



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



## ÉTUDE ORIGINALE

# Les internes et les soins palliatifs : attitudes, représentations et pratiques

Medical students and palliative care: Attitudes, representations and practices



Lionel Dany<sup>a,b,1,\*</sup>, Marie-Céline Rousset<sup>a</sup>,  
Sébastien Salas<sup>a,c</sup>, Florence Duffaud<sup>a</sup>, Roger Favre<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service d'oncologie médicale, CHU de la Timone, Marseille, France

<sup>b</sup> Laboratoire de psychologie sociale (EA849), université de Provence, 29, avenue Robert-Schuman, 13621 Aix-en-Provence, France

<sup>c</sup> Unité mobile de soins palliatifs, CHU de la Timone, Marseille, France

Reçu le 19 janvier 2009 ; accepté le 17 février 2009

Disponible sur Internet le 22 avril 2009

### MOTS CLÉS

Internes ;  
Représentations  
sociales ;  
Attitudes ;  
Pratiques ;  
Soins palliatifs

### Résumé

**Objectifs.** – L'objectif de notre étude était d'étudier les représentations sociales et attitudes exprimées vis-à-vis des soins palliatifs (SP) et leurs liens avec les pratiques professionnelles auprès d'internes en médecine.

**Matériels et méthodes.** – Un questionnaire a été diffusé auprès de l'ensemble des internes en médecine de la faculté de médecine de Marseille. Il comprenait plusieurs parties distinctes : un recueil d'associations libres à partir des termes « SP », un recueil d'attitudes concernant les SP, des questions relatives aux pratiques et vécus professionnels associés à la prise en charge de patient en fin de vie, des questions sur l'euthanasie et d'autres sur l'orientation professionnelle.

**Résultats.** – Deux cent quarante-quatre internes (taux de réponse = 48,8 %) ont rempli le questionnaire. Les résultats soulignent le rôle central de « l'accompagnement » dans la représentation des internes. La représentation qu'ils attribuent aux patients est marquée par une forte composante anxiogène (mort, angoisse, souffrance). Les internes déclarent majoritairement ne pas se sentir « à l'aise » avec les patients en fin de vie (57,8 %) et près de neuf sur dix (89,3 %) ne s'estiment pas assez formés en soins palliatifs. Enfin, une large majorité se déclare favorable à l'euthanasie (71,9 %).

**Conclusion.** – Ces résultats pointent la spécificité du regard des internes sur les soins palliatifs. Le rôle « décisionnel » attribué au patient est particulièrement prégnant. Un besoin de formations apparaît de manière très claire. Celles-ci devraient intégrer une réflexion sur les pratiques

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [Lionel.Dany@univ-provence.fr](mailto:Lionel.Dany@univ-provence.fr) (L. Dany).

<sup>1</sup> Photo.

**KEYWORDS**

Medical students;  
Social  
representations;  
Attitudes;  
Practices;  
Palliative care

professionnelles et leur lien avec certaines composantes idéologiques qui sont en mesure de les guider.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary**

*Objectives.* – The objective of our study was to study the social representations and attitudes expressed toward palliative care and their links to professional practices in a sample of medical students.

*Materials and methods.* – A questionnaire was diffused to the medical students of the Medicine University of Marseille. It included several distinct parts: a collection of free associations tasks concerning the words ‘palliative care’, a collection of attitudes concerning palliative care, questions relative to the professional practices and lived experiences associated with the end-of-life conditions, some questions concerning euthanasia and others on the vocational choices.

*Results.* – Two hundred and forty-four medical students (48.8%) completed the questionnaire. The results underline the central role of ‘*accompagnement*’ in their representation. The representation they produce for the patients is marked by anxiety (death, distresses, suffering). Medical students declare ‘uneasy feelings’ concerning care with patients at the end of their life (57.8%) and a large majority (89.3%) estimates a lack of training in palliative care. Lastly, a vast majority declares itself in favour of euthanasia (71.9%).

*Conclusion.* – These results point at the specificity of the ‘look’ of medical students on palliative care. The ‘decisional’ role attributed to the patient is particularly important. A need for trainings appears in a very clear way. Those should integrate reflections concerning professional practices and their links with some ideological components which are able to guide them.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Introduction**

Les changements dans le régime de la prise en charge des patients en fin de vie dans notre société façonnent de nouvelles représentations et une redistribution des rôles professionnels. Les soignants se trouvent contraints d’endosser une part active du questionnement autour de la mort [1]. Toutefois, ce questionnement ne s’opère pas de manière identique en fonction des spécialités. La fréquence du contact avec la fin de vie, le vécu et la spécialisation des pratiques professionnelles qui en découlent, constituent des expériences qui modulent les significations associées à la situation des patients et aux soins à mettre en œuvre. Ainsi, il est assez courant dans les unités de soins non spécialisées que les patients en fin de vie puissent être caractérisés comme étant en dehors de toute possibilité d’aide [2]. De même, l’apport de la médecine curative aux prescriptions palliatives est de plus en plus évident. Les choix thérapeutiques nécessitent une réelle coopération entre équipes de soins spécialisées (oncologie par exemple) et équipes palliatives [3]. Or, dans la pratique, la frontière entre « curatif » et « palliatif » semble parfois floue. La perception biomédicale de la situation laissant souvent place à l’irruption d’enjeux professionnels et psychosociaux (perception, représentations, catégorisation sociale, affects). Toutefois, au-delà du seul questionnement du passage d’une situation curative à une situation palliative, c’est l’appréhension même des soins palliatifs (SP), leur « territoire » et modalités d’exercice qui peut influencer la mise en œuvre, voire le déroulement de certaines pratiques professionnelles.

*Les représentations des soignants se trouvent ainsi au cœur de leur pratique professionnelle puisqu’elles donnent un cadre à celle-ci et la guide.*

Un certain nombre de travaux ont montré que l’étude des représentations sociales est des plus pertinentes dans le cadre du soin. En effet, l’interaction thérapeutique s’opère bien souvent autour et par les représentations que chacun des acteurs de cette interaction élabore à propos de la maladie, du soin, voire du rôle qu’il est en mesure de tenir dans la relation thérapeutique. Ainsi, l’étude des représentations peut permettre d’appréhender le sens attribué à la maladie, à certaines modalités de son vécu, aux traitements et soins, aux comportements de santé, à la nature de la relation thérapeutique dans ses modalités de mise en œuvre et son déroulement [4–13].

Les représentations correspondent à l’ensemble organisé de nos opinions, attitudes et croyances vis-à-vis d’un objet social particulier. Plus qu’une simple image de cet objet, la représentation en constitue une véritable théorie au sens où elle permet à la fois de le décrire mais aussi de le justifier, de le rationaliser, de lui donner une texture de réalité [14]. Les représentations ont différentes fonctions : une fonction savoir (elles permettent de comprendre et d’expliquer la réalité) ; une fonction de guide pour l’action (elles définissent la finalité des situations en lien avec l’objet, constituent des systèmes d’attentes/d’anticipations) ; une fonction identitaire (elles définissent l’identité du groupe et permettent la sauvegarde de sa spécificité) et une fonction justificatrice (elles

permettent a posteriori de justifier les comportements et prises de position) [15].

*Les représentations sont constitutives de notre participation au monde social, de nos expériences à la fois individuelles et groupales.*

Dans le cas des SP, l'étude de leurs représentations ne revient pas à mesurer l'écart entre les connaissances objectives, voire les définitions institutionnelles des « SP », mais de comprendre quelle(s) place(s) les SP occupent pour les individus et quels sens ces soins peuvent prendre dans le contexte d'une pratique professionnelle. De fait, si l'écart entre la (ou les) définition(s) institutionnelle(s) des SP et leurs représentations est intéressant, c'est qu'il est en mesure de nous renseigner sur la situation psychosociale (contexte, pratiques, enjeux identitaires) des soignants au regard de ces soins. Il s'agit là d'un enjeu majeur pour penser la formation et l'influence des parcours professionnels sur la manière de penser les conditions de la fin de vie des patients. Autrement dit, l'étude des représentations et pratiques associées aux SP peut s'inscrire comme une étape préalable à une réflexion plus élargie sur les contenus de la formation en SP, sur les conditions de leur réalisation et sur les enjeux psychosociaux et éthiques qui leurs sont propres.

L'objectif principal de cette recherche était d'étudier les représentations sociales des SP et leurs liens avec les pratiques professionnelles auprès d'internes en médecine. Les objectifs secondaires étaient de plusieurs ordres : étudier le rôle des identités professionnelles sur la régulation des représentations sociales des SP (comparer les données des internes avec d'autres catégories de soignants) ; étudier les liens éventuels entre représentations, pratiques et spécificités biographiques des internes (parcours professionnel et personnel) et explorer l'influence de l'opinion vis-à-vis de l'euthanasie sur les représentations des SP.

## Matériel et méthodes

Une enquête par questionnaire a été effectuée auprès de l'ensemble des internes de la faculté de médecine de Marseille ( $n=500$ ). Le questionnaire a été proposé tout en insistant sur la liberté d'accepter ou de refuser de participer à la recherche. Le questionnaire comportait plusieurs parties :

- une partie associations libres (production des 5 termes associés à « SP »), comportant une tâche classique d'associations et une tâche de substitution (les internes devaient répondre comme le feraient selon eux les patients) ;
- un recueil d'attitudes sur les SP et des questions relatives aux conditions de la fin de vie ;
- un recueil d'informations supplémentaires portant sur les pratiques professionnelles et des vécus spécifiques (concernant les patients en situation palliative, le dernier patient décédé, le dernier patient sédaté, euthanasie) ;
- un recueil d'informations concernant l'orientation professionnelle des internes (choix, expérience, diplôme, ...)

- enfin, un recueil d'informations de type sociodémographique.

Les données ont été traitées de façon anonyme au sein du service d'oncologie médicale du CHU de la Timone. Les données textuelles issues des associations libres ont fait l'objet d'une double analyse, à l'aide du logiciel Evoc2000<sup>®</sup> et du logiciel d'analyse de données textuelles Alceste<sup>®</sup>. Le logiciel Evoc 2000<sup>®</sup> permet de mettre en évidence, sur la base d'une analyse lexicographique, le contenu d'une représentation [16]. Les termes évoqués par les individus seront considérés comme plus ou moins saillants en fonction de leur fréquence d'évocation et de leur degré d'importance perçue (classement effectué à posteriori par les internes sur les 5 mots produits). Les termes les plus saillants seront potentiellement les éléments les « plus structurants » de la représentation [17]. L'hypothèse générale développée dans le logiciel Alceste<sup>®</sup> consiste à considérer les lois de distribution du vocabulaire dans les énoncés d'un corpus comme une trace linguistique d'un travail cognitif de reconstruction d'un objet par un individu [18]. Cette méthode met à jour les traces lexicales les plus prégnantes dans le corpus recueilli. Ces derniers, reconstitués sous forme de classes de discours, vont pouvoir être regroupés sous forme de thèmes qui sont autant d'illustrations de la représentation étudiée [19]. Les autres analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS<sup>®</sup>.

## Résultats

### Caractéristiques de l'échantillon

Au total, 244 internes ont rempli le questionnaire, soit un taux de réponse de 48,8 %. Afin de tester la représentativité de notre échantillon, nous l'avons comparé avec l'ensemble de la population des internes de Marseille des trois dernières promotions en prenant en compte deux variables : le sexe et le type de diplôme d'études spécialisées (DES). Les analyses montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre l'échantillon et la population concernant la répartition des spécialités ( $\chi^2=2,054$  ; ddl = 4 ;  $p=ns$ )<sup>2</sup> et l'appartenance sexuelle ( $\chi^2=0,40$  ; ddl = 1,  $p=ns$ ).

L'échantillon comporte une majorité d'internes de sexe féminin (57 %), la moyenne d'âge est de 26 ans [de 23 à 33 ans] (Tableau 1). Concernant leur situation familiale, un peu plus de la moitié des internes vit en couple (54,6 %) ; en revanche, seule une minorité a des enfants (4,5 %). La ville d'origine des études de médecine est majoritairement Marseille (65,6 %). L'ancienneté est répartie comme suit : 38,4 % sont en première année d'internat, 36,3 % en deuxième année et 25,2 % sont en troisième année.

Les spécialités (DES) se divisent en cinq catégories : médecine générale (37,7 %), spécialités médicales (22,95 %), chirurgie (12,3 %), anesthésie réanimation (7,79 %) et autres

<sup>2</sup> Analyse effectuée en regroupant les spécialités en cinq catégories : médecine générale, spécialités médicales, chirurgie, anesthésie réanimation et autres spécialités (psychiatrie, pédiatrie, gynécologie obstétrique, médecine du travail, biologie médicale, santé publique).

**Tableau 1** Caractéristiques de l'échantillon.  
*Characteristics of the sample.*

Caractéristiques	n (%)
Sexe (n = 244) <sup>a</sup>	
Masculin	105 (43 %)
Féminin	139 (57 %)
Situation familiale (n = 242)	
Célibataire	108 (44,6 %)
En couple (union libre)	107 (44,2 %)
Marié/pacsé	25 (10,4 %)
Enfants (n = 242)	
Oui	11 (4,5 %)
Non	231 (95,5 %)
Ville d'étude (externat) (n = 244)	
Marseille	160 (65,6 %)
Paris	21 (9,4 %)
Autres	63 (25 %)
Ancienneté en tant qu'interne (n = 242)	
1 <sup>re</sup> année	93 (38,4 %)
2 <sup>e</sup> année	88 (36,3 %)
3 <sup>e</sup> année	61 (25,2 %)
Spécialité (n = 240)	
Médecine générale	92 (37,7 %)
Spécialités médicales	56 (22,9 %)
Chirurgie	30 (12,3 %)
Anesthésie-réanimation	19 (7,8 %)
Autres <sup>b</sup>	43 (17,9 %)
Travail en collaboration avec une unité ou une équipe de soins palliatifs (n = 244)	
Non	128 (52,5 %)
Oui	116 (47,5 %)
Formation spécifique en soins palliatifs (n = 243)	
Non	220 (90,5 %)
Oui	23 (9,5 %)
Accompagnement d'un proche en fin de vie (n = 243)	
Non	149 (61,3 %)
Oui	94 (38,7 %)

<sup>a</sup> Pour chacune des caractéristiques, nous indiquons l'effectif hors données manquantes.

<sup>b</sup> Autres spécialités : psychiatrie : 15, pédiatrie : 13, gynécologie obstétrique : 11, médecine du travail : 2, biologie médicale : 2.

spécialités (17,9%) regroupant les spécialités ayant de plus faibles effectifs : psychiatrie, pédiatrie, gynécologie obstétrique, médecine du travail, biologie médicale, santé publique.

*Peu d'internes ont suivi une formation spécifique en SP (9,5%), en revanche près d'un sur deux (47,5%) a déjà travaillé en collaboration avec une unité de SP (USP).*

Ce résultat est variable en fonction de la spécialité des internes, ainsi ceux qui ont le moins collaboré avec des USP sont ceux du groupe « autres spécialités » (34%), puis les internes d'anesthésie-réanimation (36,8%) et les internes de médecine spécialisée (41,1%). Ceux qui ont collaboré le plus

avec les USP sont les internes de médecine générale (58,7%) et ceux de chirurgie (53,3%). Enfin, une majorité d'internes n'a jamais accompagné personnellement un proche en fin de vie (61,3%).

## Les champs représentationnels

Pour analyser les associations libres produites par les internes à partir du mot « soins palliatifs », nous avons pris en considération et croisé deux paramètres : la fréquence d'apparition des mots et le rang d'importance qui leur a été attribué. La hiérarchisation a posteriori des mots produits lors de la tâche d'associations libres est un indicateur de l'importance des termes constituant le champ de la représentation étudiée, autrement dit, elle permet aux

**Tableau 2** Corpus des évocations.

Free associations corpus.

	Importance (I)	
	Elevée	Faible
Fréquence (F)		
Elevée $F \geq 50$	Accompagnement [ $F=116, I=2,060$ ] Confort [ $F=71, I=2,127$ ] Antalgie [ $F=62, I=2,419$ ]	Douleur [ $F=97, I=2,546$ ] Fin de vie [ $F=86, I=3,116$ ] Mort [ $F=86, I=3,209$ ]
Faible $F < 50$	Soulager [ $F=36, I=2,444$ ] Dignité [ $F=29, I=2,385$ ] Qualité de vie [ $F=13, I=2,077$ ] Symptomatique [ $F=13, I=2,462$ ] Incurable [ $F=9, I=2,222$ ] Angoisse [ $F=5, I=2,400$ ] Patient [ $F=5, I=2,400$ ]	Cancer [ $F=45, I=3,711$ ] Famille [ $F=45, I=3,711$ ] Décès [ $F=29, I=3,586$ ] Entourage [ $F=14, I=3,500$ ] Aide [ $F=13, I=3,615$ ] Arrêt des traitements [ $F=5, I=3,200$ ]

*F*: fréquence (nombre de fois où le mot a été associé à « soins palliatifs »), *I*: niveau d'importance du mot évoqué (le chiffre correspond à la moyenne d'importance de chaque mot, plus un mot est important plus son niveau moyen d'importance se rapproche de 1, moins il est important plus son niveau moyen d'importance se rapproche de 5).

internes de mettre en avant les termes qui leur paraissent plus importants.

Dans le corpus des représentations des internes (Tableau 2), les mots les plus fréquents et considérés comme les plus importants sont : accompagnement, confort et antalgie. Il s'agit là des éléments les plus « structurants » de la représentation des SP chez les internes. Les mots qui ont une fréquence élevée mais un rang d'importance plus faible sont : douleur, fin de vie, et mort.

Dans un deuxième temps, notre analyse s'est attachée à chercher s'il pouvait y avoir des variations significatives des termes associés à « SP » en fonction de certaines variables telles que : le sexe, la position sur l'euthanasie, le fait d'avoir déjà collaboré ou non avec une USP et le fait d'avoir déjà pris en charge des patients en SP. Le sexe et la position sur l'euthanasie n'entraînent aucune modification significative des termes produits. En revanche, on observe que le fait d'avoir collaboré avec une USP a une influence sur les représentations des internes : le groupe n'ayant pas collaboré avec une USP cite plus fréquemment les termes cancer ( $p < 0,01$ ), euthanasie ( $p < 0,05$ ) et mort ( $p < 0,05$ ); alors que le groupe ayant collaboré cite plus spécifiquement le mot dignité (5 vs 11). Les internes ayant déjà une expérience citent plus fréquemment le terme famille ( $p < 0,05$ ). Des termes comme confort, soulager, douleur, accompagnement, fin de vie, dignité ou encore antalgie ne sont pas significativement plus cités par l'un ou l'autre de ces deux groupes.

Comme indiqué précédemment, les internes étaient amenés à produire des associations libres en condition de substitution, autrement dit, en se mettant « à la place » des patients (Tableau 3). Une analyse comparative a été effectuée entre les deux champs représentationnels en comparant la présence/absence de chaque mot au sein des deux corpus par un test du khi<sup>2</sup>. (Seuls les termes dont la fréquence d'apparition est supérieure à 10 dans l'un des 2 corpus ont été testés).

On observe alors deux champs lexicaux bien distincts : les termes spécifiques aux internes sont : accompagnement, antalgie, confort, famille, fin de vie et dignité. Les termes les plus spécifiques de la représentation attribuée aux patients sont : mort, angoisse, souffrance, arrêt des traitements et hôpital. Enfin, un certain nombre de termes ne sont spécifiques à aucun des deux corpus. Il s'agit de termes relatifs au traitement de la douleur (soulager, douleur, morphine) mais aussi : cancer, décès, soutien, entourage et euthanasie.

### Analyse des associations libres avec le logiciel Alceste<sup>®</sup>

Une autre procédure d'analyse des associations libres a consisté en une analyse informatisée des termes produits avec le logiciel d'analyse textuelle Alceste<sup>®</sup>. Ce logiciel procède à un découpage du texte en énoncés ou unités de contexte élémentaire (UCE) et explore la distribution du vocabulaire dans ces UCE pour extraire du corpus des classes lexicales possédant un vocabulaire propre. Le profil de chaque classe correspond à l'ensemble des mots les plus significativement présents dans celle-ci.

Le degré d'appartenance d'un mot et/ou d'une variable<sup>3</sup> à une classe est calculé par un khi<sup>2</sup> d'association. Ce khi<sup>2</sup> est l'indice du coefficient d'association d'un mot à une classe. Il est calculé sur le tableau de contingence croisant la présence ou l'absence du mot dans une UCE et

<sup>3</sup> Les variables incluses dans l'analyse sont : le sexe, la prise en charge de patients en soins palliatifs, le degré de formation perçu concernant les soins palliatifs, l'euthanasie et la fin de vie, la croyance en dieu, l'opinion vis-à-vis de l'euthanasie, l'accompagnement d'un proche en fin de vie, la collaboration avec une équipe de soins palliatifs.

**Tableau 3** Comparaison des champs représentationnels.  
*Comparison of the representational fields.*

	Représentation des internes	Représentation « attribuée » aux patients	$p^a$
Termes spécifiques au corpus « internes »	Accompagnement (116)	Accompagnement (34)	< 0,001
	Antalgie (62)	Antalgie (32)	< 0,001
	Confort (71)	Confort (22)	< 0,001
	Famille (45)	Famille (26)	< 0,05
	Fin de vie (86)	Fin de vie (47)	< 0,001
	Dignité (29)	Dignité (15)	< 0,05
	Mort (86)	Mort (137)	< 0,001
Termes spécifiques au corpus « patients »	Angoisse (5)	Angoisse (15)	< 0,05
	Souffrance (23)	Souffrance (38)	< 0,05
	Arrêt traitements (5)	Arrêt traitements (19)	< 0,01
Termes non spécifiques	Soulager (36)	Soulager (24)	ns <sup>b</sup>
	Douleur (97)	Douleur (98)	ns
	Cancer (45)	Cancer (47)	ns
	Décès (29)	Décès (18)	ns
	Morphine (24)	Morphine (20)	ns
	Euthanasie (13)	Euthanasie (19)	ns
	Entourage (14)	Entourage (6)	ns
	Soutien (15)	Soutien (15)	ns

<sup>a</sup> Test du  $\chi^2$  comparant la présence/absence de chaque terme au sein des deux corpus pour les termes dont la fréquence est au moins égale à 10.  
<sup>b</sup> ns = non significatif.

l'appartenance ou non de cette UCE à la classe considérée. Plus il est élevé, plus il témoigne de l'association d'un mot ou d'une modalité de variable à la classe de discours. L'analyse du corpus d'associations libres par le logiciel Alceste<sup>®</sup> a permis la mise en évidence de six classes lexicales différentes (Tableau 4), qui sont autant d'univers de croyances et de dimensions représentationnelles associées à l'objet « SP ». Ces différentes classes de discours disposent d'une importance variable par rapport à l'ensemble du discours produit (pourcentage par rapport au total du discours).

### Classe 1

#### *L'approche globale*

La première classe de discours représente 18,47% du discours total. Cette classe lexicale regroupe différents termes (pluridisciplinaire, global, confort, accompagner, soulager), qui dénotent plus généralement de l'approche globale associée aux SP. Les termes évoqués définissent à la fois le champ d'action des SP (la fin de vie) et en qualifient l'approche. Cette classe de discours concerne davantage les internes qui se déclarent opposés à l'euthanasie ( $\chi^2 = 3,08$ ).

### Classe 2

#### *Le soutien psychologique et social*

La deuxième classe de discours représente 13,06% du discours total. Cette classe lexicale regroupe différents termes (soutien, psychologique, familial, aide), qui renvoient au soutien psychologique et social dans le contexte des SP. Cette classe ne concerne pas spécifiquement une sous-population de l'échantillon.

### Classe 3

#### *L'approche compassionnelle*

Plusieurs termes spécifiques (compassion, respect, dignité, aide) conduisent à souligner la thématique de type « approche compassionnelle » de cette classe de discours. Cette classe de discours concerne plus spécifiquement les internes qui déclarent croire en dieu ( $\chi^2 = 3,23$ ).

### Classe 4

#### *Euthanasie et vieillesse*

La quatrième classe de discours représente 7,21% du discours total. Cette classe lexicale regroupe différents termes (vieux, euthanasie, cancer, symptôme), qui soulignent à la fois une catégorie spécifique de patients (les vieux) et une pratique prohibée (l'euthanasie). Cette classe de discours concerne davantage les internes qui déclarent n'avoir jamais pris en charge de patients en SP ( $\chi^2 = 2,77$ ).

### Classe 5

#### *Accompagnement et soulagement*

La cinquième classe de discours représente 25,68% du discours total. Cette classe de discours rend compte de la thématique de l'accompagnement et du soulagement. Cette classe concerne davantage les internes qui se disent assez informés vis-à-vis de la fin de vie ( $\chi^2 = 3,14$ ).

### Classe 6

#### *Douleur et cancer*

La sixième classe de discours représente 23,87% du discours total. Les termes de cette classe de discours témoignent à la fois du contexte des SP (terminal, fin de vie) en mettant en avant une maladie en particulier (le cancer) et pointent

**Tableau 4** Analyse Alceste® des associations libres.  
*Alceste® analysis of free associations.*

N° classe de discours	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6
Thème général de la classe	L'approche globale	Le soutien psychologique et social	L'approche compassionnelle	Euthanasie et vieillesse	Accompagnement et soulagement	Douleur et cancer
% par rapport au discours total	21,04% du discours	13,06% du discours	11,71% du discours	7,21% du discours	25,68% du discours	22,93% du discours
Variables associées	Contre l'euthanasie (khi <sup>2</sup> = 3,08)		Croyance en dieu (khi <sup>2</sup> = 3,23)	Pas de prise en charge de patients en SP (khi <sup>2</sup> = 2,77)	Sentiment d'être assez formé aux SP (khi <sup>2</sup> = 3,14)	Accompagnement d'un proche en fin de vie (khi <sup>2</sup> = 4,72) Ne crois pas en dieu (khi <sup>2</sup> = 2,92) Pas de prise en charge de patients en SP (khi <sup>2</sup> = 2,22)
Termes	Vie, fin, pluridisciplinaire, qualité, digne, confort, accompagner, acharnement, traitement, global, proche, symptôme...	Soutien, psychologique, familial, antalgie, symptôme, euthanasie, aide...	Compassion, soins, antalgie, respect, décès, confort, entourage, digne, aide...	Vieux, euthanasie, symptôme, cancer, mort, morphine, douleur, aide...	Famille, mort, soulagement, accompagnement, douleur, équipe, angoisse, soulagement, domicile...	Cancer, fin, vie, souffrance, douleur, morphine, terminal, entourage...

plus spécifiquement la composante douloureuse de la situation palliative (souffrance, douleur, morphine). Cette classe concerne davantage les internes qui déclarent ne pas croire en dieu ( $\chi^2 = 2,92$ ) et ceux qui n'ont jamais pris en charge de patients en SP ( $\chi^2 = 2,22$ ).

### Les attitudes exprimées vis-à-vis des SP

Pour chaque attitude ( $n = 17$ ), les répondants devaient indiquer leur degré d'accord en choisissant une proposition parmi les six possibles, soit, de 1 « pas du tout d'accord » à 6 « tout à fait d'accord » (Tableau 5). Les réponses ont été analysées en fonction de la moyenne des scores obtenus entre 1 et 6. L'analyse des résultats permet de distinguer plusieurs niveaux d'adhésion : adhésion forte (moyenne d'accord supérieure à 4,00) ; adhésion tendancielle (moyenne d'adhésion strictement supérieure à 3,00 et inférieure à 4,00) et rejet (moyenne d'adhésion inférieure à 3,00).

*Les attitudes qui font l'objet d'une forte adhésion sont celles qui se réfèrent aux dimensions spirituelles et idéologiques des SP (place des soins spirituels, philosophie particulière d'intervention), sur la nécessité d'un accompagnement psychologique des soignants mais aussi d'une législation claire.*

Font aussi l'objet d'une forte adhésion, les attitudes renvoyant au questionnement éthique sur la notion de droit du patient de mourir dans la dignité (espace où mourir dans la dignité, mort plus digne s'il reçoit tous les soins que la médecine peut lui offrir et choix du moment de la mort). Enfin, le manque de valorisation des SP fait aussi l'objet d'une forte adhésion.

Les attitudes ayant un taux d'adhésion tendancielle se rapportent à la place des SP dans le parcours de soins du patient (le patient devrait donner son accord pour être en SP, arrêt des soins curatifs quand on débute les SP) mais aussi leur place dans le système de soins (devraient être considérés comme une spécialité à part entière, il ne faut pas avoir peur de la mort).

Les attitudes faisant l'objet d'un rejet concernent ce qui a trait au moment où débiter les SP (patients en phase terminale ou en fin de vie, clôture le projet thérapeutique) ; à la compatibilité entre SP et euthanasie et sur le fait que les professionnels de SP soient des professionnels de la mort.

### Pratiques et vécus associés aux SP

Près des trois quarts des internes interrogés (73,8%,  $n = 180$ ) ont déjà pris en charge des patients en situation de SP. On peut noter une différence en fonction du DES : dans le groupe « autres spécialités », seuls 44,8% des internes ont pris plus de trois patients en charge alors que dans les quatre autres groupes ces pourcentages se situent entre 73,3% pour l'anesthésie-réanimation et 80,8% pour la médecine générale ( $\chi^2 = 14,009$ ,  $p = 0,007$ ). Parmi ces 180 internes, près de sept sur dix (68,5%) se sont sentis soutenus dans cette prise en charge par les autres médecins de la structure.

Quatre questions portaient sur l'information donnée aux patients. Les résultats montrent que certaines informations

**Tableau 5** Attitudes vis-à-vis des soins palliatifs. *Attitudes toward palliative care.*

Attitudes	Moyenne des réponses <sup>a</sup>
Les soins spirituels ont leur place dans les soins palliatifs	4,96
Le soutien psychologique devrait être obligatoire pour les soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie	4,87
Il était nécessaire de légiférer dans le domaine de la fin de vie.	4,78
Les soins palliatifs permettent de disposer d'un espace dans lequel les patients peuvent mourir dans la dignité	4,77
Les soins palliatifs sont une spécialité qui n'est pas assez valorisée par le « milieu médical »	4,58
Il faut respecter la décision des patients sur le choix du moment de leur mort	4,47
Un malade meurt plus dignement s'il reçoit jusqu'à la fin les soins que la médecine peut lui offrir	4,19
Faire des soins palliatifs, c'est adhérer à une philosophie particulière d'intervention	3,98
Les soins palliatifs devraient être considérés comme une spécialité médicale à part entière	3,95
Un patient devrait nécessairement donner son accord pour être pris en charge en soins palliatifs	3,83
Pour travailler en soins palliatifs il ne faut pas avoir peur de la mort	3,44
Lorsque que l'on commence des soins palliatifs on doit arrêter les soins curatifs	3,20
Les soins palliatifs sont spécifiques aux patients en phase terminale	3,00
La mise en œuvre de soins palliatifs impose de clôturer le « projet thérapeutique »	2,84
Seuls les patients en fin de vie peuvent être considérés en soins palliatifs	2,75
Le refus de l'euthanasie est une condition obligatoire pour travailler en soins palliatifs.	2,66
Les professionnels des soins palliatifs sont des spécialistes de la mort	2,29

<sup>a</sup> Sur une échelle allant de 1 « pas du tout d'accord » à 6 « tout à fait d'accord ».

concernant la maladie, son traitement et son pronostic ne sont pas systématiquement fournies au patient. Ainsi, un tiers des internes dit n'avoir précisé le but du traitement à aucun de leurs patients en fin de vie (35,6%) ; environ un sur cinq n'a pas non plus précisé les objectifs thérapeutiques (18,9%) ni le diagnostic (22,9%). Enfin, l'information qui semble la moins fréquemment fournie aux patients est

celle du pronostic de la maladie puisque plus de la moitié des internes (51,9%) ne l'ont pas précisé spontanément.

Lorsque l'on interroge les internes sur leur vécu vis-à-vis des trois derniers patients qu'ils ont pris en charge en SP, on constate que plus de la moitié d'entre eux ne se sentait pas à l'aise (56,5%). Les rapports avec la famille du patient sont un peu mieux vécus puisque 54,5% des internes se sont sentis à l'aise avec ceux-ci. Enfin, le moment le plus difficile de la relation avec les patients est celui où l'on aborde le sujet de la mort ; la question est souvent posée (67,4% des internes déclarent que leurs patients leur ont demandé s'ils allaient mourir) ; lorsque cette demande est formulée, huit internes sur dix (83,1%) déclarent se sentir « mal à l'aise » vis-à-vis de celle-ci.

*D'une manière générale, plus de la moitié des internes (57,8%) ne se sent pas à l'aise avec les patients en fin de vie, cette difficulté s'accroît lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la mort puisque les trois quarts d'entre eux (73,5%) déclarent être mal à l'aise.*

Dans un deuxième temps, nous avons voulu déterminer si certaines variables entretenaient un lien avec ce vécu. Nous avons testé (comparaison des moyennes) ces deux questions avec les variables suivantes : le sexe, la spécialité, l'opinion sur l'euthanasie, la formation en SP et la collaboration avec une USP. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différence selon le sexe des répondants. Les internes qui déclarent être plus à l'aise avec leurs patients en fin de vie sont : ceux qui suivent un DES d'anesthésie-réanimation (moyenne = 3,73 ;  $p=0,033$ )<sup>4</sup>, ceux qui se positionnent contre l'euthanasie (moyenne = 3,68 vs 3,24,  $p=0,016$ ) ; ceux qui ont déjà collaboré avec une USP (moyenne = 3,54 vs 3,18,  $p=0,033$ ) ; et ceux qui ont suivi une formation en SP (moyenne = 4,29 vs 3,29,  $p=0,001$ ).

Une majorité d'internes (75%) pensent avoir préservé la qualité de vie du dernier patient décédé pris en charge et presque neuf internes sur dix (88,7%) ne pensent pas avoir été dans l'obstination déraisonnable vis-à-vis de ce patient.

En ce qui concerne la sédation d'un patient en fin de vie, les résultats indiquent que 194 internes (79,5%) ont déjà été confrontés à cette pratique ; pour la moitié d'entre eux, ils ont participé à la décision de sédation (55,2%). Dans la plupart des cas, la sédation a été bien vécue. En effet, presque neuf internes sur dix n'ont pas ressenti de culpabilité (89,8%) ni de sentiment d'abandon thérapeutique (88,3%). On a voulu savoir si l'appartenance à une spécialité pouvait influencer le vécu des internes au sujet de cette sédation. Les analyses montrent qu'il existe une différence significative en fonction du DES ( $\chi^2 = 19,549$ ,  $p=0,001$ ) ; les internes qui participent le plus à la décision de sédation sont d'abord les internes d'anesthésie-réanimation (88,2%) suivis par les internes de médecine spécialisée (69%), les internes de médecine générale (54,3%), les internes de chirurgie (36,4%) et les internes d'autres spécialités (34,4%).

<sup>4</sup> Les résultats détaillés des moyennes des autres spécialités sont : 2,64 pour les spécialités médicales ; 2,75 pour la chirurgie ; 2,88 pour les « autres spécialités » et 3,02 pour la médecine générale.

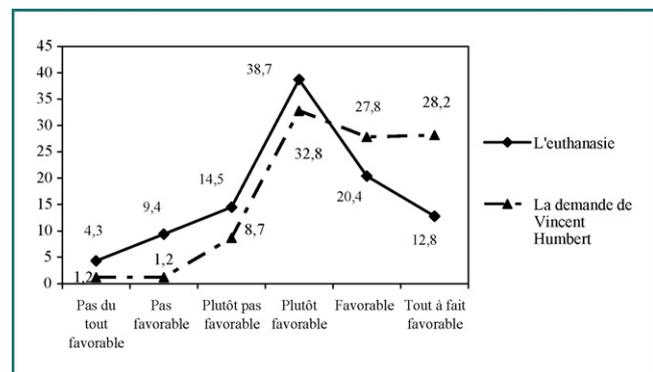


Figure 1. Opinions (en %) concernant l'euthanasie et la demande de Vincent Humbert.

*Opinions (%) concerning euthanasia and Vincent Humbert request.*

Dans leur très grande majorité, les internes estiment n'être pas suffisamment formés aux SP (89,3%) ni aux questions concernant la fin de vie (80,7%) et ni à celles concernant l'euthanasie (91,4%). Les internes en anesthésie-réanimation s'estiment mieux formés aux questions concernant la fin de vie ( $p=0,037$ ), l'euthanasie ( $p=0,021$ ) et les SP ( $p=0,020$ ) que les autres. Quelle que soit leur spécialité, 85,5% des internes estiment que la formation aux SP devrait être faite pour tous les professionnels de santé.

## L'euthanasie

Deux questions concernant l'euthanasie ont été posées. L'une très générale portait sur l'opinion concernant l'euthanasie « en général » et l'autre, plus spécifique, renvoyait à un cas particulier, celui de l'affaire Vincent Humbert<sup>5</sup>.

*Dans les deux cas, les résultats montrent une très forte adhésion des internes en faveur de l'euthanasie ; 71,9% des internes se disent favorables à l'euthanasie et 88,9% se disent favorables à la demande formulée par Vincent Humbert.*

On observe donc une plus forte adhésion dans le cas de l'exemple précis de Vincent Humbert que dans le cas d'une opinion générale « de principe ». Une analyse plus fine des réponses (Fig. 1) permet d'observer que les personnes interrogées expriment davantage leurs réponses, plus précisément leurs degrés d'accord, lorsqu'elles répondent à la question concernant la demande de Vincent Humbert. Ainsi, 56% des internes ( $n=135$ ) se disent « favorables » ou « très favorables » à cette demande, contre seulement 33,2% ( $n=78$ ) pour l'euthanasie.

<sup>5</sup> Pour rappel, « L'affaire Humbert » a relancé le débat sur l'euthanasie et le droit à mourir en France. Elle concerne le jeune Vincent, tétraplégique aveugle et muet à la suite d'un accident de voiture, qui avait demandé à maintes reprises, et notamment, au président de la République, le droit de mourir. Ce sont finalement sa mère et un médecin qui l'ont « aidé » à mourir.

Ensuite, nous avons voulu tester le rôle de certaines variables sur l'opinion concernant l'euthanasie (le sexe, la spécialité, l'expérience de la prise en charge de patients en fin de vie, la formation aux SP, la collaboration avec des équipes de SP, l'accompagnement d'un proche en fin de vie et enfin le fait de se sentir à l'aise avec les patients en fin de vie et d'aborder la question de la mort avec eux). Parmi ces huit variables, seul le sexe influence significativement l'opinion sur l'euthanasie, les hommes sont en moyenne plus favorables à l'euthanasie que les femmes (4,31 vs 3,77,  $p = 0,001$ ).

## Discussion

Avant de présenter les différents axes de discussion de cette étude, rappelons que malgré son caractère hétérogène et son extensivité, notre échantillon n'est pas représentatif des internes, tels qu'ils peuvent « préexister » au niveau national. De même, le caractère transversal de la recherche ne nous permet pas d'appréhender le caractère dynamique des représentations étudiées, bien qu'il nous soit possible d'opérer des hypothèses à partir des variables recueillies (exemple. rôle de l'expérience professionnelle, des pratiques, du système idéologique, de la formation, voire de l'expérience personnelle). Ces quelques limites pointées, nous pouvons, à partir de l'analyse de l'ensemble des données, formuler un certain nombre de points de discussion et de réflexion.

### Les représentations des SP chez les internes : quels contenus, quels enjeux ?

Tout d'abord, notons le rôle « structurant » de l'accompagnement qui constitue (tâche d'associations libres) un élément prépondérant pour signifier les SP. Cette place centrale de l'accompagnement a déjà été observée chez des médecins de SP et chez des infirmier(e)s [20,21]. Il faut également noter que le fait d'avoir ou de ne pas avoir pris en charge des patients en SP n'influence pas l'évocation de l'accompagnement comme élément central de la définition des SP.

Il serait intéressant d'interroger plus finement cette notion d'accompagnement pour en étudier le sens, les fondements et modes de régulation. En effet, l'évocation du terme en soi, ne nous renseigne que partiellement sur son sens. À bien des égards, ce terme peut faire figure de « totem » ou d'élément prototypique dans le sens où il est potentiellement « surinvesti » dans l'espace médical et qu'il est élevé au rang de critère définitoire inconditionnel sans que pour autant en soient questionnées les nuances. Des recherches futures pourront prendre en compte ce champ d'investigation qui est en mesure de se révéler des plus heuristique pour questionner les conditions psychosociales de la pratique palliative.

La représentation des SP ne se limite pas, pour autant, à la seule notion d'accompagnement. L'analyse effectuée avec le logiciel Alceste® sur les associations libres nous laisse entrevoir une réelle complexité et polysémie du champ des SP et l'impact du profil des internes sur la valorisation de certaines thématiques. En premier lieu, on peut noter que deux « idées-sources » semblent organiser ce

champ représentationnel, avec d'une part, des éléments qui tracent les contours d'une approche « relationnelle » englobant les caractéristiques psychosociales des patients et, d'autre part, des éléments qui se centrent sur la pratique et son contexte d'activation. Force est de constater l'omniprésence de la spécificité du mode relationnel dans le contexte des SP qui semblent in fine se définir comme une manière d'être et/ou de faire plutôt que comme un mode d'action spécifique.

Il faut également pointer les régulations de ces dimensions représentationnelles. Ainsi, l'absence de pratique palliative s'accompagne d'une plus forte mise en avant de certaines populations, de l'euthanasie et de la problématique de la douleur. La croyance en dieu génère elle, une plus forte présence de l'approche compassionnelle comme dimension représentationnelle des SP. Enfin, être contre l'euthanasie a pour effet de privilégier une approche globale des SP. Il est donc pertinent d'envisager le réseau des relations existantes entre, d'une part, les représentations sociales des SP et, d'autre part, ce qui relève des pratiques et du système idéologique des internes comme cela a été pointé dans d'autres travaux [20–24]. On peut noter à ce sujet leur rôle potentiel dans la décision de sédation [25–27].

*Dans une perspective plus globale, il est essentiel de garder à l'esprit que l'expérience pratique des soignants contribue fortement à modifier les significations associées à leurs pratiques professionnelles.*

Le contexte dans lequel ces pratiques prennent place n'agit pas seulement sur l'action telle qu'elle est réalisée (pouvoir ou ne pas pouvoir effectuer une tâche, sa fréquence ou encore la manière de l'effectuer) mais aussi sur le sens qu'elles vont mobiliser afin que se dessine une cohérence. Comme nous l'avons souligné, les représentations véhiculées sur les SP, la place accordée à certaines pratiques (l'euthanasie), la manière d'envisager le rapport aux personnes en fin de vie (la perception de leur rôle dans le processus de décision) sont intimement liées à des expériences (formation, contexte de travail) qui se révèlent elles-mêmes productrices de sens. Ainsi, l'expérience au quotidien, la mise en œuvre de nouvelles pratiques, l'implication dans un nouveau référentiel de conduites ont pour conséquence de modifier in fine le sens attribué à ces conduites. Cette modification témoigne également d'une identité professionnelle dans le sens où elle permet de justifier et d'orienter les contours d'une pratique collective en matière de prise en charge des patients en fin de vie [20,23].

### Penser le vécu du patient en SP

La représentation « projetée » aux patients est particulièrement anxiogène (avec des associations telles que mort, fin de vie, douleur, souffrance, peur, décès, angoisse) et proche de celles produites par d'autres catégories de soignants [20,21]. Ces résultats peuvent nous questionner à divers niveaux. Le premier d'entre-eux concerne le « poids » ou rôle de telles représentations dans la manière dont l'interaction thérapeutique peut être envisagée voire se

dérouler. En effet, envisager le vécu des patients sur ce registre peut avoir une influence directe sur la manière dont les soignants vont interagir avec leurs patients et sur la définition du cadre de l'interaction thérapeutique. Ce résultat nous conduit également à envisager une double temporalité ; celle du soignant faite de continuité, et celle des patients marquée par une forme de « finitude », un arrêt du temps.

Un deuxième niveau d'analyse de ces résultats concerne la « réalité » de cette représentation. Il ne s'agit pas tant de statuer sur le fait que cette représentation produite par les internes à la place des patients soit parfaitement identique à celle qu'aurait produite les patients, mais d'envisager que sa production soit influencée par des expériences pratiques qui témoignent d'une certaine réalité du vécu des patients. Il convient toutefois de dépasser cette question de la réalité de la représentation attribuée aux patients. Celle-ci nous renseigne en premier lieu sur la manière dont les soignants envisagent la réalité des patients et d'une certaine manière sur les représentations des SP telles qu'elles préexistent dans la société. On retrouve, en effet, dans cette représentation des éléments constitutifs du discours social sur les SP avec une centration sur les aspects négatifs de la « condition palliative » marquée par son issue fatale et sa « symptomatologie » particulièrement « agressive » pour le patient.

Enfin, un dernier niveau, complémentaire des deux précédents, concerne cette fois le fait que cette représentation attribuée aux patients peut nous questionner sur celle que les internes produisent sur eux. Ne peut-on pas imaginer que ces derniers pourraient, d'une certaine manière, « dissimuler » les éléments les plus anxigènes et se centrer sur la pratique palliative afin de préserver leur identité sociale. En effet, il faut concevoir le fait de répondre à un questionnaire comme un acte social qui engage d'un point de vue psychosocial l'individu [28]. À ce titre, il n'est pas rare d'observer des stratégies (chez les répondants) qui vise à protéger leur identité sociale en produisant les réponses les plus normatives. À ce stade, on peut faire l'hypothèse que les représentations produites par les soignants font davantage référence à des représentations professionnelles.

## La formation, le vécu, les pratiques

Un des constats majeurs de cette recherche concerne la manière dont les internes rendent compte de leur niveau de formation perçu concernant les SP, la fin de vie et l'euthanasie. Rappelons qu'ils sont une minorité à se sentir suffisamment formés à ces différentes questions. De plus, ils estiment par ailleurs que ce type de formation ne devrait pas être réservé aux professionnels de santé confrontés au suivi des patients en fin de vie mais qu'il devrait être réalisé pour l'ensemble des soignants quelle que soit leur spécialité. Il existe donc un réel besoin de formation chez les internes qui, d'une part, reconnaissent un manque à ce niveau et, d'autre part, sont en demande d'une telle formation. Or, de telles formations permettent d'améliorer les attitudes des soignants vis-à-vis de la fin de vie [29].

Si l'on compare leurs réponses avec celles obtenues lors d'une recherche auprès d'infirmier(e)s [21], on peut constater que les internes ont des niveaux de formation perçus moins élevés.

*Cet ensemble de résultats doit nous conduire à nous interroger sur l'adéquation entre formation proposée et réalité de la pratique palliative dans le cursus des études de médecine.*

Un autre élément de discussion tient aux informations échangées spontanément avec les trois derniers patients. Les résultats montrent que les termes de but des traitements, de diagnostic, de pronostic ou d'objectifs thérapeutiques recouvrent des réalités différentes en terme de pratique. Si les réponses obtenues permettent de dresser des tendances, elles ne nous donnent pas accès aux raisons sous-jacentes (personnelles et/ou structurelles) qui conduisent les internes à spontanément aborder telles ou telles questions avec les patients. Toutefois, les résultats obtenus permettent de mettre en évidence les informations majoritairement délivrées de manière spontanée aux patients (objectifs thérapeutiques), de celles qui le sont moins fréquemment (but des traitements, diagnostic) et de celles qui ne le sont pas dans une large mesure (pronostics).

Il convient de noter aussi « l'inconfort » vécu par les internes vis-à-vis des patients en fin de vie (57,8% ne se sentent pas à l'aise avec ces derniers) et vis-à-vis de la communication sur la mort avec les patients en fin de vie (73,5% ne sont pas à l'aise). Dans d'autres enquêtes [20,23], le taux de médecins se déclarant « à l'aise » avec les patients en fin de vie est variable selon la spécialité (23% pour les neurologues, 42% pour les sidénologues, 46% pour les généralistes, 58% pour les oncologues voire plus de 90% pour les médecins de SP). Par ailleurs, l'obtention d'un diplôme universitaire de SP et/ou d'algologie influence cet état émotionnel ; les soignants ayant ce type de formation déclarent se sentir plus à l'aise avec les patients en fin de vie [22]. Dans cette perspective, il semble évident de mettre en lien, d'une part, niveau « d'inconfort » perçu et, d'autre part, formation et pratique [30], et de souligner l'intérêt majeur du développement de la formation et de la pratique en SP auprès de l'ensemble des soignants. Il est d'autant plus nécessaire de prendre en compte ce fait, que les patients initient très souvent des demandes relatives à leur mort [1,20,21].

## L'euthanasie et la « liberté » du patient

La question de l'euthanasie et celle sous-jacente de la liberté personnelle du patient face aux conditions de sa fin de vie sont particulièrement importantes dans le champ des SP. Premièrement, on peut constater qu'une très large majorité des internes se disent favorables à cette pratique (plus de sept sur dix). En cela, ils sont très proches de la population générale (86% des français se disent favorables à l'euthanasie)<sup>6</sup> et de l'opinion exprimée par des infirmier(e)s lors d'une enquête récente (72,3% étaient favorables à l'euthanasie) [21] mais très éloignée de celle des médecins de SP (96,5% se déclarent opposés à l'euthanasie) [20].

<sup>6</sup> Source : Sondage Sofres 2006 – Les Français et la mort volontaire [www.admd.net].

On peut, de même, observer le rôle que peut jouer cette opinion, ce positionnement, sur la manière d'envisager les SP et leur « territoire ». Ainsi, les opposants à l'euthanasie valorisent une approche globale des SP (résultats de l'analyse Alceste®). Par ailleurs, l'expérience d'un travail avec une USP ou la formation en SP n'influencent pas également cette prise de position. Or on sait qu'une formation en SP peut jouer sur ce positionnement. Ce résultat peut s'expliquer par la mise en œuvre réduite, chez les internes, à ce stade de leur formation, de pratiques vis-à-vis des SP. En effet, le caractère répété d'une pratique, son inscription temporelle dans l'expérience de l'individu sont des conditions essentielles pour l'évolution des représentations afférentes et des opinions qui en découlent [15].

## Quelques pistes

Plusieurs pistes nous semblent pouvoir être évoquées à partir de l'analyse de cet ensemble de données. Il nous semble important de renforcer considérablement la formation des internes sur les SP et les conditions de la fin de vie et d'intégrer une réflexion sur le rôle des croyances sociales et des composantes idéologiques dans la formation aux SP. Plus spécifiquement, cela peut s'envisager en développant des modules de formation pluridisciplinaire sur les SP qui prendraient en compte une analyse des contextes historique et psychosociologique et leur rôle de médiateurs dans la mise en œuvre des pratiques soignantes. De même, il peut s'avérer intéressant de promouvoir une réflexion sur les démarches professionnelles qui prennent en compte les cadres sociaux dans lesquels s'insèrent les modalités de pensée des soignants et des patients.

Dans un registre complémentaire, il serait intéressant de promouvoir des recherches en sciences humaines sur le sens des pratiques professionnelles et l'identité professionnelle. Plus particulièrement, d'initier et d'accompagner une réflexion sur la notion d'accompagnement.

## Conclusion

Ce type de recherches souligne l'enjeu d'une analyse conjointe des représentations et des pratiques des soignants dans le cadre des SP. Celles-ci dressent les contours de la pratique palliative et de ses logiques sous-jacentes. Ces dernières s'ancrent dans un contexte psychosocial porteur de sens. Ces significations nécessitent d'être questionnées et intégrées dans la formation des soignants.

## Financement

Recherche réalisée grâce au soutien financier de la Fondation de France (n° 2007004570).

## Remerciements

Nous tenons à remercier les internes de la faculté de médecine de Marseille qui ont accepté de participer à cette recherche.

## Références

- [1] Bacqué MF. Médicalisation des rites de fin de vie. In: Jacquemin D, editor. Manuel de soins palliatifs. Paris: Dunod; 2001. p. 591–601.
- [2] Lebeer G. Soins palliatifs: la recherche de l'entre-deux. *Sciences Sociales et Santé* 2003;21:65–74.
- [3] Salamagne M. Place de la médicalisation des soins palliatifs. In: Jacquemin D, editor. Manuel de soins palliatifs. Paris: Dunod; 2001. p. 669–73.
- [4] Apostolidis T. Penser le rapport au sexuel à l'époque du sida. Lille: ANRT; 2001.
- [5] Herzlich C. Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale. Paris: Mouton; 1969.
- [6] Herzlich C, Pierret J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. Paris: Payot; 1991.
- [7] Petrie KJ, Weinman JA. Perceptions of health and illness. Amsterdam: Harwood Academic; 1997.
- [8] Pétrillo G. Influence sociale, communication persuasive et représentations sociales de la santé et de la maladie. In: Pétrillo G, editor. Santé et société. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé; 2000. p. 221–40.
- [9] Dany L, Dormieux A, Futo F, Favre R. La souffrance: représentations et enjeux. *Recherches en Soins Infirmiers* 2006;84:91–104.
- [10] Blois S, Dany L, Roussel P, Morin M. Croyances relatives à la douleur: rôle dans le rapport aux soins et l'ajustement chez des patients douloureux chroniques. *Douleurs* 2006;7: 262–9.
- [11] Cannone P, Dany L, Dudoit E, Duffaud F, Salas S, Favre R. Étude des représentations sociales de la chimiothérapie: une voie d'analyse des relations entre patients et médecins oncologues. *Bulletin du Cancer* 2004;91:279–84.
- [12] Boutry L, Matheron I, Bidat E. Quand Les Prescriptions Ne Sont Pas suivies... penser aux croyances et représentations de santé. L'exemple du patient asthmatique. *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique* 2001;41:470–6.
- [13] Morin M, Obadia Y, Moatti JP. La médecine générale face au sida. Paris: Inserm; 1997.
- [14] Jodelet D. Les représentations sociales. Paris: Presses Universitaires de France; 1989.
- [15] Abric JC. Pratiques sociales et représentations. Paris: Presses Universitaires de France; 1994.
- [16] Vergès P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli C, editor. Structures et transformations des représentations sociales. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé; 1994. p. 233–54.
- [17] Abric JC. Méthodes d'étude des représentations sociales. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2003.
- [18] Reinert M. Alceste, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de Gérard de Nerval. *Bulletin de Méthodologie Sociologique* 1990;26:24–54.
- [19] Kalampalikis N. L'apport de la méthode Alceste dans l'analyse des représentations sociales. In: Abric JC, editor. Méthodes d'étude des représentations sociales. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2003. p. 147–63.
- [20] Salas S, Dany L, Michel R, Cannone P, Dudoit E, Duffaud F, et al. Représentations, attitudes et pratiques associées aux soins palliatifs: une enquête auprès des responsables d'unités et d'équipes de soins palliatifs en France. *Médecine Palliative* 2007;7:130–9.
- [21] Etien C, Dany L, Marie D, Salas S. Vécus, pratiques et représentations associées aux soins palliatifs: une étude auprès d'infirmier(e)s. *INFOkara* 2008;23:51–60.
- [22] Ben Diane MK, Pegliasco H, Galinier A, Lapiana JM, Favre R, Peretti-Watel P, et al. Prise en charge des malades en fin de vie en médecine générale et spécialisée. *La Presse Médicale* 2003;32:488–92.

- [23] Peretti-Watel P, Bendiane MK, Moatti JP. Attitudes toward palliative care, conceptions of euthanasia and opinions about its legalization among french physicians. *Social Science & Medicine* 2005;60:1781–93.
- [24] Peretti-Watel P, Bendiane MK, Obadia Y, Lapiana JM, Galinier A, Pegliasco H, et al. Disclosure of prognosis to terminally-ill patients: attitudes among french physicians. *Journal of Palliative Medicine* 2005;8:280–90.
- [25] Coyle N, Adelhardt J, Foley K, Portenoy RK. Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks. *Journal of Pain and Symptom Management* 1990;5:83–93.
- [26] De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *Journal of Palliative Medicine* 2007;10:67–85.
- [27] Porta-Sales J. Sedation and terminal care. *European Journal of Palliative Care* 2001;8:97–100.
- [28] Tourangeau R, Rips LJ, Rasinski K. *The psychology of survey response*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
- [29] Mallory JL. The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing* 2003;19:305–12.
- [30] Weissman DE, Ambuel B, Norton AJ, Wang-Cheng R, Schiedermayer D. A survey of competencies and concerns in end-of-life care for physician trainees. *Journal of Pain and Symptom Management* 1998;15:82–91.