

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Laura LAPORTE

Le 24 septembre 2024

BESOINS EN FORMATION DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE TOULOUSE CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES DÉCÈS

Directeur de thèse : Pr Jean-Christophe POUTRAIN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Madame le Docteur Florence DURRIEU

Monsieur le Docteur Yohann VERGES

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur



UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER

FACULTE DE SANTÉ
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcol	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur FARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

Mise à jour le 14/05/2024

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCABLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies Infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREELW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Pédiatrie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Anatomie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Chirurgie plastique	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Médecine d'urgence	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Néphrologie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Anatomie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Neurologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Rhumatologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Biophysique	Mme FERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Histologie Embryologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Oto-rhino-laryngologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Hématologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Maladies Infectieuses	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Cancérologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Pneumologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Thérapeutique	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Cardiologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Histologie, embryologie et cytologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Epidémiologie, Santé Publique	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Anesthésiologie	Mme SAVAGNER Frédoérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Ophthalmologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIE Pierre	Cardiologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Urologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Epidémiologie, Santé publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Pédiatrie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anatomie Pathologique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Endocrinologie	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Chirurgie plastique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Cancérologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Urologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Bactériologie-Virologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Néphrologie	Mme URC-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Nutrition	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)		M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUFOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeurs Associés de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BIREBENT Jordan M. BOYER Pierre Mme FREYENS Anne Mme IRI-DELAHAYE Motoko Mme LATROUS Leïla M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André Professeurs Associés Honoraires Mme MALAUAUD Sandra Mme PAVY LE TRAON Anne M. SIBAUD Vincent Mme WOISARD Virginie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale	
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PIAU Antoine	Médecine interne	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie	
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maieutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLIZEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSENT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOUJAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maitres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Remerciements

Remerciements aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Pierre Mesthé,

Merci de l'honneur que vous me faites d'avoir accepté la présidence de mon jury de thèse. Merci de l'intérêt que vous avez porté à mon sujet, ainsi que pour votre dévouement à l'enseignement de la médecine générale. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Yohann Verges,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez exprimé envers ce sujet de recherche, ainsi que d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse.

A Madame le Docteur Florence Durrieu,

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de juger ce travail.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur Jean-Christophe Poutrain,

Merci de nous avoir rapidement aiguillé dans notre projet. Votre bienveillance, votre disponibilité et votre accompagnement tout au long de ce travail auront été une aide précieuse. Soyez assuré de ma sincère gratitude.

Remerciements personnels

A ma famille,

A mes parents,

J'ai conscience de mon immense chance d'avoir toujours eu votre soutien et votre amour inconditionnel, sans quoi rien de tout cela n'aurait pu être possible. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis, merci d'avoir cru en moi, c'est grâce à vous si aujourd'hui je suis fier d'avoir réussi. Je vous aime plus que tout.

A ma sœur,

Ta résilience a toujours été ma plus grande source de motivation et de courage. Tu me permets chaque jour de relativiser et de savoir apprécier les bonheurs simples de la vie, aussi petits soient-ils.

A Cyril,

Pour ta patience et ta présence à mes côtés malgré les sacrifices et concessions, tout au long de ces interminables années d'études. Ton amour me porte chaque jour plus loin et m'encourage perpétuellement à m'ouvrir au monde qui nous entoure.

A mes grands-parents,

Pour votre bienveillance et votre générosité, pour m'avoir gracieusement nourrie et logée pendant une bonne partie de mon internat, je suis heureuse d'avoir pu partager autant de moments avec vous. Ces souvenirs resteront gravés dans ma mémoire, merci pour tout.

A mon parrain Stéphane, ma tante Valérie, et mes cousins Hugo et Lola,

Merci de votre accueil et de votre gentillesse, vous avez illuminé cette fin d'études grâce à la chaleur de votre foyer, votre humour, et vos super goûters !

A tous mes oncles, tantes, parrain, marraine, cousins et cousines,

Merci pour toutes ces années riches en émotions à grandir à vos côtés, toutes ces parties de jeux et de rigolades, de chamailleries et réconciliations..., toujours riches en amour et bienveillance. Merci pour tout le soutien que vous me témoignez. A tous nos futurs heureux moments en famille.

A Chris et Jackie,

Pour votre soutien, votre tendresse et votre grand cœur. Merci d'être toujours là pour nous aider au moindre besoin, y compris dans les moments difficiles. A nos futurs grands moments de rigolade !

A mes amis,

A Maylis et Audrey,

A notre amitié, nos confidences, et tous nos merveilleux moments partagés ensemble depuis si longtemps, et, je l'espère, pour de nombreuses années encore ! Merci d'être toujours là pour moi.

A Estelle, Hélène et Jane,

Pour votre soutien infailible pendant ces études, à nos fous-rires, nos séances de ragots, nos doutes et parfois nos larmes...votre amitié aura adouci toutes ces dures étapes de notre formation. Aujourd'hui je suis fière de nos chemins parcourus, merci pour tous ces extraordinaires souvenirs.

A Sophie,

A cette amitié qui restera mon meilleur souvenir d'internat dans le 82. Merci pour ton soutien chaque jour, pour ta générosité à toute épreuve, même dans les instants les plus durs. Ton empathie et ta grande conscience professionnelle font de toi un médecin extraordinaire, je ne te souhaite que le meilleur.

A Elisabeth, Nathalie et Fabienne,

Un grand merci pour votre accueil chaleureux, votre patience et votre disponibilité pendant mes stages. Vous avez su me faire renouer complètement avec la médecine après quelques années hospitalières parsemées de doutes, tout en démontrant l'importance de préserver une vie personnelle à côté. Pour tout cela ainsi que pour votre amitié, je vous suis très reconnaissante.

Une pensée émue pour le *Dr Bloch-Plouvier*, pour m'avoir initiée à la médecine générale dans un cadre réconfortant et bienveillant. J'ai eu la chance de bénéficier de ton compagnonnage dans mes tout premiers pas de médecin. Merci pour tout.

A tous mes maîtres de stage et à tous mes co-internes,

Pour nos partages, nos longs débriefings, nos grains de folie pour embellir les fins de journée... tous ces moments qui m'ont transmis l'amour de la médecine, l'acceptation de l'incertitude et de la remise en question, l'entraide et la confraternité.

A Marie, mon infirmière préférée,

Pour m'avoir donné l'envie de faire ma thèse sur le sujet de la mort, lors du stage à tes côtés en soins palliatifs. J'en garderai toujours des souvenirs incroyables.

A Anne,

Pour avoir su me faire confiance dans mes premiers remplacements, pour m'avoir épaulée et guidée aussi bien dans ma pratique médicale que dans mes derniers devoirs universitaires trainants ! Ta bonne humeur perpétuelle est source d'inspiration, merci de ton amitié, je vous souhaite de continuer à partager de nombreux bons repas ensemble !

A Marielle, Eric, et Alain, mes collègues,

Merci de votre accueil et de m'avoir rapidement créé une place chaleureuse dans votre cabinet. Merci pour vos encouragements, et pour votre dévouement au cabinet.

Enfin, à Lucie,

Pour ton implication, et ton amitié aussi bien lors de nos études que dans ce travail. Ton humour, ta conscience professionnelle, et tes qualités humaines sont les gages d'une future longue et heureuse carrière en tant que médecin généraliste. J'ai de la chance de t'avoir comme amie, et les patients auront de la chance de t'avoir comme médecin.

“ Toute la vie n'est qu'un voyage vers la mort. ” Sénèque

Table des matières

Liste des abréviations	2
Introduction	3
Matériel et méthodes	7
I - Type d'étude	7
II - Population de l'étude	7
III - Phase exploratoire	7
1) Bibliographie	7
2) Détermination de la question de recherche	8
IV - Déroulement de l'étude	8
1) Condition du recueil	8
2) Questionnaire (cf Annexe n°1).....	8
3) Analyse statistique.....	9
4) Cadre réglementaire	9
Résultats	10
I - Caractéristiques de la population	10
II - Niveau de connaissances	11
III - Formation actuelle.....	13
IV - Formation à améliorer	15
Discussion	21
I - Principaux résultats.....	21
II - Forces et limites.....	23
III - Ouverture.....	24
Conclusion :.....	26
Références bibliographiques :	27
Annexes.....	29
Annexe n°1 : Questionnaire de Thèse	29
Annexe n°2 : Figure 9 : Signes cliniques recherchés pour constater la mort	42
Annexe n°3 : Figure 10 : Formation supplémentaire souhaitée	42
Annexe n°4 : Proposition de programme d'enseignement :	43

Liste des abréviations

ECN : Epreuves classantes nationales

TCEM (1, 2 et 3) : Troisième cycle des études médicales

DES : Diplôme d'études spécialisées

ECG : Electrocardiogramme

EEG : Electroencéphalogramme

CERFA : Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs

IDE : Infirmier diplômé d'état

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

Introduction

La mort est un processus naturel de cessation totale et définitive des fonctions organiques et tissulaires animant l'organisme.(1) Qu'elle soit naturelle ou accidentelle, elle reste la fin inéluctable de toute vie.

En France, l'espérance de vie à la naissance était en 2018 de 85,3 ans pour les femmes et de 79,4 ans pour les hommes.(2)

La mort marque la disparition d'une personne, et constitue un déchirement émotionnel pour les proches dont notamment la famille. Elle nécessite donc d'être accompagnée et prise en charge dans les meilleures conditions par les équipes soignantes.

Les progrès de la médecine au fil des siècles ont contribué à l'amélioration des soins pour de nombreuses pathologies, et ainsi à l'allongement de l'espérance de vie des patients en bonne santé. Ils ont cependant également modifié la perception de la société de la mort.

L'origine étymologique du mot médecine provient du latin *medicina*, qui signifie "art de guérir".(3) Ceci illustre bien la notion de médecine ne s'intéressant dans ses origines qu'aux patients en capacité de guérir et non pas aux mourants.(4) En effet, si la mort était jadis attendue car naturelle, puis actée et accompagnée de rites funéraires, elle est actuellement de plus en plus médicalisée, et surtout repoussée par les soins curatifs. Avec l'avancée des connaissances physiopathologiques et la technicisation des soins, la mort apparaît désormais comme un processus physiologique que l'on peut décomposer en plusieurs étapes, sur lesquelles l'Homme peut influencer.(5) Ainsi la mort sociétale dans ses anciennes considérations disparaît peu à peu pour laisser place à une mort qui se fait dans le silence, qui se cache. Elle se retrouve considérée comme l'échec de la médecine actuelle à prolonger la vie.(6) L'évolution interventionniste de la médecine moderne dans la prise en charge de la fin de vie a de cette façon contribué à ce que de nombreux historiens appellent "le déni de la mort". Ce dernier est un phénomène collectif d'occultation où la mort n'est plus une continuité normale de la vie : elle se déroule à l'abri des regards, ainsi la société finit par l'oublier.(6)

Ces changements s'observent dans les années 70, où la naissance des soins palliatifs fait basculer les courbes de répartition des décès : les patients décèdent de plus en plus en structures de soin et de moins en moins chez eux.

De nos jours, hormis le contexte de mort accidentelle violente, la mort se déroule principalement en structure de soins, et parfois à domicile encadrée par les médecins de famille. En 2016, parmi les 594 000 personnes décédées en France, 59,2 % des décès comptabilisés ont eu lieu dans des établissements de santé (hôpital ou clinique), et 26,0 % à domicile. La répartition varie selon l'âge puisqu'à partir d'environ 70 ans la part des décès à domicile et en maison de retraite augmente, et celle des décès en établissement de soin diminue.(7)

Légalement en France, hors contexte d'expérimentation, seul un médecin "en activité ou retraité, un étudiant en cours de troisième cycle des études de médecine en France (ou un praticien à diplôme étranger hors Union européenne autorisé à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine, dans des conditions fixées par décret pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins)" est habilité à rédiger un certificat attestant du décès d'un individu.(8) Il existe cependant actuellement une expérimentation nationale se déroulant jusqu'en avril 2025, permettant aux infirmiers diplômés d'état volontaires et ayant reçu une formation à ce sujet, d'établir des certificats de décès de personnes majeures décédées à domicile (loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023 et loi Valletoux).(9,10)

Le code de santé publique définit dans son article R1232-1 les critères cliniques permettant d'attester de la mort d'un individu :

- absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée
- abolition de tous les réflexes du tronc cérébral
- abolition totale de ventilation spontanée.(11)

Les soignants et notamment les médecins sont donc acteurs de première ligne dans la prise en charge des décès, qu'ils soient prévus et préparés avec les patients et leurs familles ou qu'ils soient inattendus. Du côté soignant, le développement des soins palliatifs a également modifié le rapport à la mort en créant un réel clivage entre : l'apprentissage perpétuel de soins et thérapeutiques innovants, développés dans le but de soigner et guérir un maximum de patients, et des soins simples de confort destinés à accompagner les patients dans l'évolution de leur pathologie vers la mort.

Durant les premiers cycles d'études, les étudiants en médecine apprennent principalement la théorie et bénéficient d'un enseignement clinique auprès de leurs aînés. Il est donc rare de se voir incombé de responsabilités lors de l'externat. C'est lors du troisième cycle des études médicales que les étudiants sont amenés à exercer la médecine en autonomie supervisée.

Les internes en médecine générale, en tant qu'apprentis médecins réalisant des tâches médicales, sont ainsi exposés au contact de manière rapprochée avec la mort. Lors de leur cursus ils peuvent être amenés à la prendre en charge, parfois seuls en l'absence de sénior disponible pour les encadrer.

Si plusieurs heures sont prévues pour l'enseignement des soins de support en contexte palliatif, il n'existe pas à ce jour de formation dédiée à la prise en charge des décès à la faculté de Toulouse lors de l'internat. Ainsi les étudiants font face à ces situations avec leurs connaissances théoriques apprises pour l'ECN, et leurs propres bagages culturels et émotionnels.

Les études sur l'accompagnement en fin de vie des patients en soins palliatifs ne manquent pas, cependant il en existe peu réalisées en France sur le constat de décès. Parmi les quelques études que nous avons pu recenser, la plupart s'intéressaient au vécu et au ressenti des internes, concernant le constat de décès (4,12), la fin de vie en contexte palliatif (13,14), ou bien l'annonce du décès à la famille (15–17). Nous n'avons recensé qu'une seule étude s'intéressant aux attentes des internes concernant la formation au sujet de la mort. (18)

Toutes ces études semblent rapporter l'expression de difficultés, de malaise, voire de souffrance des internes confrontés à ces premières expériences. Un manque de préparation à cette situation lors des études est systématiquement mentionné, que ce soit sur le plan pratique dans la constatation du décès, comme sur le plan émotionnel avec notamment l'annonce à la famille. Selon la thèse de Sophie Daras, les internes sont particulièrement marqués par le premier décès d'un patient sous leur responsabilité directe.(18) Selon l'étude de Laurence Tournier cette première expérience survient généralement rapidement après l'entrée dans l'internat.(12)

Lors de nos recherches, nous nous sommes rendues compte qu'aucune étude à ce sujet n'avait été réalisée dans la ville de Toulouse où nous avons été formées. Le contenu des enseignements est indépendant et propre à chaque faculté de médecine, notamment lors de l'internat. Ainsi, il nous a semblé pertinent de nous intéresser au ressenti et au besoin de

préparation des internes de médecine générale de la faculté de Toulouse concernant leurs premières expériences de prise en charge des décès apparus comme soudains, inattendus au cours de leur différents stages. Nous avons choisi d'étudier ces deux axes de travail parallèlement avec Mme Hocine Lucie, en articulant deux travaux de thèse à partir d'une base de recherche commune.

Cette partie de l'étude s'intéresse à la question de recherche suivante : Quels sont les besoins de formation des internes de médecine générale de Toulouse concernant la prise en charge des décès ?

L'objectif principal était de recueillir les attentes de formation des internes de médecine générale de Toulouse concernant la prise en charge des décès.

L'objectif secondaire était de proposer un déroulé d'enseignement afin d'améliorer la prise en charge des décès.

Matériel et méthodes

I - Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique. Elle a été réalisée de février 2024 à mars 2024.

II - Population de l'étude

La population de l'étude concerne l'ensemble des internes de médecine générale, inscrits à la faculté de médecine de Toulouse en TCEM 2 (2e année d'internat) et 3 (3e année d'internat).

Les critères d'inclusion sont :

- Internes de TCEM 2 et 3
- Inscrits pour l'année en cours à la faculté de Toulouse

Les internes de TCEM 1 (1ère année d'internat) ont été exclus, ayant débuté leur internat à peine trois mois précédant le début de l'étude, le nombre d'expériences de décès a été estimé faible.

Il s'agissait donc des 153 internes inscrits en TCEM 2 (promotion 2022) ainsi que des 148 internes inscrits en TCEM 3 (promotion 2021), soit 301 internes au total.

Le recrutement de ces 301 étudiants s'est déroulé par mail via les listes de diffusion de la faculté.

III - Phase exploratoire

1) Bibliographie

Un travail de recherche bibliographique a été préalablement effectué sur les bases de données PubMed, EM Premium, Sudoc et Google scholar.

J'ai réalisé ces recherches sur les thèmes de la perception de la mort, les ressentis et besoins de préparation des soignants, notamment chez les internes.

2) Détermination de la question de recherche

Je me suis intéressée à ce sujet à la suite d'une garde aux urgences, au cours de laquelle des difficultés ont été rencontrées au moment de prendre en charge un décès seule. En discutant avec d'autres internes, j'ai pu constater que ces difficultés semblaient partagées, et que le sujet de la mort n'était que peu abordé pendant les études.

IV - Déroulement de l'étude

1) Condition du recueil

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme, au cours des mois de février et mars 2024.

Afin d'étudier à la fois les difficultés ressenties ainsi que les besoins en formation des internes, un questionnaire commun a été réalisé avec Mme Hocine Lucie, dont la thèse avait pour objet le ressenti des internes de médecine générale sur la prise en charge des décès.

Le questionnaire a été envoyé aux 301 internes concernés par mail, via les adresses qu'ils avaient communiqué à la faculté. Un mail de relance a été envoyé au bout de quinze jours.

2) Questionnaire (cf Annexe n°1)

Une première partie s'intéressait aux caractéristiques de l'interne : niveau d'internat, évolution personnelle, représentations de la mort (questions 1 à 7).

Une deuxième partie portait sur la première expérience de prise en charge de décès de l'interne : circonstances, éventuelles difficultés (questions 8 à 12).

La troisième partie questionnait le ressenti général des internes concernant la prise en charge des décès : sentiments, niveau de difficulté estimé (questions 13 à 17).

Une quatrième partie s'attachait à évaluer les connaissances théoriques et pratiques des internes en termes de constat de décès (questions 18 à 23).

La cinquième partie portait sur la formation actuelle reçue par les internes concernant la prise en charge des décès : estimation du niveau de connaissances, existence ou absence d'une telle formation (questions 24 à 29).

La dernière partie recueillait les attentes des internes au sujet d'une éventuelle amélioration de leur formation à ce sujet : modalités, temporalité (questions 30 à 35).

Afin de s'assurer de la compréhensibilité du questionnaire, celui-ci a été préalablement envoyé à deux jeunes médecins généralistes, une ayant passé sa thèse récemment et une en cours d'écriture de thèse.

3) Analyse statistique

Les données ont été anonymisées par attribution à chaque interne répondeur d'un nombre à trois chiffres, par ordre chronologique de réponse au questionnaire.

L'analyse statistique des données a été effectuée avec le logiciel Excel.

Les tests statistiques comparatifs de Fisher et du Chi2 ont été effectués selon le nombre d'effectif concerné à l'aide du logiciel BiostatGV, le risque d'erreur de première espèce alpha choisi était de 5%.

4) Cadre réglementaire

Cette étude répond aux critères de la Méthodologie de référence MR004.

L'université de Toulouse ayant signé un engagement de conformité pour cette méthodologie, l'étude a ainsi été inscrite au registre interne.

Résultats

I - Caractéristiques de la population

Sur les 301 internes contactés par mail, 79 ont répondu au questionnaire proposé, soit un taux de réponse de 26,2%.

Parmi les participants de l'étude, 41 (51,9%) étaient des internes de 2^e année, et 38 (48,1%) étaient des internes de 3^e année. Les taux de participation dans chaque promotion étaient respectivement de 26,8% pour les TCEM 2 et de 25,7% pour les TCEM 3.

La population de l'étude comptait 55 (69,6 %) femmes et 24 (30,4 %) hommes.

33 (41,8%) des étudiants avaient réalisé leurs études avant l'internat à la faculté de Toulouse, 46 (58,2%) provenaient de 19 facultés différentes réparties dans toute la France.

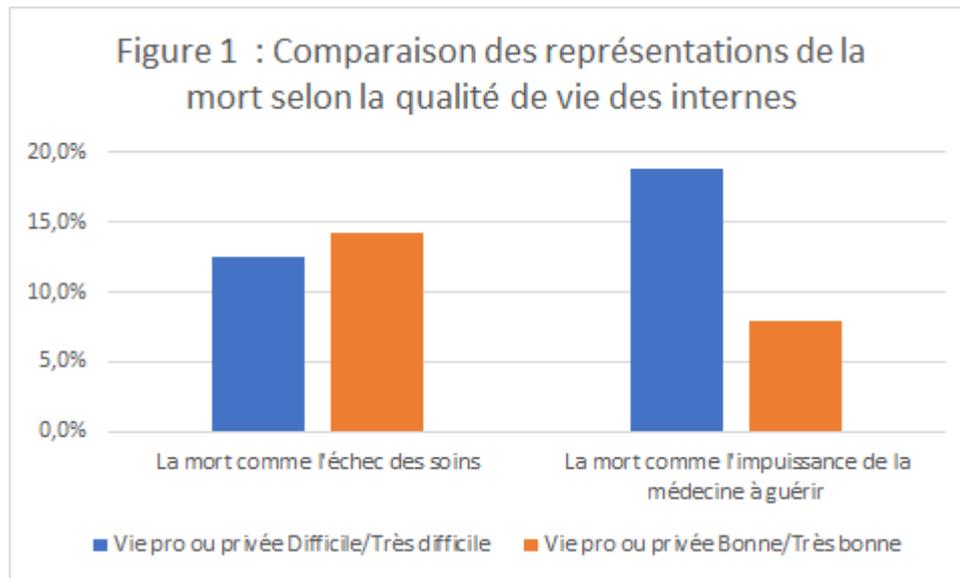
Pour 68 (86,1%) internes, la mort représentait l'issue normale à toute vie quelles que soient les circonstances, pour 38 (48,1%) elle représentait le continuum physiologique d'une maladie, tandis que 11 (13,9%) la considéraient comme l'échec des soins prodigués et 8 (10,1%) comme l'impuissance de la médecine à guérir les malades.

24 (30,4%) internes avaient une croyance spirituelle et 55 (69,6%) n'en avaient pas.

Concernant le ressenti global professionnel, 67 (84,8%) internes qualifiaient de bonne leur progression médicale au cours du DES de médecine générale, 8 (10,1%) la qualifiaient de très bonne, et 4 (5,1%) la qualifiaient difficile.

Concernant le ressenti global personnel, 20 (25,3%) internes qualifiaient de très bonne leur vie privée au cours de leur internat, 47 (59,5%) la qualifiaient bonne, 11 (13,9%) difficile et 1 (1,3 %) la qualifiait très difficile.

Il n'y avait pas de différence significative entre le nombre de représentations négatives de la mort chez les internes estimant leur qualité de vie comme bonne ou difficile (p-value=1 pour l'item "la mort comme l'échec des soins", p-value=0,348 pour l'item "la mort comme l'impuissance de la médecine à guérir").



II - Niveau de connaissances

Nous avons interrogé les internes sur leurs connaissances de la prise en charge des décès, concernant les 3 signes cliniques définissant légalement la mort :

38 (48,1%) internes ont mentionné l'absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée, 44 (55,7%) ont mentionné l'abolition de toute activité cardiovasculaire, 61 (77,2%) ont mentionné l'abolition de tous les réflexes du tronc cérébral, 15 (19%) ont mentionné la présence d'une rigidité cadavérique et de signes cutanés, 50 (63,3%) ont mentionné l'abolition totale de ventilation spontanée, 5 (6,3%) ont mentionné un ECG plat, 25 (31,6%) ont mentionné un EEG plat.

Soit un total de 67 (84,8%) mauvaises réponses, 12 (15,2%) internes ont mentionné les 3 vrais critères définissant légalement la mort clinique.

Nous avons questionné les internes sur les modalités légales entourant le décès :

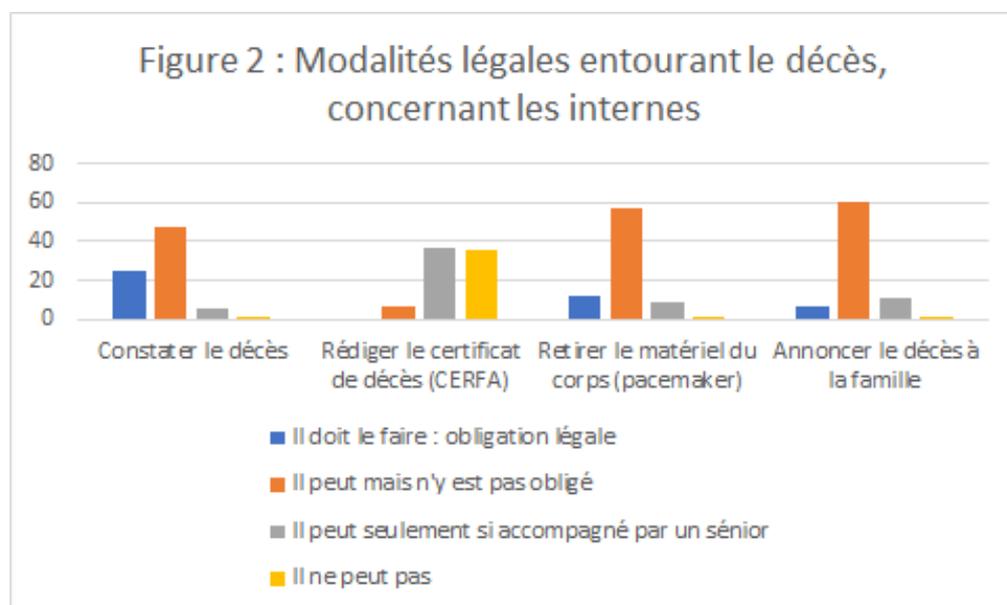
Concernant le constat clinique, 25 (31,6%) des interrogés considéraient que les internes doivent le faire, 48 (60,8%) considéraient que les internes peuvent le faire mais n'y sont pas obligés, 5 (6,3%) considéraient que les internes peuvent le faire seulement si un sénior les accompagne, 1 (1,3%) considérait que les internes ne peuvent pas le faire.

Concernant la rédaction du certificat CERFA de décès, aucun (0%) des interrogés considéraient que les internes doivent le faire, 6 (7,6%) considéraient que les internes

peuvent le faire mais n'y sont pas obligés, 37 (46,8%) considéraient que les internes peuvent le faire seulement si un sénior les accompagne, 36 (45,6%) considéraient que les internes ne peuvent pas le faire.

Concernant le retrait de matériel du corps (pacemaker), 12 (15,2%) des interrogés considéraient que les internes doivent le faire, 57 (72,2%) considéraient que les internes peuvent le faire mais n'y sont pas obligés, 9 (11,4 %) considéraient que les internes peuvent le faire seulement si un sénior les accompagne, 1 (1,3%) considérait que les internes ne peuvent pas le faire.

Concernant l'annonce du décès à la famille du défunt, 7 (8,9%) des interrogés considéraient que les internes doivent le faire, 60 (75,9%) considéraient que les internes peuvent le faire mais n'y sont pas obligés, 11 (13,9%) considéraient que les internes peuvent le faire seulement si un sénior les accompagne, 1 (1,3%) considérait que les internes ne peuvent pas le faire.



En pratique pour réaliser le constat clinique de mort du patient, 78 (98,7%) internes recherchaient des signes cardiovasculaires (absence de pouls..), 71 (88,6%) recherchaient des signes respiratoires (absence de ventilation..), 73 (92,4%) recherchaient des signes neurologiques (conscience, pupilles..), 39 (49,4%) recherchaient des signes cutanés (pâleur, tâche verte abdominale). 67 internes (84,8%) recherchaient à la fois des signes

cardiologiques respiratoires et neurologiques, parmi lesquels 33 (41,8%) recherchaient également des signes cutanés.

Lors d'un constat de décès avec matériel à retirer, 62 (78,5%) internes disaient procéder eux-même au retrait du matériel immédiatement, 11 (13,9%) laissaient le sénior responsable s'en charger, 6 (7,6%) laissaient le thanatopracteur s'en charger, aucun (0%) n'appelait l'interne de chirurgie.

Concernant l'annonce du décès, 42 (53,2%) internes exprimaient appeler systématiquement la famille, 13 (16,5%) n'appelaient que s'ils avaient pris le patient en charge de son vivant, 22 (27,8%) laissaient généralement l'équipe soignante s'en occuper (IDE ou sénior), 2 (2,5%) des internes n'appelaient jamais considérant que ce n'était pas leur responsabilité.

Au décours d'un constat de décès, 2 (2,5%) internes exprimaient rédiger le certificat CERFA par devoir, 15 (19%) disaient le rédiger car ils savaient le faire, 60 (75,9%) ne le rédigeaient pas considérant que c'est au médecin sénior de le rédiger et de le signer, 2 (2,5%) ne le rédigeaient pas par manque de connaissances.

III - Formation actuelle

1 (1,3%) interne évaluait son niveau de connaissances théoriques comme excellent, 19 (24,1%) l'évaluaient bon, 42 (53,2%) l'évaluaient correct, 2 (2,5%) l'évaluaient mauvais, 15 (19%) l'évaluaient médiocre.

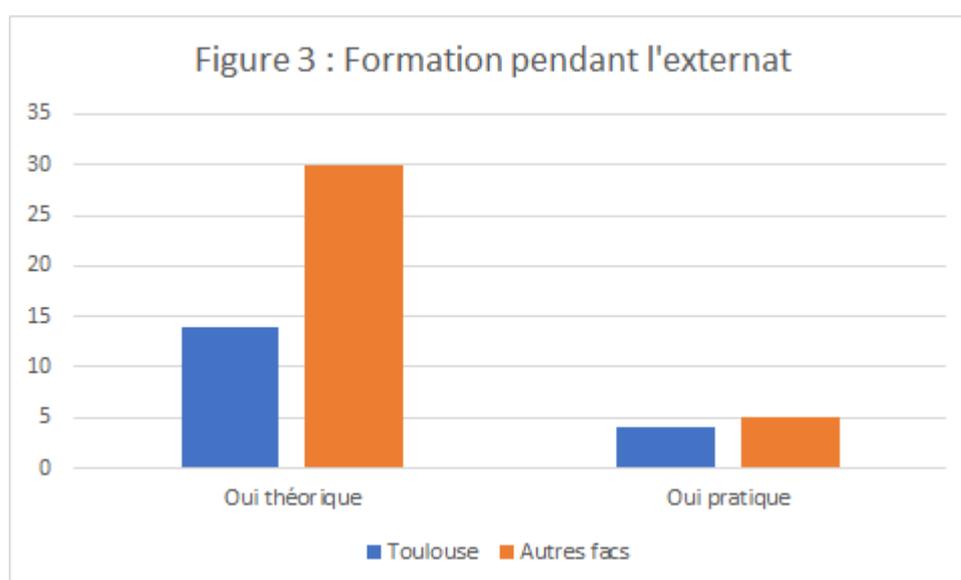
1 (1,3%) interne évaluait son niveau de connaissances pratiques comme excellent, 16 (16,5%) l'évaluaient bon, 39 (49,4%) l'évaluaient correct, 1 (1,3%) l'évaluait mauvais, 25 (31,6%) l'évaluaient médiocre.

Concernant la formation pendant l'externat : 44 (55,7%) internes ont exprimé avoir bénéficié d'une formation théorique sur la prise en charge des décès, 9 (11,4%) ont exprimé avoir bénéficié d'une formation pratique sur ce sujet.

Concernant la formation pendant l'internat : 17 (21,5%) des internes ont exprimé avoir bénéficié d'une formation théorique sur la prise en charge des décès, 14 (17,7%) ont exprimé avoir bénéficié d'une formation pratique sur ce sujet.

En somme, 24 (30,3%) des internes ont exprimé n'avoir jamais eu aucune formation sur la prise en charge des décès.

Il n'y avait pas de différence significative entre la faculté de Toulouse et les autres facultés concernant la présence d'une formation théorique ou pratique pendant l'externat (p-value=0,074 pour la formation théorique, p-value=1 pour la formation pratique).



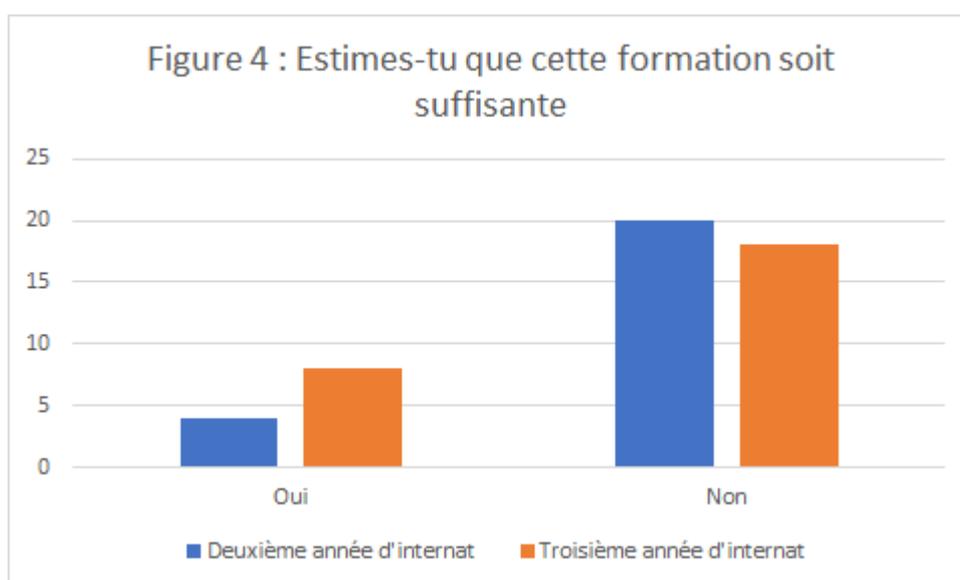
Il n'y avait pas de différence significative entre les internes de deuxième et troisième années concernant la présence d'une formation théorique ni pratique pendant l'internat (p-value=0,859 pour la théorique, p-value=0,069 pour la pratique).

Pour 35 (63,6%) des internes ayant déclaré avoir eu une formation (internat et externat compris) sur la prise en charge des décès, celle-ci avait eu lieu avant leur première expérience de décès, alors qu'elle avait eu lieu après pour 20 (38,2%) des internes.

Parmi ceux ayant déclaré avoir reçu une formation sur la prise en charge des décès pendant leur internat, celle-ci a eu lieu avant leur première expérience de décès pour 11 (40,7%) internes, soit 16 (59,3%) des internes qui ont reçu cette formation après leur première expérience de décès.

1 (1,8%) des internes ayant déclaré avoir eu une formation sur la prise en charge des décès considérait qu'elle était tout à fait suffisante, 11 (20 %) la considéraient plutôt suffisante, 30 (54,5 %) ne la considéraient pas vraiment suffisante, 8 (14,5%) ne la considéraient pas du tout suffisante. 12 internes ont mal répondu à cette question : 5 n'ont pas répondu alors qu'ils auraient dû (données manquantes), et 7 ont répondu alors qu'ils n'étaient pas concernés.

Il n'y avait pas de différence significative entre les internes de deuxième et troisième années concernant leur jugement sur la formation actuelle (p-value=0,326).

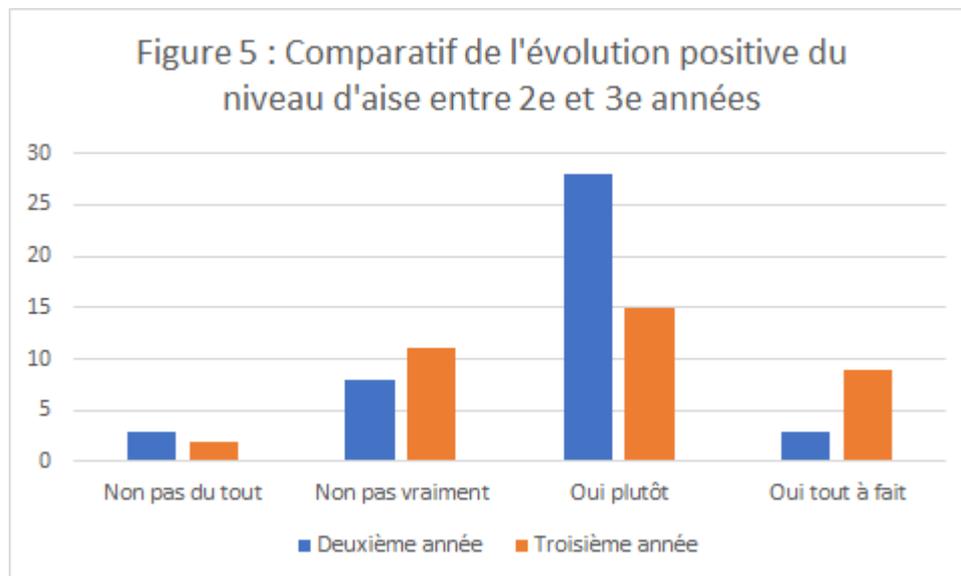


30 (38%) internes connaissaient le site web et/ou l'application CertDC, 49 (62%) n'en avaient jamais entendu parler. 7 (8,9%) internes avaient déjà utilisé ces outils, 72 (91,1%) ne l'avaient jamais fait. 57 (72,2%) internes pensaient utile d'y être sensibilisés pendant l'internat, 22 (27,8%) le jugeaient inutile.

IV - Formation à améliorer

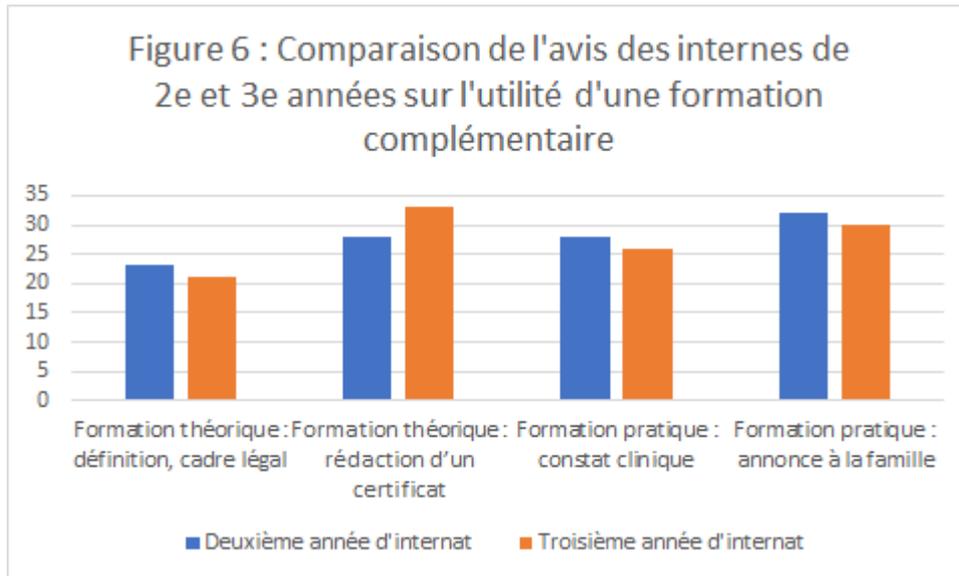
Nous avons questionné les internes afin de savoir s'ils se sentaient plus à l'aise avec le constat de décès qu'au début de leur internat : 12 (15,2%) internes ont répondu "tout à fait", 43 (54,4%) ont répondu "plutôt", 19 (24,1%) ont répondu "pas vraiment", 5 (6,3%) ont répondu "pas du tout".

Il n'y avait pas de différence significative entre les deuxième et troisième années sur les différentes réponses concernant l'évolution positive du niveau d'aise des internes avec le constat de décès (p-value=0,061).



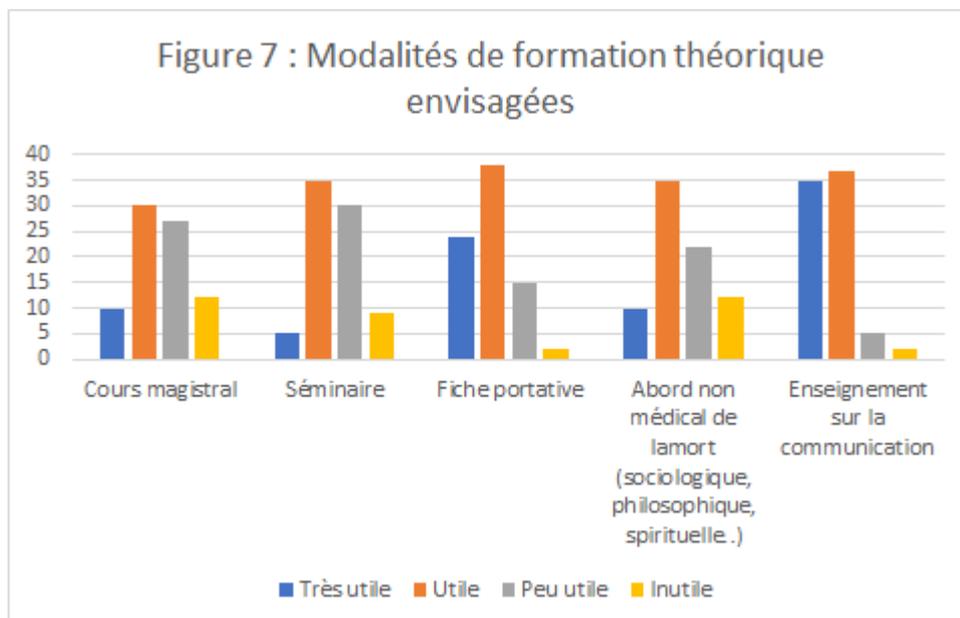
Concernant l'idée d'un complément de formation, 44 (55,7%) internes se sont prononcés en faveur d'une formation théorique sur les définitions et le cadre légal du constat de décès, 61 (77,2%) se sont prononcés en faveur d'une formation théorique sur la rédaction du certificat CERFA de décès, 54 (68,4%) se sont prononcés en faveur d'une formation pratique sur le constat clinique, et 62 (78,5%) se sont prononcés en faveur d'une formation pratique sur l'annonce à la famille. Au total 66 internes (83,5%) se sont prononcés en faveur d'une formation à la fois théorique et pratique, 3 internes (3,8%) étaient en faveur d'une formation uniquement théorique, 10 internes (12,7%) étaient en faveur d'une formation uniquement pratique.

Il n'y avait pas de différence significative entre les avis des deuxième et troisième années concernant l'utilité d'une formation complémentaire (p-value=0,888).



Au sujet du moment semblant le plus opportun pour réaliser ce complément de formation : 32 (40,5%) internes estimaient que le début du premier semestre était le moment le plus opportun, 37 (46,8%) des internes estimaient le début du stage urgences le plus opportun, 6 (7,6%) estimaient le début du stage médecine polyvalente le plus opportun, et 4 (5,1%) estimaient le début du premier SASPAS le moment le plus opportun.

La figure 7 représente l'avis des internes concernant l'utilité des différentes modalités de formation théorique envisagées.



Concernant la modalité “cours magistral” : 10 (12,7%) internes la considéraient très utile, 30 (38%) la considéraient utile, 27 (34,2%) la considéraient peu utile, 12 (15,2%) internes la considéraient inutile.

Concernant la modalité “séminaire” : 5 (6,3%) internes la considéraient très utile, 35 (44,3%) la considéraient utile, 30 (38%) la considéraient peu utile, 9 (11,4%) internes la considéraient inutile.

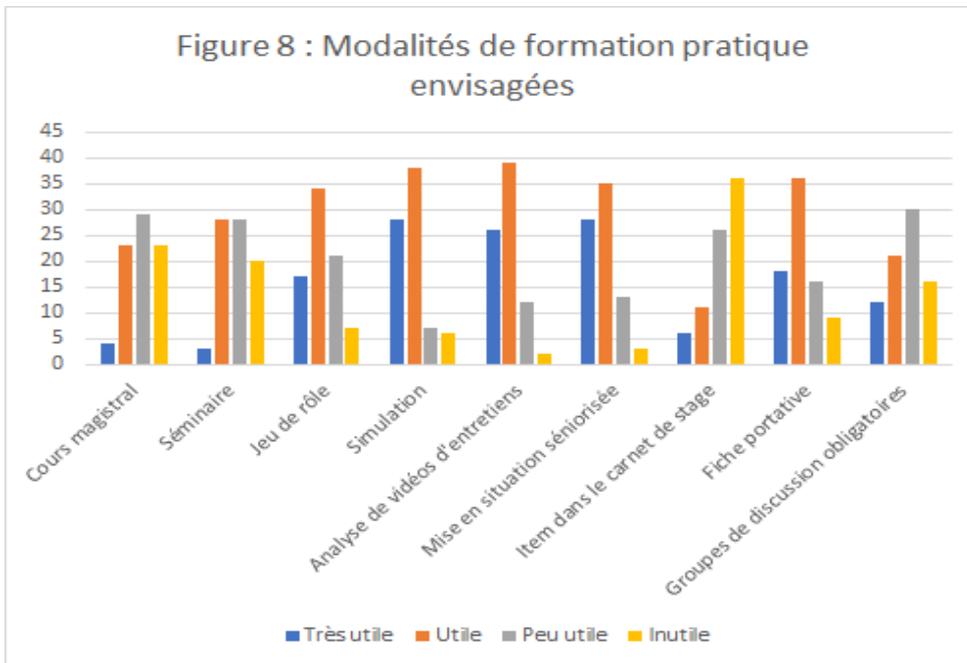
Concernant la modalité “fiche portative” : 24 (30,4%) internes la considéraient très utile, 38 (48,1%) la considéraient utile, 15 (19%) la considéraient peu utile, 2 (2,5%) internes la considéraient inutile.

Concernant la modalité “abord non médical de la mort (sociologique, philosophique, spirituelle..)” : 10 (12,7%) internes la considéraient très utile, 35 (44,3%) la considéraient utile, 22 (27,8%) la considéraient peu utile, 12 (15,2%) internes la considéraient inutile.

Concernant la modalité “enseignement sur la communication” : 35 (44,3%) internes la considéraient très utile, 37 (46,8%) la considéraient utile, 5 (6,3%) la considéraient peu utile, 2 (2,5%) internes la considéraient inutile.

Il n’y avait pas de différence significative entre les avis des deuxième et troisième années concernant l’utilité des modalités théoriques envisagées (p-value=0,200).

La figure 8 représente l’avis des internes concernant l’utilité des différentes modalités de formation pratique envisagées.



Concernant la modalité “cours magistral” : 4 (5,1%) internes la considéraient très utile, 23 (29,1%) la considéraient utile, 29 (36,7%) la considéraient peu utile, 23 (29,1%) internes la considéraient inutile.

Concernant la modalité “séminaire” : 3 (3,8%) internes la considéraient très utile, 28 (35,4%) la considéraient utile, 28 (35,4%) la considéraient peu utile, 20 (25,3%) internes la considéraient inutile.

Concernant la modalité “jeu de rôle” : 17 (21,5%) internes la considéraient très utile, 34 (43%) la considéraient utile, 21 (26,6%) la considéraient peu utile, 7 (8,9%) internes la considéraient inutile.

Concernant la modalité “simulation” : 28 (35,4%) internes la considéraient très utile, 38 (48,1%) la considéraient utile, 7 (8,9%) la considéraient peu utile, 6 (7,6%) internes la considéraient inutile.

Concernant la modalité “analyse de vidéos d’entretiens” : 26 (32,9%) internes la considéraient très utile, 39 (49,4%) la considéraient utile, 12 (15,2%) la considéraient peu utile, 2 (2,5%) internes la considéraient inutile.

Concernant la modalité “mise en situation séniorisée” : 28 (35,4%) internes la considéraient très utile, 35 (44,3%) la considéraient utile, 13 (16,5%) la considéraient peu utile, 3 (3,8%) internes la considéraient inutile.

Concernant la modalité “création d’un item dans le carnet de stage” : 6 (7,6%) internes la considéraient très utile, 11 (13,9%) la considéraient utile, 26 (32,9%) la considéraient peu utile, 36 (45,6%) internes la considéraient inutile.

Concernant la modalité “fiche portative” : 18 (22,8%) internes la considéraient très utile, 36 (45,6%) la considéraient utile, 16 (20,3%) la considéraient peu utile, 9 (11,4%) internes la considéraient inutile.

Concernant la modalité “création de groupes de discussion obligatoires” : 12 (15,2%) internes la considéraient très utile, 21 (26,6%) la considéraient utile, 30 (38%) la considéraient peu utile, 16 (20,3%) internes la considéraient inutile.

Il n’y avait pas de différence significative entre les avis des deuxième et troisième années concernant l’utilité des modalités pratiques envisagées (p -value=0,761).

Six internes ont répondu aux suggestions libres de complément de formation sur le sujet, voici leurs réponses :

- Interne n°15 : “Une formation pratique sur le retrait d'un pacemaker”
- Interne n°39 : “Je pense que la formation doit se faire pendant l'externat et non l'internat mais on ne pouvait pas le cocher ! On a déjà trop de formations pendant l'internat !!”
- Interne n°44 : “Mon premier constat seul a été au premier stage d'externat. Je pense que les externes devraient également être plus sensibilisés et accompagnés afin d'être préparé à affronter la mort en stage”
- Interne n°53 : “je pense qu'au minimum on devrait nous apprendre à retirer un pm sans se mettre en danger, établir un certif deces et l'examen clinique du mort. La communication avec la famille un plus”
- Interne n°68 : “Je pense que rien de vraiment long niveau formation est utile. Plutot qqch de rapide mais de synthétique avec une mise en situation pr constater le dc et rédiger le certif”
- Interne n°72 : “Cours theorique sur le diagnostic de deced ayant eu lieu mais par un intervenant peu precis, partageant surtout son experience personnelle et ne se basant pas sur les criteres objectifs à verifier. De plus, sources officielles difficiles à trouver pour etablir le diagnostic. Avoir un support officiel exhaustif concernant le diagnostic m'aiderait beaucoup, ainsi qu'un cours precis sur les signes cliniques physiologique qu'on peut rencontrer lors d'un deces (gasp, echappement de bruits cardiaques en phase agonique...)”.

Discussion

I - Principaux résultats

Les internes de médecine générale de Toulouse semblaient insuffisamment formés sur la prise en charge des décès.

Tout d'abord nous avons pu constater un réel manque de connaissances : seulement 12 internes sur les 79 répondants (soit 15,2%) connaissaient les trois critères définissant légalement la mort clinique. Ceci était également avoué par les internes eux-mêmes, puisque 15 internes (19%) évaluaient leur niveau de connaissances théoriques médiocre et 25 internes (31,6%) évaluaient leur niveau de connaissances pratiques médiocre. Ensuite les internes ont clairement déclaré n'avoir pas été suffisamment formés : 24 internes, soit un tiers des internes (30,4%), ont exprimé n'avoir jamais eu aucune formation à ce sujet. Et pour ceux ayant déclaré avoir bénéficié d'une formation, celle-ci avait souvent eu lieu après leur première expérience de décès, et était jugée insuffisante. Corroborant ce résultat, lors de l'étude, 24 internes soit un tiers des internes questionnés (30,4%) ne s'estimaient pas plus à l'aise avec le constat de décès qu'au début de leur internat.

Ces résultats font écho à notre ressenti et notre expérience personnelle ayant motivé ce travail de recherche. Ils confirment notre hypothèse première et donc la nécessité de mettre en place une formation dédiée à ce sujet pour les internes.

Dans notre étude, un total de 66 internes, soit 83,5%, se sont prononcés en faveur d'un complément de formation à la fois théorique et pratique concernant les différentes modalités de la prise en charge des décès.

Le début de l'internat était considéré comme le plus opportun pour mettre en place ce complément de formation.

Dans l'idée d'un complément de formation théorique, les modalités envisagées utiles étaient un enseignement sur la communication, un support à type de fiche portative, et de manière moins marquée mais non négligeable un abord non médical autour de la mort.

En complément de formation pratique, les internes envisageaient comme utiles la simulation, l'analyse de vidéos d'entretien, la mise en situation clinique, un support à type de fiche portative, et les jeux de rôle.

Ces résultats sont similaires aux quelques études réalisées en France auprès d'internes d'autres facultés, le manque de formation sur la prise en charge des décès revenant très majoritairement dans toutes les études réalisées.(4,12-17) Les internes aspirent à une formation essentiellement pratique avec mises en situation, jeux de rôles, et simulation, comme exprimé dans l'étude de Tournier et al.(12) L'attrait exprimé dans notre étude pour la mise en situation clinique rejoint la notion de solitude, et le souhait d'être accompagnés, exprimée à la fois dans la première partie de notre étude ainsi que dans la littérature.(4,13,14,16-18)

Les études de Tournier et al., Assez et al. et Innocenti Nadia appuient particulièrement la nécessité d'une formation axée sur la communication, notion fortement exprimée également dans les résultats de notre enquête.(12,14,15) Les internes exprimaient par ailleurs leur souhait d'une fiche portative ce qui rejoint l'idée de "guide" avec des repères théoriques afin de limiter l'impact émotionnel, idée notamment exprimée dans l'étude de Juliette Bonin.(16) Dans cette même étude étaient mentionnés l'intérêt d'aborder la mort sous un autre angle que médical (philosophique, anthropologique...), ainsi que l'intérêt des analyses de situations pratiques permettant une ouverture sur l'expression du ressenti des internes, notions qui sont aussi ressorties dans notre travail.

D'un point de vue juridique, la possibilité de rédiger le certificat CERFA de décès semblait être une notion floue pour les internes. Il semble utile de rappeler qu'en 2020 suite à la crise sanitaire du covid-19, un décret (Décret n°2020-446, Art. D. 2213-1-1-2 du code général des collectivités territoriales) est venu élargir et préciser les conditions d'établissement des certificats de décès, permettant notamment aux internes ayant validé deux semestres d'internat dans leur spécialité d'établir des certificats de décès "dans le cadre de leurs stages, par délégation et sous la responsabilité du praticien maître de stage ou responsable de stage dont ils relèvent".(19)

II - Forces et limites

La force principale de cette étude réside dans l'articulation de deux travaux de thèses spécifiques sur le ressenti et les besoins des internes, à partir d'un questionnaire unique commun recueillant des données propres à chaque étude ainsi que des données communes. Ce d'autant que cette étude a été réalisée par deux jeunes chercheuses novices.

Le questionnaire commun a été lu et testé par deux jeunes médecins généralistes avant diffusion afin de renforcer la validité interne de l'étude.

Une autre force de cette étude est son but pédagogique. Ses résultats ont permis l'élaboration d'une trame de formation, et ouvrent ainsi la voie à la création d'un futur enseignement complémentaire sur la prise en charge des décès, en vue de limiter les difficultés potentielles que les internes pourraient rencontrer dans ces situations.

A notre connaissance, il n'existe à ce jour qu'une seule autre étude quantitative réalisée en France sur les attentes de formation sur ce sujet (12), ce qui lui octroie une force d'originalité.

Le taux de réponses limité à 26,2% des internes concernés peut rendre difficile l'extrapolation de ces résultats à la population complète des internes. Ce d'autant que la participation à notre étude étant basée sur le volontariat, il est possible que les 79 internes répondants aient été plus sensibles aux problématiques sur la prise en charge des décès, ce qui constituerait un biais de sélection. Toutefois, les réponses ne semblaient pas influencées significativement par la qualité de vie des internes (cf Figure 1).

Du fait de la temporalité de notre étude nous avons choisi d'exclure les internes de TCEM 1 qui débutaient juste leur année. Cependant, d'après les résultats démontrant que les premières expériences de décès survenaient principalement pendant la première année d'internat, il aurait été intéressant d'interroger cette population puisque directement concernée. Nous pouvons également nous interroger sur la possibilité d'un biais cognitif des internes de 2e et 3e années.

Enfin, le manque d'expérience des chercheuses a pu influencer la qualité du traitement des données et de l'analyse statistique.

Une question de cette étude a fait l'objet de multiples erreurs : 12 internes ont mal répondu à la question concernant la suffisance de la formation actuelle sur la prise en charge des

décès, 5 réponses étaient manquantes, et 7 ont répondu alors qu'ils n'étaient pas concernés par la question. Nous pouvons imaginer que l'énoncé de la question précisant le public concerné n'était pas clair.

Pour finir, nous n'avons objectivé aucune différence significative dans les réponses entre les TCEM 2 et 3 tout au long de notre étude, nous pouvons nous interroger sur l'effet d'un possible manque de puissance.

III - Ouverture

Les résultats de cette étude démontrent que les internes sont peu préparés à leurs premières expériences de prise en charge des décès, et nous pouvons penser que cela participe aux difficultés qui sont souvent ressenties dans ces situations. En effet, d'après la première partie de l'étude dirigée par Mme Hocine, les difficultés exprimées par les internes sont principalement d'ordre émotionnel avec notamment un ressenti de tristesse et de manque d'accompagnement. S'ajoutent à celles-ci des difficultés d'ordre relationnel lors de l'annonce à la famille et d'ordre clinique sur le diagnostic de mort.

Ainsi, bien que notre échantillon répondeur soit limité, il nous semble que les réponses indiquent un besoin non négligeable de formation complémentaire sur la prise en charge des décès, afin de fournir aux internes des outils permettant de limiter l'impact émotionnel de leur confrontation avec la mort.

Nous avons de ce fait imaginé un format de cours basé sur les résultats de notre étude, dont voici le déroulé (annexe n°4) :

Proposition de programme d'enseignement :

Sur une demi-journée au début du premier semestre

I - Partie théorique

- 1) Recueil de questions des internes
- 2) Rappel définition légale, abord des multiples dimensions touchant les représentations de la mort (recueil d'un nuage de mots des internes par exemple, dimension juridique, sociale, familiale, spirituelle...)

- 3) Constat clinique : quels signes cliniques rechercher, distinction mort attendue / inattendue
 - 4) Notions juridiques : que peuvent faire les internes, qu'implique le décès d'une personne
 - 5) Rédiger un certificat, utilisation de l'appli certDC (afficher au tableau une présentation des supports et comment les remplir)
- Fiche récap des notions théoriques essentielles au décours

II - Partie pratique

- 1) Atelier retrait de matériel du corps : en pratique comment faire
Schéma ou Vidéo puis simulation pratique sur support maquette
 - 2) Atelier annonce à la famille :
 - Notions de communication : quoi éviter de dire ou faire / intervenant externe si nécessaire, lien avec les différentes dimensions : importance de rester simple et neutre
 - Analyse de vidéos d'entretien, simulation
- Fiche récap des notions pratiques essentielles au décours

Conclusion :

Les internes de médecine générale sont en première ligne dans la prise en charge des décès des patients, et cette étude montre que les internes de la faculté de Toulouse y sont insuffisamment formés. Leurs premières expériences de décès surviennent précocement dans leur parcours de DES et ils y sont souvent confrontés seuls. Le manque de connaissances et d'accompagnement lors de leurs premières expériences de décès participe aux difficultés éprouvées, dans un contexte émotionnel particulièrement complexe.

Partagés entre objectifs d'excellence, stress de l'apprentissage de l'autonomie et charge émotionnelle inhérente au métier, les internes constituent une population fragile. Les difficultés pratiques combinées aux difficultés émotionnelles et le manque de soutien des seniors sont des facteurs de risque connus d'épuisement professionnel. (20,21) Il est donc important d'identifier au mieux leurs besoins afin de prévenir ce syndrome.

Bien que notre échantillon répondeur soit limité, il nous semble que l'ensemble de nos résultats indique un besoin non négligeable de formation complémentaire sur la prise en charge des décès. Les internes souhaitent un complément de formation à la fois théorique et pratique. Cette formation pourrait survenir au début de l'internat. Les résultats de cette étude ont permis l'élaboration d'une proposition de programme d'enseignement, comprenant à la fois une partie théorique reprenant des notions cliniques et juridiques, ainsi qu'une partie pratique avec mise en situation concernant le retrait de matériel et l'annonce du décès aux proches. La mise en place d'une telle formation, en diminuant le niveau de stress et en augmentant le niveau d'aise des internes, pourrait permettre de leur fournir des outils afin de limiter l'impact émotionnel de leur confrontation avec la mort.

Vu
Toulouse le 24/08/2024

Toulouse, le 26/08/2024
Vu, permis d'imprimer

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ
Médecine, Maïeutique, Paramédical
Le Président de l'Université Toulouse III Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation
Le Doyen - Directeur
Du Département Médecine, Maïeutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS

Références bibliographiques :

1. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 6 août 2023].
Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=mort>
2. **Espérance de vie - Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676610?sommaire=3696937#titre-bloc-3>**
3. MÉDECINE : Etymologie de MÉDECINE [Internet]. [cité 24 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/etymologie/m%C3%A9decine/0>
4. Lam B. Partage d'expériences des internes de médecine générale face au décès brutal du patient: étude qualitative, par focus groupes. 2017;44.
5. Lafontaine C. La condition postmortelle. Du déni de la mort à la quête d'une vie sans fin. Études. 2008;409(10):327-35.
6. Le Guay D. Représentation actuelle de la mort dans nos sociétés: les différents moyens de l'occulter. Études sur la mort. 2008;134(2):115-23.
7. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile - Insee Focus - 95 [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763>
8. Article L2223-42 - Code général des collectivités territoriales - Légifrance [Internet]. [cité 24 sept 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886319
9. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. [cité 14 août 2024]. Expérimentation de la rédaction des certificats de décès par les infirmiers. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/article/experimentation-de-la-redaction-des-certificats-de-deces-par-les-infirmiers>
10. Expérimentation autorisant les infirmiers à signer des certificats de décès [Internet]. [cité 25 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-garonne/infirmier/exercice-liberal/prescription-prise-charge/prise-charge-situation-type-soin/certificats-deces-par-infirmier>
11. Article R1232-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 24 sept 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006909048
12. Tournier L, Di Patrizio P, Salleron J, Claudot F, Lamouille-Chevalier C. Le premier

- constat de décès par les internes en médecine générale : étude quanti- et qualitative. Médecine Palliative [Internet]. 27 août 2022 [cité 9 févr 2023]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636652222000551>
13. Richard MC. Étude qualitative chez les internes de médecine générale de Paris: vécu et ressenti de la mort et de la fin de vie [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2017.
 14. Innocenti Nadia. Quel est le ressenti et les attentes en formation des internes en médecine à Nice en 2016 lors de la prise en charge de patients en fin de vie. [France]: Université de Nice Sophia Antipolis; 2016.
 15. Assez N, Quievre C, Pokladnik K, Hubert H, Wiel E, Rosenstrauch C. L'annonce de la mort : une épreuve difficile pour les jeunes médecins. Enquête auprès de 42 internes et médecins « juniors ». Ann Fr Med Urgence. 1 janv 2012;2(1):9-18.
 16. Bonin J, Sagot V, Vorilhon P, Michelin Y. L'annonce d'un décès à la famille : vécu des internes de médecine générale et perspectives d'amélioration - Une étude qualitative par entretiens semi structurés. Pédagogie Médicale. 1 nov 2017;18(4):153-60.
 17. Grenier M. Medical student and death disclosure to relatives: their experiences. From 14 guided interviews. Bordeaux in 2018. 19 nov 2018;109.
 18. Daras S. Les attentes des internes concernant la formation au sujet de la mort de leurs patients: étude qualitative par la méthode des focus group auprès d'internes de médecine générale de la faculté de Reims [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2016.
 19. Décret n° 2020-446 du 18 avril 2020 relatif à l'établissement du certificat de décès. 2020-446 avr 18, 2020.
 20. Bénédicte Barbarin, Lionel Goronflot. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale. Exercer. 2012;23(101).
 21. Ministère des affaires sociales et de la santé. Risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants (médecine, pharmacie et odontologie). 2017.

Annexes

Annexe n°1 : Questionnaire de Thèse

Bonjour à tous,

Nous sommes Lucie Hocine et Laura Laporte, deux internes réalisant nos thèses respectives sur les difficultés ressenties ainsi que sur les besoins en formation des internes de médecine générale de Toulouse concernant la prise en charge des décès.

L'objectif est de connaître ton niveau d'aisance et de mettre en lumière les difficultés que tu as pu ressentir dans la prise en charge des décès afin de dégager des axes d'amélioration de ta formation médicale.

Pour cela nous te proposons de remplir cet unique questionnaire anonyme qui nous permettra de réaliser chacune notre thèse (15 min environ).

Nous te remercions d'avance de consacrer un peu de ton temps à contribuer à l'évolution pédagogique pour les futurs internes.

Questions générales introductives

Parlons un peu de toi.

1. Que t'évoque la mort d'un patient :
 - Le continuum physiologique d'une maladie
 - L'échec des soins prodigués
 - L'impuissance de la médecine à guérir
 - L'issue normale à toute vie, quelles que soient les circonstances

2. Es-tu :
 - Un homme
 - Une femme
 - Autre

3. As-tu une croyance spirituelle :

- Oui
 - Non
4. Quel est ton niveau d'internat :
- Première année d'internat
 - Seconde année d'internat
 - SASPAS
5. Quelle a été ta faculté d'externat :
- Toulouse
 - Autre : ...
6. D'un point de vue technique, comment qualifierais-tu ta progression professionnelle au cours du DES de médecine générale :
- Très bonne
 - Bonne
 - Difficile
 - Très difficile
7. D'un point de vue personnel, comment qualifierais-tu ta vie privée au cours de ton internat :
- Très bonne
 - Bonne
 - Difficile
 - Très difficile

Première expérience de décès

Nous allons dans cette partie nous concentrer sur ta **première expérience de prise en charge de décès d'un patient**.

8. Concernant ta **première** expérience de décès en tant qu'interne, as-tu déjà :

	Tu l'as fait seul	Tu l'as fait accompagné d'un sénior	Tu ne l'as jamais fait
Constaté le décès			
Rédigé le certificat (CERFA) de décès			
Retiré le matériel du corps (pacemaker..)			
Annoncé le décès à la famille			

9. En cas de réponse positive à **“as-tu déjà constaté le décès”**, en quel stage te trouvais-tu lors de ta première expérience de constat de décès : (*dans le cas contraire passe directement à la question 13*)

- Prat Niveau 1
- Urgences
- Femme/enfant
- Médecine Adulte
- SASPAS 1
- SASPAS 2

10. Quelles étaient les circonstances de ce premier constat :

- En service hospitalier en journée

- En garde la nuit
 - Au domicile du patient
11. Lors de cette première expérience de décès, quelles sont les difficultés que tu as rencontrées :
- Aucune
 - Difficultés avec le diagnostic de l'état de mort
 - Difficultés avec la rédaction du certificat de décès
 - Difficulté émotionnelle au rapport avec la mort
 - Sensation de solitude, manque d'accompagnement
 - Difficulté relationnelle avec la famille du défunt
12. Si tu as éprouvé des difficultés lors de cette première expérience de décès, à quelles ressources as-tu fait appel face à celles-ci : (*si tu as coché "aucune", passe à la question 13*)
- Aucune
 - Ressources théoriques (fiche guide pratique, recherche internet..)
 - Personnel médical encadrant (sénior, maître de stage..)
 - Personnel paramédical (IDE, AS..)
 - Co-interne

Ressenti

*Parlons maintenant de ton ressenti général sur la prise en charge **globale** des décès au cours de ton internat de médecine générale.*

13. Selon toi, à quel niveau de difficulté estimes-tu :

	Très Facile	Facile	Normal	Difficile	Très difficile
--	-------------	--------	--------	-----------	----------------

Constater le décès					
Rédiger le certificat de décès (<i>CERFA</i>)					
Retirer le matériel du corps (<i>Pacemaker</i>)					
Annoncer le décès à la famille					

14. Penses-tu qu'avoir suivi médicalement le patient avant son décès conditionne ton ressenti émotionnel :

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Pas vraiment
- Pas du tout

15. Si tu as répondu “oui tout à fait” ou “oui plutôt”, selon-toi quels sont les facteurs qui pourraient conditionner ton ressenti quand tu seras installé : (*en cas de réponse “pas vraiment ou pas du tout”, passe directement à la question 16*)

- La relation établie avec les proches du défunt tout au long de sa prise en charge
- La relation établie avec le patient lui-même tout au long de sa prise en charge
- La relation établie avec l'équipe de soins paramédicale tout au long de sa prise en charge
- La connaissance de la pathologie du patient et des éventuelles circonstances de la mort

- Le fait que tu te sois préparé à la mort potentielle du patient

16. Généralement, quel(s) sentiment(s) ressens-tu lors de la prise en charge d'un décès
:

	Tout à fait	Plutôt	Pas vraiment	Pas du tout
Empathie pour le patient et/ou sa famille				
Sérénité				
Sentiment d'avoir accompli son devoir				
Indifférence				
Impuissance				
Sentiment d'échec				
Culpabilité				
Solitude				
Tristesse				

Angoisse de ne pas savoir gérer cette prise en charge				
Peur de la mort				
Nécessité de masquer ses émotions				

17. Autre ressenti non listé ci-dessus : ...

Connaissances sur le Constat de décès

Quelques questions générales sur tes connaissances théoriques et ta pratique en termes de constat de décès.

Théorie

Les questions suivantes servent à mettre en lumière les connaissances que tu as acquises de manière théorique sur le constat de décès et la prise en charge globale d'un décès.

18. Selon toi, quels sont les 3 critères cliniques définis dans le code de santé publique permettant d'attester la mort d'un individu :

- Absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée
- Abolition de toute activité cardiovasculaire
- Abolition de tous les réflexes du tronc cérébral
- Présence d'une rigidité cadavérique et de signes cutanés
- Abolition totale de ventilation spontanée
- ECG plat
- EEG plat

19. A ton avis, quelles sont les modalités légales entourant le constat de décès concernant les internes :

	Il doit le faire : Obligation légale	Il peut mais n'y est pas obligé	Il peut seulement si accompagné par un sénior	Il ne peut pas
Constat er le décès				
Rédiger le certificat (<i>CERFA</i>) de décès				
Retirer le matériel du corps (<i>PM</i>)				
Annoncer le décès à la famille				

Ta pratique

Les questions suivantes vont concerner ta pratique médicale au cours de ton internat et de tes différents stages, du constat de décès et de la prise en charge globale d'un décès.

20. Lors d'un constat de décès que recherches-tu comme éléments cliniques :

- Signes cardiovasculaires (absence de pouls..)
- Signes respiratoires (absence de ventilation..)
- Signes neurologiques (conscience, pupilles..)
- Signes cutanés (pâleur, tache verte abdominale..)

21. Lors d'un constat de décès avec matériel à retirer :

- Tu procèdes toi-même au retrait du matériel immédiatement
- Tu laisses le sénior responsable s'en charger
- Tu laisses le thanatopracteur s'en charger
- Tu appelles l'interne de chirurgie si tu es en milieu hospitalier

22. Concernant l'annonce du décès à la famille du défunt :

Tu appelles systématiquement

- Tu n'appelles que si tu as pris le patient en charge de son vivant
- Tu laisses généralement l'équipe soignante s'en charger (IDE ou sénior)
- Tu n'appelles jamais, ce n'est pas ta responsabilité

23. Au décours d'un constat de décès, rédiges-tu le certificat (*CERFA*) de décès :

- Oui parce que je dois le faire
- Oui parce que je sais le faire
- Non parce que je ne sais pas le faire
- Non car c'est au médecin sénior de le rédiger et de le signer

Formation actuelle

Au sujet de la formation que tu as reçue jusqu'ici, concernant la prise en charge des décès.

24. Comment évaluerais-tu ton niveau de connaissances théoriques concernant **le constat de décès** :

- Excellent
- Bon
- Correct
- Médiocre
- Mauvais

25. Comment évaluerais-tu ton niveau de connaissances pratiques concernant **la prise en charge des décès** :

- Excellent
- Bon
- Correct
- Médiocre
- Mauvais

26. Pendant tes études, as-tu reçu une formation sur la prise en charge des décès :

	Oui pendant l'externat	Oui pendant l'internat	Non jamais
Formation théorique			

Formation pratique			
--------------------	--	--	--

27. **En cas de réponse positive** à la question précédente, cette formation a-t-elle eu lieu avant ta première expérience de décès : *(en cas de réponse négative passe à la question 28)*

- Oui
- Non

28. Estimes-tu que cette formation soit suffisante :

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Non pas vraiment
- Non pas du tout

29. A propos du site web et/ou de l'application **CertDC**, des outils qui permettent la rédaction numérique du certificat de décès :

	Oui	Non
En as-tu déjà eu connaissance ?		
As-tu eu l'occasion de les utiliser ?		

Penses-tu utile d'y être sensibilisé pendant ton internat ?		
---	--	--

Formation à améliorer

Nous souhaitons maintenant recueillir ton avis au sujet d'une éventuelle amélioration de ta formation concernant la prise en charge des décès.

30. A ce jour, estimes-tu être plus à l'aise avec le constat de décès qu'au début de ton internat :

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Non pas vraiment
- Non pas du tout

31. A ton avis, quel(s) complément(s) de formation serai(en)t utile(s) afin de mieux préparer les internes à leur première expérience de décès :

- Formation théorique : définition, cadre légal
- Formation théorique : rédaction d'un certificat
- Formation pratique : constat clinique
- Formation pratique : annonce à la famille

32. Selon toi, quel serait le moment le plus opportun pour mettre cette formation en oeuvre :

- Au début du premier semestre
- A la fin du premier semestre
- Au début du stage aux urgences
- Au début du premier SASPAS

33. Afin d'améliorer la formation **théorique**, penses-tu utile de développer une formation sous forme de :

	Très utile	Utile	Peu utile	Inutile
Cours magistral				
Séminaire				
Fiche portative				
Abord non médical de la mort (<i>sociologique, philosophique, spirituelle..</i>)				
Enseignement sur la communication				

34. Afin d'améliorer la formation **pratique**, penses-tu utile de développer une formation sous forme de :

	Très utile	utile	peu utile	inutile
Cours magistral				
Séminaire				

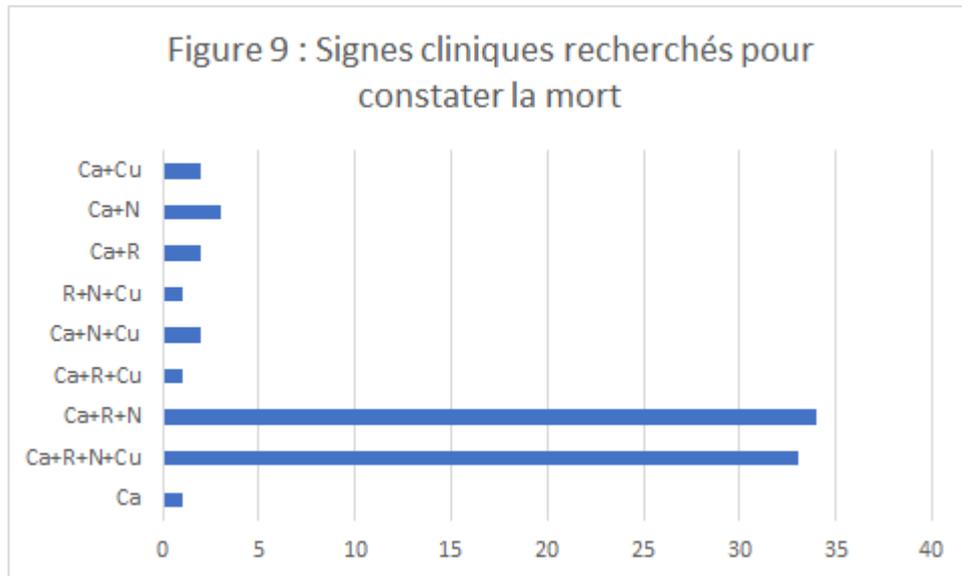
Jeu de rôle				
Simulation				
Analyse de vidéos d'entretiens				
Mise en situation séniorisée				
Création d'un item dans le carnet de stage				
Fiche portative				
Création de groupes de discussion obligatoires				

35. Autres suggestions libres sur ton ressenti et besoin de formation : ...

Merci d'avoir participé à ce travail !

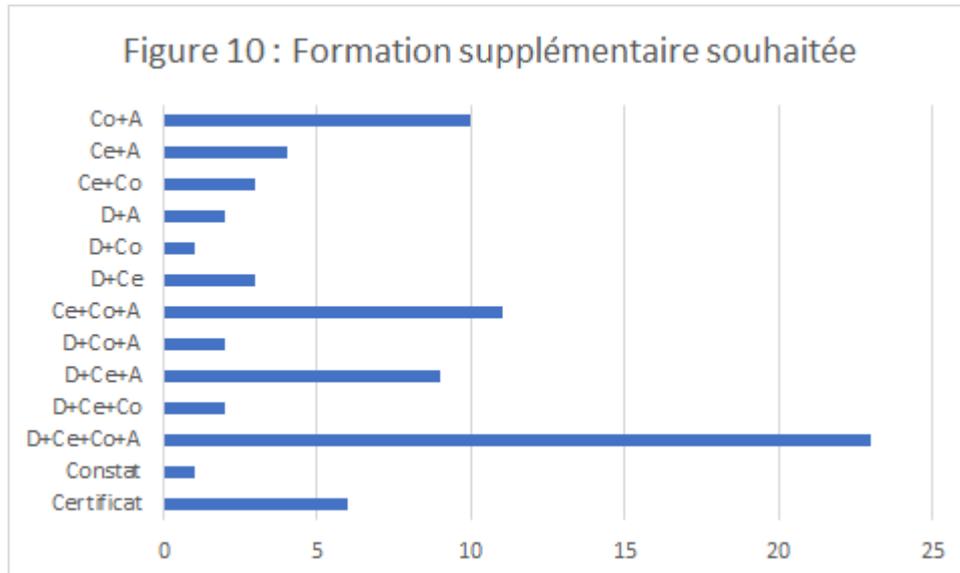
Laura et Lucie

Annexe n°2 : Figure 9 : Signes cliniques recherchés pour constater la mort



Ca : cardiologique, R : respiratoire, N : neurologique, Cu : cutané

Annexe n°3 : Figure 10 : Formation supplémentaire souhaitée



Co : Formation pratique : constat clinique , Ce : Formation théorique : rédaction d'un certificat, D : Formation théorique : définition, cadre légal, A : Formation pratique : annonce à la famille

Annexe n°4 : Proposition de programme d'enseignement :

Sur une demi-journée au début du premier semestre

I - Partie théorique

Recueil de questions des internes

- 1) Rappel définition légale, abord des multiples dimensions touchant les représentations de la mort (recueil d'un nuage de mots des internes par exemple, dimension juridique, sociale, familiale, spirituelle...)
 - 2) Constat clinique : quels signes cliniques rechercher, distinction mort attendue / inattendue
 - 3) Notions juridiques : que peuvent faire les internes, qu'implique le décès d'une personne
 - 4) Rédiger un certificat, utilisation de l'appli certDC (afficher au tableau une présentation des supports et comment les remplir)
- Fiche récap des notions théoriques essentielles au décours

II - Partie pratique

- 1) Atelier retrait de matériel du corps : en pratique comment faire
Schéma ou Vidéo puis simulation pratique sur support maquette
 - 2) Atelier annonce à la famille :
 - Notions de communication : quoi éviter de dire ou faire / intervenant externe si nécessaire, lien avec les différentes dimensions : importance de rester simple et neutre
 - Analyse de vidéos d'entretien, simulation
- Fiche récap des notions pratiques essentielles au décours

AUTEUR : Laura LAPORTE

TITRE : **Besoins en formation des internes de médecine générale de Toulouse concernant la prise en charge des décès**

DIRECTEUR DE THÈSE : Pr Jean-Christophe POUTRAIN

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : TOULOUSE, le 24 septembre 2024

Introduction : Les internes en médecine générale, en tant qu'apprentis médecins réalisant des tâches médicales, sont exposés au contact de manière rapprochée avec la mort. Lors de leur cursus ils peuvent être amenés à la prendre en charge, parfois seuls en l'absence de sénior disponible pour les encadrer. L'objectif de cette étude était de recueillir les attentes de formation des internes de médecine générale de Toulouse concernant la prise en charge des décès.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle quantitative par questionnaire anonymisé, auprès des internes de médecine générale de deuxième et troisième année de la faculté de Toulouse. Le recrutement s'est déroulé par mail via les listes de diffusion de la faculté, sur la base du volontariat.

Résultats : 79 internes ont participé à cette étude. Les internes déclarent être insuffisamment préparés à la prise en charge des décès. Nous avons pu constater un réel manque de connaissances et une formation insuffisante sur ce sujet pendant l'internat. Les internes souhaitent la mise en place en début d'internat d'un complément de formation global à la fois théorique et pratique, combinant notions cliniques et juridiques, ainsi que mise en situation clinique concernant le retrait de matériel et l'annonce du décès aux proches.

Conclusion : Les résultats de cette étude ont permis l'élaboration d'une proposition de programme d'enseignement, au plus près des besoins des internes. La mise en place d'une telle formation, en diminuant le niveau de stress et en augmentant le niveau d'aise des internes, pourrait permettre de leur fournir des outils afin de limiter l'impact émotionnel de leur confrontation avec la mort.

Training needs of general practice residents of Toulouse regarding death management

Introduction: As apprentice doctors carrying out medical tasks, general practice residents are exposed to close contact with death. During their training, they may be called upon to deal with death, sometimes on their own, in the absence of a senior physician available to supervise them.

The aim of this study was to identify the training expectations of general practice residents of Toulouse regarding the management of death.

Material and methods: We conducted a quantitative observational study involving anonymized questionnaires sent to second- and third-year general practice residents at the Faculty of Medicine in Toulouse. Recruitment was carried out by e-mail via the faculty's mailing lists, on a voluntary basis.

Results: 79 residents took part in the study. The residents said they were inadequately prepared to deal with death. We observed a real lack of knowledge and insufficient training on this subject during the internship. The residents would like to see additional comprehensive theoretical and practical training at the beginning of their internship, combining clinical and legal notions, as well as clinical simulation concerning the removal of equipment and the announcement of death to families..

Conclusion: The results of this study have enabled us to draw up a teaching program proposal, tailored as closely as possible to the needs of residents. The implementation of such a training program, by reducing the stress level and increasing the comfort level of residents, could provide them with tools to limit the emotional impact of their confrontation with death.

Mots-Clés : formation, décès, internes de médecine générale

Keywords: training, death, general practice residents

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE
