler leurs actions.

- « Mais j'étais encadrée par des chefs à ce moment-là, donc finalement la décision ne reposait pas sur moi. » (E6)

- L'interne bousculant parfois ses séniors

Certains internes interrogés ont fait le choix de **contourner l'avis** de leurs séniors lors d'un désaccord visant à soulager les patients.

- « en fait mes chefs n'ont pas proposé de sédation pendant les visites. Euh... Et voire même, d'anxiolyse. Et en fait moi le lendemain quand je faisais ma visite toute seule, je la proposais en fait. » (E6)
- « Et je repassais derrière mon chef tu vois, qui met de la codéine alors que je trouve que c'est pas vraiment adapté à la situation. Et... voilà. » (E6)

v) **Etre un soignant attentif**

- Veiller aux patients

Tous les internes interrogés font preuve **d'empathie**, et initient des pratiques sédatives dans un but de **soulager** les patients.

- « car depuis quelques jours ils souffrent, ils ne dorment pas, donc ils sont toujours en hypercatabolisme, donc tu les soulage. » (E1)

- « *le risque si on diminue un peu les doses c'est que ben il puisse vous parler, mais qu'il y ai les douleurs et l'anxiété qui réapparaissent, donc on essaye de jongler entre les 2.* » » (E2)
- « Il avait du midazolam avant chaque toilette parce que ça devenait douloureux pour lui. » (E3)
- « *si vous êtes d'accord on va soulager le fait que vous ayez du mal à respirer, le fait que vous vous sentiez anxieux* ». » (E3)

Les internes se sentent **responsables** du confort et de l'antalgie des patients qu'ils suivent.

- « on se dit que l'on a quand même pas le droit à l'erreur, parce que faut pas qu'on laisse souffrir. » (E4)

Dans un souhait de ne pas affecter les patients, physiquement et moralement, les internes font preuve de **prudence** dans les posologies utilisées.

- « Et à très petites doses. Parce que finalement j'étais pas accompagnée dans cette décision-là. » (E6)

En parallèle, la crainte d'être parfois trop prudents sur les doses est évoquée.

- « Donc j'ai quand même l'impression d'y aller plus vite que certains, mais par contre en termes de dosages, peut être que sur l'initiation je suis un peu... un peu petites doses. » (E6)

Certains créent un **lien** plus particulier avec des patients et souhaitent améliorer leur confort « jusqu'au bout ».

- « Euh, ouais c'était un peu chiant de se dire que je ne l'ai pas soulagé. Surtout que c'était le seul patient que je connaissais. » (E1)
- « Vraiment le soin du patient jusqu'au bout » (E3)
- « ça fait toujours un pincement au cœur, et même encore plus je trouve quand les gens sont très compréhensifs, et très... *« ouais je comprends, je comprends que la finalité ça va être... ça arrive proche ».* » (E4)

Pour soulager les patients, les thérapeutiques sont très importantes, mais le **soutien moral aux patients** est également souligné par les internes.

- « Ouais alors j'aime bien parler, et je trouvais que ce qui soulageait les patients ça n'était pas tellement les thérapeutiques, (...) mais c'était surtout être présent. » (E1)
- « mais ouais je me suis dit plusieurs fois qu'en étant présent, t'as quand même un changement avec ton contact avec tes patients, et du coup eux aussi. » (E2)

Une volonté de **ne pas laisser les patients ignorants** de leur prise en charge est énoncée.

- « Même s'ils ne répondent pas, je vais leur dire. (...) c'était justement agréable de parler, car tu ne fais pas quelque chose sans qu'il en ait conscience de ça non plus. Donc ça ne me mettait pas en difficulté, ça me rassurait plus. » (E1)

Une recherche **d'alternatives thérapeutiques**, médicamenteuse ou non, est également faite par des internes pour s'adapter au mieux aux patients.

- « Et après ça va les amener sur « *quelles sont leurs souffrances ?* » et « *qu'est-ce qu'on a comme moyens pour les soulager là-dessus ?* ». » (E3)

- Veiller aux proches des patients

Les internes de l'étude sont également tous soucieux de **porter de l'attention** aux proches des patients.

- « Puis la famille vient car je les ai appelés, on pensait que le patient allait mourir dans la nuit. » (E1)

Ils veillent à **considérer leur avis** dans les décisions de pratiques sédatives.

- « Puis je demandais aux familles de venir, aux proches, de voir comment ils trouvaient leurs proches. » (E1)
- « t'écoutes aussi la famille quand elle est là, » (E2)
- « On en discute beaucoup avec les familles. » (E3)
- « Et puis vu que c'était bien amené, et discuté avec la famille, je trouvais ça... ben ce que je te disais, la continuité des soins moi je suis vraiment à l'aise avec ça. » (E3)

Une volonté de faire attention à **assurer une continuité des soins** adaptée est également relevée dans les entretiens.

- « Parce que là tu veux annoncer quelque chose comme ça à la famille, là tu je la mets à part dans un bureau euh... Y a trois chaises hein, pas adapté. Enfin sans âme le truc. 'fin tu te rappelles de ça toute ta vie quoi et euh, je trouve, enfin nous c'était pas adapté. » (E5)
- « en fait j'ai vu la famille toute seule à chaque fois. Parce que je lui ai dit [au sénior] que, que, ben je les avais vus la première fois et que peut-être faire intervenir quelqu'un qui, qui utilise d'autres mots d'autres termes, j'avais peur que ça perturbe un peu. » (E6)

Jusqu'à faire certains choix, tels que des **mensonges**, pour essayer de **protéger** les familles et **adoucir leurs peines**.

- « Mais bien sûr le lendemain je ne l'ai pas dit à la fin [aux proches]. J'ai dit que « *Oui, il est décédé* », et ils me demandaient « *Comment il est mort?* » « *Confortablement.* » Je ne vais pas dire, « *Non il n'était pas soulagé car je n'ai pas réussi à le soulager.* » Non. Mais c'est chiant de mentir. » (E1)

Dans ces cas-là, l'interne interrogé est enclin à des remords devant des patients décédés inconfortablement, malgré une prise en charge visant l'amélioration du confort.

- Savoir (se) laisser le temps

Les internes considèrent comme importante la **temporisation**, une notion essentielle en médecine générale, laissant le temps aux patients, aux proches, ainsi qu'à soi-même dans les prises de décisions. Cette temporisation peut permettre d'expliquer d'une meilleure manière, et d'avancer à son rythme.

- « Je pense que c'est l'explication, comme pour tout, la pédagogie, l'attente, et des explications qui nous font après avancer petit à petit. » (E2)
- « je me dis qu'en répétant, en restant calme, et voilà en disant « *Si vous avez d'autres questions revenez* » « *S'il y a d'autres interrogations revenez* ». » (E4)
- « C'est des entretiens qui prennent du temps avec la famille, où on leur explique ce que nous on pense et ce qu'on voudrait obtenir, et puis eux ce qu'ils souhaitent et qu'est-ce qu'ils projettent » (E6)
- « Et en fait j'ai fait des petits entretiens seuls et puis à plusieurs. » (E6)

- « Mais pour qu'elle puisse le dire ça c'était pas facile... C'était pas facile, je l'ai au moins rencontré deux fois, et au final elle a dit ça » (E7)

Pour les situations de pratiques sédatives en soins palliatifs, une plus grande tolérance face à la temporalité est importante et est signalée par les internes.

- « Toutes les familles te le rediront , très souvent ils parlent d'anxiété, d'incompréhension, et le fait de prendre le temps, ça permet d'apaiser les choses. Et puis tu les vois moins que comme des *casse-couilles* ; « *Ils veulent à chaque fois savoir la même chose alors que rien n'a bougé* »... Ouais mais c'est une fin de vie, c'est compliqué à gérer, c'est anxiogène, donc voilà. » (E2)
- « je pense qu'il faut qu'il y ait un service adapté au moins, voilà un nombre de soignants adéquat. Puis c'est pareil ça demande beaucoup plus de soins » (E5)

Ce temps étant parfois difficile à avoir auprès des patients et de leurs proches.

- « j'ai vraiment eu l'impression de bien pouvoir le faire mais ça m'a pris beaucoup d'énergie, beaucoup de temps et, je pense que c'est pas toujours faisable en pratique. Ça devrait, mais c'est pas toujours le cas. » (E6)

C. Travailler dans un environnement rassurant

i) Un cadre

Les internes ont quasiment tous évoqué l'importance d'**avoir un cadre** dans leurs prises en charge de pratiques sédatives.

- « Si les choses ne sont pas complètement cadrées, je pense que j'aurais du mal le mettre en place. » (E2)
- « On m'a plutôt expliqué le cadre, voilà, entrer dans une pièce où on est seul c'est encore mieux avec le patient, de mettre juste des conditions pour que, pour être au calme, prendre le temps, analyser toute la pièce. » (E4)
- « Donc c'était un peu... C'était quand même inconfortable parce qu'il y avait un manque d'encadrement, que c'était pas une vraie politique du service, » (E6)

- Le projet de soins

L'anticipation d'un projet de soin pour les patients était également rassurante pour les internes.

- « Oui, et surtout que la famille était au clair dessus. Ça aide. Je pense qu'il faut vraiment que ça soit noté sur les dossiers. Sans dire quoi faire, mais noter que l'on en a discuté, la famille et les patients. » (E1)
- « Il avait fait une grosse décompensation aigüe, donc ben on avait pu communiquer sur sa fin de vie. » (E1)
- « ouais dès qu'il y a des choses comme ça, faut pas que ça se fasse au dernier moment, il faut pouvoir anticiper un petit peu. » (E2)
- « Mais en gériatrie, on voit le truc venir quand même. C'est rarement brutal, (...) quand elle se détériore on commence à parler déjà de tous ces trucs-là, et je me dis bon bah ok j'anticipe un peu en fait. (...) J'introduis une sédation à ce moment-là, pas avant. Je ne suis pas surpris en fait. » (E3)

- Le respect du cadre légal

Des internes ont exprimé durant leurs entretiens le souhait de ne **pas vouloir transgresser la loi**.

- « de toute façon ça correspond pas à mon éthique d'être en dehors du schéma légal de d'exercice de la médecine. » (E3)

La volonté d'être **conscientieux**, en considérant le **factuel** comme essentiel, a émergé face à une **crainte de procédures judiciaires**.

- « Et là par contre je me dis, il faut que le dossier des soins pall il soit quand même béton. Donc j'ai tendance à noter beaucoup de choses sur ce que je vois, quand je le dis, que je trouve pas serein, pourquoi, ce que j'augmente les posologies tel médicament et en ça par contre des échelles ça peut m'aider parce que ça parle à tout le monde et c'est pas juste du ressenti. » (E3)
- « Je me dis si l'échelle *Algoplus* (cf.annexe F) elle est à je sais pas combien, bon ben, là c'est irréfutable comme argument. Je sais que j'ai checké chaque item, que j'en ai déduit ça, alors que si c'est juste sur du feeling, ben c'est peut-être plus préjudiciable. » (E3)

Certains internes ont été confrontés à des demandes **d'euthanasie**, et ont dû rappeler que c'est actuellement interdit en France.

- « Bah en fait ça n'allait pas du tout, elle me disait clairement « *Ecoutez de toute façon là il a dit au revoir à tout le monde toute la famille on est présents, donc là il faut aller augmenter la dose autant que ça ça se finisse* ». Bon bien sûr je lui ai répondu « *Non* », ça ne se passait pas comme ça. (...) Je lui ai clairement dit que je ne ferais pas d'euthanasie, ça ne marche pas comme ça. » (E7)

Des demandes d'instaurer des **doses élevées de sédatifs dans un but de ne pas prolonger la vie**, par d'autres médecins, ont également été vécues par des internes, pouvant les mettre en difficulté, devant un souhait de respecter le cadre légal, et un refus d'être tenus pour responsable d'un acte réprimé par l'éthique médicale.

- « [un médecin] me dit « *Mais pourquoi tu augmentes pas ? C'est bon il va mourir donc autant augmenter, double la dose comme ça ça va se finir et puis tout le monde sera content !* ». Alors en tant qu'interne, dire au médecin euh « *Non ça se passe pas comme ça, si tu veux fais ça dans ton service, appelles toi comme tu veux, moi je ferai pas ça* », c'était pas simple. » (E7)

Dans le chapitre *III.D.vi) les patients*, seront développées d'autres difficultés d'internes devant ces demandes.

Pour finir sur le cadre légal, dans le cas des sédations profondes continues maintenues jusqu'au décès (**SPCMJD**), les internes cherchent également à s'assurer de la **décision certaine** des patients, en vérifiant les **critères** médico-légaux.

- « enfin j'essayais d'un peu creuser tu vois, pour voir s'ils y tenaient vraiment, si c'est juste par rapport aux symptômes, ou si c'est vraiment au niveau ils veulent abandonner tout ou pas. » (E7)

ii) L'importance d'une vision de globalité

L'importance d'une vision globale du patient, dans l'objectif d'une prise en charge optimale, a été exposée.

- « Je vois bien que sur certains patients et familles c'est difficile, mais parce qu'il y a des contextes et des évènements de vie, donc voilà c'est particulier à chaque fois. » (E2)
- « Mais ouais c'était peut-être ce que je ne comprenais pas tout à fait la pathologie qui les amenait jusque-là, je n'avais peut-être pas la vue d'ensemble sur le patient. » (E3)
- « C'est toujours plus facile quand c'est tes patients parce que tu connais bien le dossier, tu connais tous ses antécédents, tu connais sa personnalité aussi. » (E3)
- « faut vraiment avoir une vision de ce qu'il se joue avec la famille, de ce qu'aurait voulu le patient, et en même temps de, de la vision de chaque membre de la famille qui n'est pas forcément la même quoi. » (E6)

- Le dossier médical

Ce dossier commun à tout un service, voire à des établissements, fait partie intégrante d'une globalité dans la prise en charge des patients.

- « et que et que toi t'as aucune info, t'as pas de dossier médical... Il y a ça aussi ! Il y a les, la transmission d'infos de dossier médical quoi. Enfin du dossier tu vois. » (E6)

- L'Humain

Grâce à leur **empathie**, la notion d' « Humain », a émergé des entretiens. **Le patient n'est pas défini par sa pathologie, mais par son Être.**

- « tu prends en charge quelqu'un et pas juste un dossier. » (E1)
- « De dire que... de me dire qu'on prenait en charge des gens, et qu'en fait on prenait en charge la maladie, mais on ne prenait pas en charge les gens, la personne. » (E6)

L'ensemble de l'équipe en charge des patients a aussi sa part **d'Humanité**, décrite par un interne.

- « Tu sens bien qu'il y a de l'émotion, de la famille, du patient, des notions de nous, des notions de l'infirmière qui connaît le patient depuis des mois et des mois, qui n'est pas bien, qui est triste. » (E1)

- Le statut « soins palliatifs »

Plusieurs internes interrogés ont été **rassurés** dans leurs prises de décisions de sédation, lorsque les patients étaient statués « soins palliatifs ». La vision globale d'un patient inclus en soins palliatifs, permettait pour les internes de pouvoir aborder les sédations plus facilement.

- « Ça avait été, lui, il y avait eu le statut de soins palliatifs qui était statué, (...). Mais sa famille voyait qu'il se dégradait depuis 3 jours et que le sénior n'avait pas du tout statué. » (E1)
- « et puis euh on n'était pas dans du soin palliatif. C'était pas décidé. » (E6)
- « Sachant que là on est déjà dans du palliatif pour la prise en charge chez ce monsieur, c'était clair, c'était établi. » (E6)

iii) Les internes s'appuient sur des supports pour leurs gestions de pratiques sédatives

- Une équipe

L'**intérêt** d'un travail en équipe est souligné dans tous les entretiens, pour la gestion des pratiques sédatives.

- « le lendemain matin j'étais content d'en parler à ma collègue, et on a pris la décision ensemble d'en parler à l'équipe de soins palliatifs, pour justement, pour les doses d'entretien, on a pu faire le week-end tous ensemble comme ça. » (E1)
- « Pareil, tu fais pas ça tout seul dans ton coin. » (E2)

L'importance d'avoir des **regards différents** et une réflexion **pluridisciplinaire** est souvent soulignée.

- « (*réfléchis*) J'ai pu apprendre surtout que ça fait du bien d'être en équipe pluridisciplinaire, d'avoir les retours des autres, même enfin, sur les protocoles, les... comment ça s'appelle ? Les procédures collégiales. (...) Ça te fait appréhender la situation d'une manière différente, et je pense que ce genre de décision, clairement faut être accompagné et c'est pas une décision qu'on peut prendre seul. » (E5)
- « Ça a pris la journée, où je suis passée plusieurs fois, où j'en ai discuté avec les différentes équipes et on a mis une petite dose. Dans le doute, on a mis. » (E6)

Dans le cadre d'une **procédure collégiale** pour une sédation profonde continue maintenue jusqu'au décès, l'interne E7 a constaté une **considération mutuelle** plus importante entre les membres de l'équipe soignante, avec plus d'écoute que dans d'autres services.

- « La première fois qu'il y avait vraiment eu ce genre de de réunion, c'était **vraiment intéressant** dans le sens où il y avait... enfin il y avait même les aides-soignantes qui participaient. (...) Euh... jamais dans des autres services les aides-soignants prennent parole ! Et encore moins pour dire ce genre de choses tu vois ? (...) Enfin tout ça c'était, j'ai je dis « *Ah ouais ?!* ». » (E7)

L'impact d'un **manque de cohésion** d'équipe qui est défavorable aux prises en charge, est également cité par des internes.

- « Quand tout le monde ne discute pas et que y a pas de, bah, de décision de décision collégiale je trouve que ça ça impacte sur le patient. » (E4)
- « C'est un truc avec lequel je ne suis pas à l'aise pour le coup, quand tous les soignants ne sont pas sur la même la même dynamique de soins. » (E3)

- ✓ Focus sur l'équipe paramédicale

Le personnel paramédical est important dans le **soutien aux internes**. Leurs avis sont écoutés, et apportent un regard différent sur les situations.

- « C'est arrivé que, alors pas tout le temps, mais que je prenne la température auprès des AS et des infirmières » (E2)
- « Et euh il y a plusieurs fois où en fait il y avait une aide-soignante avec moi dans la chambre, parce qu'elle venait faire un soin ou quelque chose, ou une infirmière. Et en fait des fois elles m'aidaient à formuler des choses ou... voilà. » (E6)

- « Et par contre les équipes paramed euh, on se mettait d'accord et je m'appuyais sur elles. Ça c'est sur, t'as totalement raison, je m'appuyais sur elles. Et elles allaient plutôt dans mon sens ouais. » (E6)

Le personnel paramédical étant souvent plus présent auprès des patients que les médecins, et n'ayant pas la même approche, il apporte d'**autres informations importantes**.

- « c'est elles [infirmiers ou aides soignants] qui passent le plus de temps avec elle ou avec lui, alors que moi c'est vrai que je passe je sais pas peut-être 15 minutes avec chaque patient par jour je suis peut-être un peu moins attaché qu'elles. » (E3)
- « [l'équipe paramédicale] t'apportes beaucoup parce qu'ils sont-ils sont en contact beaucoup plus souvent que toi avec le malade. On n'a pas forcément la même vision des choses, et moi je pense parfois j'ai l'impression voilà que la personne est soulagée et non elles me disent « *oui mais à chaque toilette c'est compliqué* ». Toi t'es pas là, tu le sais pas en fait. » (E5)

✓ Des médecins séniors

Les internes sont rassurés par la **séniorisation** lors de la gestion de pratiques sédatives.

- « Après, l'entretien, tu sais qu'il y aura l'avis... 'fin tu sais que tu auras ton sénior qui sera là. » (E1)
- « mon chef m'a demandé à plusieurs reprises comment je gérais, et ce que je voulais qu'il vienne et cetera et en fait j'ai vu la famille toute seule à chaque fois. » (E6)
- « j'étais quand même globalement bien encadrée aux urgences, donc je me suis pas sentie en difficulté sur de la sédation, vraiment. » (E6)
- « Si on sent qu'un patient est un peu limite c'est directement le médecin qui gère plus facilement. » (E7)

Ils sont **observateurs** et prennent appui sur leurs séniors qui leur **apprennent des techniques** de communication, **qu'ils appliqueront** ensuite. Cette demande de séniorisation par les internes est notamment faite lors d'annonces de mauvaises nouvelles ou lors des premières rencontres avant d'instaurer des sédations.

- « Au début j'assistais, j'écoutais, j'intervenais un peu avec le sénior, puis petit à petit je prenais plus la discussion à mon compte. Et le sénior était là pour dire ok, pour reprendre la main sur des termes un peu techniques, pour reprendre la main quand il voyait que j'étais en difficulté aussi. » (E2)
- « J'ai vu pour le coup, ça m'a bien aidé de voir des chefs parler à des gens qui avaient posé cette question-là, et je vois un peu comment il faut amener des choses. » (E3)
- « A chaque fois je ramenait le médecin (*léger rire*), pour ne pas être seule dans ces situations. (...) Après pour l'accompagnement des, de la famille j'ai jamais été seule. J'avais toujours un médecin, au moins pour une, pour une première rencontre, pour une première rencontre avec la famille. (...) Mais toujours en premier contact, ça a toujours été avec le médecin. » (E7)

Les internes ont également besoin de **débriefer** avec leurs séniors lorsqu'ils sont en difficulté, pour pouvoir s'améliorer et être rassurés.

- « Je disais qu'elle était soulagée en staff, mais après j'en parlais à mes chefs pour en discuter. On revoyait le dossier ensemble. » (E1)
- « mon chef m'a demandé à plusieurs reprises et il était venu quand même évaluer la patiente avec moi, voilà. Quand je lui ai dit je pense qu'il enfin faut lancer les traitements, il était venu et il m'avait dit, et on s'était mis d'accord sur le dosage. » (E6)

- Des compétences extérieures au service d'affectation de l'interne
 - ✓ L'Hospitalisation A Domicile (HAD)

Plusieurs internes évoquent l'HAD comme **soutien** pour leurs pratiques.

- « Genre en gros quand l'HAD vient, le médecin traitant est au milieu du truc je pense, donc il est quand même accompagné » (E1)
- « Je sais qu'on en faisait surtout avec l'hospitalisation à domicile, on posait la question au patient comment il le sentait pour le retour à domicile, » (E2)
- ✓ Les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP)

Un autre **regard extérieur** pour prendre du recul dans la prise en charge est également souhaité par des internes.

- « [les EMSP] nous aident vachement. Et c'est ça qui est hyper important aussi, c'est de pouvoir prendre du recul, quand tu as la tête dans le guidon, ben ça on a besoin de ça. Avoir un autre regard, une autre vision. » (E2)

Les internes ont **délégué des prises en charge** aux équipes mobiles de soins palliatifs, lors d'instaurations de sédations.

- « en moyenne on délègue beaucoup à l'équipe de soins palliatifs, surtout parce que souvent dans l'équipe de mobile de son palliatif il y a un médecin qui gère l'hôpital de jour et du coup en moyenne il connaît les patients qu'on nous envoie en hospitalisation. Du coup c'est lui qui fait un peu l'annonce parce qu'il les connaît en fait. » (E4)
- « C'est surtout que je m'appuyais beaucoup sur les soins palliatifs quand même. Parce que c'est vrai que, enfin c'est assez compliqué, j'ai pas forcément les mots, je sais pas comment... comment l'aborder. Et c'est vrai que les soins palliatifs ils ont l'expérience et ils savent comment... comment faire quoi. » (E5)
- ✓ Les connaissances personnelles

Parfois, les internes se sentent **laissés pour compte**, et utilisent leurs réseaux personnels de professionnels médicaux, pour trouver de l'aide et du soutien.

- « Et sinon j'appelais ma sœur [médecin] c'est tout, pour savoir pour les poso[logie]s surtout. » (E1)
- Leurs propres expériences en pratiques sédatives

Les internes interrogés ont, compte tenu des critères d'inclusion, déjà effectué des pratiques sédatives lors de leurs stages d'internat. Toutes ces expériences pouvaient **varier** selon les **services**.

- « Oui j'ai déjà eu de la gestion de pratiques sédatives, en SSR. On a déjà eu plusieurs fois des fins de vie et donc des soins de confort en fin de vie, et des sédations. Pas des sédations profondes mais des sédations. » (E1)
- « Les premières [pratiques sédatives] que j'ai faites c'était, bah je pense un peu comme toi, aux urgences (...) celles que j'ai faites qui étaient plus amenées et travaillées, pour le coup c'était au SSR » (E3)

- « Après je me rends compte que ça dépend des chefs, mais en fait en fonction des stages, euh, par exemple » (E6)

Dans les particularités, l'interne E1 n'a effectué des pratiques sédatives que lors de gardes de nuit, dans son service, jamais durant des journées. Également, très peu d'internes ont eu à suivre ou à instaurer des **sédations profondes continues maintenues jusqu'au décès (SPCMJD)**.

- « Mais euh une vraie sédation demandée par le patient maintenue, profonde maintenue jusqu'au décès, j'en ai pas eu pendant mon internat. » (E6)

Seule l'interne E7 a pu en parler et développer son ressenti à ce propos.

- « Alors vu que j'ai déjà, j'ai déjà assisté [à une SPCMJD], donc du coup c'était pas si difficile que ça, sauf que cette fois ci j'étais seule et il n'y a pas eu de souci particulier, c'était, ça s'est bien passé. » (E7)

- Des ressources informatiques

Des sites internet, tels que *Palliaclic* ou les référentiels en soins palliatifs (15), peuvent aider les internes.

- « après je vais voir les informations que je trouve sur les sites qui sont fiables bah type *Palliaclic* ou le... il y a le ref de soins pall je crois, en ligne, où il y a plein de trucs qui sont donnés. » (E3)
- « j'avais découvert le site *Palliaclic*, que j'ai trouvé hyper bien. » (E6)

- Des échelles d'évaluation

Des échelles évaluant le confort des patients, et des critères pour initier des pratiques sédatives sont également cités par des internes. Ces échelles sont pour la majorité des internes interrogés **peu utilisées** car difficilement applicables, ou peu connues.

- « mais l'échelle tu ne sais pas trop comment l'utiliser. Tu vois juste un patient soit confortable, soit inconfortable. (...) Pour la sédation il y avait celle de *RUDKIN* (cf annexe F) je crois un truc comme ça. » (E1)
- « J'en avais mais je n'ai jamais utilisé, car je ne voyais pas en quoi ça allait m'aider pour ajuster les posologies. (...) c'est compliqué d'utiliser ces échelles parce que ces gens-là sont peut être sédatisés, mais ils ont des soins aussi. Donc il faut adapter les posos. L'échelle est utilisée quand il est au repos? ou quand il y a la famille? ouais du coup je n'utilisais pas les échelles parce que, mouais... » (E1)
- « Bah pour le coup on parlait des échelles, moi j'en utilise pas parce que je les connais pas.(...) Après les échelles pour le coup j'ai pas le réflexe de regarder. » (E3)

Elles sont, pour d'autres internes, intéressantes pour gagner en **objectivité** et pour trouver un consensus dans les équipes.

- « C'est vrai que les échelles qui existent elles sont peut-être plus objectives. » (E4)
- « Après de vraies sédations profondes maintenue jusqu'au décès, j'ai pas forcément souvenir d'en avoir lancé une pour avoir un *RASS* (cf annexe G), j'sais pas c'est un *RASS-4* une sédation profonde continue maintenue jusqu'au décès... » (E6)

- Les formations

Certains internes déplorent le **manque** de formation en soins palliatifs, englobant celles de pratiques sédatives.

- « Ben en fait on a que l'habitude de faire du curatif, on n'est pas formé à ce genre de situations [palliatives, avec sédations]. » (E5)
- « Je sais pas si c'est que les médecins ont peur d'en parler, ou est-ce qu'on n'est pas assez formé ? Je pense qu'on n'est pas assez formé, c'est sûr. » (E6)

Mais d'autres ressources ont été acquises grâce à des formations. Parmi celles dont les internes ont bénéficié pour se former aux pratiques sédatives, les formations en médecine durant **l'externat** ont été citées.

- « Alors très souvent on nous dit, voilà, dans les cours d'externat, les soins palliatifs c'est de l'accompagnement et beaucoup d'autres choses. » (E2)

Pour d'autres, les **apports facultaires** ont permis cet apprentissage. Les divers types de pratiques sédatives n'ont pas toujours été vus en stage.

- « Nan je l'ai découvert avec [l'enseignement dirigé], c'est vraiment un hasard. Pour moi il y avait vraiment juste sédation profonde continue on va dire, et anxiolyse. L'existence entre les 2 de la sédation proportionnée je ne savais pas trop que ça existait quoi. » (E1)

Certains souhaitent également améliorer leurs pratiques et leurs réflexions, en effectuant des **recherches bibliographiques**, et en investissant d'autres enseignements facultaires, tels que lors de **Groupes d'Echanges et d'Analyses des Pratiques (GEAP)**.

- « j'en avais fait un GEAP je me souviens, il y a un an, où j'avais vraiment bossé, j'avais vraiment fait une grosse partie sur les dosages en fonction du type de sédation : titration pas titration, (...) je l'ai gardé et j'ai tendance à retourner le voir. » (E6)

D. Les difficultés

Les difficultés rencontrées face à la gestion de pratiques sédatives sont nombreuses dans les entretiens réalisés pour cette étude. En comparant les groupes de catégories, celle des difficultés constituait toujours la plus importante.

i) Les pratiques sédatives

- Faire face à des a priori

De nombreux **préjugés** existent dans le cadre des pratiques sédatives, telle que l'induction de décès lors d'une introduction de sédation, ou lors de l'arrêt d'hydratation.

- « Il a vraiment fallu que... tu vois comme s'il y avait des, comment dire ? Des... des fausses cognitions. Elle m'a dit « *Est ce qu'on va tuer ma mère ?* » tu vois ? » (E6)

Les internes peuvent se sentir **démunis**, voire **coupables** devant le patient, face à des *a priori* à propos des limitations thérapeutiques et de la sédation.

- « parfois se retrouver face aux idées reçues que... on les laisse mourir si on les sédate et qu'on les nourrit pas, c'est un peu... on se sent un peu démunis quoi. » (E4)
- L'anticipation d'une sédation

Dans les chapitres précédents, des souhaits d'anticiper des prises en charge ont été cités (*cf. le paragraphe III. C. i) Le projet de soins*), cependant les internes peuvent parfois être en difficulté face à ces anticipations, notamment sur le plan de la **communication**.

- « Mais dans l'ensemble c'est un peu ce que j'essaie de dire [au patient] voilà, je répète, « *voilà on est dans le confort, faut surtout pas que vous ayez mal, faut pas hésiter à nous dire* » ou... mais... c'est que comme on nous n'a jamais vraiment appris, je suis un peu... j'essaye quoi. » (E4)
- « Déjà des discussions anticipées c'était pas quelque chose de simple et quand on est arrivé sur ces notions de « *pour quelles raisons* » et cetera, c'était pas... pas trop top, j'étais pas trop à l'aise. » (E7)

Des internes ont pu être en colère face à un **manque d'anticipation** des prises en charge, les mettant en difficulté.

- « Mais après ça dépend, dans les situations pas du tout anticipées, ben c'était plutôt de la colère : pourquoi ça tombe sur moi? pourquoi rien n'a été anticipé? Euh... ouais de la colère. Mais qui traîne pendant plusieurs jours, la colère. Plusieurs jours. » (E1)
- « Les patients ils arrivent, ils n'ont rien quoi (...) peut-être parce qu'aussi on ne leur a peut-être pas trop expliqué les choses. » (E6)

- L'instauration de pratiques sédatives

Certains internes sont en difficulté pour **expliquer** aux patients ou aux proches leurs initiations de sédation.

- « Parce que le côté thérapeutique en soit il est moins compliqué que le côté communication qu'il y a autour avec la famille et parfois le patient quand il est encore conscient, » (E3)
- « notamment de la sédation et la phase terminale des soins palliatifs, c'est un sujet qui est tellement sensible quand on touche à la mort et encore plus à l'affect et tout ça, » (E3)

Pour certains, devant cette difficulté à communiquer à propos des sédations, le choix d'attendre que le patient l'évoque était préférable ; l'anticipation était plutôt **écartée par l'interne**.

- « Avant j'initialisais pas, en gros c'est pas moi qui proposais, enfin je ramenait pas la sédation comme ça, si c'est pas le patient qui ramenait. » (E7)

D'autres sont plus en difficultés sur la **théorie**, notamment les doses d'instauration des thérapeutiques.

- « j'avais du mal à mettre le palier entre, voilà, quand est-ce que je mettais de la sédation ? Est-ce que si je mets de la sédation la situation elle est palliative ? Enfin voilà c'était j'étais un peu un peu perdue par rapport à ça. » (E4)
- « Vraiment être... essayer de déterminer quel type de sédation était la plus appropriée à la situation, et après les doses. Ça j'étais vraiment paumée par rapport aux doses bah de

midazolam et de morphine. (...) Parce que pour réévaluer (...) c'est pas un problème, c'est plus pour l'initier où j'ai du mal. J'avais beaucoup de mal. » (E6)

Les critères d'instauration de pratiques sédatives ont été considérés comme **subjectifs**, menant à de l'incertitude et des difficultés quant à l'instauration de sédation.

- « Je comprends parfois un petit peu les subtilités mais ça reste, j'ai l'impression que c'est quand même très subjectif, très de l'interprétation, ouais pour moi ça reste flou. (...) c'est pas un protocole qu'on applique systématiquement comme ça d'emblée. » (E4)
- « ben la première fois... ben c'était à chaque fois compliqué, de savoir les dosages, de savoir si on est vraiment dans le bon contexte pour commencer une sédation, s'il n'y a pas autre chose qui explique l'inconfort du patient, nan je trouve ça compliqué. » (E1)

- La sédation inductrice de la mort ?

Certains internes interrogés considèrent les pratiques sédatives comme potentiellement inductrices de décès, venant alors les bousculer, jusqu'à les **choquer**.

- « Parce que de base ce qu'il voulait faire c'était de soulager les symptômes du patient en question, mais il a tellement mis une forte dose que le patient au bout de deux heures il est décédé... » (E7)

D'autres internes voient la vie de leurs patients **filer entre leurs doigts**.

- « Où finalement j'ai lancé la sédation mais très tardivement en fait... Le patient est décédé il était déjà en choc, et il est décédé dans les minutes qui ont suivies. » (E6)

Les internes peuvent être **désabusés** et remplis de **remords** face à ces décès dans leurs prises en charge.

- « t'as pas l'impression d'avoir fait de la médecine. T'as l'impression quand même d'avoir ben, induit plus ou moins leur décès quoi. » (E5)
- « Enfin tu vois c'était, c'était un peu traumatisant, comme si c'est nous, enfin nous... je dis nous ; moi et les médecins, qui ont un peu accéléré quoi. En soi ça a été accéléré. Mais bah voilà c'était pas censé se passer dans 2 h quoi. » (E7)

- Des remords face à une absence de soulagement des patients

Des internes peuvent effectivement avoir des **remords** face à une absence de soulagement des patients, ne les rendant **pas satisfaits** de leurs prises en charge.

- « je trouve ça dur d'apprendre de ses erreurs sur des patients qui souffrent. » (E4)
- « j'avais pas réussi à le voir toutes les heures, ben pour moi il n'est pas mort confortablement. (...) Ouais on l'avait mal sédaté je pense, et il est mort inconfortablement. » (E1)
- « une patiente qui s'est dégradée très vite et que j'ai pas eu le temps de la sédaté, pas suffisamment en tout cas. » (E4)
- « Et du coup comme ça m'a vraiment touché, (...) Enfin, on n'a rien fait, il était là il souffrait, ben il est décédé comme ça. » (E7)

ii) L'interne lui-même

Face à des situations de pratiques sédatives, des internes reconnaissent que leur propre **fatigue** altère leur capacité à prendre en charge un patient.

- « j'avais pas trop réussi à le faire, j'étais fatigué, (...) avec le recul, c'est chiant, c'est épuisant, » (E1)

iii) Recevoir des critiques par l'équipe

Certains internes ont été mis **en défaut** par leur équipe, avec des **reproches** déstabilisants.

- « l'équipe paramédicale, surtout les aides-soignantes, étaient très critiques et donc si on sédait trop, enfin « *trop* », voilà quoi, selon elles, ben elles allaient être très très critiques par rapport à ça. (...) elles m'ont reprochées qu'elles l'avaient vu souffrir vraiment au moment du décès. Et du coup voilà il y a beaucoup de reproches en plus, » (E4)

Allant jusqu'à **atteindre la confiance en soi** de l'interne, qui se **dévalorise**.

- « donc bah ça crée de la culpabilité en fait, forcément de se de se dire « *bah je fais pas ce qu'il faut* », enfin voilà « *je suis pas assez compétente là-dessus* » » (E4)

iv) Etre confronté à des avis divergents dans l'équipe

Dans une équipe, les avis concernant les prises en charge peuvent diverger. Les internes ont pu être en difficulté dans des situations de pratiques sédatives, pour lesquelles des avis peuvent être très tranchés, emmenant alors l'interne à **se sentir en défaut**.

- « C'étaient plus les soignants qui, qui en fait étaient pas forcément à l'aise avec le fait qu'on mette aucune sédation. » (E6)

Précédemment, dans le paragraphe *III.D.i) Les pratiques sédatives*, les internes avaient des remords concernant leurs prises en charge. Ils ont également été consternés et remplis de remords, devant des pratiques sédatives pour lesquelles ils jouaient un moindre rôle, car elles étaient gérées par d'autres membres de l'équipe.

- « Je trouvais qu'on tournait autour du pot, que, enfin, et j'ai pas du tout aimé la prise en charge quoi. Et jusqu'à son décès, j'étais pas très bien parce que ouais de laisser la patiente comme ça, alors qu'elle était consciente que sa jambe elle était en train de pourrir. Vraiment, j'ai trouvé que c'était... bon. c'était pas optimal comme prise en charge. » (E4)
- « je vois [sur la *Carte des émotions (cf. annexe B)*] « *consterné* », ben j'étais **consternée** des, des pratiques, euh... Enfin des, des soins palliatifs en... dans le service et des pratiques sédatives et du soulagement de la douleur, pour des gens qui avait des cancers multi métastatiques et qui souffraient. (*rire nerveux*) Voilà ! » (E6)
- « je trouve que les sédations n'étaient pas évoquées auprès des patients, et ça me posait un problème parce que moi je l'aurais proposé de moi-même. » (E6)

Des sentiments d'**humiliation**, de **colère**, et d'**impuissance** sont également évoqués,

- « et que en gros le lendemain, le sénior qui n'avait rien fait depuis 15 jours fait l'opposé de moi. Là c'était chiant. (...) et le patient est mort le lendemain. Donc ça c'était *chiant*. » (E1)

Jusqu'à passer outre l'avis des séniors, comme évoqué dans des chapitres précédents ; mais cela n'était pas forcément satisfaisant pour les internes.

- « Mais c'était pas confortable dans le sens où je le faisais dans leur dos et puis je sentais que je forçais un peu la main. » (E6)

Des sentiments d'impuissance et de frustration ont été ressentis, face à des questionnements éthiques de prises en charge effectuées par les séniors, avec l'impression pour les internes, d'abandonner les patients.

- « ça me choque de me dire « *Bah on va la laisser décéder de son occlusion parce qu'elle va pas se faire opérer* », mais du coup au lieu de lui mettre une sonde, lui mettre tout ça [des sédations], et ils disent que c'est pas très éthique, mais pour le coup, elle, la laisser décéder de son occlusion avec parfois des vomissements fécaloïdes tout ça... (...) Je ne sais pas c'est peut-être personnellement, en tout cas moi ça me gêne. (...) je trouve ça un peu frustrant. » (E4)
- « Ben j'te dis, pour mon patient parkinsonien euh j'ai essayé, on en a discuté hein parce que vu que ça a traîné pendant un mois, j'ai essayé d'en discuter avec ma chef pour bah... pour l'initier [une sédation]. Bon j'ai essuyé un refus. (...) Après comme ils me disaient [les équipes mobiles de soins palliatifs] euh, eux ils donnent un avis et c'est... enfin ça revient, ça revient à mon chef de prendre la décision. Et elle a tardé à le faire... » (E5)

v) La séniorisation

Comme cité dans un chapitre précédent (*cf. le paragraphe III. C. iii) Une équipe*), les internes sont grandement favorables à la séniorisation et à un soutien par leurs équipes, notamment dans les nouvelles situations auxquelles ils peuvent être confrontés. Cette **absence** de séniorisation les place alors dans des situations **inconfortables**. Parmi les internes interrogés, plusieurs y ont été confrontés.

- « Les aides que j'avais, c'était juste en dehors de l'hôpital, parce qu'en aucun cas j'ai appelé les séniors, car on ne savait pas qu'ils étaient disponibles et qu'ils avaient un téléphone affiché... » (E1)
- « en plus j'ai pas été encadrée, enfin c'est énervant quoi... » (E4)
- « J'avais pas de retour du tout de la part des chefs. De toute façon. Jamais. » (E6)

vi) Les patients

- Les choix des patients

Certains internes se sentent **impuissants** face aux décisions de **refus de soins curatifs** des patients.

- « Et puis après, la deuxième [situation] c'était plus difficile pour moi, parce que pour le coup c'était le souhait de la patiente [de refuser une chirurgie indiquée et de souhaiter une SPCMJD] mais on avait encore pas mal de choses qu'on aurait pu mettre en place euh... ben avant qu'elle décède. » (E5)

D'autres peuvent être **surpris voire choqués** devant des **demandes de sédation**, voire à des demandes d'euthanasie, comme vu dans le sous-chapitre *III. C. i) Un cadre*.

- « Quand tu me parles du dialogue avec le patient, quand on va le sédater, y en a qui m'a carrément demandé « *Endormez moi* ». » (E1)
- « Oh ben ça me ça me désarçonne toujours un peu parce que parfois c'est pas toujours les patients auxquels je pense, enfin je ne l'attends pas en fait cette question-là. » (E3)

Les patients pouvaient **malmener** les soignants, de par leurs **propos ambivalents**, de demande de sédations.

- « Donc, enfin il était assez ambivalent, il y a un jour il va parler de sédation et un autre jour il voudra pas. Enfin bref c'était aussi un cas compliqué. » (E7)
- L'évaluation du confort selon l'état cognitif du patient

Lors de troubles cognitifs ou d'altération de la conscience des patients, des internes se trouvent en difficulté pour évaluer leur confort.

- « Parce que parfois pour les gens qui, enfin cognitivement qui ne sont pas vraiment là, c'est compliqué je trouve de savoir analyser si c'est de l'inconfort. » (E4)
- La fin de vie chez des patients jeunes

Les décès suite aux soins de fin de vie sont difficiles pour des internes, d'autant plus lorsqu'ils surviennent chez des patients assez **jeunes**, ainsi que lorsqu'ils sont **soudains**.

- « C'est un peu plus stressant quand on sait qu'ils sont du SSR, qu'ils sont plus jeunes. Et, nan je l'ai très mal vécu. (...) Alors qu'à l'EHPAD, il y a un gros fond de pathologies chroniques donc ils se dégradent progressivement, c'est un peu moins brutal. » (E1)

vii) Les proches

Devant un **nombre parfois important de proches** face à l'interne, ce dernier peut se sentir en difficulté pour évoquer une proposition de sédation pour les patients.

- « Mais... mais c'était pas forcément ma demande que je sois accompagnée, mais en fait ça s'est fait euh voilà, et c'est bien quand on est plusieurs aussi quoi. Surtout quand ils sont eux-mêmes plusieurs, enfin quand on parle à plusieurs interlocuteurs je trouve. » (E6)

Parfois, les internes ne sont **pas du même avis** que les proches.

- « J'étais encadrée quand même à ce moment-là, mais c'était plus une situation particulière avec la famille qui était, qui était compliquée ; où les membres de la famille n'étaient pas tous d'accord sur, sur la conduite à tenir. » (E6)

Certains internes craignent **l'impact négatif que les proches pourraient avoir** sur les patients dont ils/elles s'occupent.

- « (...) et les familles étaient vraiment pas du tout dans le truc ; elles essayaient toujours d'amener des trucs qu'il aimait manger parce qu'il fallait qu'il mange pour récupérer des forces pour se soigner tout ça. Et nous on leur avait dit « *Bah vous pouvez lui amener des trucs qui lui font plaisir mais si c'est pour qui s'étouffe, ça va être compliqué* », parce qu'il y avait des gros trucs de déglutition en plus. » (E3)

Les internes peuvent **craindre d'effrayer les proches** avec les notions de « sédation ».

- « A partir du moment où on met de la morphine en IV, ou on met du midazolam en IV, 'fin faut vraiment expliquer l'intentionnalité, et ça je trouve ça compliqué. » (E6)
- « Et t'es dans une situation de vie où moi je me mettais quand même la pression où je me disais « *Pèse tes mots, fais attention à ce que tu dis parce que c'est des choses, ça peut être mal interprété* ». » (E6)

Certains internes ont pu être **désemparés** devant la **difficulté des proches à accepter** une sédation.

- « J'en ai eu beaucoup et on avait beau leur expliquer et j'ai utilisé des mots plutôt clairs, leur expliquer les termes de soins de confort, ça c'est des soins palliatifs, enfin voilà on expliquait un peu les termes. Mais le lendemain ça revenait les mêmes questions : « *Mais pourquoi ?* ». » (E4)
- Les appels téléphoniques avec les proches

Lors d'annonce de mauvaises nouvelles par exemple, des internes se sentent parfois mal à l'aise face aux proches, notamment lors des **appels téléphoniques**. L'interne peut se sentir **moins « armé »** dans des situations difficiles.

- « Alors que sur place c'est, c'est vraiment, ils font pas les choses de la même façon, certes même si c'est difficile, c'est, c'est pas pareil. La colère c'est plus facile de gérer quand t'es sur place que par téléphone. » (E7)

Révélant l'importance de la **communication non-verbale**.

- « Par téléphone t'as tendance à laisser parler les gens pendant des heures et des heures avant de reprendre un peu, alors que sur place des fois tu peux intervenir autrement quoi. Genre le non-verbal. (...) tu peux t'approcher d'eux, enfin tu peux faire des choses, même si tu dis pas grand-chose, mais ça peut un peu contenir la situation tu vois. » (E7)

Pendant la **barrière téléphonique** lors d'annonce de mauvaises nouvelles permet aussi de se **sentir protégé** pour certains internes.

- « C'est un peu compliqué mais après en fait, ben on a la frontière du téléphone, et une fois que ça raccroche ils ne sont plus là et ça va. » (E1)

E. L'évolution de l'interne durant sa formation

i) L'apport d'une formation poussée en soins palliatifs dans la gestion des pratiques sédatives

L'interne de l'entretien n°7 a ressenti le besoin et l'intérêt d'une formation poussée en SP pour progresser. L'apport de la formation spécifique en soins palliatifs lui a permis de **se sentir plus à l'aise** dans la gestion de pratiques sédatives.

- « Si j'étais pas passé par [la formation en SP], après l'HAD, avec l'expérience que j'avais en HAD, il me fallait encore plus d'expérience, je serais pas à l'aise. » (E7)
- « J'initiais pas du tout, du tout. Et « sédation » j'utilisais pas ce terme non plus. Enfin j'utilisais pas, bon. C'est vraiment après que ça a été mis en place. Ouais non, j'ai, j'ai vraiment pas utilisé d'Hypnovel avant [ma formation en SP] en fait. » (E7)

ii) S'être enrichi de ses expériences, et avoir gagné en assurance professionnelle

La **volonté de progresser** a été soulignée dans certains entretiens, avec le souhait **d'assumer plus de responsabilités** dans la gestion de pratiques sédatives, en parvenant à être **autonome et confiant**.

- « Ben ça m'a permis d'éclaircir mes idées par rapport à ça, d'avoir une idée plus précise de gérer un peu tes sédations, voilà comment tu gères ça. (...) petit à petit je prenais plus la discussion à mon compte. » (E2)

- « Ben sur les pratiques, maintenant, sur les sédations, oui je sais que quand il y a un problème je sais ce qu'il faut mettre comme médicament, je suis plus à l'aise avec les molécules, j'ai plus d'idées des posologies qu'on met à la fois pour introduire et pour entretenir. » (E3)
- « Peut-être que peut-être que si je me retrouvais dans des situations où j'ai été (...) maintenant je m'en sens peut-être un peu plus capable qu'il y a un an où finalement je n'osais pas dire à mon chef « *moi je pense qu'il faut proposer une sédation* ». Et encore moins en parler aux familles et donner mon avis. » (E6)
- « je me suis sentie un peu **légitime** de dire « *j'ai déjà été confronté à une situation similaire donc...* ». Mais... et puis je pense que jusque-là je ne me sentais pas assez légitime pour donner mon avis, » (E6)

Une **amélioration** concernant **l'évaluation du confort** a été remarquée par les internes, même si cela reste très subjectif pour certains.

- « Je fais vraiment plus au feeling avec ce que les chefs, eux, regardaient et me faisaient remarquer quand on était dans les chambres. Ils disaient « *ah bah tu vois là* » » (E3)
- « Ben comme j'ai pas encore, j'ai pas trop regardé les échelles, j'ai l'impression d'avoir appris des choses mais plus, comme je disais, des choses subjectives. » (E4)
- « Mais après avec l'expérience tu arrives à poser les bonnes questions, t'arrives vraiment à faire les évals mieux avec les infirmières, mais au début c'était pas simple. Tout ça, ça s'apprend. » (E7)

iii) Une modification de ses réflexions, une évolution de soi-même

Certains internes envisagent plus la **globalité** dans leurs pratiques, à la suite de leurs stages, notamment concernant l'écoute des proches, ce qui n'était pas toujours fait auparavant.

- « mais je pense que j'ai déjà pas mal progressé et surtout j'ai l'impression que ça me sert pour d'autres choses que les soins palliatifs de manière générale. » (E3)
- « j'ai l'impression d'avoir appris des choses mais plus, comme je disais, des choses subjectives. Dans l'analyse globale du patient, » (E4)
- « Non avant ce que j'aurais fait je pense, c'est que j'aurais sollicité je pense directement les soins palliatifs sans pour autant aller chercher l'avis de l'entourage, des personnes impliquées dans sa prise en charge. J'y aurais pas forcément pensé je pense. » (E5)

Considérant même pour ces expériences vécues : « **c'est une bonne expérience.** » (E1)

- Percevoir les prises en charge de pratiques sédatives comme lors de la gestion d'urgences

Apprendre à être **réactif en soins palliatifs** a été partagé dans un des entretiens, pour la gestion des pratiques sédatives. L'interne est rassuré lorsqu'il y a un aspect plutôt protocolaire des prises en charge.

- « je me souviens d'ailleurs, une des premières choses qu'un des PH de gériatrie m'avait dit, c'était « *Les soins pall je les gèrent un peu comme les urgences* », notamment la fin où il faut réadapter assez rapidement assez facilement les dosages, (...). Et du coup, je le prends **comme une urgence vitale**. Du coup tout ce que je fais découle un peu de ça. » (E2)

L'interne poursuit en évoquant être rassuré par cette **vision technique**, pour aborder le sujet de la sédation avec les patients.

- « Parce que la sédation c'était assez technique entre guillemets, alors que les directives anticipées c'est beaucoup plus communicatif, et t'as beaucoup plus de facilités du coup à aborder la discussion là-dessus et comme l'entretien ici, à rebondir sur les choses. » (E2)
- Une peur, maintenant passée

Le terme de « **peur** » est évoqué dans différents entretiens à propos des sédations, mais plutôt au passé, signe que les internes sont désormais plus rassurés.

- « Non seulement l'usage des opioïdes, mais en plus l'usage des opioïdes dans ce contexte là, ça me faisait un peu peur au début. (...) On a toujours peur d'aller trop fort. (...) Maintenant je n'ai plus peur. » (E1)
- « « *Peur* » (lu sur la carte des émotions) peut-être au début en HAD quand il y avait des sédations. » (E7)

F. Le futur de l'interne

i) Appréhender le futur

Des **craintes** peuvent survenir concernant la pratique future en cabinet de ville ; elles sont exprimées dans la plupart des entretiens.

- « Genre par exemple tout ce qui est HAD... Nan ça me faire peur, enfin ça me fait peur de ne pas être accompagné. (...) j'ai un peu peur de devoir gérer de grosses prises en charge où l'HAD n'est pas disponible. » (E1)
- « Là je suis en hospitalisation mais je ne sais pas si en médecine générale je serais très à l'aise. Ouais je ne pense pas que je serais très à l'aise. » (E4)
- « Mais après le côté contrainte au domicile où là c'est je pense que ça peut être un peu plus compliqué. » (E6)

ii) Anticiper le futur

Certains internes souhaitent **continuer à se former** dans le domaine des pratiques sédatives, pour en pratiquer plus tard.

- « Ouais et puis ça pour le coup c'est un truc que j'ai vraiment envie de, enfin j'ai envie de me sentir à l'aise avec ça, parce que je le dis qu'il y a des patients pour qui ce qui comptent plus que tout au monde c'est de rester au domicile jusqu'au bout, et je me dis c'est dommage que par une incompétence de ma part je ne puisse pas honorer leurs souhaits. » (E3)
- « Mais je pense que pour me sentir vraiment, peut-être légitime, soit il faut que j'en fasse beaucoup, soit il faut que je passe par un DU [de soins palliatifs], ou... voilà. Pour avoir d'autres outils que j'ai pas. (...) Voilà mais après oui je voudrais, je voudrais en faire. » (E6)
- « Depuis le début je me dis je vais faire plus avoir plutôt une activité mixte, donc moitié soins pall et puis et moitié med g. Ouais je sais pas, ça peut rester comme ça, ou je peux basculer à 100% soins pall. » (E7)

La présence d'un **réseau de praticiens et de supports** pour l'exercice futur est rassurante pour les internes.

- « L'HAD est quand même très présente, et puis là j'ai des liens qui sont quand même très très bons avec mes chefs actuels, et je sais que même si je ne travaille pas dans leur secteur plus tard, je pourrais les appeler pour ça » (E3)
- « Et, faut forcément être en équipe avec une HAD, *et caetera*. » (E6)

iii) Avoir des pistes d'amélioration

La question des pistes d'amélioration envisagées a été posée aux internes, et certains en ont proposé :

La présence d'**astreintes téléphoniques plus accessibles** en heures non ouvrables.

- « Après s'ils sont bien joignables. (...) on avait appelé avec ma collègue, l'équipe de soins palliatifs, et ben l'astreinte (...) ne donne que pour les avis internes, de nuit et de WE. (...) Ça ça serait à changer. Peut-être pouvoir avoir juste un avis consultatif, où la personne sera proactive » (E1)

Une poursuite de l'**apprentissage des techniques de communication** à propos des pratiques sédatives a aussi été citée.

- « sur la communication avec le patient sur la manière d'aborder le sujet ça, bah j'ai encore beaucoup à apprendre sur le thème bien sûr, » (E3)

Ainsi que la prise de temps et l'anticipation, comme vus plus haut, essentiels pour l'amélioration de prises en charge des patients.

- « Ben je pense que c'est très important [les échanges avec les proches] et c'est pour ça je pense qu'il faut qu'il y ait un **service adapté** au moins, voilà un nombre de soignants adéquat. (...) ça nécessite un personnel plus attentionné et... même un cadre. » (E5)
- « c'est un peu ça : c'est un peu la **fluidité**, la **communication**, le fait d'aborder les choses **en amont**, et bah c'est communiquer, prendre le temps quoi. » (E6)

IV. DISCUSSION

Les résultats de cette étude présentent des internes en médecine générale **majoritairement en difficulté** dans la gestion de pratiques sédatives, durant leurs stages d'internat. Ces difficultés pouvaient être en lien avec des remises en question, des confrontations à la mort, ainsi qu'à des confrontations morales ou verbales avec leurs seniors, leurs équipes, les patients, et leurs proches.

Les internes interrogés ont partagé leurs craintes, leurs réflexions, mais aussi leurs satisfactions. Ils ont également soulevé des **problématiques éthiques**, notamment autour des liens entre la douleur, les sédations et la mort des patients.

Par leur expérience acquise et répétée, les participants ont tous objectivé une **progression** et une **amélioration** de leurs vécus et de leurs pratiques, avec un gain en assurance.

Cette discussion comparera les résultats principaux avec les données de la littérature, puis finira par une analyse de la méthode employée.

A. Les difficultés, leurs causes

Il est intéressant de se questionner sur les raisons pouvant expliquer l'importante part de difficultés rencontrées par les internes en médecine générale interrogés, dans leur gestion de pratiques sédatives.

i) Une pratique peu fréquente ?

Un premier constat, suite aux entretiens réalisés dans cette thèse, est celui d'une pratique peu fréquente ; seuls quelques exemples ont été donnés par chaque interne.

Dans le cadre des sédations à domicile, une thèse de 2016 énonce des taux annuels **modérés** avec 30% des médecins généralistes interrogés qui effectueraient plus de 5 sédations annuelles, et environ 40% qui en effectueraient entre 1 et 4 (8).

En 2017, dans deux thèses, environ 60% des médecins généralistes interrogés ont déjà effectué une sédation à domicile (16) (17), avec une moyenne de 2,18 sédations par praticien sur deux ans, montrant alors une pratique plutôt rare (16). Des médecins d'HAD évoquent également, en 2020, la **rareté** des sédations palliatives à domicile, qu'elles soient d'urgence, proportionnées, ou profondes continues maintenues jusqu'au décès (18).

Concernant les sédations profondes continues maintenues jusqu'au décès (SPCMJD) effectuées par des médecins généralistes à domicile, les taux sont également **modérés** dans des évaluations en 2019 (10). 42% des médecins interrogés ont déjà effectué une SPCMJD à domicile, et un taux plus élevé de 57% concernent les médecins travaillant en EHPAD, en plus de leur exercice en ville (19).

En 2022, dans une thèse dans la région Centre Val de Loire, 52,7 % des médecins généralistes de la région avaient déjà pratiqué une sédation profonde continue maintenue jusqu'au décès au domicile des patients (11).

Néanmoins, ces données statistiques ne signifient pas que de nombreuses sédations ont été faites par chaque praticien, elles mesurent uniquement si « au moins une » sédation a été effectuée par les praticiens ; aussi, elles ne concernent que les SPCMJD et non l'ensemble des sédations.

Pour conclure sur ces différentes valeurs, les médecins généralistes interrogés dans la littérature ont, pour **un bon nombre d'entre eux, déjà eu à gérer au moins une fois une pratique sédative à domicile**. Mais dans l'ensemble, ces situations sont **peu fréquentes car peu répétées**, rendant l'assurance difficile dans ces situations devant le manque d'expérience.

Il n'a pas été trouvé de thèses mesurant la fréquence des sédations exercées par des internes.

ii) De la crainte de la part des médecins ? De la part des patients ?

Devant ces situations impliquant des pratiques sédatives, parfois déstabilisantes, des questions se posent quant aux raisons pouvant expliquer la faible expérience des internes face à ce sujet :

- la **réticence d'aborder le sujet** des sédations avec les patients est-elle explicable par la peur ?
- les patients ont-ils, eux aussi, **peur de le demander** ?
- les patients ou leurs proches demandent-ils peu l'accès à des sédations, parce qu'ils ont une **faible connaissance de ce droit** ?

Du côté des médecins :

Dans un écrit à propos de la SPCMJD en oncologie, les médecins ont des avis variables quant à la pertinence de la proposer aux patients, et de les informer de cette possibilité d'action. La majorité est plutôt favorable à l'anticipation de la discussion et souhaite que cela soit privilégié (20).

Dans le cadre de la SPCMJD, à domicile cette fois-ci, des médecins généralistes sont réticents à en effectuer devant un manque d'assurance pour 13% des interrogés dans une thèse de 2019 (19). En 2022, presque un quart des médecins généralistes questionnés ignore ou est en difficulté pour définir les critères permettant de bénéficier de ce type de sédation (11).

Certains médecins généralistes effectuant des sédations à domicile expriment une « **souffrance personnelle** » lors de la **mise en œuvre**, et un sentiment **d'impuissance** lorsqu'ils souhaitent apporter une aide aux patients, plus importante que ce qu'ils n'arrivent à faire (17). Cette souffrance implique des freins à ces mises en pratiques.

D'autres médecins généralistes évoquent des difficultés face à la mise en place de SPCMJD, les quatre principales étant : le manque de **formation** (38,5 %), le **manque de temps** pour surveiller les patients (30,8 %), les difficultés pour réaliser une **collégialité** (15,4%), ainsi qu'un **accès difficile aux thérapeutiques** nécessaires à cette sédation (7,7%) (11).

Du côté des patients et leurs proches :

La connaissance et les représentations sociales autour des termes de « sédations » et des « soins palliatifs » sont assez peu connues du grand public (13) (21). Une peur de l'inconnu est associée et rend difficile l'instauration de sédations. Malgré la médiatisation, forte en 2016 après l'arrivée de la Loi de Claeys-Leonetti (7), les proches de patients ayant nécessité des sédations à domicile avaient peu connaissances de ces pratiques. Pour certains, les sédations raccourcissent la vie, la frontière avec la mort ou l'euthanasie est tenue pour eux : « *Plus que l'évolution de la maladie, c'est la sédation qui est alors tenue pour responsable du décès du patient, et à travers elle, tous ceux qui ont contribué à sa mise en place.* » (13). *A contrario*, d'autres proches évoquent un prolongement de la vie par ces techniques.

La notion de « projet humain » est citée à propos des pratiques sédatives, ainsi que l'importance de la communication (13). Des pistes d'amélioration sont proposées pour aider les proches et les patients, avec la recherche d'une meilleure **cohésion** entre les différents acteurs, et d'un meilleur **accompagnement** de fin de vie à domicile.

Les souhaits d'être correctement soutenus par les professionnels sociaux ou de santé, le développement des équipes ressources en soins palliatifs, ainsi qu'une amélioration de la communication autour de la finalité et des objectifs des soins palliatifs (21) et des sédations, sont également avancés par les proches.

La volonté d'avoir des praticiens plus directifs, guidant les prises en charges de sédations, tendant à diminuer la culpabilité des proches, est partagée. D'autres proches préfèrent en revanche se réserver la décision finale (13).

La piste d'un médecin plus au centre des prises en charges, avec le développement des formations aux sédations et en soins palliatifs dans leurs cursus, est aussi évoquée (13) (21).

iii) Le cadre et l'environnement

Un besoin de cadre et d'un environnement propice a été exploré dans les entretiens effectués pour la thèse actuelle, et est également trouvé dans la littérature.

- Un cadre législatif

Dans le cas des sédations profondes et continues maintenues jusqu'au décès (SPCMJD), certains médecins exerçant en soins palliatifs constatent un « sentiment négatif » en lien avec un manque de **cadre législatif** et la peur de **dérives** dans les pratiques (9). Une **association** entre la SPCMJD et **l'euthanasie** est trouvée dans plusieurs thèses (8) (9) (23) (17) (24), tandis que **d'autres** partagent la vision d'une SPCMJD comme une pratique réellement **distincte** de l'euthanasie (24) (25). Un quart des médecins généralistes interrogés dans une étude de 2019, n'est pas à l'aise pour entamer une discussion autour des frontières entre la sédation profonde et l'euthanasie (11).

Les sédations profondes et continues maintenues jusqu'au décès ont vu le jour en 2016, avec la loi de Claeys-Leonetti (7). Elles suscitent de nombreux débats, avec par exemple un écrit du Pr Emmanuel HIRSCH en 2016, qui évoquait une crainte de la « *mutation* » des soins palliatifs, par la modification des valeurs d'un « *bien vivre* » par un « *bien mourir* », et les conséquences qui pourraient en découler (26).

La confusion entre une sédation et une euthanasie n'est pas justifiée ; des critères permettent de bien les différencier (5) (*cf. tableau ci-après*) :

	Sédation	Euthanasie
Intention	Soulager une personne en diminuant sa vigilance	Arrêter la vie
Procédure, produit et doses	Administrer un sédatif Les doses de sédatif sont graduées afin d'obtenir une somnolence	Administrer un médicament létal Les doses utilisées sont importantes et calculées pour être létales
Résultat	Soulagement de la détresse	Mort rapide du patient
Durée de l'agonie si survenue du décès	Parfois longue	Très courte

Un autre tableau similaire, mais axé sur la SPCMJD, est présent dans les recommandations de l'HAS (27) :

	Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès	Euthanasie
Intention	Soulager une souffrance réfractaire	Répondre à la demande de mort du patient
Moyen	Altérer la conscience profondément	Provoquer la mort
Procédure	Utilisation d'un médicament sédatif avec des doses adaptées pour obtenir une sédation profonde	Utilisation d'un médicament à dose létale
Résultat	Sédation profonde poursuivie jusqu'au décès dû à l'évolution naturelle de la maladie	Mort immédiate du patient
Temporalité	La mort survient dans un délai qui ne peut pas être prévu	La mort est provoquée rapidement par un produit létal
Législation	Autorisée par la loi	Illégale (homicide, empoisonnement, ...)

De nombreux documents dans la littérature évoquent le sujet des SPCMJD de manière détaillée, comme ceux cités dans la bibliographie de cette thèse, il ne sera donc pas plus détaillé, dans un souci de synthèse.

- La séniorisation

Dans les entretiens effectués pour cette thèse, les internes se sentent **rassurés** par la présence et le soutien de leurs séniors. Cette aide est également trouvée dans d'autres thèses (28) (1) et est nécessaire pour accompagner l'interne dans ses décisions, notamment dans celles des pratiques sédatives. La reconnaissance du travail fourni par l'interne, de la part des séniors, est un facteur significatif limitant l'épuisement professionnel des étudiants.

Des **difficultés** peuvent survenir lorsque les séniors sont absents, notamment lors des gardes de nuit (2) (14).

Néanmoins, lorsque les séniors sont présents, des difficultés surviennent également avec par exemple des cas de « *banalisation du geste* » de pratiques sédatives par les séniors ou de « *décalage d'expériences* » par rapport aux internes (14).

- La formation

Les internes interrogés ont signalé un **manque de formation** concernant les notions et l'application de pratiques sédatives, ainsi qu'un manque de formation en soins palliatifs, qui est un sujet plus vaste mais englobant ces pratiques.

Ce manque de formation concernant la gestion des sédations a été traité dans d'autres écrits auparavant (23) (19) (29), et une **amélioration** des connaissances théoriques en soins palliatifs est objectivée dans la littérature (3) (30).

Les **formations facultaires** se seraient améliorées dans diverses régions en France, notamment avec le développement de groupes d'échanges entre praticiens (Groupes d'Echanges et d'Analyses des Pratiques (GEAP), séminaires, groupes *BALINT*) et la rédaction de Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA), que les internes et médecins interrogés ont valorisé (3) (30) (31) (32).

Des **plans nationaux et locaux** ont également vu le jour depuis quelques années, et continuent de se développer (31). Certaines de ces actions ont cependant des **limites** quant à leur adaptation à la médecine ambulatoire, dans le cadre des pratiques sédatives à domicile (16) (30).

La **formation en soins palliatifs**, incluant celle des pratiques sédatives, est parfois difficile à mettre en place, face à des situations « particulièrement complexes et éprouvantes » qui « interrogent la médecine sur ses fondements actuels (...) [et] posent ouvertement la question du soin. ». Un parcours pédagogique basé essentiellement sur l'**accompagnement**, avec une écoute et un **compagnonnage par des séniors**, auprès de patients, est favorisé (31).

L'influence du passage en **stage** dans des services de soins palliatifs pour les internes est étudiée et offre notamment des habilités communicationnelles, valorisées par les étudiants. Les internes évoquent avoir modifié leurs réflexions et leurs regards face aux patients, et envisagent d'appliquer ces apprentissages à l'exercice de la médecine générale, notamment les compétences relationnelles avec les patients et la collégialité (33).

Les **médecins généralistes formés aux soins palliatifs** solliciteraient plus fréquemment les **réseaux** de soins palliatifs que ceux n'ayant pas fait de formation (16). L'auteure modère néanmoins ses propos quant à la pratique de la sédation, qui n'est pas tant influencée par les formations, contrairement au cadre entourant la prise en charge.

Également, l'évocation d'une **fiche récapitulative pratique** sur la sédation abordant « les molécules utilisables, les posologies et voies d'administrations possibles, ainsi que le contexte législatif encadrant cette pratique » a été proposée comme piste d'amélioration par des médecins généralistes interrogés dans une thèse (19). La mise en place de protocoles semble souhaitée.

- La subjectivité

Le souhait de conserver un cadre, de façon globale, est parfois bousculé en laissant place à de la **subjectivité**, comme ont pu le citer des internes lors de l'évaluation du confort de patients sédatisés. Dans le cadre des soins palliatifs, il est cependant important, voire nécessaire, d'ouvrir à la subjectivité (31). Il est donc nécessaire d'apprendre à savoir travailler avec elle, et d'échanger avec d'autres personnes pour partager ces différentes opinions lors d'un choix de sédation ou d'évaluation de confort des patients par exemple.

- Le travail à plusieurs et l'application en médecine ambulatoire

Le besoin rassurant d'un travail en équipe, constaté par les internes interrogés, est également présent dans la littérature. L'importance d'un **soutien par des structures** tels que les réseaux de soins palliatifs ou l'HAD, est décrite comme rassurante pour des médecins généralistes, offrant de l'aide sur le plan légal et les recommandations (10) (16) (17). Une grande majorité de médecins généralistes ayant eu recours à des sédations profondes continues maintenues jusqu'au décès a fait appel à des structures aidant la prise de décision ; 74% ont fait appel à l'HAD et/ou à des équipes mobiles de soins palliatifs dans une thèse de 2022 (11).

En 2016, des médecins généralistes dans le Sud de la France avaient peu connaissance d'équipes pouvant leur venir en aide. Les médecins étaient donc parfois en difficulté face à des situations nécessitant de la sédation, de part un certain **isolement** (8).

« **L'isolement est le sentiment qu'a un individu de n'être relié à personne, d'être coupé des autres, (...)** » (34).

Les internes se sentent aussi soutenus par leurs **co-internes** ; se permettant parfois plus facilement d'échanger leurs doutes qu'avec d'autres professionnels, en raison de parcours similaires et des liens parfois déjà noués (14) (35). Les relations entre internes pouvaient aider à surmonter des difficultés à plusieurs, notamment lors de situations médicalement complexes et difficiles moralement.

Un lien entre le syndrome d'épuisement professionnel et les mauvaises relations entre co-internes a été affirmé (35). Lors de comparaisons de parcours, de rivalités pour l'exercice futur, des difficultés sont également présentes dans ces relations entre internes.

Les internes nouent également des relations avec les professionnels **paramédicaux** qui peuvent leur venir en aide, par leur expérience parfois plus avancée, leurs regards différents, et leurs rôles techniques complémentaires.

Malheureusement des conflits peuvent là aussi se présenter, avec de l'intimidation qui peut être ressentie, parfois en lien avec le contraste d'expérience ou des sensations de rapports de force (28).

Le travail à plusieurs est bénéfique, notamment pour exprimer et partager ses inquiétudes, ses difficultés, ses joies, mais des critiques peuvent être présentes menant à des conflits ou un mal-être, retentissant sur qualité de vie au travail des internes. Les relations sont à construire entre consœurs et confrères (36).

Pour finir sur le travail à plusieurs, lors de sédations profondes continues maintenues jusqu'au décès notamment, des **procédures collégiales** sont nécessaires. Cette mesure est compliquée à mettre en place en exercice ambulatoire. La crainte des conséquences sur le projet de soins des

patients est exprimée par les internes interrogés dans cette thèse, et elle est également présente dans la bibliographie (2) (11) (37).

B. L'évolution des internes

Tout en restant dans une analyse qualitative interprétative phénoménologique, et dans les limites de la population étudiée, cette thèse montre une **différence** entre les internes au début de leur internat, et ceux avec une expérience plus importante. Les internes plus jeunes dans leur formation de médecine générale sont moins assurés, alors que les plus anciens constatent et affirment être plus confiants et à l'aise dans leurs prises en charge de pratiques sédatives.

Un souhait de gain en **autonomie**, avec un soutien moindre de la part des seniors au fil de l'apprentissage des internes est déclaré, devant un gain en **assurance** (14).

Les internes ont été qualifiés de « **caméléons** » par l'investigatrice, compte tenu de leur capacité d'adaptation aux diverses situations.

C. Questionnement sur la globalité et l' « étiquette soins palliatifs »

Les **pratiques sédatives** ont **beaucoup été assimilées** à des situations de soins palliatifs et de fins de vie. Pourtant la notion de prise en charge sédative vise des situations parfois bien plus tôt que de la fin de vie (4) (6) (7) (19).

Un **patient « étiqueté » ou « statué » soins palliatifs**, permet aux internes interrogés d'aborder les sédations plus facilement. Cependant cette notion est sujette à discorde.

Dans une étude de 2013 (38), une importante part des médecins interrogés, travaillant dans des services hospitaliers spécialisés (d'oncologie, de pneumologie, de neurologie, etc), voit de manière **négative** ce « passage en soins palliatifs ». Ces médecins partagent le sentiment d'un franchissement d'une frontière entre curatif-actif et palliatif avec une absence d'efficacité sur le traitement d'une pathologie, menant à un sentiment d' « abstention » et d'**inaction**.

Pour des médecins travaillant en équipe mobile de soins palliatifs en revanche, il n'y a pas de sentiment négatif d'abandon du patient. La notion de « **soins continus** » est citée par ces médecins en EMSP, dans un but de soulager des inconforts. Pour appuyer ces derniers propos, les recommandations de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) définissent **les soins palliatifs comme des « soins actifs »** (39).

Les médecins d'EMSP disent plutôt que des patients **relèvent « de »** soins palliatifs, intégrant une **globalité** autour du patient avec « un corpus de savoir et de savoir-faire, des valeurs et des principes, un type d'approche spécifique de la fin de vie, un exercice quotidien ».

En contrepartie, les autres médecins hospitaliers interrogés évoquent plutôt des patients « **en (phase de) » soins palliatifs**, « sans forcément intégrer l'approche globale ».

Cette prise en charge palliative, renvoie à de multiples interprétations, variantes suivant le vécu de chacun.

Les internes interrogés sont **rassurés** par le **statut** déclaré « soins palliatifs » ; cependant, l'empathie et l'Humanité dont ils font preuve mènent à un refus de considérer les patients « comme de simples dossiers » et les considèrent dans leur **globalité**.

D. Les forces et les limites de l'étude

i) Les forces

Considérer et s'intéresser au vécu des internes, notamment dans des situations complexes telles que celles des pratiques sédatives, est une question pertinente.

En effet, en 2021, une enquête auprès d'étudiants en médecine en France, faite par les syndicats d'étudiants en médecine ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale), ANEMF (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France), et ISNI (InterSyndicale Nationale des Internes), constate que **75% des étudiants interrogés disent avoir des symptômes anxieux**, et **39% signalent des symptômes dépressifs** (40). La principale difficulté décrite par les étudiants dans la partie des commentaires libres de cette enquête, a été celle des conditions d'études et de travail pour plus de la moitié des avis (41).

Veiller aux internes est donc primordial, et chercher les éléments qui pourraient être améliorés pour leur conférer un meilleur vécu semble essentiel.

Les critères de variabilité ont été réfléchis pour avoir un panel assez diversifié de la population étudiée, avec la possibilité d'observer, dans les limites de cette thèse non quantitative et comprenant une population réduite, le point de vue d'internes selon leur ancienneté et l'exercice de formations spécifiques en soins palliatifs, évitant au maximum des biais.

Pendant le recrutement, des internes se sont portés volontaires lors du partage de la notice d'information sur les réseaux sociaux. Ils sont devenus éligibles lorsqu'ils respectaient les critères d'inclusion de l'étude.

Puis, afin d'obtenir davantage de réponses en limitant le biais de ceux n'ayant pas accès aux réseaux sociaux, et pour avoir des avis d'internes dans différents départements de la région Centre Val de Loire, l'investigatrice a sollicité d'autres internes. Cela a été effectué via les listes d'affectation de l'Agence Régionale de Santé (ARS), selon les départements où les internes étaient en stage au moment du recrutement, pour des internes en phase d'approfondissement, vérifiant le critère d'inclusion du stage de médecine adulte.

La phase d'approfondissement pour les internes de médecine générale, en France, inclut les deuxième et troisième années d'internat.

Les entretiens sous forme individuelle ont été choisis, et ont permis de laisser libre court à la parole des internes, sans qu'il n'y ait d'influence par l'avis ou la présence d'autres personnes, permettant ainsi une approche sincère de leurs vécus et de leurs ressentis.

L'investigatrice étant interne, comme les participants, cela a permis un partage et une compréhension assez simple des situations racontées.

Le choix du distanciel s'est imposé compte tenu des distances avec les participants à l'étude, et de l'organisation des plannings entre les intervenants. Qu'ils aient été en distanciel ou en présentiel, les deux choix ont permis un accès au ressenti des participants, et un contact aisé avec eux.

Tous les entretiens ont été triangulés, et relus par la directrice de thèse, permettant des regards multiples sur l'analyse des verbatims.

ii) Les limites

Faisant suite au paragraphe des forces de l'étude, le choix du distancié a pu engendrer une perte de l'analyse du non-verbal pour le bas du corps des interrogés.

La taille finale de l'échantillon de sept participants a été choisie en fonction de la diversité des critères de variabilité. Même s'ils sont variés, la représentativité de l'ensemble des internes de la région Centre-Val-de-Loire n'est que limitée compte tenu du nombre de participants.

Deux internes au préalable éligibles, ont été exclus devant l'absence d'expérience de pratiques sédatives. Cela a engendré pour les recrutements suivants, une précision plus marquée dès le départ, de la nécessité d'avoir déjà effectué ces pratiques. En effet, antérieurement à cette modification, l'évocation de pratiques sédatives était rapide dans la première notice d'information présentée, dans un souhait de garder la « surprise » et que les souvenirs des internes ne soient pas trop réfléchis.

Un biais de mémorisation peut effectivement être présent compte tenu de la méthodologie rétrospective de l'étude.

Durant les entretiens, malgré le guide d'entretien, l'investigatrice a parfois reformulé des questions, ouvertes au préalable, par des questions fermées. Ces reformulations ont été faites dans un souci d'explications plus précises, mais ont pu être défavorables pour le développement de réflexions des internes interrogés. L'investigatrice est ensuite revenue sur certaines notions, en réabordant les éléments peu développés.

Concernant les limites des résultats obtenus, quelques hors sujet ont été effectués par les internes, qui orientaient certains récits d'expérience sur des situations de fin de vie ou palliatives, sans lien avec des pratiques sédatives. Un tri a alors été fait pour améliorer la validité interne de la thèse, induisant une perte des données recueillies.

Des confusions quant aux types de pratiques sédatives ont également été faites, en lien avec une mauvaise connaissance de ces notions.

Le sujet des pratiques sédatives en pédiatrie n'a pas été abordé dans cette thèse, devant l'absence d'évocation de situations telles dans les entretiens. Quelques écrits traitent le sujet des pratiques sédatives (29) (42) (43) (44), mais peu concernent le vécu ou le ressenti de professionnels de santé (29) (43) (44). La majorité des écrits rencontrés étudient les techniques et les molécules pour effectuer ces pratiques, et seul un aborde le vécu d'internes en pédiatrie à propos de SPCMJD, sur un petit échantillon (29).

E. Les pistes de réflexion

L'importance des **supports humains** pour l'exercice des internes en médecine générale et des médecins généralistes est essentielle et doit se multiplier ; qu'ils soient question des réseaux en soins palliatifs, de l'HAD, d'astreintes téléphoniques d'appui, mais également d'autres équipes pouvant aider dans ces prises en charge. Une séniorisation adaptée s'inclut dans ces supports humains. L'isolement des internes est craint et rend difficile voire impossible les pratiques sédatives.

Les internes connaissent certains **supports théoriques**, notamment des **échelles évaluatives**, mais elles sont difficilement utilisables selon eux ; continuer à les améliorer et à les faire connaître est à envisager pour le futur.

Les **groupes d'échange** et la maîtrise des méthodes de **communication** sont également considérés par les internes comme des pistes d'amélioration.

Les pratiques sédatives sont depuis de nombreuses années sujettes à des débats, et parfois assimilées à de l'aide active à mourir.

En avril 2023 a eu lieu la **Convention citoyenne sur la fin de vie**, un évènement réunissant plus d'une centaine de citoyennes et de citoyens français, pour échanger autour de l'accompagnement de fin de vie (22).

A suivi un projet de loi, proposé par le Président Emmanuel MACRON, qui est actuellement en cours de réflexion, et qui devrait être finalisé courant de l'été 2024. L'évaluation du vécu de professionnels de santé, notamment les internes, face à l'arrivée possible de cette nouvelle loi, semble pertinente.

V. CONCLUSION

Les internes en médecine générale ont été confrontés à de nombreuses difficultés lorsqu'ils ont eu recours à des pratiques sédatives durant leur internat.

Désireux de soigner et de soulager au mieux les patients, les internes se sont beaucoup investis et remis en question.

Ils ont fait face à des situations complexes que sont la confrontation à la douleur et à la mort, et ils ont parfois été sujets à de l'insatisfaction, des remords, et un sentiment d'isolement.

L'importance d'un environnement rassurant incluant le cadre légal autour des pratiques sédatives, l'exercice pluridisciplinaire, ainsi qu'une séniorisation adaptée, a été soulignée.

Le manque de temps accordé à l'accompagnement de patients et de leurs proches est également regretté par les internes, et ils partagent des craintes pour leurs futurs en exercice ambulatoire.

Les internes ont constaté que leurs pratiques s'étaient améliorées et que leurs réflexions avaient évolué. Ils ont gagné en assurance et acquis des compétences techniques et relationnelles, qu'ils souhaitent conserver et appliquer dans leur exercice futur.

Une meilleure connaissance, par la poursuite de développement de supports théoriques et d'appui collégiaux est souhaitée par les internes de médecine générale, et également décrite dans la littérature pour les médecins généralistes.

De surcroît, devant le projet de loi en cours de réflexion concernant les aides actives à mourir, et la perception d'une frontière ténue entre les sédations et ces pratiques, dans les représentations collectives, il serait intéressant d'évaluer le vécu d'internes face à l'arrivée de ces nouvelles pratiques si elles s'appliquent.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Barbarin B. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale : enquête transversale à la Faculté de Nantes en 2008. [Thèse d'exercice médecine]. Université de Nantes; 2009.
2. Bertinet-Kawski E. L'accompagnement en fin de vie : ressenti, pratiques et difficultés rencontrées par les internes de médecine générale. Enquête réalisée auprès d'internes de médecine générale de la Faculté de Nancy [Thèse d'exercice médecine]. Université de Lorraine; 2013.
3. Ernault L, Hirsch G. Aborder les sujets graves avec les patients (fin de vie, soins palliatifs, annonce de maladies graves): difficultés, ressentis et ressources des internes en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université de Tours; 2018.
4. Haute Autorité de Santé. Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie. [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150631/fr/antalgie-des-douleurs-rebelles-et-pratiques-sedatives-chez-l-adulte-prise-en-charge-medicamenteuse-en-situations-palliatives-jusqu-en-fin-de-vie. Consulté le 04/12/23.
5. Mallet D, Chaumier F. 32. Questionnements spécifiques relatifs aux pratiques de sédation. In: Bioy, A., Van Lander, A., Mallet, D., Belloir, M. *Soins palliatifs: En 54 notions*. Paris: Dunod; 2017, p. 212-217.
6. Société Française Accompagnement Soins Palliatifs (SFAP). Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. Mise en œuvre médicamenteuse. Fiche repère SFAP. [Internet]. 2017. Disponible sur : https://sfap.org/system/files/fiche_repere_sfap_miseenoeuvre18mai2017_0.pdf. Consulté en mars 2024.
7. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1) [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253>. Consulté en juillet 2023.
8. Terrier L. La sédation à domicile des patients en fin de vie, représentations et vécu des proches, infirmiers et médecins généralistes: le point de vue des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Université de Nice-Sophia Antipolis ; 2016
9. Mear G. Représentations et vécu de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès à la demande du patient introduite par la loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016 chez des médecins de soins palliatifs de la région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. Université de Lyon Claude Bernard; 2019
10. Bec M. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès à domicile: expérience de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Faculté de santé, Université d'Angers; 2019

11. Baldès E. Les médecins généralistes de la région Centre Val de Loire pratiquent-ils la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès au domicile de leurs patients ? [Thèse d'exercice]. Université de Tours; 2022
12. Silvestri M. La sédation à domicile des patients en fin de vie: représentations et vécu des proches, infirmiers et médecins généralistes : le point de vue des infirmiers [Thèse d'exercice]. Université de Nice-Sophia Antipolis; 2017
13. Debieuvre C. La sédation à domicile des patients en fin de vie, représentations et vécu des proches, infirmiers et médecins généralistes: le point de vue des proches [Thèse d'exercice]. Université de Nice-Sophia Antipolis; 2016
14. Noret S. La sédation dans l'espace singulier de la nuit: vécu des internes face aux pratiques sédatives, lors des gardes d'étages [Thèse d'exercice]. Université de Saint-Etienne Jean Monnet; 2022
15. Collège des Enseignants de Médecine de la Douleur (CEMD), Collège National des Enseignants pour la Formation Universitaire en Soins Palliatifs (CNEFUSP), Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). In : *Douleur, Soins palliatifs et accompagnement*. 5ème. Paris : Med-Line; 2021 ; 436 p. (Référentiel).
16. Louvet Monory É. La sédation en situation palliative terminale au domicile par le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2017
17. Raskopf G, Saffon N, Jonin O. La sédation palliative à domicile: les difficultés de mise en œuvre rencontrées par les médecins généralistes. [Thèse d'exercice] Université de Toulouse III Paul Sabatier; 2018
18. Nicol C. Sédations à visée palliative chez les patients en fin de vie de l'HAD Santé relais domicile à Toulouse: demandes, propositions et mises en œuvre [Thèse d'exercice]. Université de Toulouse Paul Sabatier III; 2020.
19. Le Gall-Grimaux C, Guineberteau C, Bec M, Pignon A, Gutierrez D. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès à domicile : état des lieux des pratiques des médecins généralistes du Maine-et-Loire. *Pall Med*. 2019;18(3):116-125.
20. Claudon N. Information to patients by oncology physicians about the right to request a deep and continuous sedation maintained until death [Internet]. HAL CCSD; 2019. Disponible sur: <https://go.exlibris.link/f59b8Dth>. Consulté le 15/04/2024.
21. Lefaucheur A.-S. Renoux C. Les représentations sociales associées aux mots « soins palliatifs » auprès du grand public. [Thèse d'exercice] Université de Tours; 2017
22. Conseil économique, social et environnemental (CESE). Rapport de la Convention Citoyenne sur la fin de vie. [Internet] Avril 2023. Disponible sur : https://conventioncitoyennesurlafindevie.lecese.fr/sites/cfv/files/CCFV_Rapportfinal.pdf. Consulté en mars 2024.

23. Boulnois D. La sédation à domicile des patients en fin de vie : représentations, ressentis et difficultés rencontrées. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la Somme [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine d'Amiens, Université de Picardie Jules Verne; 2019
24. Robinet P, Duminil T, Da Silva A, Villet S, Gamblin V. Sédation en médecine palliative au domicile : enquête descriptive auprès des médecins généralistes. *Med Palliat Soins Supp Accomp Ethique*. 2015;14(6):383-7.
25. El Khamlichi A. Perception des médecins confrontés aux situations de fin de vie sur le nouveau droit du patient à la sédation profonde et continue jusqu'à la mort [Thèse d'exercice]. Université de Tours; 2017
26. Hirsch E. La sédation profonde et continue à l'épreuve de l'euthanasie. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*. 2016;124(1):29-36
27. Haute Autorité de Santé (HAS). Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? [Internet]. 2020 [cité 2 mai 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2832000/fr/comment-mettre-en-oeuvre-une-sedation-profonde-et-continue-maintenue-jusqu-au-deces. Consulté en juillet 2023
28. Pougnet R, Ferrari C, Le Provost AS, Loddé B, Eniafe-Eveillard BM, Pougnet L. Médecins, internes, externes : regards croisés sur le vécu au travail. *Rev Med Brux*. oct 2019;40(5):423-31
29. Pisa C.-A. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès chez l'enfant : opinions des médecins [Thèse d'exercice]. Faculté des sciences médicales et paramédicales, Aix-Marseille Université; 2020
30. Maillochon C. La formation des médecins généralistes aux prises en charge palliatives à domicile [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2022
31. Mallet D., Denis-Delpierre N., Gallé-Gaudin C., Hirsch G. Chapitre 73 : Enjeux pédagogiques d'une formation médicale en soins palliatifs. Jacquemin D., De Broucker D., In : *Manuel de soins palliatifs*. 4^e édition. Malakoff : Dunod. 2014. 1075-1089
32. Renoux C, Pailloux A, Robert J, Potier A. Les groupes d'échange de pratique : un outil du paradigme d'apprentissage. *Exercer*. 2017;129:34-42.
33. Pesqueira F, Mallet D, Renoux C. Développement de la compétence « relation, communication, approche centrée patient » en stage dans une structure de soins palliatifs. *Exercer*. 2022;180:88-94.
34. Le Guay D. Envisager une personne quand elle s'achemine vers la mort. In : *Manuel de soins palliatifs*. Paris: Dunod; 2014. p. 3-25. (Guides Santé Social; vol. 4^e éd.)
35. Pougnet R, Pougnet L, Dewitte JD, Jousset D, Loddé B. Vécu au travail des internes de médecine : étude qualitative. *Arch Mal Prof Environ*. 1 avr 2019;80(2):100-107

36. Pougnet R, Pougnet L, Loddé B, Dewitte JD. Travailler dans un hôpital est riche de sens et source de mal-être : analyse qualitative auprès de 9 médecins hospitaliers. *Press Med*. 1 juill 2016;45(7, Part 1):e233 41
37. Ferhati M, Gambirasio M. La collégialité en médecine générale dans les situations de fin de vie à domicile: enjeux, freins et leviers. Une étude qualitative auprès de 20 médecins généralistes [Thèse d'exercice médecine]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2018.
38. Mino J.-C. Les multiples sens des « mots des derniers soins ». Le cas de l'expression « soins palliatifs ». *Jusqu'à la mort accompagner la vie*. 2013;113(2):65-76
39. Société Française Accompagnement Soins Palliatifs (SFAP). Définition et organisation des soins palliatifs en France. [Internet]. Disponible sur: <https://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>. Consulté en mars 2024.
40. Bluteau P. *L'Etudiant*. 2021 [cité 1 déc 2023]. Santé mentale : deux étudiants en médecine sur cinq ont des symptômes dépressifs. Disponible sur: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/sante-mentale-deux-etudiants-en-medecine-sur-cinq-ont-des-symptomes-depressifs.html> Consulté en décembre 2023.
41. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale, Association Nationale des Etudiants en Médecine de France, InterSyndicale Nationale des Internes. DOSSIER DE PRESSE ENQUÊTE - 2021 : SANTÉ MENTALE JEUNES MÉDECINS. Dépression, burn-out, humiliation et harcèlement : La santé mentale des futurs médecins en danger ! [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/DP-Sante-mentale2021-int.pdf>. Consulté en décembre 2023
42. Nguyen T.-T. Traitements antalgiques, anxiolytiques et sédatifs en phase palliative terminale en pédiatrie : étude rétrospective dans les services publics de pédiatrie et de néonatalogie en Aquitaine entre 2008 et 2012. [Thèse d'exercice médecine]. Université de Bordeaux; 2015
43. Ridley AE. Etude qualitative sur la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès en pédiatrie. [Thèse d'exercice]. Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2020
44. Noizet-Yverneau O, Buchbinder N, Lervat C, Tandonnet J, Suc A, Barbe C, et al. Sédation à domicile de l'enfant en fin de vie et ressenti médical : enquête auprès des ERRSPP. *Med Palliat Soins Supp Accomp Ethique*. 2017;16(5):245 52.

VII. ANNEXES

A. Notice d'information

« Bonjour!

Je fais une thèse qualitative en lien avec les pratiques sédatives, en interrogeant des internes de médecine générale, et j'aimerais cibler sur la région Centre Val de Loire.

Les entretiens sont d'une durée de 40-50 minutes pour l'instant (pour ceux effectués) et j'aurais besoin de participants. Si vous êtes partants dites le moi s'il vous plaît, ça m'aiderait beaucoup. Je peux me déplacer pour les entretiens ou les effectuer en visio.

Les critères d'inclusion sont internes de med gé ayant fait leur stage de médecine adulte, et ayant déjà géré quelques situations de sédation.

Merci!! »

B. Guide d'entretien

<i>Caractéristiques des participants</i> : Sexe, Age, Semestre, Stages effectués, Orientation future professionnelle envisagée, Formations/passages en soins palliatifs.	
<u>Intitulés complets</u>	<u>Intitulés résumés</u>
<u>Phrase d'accroche</u> : Est-ce-que tu peux me raconter des situations de pratiques sédatives / des sédations, que tu as dû gérer durant tes stages d'internat ?	PRATIQUES SEDATIVES / SEDATION : expérience ? évoque ?
Comment as-tu vécu l'initiation des sédations que tu as eu à initier ?	Vécu initiation sédation / émotions
Penses-tu à initier une sédation ? Dans quels cas ? Supports aide (SEDAPALL, ...) ?	Initiation : idée autonome ? quels cas ? supports ?
Comment as-tu vécu l'entretien des pratiques sédatives que tu as gérées ?	Vécu entretien sédation / émotions
Comment te sens-tu devant une demande de sédation de la part : <ul style="list-style-type: none"> • des patients • des proches • de tes séniors • des paramédicaux ? 	<u>Vécu d'une demande</u> : <ul style="list-style-type: none"> • patient • proches • séniors • paramédicaux
Comment as-tu abordé le sujet des sédations avec le patient ? avec les proches ? avec les séniors ? Quelles émotions as-tu ressenti ?	Aborder le sujet avec : / émotions <ul style="list-style-type: none"> • patient • proches • séniors
Comment tu te sens pour évaluer le confort des patients ?	Evaluation du confort : ressenti ?
Comment s'est passée ta séniorisation ? Et avec le reste de l'équipe soignante ?	Isolé ? Soutien ? (séniors / équipe soignante)
Est-ce que tu as eu des difficultés ?	Difficultés ?
Est-ce que tu avais des supports pour t'aider en cas de difficultés ?	Supports d'aide ?
Quel apprentissage tu as pu tirer de ces expériences ?	Apprentissage ?
Comment envisages-tu l'application des pratiques sédatives dans ton exercice futur en cabinet de ville ?	Futur en cabinet ?
As-tu autre chose à me raconter ? une autre expérience ?	Autre information ?

D. Consentements

« J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé de Camille DAVID intitulé « Comment les internes de médecine générale en [région] Centre Val de Loire vivent-ils la gestion des pratiques sédatives durant leurs stages ? » ».

J'ai été prévenu que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risques particuliers.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquences. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi Informatique et liberté.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celle-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales.

Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Lieu et date :

Signature »

E. Echelle Algoplus



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Heureh											
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	<input type="checkbox"/> /5											
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

COPYRIGHT

<https://www.doloplus.fr/lechelle-algoplus/>

F. Echelle RUDKIN

Score	État du patient	
1	Éveillé, orienté	<input type="checkbox"/>
2	Somnolent	<input type="checkbox"/>
3	Yeux fermés, répondant à l'appel	<input type="checkbox"/>
4	Yeux fermés, répondant à une stimulation tactile légère*	<input type="checkbox"/>
5	Yeux fermés, ne répondant pas à une stimulation tactile légère*	<input type="checkbox"/>
*Pincement ferme, mais non douloureux, du lobe de l'oreille		

<https://www.antalvite.fr/wp-content/uploads/2021/08/Echelle-de-Rudkin.pdf>

<http://medicalcul.free.fr/rudkin.html>

G. Echelle de vigilance-agitation de Richmond (Richmond agitation sedation scale (RASS))

+4	combatif	combatif, danger immédiat envers l'équipe.
+3	très agité	tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe
+2	agité	mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	ne tient pas en place	anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	éveillé et calme	
-1	somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec)
-2	diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10sec)
-3	diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux) mais pas de contact visuel
-4	diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
-5	non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

[https://sfap.org/system/files/echelle de vigilance - agitation de richmond.pdf](https://sfap.org/system/files/echelle_de_vigilance_-_agitation_de_richmond.pdf)

H. SEDAPALL

Typologie SEDAPALL simplifiée

Axe D Durée prescrite	Type
Sédation transitoire (réversible*)	D1
Sédation de durée indéterminée (potentiellement réversible*)	D2
Sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible*)	D3

Axe P Profondeur	Type
Sédation proportionnée*	P1
Sédation profonde* d'emblée	P2

Axe C Consentement*- Demande*	Type
Absence de consentement	C0
Consentement donné par anticipation	C1
Consentement	C2
Demande de sédation	C3

Typologie SEDAPALL détaillée

Axe D Durée prescrite détaillé	Contexte	Type détaillé
D1 Sédation transitoire (réversible*)		
	Sédation de très courte durée pour soins ou actes entraînant un inconfort réfractaire*	D1a
	Sédation nocturne pour insomnie réfractaire*	D1b
	Autres situations	D1c
D2 Sédation de durée indéterminée (potentiellement réversible*)		
	Situations d'urgences palliatives anticipées* (détresse asphyxique, hémorragique ou agitation terminale)	D2a
	Autres situations	D2b
D3 Sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible*)		
	Dans le cadre du droit à la SPCMJD* si souffrances réfractaires aux traitements ET d'un pronostic engagé à court terme* pour un patient exprimant une demande* de SPCMJD	D3a
	Dans le cadre du droit à la SPCMJD* si refus par un patient d'un traitement de maintien artificiel en vie et qui exprime une demande* de SPCMJD afin de prévenir une souffrance insupportable	D3b
	Dans le cadre du droit à la SPCMJD* si une décision d'arrêt de traitements de maintien artificiel en vie chez un patient hors d'état d'exprimer sa volonté	D3c
	Hors du cadre du droit à la SPCMJD*	D3d

Axe C Consentement* détaillé	Contexte	Type détaillé
C0 Absence de consentement		
	Patient dans l'incapacité d'exprimer sa volonté	C0a
	Consentement non recueilli (avec argumentation)	C0b
C1 Consentement donné par anticipation		
	Consentement anticipé recueilli oralement	C1a
	Consentement exprimé dans les directives anticipées du patient	C1b
C2 Consentement		C2
C3 Demande de sédation		
	Demande spontanée du patient	C3a
	Demande du droit à la sédation dans le cadre légal de la SPCMJD*	C3b

https://www.sfap.org/system/files/sedapall_vf1.pdf

Avis favorable de la Commissions des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du 23 novembre 2023.

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a horizontal line extending to the right.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

DAVID Camille

68 pages – 3 tableaux – 0 figures – 8 annexes

Résumé : Introduction : Les internes en médecine générale sont sujets à de l'épuisement professionnel dans des situations de soins palliatifs et de fin de vie, mais leur vécu est peu étudié dans le domaine des pratiques sédatives. Ces pratiques englobent des situations palliatives ainsi que des situations d'urgence hors contexte palliatif.

Objectif de l'étude : Etudier le vécu d'internes en médecine générale en région Centre Val de Loire, dans leurs gestions de pratiques sédatives durant leurs stages.

Méthode : Etude qualitative avec une analyse interprétative phénoménologique. Sept internes en médecine générale non thésés ont été interrogés, via des entretiens individuels semi-dirigés, entre décembre 2023 et avril 2024. Un échantillonnage raisonné homogène a été réalisé avec plusieurs critères de variation. Tous les entretiens ont été retranscrits, anonymisés, codés individuellement, et triangulés.

Résultats : Les internes interrogés ont observé une évolution de leurs pratiques et de leurs réflexions autour du sujet des sédations, constatant un gain en assurance et l'acquisition de compétences techniques et relationnelles. Ils ont été confrontés à de nombreuses difficultés, et ils partagent des craintes pour leur futur, mais se sentent mieux préparés à y faire face, grâce à l'expérience acquise.

Conclusion : La poursuite du développement de supports d'appui collégiaux et théoriques est souhaitée par les internes et retrouvée dans la littérature, pour améliorer l'assurance des praticiens, ainsi que leurs techniques de communication. Également, un projet de loi concernant les aides actives à mourir est actuellement discuté ; la frontière entre les sédations et ces pratiques est parfois décrite comme ténue, il serait intéressant d'évaluer le vécu d'internes face à l'arrivée de cette loi si elle est instaurée.

Mots clés : Internes en médecine générale, Sédation, Pratiques sédatives, Soins palliatifs, Vécu

Jury :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS

Directeur de thèse : Docteur Marylène BELLANGER

Membres du Jury : Professeur Donatien MALLET
Docteur Cécile RENOUX-JACQUET

Date de soutenance : 27 juin 2024