



HAL
open science

Quels impacts chez le médecin généraliste du décès de ses patients et quelles pistes d'amélioration? Une étude qualitative sur 10 médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure

Fabien Vannier

► To cite this version:

Fabien Vannier. Quels impacts chez le médecin généraliste du décès de ses patients et quelles pistes d'amélioration? Une étude qualitative sur 10 médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02093679

HAL Id: dumas-02093679

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02093679>

Submitted on 9 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année 2019

Thèse n°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

VANNIER Fabien

Né le 14 juin 1988 à Épernon.

Présentée et soutenue publiquement le 18 Mars 2019.

**Quels impacts chez le médecin généraliste du décès
de ses patients et quelles pistes d'amélioration ?
Une étude qualitative sur 10 médecins généralistes
de Seine-Maritime et de l'Eure.**

PRÉSIDENT DU JURY : Pr Jean François GEHANNO

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Quentin FOUBERT

MEMBRES DU JURY : Pr Dominique GUERROT
Pr Elisabeth MAUVIARD



DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale Informatique médicale et techniques de communication
Mr Stéfan DARMONI	HCN	communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie

Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Cardiologie
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie

M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémie BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie

M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
-----------------------------------	-------------------------

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
---------------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)

Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (med)

Neurosciences (Néovasc)

M. Sylvain **FRAINEAU** (med)

Physiologie (Inserm U 1096)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas **GUEROUT** (med)

Chirurgie Expérimentale

Mme Rachel **LETELLIER** (med)

Physiologie

Mme Christine **RONDANINO** (med)

Physiologie de la reproduction

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mr Youssan Var **TAN**

Immunologie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med)

Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE :

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Remerciements :

Monsieur le Professeur Jean François GEHANNO,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse, je vous en remercie sincèrement. Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect.

Monsieur le Professeur Dominique GUERROT,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury et ainsi juger de ce travail. Votre compétence, gentillesse et humilité est un modèle pour nous tous. Cette médaille Klotho en est ici le plus bel exemple. Veuillez recevoir le témoignage de ma plus sincère gratitude et de mon plus profond respect.

Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury et ainsi juger de ce travail. Merci également pour votre bonne humeur et vos précieux conseils lors de nos rencontres. Veuillez recevoir ici le témoignage de mon plus profond respect.

Monsieur le Docteur Quentin FOUBERT,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, mais aussi pour tes conseils tant sur ce travail que sur ma formation médicale dans son ensemble. J'ai beaucoup appris à tes côtés, autant sur le plan humain que médical. Tu trouveras ici mon plus profond respect et mes plus chaleureux remerciements. Merci pour tout.

Merci à Anais, de m'avoir soutenu activement et motivé durant ce travail mais aussi au quotidien, et ce, depuis tant d'années.

Merci à mes parents, de m'avoir soutenu et encouragé, moralement et matériellement, de la première à la dernière année d'étude, jusqu'à ce travail qui en est la consécration. Je n'aurai jamais pu en arriver là sans vous.

Merci à toi Mamie, pour tes encouragements et le fameux « Alors la thèse ? » à chaque coup de téléphone depuis deux ans.

Une pensée pour toi Papy. De là haut, tu dois être fier.

Merci à tous les médecins généralistes que j'ai pu rencontrer et qui ont accepté de participer aux entretiens. Je sais que votre temps est précieux et je vous remercie de votre chaleureux accueil, de votre disponibilité et du temps que vous m'avez accordé.

Merci à mes collègues de travail, pour leur aide, leur bonne humeur et sourires au quotidien. Merci pour la confiance que vous me témoignez en me confiant vos patients en votre absence.

Merci à tous mes anciens collègues de travail : médecins, infirmières, aides-soignantes... grâce à qui j'ai pu parfaire mes connaissances et avoir le goût de la médecine d'aujourd'hui. On a tous à apprendre de quelqu'un.

Merci au Dr Stipon pour tes conseils et ta relecture.

Merci à toi, Marie, du début à la fin, toujours soudés. On reste là.

Merci à tous mes amis dont Anne, Antoine-Guy, Bastien, Becbec, Juliette et Pawel, merci pour votre soutien et tous ces bons moments passés ensemble. J'en espère encore pleins d'autres à venir.

À Coconut, Kiki et Plumiche.

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	15
Abréviations	18
1. INTRODUCTION	20
1.1 <u>État des lieux</u>	21
1.1.1 La situation de la médecine générale en Seine-Maritime et dans l'Eure	21
1.1.2 Place des décès dans la vie professionnelle des médecins traitants	21
1.1.3 Santé mentale des médecins en France	23
1.1.4 Les solutions en place en 2017	24
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	26
2.1 Choix de l'étude qualitative.....	26
2.2 Choix de la population étudiée	26
2.3 Choix du questionnaire.....	27
2.4 Méthode de recueil des données.....	28
2.5 Méthode d'analyse des entretiens	28
3. RÉSULTATS	29
3.1 <u>Présentation des médecins généralistes interviewés</u>	29
3.2 <u>Présentation des entretiens</u>	30
3.3 <u>Analyse thématique horizontale des entretiens</u>	30
3.3.1 <u>Le ressenti face à la mort</u>	30
3.3.1.1 L'absence d'impact.....	31
3.3.1.2 L'impact sur la vie professionnelle	31
3.3.1.2.1 Des patients singuliers.....	31
3.3.1.2.2 Une exigence et remise en question du médecin	32
3.3.1.2.3 Relationnel avec la famille du défunt.....	35
3.3.1.2.4 Résignation, regrets et fatalité face à la mort	36
3.3.1.2.5 Sentiment positif du devoir accompli	37
3.3.1.3 L'impact sur la vie privée	38
3.3.1.3.1 Sur le plan psycho-somatique personnel	38
3.3.1.3.1.1 Fréquence des décès.....	38
3.3.1.3.1.2 Caractéristiques des décès	39
3.3.1.3.1.3 Identification et transfert.....	40
3.3.1.3.1.4 Le soulagement	41
3.3.1.3.2 Sur le plan familial	41
3.3.1.4 L'impact sociologique	42
3.3.1.5 L'impact selon les dimensions culturelles, religieuses et spirituelles	43
3.3.2 <u>Demander de l'aide</u>	43
3.3.2.1 Freins et limites	43
3.3.2.2 Prise de conscience et libération de la parole	44
3.3.2.3 Solutions existantes et attentes des médecins généralistes	45
3.3.2.3.1 Intérêt pour les associations de soutien	46
3.3.2.3.2 Prise de contact avec les associations de soutien	46
3.3.2.4 Prévention	47
3.3.3 <u>Lien avec le burn-out</u>	48

3.3.3.1 Expériences personnelles.....	48
3.3.3.2 Fin de vie et burn-out.....	49
4. <u>DISCUSSION</u>.....	50
4.1 <u>Intérêt du sujet</u>	50
4.2 <u>Résultats</u>	50
4.2.1 Résultats de notre étude	50
4.2.2 Comparaison à la littérature.....	54
4.3 <u>Prospectives</u>	55
4.3.1 Nouvelles données depuis 2017.....	55
4.3.2 Prévention des risques psycho-sociaux liés au deuil	55
4.3.3 Lutte contre l'auto-dévalorisation et l'automédication.....	56
4.3.4 Lutte contre le désinvestissement.....	57
4.3.5 Apprendre à gérer la famille du défunt.....	57
4.3.6 Attentes concernant les associations.....	58
4.4 <u>Méthodologie</u>	59
5. <u>CONCLUSION</u>.....	60
6. <u>BIBLIOGRAPHIE</u>.....	61
7. <u>RÉSUMÉ</u>	65
8. <u>ANNEXES</u>.....	66
8.1 Questionnaire.....	66
8.2 Verbatims.....	Sur CD-Rom

Les annexes contenant l'ensemble des verbatim retranscrits sont disponibles en format Word et PDF sur le CD ci-joint.

ABRÉVIATIONS :

AAPML : Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux

AAPMS : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants

APSS : Association pour la Promotion des Soins aux Soignants

ARENE : Association Régionale d'Entraide du Nord-Est

ARUM : Association Rouennaise pour les Urgences Médicales

ASRA : Aide aux Soignants en Rhône-Alpes

Asso-SPS : Association Soins aux Professionnels de Santé

ASSPC : Association Santé des Soignants en Poitou-Charentes

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ERMB : Entraide Régionale des Médecins de Bretagne

FIR : Fonds d'Intervention Régionale d'Ile-de-France

FMC : Formation Médicale Continue

HAD : Hospitalisation à Domicile

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

IMHOTEP (AMPML) : Association de Médecine Préventive pour les Médecins Libéraux

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LCR : Liquide Céphalo-Rachidien

MG : Médecine Générale

MOTS : Médecin Organisation Travail Santé

RESPA27 : Réseau de Soins Palliatifs de l'Eure

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Unions Régionales de Professionnels de Santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. INTRODUCTION :

L'exercice de la médecine est depuis toujours bien plus qu'un simple métier. Nous avons entre les mains la santé que nous confie nos patients et parfois même leurs vies. En tant que médecin généraliste, nous suivons certains patients qui vivent leurs premiers jours et d'autres qui vivent leurs derniers. Chaque patient est différent et possède sa propre histoire. Il en va de même pour les médecins. Mais tous s'impliquent au quotidien pour leurs patients : physiquement, psychologiquement mais aussi et surtout : humainement. Cette implication peut parfois mener à des situations complexes et difficiles à vivre pour le médecin, tant sur le plan physique, qu'émotionnel.

La gestion de ces difficultés émotionnelles des médecins a longtemps été un sujet tabou⁽¹⁾. Un ressenti parfois même considéré comme honteux, car, sous la pression populaire mais aussi médicale, un médecin se doit d'être infaillible. Pourtant, ces dernières années, la multiplication des études et enquêtes ont abouti à la conclusion que la santé mentale des médecins est fragile^(2,3,4,5,6). Ils peuvent se retrouver en difficulté et l'actualité tragique récente va dans ce sens. Certaines études vont plus loin en recherchant plus précisément les différentes étiologies de ce mal-être^(7,8).

Durant les premiers stages d'internat, une cause semblait évidente alors qu'elle n'était paradoxalement que très rarement analysée dans la littérature : la perte d'un patient. Être confronté à la mort, mais aussi à la famille en deuil. L'idée nous est donc venue d'analyser précisément cette thématique chez les médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure, ainsi que son implication dans leur vie professionnelle et personnelle.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer le retentissement de la mort d'un patient sur l'état psychologique de son médecin traitant. Les objectifs secondaires sont d'en déterminer les causes, conséquences et solutions.

1.1 État des lieux :

1.1.1 La situation de la médecine générale en Seine-Maritime et dans l'Eure :

En 2017, en région Normandie, nous dénombrons 141 médecins généralistes pour 100 000 habitants, dont un taux de 149 médecins généralistes pour 100 000 habitants en Seine-Maritime et de 103 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans l'Eure⁽⁹⁾. L'Eure est ainsi le département le plus sinistré de France en terme de démographie médicale globale et le 2^{ème} plus sinistré de France concernant la médecine générale. Cette démographie médicale a une incidence importante au quotidien avec des patientèles qui deviennent grandissantes. Du côté patient, cela implique un accès aux soins de plus en plus long et difficile.

Le terme « médecin traitant » correspond pour un patient et son médecin à une déclaration administrative auprès des services de la Sécurité Sociale, mais aussi et surtout à une relation particulière médecin-malade, s'inscrivant dans la durée. Dans l'immense majorité des cas, il s'agit du médecin généraliste du patient. Une relation d'accompagnement, d'échange et de confiance. Les médecins généralistes constituent le premier relai du parcours de soins coordonnés et sont les médecins de premiers recours pour les patients, quelles que soient leurs difficultés. Ils sont au centre de la prise en charge multi-disciplinaire, avec un rôle majeur de coordination, les plaçant ainsi comme les acteurs principaux du système de soins français.

1.1.2 Place des décès dans la vie professionnelle des médecins traitants :

La définition de fin de vie n'est pas explicitée dans la littérature, en pratique nous la considérons en Europe, comme les 35 derniers jours conduisant au décès du patient, « dans un déclin clinique et fonctionnel⁽¹⁰⁾. » La mort est définie comme la cessation totale et définitive des fonctions organiques et tissulaires animant l'organisme⁽¹¹⁾. Elle représente le début du processus du deuil, pour la famille mais également pour le médecin accompagnant le patient et son entourage.

La gestion des fins de vie et la mort sont souvent redoutées par le médecin généraliste mais aussi par la famille, ce qui conduit aujourd'hui au fait que la majorité des décès (57 %) surviennent en milieu hospitalier alors que la majorité des patients souhaiteraient une fin de vie à domicile (85 %)⁽¹²⁾. En pratique, seuls 25 à 37 % des patients décèdent à domicile selon leur âge⁽¹²⁾.

Du fait du changement démographique avec le vieillissement de la population, en 2040, la part de la population âgée de plus de 80 ans en France atteindra 7 millions contre 3,0 millions en 2007⁽¹³⁾. Le médecin généraliste voit ainsi sa patientèle vieillir et la gestion des fins de vie y est directement proportionnelle. Celle-ci va donc prendre une place de plus en plus importante au sein de son activité professionnelle.

Le rapport des médecins à la fin de vie et, par extension, au décès de leur patient, a été redéfini avec l'adoption de la loi Leonetti-Claeys le 02 Février 2016⁽¹⁴⁾, bien qu'elle soit encore peu connue⁽¹⁵⁾. Celle-ci implique des changements majeurs :

- Renforcement des directives anticipées : avec la **création** d'un modèle unique fixé par décret en Conseil d'État⁽¹⁶⁾, révisable et révocable à tout moment et sans délai de validité et, **s'imposant** à tout médecin, hors cas d'urgence. Celles-ci doivent être portées à la connaissance de la famille et de la personne de confiance, et être inscrite clairement dans le dossier médical du patient.
- Les actes de prévention, d'investigation ou **de traitements** et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.
- Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou **ne pas être entrepris**, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire.
- Le **renforcement** du principe du double effet, correspondant à la mise en place de l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie.
- L'introduction d'un cadre législatif sur la **sédation profonde** : en cas d'affection grave et incurable avec pronostic vital engagé à court terme, à la demande du patient ou au titre du refus de l'obstination déraisonnable (si celui-ci ne peut exprimer sa volonté), après décision collégiale, il est autorisé une analgésie et arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie.

Cette nouvelle réglementation s'applique également au médecin traitant, intervenant au chevet du patient à domicile, assurant la qualité de vie et la sauvegarde de la dignité. Celui-ci est donc directement impacté par ces nouvelles dispositions dans son approche thérapeutique active des soins palliatifs. Mais bien souvent, le médecin traitant ne fait pas

qu'accompagner le patient : il accompagne et prend également en charge sa famille et son entourage, avec une approche différente car uniquement psychologique. Cet aspect est bien souvent méconnu, voire négligé, des étudiants, qui privilégient l'approche purement médicale. Le médecin s'expose ainsi à se retrouver en difficulté dans la gestion des émotions qu'il peut ressentir face à ces situations.

1.1.3 Santé mentale des médecins en France :

La santé mentale des médecins français est préoccupante selon les conclusions de plusieurs études :

- 39 % des soignants exerçants en milieu rural ont eu des idées suicidaires⁽²⁾.

- 14 % des causes de décès des médecins libéraux en activité sont le suicide⁽³⁾, en atteste les suicides d'internes ou de médecins en exercice, rapportés régulièrement dans l'actualité.

- 63 % des médecins ressentent un épuisement à la fois physique et moral⁽⁴⁾, et plus d'un quart des internes en médecine sont dépressifs, sans prédominance de spécialité ou d'ancienneté, selon les conclusions de méta-analyses internationales^(5,6).

D'autres études montrent que les médecins sont plus sujets au stress, burn-out, conduites addictives et aux consommations de psychotropes^(17,18), mais aussi aux syndromes dépressifs pouvant parfois et malheureusement, mener au suicide⁽¹⁹⁾. La nouvelle génération, étudiants et internes, est déjà impactée par ces risques psycho-sociaux au travail : 62 % éprouvent de l'anxiété, 27 % des manifestations dépressives et plus de 23 % des idéations suicidaires⁽²⁰⁾. Or, une majorité de médecins estiment que la vulnérabilité psychologique peut affecter également la qualité des soins au point de mettre en danger la vie de leurs patients, mettant ainsi en avant un double risque : pour le médecin mais aussi pour le patient^(21,22).

De plus, il est désormais prouvé que la gestion des fins de vie de patients a un impact psycho-somatique important sur le plan professionnel et personnel^(23,24,25). Faire face à la mort d'un patient ou une altération brutale de son état de santé (urgence vitale, annonce diagnostique grave) est citée dans 4,4 % des aspects négatifs de l'exercice de la profession, et génèrent ainsi un stress élevé avec épuisement professionnel important^(7,26). Cependant peu d'études sont disponibles sur l'imputabilité de « l'après », à savoir les jours et mois qui suivent le décès du patient, sur la santé mentale de leur médecin traitant.

1.1.4 Les solutions en place en 2017 :

Face à ce constat, plusieurs axes de réflexion s'imposent. Comment se former et se prémunir contre de tels risques, comment les repérer et comment les traiter efficacement ?

Le 21 Mars 2017, la Ministre de la Santé Marisol Touraine, dévoilait les grands axes du plan de stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé « Prendre soin de ceux qui nous soignent^(27,28). »

- Dans un premier axe, une communication approfondie avec les professionnels de santé pour informer notamment sur le burn-out. Elle a pour but également de faire tomber les tabous encore présents et freinant certains médecins à demander de l'aide, car pouvant être considéré comme un aveux de faiblesse. Ce phénomène est d'autant plus décrit chez les étudiants et internes⁽¹⁾.
- Un deuxième axe, concerne la prévention dès la faculté, avec le développement de formations universitaires sur le thème de « Soigner les soignants ». L'université de Paris Diderot et de Toulouse ont déjà développé cette formation.

Sur le plan national, le dispositif majeur nouvellement mis en place est l'ouverture depuis le 28 novembre 2016 de la plateforme téléphonique d'écoute anonyme et gratuite de l'Association Soins aux Professionnels de Santé (Asso-SPS). L'Asso-SPS, ouverte depuis le 28 Novembre 2016 a déjà dépassé les 1 800 appels la première année, et atteindra 3 000 appels en 2018. Ce service a été subventionné par l'assurance maladie pour l'année 2017. Elle est complétée par l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants (AAPMS), anciennement l'AAPML (Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux), qui organise également le soutien psychologique aux soignants en souffrance, via une plateforme téléphonique non surtaxée et anonyme, accessible 24h/24. Ce dispositif est financé grâce aux subventions obtenues auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du Fonds d'Intervention Régionale d'Ile-de-France (FIR) et de plusieurs Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS).

Des solutions complémentaires seront également mises en place : sessions de formation via l'Agence nationale du DPC (Développement Professionnel Continu) et création d'unités d'hospitalisation spécifiques notamment.

La CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) et l'Ordre des médecins se sont associés pour créer l'APSS : Association pour la Promotion des Soins aux Soignants, et ont mis en place le contrat d'engagement thérapeutique.

Les confrères libéraux, atteints d'une pathologie sévère, qu'elle soit d'ordre psychiatrique ou organique, en attente d'une décision d'exercice par le Conseil Régional de l'Ordre, hésitent à arrêter leur activité car les indemnités CARMF ne sont versées qu'à partir du 90^{ème} jour d'arrêt. Le contrat d'engagement thérapeutique permet, en échange d'une « obligation de soins » :

- une aide dès le 1^{er} jour d'arrêt,
- une aide à la reprise,
- un accompagnement spécifique par l'Ordre et la CARMF.

Ce contrat est consultable auprès de chaque Conseil Départemental et mérite d'être mieux connu de tous, chacun d'entre nous pouvant être un jour concerné. Cette association permettra également le développement de structures physiques dédiées à l'accueil des soignants.

Sur le plan départemental, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime, contacté à ce sujet par courrier en 2017, répond à un rôle d'écoute et d'accompagnement personnalisé pour les confrères en souffrance psychologique (AMPML : Association de Médecine Préventive pour les Médecins Libéraux - IMHOTEP). Il envisage de devenir adhérent à l'association MOTS (Médecins Organisation Travail Santé). Cette association se base sur une permanence téléphonique, ouverte dans huit régions française en 2017 (dont la Normandie), pour apporter une aide confraternelle à des médecins (diplômés, internes, étudiants ou même leurs proches) en toute confidentialité. Elle vise à maintenir un corps médical en bonne santé et à préserver ainsi la sécurité et la qualité des soins délivrés aux patients. Depuis son ouverture en 2010, elle a aidé plus de 700 médecins, dont le motif principal était l'épuisement professionnel et personnel. Elle organise aussi deux fois par an des séminaires validant DPC.

D'autres associations locales sont en développement sur le territoire français : en Bretagne, l'ERMB (Entraide Régionale des Médecins de Bretagne) depuis 2014. Dans la région Rhône-Alpes, le réseau ASRA (Aide aux Soignants en Rhône-Alpes). Dans le Nord-Est, il s'agit de l'ARENE (Association Régionale d'Entraide du Nord-Est). Enfin, l'association ASSPC (Association Santé des Soignants en Poitou-Charentes) couvre la région de Poitou-Charentes.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Le premier objectif de ce travail était d'évaluer l'impact psychologique que peut représenter le décès d'un patient chez son médecin généraliste. Les objectifs secondaires étaient consacrés à l'étude des causes, conséquences et solutions (existantes, déjà en place ou à développer) ainsi que leur connaissance par les médecins.

Une revue de la littérature a été effectuée en Décembre 2016 puis réactualisée en Juillet 2017, permettant l'obtention d'articles de littérature grise mais aussi d'articles issus de PubMed via leur moteur de recherche avec les critères suivant :

- ((death[Title]) AND general[Title]) AND practitioner[Title]
- et
- (effect[Title]) AND patient death[Title]
- et
- (impact[Title]) AND patient death[Title]

Ainsi que leurs articles similaires associés.

2.1 Choix de l'étude qualitative :

Le choix d'une étude qualitative a été motivé par la nécessité de recueillir une émotion et un ressenti du moment, présent ou passé, unique et propre à chaque médecin, à travers un questionnaire semi dirigé, évolutif. Le ressenti de la mort et le sentiment de deuil ne peuvent s'évaluer au travers d'un questionnaire statistique standardisé, mais bel et bien sur le ressenti émotionnel faisant appel au travail de souvenir, apportant des éléments nouveaux au fil de l'entretien. Un travail de recherche par analyse qualitative apparaissait donc plus apte à mettre en valeur l'ensemble des répercussions professionnelles et personnelles du décès des patients chez leur médecin traitant.

2.2 Choix de la population étudiée :

L'étude se limitait aux médecins généralistes exerçant actuellement dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure. Un échantillon de 10 médecins généralistes a

été constitué selon la méthodologie dite « en recherche de variation maximale » : la plus grande diversité d'expériences, méthodes et lieux d'exercices était recherchée ainsi qu'une certaine parité Homme/Femme.

Les médecins étaient classés selon différents critères :

- Sexe : Homme ou Femme
- Âge : < 40 ans ; 40-60 ans ; > 60 ans
- Mode d'exercice : Seul ou en groupe.
- Lieu d'exercice : Rural, Semi-rural ou Urbain.

Le terme « Exercice en groupe » est défini par la présence d'au moins deux professionnels de santé (médecin ou paramédical) dans la même structure. Le terme « Rural » est défini par l'exercice dans une commune de moins de 2 000 habitants. Le terme « Semi-rural » est défini par l'exercice dans une commune de 2 000 à 10 000 habitants. Le terme « Urbain » est défini par l'exercice dans une commune de plus de 10 000 habitants.

Après présentation du projet de recherche et accord verbal par téléphone, un entretien était organisé soit au cabinet du médecin, à leur domicile ou bien dans des locaux de la faculté de médecine à Rouen. Aucun refus d'entretien n'a été formulé. La décision d'arrêter les entretiens a été prise dès lors qu'une saturation des données apparaissait, puisqu'aucune thématique nouvelle n'était abordée.

2.3 Choix du questionnaire :

Nous avons dessiné une trame directrice pour guider les entretiens et aborder les grandes thématiques essentielles. Cependant le questionnaire n'était pas exclusif et le libre champ de parole des interviewés était respecté afin d'obtenir le maximum de témoignages sincères et spontanés. Dans cet objectif, un rapport harmonieux entre questions ouvertes et fermées a été recherché. Le questionnaire n'était pas connu d'avance par les médecins interrogés.

Une première partie correspondait au recueil de données démographiques concernant le médecin (lieu et mode d'exercice, âge, sexe, année d'installation, activité complémentaire). Une deuxième partie abordait le vécu des décès des patients par leur médecin généraliste.

L'objectif étant de mettre en valeur un ressenti émotionnel, professionnel et personnel dans ces situations. Une troisième partie explorait les solutions consultées, ou envisagées ainsi que leurs motivations et appréhensions. Une quatrième partie retranscrivait la connaissance de ces associations et les attentes éventuelles envers celles-ci. Une cinquième et dernière partie concernait la recherche d'un lien avec le burn-out et les moyens de prévention.

2.4 Méthode de recueil des données :

Le recueil des données s'est effectué par des entretiens physiques individuels avec l'enregistrement de l'ensemble des propos exprimés, par un dictaphone. L'anonymat des médecins interrogés a été énoncé verbalement au début de l'entretien, puis respecté. Dans un second temps, chaque entretien était retranscrit intégralement par écrit sur ordinateur via un logiciel de traitement de texte. Ils étaient ensuite anonymisés pour qu'aucun élément ne puisse permettre une identification du médecin interrogé.

2.5 Méthode d'analyse des entretiens :

Après retranscription des entretiens, nous les avons analysé via une analyse horizontale. Celle-ci consistait en une analyse thématique identique au travers des différents entretiens, correspondant ainsi à chaque partie du questionnaire. Ainsi, au fil des entretiens, l'analyse s'enrichissait, associant des ressentis similaires mais aussi de nouvelles émotions et pistes de réflexion. Les idées étaient ensuite classées et étayées par des citations d'entretiens.

3. RÉSULTATS :

3.1 Présentation des médecins généralistes interviewés :

N°	Sexe	Âge	Installation	Consultations	Exercice	Secrétariat	Zone activité	Type d'activité complémentaire	Nombre estimé de décès par an
E1	F	30	Non	Mixte	Mixte	oui	Urbaine	Gardes ARUM	3
E2	F	61	1982	Sur RDV	Groupe	oui	Rurale	Gynécologie, Maître de Conférences Associée - MG	1
E3	M	65	1982	Sur RDV	Groupe	oui	Rurale	Aucune	5 à 10
E4	M	57	1992	Sur RDV	Groupe	oui	Urbaine	Réseau VIH	4
E5	M	34	2014	Sur RDV	Groupe	oui	Rurale	Gériatrie	2
E6	M	61	1990	Sur RDV	Seul	oui	Rurale	Soins Palliatifs	5 à 10
E7	F	59	1987	Sur RDV	Groupe	oui	Urbaine	Professeur Associée - MG, Co-Responsable de l'Enseignement Facultaire	4
E8	M	35	2014	Sur RDV	Groupe	oui	Semi-rurale	Aucune	12
E9	M	55	1997	Sur RDV	Groupe	oui	Semi-rurale	Aucune	4 à 6
E10	F	34	2017	Sur RDV	Groupe	oui	Semi-rurale	Aucune	1-2

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interviewés. (F : Femme; H : Homme).

3.2 Présentation des entretiens :

Entretien	Lieu	Date	Heure	Durée
N°1	Domicile	31/08/2016	14h00	46min35sec
N°2	Domicile	11/10/2016	14h00	49min21sec
N°3	Domicile	27/10/2016	14h00	01h04min15sec
N°4	Faculté de médecine	15/12/2016	16h30	32min19sec
N°5	Cabinet	20/12/2016	14h30	27min51sec
N°6	Cabinet	02/02/2017	12h20	40min32sec
N°7	Faculté de médecine	16/02/2017	11h00	38min55sec
N°8	Cabinet	06/04/2017	12h00	22min55sec
N°9	Cabinet	06/04/2017	12h45	20min00sec
N°10	Cabinet	09/06/2017	13h00	21min10sec

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens.

3.3 Analyse thématique horizontale des entretiens :

3.3.1 Le ressenti face à la mort :

Il est rapidement constaté que **la mort est perçue différemment** selon les médecins, résultant d'une **diversité** des expériences propres à chacun, qu'elle soit d'ordre professionnelle ou personnelle. Il n'existe pas de décès type :

« *Chaque situation est une situation particulière.* » E2

« *La mort est plurielle.* » E3

« Cela va dépendre beaucoup de la relation que l'on avait avec le patient. » E5

« Cela dépend des circonstances du décès. » E9

3.3.1.1 L'absence d'impact :

Pour certains médecins, nous observons une **absence d'impact direct**, exprimée comme telle, lorsque la mort est constatée pour un patient inconnu du médecin (Dans le cadre d'une garde par exemple.) :

« Tu es un médecin X qui vient signer un constat de décès d'un patient Y. Il n'y a aucune relation, aucun attachement. [...] Moi cela ne m'affecte aucunement. » E1

« Les jours d'après je n'y pensais pas forcément. Cela ne m'a pas traumatisé du tout. » E10

Mais l'impact pouvait aussi être variable chez le même médecin, en fonction du relationnel antérieur avec le patient, des circonstances et de l'expérience du médecin. La **réaction** vis-à-vis d'un décès est donc **plurielle**, avec selon les cas, très peu d'affect :

« Il y a des patients : « ah ils sont morts ! » clac on marque « décédé » dans le dossier, on ferme, basta. » E3

« Je n'ai pas l'impression d'avoir besoin d'enclencher un processus de deuil, dans la grande majorité des cas. » E4

« Et en fait... la mort... c'est poétique... c'est un instant... c'est génial... » E6

« Maintenant je m'en fous (rires). [...] La mort elle arrive, c'est dans la logique des choses quoi. [...] Mais en général c'est un truc que j'assimile tranquillement. » E7

« Bah ça ne m'empêche pas de dormir. » E8

3.3.1.2 L'impact sur la vie professionnelle :

Les impacts sont multiples, d'intensités différentes, directs ou indirects :

3.3.1.2.1 Des patients singuliers :

Les médecins généralistes sont confrontés dans le cadre de leur exercice, dans la majorité des cas, à des décès à domicile. **La visite** du médecin traitant y est donc **obligatoire et chronophage** car celle-ci se doit d'être **fréquente** :

« Aller à domicile c'est important : déjà comment la patiente est installée, qui passe, qui fait quoi, qu'est-ce qui a été compris par la patiente et par son entourage, expliquer ce qu'on allait faire. » E1

« Les fins de vies à domicile, il faut y aller, on a pas le choix. » E3

« Cela m'arrive de passer deux fois par jour à domicile : le matin avant de commencer les consultations, et le soir quand la journée est finie. » E4

« Ce sont des moments d'émotions, les visites sont plus longues et plus lourdes, mais ce sont des moments forts... » E7

L'annonce inattendue d'une visite urgente ou d'un décès vient perturber le bon fonctionnement du médecin, entraînant une **désorganisation temporelle et psychologique de sa journée** :

« Oui je suis perturbée pendant mes consultations si une infirmière m'appelle en me disant qu'un patient ne va pas bien à domicile. » E1

« Mon premier sentiment c'est la tristesse. [...] On est pas pareil, on y pense beaucoup. [...] Ça perturbe un peu la concentration. » E5

Ces contraintes chronophages, mais aussi l'impact psychologique que cela peut entraîner, font partie des éléments qui atteignent le plus les médecins dans l'impact des fins de vie de leurs patients, avec toutes les conséquences que cette **fatigue** engendre.

Indirectement, la fin de vie et les visites fréquentes entraînent une toute autre relation entre le médecin et son patient, mais qui en contrepartie rend le décès plus difficile à gérer :

« Du coup tu te retrouves quelquefois dévasté, [...] parce que tu as accompagné les gens, c'est devenu une partie de toi même... » E2

« J'aurais plutôt tendance à dire que ceux que l'on a accompagné longtemps... Ceux pour qui cela a été envahissant. » E2

« C'est épuisant. C'est fatigant, on est vidé émotionnellement. » E4

« Le premier impact c'est la fatigue. Quarante-huit heures après, on est littéralement crevé, rincé. [...] Ce sont des situations difficiles à gérer, et pendant des années, je suis passé trois fois par jour. » E6

« Ce qui est compliqué c'est quand on en a trois ou quatre en même temps, là c'est un peu compliqué... Un à la fois ça va. » E7

3.3.1.2.2 Une exigence et remise en question du médecin :

Nous avons observé que la quasi totalité des médecins décide d'accompagner leurs patients jusqu'à leur fin de vie et s'en fait un **devoir professionnel**. Ils sont exigeants envers eux-mêmes dans leur prise en charge globale :

« Je m'étais quand même beaucoup impliquée dans sa prise en charge. » E1

« La pression que l'on se met. » E3

« Si on ne s'occupe pas des mourants, on n'a pas la poésie. [...] C'est pour ça que l'important ce n'est pas les mots, c'est d'être au contact. » E6

« Sur le plan professionnel ce n'était pas possible de les laisser comme ça, et sur le plan personnel non plus... » E8

« Avec l'âge, les gens décèdent, on a fait ça , ça et ça, on a fait ce qu'on a pu. » E9

Il existait une importance certaine à ce que le médecin soit à **l'écoute de son patient** et notamment de ses dernières volontés :

« Il reste à faire en amont tout ce qu'il faut pour cela soit le plus tard possible ou dans les meilleures conditions possibles. » E3

« C'est une marque de confiance que font les patients et la famille avec le médecin. Il y a quelque chose qui se joue là, à ce moment là, et moi j'ai le sentiment d'avoir besoin d'être à la hauteur. » E4

« On s'est en général donné tous les moyens pour que la personne ait une fin de vie la moins désagréable possible... ou la plus agréable possible, que cela se passe dans les meilleures conditions. » E9

Nous avons observé que les médecins pouvaient se trouver **désemparés** et dans le **doute**, face à ces situations complexes. Ils sortent alors de leur zone de confort, entraînant ainsi un **impact professionnel négatif** :

« Les suivis de fin de vie, c'est quand même compliqué médicalement. » E3

« On a aussi des doutes parfois sur sa propre capacité à gérer ce type de situation. » E4

« On a peur, non pas des représailles mais de ne pas faire ce que la famille attend, ça colle une forte pression quand même. [...] On a peur de pas toujours bien faire. » E5

« Quand tu n'as pas l'expérience, tu vis dans un tunnel et tu n'es pas bien parce que tu ne vois pas la sortie du tunnel. » E6

« Nous c'est plus le deuil de ce qu'on peut arriver à faire et que l'on n'arrive pas à faire dans le système de soins... » E7

« C'était un gros poids il y a quelques années parce que bon je n'avais peut-être pas l'expérience pour... [soupir]... pour gérer la situation. » E9

« Je ne savais pas quoi faire, je ne pouvais pas faire plus. [...] j'étais vraiment embêtée, j'étais angoissée à chaque fois dès que j'allais la voir, et ça durait longtemps, elle était dans ses plaintes, c'était compliqué. » E10

Cette **remise en question**, comme le disait hors enregistrement un médecin en plaisantant « *Tout dépend de si on a fait une connerie ou pas !* », est indépendante de l'âge ou l'expérience du médecin :

« *Moi je l'avais vue le mercredi, elle est morte le vendredi dans le cabinet, on ne peut pas ne pas se poser de question, si il y avait eu des erreurs, si on aurait pu faire autrement.* » E2

« *La surprise c'est quand arrive un décès brutal, chez un patient sans pathologies particulières sous jacente, on se remet en question, quand est-ce que je l'ai vu pour la dernière fois, est-ce que je ne suis pas passé à coté de quelque chose ? [...] Le plus gênant c'est quand au niveau professionnel, il y a quelque chose à redire.* » E3

« *Quand quelqu'un décède brutalement, un peu égoïstement, c'est de se dire : il est décédé, d'abord est-ce que c'est de ma faute ou pas ? [...] Cela arrive qu'on ait souvent un sentiment de culpabilité.* » E9

Les médecins se retrouvent ainsi **touchés** dans leurs affects sur **leurs propres capacités** médicales. Notamment la question d'un éventuel diagnostic plus précoce entraînant une meilleure espérance de vie pour le patient... Mais aussi celle d'une meilleure prise en charge des soins palliatifs. Nous retrouvons essentiellement chez les jeunes médecins cette **dévalorisation par rapport à des confrères plus expérimentés** :

« *Lui est beaucoup plus à l'aise avec les soins palliatifs, donc je me disais que de toute façon cela ne serait pas aussi bien que lui.* » E1

« *Je pense qu'on se perfectionne avec l'expérience, en soins palliatifs. [...] Je n'ai pas toujours pleinement confiance dans ce que je fais.* » E1

« *Comment ça se fait que je suis pas comme les gens qui m'ont enseigné et qui réussissent à guérir, moi je ne réussis pas à guérir... [...] On fait le deuil de son professionnalisme parfait.* » E3

« *Il y a des déceptions, de ne pas avoir fait quelques trucs en plus pour allonger un peu le temps.* » E8

« *Je dirais qu'avec l'âge, je me torture moins l'esprit, et que même si on a pas été parfait, on sait que la perfection n'est pas de ce monde.* » E9

Chaque médecin déplace le curseur au niveau de ses propres **limites**, lui permettant de gérer au mieux le décès de son patient. Certains peuvent **sortir de leur rôle** strict de médecin et aller jusqu'à participer aux soins mortuaires et à l'enterrement, d'autres préfèrent **au contraire garder une certaine distance** afin de ne pas trop s'impliquer émotionnellement. C'est également une attitude « décès dépendante » :

« *J'ai même participé à la toilette mortuaire pour cette femme là... et après... l'histoire s'arrête. [...] Hors de question d'aller à l'enterrement.* » E2

« J'ai eu besoin d'aller à l'inhumation de ce patient. Cela m'est arrivé d'aller 2-3 fois aux inhumations. » E4

« Un de mes associés qui me surprend toujours parce qu'il a l'habitude d'aller à la cérémonie de ses patients décédés. Manifestement c'est naturel pour lui et ça l'aide. » E7

3.3.1.2.3 Relationnel avec la famille du défunt :

Il était difficile de détacher un rôle concret de la famille tant les situations sont **singulières**, avec parfois des divergences au sein d'une même famille. Plusieurs réactions étaient constatées par les médecins au fil de leurs expériences.

Certaines familles se montrent **conciliantes et facilitantes**, dans un processus actif de soins, impliquant le médecin généraliste, mais d'autres sont parfois plus **revendicatrices** ou avec une **mise à l'écart du médecin après le décès** du patient :

« Certains patients s'écartent du médecin de famille ou du médecin traitant du fait qu'il ait accompagné le décès de l'un de leurs proches. » E1

« Dans les familles après il y a de tout : ceux qui se détournent de toi parce que tu représentes trop de mauvais souvenirs, tu as ceux qui nouent avec toi une relation de reconnaissance ou de fusion parfois un peu encombrante, parfois presque déplacée, tu as de tout. Tout est particulier. » E2

« Les accompagnants continuent de venir me consulter. [...] Mais une fois que le décès arrive, cela m'est arrivé des fois, je n'ai plus du tout de nouvelles. » E5

« Une chose aussi qui est parfois curieuse et pas facile à accepter, c'est que du coup la famille change de médecin. » E7

Lorsque l'un des membres de la famille consulte, il peut également faire **revivre le deuil** du patient à son médecin :

« J'ai l'image d'un petit gamin décédé d'un lymphome il y a plusieurs années, et je vois toujours la mère et le père ou la petite sœur, et forcément je revois parfaitement toute la situation. » E4

La famille peut aussi se montrer **exigeante envers le médecin** :

« Ce sont eux qui « nous collent la pression. » [...] de ne pas faire ce que la famille attend, cela, ça colle une forte pression quand même. [...] Leur ressenti à eux, va directement impacter sur notre façon d'être, va nous tracasser. » E5

« C'est plus la famille moi qui m'angoisse. » E10

Afin d'apaiser et de prévenir les tensions avec les familles, il faut travailler sur **la communication et la préparation au décès**. Ne pas rester sur de fausses impressions ou sur des questions sans réponses. Le rôle du médecin est indispensable dans **l'accompagnement des familles**, ce qui majore cette contrainte **chronophage** :

« *Je m'entends faire de la réassurance à des familles, parce qu'on a travaillé en amont de la mort avec eux.* » E2

« *Je sais que quelqu'un de 95 ans... il se doute bien qu'il est plus près de la sortie que du début... et donc on en parle en consultation comme ça... J'essaie aussi de l'aborder sur une annonce de cancer, c'est un sujet qu'on essaie de préparer à l'avance...* » E3

« *La famille du malade en général, c'est un partage, pour moi c'est un soutien pour le médecin.* » E4

« *Les gens ont pas l'air d'imaginer que nous aussi on est dans le deuil, effectivement, que l'on pourrait en parler ensemble quoi.* » E7

« *Oui c'est un poids à gérer parce qu'on les voit beaucoup plus souvent, ils viennent comme ça en urgence... [...] on est pas là juste pour soigner la personne malade.* » E8

« *L'expérience fait que l'on arrive beaucoup mieux à gérer l'accompagnement de la famille quoi.* » E9

« *En allant au domicile pour constater le décès, le plus difficile est de prendre en charge la famille. [...] Tu ne sais pas trop comment réagir, ils vont être tous en pleurs, tu es un peu gêné par rapport à ça.* » E10

3.3.1.2.4 La résignation, les regrets et la fatalité face à la mort :

Les sentiments de **résignation** et de **fatalité** étaient retrouvés lorsque la mort est considérée comme le processus physiologique de fin de vie d'une personne âgée poly-pathologique :

« *C'est tout l'avant, [...] que je trouve insupportable, après une fois que le décès est intervenu, cela fait partie des choses quoi...* » E7

« *La mort fait partie de la vie comme on dit....* » E8

« *Avec l'âge, les gens décèdent, [...] on a fait ce qu'on a pu, et puis quand tous les moyens thérapeutiques ont été entrepris et puis que la personne décède et bien voilà, c'est pas la peine de se flageller pendant des semaines ou des mois, voilà.* » E9

Dans deux entretiens, on identifiait la notion de **surmenage professionnel** avec une disponibilité moindre pour s'occuper des soins palliatifs et l'accompagnement de ses patients vers la mort. Ceci entraînait des regrets et de la **déception de ne pas faire mieux** pour le patient et sa famille :

« Une déception par rapport au système de soins en général, dans le sens où dans l'accompagnement, on est pas forcément au top quoi. [...] nous notre deuil ce n'est pas le même deuil, nous c'est plus le deuil de ce qu'on peut arriver à faire et que l'on n'arrive pas à faire dans le système de soins... » E7

« Les regrets personnels que je peux avoir, c'est quelques fois, avoir eu l'impression d'avoir été très clair sur la fin de vie et au moment du décès la famille tombait des nues parce que cela s'est passé maintenant... » E7

« Moi je ne peux pas être là non plus tout le temps. » E8

Enfin, nous avons identifié dans plusieurs entretiens la notion « **d'aller de l'avant** » avec la charge de travail imposée qui fait passer au second plan la tristesse d'un décès. Ils s'occupent l'esprit avec les « vivants », ils tournent la page et **acceptent**, après un temps qui est propre à chaque médecin, mais aussi à chaque patient :

« Et puis le temps passe... là aussi, on digère... [...] On est dans un boulot où forcément les événements se poussent les uns les autres, tu es obligé de reprendre ton boulot, de t'occuper des gens et de t'intéresser aux gens, le travail te distrait. » E2

« Clac on marque décédé dans le dossier, on ferme, basta. Et il y en a d'autres, il faut une semaine pour fermer le dossier... [...] on reprend le boulot... ce sont les patients suivants qui sont aussi « curatifs » parce qu'il faut assumer. Il faut continuer quand même malgré tout à les aider, à les soigner et puis les choses s'enchainent. » E3

« Récemment j'ai eu deux décès coup sur coup, c'était un peu plus dur à encaisser. Mais ça va parce qu'après, on arrive à passer à autre chose. » E5

« Il n'y avait pas le choix, il fallait aller de l'avant et puis c'est tout. » E6

« Un jour on recroise le dossier et on finit par le ranger dans l'armoire des patients décédés. » E7

« Une fois que le décès est arrivé et puis dès qu'on est plus dans l'ambiance du travail ou que l'on est rentré chez soi, on tourne un peu la page, on passe à autre chose. » E9

3.3.1.2.5 Sentiment positif du devoir accompli :

Sur notre échantillon, la majorité des médecins estime avoir **fait correctement leur travail**, en ayant l'impression de s'investir au maximum, quantitativement et qualitativement auprès de leurs patients et leurs familles, pour les accompagner jusqu'au décès :

« J'essaie d'être là, disponible tout le temps. » E5

Il en était même parfois dégagé une **fierté** de faire des soins palliatifs, malgré les contraintes de temps, et l'impact psychologique que cela peut représenter :

« J'avais une fierté d'avoir fait cela [...] mais ce n'était pas des sentiments négatifs, au contraire, c'était plutôt positif. [...] et j'étais contente d'avoir réussi à l'accompagner, c'est une fierté personnelle. » E1

Cet impact professionnel devenait alors **positif et constructif** :

« On est aussi content d'avoir bien accompagné et fait notre travail correctement. » E1

« Paradoxalement cela peut-être dynamisant au niveau professionnel. » E4

« Maintenant quand j'ai un patient qui est mort, je me sens libéré et heureux. Je me sens plus léger, plus joyeux. Toujours. Toujours. » E6

Ce sentiment est important dans la vie professionnelle d'un médecin car il s'agit d'un véritable moteur pour continuer à exercer la médecine dans les conditions humanistes et bienveillantes. Face à certains deuils, la famille et le médecin peuvent trouver un **soutien mutuel de réconfort** et de **reconnaissance** :

« Sa famille proche et sa mère en particulier, m'ont aperçu et m'ont pris dans les bras. Il fallait que je sois avec eux. [...] La famille du malade, en général, c'est un partage. Pour moi, c'est un soutien pour le médecin. On partage quelque chose, moi je le vis comme ça. » E4

Pour autant lorsque ce sentiment n'est pas valorisé ou reconnu comme tel, celui-ci peut devenir un **poids psychologique** supplémentaire :

« Peut-être est-ce un peu prétentieux, mais ne serait-ce que d'avoir un petit merci des fois. C'est plus un problème de reconnaissance, cela n'arrive pas souvent mais j'ai déjà eu le cas. » E5

3.3.1.3 L'impact sur la vie privée :

3.3.1.3.1 Sur le plan psycho-somatique personnel :

- Fréquence des décès :

La plupart des médecins ne ressentent **pas de tristesse accumulée** par la répétition des décès. Il ressort donc que l'**expérience** semble importante pour se construire et se protéger en cas de deuils :

« Je pense que l'on repart de zéro à chaque fois, il n'y a pas d'accumulation de tristesse à chaque décès. » E1

« Je n'ai pas le sentiment que cela s'accumule. Je pense que ce sont des expériences qui nous rendent plus forts. » E4

« Pour l'instant moi ça va à peu près [...] Récemment j'ai eu deux décès coup sur coup c'était un peu plus dur à encaisser [...] bon il ne faudrait pas qu'il y en ait trois de suite... » E5

« Plus on est confronté à la mort et plus on se structure par rapport à ça. » E9

- Caractéristiques des décès :

Les caractéristiques des décès jouent un rôle important sur le psychisme du médecin. Les impacts et ressentis sont radicalement opposés lorsque l'on passe, par exemple, d'un patient inconnu à un patient jeune avec une mort brutale ou violente psychologiquement. Dans nos entretiens, chaque expérience concernant le décès d'un enfant est revenue associée à un traumatisme psychologique majeur. Globalement les décès inattendus, violents et brutaux, chez des **enfants ou adultes jeunes**, provoquent des sentiments différents à type de stupéfaction voire de véritables **chocs émotionnels**. Pour autant ils ne provoquent pas de **tristesse**. Celle-ci est plus ressentie dans les suites des décès attendus, mais longtemps préparés. Ils sont le reflet d'un investissement important de la part du médecin généraliste, tant en terme d'accompagnement physique que psychique, pour le patient et sa famille :

« Il y a certaines fois où j'étais dévastée, [...] j'ai perdu une petite patiente de neuf mois. » E2

« Ceux qui nous affectent le plus c'est l'enfant et le jeune adulte car on a un grand sentiment d'impuissance. » E4

« Dans tous les cas c'est difficile mais peut-être encore plus pour les patients jeunes ou les décès brutaux » E5

« J'ai eu un décès brutal difficile, c'était par suicide, là oui cela a été très difficile car on ne s'y attendait pas du tout. » E5

« Et puis je pars en vacances, hémorragie méningée, elle est morte. Et là, ça fout un coup. Ça fout un coup. Indubitablement ça fout un coup. C'était pas vraiment attendu. Et donc ça, ça peut-être un peu violent. » E6

« C'était un suicide, et ça faisait plusieurs jours quand même qu'il était à son domicile, donc là c'était spécial, c'était plus l'aspect du corps. » E10

« Ils en parlaient des fois, des décès difficiles, surtout des patients jeunes. [...] C'était difficile mais cela ne les affectaient pas plus que ça. » E10

Un **contrecoup** avec un ressenti émotionnel fort était fréquemment retrouvé dans les heures suivant la connaissance du décès d'un patient longuement accompagné par son médecin :

« *Un patient en soins palliatifs cela prend plus d'énergie et il y a un contrecoup au décès de ce patient.* » E1

« *Il y a certaines fois où j'étais dévastée, parce que quand on a accompagné les gens..., d'abord j'étais jeune en exercice.* » E2

« *Mon premier sentiment c'est la tristesse.* » E5

Certains décès peuvent engendrer chez le médecin une véritable **douleur morale**. Elle peut être si intense qu'elle a été comparée à une douleur physique, laissant aussi des cicatrices :

« *Le seul décès dont je me souviens comme d'une brûlure...* » E2

On retrouve parfois le fait que le patient accepte et se dirige dignement vers la mort, ce qui devient alors **émouvant** pour le médecin :

« *Elle est morte comme une grande dame. [...] C'est quelque chose.* » E6

« *Disons qu'on est marqué par des gens qui ont été très forts, très dignes...* » E7

- Identification et transfert :

L'identification et le **transfert** sont également deux facteurs retrouvés dans plusieurs entretiens qui sont des facteurs d'impact majeurs, renvoyant directement le médecin sur ses **émotions personnelles** négatives. Ceux-ci viennent alors majorer un fléchissement thymique transitoire lors de la mort de l'un de leur patient :

« *Et puis cela pourrait renvoyer à des situations personnelles...* » E1

« *Par rapport aux décès qui m'ont dévasté, je pense que c'était surtout des histoires d'identification. [...] Tu as une identification... ce sont en général des situations où tu as une identification maternelle, [...] J'ai perdu une femme de mon âge, on a perdu [...] un homme de 34 ans alors que [mon mari] avait 34 ans aussi, dont les enfants allaient à l'école avec les nôtres...* » E2

« *C'est hyper touchant, parce que l'on se projette en plus...* » E5

« *Cela me renvoyait à mes propres deuils. [...] Je dirais que je trouve que c'est lié aux deuils personnels, en parallèle. [...] C'est pas du tout évident quoi...* » E7

« *Je pense que quand il y a un deuil personnel qui n'a pas fini son chemin... du coup forcément chaque mort de patient va... ouf... réactiver ça...* » E7

« Bon c'est des personnes âgées, on calque un peu sur le phénomène des grands parents [...] il y a une relation particulière, les gens me tutoient, même les petits vieux, ils m'appellent sur mon portable. » E8

La préparation du décès prend également une dimension personnelle souvent importante avec le **franchissement de limites** personnelles, exclusivement réservées à ce type de situation :

« Je leur donne même mon numéro de portable, ce qui est exceptionnel car je ne le donne jamais. » E4

- Le soulagement :

Un champ lexical comprenant les termes « **Énergie** », « **Fatigue** » et « **Envahissement** » a été retrouvé à de multiples reprises au sein des entretiens. Après la mort de leur patients, le sentiment de **soulagement** est fréquemment retrouvé dans le ressenti des médecins. Essentiellement du fait de fins de vie longues et difficiles, tant pour le malade que pour son médecin traitant :

« Quand elle est partie, j'étais à la fois soulagée qu'elle n'ait pas souffert trop longtemps. » E1

« Je suis soulagé c'est par des patients en fin de vie pénibles ou difficiles, et à un moment donné, on se dit que c'est la meilleure chose qui puisse leur arriver. » E3

« Soulagé que cela soit terminé. » E5

« Maintenant je me sens délivré et heureux. » E6

« De se dire bon, et bien au moins, il est peut-être mieux là où il est maintenant... » E9

« Je l'ai vécu un peu comme un soulagement quand elle est décédée. Tu vois même pour elle, je pense que c'était mieux ainsi. » E10

3.3.1.3.2 Sur le plan familial :

Les retentissements sont très variés, avec de façon générale, une **absence** d'intrusion de **sentiments négatifs** dans le cercle familial.

- soit car ils ne sont **pas ressentis** :

« À la fin de ma journée, je ne repense pas à mes patients, ma journée est finie, je passe à autre chose. » E1

- soit par **autocensure** :

« *Moi je ne parle pas trop de ça à la maison, je n'aime pas trop [...] cela peut polluer un peu l'ambiance familiale.* » E5

« *Dès qu'on est plus dans l'ambiance du travail ou que l'on est rentré chez soi, on tourne un peu la page, on passe à autre chose.* » E9

- soit par un **débriefing** avec le(la) conjoint(e), pour trouver un temps d'écoute et se livrer sur ses premiers sentiments :

« *Le fait d'être à deux au cabinet avec [ma femme], c'est aussi un avantage, quand on a un problème, on en parle à deux, c'est plus facile.* » E3

« *Ce sont des instants que je partage avec ma femme aussi, comme elle est médecin, c'est plus facile. La mort, oui des fois, fait irruption dans la vie personnelle.* » E4

La notion de fatigue importante revient de façon quasi systématique, et indépendamment de l'expérience du médecin. Elle est générée par les situations et contraintes médicales imposées par les patients en fin de vie. Cela représente un temps qui est pris aux **dépens de la vie familiale** :

« *La fatigue générée par ces conditions. [...] Si après avoir vu 40 patients en consultation, tu dois aller voir ton patient en soins palliatifs, la vie de famille passe à la trappe.* » E1

« *Ce sont les rares fois où le professionnel rentre un peu dans la vie privée.* » E4

3.3.1.4 L'impact sociologique :

L'impact sociologique se manifeste par la **remise en question** de cette dimension de **toute puissance**, intrinsèque à chaque médecin (qu'il en soit conscient ou non), et cette prise de conscience qui est de réaliser que nous sommes tous mortels. Le médecin se rend alors compte qu'il ne peut pas sauver tous ses patients et s'en retrouve affecté par un sentiment d'impuissance et de remise en question. Annoncer ou apprendre la mort devient alors contre-nature pour un médecin, qui est formé pour soigner :

« *Tu te rends compte que tu es mortel, que les gens autour de toi sont mortels, qu'on ne peut pas tout... tu te prends ça dans les dents...* » E2

« *Cela renvoie à la notion de toute puissance médicale. Je suis persuadé que l'on veut être médecin parce que l'on veut conjurer la mort.* » E3

« *On a un grand sentiment d'impuissance [...] On se remet un peu en question.* » E4

« *Si l'on a choisi cette profession, je pense qu'à un moment il y avait quand même un sentiment de vouloir contrôler la maladie et de vouloir contrôler la mort. Ce sentiment un peu de toute puissance.* » E4

« Un patient qui manifestement était passé au cabinet [...] mais moi je ne suis pas au cabinet... et en fait il est allé se pendre [...] Cela a été bizarre à encaisser... » E7

« Au début quand on est installé, on a peut-être plus un sentiment de toute puissance, qu'on a pas le droit à l'erreur. » E9

3.3.1.5 L'impact selon les dimensions culturelles, religieuses et spirituelles :

Le médecin de l'entretien N°6 était de religion catholique. Ses **croyances** personnelles modifiaient sa façon d'**accompagner** les patients, et **d'appréhender la mort** :

« La mort c'est poétique. » E6

« Il y a énormément de choses qu'on apprend avec la mort. » E6

« Je me suis dit, moi, ma lecture, parce qu'il faut relire les morts. » E6

« Et en fait il y a vraiment une poésie qu'il faut pouvoir lire, et quand les gens meurent à l'hôpital, on a pas la poésie, et si on perd la poésie, ça va très mal. » E6

« Et vous savez quel jour on est aujourd'hui ? On est vendredi Saint ! Je suis parti, une demi-heure après, ils m'ont rappelé, c'était fini ! [Rit aux éclats]. » E6

3.3.2 Demander de l'aide :

3.3.2.1 Freins et limites :

Tout au long des entretiens, il était remarqué une **absence de connaissance** des associations quelque soit l'âge et le statut des médecins interrogés :

« Après vers qui me tourner en tant que professionnel ? » E1

Certains médecins, bien que demandeurs ou potentiellement demandeurs ne **savent pas vers qui se tourner**, ni même si il existe des solutions autres que dans l'entourage proche. Les réponses des médecins interrogés concernant la connaissance des associations est assez explicite, la majorité ne les connaissant pas :

E1 : « Non. »

E2 : « Non . »

E3 : « Non, je ne sais même pas si cela existe. »

E4 : « Non. »

E5 : « Non, je n'en connais pas. »

E6 : « Non. »

E7 : « Oui : L'association MOTS et IMHOTEP. »

E8 : « Non je ne vois pas, et puis dans le secteur ? Il n'y a rien, ça c'est sûr. »

E9 : « Oui : HAD (Hospitalisation à Domicile) ? Réseau soins palliatifs de l'Eure (Respa27). »

E10 : « Non je ne sais pas du tout, je ne sais même pas si cela existe. »

Il existe également une problématique ancienne et encore trop présente aujourd'hui dans le corps médical : celle de la **pudeur**. Les médecins souffrants de symptômes dépressifs se sentent perçus par leurs collègues comme moins intelligents et dont l'avis sera moins pris en compte⁽¹⁾. Sans pour autant avoir un sentiment de honte, certains médecins préfèrent encore intérioriser ces sentiments négatifs :

« Moi je n'ai pas eu l'occasion de le faire parce que l'on a encore cette pudeur de dire « je ne vais pas emmerder mes collègues avec ces trucs là » [...] c'est juste pour ne pas plomber l'ambiance. » E4

« Moi je ne parle pas trop de ça [...], je n'aime pas trop. » E5

De plus, la pression sociétale incite le médecin à assumer seul ses sentiments de tristesse, de lassitude ou de surmenage. Rompre ce sentiment de pudeur et de non-dit est un enjeu important pour libérer la parole, prendre conscience de la problématique, pour ensuite y trouver des solutions pérennes. En témoigne le résultat suivant où plusieurs médecins de la cohorte ne se prononcent pas sur un éventuel contact de ces associations :

E1 : « Ne se prononce pas. »

E2 : « Non. »

E3 : « Non. »

E4 : « Oui. »

E5 : « Non. »

E6 : « Ne se prononce pas. »

E7 : « Non. »

E8 : « Non. »

E9 : « Non. »

E10 : « Ne se prononce pas. »

3.3.2.2 Prise de conscience et libération de la parole :

Cette pudeur et la peur du regard des autres peut entraîner chez certains médecins un repli sur soi avec une **automédication**, qui, par définition, n'est pas objective. En France, 68 % des médecins n'avaient pas déclaré de médecin traitant et donc supposés pratiquant l'automédication⁽²⁹⁾. Prendre du recul sur sa pratique et son propre ressenti, pour laisser un **regard neutre** et extérieur analyser notre situation psychique. Cette analyse permettrait de

travailler sur certains traumatismes anciens, enfouis de façon plus ou moins volontaire par les médecins :

« Et puis le temps passe... là aussi, on digère... on ne digère pas tout à fait certaines choses mais... » E2

« On est jamais objectif sur sa propre situation, que ce qu'on vit nous paraît finalement bien toléré et banalisé et peut-être qu'on est pas suffisamment vigilant et qu'on accumule des couches et que j'aurais la surprise de découvrir des deuils non faits. » E4

« De le savoir c'est aussi l'accepter. » E4

Sur les connaissances techniques, il n'a pas été constaté de difficulté quant à la demande d'information et d'avis médicaux auprès de confrères locaux, ou rarement, sur internet, pour une **discussion pluridisciplinaire** :

« Cela ne me pose aucun problème pour demander un avis si je ne sais pas. » E1

« Au fil des années, je me suis mis en place des procédures. » E3

« Se dire est-ce qu'on peut s'améliorer pour être plus réactif. » E8

« Maintenant je me dis que cela fait partie de l'exercice, la gestion des décès c'est un acte médical qu'il faut savoir gérer, comme une douleur thoracique. » E9

3.3.2.3 Solutions existantes et attentes des médecins généralistes :

Actuellement les médecins interrogés préféreraient s'orienter en premier recours vers un cercle de proches. Pour la majorité d'entre eux : La **famille proche** ou leurs **collègues de travail**. De façon plus anecdotique, ils se seraient orientés vers les paramédicaux (IDE, psychologues, psychanalystes...), les amis, les groupes Balint, et enfin la faculté de médecine ou une mailing-list de confrères. La méconnaissance des associations de soutien disponibles est quasi-unanime et multifactorielle : d'une part ces associations existent en nombre restreint, mais également par la méconnaissance et le manque de visibilité de celles-ci. D'autre part, un **désintérêt** partiel de la plupart des médecins ne les incitent pas non plus à approfondir leurs recherches :

« Je n'y ai pas trop pensé, je ne sais pas si il existe des associations, en tout cas je n'en ai pas entendu parler, je n'en ai pas connaissance. » E1

« On a toujours été à deux, et on a toujours été avec un groupe de pairs qui fonctionne depuis 1984. » E2

Les groupes de pairs ou les groupes Balint peuvent également être représentés comme des lieux d'échanges mais non dédiés principalement à cette cause. Les **groupes Balint** (du nom de leur créateur Michael Balint, psychiatre et psychanalyste Hongrois) sont des petits groupes d'une dizaine de médecins, qui échangent autour de cas cliniques, centrés sur la relation médecin-malade. Ces groupes sont dirigés par un psychanalyste, qui anime le débat. Celui-ci apporte un éclairage sur les interrogations du patient mais aussi du médecin. Ces groupes peuvent aussi permettre une prise de conscience chez un médecin, qui par la suite pourra s'orienter vers un autre professionnel. Ainsi, certains médecins ont recours à la psychothérapie, mais à chaque fois sur une problématique d'étiologie mixte professionnelle et personnelle :

« *Compartimenter sa vie n'est pas forcément très simple.* » E3

3.3.2.3.1 Intérêt pour les associations de soutien :

Les médecins interrogés sont dans l'ensemble très **peu intéressés** par les structures et associations de soutien actuelles. Rapportée sur une échelle de 0 à 20, la moyenne d'intérêt déclaré se situe à 2.9/20 :

E1 : « 0/20. »

E2 : « 0/20. »

E3 : « 1/20. »

E4 : « 13/20. »

E5 : « 10/20. »

E6 : « 0/20. »

E7 : « 0/20. »

E8 : « 4/20. »

E9 : « 0/20. »

E10 : « 1/20. »

À noter également qu'aucun des médecins interrogés n'a déjà eu besoin personnellement de recourir à une structure ou association de soutien, dans les suites du décès d'un patient.

3.3.2.3.2 Prise de contact avec les associations de soutien :

Les médecins de notre cohorte privilégieraient comme moyen de contact des **entretiens physiques individuels**. Plusieurs d'entre eux ne souhaitaient pas en contacter lors de la réalisation des entretiens. Certains médecins seraient également prêts à dialoguer par téléphone en second recours, devant la contrainte chronophage que représente les

entretiens physiques. On pourrait lire à travers cette réponse un manque par le médecin, à se consacrer du temps pour lui et pour sa santé :

E1 : « Entretien physique individuel mais contrainte chronophage. Éventuellement téléphone. »

E2 : « 0 »

E3 : « 0 »

E4 : « Entretien physique individuel. »

E5 : « Entretien physique individuel. »

E6 : « 0 »

E7 : « 0 »

E8 : « Entretien physique individuel. »

E9 : « Entretien physique individuel de préférence. Éventuellement téléphone ou Skype. »

E10 : « Entretien physique individuel. »

3.3.2.4 Prévention :

La plupart des médecins préfèrent poser, par expérience, leurs limites afin de ne pas être trop impactés émotionnellement, en se **détachant du patient** d'une certaine façon :

« Je pense qu'on est plus prudent avec l'âge. [...] Peut-être que l'on s'investit moins. Pas mal, moins. On se protège [...] On faisait notre boulot sans mettre d'affect. Donc quand on s'est fait brûler une paire de fois... la fois suivante, on mûrit notre relation médecin-malade, et on se protège. » E2

« Un patient peut être sympathique mais ce n'est jamais un ami, ni quelqu'un de la famille. » E3

« J'essaie de garder une petite distance pour me préserver. » E5

« Plus on est confronté à la mort et plus on se structure par rapport à ça et moins cela nous envahit. [...] Quand un décès est prévisible, on s'y est préparé. » E9

On retrouve l'idée que les **cours** à la faculté sont **trop précoces** car on a pas assez de vécu et d'expérience à ce niveau de notre formation professionnelle :

« On est pas formé à la fac concernant les soins palliatifs [...] Il faudrait une préparation et formation aux soins palliatifs et, la prévention, du risque de se laisser déborder et envahir par des sentiments négatifs, viendrait naturellement. » E1

« Trop tôt. » E5

Cela sous-entend d'abord un certain vécu avant de réfléchir à ces **mécanismes de défense** psychologique :

« Je pense qu'on se perfectionne avec l'expérience, en soins palliatifs. » E1

« Le théorique là dessus... bof. Ce qu'il faut c'est un débriefing de situation vécue. » E2

« Moi j'ai l'impression que d'avoir de la peine pour un patient, c'est que l'on s'est trop investi. » E3

« C'est pas parce qu'on connaît les étapes du deuil, parce qu'on les a apprises, que l'on va forcément être bien devant la situation. » E3

« Je pense qu'il faudrait, et parce que j'en ai bénéficié à côté, une formation sur le deuil. Je pense que de savoir identifier ces symptômes, d'avoir eu cette formation, cela a été bénéfique. » E4

« Je pense que l'accompagnement au décès facilite le processus de deuil. » E4

« Cela pourrait avoir un intérêt mais cela n'est pas pareil [...] On a pas encore la vraie vision de la médecine générale. » E5

« C'est compliqué parce que tant que les gens ne sont pas sensibles au problème ou n'ont pas été en face du problème... » E7

« Peut-être un peu... mais je ne sais pas qui peut donner des cours par rapport à ça... » E8

« Gérer les décès, je dirais que le meilleur outil de formation c'est les expériences personnelles, les bonnes et les mauvaises. » E9

« Cela pourrait être intéressant d'avoir une formation pendant l'internat oui [...] Cela pourrait être à la fac ou dans des formations post-universitaires par exemple les FMC (Formation Médicale Continue). » E9

L'objectif de la prévention est également à axer sur la **gestion de la famille** du défunt qui revient comme une problématique récurrente :

« Par rapport à la prise en charge de la famille, oui cela pourrait m'aider je pense. » E10

3.3.3 Lien avec le burn-out :

Le burn-out est défini par l'OMS comme un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail.

3.3.3.1. Expériences personnelles :

La **moitié de l'échantillon** a déjà ressenti des symptômes de **burn-out**. Cela représente une proportion élevée, concordante avec les données de la littérature^(7,20,30,31,32) :

« Oui, beaucoup. Surtout du désintérêt pour le boulot. » E2

« Probablement à une époque, il y a une quinzaine d'années. » E3

« Non, [...] les choses sont bien cadrées pour se protéger, c'est nécessaire. » E4

« Oui mais comme tout le monde je pense, des moments où on a un peu ras-le-bol, mais cela ne va pas durer longtemps. » E5

« Ici je commence tôt et finis tard, parce que une bonne façon de lutter contre le burn-out c'est de prendre son temps avec les gens, c'est vraiment... C'est la poésie de l'instant, plutôt que l'insatisfaction de la vitesse. » E6

« Le fait d'avoir fait tout son travail [...] hé bien ce n'est pas pareil, on a fait son boulot. Je pense que c'est moins fatiguant. » E6

« Oh je me pose régulièrement la question [...] Quand on en est là, il faut se dire que l'on doit prendre quelques dimanches sans penser à rien... » E7

« Non. Un peu de fatigue ouais, mais non pas de burn-out. » E8

« Ah oui oui cela m'est arrivé, plusieurs fois. » E9

« Il n'y aurait pas que ça , mais oui cela pourrait être un facteur. » E10

3.3.3.2 Fin de vie et burn-out :

La conséquence psycho-somatique du **deuil** n'a pas été retrouvée comme facteur de risque de burn-out. Cependant, la contrainte chronophage de la gestion des fins de vies à domicile majorait la surcharge de travail globale du médecin. Celle-ci est reconnue comme facteur de risque majeur d'entrée en burn-out :

« Parfois ça va être plus compliqué, cela va plus être là où on risque d'être débordé, d'en avoir ras-le-bol parce que il y a ça à gérer plus tous les petits problèmes des uns ou des autres. » E5

« Ce qui est compliqué c'est quand on en a trois ou quatre en même temps, là c'est un peu compliqué... Un à la fois ça va. » E7

« C'est plus le suivi au quotidien, de l'évolution vers la mort, pas vraiment le moment de la mort. » E8

Malgré la surcharge de travail imposée par un patient en soins palliatifs, le **sentiment de satisfaction** précédemment décrit, pouvait l'emporter sur la fatigue et les symptômes de burn-out :

« Et après, j'ai plutôt un sentiment de satisfaction que de burn-out. » E4

L'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail se retranscrivait comme une **dévalorisation** et **remise en cause** de ses capacités médicales et humaines. Celles-ci peuvent être des portes d'entrée vers le **burn-out** :

« On peut avoir un sentiment de ne pas avoir fait correctement les choses, oui je pense que ça peut impacter le burn-out. » E9

4. DISCUSSION :

4.1 Intérêt du sujet :

La souffrance du personnel soignant, plurifactorielle, est maintenant un fait établi. La médiatisation est grandissante et l'actualité souvent tragique. En atteste le nombre grandissant de suicides chez les internes ou chefs de clinique souvent, mais aussi parfois chez des praticiens hospitaliers expérimentés. La majorité des études publiées ne concernent que le burn-out ou la surcharge de travail des médecins hospitaliers, délaissant les médecins libéraux et par conséquent les médecins généralistes.

Dans ce travail, nous avons volontairement choisi de nous intéresser plus spécifiquement au deuil chez les médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure. Cette voie, peu explorée, nous permet de mesurer plus précisément, l'impact du décès de patients sur la souffrance psychologique globale exprimée par de nombreux praticiens de médecine générale. Il s'agit d'un thème d'actualité, se recoupant avec le burn-out (qui peut être entraîné indirectement par le deuil), et dont les premières études nationales et internationales commencent à être publiées^(29,30,33). Mais dans les études actuelles, peu d'entre elles s'intéressent à l'impact du décès d'un patient sur son médecin généraliste. Notamment la mort de patients accompagnés de longue date, créant ainsi une relation humaine unique et propre à chaque patient.

4.2 Résultats :

4.2.1 Résultats de notre étude :

Les médecins interrogés se déclaraient globalement peu affectés par le décès de leur patient. La charge émotionnelle engendrée par ces décès semble donc n'avoir que peu de lien avec le fléchissement thymique ressenti par les médecins concernés. L'hypothèse est qu'avec l'expérience, les médecins généralistes font face à davantage de décès, mais ils en retiennent des mécanismes de défense leur permettant de mieux se protéger. Que cela soit dans leur pratique professionnelle ou dans leur vie personnelle, de façon autodidacte. Selon Isabelle Atmani⁽³⁴⁾, pour les médecins et l'équipe soignante le « bon » patient en fin de vie est

celui qui leur donne le sentiment d'être utile. C'est aussi un patient compliant qui conforte l'équipe dans son rôle de soignant efficace en lui manifestant de la reconnaissance.

Dans notre étude, les médecins trouvent également des bénéfices secondaires, humains, mais aussi psychologiques : reconnaissance de la famille, impression de travail bien fait, fierté. Il s'agit pour le médecin généraliste de s'adapter au patient dans son environnement à domicile, à l'inverse des patientèles en cabinet. Ces bénéfices sont ensuite mis à profit pour s'investir avec moins d'appréhension, plus d'expérience et un meilleur accompagnement du prochain patient en fin de vie. C'est pourquoi l'expérience est souvent retrouvée comme un facteur essentiel du bon déroulement de la fin de vie et permet ainsi de mieux appréhender le deuil du patient.

Les médecins sont certes touchés de façon multifactorielle par les décès de leur patient, mais ceux-ci n'affectent pas durablement l'état psychologique de leur médecin, ce qui est en soit, un résultat rassurant. Toutefois il s'agit d'une auto-évaluation, et il est probable que certains médecins enfouissent des deuils difficiles sans réellement les accepter. Ils peuvent ainsi penser ne pas ressentir le besoin de demander de l'aide. Des études complémentaires sont nécessaires sur le sujet pour approfondir cette introspection.

Dans notre étude, le nombre de médecins n'ayant pas connaissance d'associations de soutien ou de réseaux, est contradictoire au regard de l'état psychologique actuellement décrit chez les soignants. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les médecins ne prennent pas assez de temps pour diversifier leurs sources d'information, a fortiori lorsque ceux-ci se trouvent en difficulté. Les récentes campagnes d'information et médiatisation des associations de soutien, dès la faculté, devraient inverser la tendance dans les prochaines années.

Cependant, ces associations communiquent beaucoup via les réseaux sociaux ou certaines revues médicales, pas toujours lus par les médecins. Un bulletin d'information individuel à destination des médecins de tout âge, via le Conseil de l'Ordre ou la CARMF pourrait se montrer efficace et complémentaire.

Trois hypothèses expliqueraient pourquoi les médecins s'orientent vers un cercle de personnes proches (famille ou collègues) :

- Le confort de la promiscuité, et de l'écoute d'une personne connue et de confiance (Le médecin ne se livre quasi exclusivement que vers des collègues ou membres de la famille, eux-mêmes médecins.)
- Un gain de temps qui ne nécessite aucun déplacement ni aucun horaire spécifique.
- Une méconnaissance des associations de soutien disponibles.

Le Docteur Elisabeth Kübler Ross décrivait dans les années 1960 les cinq étapes du deuil, qui sont le *choc et déni*, la *colère*, le *marchandage*, la *dépression* et enfin l'*acceptation*. Nous retrouvons dans nos résultats ces étapes qui peuvent se transposer du personnel au professionnel. Le choc initial survient lorsque le médecin apprend le décès brutal et inattendu d'un patient. La colère et le marchandage sont auto-centrés sur le médecin, sa pratique et ses connaissances. Celui-ci peut s'en vouloir de ne pas avoir fait mieux, ou d'avoir eu un retard diagnostique. La phase de dépression sera elle, caractérisée par le fléchissement thymique transitoire que nous avons pu observer chez certains médecins. Et enfin, l'acceptation, qui tient elle aussi une place importante dans le processus, pour que le médecin puisse avancer. Dans nos entretiens, nous la retrouvons symboliquement au travers du rangement définitif du dossier du patient.

Ce deuil a une durée variable selon la relation médecin-patient entretenue. D'après S.Sénéchal et T.Dehan, la durée du deuil est variable selon le degré de parenté, de 3 mois pour un cousin et jusqu'à 18 mois pour la perte d'un parent au 1er degré ou veuvage⁽³⁵⁾. Il n'a pas été retrouvé de durée de deuil de cet ordre là dans nos entretiens, du fait d'une relation médecin-patient beaucoup plus distante. En revanche, l'accumulation de deuils « courts » consécutifs pourrait mener à des sentiments de tristesse ou de surmenage au travail bien plus durables.

La relation entre le deuil d'un patient et la souffrance psychologique du médecin peut également être aggravée par la pression psychologique de ses confrères, de sa direction hiérarchique ou de la famille du patient, remettant le médecin en cause sur ses compétences professionnelles. Cette attitude est encore plus présente en milieu hospitalier (liée à un manque de reconnaissance et de moyens disponibles). À notre sens cela nourrit l'actualité tragique des suicides à répétitions des médecins, bien que le phénomène soit déjà connu depuis des années⁽²⁾.

Il n'a pas été mis en avant de lien entre le deuil et le burn-out. En effet, le décès des patients ne se retrouve pas comme facteur direct de burn-out mais plutôt comme facteur indirect du fait des conséquences socio-temporelles qu'ils engendrent dans les jours précédant le décès (surcharge de travail principalement, s'ajoutant au planning professionnel habituel et qui se fait donc au détriment de la vie privée). Comme retrouvé dans le travail de thèse du Dr.Guedon⁽⁸⁾, pour chaque médecin éprouvant ces symptômes de burn-out, la solution a toujours été la diversification des activités. La réalisation d'une activité extra-professionnelle (culturelle, sportive, associative ou syndicale) est ainsi fortement recommandée pour se prémunir des risques socio-professionnels du deuil.

Enfin, créer un lien professionnel entre le médecin traitant et les partenaires dont les réseaux de soins palliatifs locaux tels que Respa27, Dousopal ou l'HAD, permettrait de soulager la charge de travail du médecin traitant mais aussi de trouver rapidement un encadrement adapté. Le patient y trouvera un bénéfice certain, mais aussi son médecin traitant qui gardera une place centrale dans la gestion de la fin de vie de son patient. Ce lien pourrait prendre la forme de FMC spécifiques, qui ont le double avantage de faire rencontrer les médecins du même secteur, tout en apportant une formation théorique adaptée à la pratique quotidienne.

Le sentiment de honte et d'appréhension habite encore malheureusement nombre de médecins et pose des barrières entre leurs difficultés et les différentes associations de soutien. Pour le Dr Eric Galam, président de l'association AAPML : « Un médecin malade est un médecin qui a honte parce qu'il a le sentiment d'avoir failli.» Le Dr Jean Thévenoz, président de l'association MOTS, rajoute « J'aimerais que tous les médecins puissent se confier à leurs confrères en cas de problème, sans éprouver la moindre honte. » Ce sentiment de honte n'a pas été exprimé en entretien probablement du fait du faible échantillonnage de notre étude. Cependant une certaine forme de culpabilité se faisait parfois ressentir, notamment à travers une auto-analyse des événements passés. La recherche de performance et d'excellence à tout prix, est bien ancrée dans la culture médicale française. Parallèlement est associée une certaine stigmatisation des étudiants ou médecins consultant un confrère psychiatre, et ce, quel qu'en soit le motif⁽¹⁾.

Notre étude a répondu à la question principale : l'impact psychologique du décès d'un patient chez son médecin généraliste. Celui-ci est partagé entre indifférence, fatigue morale et tristesse, notamment chez les jeunes médecins. Aucun médecin de l'échantillon n'a exprimé s'être retrouvé, à ce jour, en difficulté persistante dans les suites d'un décès de patient. Cette étude a également répondu aux questions secondaires, permettant d'identifier

et de corréler des causes aggravantes à ce retentissement psychologique : aspect chronophage des visites à domicile, deuil du patient chronique, remise en question des capacités médicales du médecin, conséquences professionnelles, personnelles et familiales.

4.2.2 Comparaison à la littérature :

Les données retrouvées dans ce travail sont comparables avec les données de la littérature, bien que peu d'études aient été faites sur ce sujet en médecine générale. En 2010, Ladevèze et Levasseur ont fait ce même constat de sentiment partagé chez les médecins généralistes, allant de la tristesse à l'indifférence⁽³⁶⁾. Les résultats des différents travaux de recherche internationaux sur les conséquences psychologiques du deuil de patient chez les médecins, convergent également vers un accompagnement indispensable, et ce, dès le décès (Notamment par un débriefing avec des confrères par exemple^(37,38).)

Concernant les travaux français sur les associations de soutien, il était déjà montré en 2016 une grande méconnaissance de ces structures⁽²¹⁾. Les chiffres ont peu évolué à ce jour d'après nos résultats, justifiant à nouveau, des campagnes d'information et de communication auprès des médecins généralistes libéraux.

Dans notre échantillon, la quasi-totalité des médecins ont indiqué faire le maximum pour accompagner leurs patients dans l'objectif d'un décès à domicile. Or ce résultat va à l'encontre des statistiques nationales⁽¹²⁾, car on constate que la majorité des patients décèdent à l'hôpital. Deux hypothèses pourraient expliquer ce résultat :

Premièrement, le médecin peut être amené à refuser de prendre en charge des patients en soins palliatifs à domicile, soit par manque de temps, soit pour raison personnelle.

Deuxièmement, le choix n'appartient pas qu'au médecin. C'est essentiellement la famille qui décide du lieu de décès, parfois même contre l'avis du patient et du médecin. En effet la famille peut se sentir dépassée par un décès approchant ou ne souhaite pas garder ce souvenir d'un décès à domicile. Ils changent d'avis, parfois aux derniers instants, ce qui entraîne une fuite du patient vers l'hôpital, souvent contre son gré. Ceci qui peut générer de la frustration chez le médecin traitant qui a encadré et préparé la mort avec soin. Les équipes infirmières ou aides-soignantes se retrouvent parfois également démunies devant l'aggravation du patient et le transfère en milieu hospitalier. Pour lutter contre ces décisions hâtives, il s'agit donc de renforcer la connaissance et la mise en pratique des directives anticipées, mais également la préparation en amont du décès, avec la famille et l'équipe paramédicale.

4.3 Prospectives :

4.3.1 Nouvelles données depuis 2017 :

Durant toute la rédaction de ce travail, la prise de conscience nationale n'a cessé de croître, en témoignent les différentes campagnes de communication dans les revues médicales ou auprès des syndicats de jeunes médecins, voire même sur les réseaux sociaux (Groupe Facebook « SOS Médecine Rouen » créé fin 2017).

À ce jour, les associations de soutien deviennent opérationnelles et efficaces. C'est le cas des associations nationales SPS et MOTS ou locales comme l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Normandie et IMHOTEP.

IMHOTEP a été redynamisée en 2017 par le Dr Bourdon avec l'appui de la médecine du travail du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Rouen ainsi qu'un réseau de médecins généralistes ayant validé le DIU (Diplôme Inter-Universitaire) « Soigner les soignants. » Ils sont disséminés sur l'ensemble du territoire Normand. Ces associations souffrent encore d'un manque de visibilité auprès des médecins. Ils ne s'y intéressent probablement pas lorsqu'ils estiment qu'ils « vont bien », et donc ne s'orientent pas vers elles lorsque le besoin s'en fait un jour sentir.

Nous avons établi le fait que les jeunes médecins pouvaient être plus facilement touchés que leurs aînés. Une étude complémentaire serait intéressante pour étudier à grande échelle, de façon quantitative et prospective, les facteurs entraînant un deuil difficile pour le médecin et les façons de le gérer : type de patient, cause du décès, entourage du patient, caractéristiques du médecin, mécanismes de défense mis en place, entre autres critères.

4.3.2 Prévention des risques psycho-sociaux liés au deuil :

Des cours sur la prévention, proposés à la faculté, sont considérés comme utiles, mais avec plusieurs contraintes. La première, et certainement la plus importante, est l'absence d'expérience des étudiants. Comment enseigner la psychologie du deuil et des mécanismes de défense, lorsque la plupart des étudiants n'en ont jamais eu l'expérience à titre professionnel ?

Cependant, il se peut que certains étudiants aient déjà vécu cette expérience du deuil à titre personnel et, les mécanismes du deuil étant similaires, une formation aux étudiants pourrait néanmoins trouver son utilité.

Une autre solution serait de proposer une formation en post-universitaire, sur une base de volontariat, ouverte aux internes, médecins thésés et remplaçants, pour mieux informer les jeunes médecins des risques liés à leurs pratiques. Cette formation pourrait avoir lieu quelques mois ou années après la fin du DES, où des retours d'expériences concrètes serviraient d'exemples pour améliorer la gestion psychologique de ces impacts émotionnels. Dans ce sens, des journées de formation et de rencontre dans les grandes villes de France sont déjà organisées par Asso-SPS pour l'ensemble du corps médical soignant. Des conférences à la faculté de Rouen sont également organisées depuis peu, sur la santé mentale globale des étudiants en médecine, ce qui permet également un débat collectif sur ces risques psycho-sociaux et de leur prévention. Ces conférences destinées à cette prévention chez les étudiants sont plébiscitées par la majorité des médecins français⁽³¹⁾.

Une meilleure préparation à la gestion des soins palliatifs permettrait également en amont de limiter les difficultés que peuvent ressentir les médecins dans ces prises en charge. Notamment, sur les connaissances de la loi Léonetti, qui permet au médecin traitant de mieux trouver sa place et ses devoirs auprès de ses patients en fin de vie. La législation doit dans le même temps, évoluer pour faciliter l'accès aux molécules utilisées en soins palliatifs. Nous pouvons citer l'exemple notamment du Midazolam, qui ne peut pas être délivré en pharmacie de ville et qui est pourtant essentiel à toute prise en charge palliative à domicile.

Enfin, une visite d'aptitude obligatoire et systématique de chaque médecin en fin de cursus, via la médecine du travail du CHU par exemple, permettrait d'aborder la prévention de ces risques psycho-sociaux et de faire connaître les plateformes d'aides.

4.3.3 Lutte contre l'auto-dévalorisation et l'automédication :

Pour lutter contre ce sentiment de dévalorisation et de doute, il faut valoriser les médecins dans leur travail en médecine palliative. Les réassurer sur leur prise en charge médicale et leur donner les clefs pour faire face psychologiquement à la mort, qu'elle soit attendue ou non. La méthode la plus efficace est à notre sens, de renforcer ce sentiment parfois éprouvé de « travail bien fait », en améliorant leurs connaissances de la prise en charge des patients en fin de vie :

- Accès à des référentiels, formations et algorithmes de prise en charge, à l'instar des sites internet tels qu'Antibiocliv ou Thyrocliv.
- Faire connaître et simplifier le dialogue entre la ville et l'hôpital : connaissance de l'HAD, réseaux et astreinte téléphonique de soins palliatifs, FMC.
- Meilleure reconnaissance des pairs.

Le fait d'avoir confiance dans sa prise en charge, permettra au médecin de maîtriser plus rapidement l'aspect technique et ainsi laisser plus de temps à l'accompagnement psychologique. Plus le patient et son entourage sont accompagnés, et mieux le médecin saura gérer son deuil.

L'automédication, majoritaire chez les médecins, a pour conséquence un manque de discernement et de lucidité important sur leur santé physique ou psychique. Il convient de lutter contre l'automédication des médecins, surtout s'ils sont seuls et isolés. L'exercice en groupe permet également de rompre cet isolement de certains médecins, notamment dans les déserts médicaux. Cela leur apporterait une prise de conscience, grâce à l'interaction avec les confrères et un lieu de première écoute.

4.3.4 Lutte contre le désinvestissement :

La plupart des médecins préfèrent poser d'emblée leurs limites afin de ne pas être trop impactés émotionnellement lors du décès, en se « détachant » du patient comme il a été remarqué dans les résultats. Cela pourrait être en partie dû au fait qu'ils ne connaissent pas d'autres mécanismes de protection, ou bien la peur de se retrouver seuls en cas de difficultés, du fait de la méconnaissance de l'existence des associations.

Améliorer la connaissance de ces associations permettra aux médecins de mieux s'impliquer dans leurs prises en charge palliatives et gestion de l'équipe paramédicale, au bénéfice du patient. Le but étant également d'éviter les fuites de patients vers le milieu hospitalier, parfois à l'encontre de ce que souhaitait le patient, comme rapporté précédemment.

4.3.5 Apprendre à gérer la famille du défunt :

La gestion de la famille est souvent difficile. Elle fait intervenir une triple composante : chronophage, d'identification et comportementale (au sein d'une même famille ou envers le médecin). Chaque famille peut adopter un comportement différent envers le médecin traitant.

Celui qui affecte professionnellement le plus le médecin, est l'exigence ou le non respect du souhait du patient. Celui qui affecte personnellement le plus le médecin, est l'indifférence, à travers l'absence de remerciement, mais également à travers la rupture de contact par le changement de médecin traitant. Inversement, la reconnaissance de la famille est considérée comme très gratifiante et motivante. Une recherche complémentaire serait intéressante pour définir les tenants et aboutissants motivants la décision de poursuivre ou non un suivi avec le médecin généraliste de famille.

Une formation universitaire ou post-universitaire serait d'une grande utilité pour les médecins interrogés dans notre étude. En effet, la famille représente une des principales sources de difficultés lors de la gestion des décès de patients.

4.3.6 Attentes concernant les associations :

Concernant les attentes des médecins à propos des structures, celles-ci ne correspondent pas à leur développement actuel sur le territoire français (plateforme téléphonique essentiellement). Ces associations d'écoute sont pour la plupart récentes et mériteraient d'être mieux connues et développées avec davantage de moyens financiers et surtout humains. Ce qui permettrait notamment d'ouvrir des consultations physiques, comme le réclame la majorité des médecins interrogés dans notre étude.

Une autre perspective serait de développer l'aspect connecté des aides proposées, ce qui supprimerait la contrainte du manque de temps parfois énoncée par les médecins. Les réseaux sociaux par exemple, type Twitter ou Facebook, voire certains forums de discussion, permettent aux médecins d'échanger avec des confrères et d'obtenir des réponses rapides mais souvent à orientation diagnostique ou technique. Développer et faire connaître des groupes Facebook (comme SOS Médecine Rouen par exemple), Twitter ou bien créer une application smartphone dédiée, permettrait de cibler la nouvelle génération de médecins, qui peut être à risque et qui ne sait pas vers qui s'orienter. Une nouvelle génération de médecin pour une nouvelle génération de « groupes de pairs 2.0 ».

4.4 Méthodologie :

Dans ce travail, une étude qualitative a été plus à même de retranscrire des émotions et points de vue plus diversifiés que sur une étude quantitative. On gagne ainsi en souplesse et en interactivité. Cet échantillon de dix médecins était suffisant car il nous a permis d'avoir une exhaustivité des résultats, avec saturation des données, les mêmes réponses revenant au fil des entretiens. En contrepartie, une faible taille d'échantillon compromet sa représentativité. Cette sélection des médecins inclus dans l'échantillon n'est donc pas extrapolable à grande échelle, du fait de sa taille et donc puissance, réduite.

Nous avons fait le choix d'une méthode de recrutement en recherche de variation maximale (âge, sexe, lieu d'exercice) dans le but d'obtenir un panel de réponses le plus varié possible. Le biais de sélection semble donc limité ici. L'avantage de connaître à l'avance certains médecins pouvait se retrouver dans les réponses par une meilleure participation et confiance, au prix d'un biais de déclaration (En lien avec la pudeur ou le regard des autres ?) mais dont l'intensité ne peut être mesurée. Les entretiens semi-dirigés avaient l'avantage de pouvoir recueillir un maximum de souvenirs et d'émotions dans un temps limité. Ils laissent le médecin interrogé libre de ses réponses mais entraînent, de fait, un biais lié au répondant, avec parfois certaines questions non répondues. Ces non-réponses se justifiaient dans la majorité des cas par le fait que le répondant choisissait d'exprimer son expérience sur d'autres thèmes. Certaines questions étaient aussi sautées devant l'absence d'expérience personnelle chez le médecin interrogé.

Des entretiens réalisés au cabinet du médecin étaient parfois contraints en durée, pouvant entraîner une non-acquisition de données. De plus, du fait même de l'étude qualitative par entretien individuel, il existe un biais de mémorisation dont l'impact est difficile à évaluer. Les émotions centrées sur le deuil et ses conséquences étant fortes, et donc profondément ancrées psychologiquement, nous pensons que ce biais reste marginal. Les données recueillies étaient également soumises à un biais d'interprétation car nous étions seuls à les analyser. Une variabilité d'investigateurs à partir des mêmes données donnerait probablement lieu à d'autres interprétations complémentaires.

Enfin, certaines questions étaient plus à orientation quantitatives afin de mesurer, même sur un faible échantillon, une tendance sur les connaissances et attentes des médecins généralistes à propos des associations de soutien.

5. CONCLUSION :

La santé mentale des médecins français est préoccupante depuis les conclusions d'études aux chiffres autant insoupçonnés qu'alarmants^(2,7,20,26,31,33).

L'impact personnel et professionnel du deuil d'un patient chez son médecin traitant est multifactoriel, allant de l'indifférence à un quasi épuisement pouvant mener au burn-out. Il dépend aussi du caractère et du vécu personnel de chaque médecin. Chaque décès, et donc chaque deuil, est différent, de part la nature unique de la relation médecin-malade, de la gestion de la fin de vie et de l'accompagnement du patient, ainsi que de sa famille.

Cet accompagnement par le médecin s'avère aussi gratifiant lorsque celui-ci est bien exécuté, avec le sentiment de travail bien fait, d'être dévoué à son patient ainsi qu'à sa famille. Ces sentiments valorisants ainsi que les mécanismes d'auto-prévention chez les médecins expérimentés, permettent de limiter l'impact du deuil sur leur pratique professionnelle ainsi que sur le plan personnel.

Toutefois, certains jeunes médecins ne semblent pas encore posséder toutes les armes pour se protéger face au deuil, ce qui implique de poursuivre les efforts déjà commencés, à la fois sur le versant préventif mais également sur le versant curatif, avec de nouvelles associations qui doivent être mieux connues.

Il convient ainsi de leur donner plus de visibilité et plus de moyens car, outre la possibilité d'accompagner un médecin endeuillé, elles sont les garantes de la santé psychique des soignants français. La quasi totalité des médecins interrogés n'avaient pas connaissance d'associations de soutien, mais la majorité n'exprimait pas le besoin de les contacter.

Il est pourtant primordial que chaque médecin en connaisse l'existence et qu'il puisse bénéficier de leur aide sans appréhension ni jugement, si le besoin s'en fait sentir un jour, et ce, afin d'éviter de nouveaux drames. Pour cela, le regard de la société doit encore changer sur la profession.

« Un bon médecin est un médecin en bonne santé. Et vivant... » Dr Y. Leopold (1949 - 2017)

6. BIBLIOGRAPHIE :

1. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, Stigma, and Suicidal Ideation in Medical Students. JAMA.2010;304(11):1181–1190.
2. Stethos International pour Asso-SPS. Suicide et professionnels de santé. Nov 2017.
Site : <https://www.asso-sps.fr/assets/sps--enquete-suicide-et-professionnels-de-sant%c3%a9---11.17-1-.pptx>
3. Léopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National Ordre des Médecins, 2003.
4. 360 Medics. 1^{er} baromètre du moral des professionnels de santé et des étudiants en santé : les soignants en souffrance. 2017.
Site :
http://360medics.com/assets/media/2017-11-29_CP_360medics_moral_pros_sante_v4.pdf
5. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians. JAMA. 2015;314(22):2373-2383.
6. Schwenk TL. Resident Depression The Tip of a Graduate Medical Education Iceberg. JAMA. 2015;314(22):2357-2358.
7. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J, Leopold Y & Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé Publique. 2009;21(4):355-364.
8. Guedon A. Le burnout du médecin : prévalence et déterminants dans le monde. Revue de la littérature. Th Méd, Rouen, 2016.
9. DREES, ASIP-Santé RPPS ; INSEE, estimations de population. 2017
10. Sturtewagen J-P, Chevalier P . Soins palliatifs en fin de vie : des preuves ? Minerva F – Evidence base médecine pour la première ligne.2008 Déc;7(10):148-51.
11. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine – version 2016-1

12. INSEE 2014 et IFOP 2016 sur les personnes décédées en France.
13. INSEE. Projections démographiques, 2010.
14. Legifrance. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016.
Site :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id>
15. Aubry A. Directives anticipées et personne de confiance : entretiens collectifs de médecins généralistes normands à propos de l'application de la loi du 2 février 2016. Th Méd, Rouen, 2017.
16. Fiche rédaction des directives anticipées : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichedirectivesanticipe_es_10p_exev2.pdf
17. Aulagnier M, Bouvenot G, Gourheux JC, Grange C, Paraponaris A, Protopopescu D, et al. Hypnotic and tranquillizer use among general practitioners in south-eastern France and its relation to occupational characteristics and prescribing habits. *Fundamental and Clinical Pharmacology*. 2004;18:379-385.
18. Domenighetti G, Tomamichel M, Gutzwiller F, Berthoud S, Casabian A. Psychoactive drug use among medical doctors is higher than in the general population. *Soc Sci Med*.1991;33:269-74.
19. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004;161:2295-302.
20. ISNI, ISNCCA, ANEMF et ISNAR. Enquête inédite sur la santé mentale des jeunes et futurs médecins. 2017.
Site : <https://www.anemf.org/blog/2017/06/13/enquete-sante-mentale-des-jeunes-medecins-2/>
21. Stethos International pour Asso-SPS. Vulnérabilité des professionnels de santé. Oct 2016.

Site : <https://www.asso-sps.fr/assets/stethos-international---phciens-vuln%c3%a9rabilit%c3%a9s-des-pds---rapport---10.2016-version-26.10.16.pptx>

22. Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Ann Intern Med.* 2002 Mar;136(5):358–367.

23. Granek L, Ariad S, Nakash O, Cohen M, Bar-Sela G, Ben-David M. Mixed-Methods Study of the Impact of Chronic Patient Death on Oncologists' Personal and Professional Lives. *J Oncol Pract.* 2017 Jan;13(1):e1-e10.

24. Lemerancier X. Vécu et ressenti des médecins généralistes dans leur prise en charge de patients en fin de vie. Th Méd, Poitiers, 2010.

25. Stipon M. État des lieux de la prise en charge en soins palliatifs en médecine générale en Seine-Maritime et dans l'Eure. Th Méd, Rouen, 2016.

26. CDOM 27 et 76. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie. 2008.

Site : http://www.apima.org/img_bronner/enquete_HN_soigne_medecin.pdf

27. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Prendre soin de ceux qui nous soignent. 2016.

Site : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_05122016.pdf

28. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Prendre soin de ceux qui nous soignent. Second volet consacré aux professionnels exerçant en ambulatoire. 2017.

Site : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sn_qvt_ambulatoire_vaes_210317.pdf

29. CNOM. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique. Du diagnostic aux propositions. 2018. Site : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_sante_des_medecins.pdf

30. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Carolyn Chew-Graham C et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2017;177(2):195–205.

31. URML Ile de France. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens. Juin 2007. Site : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
32. Ziad K, Laurent B, Marianne H, Virginie V, Christophe L, Guillaume F. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2018 Dec;246:132-147.
33. Rotenstein L, Ramos M, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA.* 2016;316(21):2214–2236.
34. Atmani I. De la Bonne mort au bon mort. In: Pennec S. Des vivants et des morts. Des constructions de « la bonne mort ». Brest, UBO, 2004, 130-42.
35. Sénéchal S, Dehan T. Le dernier portrait. In : Reconnaître les photos et cartes postales anciennes. 1^{ère} éd. Archives & Culture, 2011, 47.
36. Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. *Pratiques et Organisation des Soins.* 2010 Janv;41(1):65-72.
37. Batley NJ, Bakhti R, Chami A, Jabbour E, Bachir R, El Khuri C et al. The effect of patient death on medical students in the emergency department. *BMC Med Educ.* 2017;17(1):110.
38. Serwint JR. One method of coping : resident debriefing after the death of a patient. *J.Pediatr.* 2004 Aug;145(2):229-34.

Titre : **Quels impacts chez le médecin généraliste du décès de ses patients et quelles pistes d'amélioration ? Une étude qualitative sur 10 médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure.**

Introduction : Ces dernières années, de nombreuses études ont conclu au fait que la santé mentale des médecins français était préoccupante. Notre objectif premier était de déterminer le retentissement de la mort d'un patient sur l'état psychologique de son médecin traitant. Puis de définir secondairement les causes de ces impacts, leurs conséquences et les possibles pistes d'amélioration.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative portant sur dix médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure. Un questionnaire a été utilisé pour réaliser dix entretiens semi-dirigés. Il comportait cinq parties : profil socio-démographique, ressenti face au deuil, solutions existantes, leurs connaissances, et burn-out. Les résultats ont été extraits par analyse horizontale thématique.

Résultats : Les médecins étaient peu impactés durablement par le décès de leurs patients. Les deuils les plus marquants étaient liés à un décès brutal d'un patient jeune, chez un médecin inexpérimenté, ou celui avec un fort sentiment de transfert, indépendamment de l'expérience du médecin. Face au deuil, les médecins se remettent en cause quant à leurs convictions, croyances et capacités médicales. Il était observé un effet psychologique positif de fierté et de soulagement lorsque le médecin ressentait le sentiment du devoir accompli. La gestion des familles endeuillées a toujours un impact psycho-professionnel important sur le médecin, parfois positif, parfois négatif, selon les cas. En cas de difficulté, ils s'adressaient en premier lieu à la famille ou auprès de collègues de travail. La majorité des médecins interrogés ne connaissent pas de structures de soutien mais peu d'entre eux en exprimaient le besoin. Le mode de soutien privilégié était par entretien physique individuel, ou à défaut, par une consultation téléphonique.

La charge émotionnelle représentée par le décès d'un patient n'a pas été retrouvée comme facteur de risque de burn-out. Cependant, les soins palliatifs et l'accompagnement du patient et de sa famille apportent une surcharge de travail importante, ce qui est reconnu comme facteur de risque majeur d'entrée en burn-out.

Discussion : Face au deuil, peu de médecins ont besoin d'aide dépassant leur cercle de proches. Toutefois, il est important d'accentuer la prévention de ce risque psycho-social, notamment chez les jeunes médecins et de mieux faire connaître les structures d'aides en place, qu'elles soient physiques ou numériques.

Mots-clés : deuil, médecin généraliste, fin de vie, association de soutien, burn-out.

8. ANNEXES :

Questionnaire :

PARTIE I

Âge, année d'installation, milieu d'exercice (rural, semi-rural ou ville), mode d'exercice (seul ou groupe) et type activité principale.

PARTIE II

À quelle fréquence êtes-vous concerné(e) par la mort d'un patient ?

Quel est votre ressenti dans les heures et jours suivant la mort de l'un de vos patients ?

Avez-vous le sentiment à chaque fois de faire le maximum pour le patient et son entourage, au moment du décès ?

Quel est selon vous le type de décès qui vous affecte le plus ? Brutal ou attendu et préparé ?

Pensez-vous que la multiplication de ces expériences, vous fait sortir plus fort(e) ou plus affaibli(e) ?

En quoi pensez-vous que cela vous affecte sur le plan professionnel et personnel ?

La famille du défunt, plutôt un soutien ou plutôt un poids supplémentaire sur le plan psychologique ?

PARTIE III

En parlez-vous à votre entourage ou à un autre professionnel ?

Si non, avez-vous déjà ressenti le besoin d'en parler à un ami, famille ou professionnel ?

Vers qui vous dirigeriez-vous en premier ?

Avez-vous déjà eu un sentiment de honte au moment de demander de l'aide ? Cela vous a-t-il déjà une fois empêché de demander de l'aide ?

PARTIE IV

Connaissez-vous des organismes ou associations de soutien pour parler de ces problèmes ?

Si de telles structures existaient, prendriez-vous contact avec elles ? Si non, pourquoi ?

Connaissez-vous les groupes Balint ? Déjà participé ?

Si oui : Quelles seraient vos attentes en terme de disponibilités, et moyen de communication ? (Entretiens physiques, permanence téléphonique, mail ou groupes de pairs ?)

Sur une échelle de 0 à 20, à combien situeriez-vous votre demande en terme de structure de soutien ?

PARTIE V

Avez-vous déjà ressenti des symptômes de type burn-out (lassitude au travail, perte d'envie de travailler, ne plus vouloir s'investir pour les patients) ?

D'après vous, dans quelle proportion ces impacts psychologiques relatifs à la gestion émotionnelle des décès rentrent-ils dans un processus d'entrée en burn-out ?

Auriez-vous aimé avoir des cours de prévention ou d'information à la faculté ?

- **ENTRETIEN N°1**

Femme de 30 ans faisant des remplacements fixes depuis 2015 à Yvetot. Trois jours par semaine dans un cabinet de groupe ou seule. Semi-rural et ville. Activité complémentaire de gardes à l'ARUM (Association Rouennaise pour les Urgences Médicales).

À quelle fréquence êtes-vous concernée par la mort d'un patient ?

« Une patiente, suivie dès son retour à domicile après être hospitalisée initialement au CHU. Elle était dans le déni complet de sa maladie, et je ne savais même pas ce qui lui avait été dit à l'hôpital, ce qui avait été dit à la famille, c'était assez flou. J'ai réussi à recoller les morceaux petit à petit mais cela n'était pas évident. Elle est décédée, assez rapidement d'ailleurs.

J'ai en charge une deuxième patiente en soins palliatifs mais elle n'est pas décédée encore. Les autres, je les vois très peu, ils sont surtout pris en charge en milieu hospitalier au CHU. À l'ARUM, j'ai souvent été appelée pour des constats de décès, mais cela n'a jamais été pour l'un ou l'une de mes patients que je suivais habituellement. »

Quel est votre ressenti dans les heures et jours suivant la mort de l'un de vos patients ?

« Un constat de décès dans le cadre de l'ARUM..., tu es appelé pour un constat de décès, point. Tu n'as aucune attache avec le patient. Tu es un médecin X qui vient signer un constat de décès d'un patient Y. Il n'y a aucune relation, aucun attachement. Alors oui tu témoignes de l'empathie pour la famille et les proches présents, mais cela ne t'affecte pas, moi, cela ne m'affecte aucunement. Après je n'ai jamais eu de cas extrêmes type décès d'enfant. C'était souvent des décès attendus.

La patiente que je suivais l'année dernière en soins palliatifs, elle est décédée un weekend, ce n'était même pas moi qui ai constaté le décès. Mais cela m'a touché parce que j'étais impliquée dans son suivi à domicile, c'est vrai que cela marque ma façon de travailler.

Mon papa est aussi médecin généraliste et fait beaucoup de soins palliatifs donc, depuis petite, j'ai été beaucoup marquée par cela. Il allait voir ses patients en soins palliatifs quotidiennement, voir plusieurs fois par jour ou même en pleine nuit. Donc j'ai été marquée par ça, et quand je justifiais à mes collègues la nécessité d'aller voir cette dame là régulièrement, parce que renouveler une prescription de morphinique au cabinet sans réévaluer la patiente à domicile, cela n'était pas admissible, ils n'avaient pas du tout la même

vision que moi. Cela leur paraissait excessif d'y passer régulièrement, ce qui m'a choqué d'ailleurs.

Concernant la mort de cette patiente, j'y étais passé deux jours avant, je voulais même y repasser le jour de son décès, elle était équilibrée sur la plan de la douleur et des angoisses, j'avais beaucoup parlé avec l'une des filles. Aller à domicile c'est important : déjà comment la patiente est installée, qui passe, qui fait quoi, qu'est-ce qui a été compris par la patiente et par son entourage, expliquer ce qu'on allait faire. Elle sentait qu'elle allait mourir cette dame là. Elle était toujours dans le déni de son cancer, n'avait jamais voulu se faire soigner et savait qu'elle allait partir, même si elle le cachait dans son discours. Je voulais y repasser mais finalement, cela ne s'est pas fait.

Quand elle est partie, j'étais à la fois soulagée qu'elle n'ait pas souffert trop longtemps et j'étais contente d'avoir réussi à l'accompagner, c'est une fierté personnelle. Pas de réel sentiment négatif quand elle est partie, on ressent quand même de la tristesse, mais on est aussi content d'avoir bien accompagné et fait notre travail correctement. »

Avez-vous le sentiment à chaque fois de faire le maximum pour le patient et son entourage, au moment du décès ?

« Le maximum je ne sais pas, parce que dans cette situation là, je me compare forcément à mon père et j'ai une position délicate par rapport avec ça. Je suis médecin généraliste comme lui et lui, est beaucoup plus à l'aise avec les soins palliatifs, donc je me disais que de toute façon cela ne serait pas aussi bien que lui. Je ne passais pas trois fois par jour... Après est-ce que j'aurais pu faire plus ? Certainement oui, mais la famille n'était pas demandeuse, et son état le nécessitait-il vraiment ? Je ne suis pas sûre, sachant qu'elle avait déjà le passage des infirmières, il y avait un cahier de transmission, même si je n'ai jamais eu directement les infirmières en contact, j'avais vu avec Dousopal aussi si ils pouvaient intervenir, avec l'HAD également. Donc je m'étais quand même beaucoup impliquée dans sa prise en charge. J'avais également demandé à mon père pour l'adaptation de ses traitements pour ne pas faire n'importe quoi toute seule dans mon coin et pour avoir un aval de quelqu'un plus expérimenté, même si ce n'est pas un praticien hospitalier en soins palliatifs. »

Pensez-vous que la multiplication de ces expériences, vous fait sortir plus forte ou plus affaiblie ?

« Je pense que c'est toujours le même processus. On a toujours une part d'attachement pour le patient. Encore plus dans le contexte de soins palliatifs, où l'on est amené à voir plus souvent le patient et partager avec lui une partie de son intimité. Certains se livrent. Des fois, c'est simplement dans le regard. Je pense que l'on repart de zéro à chaque fois. Il n'y a pas d'accumulation de tristesse à chaque décès. Quand je rentre chez moi, j'aime bien en discuter avec mon conjoint qui est aussi médecin. C'est sûr que sur des prises en charge que l'on ne maîtrise pas trop c'est important de discuter et de se dire j'ai fait ceci ou cela, qu'est-ce que tu en penses ? Tu aurais fais comment ? Je pense qu'on se perfectionne en soins palliatifs avec l'expérience. »

En quoi pensez-vous que cela vous affecte sur le plan professionnel et personnel ?

« Sur le plan professionnel, oui je suis perturbée pendant mes consultations si une infirmière m'appelle en me disant qu'un patient ne va pas bien à domicile. Après je sais qu'un patient en soins palliatifs cela prend plus d'énergie et il y a un contrecoup au décès de ce patient. Cela prend plus d'énergie. Sur le plan personnel, en dehors de la fatigue générée par ces conditions, à la fin de ma journée, je ne repense pas à mes patients, ma journée est finie, je passe à autre chose. Ceci-dit les soins palliatifs c'est particulier, encore une fois je n'ai pas beaucoup d'expérience, est-ce que cela m'affectera d'avantage ? Peut-être... »

La famille du défunt, plutôt un soutien ou plutôt un poids supplémentaire sur le plan psychologique ?

« C'était à l'ARUM une fois, lors d'un suicide. Après, c'est dur à dire, mais tu témoignes de l'empathie pour ces gens là, tu es touchée par leur tristesse et désarroi, mais je ne les connais pas. Le fait de ne pas connaître ni le patient ni la famille, cela ne me touche pas. Je fais mon travail, je suis là, je les écoute, mais bon une fois rentrée, c'est fini. La patiente décédée, que j'ai suivie cette année en soins palliatifs, j'ai revu sa fille en consultation quelques mois après, parce qu'on dit parfois que certains patients s'écartent du médecin de famille ou du médecin traitant du fait qu'il ait accompagné le décès de l'un de leurs proches, pourquoi ? Peut-être parce que cela ne s'est pas bien passé ou souvent c'est parce que cela leur rappelle le processus de fin de vie, en tout cas elle est revenue me voir et ne m'a rien dit de particulier, mais c'était avec l'autre fille avec qui j'avais plus de contact. »

En parlez-vous à votre entourage ou à un autre professionnel ?

« Oui, à mon mari, et puis j'étais fière aussi, il y avait une part de fierté aussi de faire ça. En médecine libérale, je suis jeune médecin, je n'ai pas d'expérience en terme de soins palliatifs, je ne suis jamais passé en soins palliatifs, et j'ai « l'audace » de prendre en charge une patiente en soins palliatifs à domicile. Je sais qu'il y a des médecins qui refusent de s'impliquer là dedans, qu'on essaie de faire plus appel à l'HAD , à Dousopal etc. Bon cela n'empêche pas de s'entourer de ces gens là, mais voilà, j'avais une fierté d'avoir fait cela et j'ai témoigné auprès de copines médecins aussi. Comme on se raconte des histoires des patients, mais ce n'était pas des sentiments négatifs, au contraire, c'était plutôt positif. »

Si non, avez-vous déjà ressenti le besoin d'en parler à un ami, famille ou professionnel ?
Vers qui vous dirigeriez-vous en premier ?

« D'abord j'en parle à mon conjoint, ça c'est sûr, aussi à mon père parce qu'il est dans le domaine. Après, vers qui me tourner en tant que professionnel ? »

Avez-vous déjà eu un sentiment de honte au moment de demander de l'aide ? Cela vous a-t-il déjà une fois empêché de demander de l'aide ?

« Moi non ! Après je pense que certains médecins peuvent être assez sûrs d'eux, du fait de leur expérience, moins s'entourer. Cela n'est pas mon cas de figure, je n'ai pas toujours pleinement confiance dans ce que je fais, donc cela ne me pose aucun problème pour demander un avis si je ne sais pas. »

Connaissez-vous des organismes ou associations de soutien pour parler de ces problèmes ?

« Je n'y ai pas trop pensé, je ne sais pas si il existe des associations. En tout cas je n'en ai pas entendu parler, je n'en ai pas connaissance. Par contre, je fais partie d'une mailing list qui s'appelle MG clinique, ce sont des médecins généralistes. Le principe est qu'un médecin envoie un cas clinique à la liste et il y a des réponses, parfois très rapides. Parfois certains médecins expriment des doléances, des expériences personnelles avec leur patients, donc cela peut servir à ça aussi. »

Si de telles structures existaient, prendriez-vous contact avec elles ? Si non, pourquoi ?
Si oui : Quelles seraient vos attentes en terme de disponibilités, et moyen de communication ?
(Entretiens physiques, permanence téléphonique, mail ou groupes de pairs ?)

« Si j'étais vraiment dans le désarroi, oui pourquoi pas. Cela dépend du cas de figure. Aujourd'hui je ne pense pas qu'elles puissent m'apporter quelque chose, mais après, si j'avais vraiment mal vécu une situation de prise en charge palliative, oui je pourrais faire appel à une structure. Mais pour du simple soutien moral, non actuellement je n'en ai pas besoin. »

Quant au moyens de communication, c'est toujours mieux quand on rencontre les personnes sur place. Après se pose la question du temps... donc moi les mails cela me va très bien, ou par téléphone, avec la voix. Juste un message écrit, tu ne peux pas forcément retranscrire les choses comme tu voudrais ou elles pourraient de pas être perçues comme tu voudrais. »

Sur une échelle de 0 à 20, à combien situeriez-vous votre demande en terme de structure de soutien ?

« Moi, non. Je n'ai pas croisé de médecins qui pourraient en avoir besoin, même mes copines, je ne pense pas qu'elles en ai ressenti le besoin. Parce que je pense surtout aux jeunes, qui pourraient avoir le plus de difficultés à mon sens, parce qu'ils n'ont jamais fait etc... Ah si ! J'avais remplacé un jeune médecin, on sentait que ça lui prenait un peu d'énergie et que cela l'inquiétait un peu plus comme type de prise en charge, mais est-ce qu'il en souffrait moralement ? Je n'avais pas l'impression. »

Avez-vous déjà ressenti des symptômes de type burn-out (lassitude au travail, perte d'envie de travailler, ne plus vouloir s'investir pour les patients) ?

« Non, jamais. »

D'après vous, dans quelle proportion ces impacts psychologiques relatifs à la gestion émotionnelle des décès rentrent-ils dans un processus d'entrée en burn-out ?

« Oui certainement, parce que encore une fois, j'ai bien vu chez les différents praticiens chez qui je suis allée en stage, en fonction du tempérament des médecins. On est pas tous pareils, tout le monde n'a pas les épaules de supporter ce type de prise en charge, et je pense que certains ne pourraient pas, ça les rendraient trop anxieux, ils ne dormiraient pas la nuit, ils ne pourraient pas... Et puis cela pourrait renvoyer à des situations personnelles... Donc oui j'imagine très bien que cela puisse rentrer en compte dans l'entrée »

en burn-out : si un médecin, surtout certains avec leurs journées, si après avoir vu 40 patients en consultation, tu dois aller voir ton patient en soins palliatifs, la vie de famille passe à la trappe. Tout cela cumulé, il y en a qui peuvent vite finir en burn-out, après cela peut être valable pour les soins palliatifs mais aussi juste pour le boulot qui s'accumule.

Après il y en a d'autres dont c'est le dada, qu'on appelle pour ça, et qui sont contents de le faire. Chacun son truc. Ceux qui ne se sentent pas de le faire, trouvent le moyen de se décharger. Mon papa a suivi en soins palliatifs des patients d'autres médecins de la région, parce qu'ils voulaient rester à domicile... »

Auriez-vous aimé avoir des cours de prévention ou d'information à la faculté ?

« Je dirais qu'on est pas du tout préparé aux soins palliatifs, moi j'ai baigné dedans parce que mon père faisait ça et qu'il parle de ses patients à tous les repas. À table on ne parle que de médecine donc cela m'a préparé à cela, lui a les épaules pour le faire, lui s'épanouit là dedans, il est content de le faire. On est pas formé à la fac concernant les soins palliatifs, mais est-ce qu'il faut faire de la prévention ? J'en sais rien... Peut-être oui chez les plus fragiles et exposés à cela, mais chez le praticien en stage, on en prend déjà en charge. Il faudrait une préparation et formation aux soins palliatifs et, la prévention, du risque de se laisser déborder et envahir par des sentiments négatifs, viendrait naturellement. »

- **ENTRETIEN N°2**

Femme de 61 ans, exercice semi-rural, installée en 1982, peu de visites (une par semaine), orientation gynécologie/pédiatrie. Mari médecin généraliste au sein du même cabinet.

À quelle fréquence êtes-vous concernée par la mort d'un patient ?

*« La dernière mort que l'on a eu... comment dire... on a une activité très globale avec mon mari, on a chacun notre clientèle, mais on a un fonctionnement qui fait que on dit souvent "on" car on est ensemble et on partage les compétences...
Alors je vais te parler d'Elena parce que c'est une patiente à moi, mais elle est morte en juillet dernier dans les bras de [mon mari], au cabinet, à 2 ans et demi, mais c'est lui qui t'en parlera le mieux... Sinon... moi je n'ai plus beaucoup de morts parce que... les morts qui m'ont marqué... c'était surtout en début d'activité parce que c'était des personnes d'âges variés et essentiellement marqués par les cancers et les lymphomes, et qui ne sont pas forcément attendus, mais tu vois, cela fait longtemps que je n'en ai pas vu, à part Elena, franchement j'ai l'impression que cela remonte à longtemps. D'autant plus que c'est surtout [mon mari] qui est en première ligne, parce que lui, fait des visites alors que moi je n'en fais volontairement pas, il y a donc une bascule, un glissement, de ma patientèle vers la sienne, à partir du moment où les patients ne peuvent plus se déplacer. J'ai deux ou trois patientes qui commencent à être vues à domicile, c'est l'interne qui les voient et quand il va partir, cela sera le nouvel interne, et si celui-ci ne veut pas ou ne se sent pas à l'aise c'est [mon mari] qui prendra la suite. Donc je ne suis peut-être pas le bon cheval pour toi niveau entretien parce que franchement ça remonte à loin, mais c'est marquant à chaque fois. »*

Quel est votre ressenti dans les heures et jours suivant la mort de l'un de vos patients ?

« Il y a certaines fois où j'étais dévastée, parce que quand on a accompagné les gens..., d'abord j'étais jeune en exercice, et puis tu as une identification... Ce sont en général des situations où tu as une indifférence maternelle, ou, j'ai perdu une petite patiente de neuf mois, j'ai perdu une femme de mon âge, on a perdu (parce que c'était plutôt un patient de [mon mari]) un homme de 34 ans alors que [mon mari] en avait 34, dont les enfants allaient à l'école avec les nôtres... Du coup, tu te retrouves quelque fois dévasté, pas à chaque fois, mais quelque fois dévasté, parce que tu as accompagné les gens, c'est devenu une partie de toi-même... Je pense qu'on est plus prudent avec l'âge, d'abord, on a jamais été tout seuls. On a toujours été à deux, et on a toujours été avec un groupe de pairs qui fonctionne depuis

1984. On se réunit tous les mois, avec Guillaume Layet, Jean-Christophe Mouterde, Martine Courtier, Gwenaël Jacq, Nicole Benard qui a arrêté cette année, Guillaume arrête l'année prochaine. Voilà donc tout ces gens là, on se regroupe une fois par mois, c'est un groupe de parole aussi, et cela a toujours été. Mais là on est carrément en groupe de pairs, bon c'est pas du Balint, mais quand on a envie ou des choses qui nous soucient, ou même des problèmes techniques, c'est un groupe de soutien. Ça aide. Beaucoup. Moi j'étais très proche de Nicole Benard, qui est partie l'année dernière en retraite, et qui elle, a toujours travaillé seule. Et c'est dur quoi, tu rentres le soir, tu es seule. Nous on est deux, quand on a quelque chose qui nous a marqué, on débriefe, c'est que qu'on a fait au moment de la mort d'Elena. Moi je l'avais vue le mercredi, elle est morte le vendredi dans le cabinet, on ne peut pas ne pas se poser de question, si il y avait eu des erreurs, si on aurait pu faire autrement, tout compte fait rien de tout cela car c'était une méningo-encéphalite, ils ont eu du mal à trouver à l'autopsie, il a fallu attendre l'anapath du cerveau.

Mais de pouvoir digérer ensemble, cela aide beaucoup. Par rapport aux décès qui m'ont dévastés, je pense que c'était surtout des histoires d'identification, de puissance, c'est à dire que tu te rends compte que tu es mortel, que les gens autour de toi sont mortels, que on ne peut pas tout... tu te prends ça dans les dents... mais c'est indispensable... Je pense que ceux qui sont confrontés aux Urgences ou au SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente), qui voient les gens mourir, ils font le même travail, peut-être en accéléré, mais ils font le même travail. Nous on a en plus le lien affectif. Et on a le temps de développer. Je pense à une patiente, pour laquelle j'avais une identification maternelle qui m'était extrêmement sympathique avec qui j'avais des liens affectifs, ça a été une horreur, à domicile jusqu'au bout... j'ai même participé à la toilette mortuaire pour cette femme là... et après... l'histoire s'arrête. Parce que tu n'as plus de place. Hors de question d'aller à l'enterrement, je n'ai pas ma place dans la famille ni dans l'assistance, tu n'as plus de place. Tu perds tout d'un coup, l'objet, le rôle, tu as le chagrin et tu te retrouves les mains vides... C'est un petit peu lourd... moi je... pfiou... je m'en souviens comme quelque chose de très très violent.

Pour Margaux aussi cela a été très dur, elle n'est pas morte sur ma table, mais quasiment. Je l'ai hospitalisée, elle a été opérée du cœur, une trisomie 21, elle avait une grosse malformation cardiaque, ils l'ont opérée... et après l'opération, il a fallu que je la vaccine parce qu'elle avait des vaccins en retard. Et quelques jours après la vaccination, elle a fait une poussée d'insuffisance cardiaque, je la vois encore sur la table complètement dyspnéique, elle regardait sa mère et souriait à sa mère, tout en cherchant sa respiration, c'était épouvantable. Après elle est partie directement à l'hôpital et est morte dans les jours

suiuants avec sa maman qui est restée auprès d'elle. Et puis le temps passe... là aussi, on digère... on ne digère pas tout à fait certaines choses mais... »

Avez-vous le sentiment à chaque fois de faire le maximum pour le patient et son entourage, au moment du décès ?

« Moi c'est pas au moment de la mort que je me dis ça. De toute façon quand tu sais que la mort est inéluctable, je pense aux gens que j'ai accompagné... où tu savais que de toute façon il allait falloir à un moment... peut-être pas pour Margaux... Enfin, nan je n'ai pas cette sensation de culpabilité, à aucun moment. Je suis aussi beaucoup dans l'accompagnement des conjoints. Je m'entends faire de la réassurance à des familles, parce qu'on a travaillé en amont de la mort avec eux. »

Quel est selon vous le type de décès qui vous affecte le plus ? Brutal ou attendu et préparé ?

« Chaque situation est une situation particulière. La dame de tout à l'heure, c'est elle qui m'a le plus dévasté. Cela a été un long chemin de croix, elle avait une carcinose péritonéale, c'était une horreur. Elle était pas vieille, j'étais jeune à l'époque, 36 ans. Elle avait une image maternelle, c'était le maire du patelin, tu rentrais chez elle, tu avais une odeur qui te prenait, c'était une horreur... Elle n'a pas souffert du tout, moralement oui bien sûr, mais j'étais furieuse parce que c'était le maire du patelin donc les gens parlaient... et quand ils me croisaient dans la rue, ils me parlaient qu'elle souffrait etc, mais non ! Et donc tu as le secret médical donc tu dis oui oui mais, on se dit qu'ils faut qu'ils arrêtent de raconter ce genre de chose, surtout que je mettais un point d'honneur justement à ce qu'elle ne souffre pas.

Pour revenir à la question : je ne sais pas. Parce que j'aurais plutôt tendance à dire que ceux que l'on a accompagné longtemps... sont ceux pour qui cela a été envahissant. Tu sais, on est dans un boulot où forcément les événements se poussent les uns les autres, tu es obligé de reprendre ton boulot, de t'occuper des gens et de t'intéresser aux gens, le travail te distrait. Tu as une mort brutale, tu te le prends dans la tronche et tu y penses pendant quatre ou cinq jours où cela va être envahissant alors que quelque chose que tu as accompagné longtemps. Du coup , là aussi tu as le sentiment de vide, c'est à dire que cela prenait tellement de place dans ton emploi du temps, dans ta vie et dans tes préoccupations que tout d'un coup, il n'y a plus rien. Donc quelque part le vide est plus palpable. Alors il y a aussi une part de soulagement, du coup tu as du temps libre, tu n'as plus les décisions à prendre sur les doses de corticoïdes ou de morphiniques. »

Pensez-vous que la multiplication de ces expériences, vous fait sortir plus forte ou plus affaiblie ?

« J'espère que tu ne rencontrera pas beaucoup de médecins qui sortent affaiblis parce que ceux-là, il faut qu'ils changent de métier. C'est tout de même notre destinée. La mort, non, on s'y habitue. Si... il y a l'annonce, quand on annonce encore un cancer du sein, remonter les gens etc, on ne s'y habitue pas mais cela ne s'accumule pas, on digère, cela fait partie de notre boulot. »

En quoi pensez-vous que cela vous affecte sur le plan professionnel et personnel ?

« Il n'y en a pas eu beaucoup, mais ils ont été marquants. Peut-être que l'on s'investit moins. Pas mal, moins. On se protège. Je me souviens, j'étais externe en réanimation. On voyait tellement mourir de gens dans ce service, que l'on ne nouait pas de liens. Le seul décès dont je me souviens comme d'une brûlure, c'était un Guillain Barré, donc il n'était pas sensé mourir... Il est resté longtemps et puis on a développé une affectivité avec ce patient qui était sensé... vivre... et puis il a fait un problème digestif surajouté et il est mort, on l'a débranché et je me souviens qu'il a été débranché d'une façon insupportable, j'étais très remontée. Je pense que ce n'est pas par hasard que l'on s'étaient attachés à ce patient là. Parce qu'on s'était protégés pour les autres dont on savait qu'un sur deux mourrait, donc on faisait notre boulot sans mettre d'affect. Donc quand on s'est fait brûler une paire de fois... la fois suivante, on mûrit notre relation médecin-malade, et on se protège, et c'est très bien comme ça. »

La famille du défunt, plutôt un soutien ou plutôt un poids supplémentaire sur le plan psychologique ?

« Pour la famille de la patiente à la carcinose péritonéale, j'étais toute seule, son mari était systématiquement occupé à autre chose à l'autre bout du jardin. Donc j'étais vraiment très très seule, donc la famille n'était pas un soutien, au contraire. Sa sœur, arrivant très peu de jours avant sa mort en disant « C'est insupportable de laisser les gens comme ça ! » etc, les gens qui débarquent comme ça c'est très fréquent en soins palliatifs, les non-aidants, qui habitent à 400 kms et qui débarquent dans la situation avec des idées, parfois d'euthanasie, sans se rendre compte... Avec une analyse complètement différente de ceux qui restent au chevet du malade à lui tenir la main... Une partie des familles qui est aidante et il y a une partie des familles qui n'est pas aidante... C'est au cas par cas.

Dans les familles après il y a de tout : ceux qui se détournent de toi parce que tu représentes trop de mauvais souvenirs, tu as ceux qui nouent avec toi une relation de reconnaissance ou

de fusion parfois un peu encombrante, parfois presque déplacée, tu as de tout. Tout est particulier. »

En parlez-vous à votre entourage ou à un autre professionnel ?

« Il y a le groupe de pairs. Et puis il y a la fac aussi. Nous ne sommes pas isolés, on est entourés de médecins, tout le temps. Ce qui fait que quand il t'arrive une tuile comme ça, tu racontes, une fois, deux fois, six fois, et puis au bout d'un certain temps, tu ranges. Tu ranges. Tu as fais le tour, chacun a donné son avis. »

Si non, avez-vous déjà ressenti le besoin d'en parler à un ami, famille ou professionnel ? Vers qui vous dirigeriez-vous en premier ?

« Non on n'a pas eu d'accompagnement de psy... On a fait du Balint... Le Balint : le médecin, le malade et sa maladie. C'est l'analyse, l'introspection sur des cas, en groupe. « Pourquoi Mme X je n'arrive pas à la soigner, pourquoi elle vient toujours me présenter le même symptôme ? » C'est aux confins de l'analyse de la pratique et de la psychanalyse. Quels sont les ressorts personnels qui font que je vais soigner telle personne de telle manière, ou refuser de la soigner ou mal réagir ou passer à côté du diagnostic... Et c'est « drivé » par un psychanalyste. C'est un échange, c'est un groupe de médecins, pas que généralistes, il y a un psychanalyste qui anime, et chacun arrive avec un cas, choisi. Le psychanalyste donne un éclairage sur le patient et sur toi-même, c'est plus sur le patient, ça ne tourne pas vraiment à l'intrusion, mais cela amène à poser des questions... »

Le Balint a t-il déjà été utilisé sur le thème de la mort et des affects du médecin généraliste ?

« Très probablement, mais tu ramènes ton cas. Tu fais parti du groupe Balint. »

Avez-vous déjà eu un sentiment de honte au moment de demander de l'aide ? Cela vous a t-il déjà une fois empêché de demander de l'aide ?

« Aucune honte. Non. »

Connaissez-vous des organismes ou associations de soutien pour parler de ces problèmes ?

« Non. »

Si de telles structures existaient, prendriez-vous contact avec elles ? Si non, pourquoi ?

Connaissez-vous les groupes Balint ? Déjà participé ?

Si oui : Quelles seraient vos attentes en terme de disponibilités, et moyen de communication ?

(Entretiens physiques, permanence téléphonique, mail ou groupes de pairs ?)

« Non, car je ne me sens pas en danger, ni en difficulté. Je suis quelqu'un de très ouvert, je n'aime pas ce qui est organisé... rien que l'idée... non. » (rires).

Sur une échelle de 0 à 20, à combien situeriez-vous votre demande en terme de structure de soutien ?

« Zéro. »

Avez-vous déjà ressenti des symptômes de type burn-out (lassitude au travail, perte d'envie de travailler, ne plus vouloir s'investir pour les patients) ?

« Oui, beaucoup. Surtout du désintérêt pour le boulot. Cela dépend aussi de la structure psychologique que l'on a. Le médecin c'est avant tout un individu, il a une vie, il a une manière de fonctionner, et il a son histoire, son antériorité et ses complications personnelles. En fait, le boulot, il rentre là dedans, moi je pense qu'on s'organise pour identifier les problèmes et quand cela ne va pas, les résoudre. Faire un diagnostic quand cela commence à déconner, et puis on essaie de faire autrement.

On a trouvé des généralistes enseignants en 1998, cela m'a ouvert... Tu as une idée positive de ton métier de généraliste, tu n'es pas un sous-médecin, tu vas militer, dans le bon sens, pour promouvoir, pour orienter les jeunes... Cela nous a réorienté dans notre boulot, cela nous a donné une bouffée d'oxygène. On a pris des emplois salariés, des stagiaires en 1998, puis un salarié chacun en 1999 et 2000. Après, on est devenu enseignants, on a un lien fort avec la fac, ma vie elle est trop pleine ! Donc quand cela ne va pas dans un secteur, il faut que tu lâches. Moi je me rends compte que les médecins isolés dans leur exercice du matin au soir, sans respirer et qui n'ont que ça dans leur vie, ça doit être plus difficile pour eux. »

D'après vous, dans quelle proportion ces impacts psychologiques relatifs à la gestion émotionnelle des décès rentrent-ils dans un processus d'entrée en burn-out ?

« Non cela ne me parle pas du tout. Ma sensibilité à moi ne me pousse pas du tout à ressentir ça. »

Auriez-vous aimé avoir des cours de prévention ou d'information à la faculté ?

« Déjà si, au niveau des internes de premier semestre que l'on balance aux urgences..., si ils avaient un accompagnement pour annoncer une fausse couche ou un diagnostic difficile... et qui sont tout seuls... cela serait déjà pas mal. Les problèmes d'accompagnements et de « digestion » devraient être adressés au terrain et non à la fac, il devrait y avoir au niveau des hôpitaux, pour les internes et les soignants, un débriefing systématique de ces situations là, et cela n'est pas fait. J'ai eu l'expérience en groupe d'ED. Certains internes qui se retrouvent mal. Des expériences violentes. Le théorique là dessus... bof. Ce qu'il faut c'est un débriefing de situation vécue. »

- **ENTRETIEN N°3**

Homme de 65 ans, installé en 1982, exerce en semi-rural, quelques visites (moins de 10 par semaine), orientation gérontologie/soins palliatifs, femme médecin généraliste au sein du même cabinet.

À quelle fréquence êtes-vous concerné par la mort d'un patient ?

« Ça peut être le malade en fin de vie, en soins palliatifs, ça peut être un malade qui meurt à l'hôpital ou dans le SAMU... Globalement... ils sont plus vieux que moi encore... disons entre cinq et dix par an. »

Quel est votre ressenti dans les heures et jours suivant la mort de l'un de vos patients ?

« Ça dépend, quelques fois, je suis soulagé, quelque fois, je suis surpris, quelques fois, cela me fait de la peine... »

Pas tout le temps ?

« Pas tout le temps... parce que quand je suis soulagé c'est par des patients en fin de vie pénibles ou difficiles, et à un moment donné on se dit que c'est la meilleure chose qui puisse leur arriver. Cela peut être des cancers, des SEP ou cardiopathies au stade terminal. Il y a une partie soulagement, on se dit qu'ils sont peut-être mieux comme ça. La surprise c'est quand arrive un décès brutal, chez un patient sans pathologie particulière sous-jacente, on se remet en question, quand est-ce que je l'ai vu pour la dernière fois, est-ce que je ne suis pas passé à côté de quelque chose ? Il y a ça aussi, on est plus dans l'émotif que le professionnel, cela peut être plusieurs situations...

Moi il y a des patients : « Ah ils sont morts ! » Clac on marque décédé dans le dossier, on ferme, basta. Et il y en a d'autres, il faut une semaine pour fermer le dossier... Probablement pour les patients pour lesquels j'étais plus attaché, une relation un peu plus particulière.

Moi je trouve que la mort est plurielle. Et chaque fois, cela renvoie à la relation que l'on avait avec ces gens. Cela renvoie à une interrogation sur la qualité professionnelle qu'on a développé par rapport à des gens, cela renvoie à ce que l'on va faire par rapport à la famille ? Chaque situation est différente. »

Avez-vous le sentiment à chaque fois de faire le maximum pour le patient et son entourage, au moment du décès ?

« J'essaie toujours de faire le maximum ! (rires). Les fins de vies à domicile, il faut y aller, on a pas le choix. Cela renvoie à la notion de toute puissance médicale. Au fil des années, je me suis dit que finalement il y avait deux choses dont on était sûr dans la vie : la naissance et la mort. Que la mort faisait partie de notre quotidien de médecin et que finalement, c'était un certain nombre de nos patients qui allaient mourir avant nous. C'est inéluctable, et qu'il y avait des situations médicales sur lesquelles on ne pouvait rien non plus, ou parce que la pathologie n'était pas guérissable ou parce que le patient continuait à fumer ou à boire etc, malgré les comorbidités.... On est pas Dieu !

Je suis persuadé que l'on veut être médecin parce que l'on veut conjurer la mort. Globalement les soignants sont dans la toute puissance. Je fais le maximum... mais parfois la vie fait que...

J'ai fait un cursus de soins palliatifs dans les années 1980 puis un DU de gérontologie, cela fait plus de 15 ans que je bosse dans un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), au niveau du contact avec la mort, j'ai baigné un peu dedans... Mais pour moi l'âge n'est pas un facteur...

On meurt à tout âge... Pour certains patients... je mourrai peut-être avant certains que je vois maintenant... pour d'autres qui ont 95-98ans... il est plus probable sans que cela soit sûr... que... ils mourront avant moi (rires). Je parle souvent de la mort avec eux, au détour d'une phrase, ils en parlent eux-mêmes : « J'ai fait le plus gros... ». Et à ce moment là je leur dis « Ah bon ? Et cela vous fait peur ? De quoi avez vous peur ? » Je sais que quelqu'un de 95ans... il se doute bien qu'il est plus près de la sortie que du début... et donc on en parle en consultation comme ça... J'essaie aussi de l'aborder sur une annonce de cancer, c'est un sujet qu'on essaie de préparer à l'avance... bien que les décisions que l'on prend quand on est en bonne santé ne sont pas forcément les mêmes que lorsque l'on est malade. »

Quel est selon vous le type de décès qui vous affecte le plus ? Brutal ou attendu et préparé ?

« C'est celui où je ne suis pas sûr d'avoir fait le maximum, parce que dans faire le maximum, il y a faire le maximum dans la prise en charge curative ou palliative ET faire le maximum dans la prise en charge diagnostique. C'est là où c'est épineux quand les gens meurent. Est-ce que je n'aurai pas pu, à un moment donné, diagnostiquer la maladie avant. Ça remet en cause : « Qu'est-ce que j'ai fait, ou pas fait ? »

Cela remet en cause, de façon négative la perception que l'on peut avoir de son travail ?

« Je pense que c'est le gros problème ! À partir du moment où l'on accepte que la mort fasse partie du décor et que de toute manière, ils allaient mourir, il reste à faire en amont tout ce qu'il faut pour cela soit le plus tard possible ou dans les meilleures conditions possibles. »

Pensez-vous que la multiplication de ces expériences, vous fait sortir plus fort ou plus affaibli ?

« Je touche du bois, il n'y a pas souvent eu de situations où je me dis « Il y a eu un loupé ». On est sur des décès où, professionnellement, tout est carré. Mis à part quelqu'un que l'on ne voit plus, avec qui on avait une relation cordiale, c'est presque plus personnel. Parce qu'en fait, la répercussion de ça quand il y a un « loupé », c'est après. La pression que l'on se met : « Est-ce que je suis bien dans la procédure ? » Au fil des années, je me suis mis en place des procédures. Parce que c'est tout le problème de la mise à distance affective, ce n'est pas parce qu'on a de l'empathie pour quelqu'un, qu'on est émotionnellement attaché à lui. Un patient peut être sympathique mais ce n'est jamais un ami, ni quelqu'un de la famille. »

En quoi pensez-vous que cela vous affecte sur le plan professionnel et personnel ?

« Le plus gênant c'est quand au niveau professionnel il y a quelque chose à redire. Mais finalement, on reprend le boulot... ce sont les patients suivants qui sont aussi « curatifs » parce qu'il faut assumer. Il faut continuer quand même malgré tout à les aider, à les soigner et puis les choses s'enchainent et puis on finit par se réassurer... Comme un deuil d'ailleurs, on fait le deuil de son professionnalisme parfait et puis au fil du temps, on finit un peu, non pas par oublier, mais cela est moins douloureux à la fin. »

La famille du défunt, plutôt un soutien ou plutôt un poids supplémentaire sur le plan psychologique ?

« C'est l'autre versant de la mort en médecine générale, après on assume la famille : il y a le mort et puis après, on voit la famille pour l'aider à faire son deuil. Au moment de la mort c'est la proposition que l'on fait aux endeuillés : ou le décès se fait à la maison et je leur en parle à ce moment là et on leur dit qu'ils auront probablement besoin d'une aide un jour ou l'autre, ou le décès se fait à l'hôpital, et à ce moment là, on les appellent et on leur ouvre la porte.

Les accompagner dans tout cela : cela ne m'affecte en rien, c'est un travail. Moi je pense que pour le médecin, pour traiter ses affects, il y a des lieux pour ça... Moi j'ai fait du

Balint pendant plusieurs années, à un moment donné, j'ai fait une analyse parce que c'était un peu compliqué et que j'avais besoin de faire le point. »

Sur un cas particulier ?

« Non parce qu'un médecin c'est un ensemble, il n'y a pas le personnel et le professionnel, ce sont des choses qui s'imbriquent, et je pense que la vie personnelle d'un médecin généraliste c'est encore pire. Parce qu'il n'y a pas de paravent entre les patients et lui donc il faut faire attention. Et compartimenter sa vie, n'est pas forcément très simple.

Nous avons également un groupe de pairs, on se réunit une fois par mois, on raconte, on met sur la table nos histoires. Cela ressemble un peu aux revues de morbi-mortalités des services hospitaliers quand il y a eu un dysfonctionnement. »

Si non, avez-vous déjà ressenti le besoin d'en parler à un ami, famille ou professionnel ? Vers qui vous dirigeriez-vous en premier ?

« J'ai essayé de me rappeler de mes séances de Balint que j'ai faites pendant trois ans, et je ne me souviens pas d'histoires de morts ou de décès, alors peut-être que les médecins font un « scotome » sur la mort... Bon en théorie c'était le deuxième cas du lundi à exposer mais certains venaient avec d'autres cas particuliers à explorer. Le fait d'être à deux au cabinet avec [ma femme], c'est aussi un avantage, quand on a un problème, on en parle à deux, c'est plus facile.

Quand moi j'ai une situation un peu compliquée, moi je me mets en ce que j'appelle « méta-analyse », je me regarde en train de faire du vélo et puis je me dis bon il s'est passé ça, qu'est-ce qui a marché et qu'est-ce qui n'a pas marché et puis...on passe à autre chose. Et c'est ce qui nous sauve ! Et puis il faut bien avancer, il y a un temps pour prendre ses aises et un temps pour prendre sur soi et il y a un moment où il faut bien avancer...

Je me souviens quand Elena est décédée au cabinet, dans les deux-trois jours qui ont suivi, tous les gamins que j'ai vu, j'avais un peu la trouille, j'étais pas bien... et puis après.... Ou on change de boulot soit... ! Et puis on a qu'une vie ! Ou on rend service ou on ne rend pas service (rires) ! »

Avez-vous déjà eu un sentiment de honte au moment de demander de l'aide ? Cela vous a-t-il déjà une fois empêché de demander de l'aide ?

« As tu déjà fait du Balint ? »

- Non

« Tu verras que tu laisses ta honte à la porte ! Pendant trois ans, c'est le même groupe et le même analyste, mais certaines personnes disent qu'il ne faut pas plus que trois ans, car cela est très analytique comme groupe. Le principe c'est que tu viens avec un cas, il y a entre cinq et dix médecins, tu paies ta séance comme une séance de psychanalyse. Il y a un leader qui est un psychanalyste, agréé par la société médicale Balint et qui est là pour temporiser ou se rendre compte qu'il y en a un qui ne va pas bien et qui dérape... »

Et donc, tu viens avec un cas... alors au début tu viens avec le taux d'hématocrite et la créat', mais en fait le but c'est « Comment s'est passée la relation ? », parce que le livre princeps de Balint c'est « Le médecin, le malade et sa maladie » avec tout un chapitre sur la fonction apostolique du médecin. Et au bout de quelques mois, on laisse le côté médico-technique au privilège de la relation médecin-malade.

Je pense que chez les jeunes, il y a la culpabilité du décès. Mais parce que je crois qu'on est quand même formaté au CHU, qui est la médecine toute puissante, avec des patrons qui nous culpabilisent parce que on est nul. Et je crois quand même, je persiste, qu'on est médecin, consciemment ou non, par un désir de toute puissance et de conjuration de la mort. Et quand on commence à travailler, surtout en médecine générale, on est confronté à nos limites. Comment ça se fait que je ne suis pas comme les gens qui m'ont enseigné et qui réussissent à guérir, moi je ne réussis pas à guérir... Et y'en a même qui meurent dis donc ! (rires).

Je pense qu'on est pas préparé à ça. Moi j'ai l'impression que d'avoir de la peine pour un patient, c'est que l'on s'est trop investi. Il faut rester professionnel, et être professionnel, c'est ne pas être dans la sympathie, on peut être compréhensif, on peut être dans l'empathie, mais éprouver des sentiments pour les patients, c'est un peu embêtant pour le médecin.

Dans l'EHPAD où je travaille, je fais un débriefing du décès aux transmissions, et à chaque fois il y a un lézard, chaque fois il y en a une qui a trouvé que quelque chose n'allait pas etc... Les débriefing des conditions de décès c'est très important avec la famille aussi, il y a souvent des choses qui ne se sont pas faites correctement. Et la famille reste sur de fausses impressions, ça les empêchent d'avancer dans le deuil. Si ils n'ont pas pu être présents au moment du décès par exemple, pour plein de gens c'est difficile.

Quand il y a des décès à domicile sur des suivis un peu long, on est appelé, souvent il y a l'accompagnant, le mort et le médecin, et c'est un moment très très particulier, souvent apaisé. C'est une espèce de moment intemporel où tout semble arrêté et je l'ai remarqué plusieurs fois cela, c'est le moment où la pression retombe. Les gens n'appellent pas avant souvent, ils appellent quand cela est fini (à condition que les symptômes soient contrôlés). J'ai une ligne téléphonique dédiée pour les accompagnants des personnes en fin de vie, et souvent ils appellent quand cela est terminé, rarement avant, ils n'en abusent pas. »

Connaissez-vous des organismes ou associations de soutien pour parler de ces problèmes ?

« Non, je ne sais même pas si cela existe. Il y a eu une tentative d'installation d'un service de médecine du travail des médecins, mis en place à Rouen par le Dr Mauviard Elisabeth il y a quatre ou cinq ans, centré sur le CHU, et puis ils n'ont pas eu les fonds... Cela n'a pas ouvert par manque de budget. »

Si de telles structures existaient, prendriez-vous contact avec elles ? Si non, pourquoi ?

« Non car j'ai déjà un groupe de soutien. Après si j'avais un gros coup dur, pourquoi pas, mais je pense que je téléphonerai plutôt à mon analyste. »

Sur une échelle de 0 à 20, à combien situeriez-vous votre demande en terme de structure de soutien ?

« Moi je dirais un. Pour ne pas dire zéro. Si un jour je suis en difficulté, j'irai voir d'abord mon analyste. J'ai déjà une bouée de secours (rires). »

Avez-vous déjà ressenti des symptômes de type burn-out (lassitude au travail, perte d'envie de travailler, ne plus vouloir s'investir pour les patients) ?

« Probablement à une époque, il y a une quinzaine d'années, j'ai décidé de sortir des murs du cabinet et de faire de la coordination d'EHPAD. Probablement parce que ça tournait un peu en rond, pour changer d'atmosphère, parce que cela peut être sclérosant. Mais je n'ai pas fait d'échelle de Maslach à l'époque (rires). »

D'après vous, dans quelle proportion ces impacts psychologiques relatifs à la gestion émotionnelle des décès rentrent-ils dans un processus d'entrée en burn-out ?

« Moi je pense que ce sont plus les suivis de fin de vie que la mort en elle-même. Parce que les suivis de fin de vie, c'est quand même compliqué médicalement, car ce ne sont pas des protocoles que l'on utilise souvent. Psychologiquement, il faut assurer le malade, il faut assurer la famille, qui n'est pas toujours très homogène donc c'est compliqué. Il faut assurer parfois le désaccord avec les prises en charge... Moi je dois avouer que quand je vois des gens en 4^{ème} ligne de chimio sur un cancer du pancréas... Je ne dis rien, mais je trouve que ce n'est pas correct... Je ne téléphone plus mais à un moment je le faisais et on me répondait « Oui mais tu comprends, si on ne lui fait pas, le malade va se sentir abandonné... » Il y en a qui meurent de la chimio j'ai l'impression... C'est à ce moment là que je leur donne mon numéro spécifique. C'est ce moment là qui est difficile. C'est ce que je disais tout à l'heure, il y a des gens pour lesquels on est soulagé.

Dans une famille donnée, on a souvent le même interlocuteur. Mais le problème derrière c'est que parfois il y en a derrière qui ne sont pas du même avis. Moi en EHPAD, quand il y a des problèmes comme ça, je fais venir tout le monde, et on se rend compte des tensions et des projets de vie différents des enfants, il y en a qui sont prêts, d'autres qui sont pas prêts, d'autres qui ont encore des choses à dire au mourant... »

Auriez-vous aimé avoir des cours de prévention ou d'information à la faculté ?

« Oui cela aurait été bien, mais moi j'ai quand même l'impression que c'est très personnel comme réaction et qu'à un moment donné, il faut que chacun trouve la réponse qui lui est propre. Ce n'est pas parce qu'on connaît les étapes du deuil, parce qu'on les a apprises, que l'on va forcément être bien devant la situation. Moi je crois beaucoup au support entre pairs, le Balint c'est ça. Par contre, ce qui peut éventuellement s'apprendre, c'est que c'est normal de ne pas être bien, d'apprendre à réfléchir sur soi-même. C'est sur la pratique et en décryptant la pratique qu'il faut travailler. »

Y'a t-il des jeunes médecins dans les groupes Balint ?

« Ceux qui passent au cabinet connaissent ! (rires). Mais après, je pense que c'est la démarche aussi de chacun. »

- **ENTRETIEN N°4**

Homme de 57 ans, exercice en ville, à Sotteville les Rouen dans un cabinet de trois médecins. Installé depuis 1992, activité de médecine générale et activité VIH au CHU.

À quelle fréquence êtes-vous concerné par la mort d'un patient ?

« C'est assez rare quand même. Je trouve qu'en ville les patients meurent plutôt à l'hôpital. C'est quand ils font le choix de mourir à domicile, et cela ne m'arrive pas une fois par an. À l'hôpital, c'est environ un décès par trimestre. »

Quel est votre ressenti dans les heures et jours suivant la mort de l'un de vos patients ?

« Il y a l'effet de surprise souvent « Ah tiens cela a été vite » et puis, la majorité du temps cela concerne des personnes âgées, on est dans l'ordre des choses pour moi. Même si c'était des patients que j'aimais bien, cela fait un petit vide, une sensation de « Tiens il va manquer. » Quelqu'un qu'on voyait tous les quinze jours ou tous les mois, on ne va plus voir ce patient. Mais pour moi, je n'ai pas l'impression d'avoir besoin d'enclencher un processus de deuil, dans la grande majorité des cas. »

Avez-vous le sentiment à chaque fois de faire le maximum pour le patient et son entourage, au moment du décès ?

« En tout cas j'essaie, il y a une vraie motivation de ma part, je trouve que c'est une marque de confiance que font les patients et la famille avec le médecin. Il y a quelque chose qui se joue là, à ce moment là, et moi j'ai le sentiment d'avoir besoin d'être à la hauteur. Ils disent « Moi je veux rester à la maison jusqu'au bout, quoiqu'il arrive », et que c'est bien clair avec la famille : ils comptent sur nous. En général, je leur donne même mon numéro de portable, ce qui est exceptionnel car je ne le donne jamais. »

Quel est selon vous le type de décès qui vous affecte le plus ? Brutal ou attendu et préparé ?

« Ceux qui nous affectent le plus c'est l'enfant et le jeune adulte car on a un grand sentiment d'impuissance. Si l'on a choisit cette profession, je pense qu'à un moment il y avait quand même un sentiment de vouloir contrôler la maladie et de vouloir contrôler la mort. Ce sentiment un peu de toute puissance. Et justement le décès d'un patient jeune, souvent de la cancéro ou maladies cardiovasculaires chez l'adulte jeune, on se dit que là, on a pas réussi.

C'est pas un sentiment d'échec, mais cela renvoie à cette incapacité que l'on a... et que vivre c'est dangereux quoi ! (rires). On se remet un peu en question. C'est quelques fois un peu compliqué. Surtout que dans ces situations là, on est aussi le médecin traitant de la famille. Et l'image du patient décédé peut revenir régulièrement dans une discussion de consultation.

J'ai l'image d'un petit gamin décédé d'un lymphome il y a plusieurs années, et je vois toujours la mère et le père ou la petite sœur, et forcément je revois parfaitement toute la situation, je me souviens parfaitement du prénom de l'enfant et du dossier. La famille est restée, l'enfant est décédé à l'hôpital, je suis allé régulièrement à l'hôpital, j'ai essayé d'être très présent. »

Pensez-vous que la multiplication de ces expériences, vous fait sortir plus fort ou plus affaibli ?

« Je n'ai pas le sentiment que cela s'accumule. Il y a la surprise. On a des fois, malgré tout, un processus de deuil à entamer pour certains décès. Je pense que l'accompagnement au décès facilite le processus de deuil. Je pense que ce sont des expériences qui nous rendent plus forts. »

En quoi pensez-vous que cela vous affecte sur le plan professionnel et personnel ?

« C'est épuisant. C'est fatiguant, on est vidé émotionnellement, cela peut aussi être un peu perturbant. C'est aussi très chronophage, quand on fait un travail d'accompagnement comme cela, cela m'arrive de passer deux fois par jour à domicile : le matin avant de commencer les consultations, et le soir quand la journée est finie. Cela demande une grande disponibilité. Donc au niveau vie professionnelle, cela peut compliquer les choses sur le moment, mais en même temps il y a aussi ce sentiment de faire son boulot jusqu'au bout, c'est satisfaisant. Donc même si on est vidé, paradoxalement cela peut être dynamisant au niveau professionnel.

Au niveau personnel, on y pense un peu sur le moment, ce sont des instants que je partage avec ma femme aussi, comme elle est médecin, c'est plus facile car elle a aussi cette capacité à entendre des choses etc. Ce sont les rares fois où le professionnel rentre un peu dans la vie privée. Mais il me semble qu'il y a d'autres situations qui sont plus traumatisantes, je pense par exemple aux maltraitances aux enfants ou aux situations de viol mais qui ne rentrent pas dans la vie privée malgré leur grande violence. La mort, oui des fois, fait irruption dans la vie personnelle. »

La famille du défunt, plutôt un soutien ou plutôt un poids supplémentaire sur le plan psychologique ?

« La famille du malade en général, c'est un partage. Pour moi, c'est un soutien pour le médecin. On partage quelque chose, moi je le vis comme ça.

Je me souviens d'un jeune que je suivais, qui avait une cochonnerie, peu importe. Il voulait absolument mourir chez lui, il avait 35 ans donc c'est quand même jeune, cela faisait une bonne dizaine d'années que je le suivais par ailleurs. Il était chez lui, sa famille était là, et il m'a dit un soir : « Tu restes ce soir ? Un petit peu ? »

C'était la fin, c'était convenu entre nous, il voulait que cela se termine, la famille était là, il voulait s'endormir et l'on a fait le nécessaire... Je suis sorti de là vidé, à 3h du matin, mais quelque part soulagé parce que j'avais été au bout. Et cette expérience là avait été enrichissante aussi, parce que je pense que l'on a aussi des doutes parfois sur sa propre capacité à gérer ce type de situation, et quand tu as pu aller au bout de cette situation là, tu vois ce dont tu es capable mentalement. Tu n'as pas les clefs de ces situations là, tu as beau travailler sur toi, mais là, avec la famille on a vraiment partagé ce moment. Ce qui m'arrive très très rarement, j'ai eu besoin d'aller à l'inhumation de ce patient. Cela m'est arrivé d'aller deux ou trois fois aux inhumations. »

Peut-être plus en tant qu'ami que médecin ?

« Je ne sais pas. Mais en tout cas, j'avais besoin d'y aller, de re-partager un moment avec la famille. Et alors que j'arrivais discrètement, et que mon objectif était d'être présent mais voilà être là mais... point barre. Sa famille proche et sa mère en particulier, m'ont aperçu et m'ont pris dans les bras. Il fallait que je sois avec eux, avec la famille proche, au premier rang ! Il fallait que je sois là avec eux. Et pourtant, je ne suis pas du tout croyant ou pratiquant, mais la cérémonie d'inhumation, j'avais besoin d'y être. »

En parlez-vous à votre entourage ou à un autre professionnel ?

« Je pense que cela pourrait être intéressant de partager cela. Moi je n'ai pas eu l'occasion de le faire parce qu'on a encore cette pudeur de dire « Je ne vais pas emmerder mes collègues avec ces trucs là. » Que les temps que l'on a ensemble sont plutôt des temps de détente, où on ne parle pas forcément de son propre ressenti dans des situations difficiles etc... »

Est ce que cela pourrait aller jusqu'au sentiment de honte ?

« Non je ne crois pas, c'est juste pour ne pas plomber l'ambiance. J'ai fait un peu de groupe de parole, le Balint. Je crois que je suis resté un peu imprégné, où j'arrive à me dédoubler et à exposer des choses et pouvoir y répondre. Nous, on a l'intention de le faire au cabinet maintenant, c'est d'instaurer un temps de rencontre, autour d'un café pour évoquer des cas cliniques mais aussi des dossiers ou situations compliquées. »

Connaissez-vous des organismes ou associations de soutien pour parler de ces problèmes ?

« Non. Il y a eu une ébauche de médecine du travail qui a été organisée par l'URPS et j'ai joué le jeu, j'ai pris RDV etc, j'ai trouvé que c'était plutôt bien et que cela aurait pu être un lieu pour parler de tout ça etc. Ils ont manqué de financement et je trouve cela dommage. »

Si de telles structures existaient, prendriez-vous contact avec elles ? Si non, pourquoi ?
Si oui : Quelles seraient vos attentes en terme de disponibilités, et moyen de communication ?
(Entretiens physiques, permanence téléphonique, mail ou groupes de pairs ?)

« Oui, peut-être, pour parler de cette expérience de l'enfant par exemple, oui, peut-être. En se disant que l'on est jamais objectif sur sa propre situation, que ce que l'on vit nous paraît finalement bien toléré et banalisé, et peut-être que l'on est pas suffisamment vigilant et qu'on accumule des couches et que j'aurais la surprise de découvrir des deuils non faits, pourquoi pas.

Sur le plan technique, l'idéal serait la rencontre singulière. D'être écouté et entendu, donc tout seul. Par téléphone, c'est trop impersonnel. Et puis il faut prendre le temps, poser des limites et de dire « Ben voilà là j'ai besoin de temps pour moi ». On va bien chez le dentiste, il faut se forcer (rires) ! »

Sur une échelle de 0 à 20, à combien situeriez-vous votre demande en terme de structure de soutien ?

« Dans mon cas, je mettrai bien à 13, si il y avait du monde, j'y retournerai. Et c'est pas que dans le processus de deuil. C'est compliqué pour nous d'aller voir un collègue, d'aller voir un psy en disant que ça va, mais que j'ai quand même envie de parler. Et du coup, le fait d'avoir quelqu'un qui connaît ton job, ta pratique, on pourrait évoquer comment on vit le deuil, la douleur. Et puis simplement aussi que quelqu'un s'occupe de nous, santé globale, physique

et psychique. Mais il y a aussi cette pudeur à dépasser, de ne pas avoir l'impression d'emmerder le monde. »

Avez-vous déjà ressenti des symptômes de type burn-out (lassitude au travail, perte d'envie de travailler, ne plus vouloir s'investir pour les patients) ?

« Non, je suis toujours content de partir en vacances, mais aussi de reprendre. Je pense que j'ai bordé les choses aussi pour ne pas me mettre en burn-out. Quand je vois le mode de fonctionnement de certains collègues, je me dis qu'à leur place je serai peut-être en burn-out, je ne réponds pas au téléphone directement, j'ai un secrétariat à temps plein. Je ne travaille que sur RDV, les choses sont bien cadrées pour se protéger, c'est nécessaire, parce que c'est un job qui peut devenir rapidement très envahissant et là du coup si l'on se fait envahir, si l'on a plus la maîtrise, c'est difficile. »

Et avec les patients très chronophages qui sont en soins palliatifs ?

« Non pas de problèmes non plus, parce que le burn-out suggère qu'on a envie de tout envoyer balader. Et là justement dans ces situations là, du coup, surtout pas dans ces moments là. Et après j'ai plutôt un sentiment de satisfaction que de burn-out. »

D'après vous, dans quelle proportion ces impacts psychologiques relatifs à la gestion émotionnelle des décès rentrent-ils dans un processus d'entrée en burn-out ?

« Je n'ai pas le sentiment que les décès soient une cause de burn-out, alors après peut-être dans des situations très particulières où l'on se trouve directement responsable du décès d'un jeune patient. Mais après quand on fait correctement son travail, il est exceptionnel de se mettre en cause dans le décès du patient. D'emblée je me posais cette question, mais à mon avis le burn-out c'est plutôt des problèmes d'organisation et de déséquilibre entre vie personnelle et professionnelle, qui font que l'on se place en risque de burn-out... ou pas justement. (rires). »

Auriez-vous aimé avoir des cours de prévention ou d'information à la faculté ?

« Je pense qu'il faudrait, et parce que j'en ai bénéficié à côté, une formation sur le deuil. Pas forcément que pour soi-même. Comprendre ce qui est en jeu dans le processus de

deuil. Pourquoi il se déclenche, pourquoi il ne se déclenche pas, qu'est-ce que cela signifie, et savoir aussi l'accepter et l'identifier. De le savoir c'est aussi l'accepter.

J'ai vécu de façon personnelle : un neveu est décédé chez moi, il avait vingt ans, mort subite, sa mère le trouve décédé le matin. C'était un neveu par alliance donc j'étais peut-être un peu moins impliqué affectivement. Mais bon le gamin, je l'ai vu naître quand même. J'ai géré, très professionnellement, j'ai aidé la famille, certificat de décès etc, c'était très pro. Je pense que je me suis réfugié là dedans. De toute façon pas le choix, la famille était effondrée, il fallait gérer. C'était en juillet, j'ai commencé mon processus de deuil en octobre-novembre, le temps que tout le monde ait accepté. Que la pression rebaisse, et moi je me suis autorisé à en être triste, à en rêver etc. Je l'ai repéré tout cela et du coup, j'en ai aussi parlé, je ne me suis pas laissé envahir par cela, je l'ai accepté. Cela a duré quelques semaines, et je sens que maintenant j'ai accepté ce décès. Je pense que de savoir identifier ces symptômes, d'avoir eu cette formation, cela a été bénéfique. »

- **ENTRETIEN N°5**

Homme de 34 ans, exercice semi rural depuis l'été 2014. Activité de médecine générale, capacité de gériatrie en cours. Cabinet de groupe composé de trois médecins.

À quelle fréquence êtes-vous concerné par la mort d'un patient ?

« Depuis mon installation, j'ai dû avoir six ou sept décès de patients que je suivais régulièrement. La majorité des décès, c'était à domicile. »

Quel est votre ressenti dans les heures et jours suivant la mort de l'un de vos patients ?

« Cela va dépendre beaucoup de la relation que l'on avait avec le patient. Les patients que l'on suit depuis longtemps, avec qui on s'entend bien, cela joue forcément plus que ceux que l'on connaît moins. Après cela reste extrêmement variable. Mon premier sentiment c'est la tristesse et puis surtout je pense beaucoup à l'accompagnant qui reste, qui est âgé souvent. »

Avez-vous le sentiment à chaque fois de faire le maximum pour le patient et son entourage, au moment du décès ?

« Oui, enfin je pense, j'essaie. J'essaie d'être là, disponible tout le temps. Les patients décédés que je suivais. Ses accompagnants continuent de venir me consulter. Je ne pense pas que nous en tant que praticien, on leur rappelle un mauvais souvenir. En tout cas, je n'ai jamais vécu cela. »

Quel est selon vous le type de décès qui vous affecte le plus ? Brutal ou attendu et préparé ?

« J'ai eu un décès brutal difficile, c'était par suicide. Là oui, cela a été très difficile car on ne s'y attendait pas du tout. C'était suite à une annonce de cancer qu'il n'a pas supporté. Il était déjà pas mal malade, mais du coup il a mis fin à ses jours. C'était un patient âgé d'environ 80 ans. Ça fait bizarre, du coup cela a été dur.

Après les décès un peu plus attendus, pour qui on fait des soins de fin de vie, cela reste difficile aussi. Mais quand cela se passe bien et que tout est mis en place pour le patient, pour l'entourage et la famille Parfois on le sent presque comme un soulagement : soulagé que cela terminé, pour la famille et le patient, c'est long.

J'ai aussi l'exemple d'un jeune patient décédé non pas brutal brutal mais prévisible, car cancer, il avait 43 ans, c'était difficile. Dans tous les cas, c'est difficile mais peut-être encore plus pour les patients jeunes ou les décès brutaux. »

Pensez-vous que la multiplication de ces expériences, vous fait sortir plus fort ou plus affaibli ?

« Pour l'instant moi ça va à peu près, bon il ne faudrait pas qu'il y en ait trois de suite... J'essaie de garder une petite distance pour me préserver. Dans l'ensemble, je me remet plutôt bien après. Ce qui peut être difficile, parfois, cela m'est arrivé de ne plus du tout avoir de contact avec la famille et l'entourage, alors que l'on était en contact très étroit avant le décès. Je leur donne mes coordonnées, cela m'arrive d'avoir des coups de fils la nuit et on y va... Mais une fois que le décès arrive...cela m'est arrivé des fois, je n'ai plus du tout de nouvelles. Ce n'était pas des patients que je suivais par ailleurs, donc je n'avais pas forcément de raisons de les revoir, mais ce qui manquait c'était tout simplement de se revoir. Ou peut-être est-ce un peu prétentieux, mais ne serait-ce que d'avoir un petit merci des fois. C'est plus un problème de reconnaissance, cela n'arrive pas souvent mais j'ai déjà eu le cas une ou deux fois. Après cela ne vaut pas que pour les décès... »

Récemment j'ai eu deux décès coup sur coup, c'était un peu plus dur à encaisser. Mais ça va parce qu'après, on arrive à passer à autre chose. »

En quoi pensez-vous que cela vous affecte sur le plan professionnel et personnel ?

« Oui, quand on apprend le décès sur une journée de boulot, c'est que la journée elle est pas... On est pas pareil. On y pense beaucoup. On pense qu'à une chose c'est d'appeler la famille pour présenter ses condoléances et dire un petit mot gentil. On y pense, ça perturbe un peu la concentration.

Sur le plan personnel, oui ça touche aussi. On y pense. Moi je ne parle pas trop de ça à la maison, je n'aime pas trop, donc je le garde un peu pour moi et avec le temps, cela se passe. Parce que, de mon point de vue, cela peut polluer un peu l'ambiance familiale si on ramène les problèmes du boulot. Du coup j'ai deux ou trois copains avec qui je parle souvent, avec qui j'ai un contact privilégié pour en parler. »

La famille du défunt, plutôt un soutien ou plutôt un poids supplémentaire sur le plan psychologique ?

« On va avoir ce sentiment de tristesse pour le patient décédé, mais je pense que c'est eux qui ont le plus gros impact sur notre ressenti à nous. Parce que c'est avec eux que l'on a le plus de contact finalement. Ce sont eux qui nous « collent la pression », qui nous disent de venir parce que cela ne va pas etc... Donc leur ressenti à eux, va directement impacter sur notre façon d'être, va nous tracasser. On est toujours soucieux de bien faire, et puis on a peur de pas toujours bien faire. On a peur, non pas des représailles, mais de ne pas faire ce que la famille attend, cela, ça colle une forte pression quand même.

Quand ils expriment leur deuil, ça touche oui, si je vois demain la conjointe d'un patient que je suivais, qui déprime, qui pleure ou autre, c'est hyper touchant oui. Surtout pour les couples vieux, par exemple, qui ont fêté leurs 60 ans de mariage etc... C'est hyper touchant, parce que l'on se projette en plus. »

En parlez-vous à votre entourage ou à un autre professionnel ?

« Tout ce qui va toucher au travail, je vais plus en parler à des collègues de boulot qu'à la famille. »

Dans des groupes de pairs ?

« Non, au téléphone ou dans des réunions amicales. »

Avez-vous déjà ressenti le besoin d'en parler à un ami, famille ou professionnel ?

« Non pas pour l'instant (rires). »

Avez-vous déjà eu un sentiment de honte au moment de demander de l'aide ? Cela vous a-t-il déjà une fois empêché de demander de l'aide ?

« Non parce que comme c'est avec des collègues qui me confient aussi des choses, il y a une bonne écoute réciproque donc je n'ai jamais été freiné par ce sentiment là. »

Connaissez-vous des organismes ou associations de soutien pour parler de ces problèmes ?

« Non, je n'en connais pas. »

Si de telles structures existaient, prendriez-vous contact avec elles ? Si non, pourquoi ?
Si oui : Quelles seraient vos attentes en terme de disponibilités, et moyen de communication ?
(Entretiens physiques, permanence téléphonique, mail ou groupes de pairs ?)

« Non, pour l'instant non. Parce que je ne me sens pas en souffrance par rapport à ça sur ma vie professionnelle ou personnelle. J'arrive encore à prendre du recul. C'est difficile les premiers jours, mais on a l'esprit tellement occupé par les problèmes des autres après que... je ne vais pas dire qu'on oublie vite...le fait d'en reparler ici, on y repense... Mais on en fait abstraction naturellement. Après peut-être qu'avec le temps et le vécu, c'est différent et qu'on accumule... ?

Mais je ne pense pas, parce que je vois mes collègues qui sont beaucoup plus âgés que moi, je pense même qu'ils le vivent mieux que moi. Ce n'est pas pareil, je pense qu'ils ont plus de recul. Ils n'ont pas l'air de mal le vivre. J'en parle aussi avec eux de temps en temps, du fait de la structure du cabinet en réseau, on va forcément voir qui sont les dossiers compliqués en soins palliatifs. On n'a jamais évoqué de choses par rapport au décès en lui-même et la tristesse que cela peut engendrer, mais plus par rapport à la pression de la famille que cela peut engendrer sur le médecin.

En terme de contact, cela serait plutôt sous forme de RDV, de contact physique, c'est ce qui me paraît le plus adapté. Rien que le fait d'en parler, cela fait du bien et cela soulage le médecin. »

Sur une échelle de 0 à 20, à combien situeriez-vous votre demande en terme de structure de soutien ?

« À titre purement personnel, je mettrai 10 car je n'en ai pas besoin pour l'instant, mais il est possible que j'en ai besoin à l'avenir. Pour d'autres cela pourrait avoir un intérêt c'est certain. Pas forcément uniquement dans ce but là, mais qui pourrait aussi s'occuper d'autres choses. »

Avez-vous déjà ressenti des symptômes de type burn-out (lassitude au travail, perte d'envie de travailler, ne plus vouloir s'investir pour les patients) ?

« Oui mais comme tout le monde je pense, des moments où on a un peu ras-le-bol, mais cela ne va pas durer longtemps. »

Est-ce arrivé sur une période suivant des deuils à répétition ?

« Cela ne va pas forcément être après le décès mais plutôt pendant le suivi du patient en fin de vie, où cela va être plutôt compliqué. Ce sont des moments à la fois agréables à gérer, quand la famille adhère au projet de soins, et que tout le monde s'implique bien pour le malade, mais parfois ça va être plus compliqué. Cela va plus être là, où l'on risque d'être débordé, d'en avoir ras-le-bol parce que il y a ça à gérer, plus tous les petits problèmes des uns ou des autres, qui nous paraissent parfois complètement hors sujet par rapport au gros problème que l'on a à gérer. Le patient qui va venir vous engueuler parce que vous avez oublié de lui faire son certificat enfant malade alors qu'on vient de recevoir un coup de fil la fille de Mr Untel qui vient de mourir... On se rend compte que l'on a pas tous les mêmes problèmes... »

Auriez-vous aimé avoir des cours de prévention ou d'information à la faculté ?

« Cela pourrait avoir un intérêt mais cela n'est pas pareil, cela ne fait pas longtemps que je sors de la fac. Mais c'est pas pareil. On a pas encore la vraie vision de la médecine générale, on fait quelques stages mais cela n'est pas encore concret. On a les décès à l'hôpital, on vit les choses différemment. Je ne sais pas si j'aurais adhéré au cours à l'époque, je ne sais pas si j'aurais compris l'intérêt que cela pourrait avoir. À la limite, cela serait maintenant qu'il faudrait en parler, à posteriori, sous forme de soutien ou de groupes de paroles. Parce que, ce qui soulage dans ces situations là, c'est de raconter un peu le vécu, des histoires, on a surtout besoin de ça, de se sentir écouté. En « prévention de », je ne sais pas si j'aurais adhéré, ni même si cela m'aurait servi à l'époque. »

- **ENTRETIEN N°6**

Homme de 61 ans, exercice en maison médicale rurale, mais seul médecin. Installé depuis 1990, en zone rurale. Activité complémentaire de médecine palliative de ville.

Quel est votre ressenti dans les heures et jours suivant la mort de l'un de vos patients ?

« Le premier congrès de l'Association Européenne de Soins Palliatifs, c'était en 1990, j'ai dit « ce truc là, j'y vais. », je l'ai su le lundi, ça commençait le mercredi. Il y avait à peu près 1 500 personnes qui venaient de toute la planète... enfin d'une grande partie... du monde civilisé et donc c'était très intéressant. À l'époque, les congrès de soins palliatifs, on insistait beaucoup sur comment donner la morphine et tromper la mort, c'était assez ça. C'était le sel ET le poivre. Et donc je me suis toujours intéressé à ça. Bon j'ai compris pourquoi dans mon parcours, et en fait, je viens d'une famille de médecins et c'était des gens, de ce que j'ai compris, c'est qu'ils travaillaient le dos au mur en faisant des accouchements à domicile. Donc moi j'ai repris dos au mur et donc je me suis occupé de la fin de vie.

Et en fait, nan c'est intéressant, le premier impact, qui n'est pas psychologique, mais maintenant moi je ne le vis quasiment plus, je ne le vis plus. Le premier impact c'est la fatigue. Quarante huit heures après, on est littéralement crevé, rincé. Et maintenant cela ne me le fait plus, non non.

Avant quand t'es pas mariné, quand tu n'as pas l'expérience, tu vis dans un tunnel et tu n'es pas bien parce que tu ne vois pas la sortie du tunnel. Ça, je l'ai vécu autrefois. Et puis il suffit... il suffit de tenir et ça passe, c'est tout, c'est tout. Le malade sort du tunnel aussi, mais à l'autre bout... (rires). Et donc voilà... Et maintenant, je dois dire que la fatigue, je le sais mais au début je ne comprenais pas ce qui m'arrivais, j'étais rincé, littéralement crevé. Et cela durait deux ou trois jours et puis après, une journée... et puis maintenant, cela ne me le fait plus du tout. Et en fait... la mort... c'est poétique... c'est un instant... c'est génial... mais je t'assure, il faut s'occuper, il faut... »

Cela dépend de la façon dont elle arrive aussi ?

« Non, non, non, non, non, et alors il faut... c'est pour ça que la mort à domicile, c'est tellement important. C'est vraiment un souffle, on part sur un souffle, c'est tout. Je me souviens d'une dame, elle était en fin de vie. Elle était poly-pathologique, diabétique, elle ne se levait plus etc... Et puis j'étais parti aux sports d'hiver et j'avais appelé plusieurs fois sa fille. J'avais travaillé dans un service d'alcoologie et j'ai fait pendant trois ans une formation à la thérapie

familiale. « Je vais de mieux en mieux, j'ai bien dormi cette nuit, ce matin ils m'ont enlevé le tuyau dans le dos, le redon (il a une épидурite), et cet après midi ils vont m'asseoir ». Voilà. Il faut être au contact des douleurs. Moi je masse les gens. Il faut être au contact des douleurs. C'est comme le dompteur et les lions, il faut qu'ils soient en phase d'union, c'est pareil. On ne peut pas vivre en tournant le dos hein... Et... (sourir) « Merci ! Bougez-vous les jambes ? »

Et donc la dame voilà, j'étais en vacances, et puis j'appelle la fille, et puis on parle comme ça, tu sais juste pour parler...tu comprends ? Je n'ai pas à dire la porte il faut qu'elle soit ouverte ou fermée ou quoi ? Enfin bon voilà quoi, j'avais un associé qui passait mais moi je lui tenais juste le crachoir pour qu'elle soit un peu... tu vois ? entourée. Et puis je lui disais « Ah mais votre papa c'est important, il faut qu'il fixe le menu parce que... » donc la fille était là, mais fallait qu'il ait sa place. Parce que j'avais travaillé dans un service d'alcoologie, je ne sais plus si j'avais fini ma phrase et j'avais fait pendant trois ans une formation en thérapie familiale, cela m'a bien aidé.

Et alors, et puis je reviens de vacances et...(rires). j'ai failli lui dire « vous m'avez attendu », mais je ne lui ai pas dit ! (rires). Et puis c'était un midi, la fille, elle avait tout rangé, tout repassé et j'ai remarqué ça. J'ai remarqué ça. La bonne parole... La bonne parole. Elle avait tout rangé, tout repassé. Tout... était bien occupé. Elle habite loin la fille, dans l'Ariège par-là. Alors là, je lui dis, je le savais déjà, alors j'en ai usé, je lui dis « c'est bien vous êtes dans une bonne maison, et puis votre fille elle a tout rangé, tout est repassé, tout est bien » et tout d'un coup j'ai eu une intuition, je lui dis « Et vous savez quel jour on est aujourd'hui ? ». Il faisait beau dehors, il y avait les fleurs, c'est le printemps, c'est magnifique... « Et vous savez quel jour on est aujourd'hui ? On est vendredi Saint ! » Je suis parti, une demi-heure après, ils m'ont rappelé, c'était fini (rit aux éclats) !

Et j'avais vécu ça. Si on ne s'occupe pas des mourants, on n'a pas la poésie. C'est extrêmement important. J'ai un copain qui est médecin, il a dosé le Gadolinium dans les effluents de Charles Nicole, c'est une tête le gars. Et alors il fait du Bouddhisme tibétain. Et alors j'avais une patiente de 40 ans, une quarantaine d'années : Elle avait un pinéaloblastome de grade IV. Et je n'étais pas son médecin, c'est un de mes associé qui m'a appelé une fois, deux fois... j'ai dit bon « OK ». Et puis elle se retrouve en Neuro-chir et puis dans un service à côté et tout... Je vais la voir, bon, elle avait des cellules dans son LCR (Liquide Céphalo-Rachidien) donc c'était râpé. Et donc, je vais la voir, alors elle était aide-soignante, alors bon tu parles de réseau de soins palliatifs, puis on discute comme ça. Et puis tout d'un coup une idée qui me vient à l'esprit, je lui dis : « Cela fait des choses à préparer » , le mot « préparatif »... (rires).

Et donc je me suis occupé d'elle. C'est pour ça que l'important ce ne sont pas les mots, c'est d'être au contact. Et alors cette dame, sa maman un jour qui me dit « ça dure trop longtemps Docteur. » C'est une grande ferme, un peu comme ça, tout communiquait, donc sa maman... Il y avait déjà une sœur qui s'était suicidé. Elle invite ses parents dans le midi, elle se jette du 3^{ème} étage. Et donc la mère qui me dit « cela dure trop longtemps Docteur » et tout, en fait, j'ai compris. Les gens, il faut les laisser parler. Ils ont le droit de dire ça. Ça exprime quelque chose, voilà c'est tout. Donc je lui tiens la jambe, et puis elle me raconte que son père, il avait fait un Mal de Pott, elle voit encore le médecin arriver, mettre la main sur l'épaule de sa maman et lui dire « va falloir que tu sois courageuse ». Donc il était couché, recroquevillé, et il ne s'est jamais relevé, exactement comme sa fille... (rires). Et donc un jour je me dis, bon elle revient chez elle... L'aide soignante qui passe, tout le monde qui passe, les réunions etc...

Et je me dis les enfants, ils ne comprennent pas. Ils croient qu'on soigne leur maman et que ça va aller mieux. Alors je me dis que c'est vraiment important et qu'il faut leur dire, alors je voulais leur dire. Et ils étaient toujours devant la télé, avec la Gameboy, complètement scotchés devant la télé... Et un jour je me dis, je sais ce que je vais leur dire. Et j'arrive, et ils n'étaient plus devant la télé, ils étaient là devant moi, dans la salle, et je savais ce que je voulais dire. Et en fait je ne voulais pas parler au grand qui avait onze ou douze ans et c'était trop dur. Et donc j'ai parlé au petit :

- Tu sais je vais te dire un truc : tu sais, je ne suis pas Superman. Tu connais Superman ?

- Oui je connais Superman !

- Et bien je ne suis pas Superman...

Et donc les gamins, ils ont compris. Et puis voilà, et elle est morte chez elle tranquillement. Et alors c'est là que j'avais expérimenté un jour, je lui ai dit je ne sais pas quoi, une bonne parole, le lendemain elle était moins bien, je me dis tiens ? Et puis quelques jours après pareil, je me dis tiens ?

Et puis après la troisième fois, je l'ai en quelque sorte un peu poussée vers la sortie, je lui ai dit une bonne parole et hop elle est morte ! (rires). C'est la seule personne chez qui j'ai fait de l'acharnement thérapeutique parce qu'avec le mari on s'était dit « non c'est trop tôt, il ne faut pas qu'elle meurt maintenant ». Et en fait, elle était morte quand même...pas au moment de Noël mais avant Noël... En fait, je l'avais perfusée au glucose à 10 % parce qu'elle ne mangeait plus. Voilà. Et on avait donc essayé de jouer les délais comme ça...

Et en fait voilà, et bon, cela avait été un peu dur, parce que le grand je l'avais accompagné dans la chambre, elle était d'une pâleur cadavérique, très maigre... Mais bon il faut prendre son temps et tout... Et c'est là que j'avais appris ces histoires de bonnes paroles, et franchement cela existe... Et puis, je me souviens d'une dame, son mari était mort. Tel

qu'elle en parlait, j'avais compris un truc : « Mais le Docteur, il a dit que c'était grave et tout, le cancérologue disait qu'il y en avait partout etc... » Il avait des pansements partout, c'était bourré sur la carotide... On s'attendait à ce que ça pisse le sang partout... Et puis... Et puis « Oh le docteur il a dit que c'était grave mon mari... »

Je lui dis « Il faut que je lui dise un truc madame : je vais le soigner ! »

- « Ah bon cava ! »

C'est génial ! (rires). Et en fait quand il est mort, elle a pris l'édredon et l'a replié comme ça... On aurait dit les pages d'un livre. L'histoire était finie. La mort c'est poétique. Là, le dernier décès auquel j'ai assisté, c'est une personne qui habitait pas loin de chez moi, tout près de chez moi à deux portes. Cette dame là elle était complètement schizophrène, jamais hospitalisée, pas de traitements, et pendant toute une période, je ne la saluais pas, si je la saluais en croisant la place, elle sonnait chez moi le soir, elle était vraiment folle. Et en fait, elle vivait avec un ancien légionnaire, dont on aurait dit à l'époque qu'il avait un noyau psychotique. Mais en fait, j'interviewais le légionnaire pour savoir ce qu'elle voulait, et puis ça marchait, il semblait que ça marchait. Et alors dans ces cas là, il y a le réseau de soins palliatifs, il y a tous les gens, et ils ne voulaient rien, ils me raccrochaient au nez. Ils ont fini par me faire chier, ils ont fait une réunion avec je ne sais pas quoi. Et puis avec des frangines un peu... bon voilà... »

Par ailleurs, vous êtes souvent confronté à des décès de vos patients ?

« Alors j'avais présenté ça à la SFAP, dans le collège médecin, en trois ans, j'avais plus de 66 % de mes patients en soins palliatifs qui sont morts dans leur lit. Donc je suis exactement à l'inverse de la moyenne en France. Mais c'est un truc.... Mais en fait, j'étais là quand elle est morte, mais c'est une grâce d'être là quand les gens meurent. Elle est morte comme une grande dame cette dame là. Elle avait un cancer du sein, elle a rien demandé, elle a pas demandé de traitement, elle est morte comme une grande dame. Elle a fait chier personne. Et en fait, un jour j'ai compris. Parce qu'ils n'avaient pas appelé, j'ai compris j'y vais, elle me fait un de ces sourires, wahou ! Mais voilà c'est magique, c'est un truc du fou, et le légionnaire, il aurait fait autrefois « ouais le gars et tout » et en fait on a fini par se faire l'accolade et maintenant on se fait des grands bonjour, mais c'est quelque chose. »

C'était comme un soulagement pour lui ?

« Non c'est pas un soulagement. Un soulagement c'est quand on va aux chiottes. C'est... non... on est heureux, c'est tout.

Et donc voilà. Et puis je me souviens d'une autre dame. Alors c'était une vraie hystérique, elle ne pouvait plus tenir debout, elle avait eu une enfance extrêmement violentée, et elle ne tenait pas debout. Elle avait rien. À tel point qu'un jour je lui dis : « vous pouvez vous autoriser à marcher ». Et elle était migraineuse. Et un jour, c'était au mois d'octobre. Je l'avais vu avant pour une migraine où elle était pas bien, mal à la tête. Et puis bon, c'était un dimanche, et je l'avais laissé chez elle dès que je peux. Et puis je pars en vacances : hémorragie méningée, elle est morte. Et là, ça fout un coup. Ça fout un coup. Indubitablement ça fout un coup. C'était pas vraiment attendu. Et donc ça, ça peut être un peu violent.

Je me souviens aussi d'une dame qui n'avait pas fumé, et puis un jour dans la rue, elle fait un vertige. Elle avait une pêche dans le cervelet, et puis tabagisme passif, cancer bronchique. Et puis elle était chez elle, et puis je l'ai prise en charge à ce moment là parce que l'infirmière m'avait appelé. Et puis bon je la prend en charge chez elle et puis je vais la voir, et puis un jour l'infirmière me dit « quand on la met debout elle est essoufflée, veux-tu que je la mette debout ? »

- « Non non ne la met pas debout ».

Et puis je sais pas je la revois le lendemain avec l'infirmière :

- « Veux-tu que je la mette debout ? »

- « Non non ne la met pas debout »

Et puis peut-être un jour ou deux après elle me reedit ça...

Je dis bon allez on va demander angioscanner, scintigraphie etc etc... Et puis je la vois ce jour là, elle avait mis un turban, elle avait les yeux bleus et a mis un turban bleu. Et franchement elle était belle. Mais vraiment une émotion esthétique. Vraiment, elle était belle. Et alors bon je lui dis ca... voilà bon... je la vois.. .et puis je demande l'angioscanner et... puis voilà.

Puis je fais mes visites, j'avais un Kangoo à l'époque, et puis il m'appelle, j'étais à 20km de Fécamp :

- « Elle est pas bien du tout ».

Et puis en fait elle est morte, en fin de journée. Et j'ai su après ce qui s'était passé ce jour là (rires). Et alors ce jour là, il a eu tous ses enfants à manger, elle a mangé avec eux, et « Cava recommencer, je vais reprendre l'ambulance pour aller là-bas et tout... » Et puis l'après midi, il y a un vieux copain qui est venu et dont on disait que c'était son béguin, et je crois que c'était la fête du béguin et ils ont bu du champagne, et elle disait que c'était son béguin. Et donc il est venu, il est venu chez eux, et ils ont bu du champagne, et après elle est morte.

Et ça, ça secoue parce qu'elle est morte comme elle avait souhaité mourir. Elle était belle, elle était belle ce jour là, elle a bu le champagne avec celui dont on disait que c'était son béguin, elle a vu tous ses enfants, elle n'avait pas envie d'avoir des soins.

Mais c'est un truc... et je me suis dit mais pourquoi on a pas fait le truc comme elle avait envie. Evidemment que quand elle m'a dit qu'elle était essoufflée, bon, ouais elle est essoufflée d'accord, on s'en fiche... Des fois on ne fait pas des trucs on ne sait pas pourquoi... Et donc voilà, et voilà je me suis dit moi ma lecture, parce qu'il faut relire les morts, c'est qu'elle est morte, certes je ne sais pas quelle valeur cela a de dire ça, mais elle est morte comme elle aurait souhaité mourir. Enfin c'est moi qui le dis, c'est ma lecture à moi.

Voilà c'était les trois dont je voulais te parler, la schizophrène, celle-ci, l'hystérique... Donc maintenant je me méfie des hystériques... l'hystérie, ça frôle la mort... et maintenant je leur dis. »

Parfois elles ont tellement de symptômes qu'il n'est pas toujours évident de faire la part des choses... ?

« Non non mais c'est pas ça. C'est pas ça. En fait, les quelques femmes que j'ai vu dont on aurait pu dire qu'elles étaient hystériques, elles étaient toujours très mal. Elles avaient de grandes souffrances et il faut savoir que c'est grave. Et d'une façon ou d'une autre on peut mourir. Et moi je leur dis. Et en fait, je leur dis : « Ecoutez , vous mettez vos souffrances dans votre corps, c'est grave ». Je leur dis comme ça. C'est important. Autrement dit, il y a énormément de choses qu'on apprend avec la mort, et puis les gens on peut leur faire du bien. Mais aujourd'hui ça déconne à plein pot. Là j'ai vu un Monsieur, sa femme voulait qu'il reste à la maison. Il était bien chez lui. Il avait une toux phénoménale, un cancer de je ne sais plus quoi, je l'ai pris en cours de route. Et alors voilà, l'aide-soignante qui passe et qui dit « Ah il a uriné que 100 cc... ». Mais qu'est-ce qu'on en a à foutre... Et l'infirmière qui lui prend sa tension et qui dit « mais il a neuf de tension »... mais c'est pas le moment ! (rires). Et donc le monde d'aujourd'hui c'est comme ça... mais qu'est-ce qu'on peut faire contre ça, c'est affreux...

Là, j'ai une patiente, elle est morte à l'hôpital. Cette dame là, la première fois que je l'ai vue, elle avait une pyélonéphrite, elle avait déjà plus de 90 ans, elle avait déjà des râles agoniques. Pyélonéphrite. Elle est pas morte. Elle avait un fils handicapé qui est décédé. Elle demandait tout le temps à le rejoindre. À 20h, elle devient dyspnéique, l'infirmière : « J'ai appelé l'équipe médicale parce qu'elle avait que 70 % de saturation ». On se rend compte

que là il y a un vrai problème avec la mort. C'est inadmissible. Un lieu de vie, c'est un lieu où l'on peut mourir.

Moi je me suis fritté fortement avec un directeur d'EHPAD parce que, devant témoin, j'ai fait dire à une dame qu'elle ne voulait pas être hospitalisée et je me suis fait engueulé dans son bureau hein ! »

Parce qu'il l'a adressé aux urgences après ?

« Non elle est morte dans son lit, et j'étais là du reste, parce que je suis repassé le soir. Elle est morte plus vite que je ne le pensais. Et parce qu'il n'avait pas le personnel, parce que les Prud'hommes etc, mais j'en ai rien à foutre, c'est son problème, c'est pas le problème de la dame, mais rien à foutre, rien... »

C'est un problème effectivement quand les patients arrivent aux urgences pour fin de vie alors qu'ils auraient pu partir tranquillement dans leur lit...

« Mais je me souviens de cette dame qui avait refermé l'édredon... et puis un geste assez lent. La symbolique quoi. Et en fait il y a vraiment une poésie qu'il faut pouvoir lire, et quand les gens meurent à l'hôpital, on a pas la poésie, et si on perd la poésie, ça va très mal.

Et en fait c'est amusant, parce que il y a une phrase, c'est dans l'Evangile de St-Jean. Il y a toute la crucifixion et tout d'un coup il dit « Hors il y avait un jardin à coté de l'endroit où on l'avait crucifié » et tout d'un coup, on voit le jardin, l'eau qui coule machin, les fleurs et tout ça, enfin c'est marrant quoi, c'est exactement pareil. La mort c'est ça. Et il y a vraiment un moment poétique et il faut laisser les gens peinards, et il y a un moment où il ne faut pas en faire de trop et où on en fait trop, des fois à l'hosto, on claque un fric fou... C'est pas une question d'euthanasie, c'est une question de bon sens c'est tout. C'est une question de droit des gens.

Un jour j'ai demandé, c'était une réunion de médecin, je leur dis « Dis donc les gens ils se marient à la mairie, donc à la mairie, ils ont signé un contrat d'assistance mutuelle et si le malade veut mourir chez lui et que le conjoint il ne veut pas, vous faites quoi ? »

Il n'y en a pas un qui a répondu (rires).

Mais c'est une vraie question de droit qui n'est jamais posée.

Moi ils ont mon numéro de portable, ils n'appellent pas la nuit, mais je passe le dimanche, et en fait, il faut passer avant qu'ils appellent. Les gens ont le pilote automatique verrouillé sur la catastrophe, donc c'est toujours des situations... J'ai compris ça très tôt. Ce sont des situations difficiles à gérer, et pendant des années, je suis passé trois fois par jour. Et là le patient que j'ai fait hospitaliser parce que l'aide-soignante avait dit « blablabla », et bien je suis sûr que si j'étais passé comme autrefois, trois fois par jour, je suis sûr qu'il serait resté chez lui.

Les gens, ça les rassurent énormément que le médecin passe, parce que nous on regarde le patient. Et si nous on le regarde, eux, ils peuvent le voir. Des fois ils ont maigri, tout ça, des choses comme ça. Et c'est extrêmement important. »

La famille du défunt, plutôt un soutien ou plutôt un poids supplémentaire sur le plan psychologique ?

« J'ai un patient qui est mort l'an dernier, un vieux monsieur. En fait, il était très aimé de sa famille, et il est mort deux jours après le mariage de l'une de ses petites filles. Alors je me suis rendu compte à quel point c'était un patriarche dans sa famille. Et je soigne son gendre, j'ai du coup, sa fille, que je vois de temps en temps. Elle a fait le changement de médecin traitant et puis cette fille là qui a l'air assez... qui a l'air un peu « Bouledogue », elle me dit... parce que je lui faisais un peu de scopolamine en injectable. J'aime pas le scopoderm, ils voient des éléphants roses avec ça. Et donc je passais, et puis... Il dit « Vous me faites une piqûre ? » et elle me dit « vous avez entendu... » Il a dit... (rires). Bon, avec l'expérience on peut répondre un peu carré : « Non non, on est là pour soigner la vie, on est là pour la vie » point. Évidemment que je ne lui ai rien fait, et puis il est mort, et ils ont pu relire la mort, et j'ai été très chaudement remercié par toute la famille.

Les gens ont le droit de demander l'euthanasie pour un proche, mais cela ne veut pas dire qu'il faut la faire, surtout pas. Et donc par contre, il faut passer. C'est exactement comme le dompteur et le lion. Il faut aller voir le lion, c'est tout. »

Oui, il faut de la communication. Prenons l'exemple à l'hôpital, les conflits avec les familles, ils sont très souvent dûs à un manque de communication plus qu'à une erreur médicale... ?

« Il a deux communications... La communication digitale, par exemple « Les lumières de la pièce sont éclairées » et puis il y a la communication analogique : c'est l'enfant qui est placé dans une famille, il revient avec son carnet de notes, il n'y a que des zéros. Le jour où il a des bonnes notes, là on prend un air grave.

La communication analogique peut être à l'opposé. Donc le médecin, même indépendamment de son plein gré si j'ose dire, a une communication analogique. On peut communiquer sur l'âge des petits enfants, sur n'importe quoi... ou le patient qui va dire « Il me faut un sirop qui traite mon coup de froid » parce qu'il a une méta qui le fait tousser, qui crache et tout etc bon voilà. Mais en fait, la communication elle est aussi analogique : c'est la présence. La présence est plus importante que la communication. Si ils voient que le médecin est là, qu'il passe, qu'il s'occupe et qu'il est présent... Et moi je m'amuse toujours à dire qu'en soins palliatifs je suis inspecteur des travaux finis, je ne fais rien. Je passe. Je regarde. On soulève le couvercle, on renifle et voilà.

Du reste, ce qui est très amusant en soins palliatifs, ça me fait toujours rigoler, le soin palliatif c'est : problème complexe et solution simple, toujours. Il y a un moment, il y a une solution simple, toujours.

Je me souviens un jour un monsieur, ils avaient appelé le soir parce que il toussait, couché, il avait une fistule trachéo-bronchique. Et bien j'ai pris l'édredon, je lui ai mis dans le dos, et il a moins toussé. Problème complexe, solution simple. Toujours. Toujours comme ça. C'est pour ça qu'il faut toujours s'asseoir, ne pas être pressé. »

Connaissez-vous des organismes ou associations de soutien pour parler de ces problèmes ?

« Non. Je dois dire que... je dois commencer à avoir le cuir un peu épaissi. Pourtant avant, je m'en faisais toujours un devoir, mais maintenant je n'appelle plus le réseau de soins palliatifs, parce que je trouve qu'on multiplie trop les intervenants, qu'on augmente le bruit de fond et qu'on augmente pas la pertinence. Il y a déjà les aides-soignantes à gérer. Et... (soupir) je les connais bien, j'ai beaucoup travaillé avec elles. Mais la psychologue va dire « Vous ne pensez pas que sa femme...vous croyez qu'elle va tenir etc ? » Les gens on est là pour les aider. Ils ont les capacités pour tenir, faut pas déconner, parce que le fait d'avoir accompagné quelqu'un jusqu'au bout, cela les renforcent après. Ce patient là, qui est mort l'an dernier en fin d'année, en fait, il a été hospitalisé parce que je passais moins, et sa femme maintenant elle se reproche beaucoup de l'avoir hospitalisé. Et j'ai longtemps parlé avec elle, le pour et le contre, gentiment et tranquillement. Elle a préféré et je l'ai accompagné de mon mieux, et bien elle s'est retrouvée scotchée à l'hôpital comme ça, sans plus rien faire, dur, très dur.

Tout ça, c'est des conneries. Le fait de dire « Oui ils vont pas tenir et tout ». On est surtout là pour les aider. Comment cela se passait autrefois ? Il n'y avait pas le choix, il fallait aller de l'avant et puis c'est tout. »

C'est votre ressenti également en tant que soignant, lors d'un décès ? On n'a pas le choix et il faut aller de l'avant ?

« Maintenant quand j'ai un patient qui est mort, je me sens libéré et heureux. Je me sens plus léger, plus joyeux. Toujours. Toujours. Enfin... sauf je ne sais quoi... Et bien pas lui par exemple car il est allé à l'hôpital. Et maintenant je n'ai plus ce moment de fatigue parce que je peux dire « je suis délivré. » C'est littéralement en route pour de nouvelles aventures. Avant je pouvais avoir trois soins palliatifs en même temps. Mais après on est fatigué, mais c'est une fatigue normale, ce n'est pas le fait d'être crevé pendant trois jours, il peut falloir quinze jours pour récupérer. Mais maintenant je me sens délivré et heureux. »

En moyenne actuellement vous constatez un décès à quelle fréquence ?

« Je n'ai pas refait les comptes, je n'en sais rien, quelques-uns par an... Plusieurs par an oui, environ cinq à dix.

Mais je trouve que dès qu'on est pris un peu dans le travail... Ici je commence tôt et finis tard, parce qu'une bonne façon de lutter contre le burn-out c'est de prendre son temps avec les gens, c'est vraiment... C'est la poésie de l'instant, plutôt que l'insatisfaction de la vitesse. Le burn-out c'est beaucoup l'insatisfaction de la vitesse. C'est le rythme. Si on a le temps d'aller au fond des choses, ce n'est pas pareil.

Hier j'ai vu un Monsieur. Il est amené par sa fille, infirmière. Il était essoufflé depuis trois semaines. Il y a 30 ans, il a fait une embolie pulmonaire. Il avait 95 % de saturation, il avait un bloc de branche complet, il battait à 50 par minute, il n'avait pas de souffle, j'ai regardé ses veines iliaques et ses poplitées, elles étaient compressibles. Bon finalement je me suis dit... On va faire les D-Dimères demain. Je fais du Lovenox ? Donc il est allé aux urgences, les D-Dimères étaient négatifs, mais le fait d'avoir fait tout son travail, moi je suis parti d'ici il était 22h, hé bien ce n'est pas pareil, on a fait son boulot. Je pense que c'est moins fatigant. Il faut dormir. Pas sortir en boîte. Pas fumer. Manger des Oméga-3. Manger des sardines au petit-déjeuner... »

Auriez-vous aimé avoir des cours de prévention ou d'information à la faculté ?

« Attendez, ce que je vous dis là, cela vous apporte quoi ? Ce n'est pas ça. C'est plus que ça. Il faut pouvoir s'asseoir. C'est ça qui est important. Il faut pouvoir s'asseoir. Si on ne s'assoit pas... C'est ça qui est le plus important... »

Un jour j'avais... (rires). C'était une dame, elle avait un cancer pelvien, elle avait eu un fracas du genou, elle avait du Durogesic pour son genou. Son fils était à la prison du Havre. Elle le prenait pour aller voir son fils à la prison. Avec son cancer pelvien. Et puis un jour, réunion de coordination, et puis la fille dit « toutes les nuits elle demande à faire pipi, je n'en peux plus. » Bon, quand il y a un désordre, je demande une prise de sang. C'était un 31 décembre. C'était un mercredi, et puis les infirmières me disaient « on attend vendredi ? » Je dis « non non faites là, là. » À Becquerel, ils ne surveillaient pas, moi je croyais qu'ils surveillaient vu qu'ils donnaient de la cortisone, mais en fait ils ne surveillaient pas. Elle avait 7 grammes de glucose, elle avait 7 de potassium, elle avait... heu... je ne sais plus quoi, enfin elle était pas bien. Et donc je vais la voir avec les résultats, je dis :

- « Madame, ce que vous avez, cela se traite dans un service de soins intensifs, soit à l'hôpital. Cela se traite à l'hôpital ».

- « Non ! »

J'étais allé à un congrès à Londres, le thème c'était l'autonomie du patient. Donc elle a le droit de dire non. Et alors je dis bon d'accord, ça m'avait mis de mauvais poil sur le coup, alors j'avais prescrit une vague perfusion sous-cutanée avec protocole insuline et tout. Ils me rappellent dans la nuit, à 23h15, Saint Silvestre, j'étais couché : « Docteur, elle ne peut plus respirer... »

Ça fait un coup ! Et puis... bon je vais la voir, en fait elle avait une dyspnée de Kussmaul. Donc je lui dis « Madame ce que vous avez, cela se traite dans un service de soins intensifs. » J'étais sûr qu'elle savait qu'elle allait mourir donc je n'ai pas dit « service de réanimation », j'ai choisi mes mots. C'était un milieu d'ouvriers agricoles.

- « NON ! »

Bon... J'ai dit mince on est mal... Donc on mesure la misère, elle va mourir dans deux trois jours, ça va partir en quenouille, et puis je m'assois. Je m'assois.

Et puis tout d'un coup, je dis à la fille :

- « Vous avez du Bicar' pour vos soins de bouche ! »

- « Quoi ? »

- « Vous avez des bouteilles ? Allez me chercher une bouteille ».

Elle avait une bouteille non entamée, moi j'avais un perfuseur, alors j'ai passé du Bicar' dans sa chambre implantable, et puis j'avais du Midazolam, tout d'un coup j'ai réalisé au bout d'une heure et tout, je lui ai fait l'insuline, je suis resté auprès d'elle, et puis je me suis rendu compte qu'elle ne pouvait pas dormir. Je lui ai dit :

- « Vous avez sommeil, vous voulez faire dodo ? »

- « Oui je veux faire dodo »

Midazolam en intraveineux et hop les paupières se ferment... (rires).

Et puis donc je lui ai fait l'insuline et je suis parti à 6h du matin, et alors j'ai su après : l'aide-soignante est venue le lendemain matin pour faire la toilette et ils ont vaguement expliqué... Et l'aide-soignante, elle a répondu : « C'est Mc Gyver !! (rires). »

Et là, je me suis dit « donc les aides-soignantes ont des notions de médecine ! »

Donc elle a fait une hyper hydratation cérébrale, le lendemain elle avait 1 gramme, c'était un peu trop rapide et puis au bout de trois jours...

Moi j'y allais tous les jours... son pouls a disparu. J'attendais des irrégularités respiratoires, et puis son pouls est réapparu, et puis elle s'est réveillée. Et puis donc un matin :

- *Bonjour Madame.*
- *Bonjour Docteur, il fait pas chaud aujourd'hui.*

Je me suis dit « mince, elle cause (rires). » Et donc je me suis dit « qu'est-ce que je vais faire... ? » Donc j'ai appelé une infirmière du réseau de soins palliatifs, et je dis « qu'est-ce que je fais ? J'ai qu'une seule idée, lui proposer à manger ». Et puis l'infirmière ne m'a pas répondu. Alors je lui ai proposé à manger, elle a dit oui tout de suite, et puis après elle est devenu très songeuse, elle s'est demandé ce qui lui arrivait. Moi j'étais un peu entre deux...de lui proposer à manger. Parce que manger... c'est la vie... donc voilà...

Alors ça, c'est un cas un peu extrême. J'ai respecté son droit. J'ai passé la nuit c'est pas grave, je n'en ai rien à foutre... Le lendemain était un jour férié. Donc le lendemain j'ai du y passer cinq ou six fois, elle était en aplasie, je lui ai fait de l'Augmentin dans le tuyau... mais bon... pas dur... Aujourd'hui, on a peur de tout... Perfuser un patient et mettre du Bicar' à domicile ?!! Je ne sais pas si je le referai... Bon j'ai quand même 20 ans de plus... »

En parlez-vous à votre entourage ou à un autre professionnel ?

« Je suis d'une famille de médecins donc... Ma fille, quand elle était en P2, on l'a emmené à Grenoble, et on l'a emmené à Grenoble parce que le congrès de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, c'était sur les aspects spirituels, j'ai dit hop génial, là tu n'as pas besoin de médecine. Et donc on l'avait emmené, c'était intéressant. Et donc oui, parce que ça, si on ne dit pas ça, si on ne dit pas la poésie, on est pas là non plus pour la garder pour soi quoi. C'est important. »

Du coup vous ne ressentez pas de sentiments négatifs à l'égard de ces décès ?

« C'est très rare. Oui la patiente qui a fait son hémorragie méningée, c'est un peu dur.

Mais non non, en général on est confronté à des décès attendus, mais il faut pouvoir les relire. À l'hôpital on ne peut pas les relire, enfin c'est beaucoup plus difficile, cela reste opaque. Et puis la famille à l'hôpital a une obligation de visite. Ils arrivent à l'hôpital, et inspecteurs des travaux finis, ils sont scotchés dans un fauteuil, ils appellent juste quand ils osent pour je ne sais pas quoi, il a soif ou je ne sais pas quoi, j'en sais rien, mais bon... voilà quoi... Et puis, on a pas besoin de tant de Midazolam quoi... Maintenant c'est quand même souvent la règle à l'hôpital.

Et donc les gens, ils n'ont pas forcément besoin d'être shootés, mais ils ont besoin d'être accompagnés, mais à partir du moment où l'on ne s'entraîne pas à les accompagner, et bien on les shoote, alors que souvent ceux qu'on shoote, on en a fait trop avant ! Et puis à l'hôpital ils sont perfusés... »

Un manque de temps et de moyens humain causent-ils ce type de prise en charge, selon vous ?

« Pas de temps... pas de moyens... moi les moyens je me les suis donnés, et puis le temps... Moi je commence à 7h20 et je fini à 22h, et donc... voilà... L'hôpital cela sera toujours comme ça. C'était comme ça il y a 50 ans, il y a 100 ans et cela sera comme ça dans 50 ans, cela ne va pas changer. Et en fait... on en fait trop... »

- **ENTRETIEN N°7**

Femme de 59 ans, installée depuis 1987, exerce en ville à Grand Quevilly, en groupe de 20 professionnels, dont 14 médecins généralistes. Six ans toute seule dans maison personnelle puis six ans seule dans un cabinet à part. Activité de médecine générale et maître de conférence et professeur associée, co-responsable de l'enseignement à la faculté de médecine.

À quelle fréquence êtes-vous concernée par la mort d'un patient ?

« Je dirais une fois tous les trois mois, si on fait une moyenne sur la carrière. »

Quel est votre ressenti dans les heures et jours suivant la mort de l'un de vos patients ?

« Maintenant je m'en fous (rires). »

Et avant ? Cela a toujours été comme ça ?

« Non justement. Et en fait, je dirais que je trouve que c'est lié aux deuils personnels, en parallèle. C'est à dire que quand tu es en train d'accompagner une fin de vie de quelqu'un de malade alors que dans la famille, il y a un parent... Ce n'est pas du tout évident quoi... »

Avez-vous le sentiment à chaque fois de faire le maximum pour le patient et son entourage, au moment du décès ?

« Non ce n'est pas trop ça le problème. C'est plutôt une déception par rapport au système de soin en général, dans le sens où dans l'accompagnement... on est pas forcément au top quoi.

Les accompagnements de fin de vie que je préfère, finalement, sont ceux qui se passent avec l'HAD. Avec en fait, la difficulté au moment où l'HAD s'installe... C'est vraiment l'hôpital qui envahit la maison, mais il y a vraiment un savoir faire et je trouve que les gens... une fois que c'est installé, cela se passe vraiment très bien. Donc c'est compliqué d'amener l'HAD pas trop tôt, mais pas trop tard non plus.

Les regrets personnels que je peux avoir, c'est quelques fois, avoir eu l'impression d'avoir été très claire sur la fin de vie, et au moment du décès la famille tombait des nues, parce que cela s'est passé maintenant...

Je me souviens d'une dame me dire « J'ai bien compris qu'il allait mourir, mais pas maintenant. » Donc j'avais été... enfin voilà... ça c'est un souvenir qui avait été compliqué car je me suis dit à la suite de ça : « mais comment on fait ? »

Quel est selon vous le type de décès qui vous affecte le plus ? Brutal ou attendu et préparé ?

« Je ne sais pas... Cela me laisse pensive... Les décès brutaux, je n'ai pas l'impression moi... Je suis en train de réfléchir si autrefois, j'ai eu des difficultés à absorber un décès...

Ce qui me revient à l'esprit, c'est plutôt un patient qui manifestement était passé au cabinet après avoir dit à sa famille qu'il était pas bien du tout ce matin là, mais moi je ne suis pas au cabinet... et en fait il est allé se pendre dans le petit bois à coté du cabinet... Là je me suis dit « Waouh... c'est quand même difficile. » Cela a été bizarre à encaisser... »

À cause d'une remise en question personnelle aussi ?

« Oui je n'avais pas compris qu'il était sur le point de passer à l'acte quoi. »

Pensez-vous que la multiplication de ces expériences, vous fait sortir plus forte ou plus affaiblie ?

« Je ne sais pas si l'on est plus fort, mais je dirais que l'on a des mécanismes de défense plus forts... (rires). Il y a une nuance dans ce que je dis, mais ce n'est pas pareil... En fait... comment dire... j'ai la sensation d'être complètement en paix avec la mort des gens. C'est tout l'avant, tout le purgatoire avant... de voir les gens se transformer, être de plus en plus moche et là, nous on est là pour essayer de les maintenir. Garder de la dignité dans les yeux... Bon, c'est cela que je trouve insupportable, après une fois que le décès est intervenu, cela fait partie des choses quoi... »

Comme un soulagement ?

« Alors là je me sens très neutre, il y a eu un point final quoi. »

En quoi pensez-vous que cela vous affecte sur le plan professionnel et personnel ?

« Non, je passe à la page suivante, qui est le soutien de la famille. De voir si ils veulent revenir vers moi pour reparler de tout ça ou si ils vont avoir des points d'appui autour d'eux. Et il y a une chose aussi qui est parfois curieuse et pas facile à accepter, c'est que du coup, la famille change de médecin. Je pense que l'on va être quelques-uns à le mentionner certainement... »

« Moi cela m'est arrivé de prendre en charge un patient qui me dit « Je ne lui en veux pas à mon médecin, mais cela me fait trop penser à ce que l'on a vécu et du coup je ne veux plus en parler avec lui... » Mais quand c'est nous qui sommes quittés, on respecte forcément mais... bon... les gens n'ont pas l'air d'imaginer que nous aussi on est dans le deuil effectivement, et que l'on pourrait en parler ensemble quoi. »

Une sorte de reconnaissance que l'on pourrait espérer au regard de tout l'investissement qu'il y a eu avant... ?

« Oh avec le temps, je crois que la reconnaissance, on ne l'attend pas. On fait ce que l'on a à faire, c'est tout. »

La famille du défunt, plutôt un soutien ou plutôt un poids supplémentaire sur le plan psychologique ?

« En fait, je crois qu'au fil du temps, on se rend compte que chacun a ses mécanismes de deuil et du coup, on finit par avoir entendu un peu tous les mécanismes et être respectueux du rythme des gens et bien identifier que nous, on est pas forcément dans le même rythme quoi.

Je me souviens par exemple d'une patiente qui avait réagi à la mort son mari, que je soignais aussi, et ça, on l'avait vécu ensemble avec une interne. Et l'interne, elle était littéralement choquée par la réaction de la dame qui manifestait qu'elle était soulagée de la mort de son mari, que de toute façon, il avait toujours été méchant avec elle etc... Et on avait eu une conversation intéressante avec l'interne parce que moi, je respectais complètement qu'elle avait eu un vécu particulier avec ce mari et que bien sûr c'était un peu raide de dire ça, mais il fallait qu'elle le dise quelque part... Elle ne pouvait pas forcément l'exprimer dans la famille, donc au moins qu'elle le dépose au cabinet médical, c'était pas mal pour elle. Et puis en même temps j'entendais bien que l'interne soit choquée, qu'on soit aussi sévère, à peine huit jours après... Mais c'est pour dire qu'avec le temps, on apprend à ne plus s'identifier,

enfin, à bien faire la part entre le deuil de la personne, et notre deuil à nous... Mais encore une fois, nous notre deuil ce n'est pas le même deuil, nous c'est plus le deuil de ce qu'on peut arriver à faire et que l'on n'arrive pas à faire dans le système de soins... C'est plus ça... La mort elle arrive, c'est dans la logique des choses quoi. »

En parlez-vous à votre entourage ou à un autre professionnel ?

« Je ne sais pas... Je ne crois pas. Je suis plutôt dans l'observation. Par exemple, il y a l'un de mes associés qui me surprend toujours parce qu'il a l'habitude d'aller à la cérémonie de ses patients décédés. Manifestement, c'est naturel pour lui et ça l'aide. C'est un truc qu'il a installé dans son activité. Moi... au début cela me surprenait... mais cela m'a permis de réaliser qu'une fois que c'est fini, c'est fini. Lui c'est sa façon d'accompagner la famille peut-être. Disons qu'on est marqué par des gens qui ont été très forts, très dignes... »

C'est une patiente qui, jusqu'au bout, disait très clairement « Je vais mourir, cela va se passer comme ça. » C'est une patiente qui avait accompagné plusieurs membres de sa famille qui avaient eu des cancers, et là c'était son tour. Et en fait, elle nous faisait froid dans le dos avec les personnes de l'HAD. J'ai eu l'occasion d'en reparler avec une infirmière, et elle aussi... Elle nous secouait tellement, elle regardait les choses en face, elle était presque plus forte que nous ! (rires). Elle s'appliquait à nous laisser un souvenir particulier, je ne sais pas, c'était assez curieux quoi. Donc là, oui j'ai eu l'occasion d'en parler. Mais en général c'est un truc que j'assimile tranquillement.

Là où c'est compliqué, c'est la vitesse à laquelle on range le dossier... (rires). Si les gens sont décédés à l'hôpital, il y a encore des comptes rendus qui arrivent longtemps après, c'est pas forcément le compte rendu le plus urgent à taper... Donc on comprend bien ça, alors on attend un peu, et puis un jour on recroise le dossier et on finit par le ranger dans l'armoire des patients décédés. »

Avez-vous déjà eu un sentiment de honte au moment de demander de l'aide ? Cela vous a-t-il déjà une fois empêché de demander de l'aide ?

« Non, non, personnellement non. Mais en fait, je ne peux pas dire ça comme ça, parce que en fait, quand il y a eu des besoins d'aide, ce n'était pas tellement par rapport au deuil en lui-même, mais parce que cela me renvoyait à mes propres deuils. Et là, je suis allée voir les gens qui me soutiennent habituellement, et cela n'a pas de rapport particulièrement avec les patients. On vit ses propres deuils aussi... »

Je pense que quand il y a un deuil personnel qui n'a pas fini son chemin... du coup forcément chaque mort de patient va... ouf... réactiver ça... »

Connaissez-vous des organismes ou associations de soutien pour parler de ces problèmes ?

« L'association M.O.T.S . Il y avait aussi l'association IMHOTEP. »

Connaissez-vous les groupes Balint ? Déjà participé ?

« Oui, mais le groupe s'est dissous à un moment donné. Ça a dû durer six ou huit ans... »

Le sujet du deuil du médecin avait-il été évoqué ?

« Je ne sais plus dire... Mais probablement qu'on a dû en parler un jour où l'autre... Mais bon, les groupes Balint justement, c'est une façon de bien apprendre à bien se situer dans la relation médecin-malade. C'est plutôt poser un diagnostic de la relation du médecin avec le malade, mais ce n'est pas une psychothérapie du médecin...

Si dans un groupe Balint, un médecin se rend compte qu'il est trop impliqué personnellement, il va être incité à faire par ailleurs sa propre psychothérapie, parce que ce n'est pas le lieu... »

Sur une échelle de 0 à 20, à combien situeriez-vous votre demande en terme de structure de soutien ?

« En rapport avec le thème, je pense que MOTS pourrait très bien faire l'affaire, ou l'AAPML, à un moment donné. Discuter avec un confrère sur des problématiques comme ça... Et rediriger vers un groupe Balint ou insister sur la reconstruction d'un groupe Balint dans le département par la suite... »

Avez-vous déjà ressenti des symptômes de type burn-out (lassitude au travail, perte d'envie de travailler, ne plus vouloir s'investir pour les patients) ?

« Oh je me pose régulièrement la question (rires). Régulièrement je me dis tiens, je vais faire le questionnaire de Maslach, je l'ai déjà fait deux ou trois fois mais je n'ai pas compté les points après ! J'ai rempli les cases mais je n'ai pas fait les comptes (rires). En fait quand on en est là, il faut se dire que l'on doit prendre quelques dimanches sans penser à rien... »

D'après vous, dans quelle proportion ces impacts psychologiques relatifs à la gestion émotionnelle des décès rentrent-ils dans un processus d'entrée en burn-out ?

« Moi je pense que oui, parce que c'est malgré tout... alors... pas comme facteur... comment dire... quelqu'un qui est fragile, fragilisé par le surmenage ou autre chose, et qui se retrouve à prendre en charge ou à accompagner une fin de vie à un moment donné, cela va probablement être trop intense.

Et à un moment donné voilà, je pense que les gens sont suffisamment raisonnables pour dire là je ne prends pas, je ne peux pas en ce moment... Ou plutôt pousser à une hospitalisation que devoir gérer à la maison ou quoi...

Je pense que les médecins, il y a des périodes où ils poussent dans un sens ou à un autre en fonction de comment ils se sentent... Ce qui est compliqué, c'est quand on en a trois ou quatre en même temps, là c'est un peu compliqué... Un à la fois ça va. Parce que quand même, ce sont des moments d'émotions, les visites sont plus longues et plus lourdes, mais ce sont des moments forts... »

Auriez-vous aimé avoir des cours de prévention ou d'information à la faculté ?

« Je me souviens qu'à une époque, j'avais fait venir des intervenants. Des leaders de groupes Balint dans les groupes d'ED... mais c'est compliqué parce que tant que les gens ne sont pas sensibles au problème ou n'ont pas été en face du problème, ils n'ont pas... Je n'avais pas l'impression qu'ils en profitaient vraiment. Mais dans chaque groupe, j'avais l'impression qu'il y en avait quand même un ou deux qui était participant et complètement preneur de la démarche mais bon voilà... La sensibilisation a sans doute fonctionné mais cela ne semblait pas parfait...

Le questionnement que je me posais à la suite, et je n'ai pas reproduit depuis, c'est que du coup, je me disais « bon et bien il faut attendre que les gens aient leur motivation pour... ». On doit faire connaître cette association mais après quand on veut faire un groupe Balint, c'est plus compliqué... Il faudrait trouver plusieurs confrères qui seraient partant pour faire le chemin quoi... en groupe... Mais on ne peut pas si on a pas la motivation intrinsèque derrière... Après la prévention sur le travail de deuil... ça dépend tellement du parcours que bon... »

- **ENTRETIEN N°8**

Homme de 35 ans, installé depuis mai 2014. Exercice rural en groupe dans un groupe médical de cinq médecins.

À quelle fréquence êtes-vous concerné par la mort d'un patient ?

« Je ne sais pas, je dirais une fois par mois. Oui cela doit être un par mois environ. »

Quel est votre ressenti dans les heures et jours suivant la mort de l'un de vos patients ?

« Bah ça ne m'empêche pas de dormir. Après ce que je ressens, c'est surtout de... de désamorcer un peu la pression du patient... Après ce que je ressens moi personnellement bon... (soupir) la mort cela fait un peu parti de la vie... »

Y a t-il de la tristesse parfois ?

« Non il n'y a pas de tristesse... bon sauf des fois, il y a des déceptions, de ne pas avoir fait quelques trucs en plus pour allonger un peu le temps mais... des fois cela dépend de la mort aussi, du type de décès. Cela me touche, mais ce n'est pas non plus... je ne suis pas complètement démoli par tout ça. »

Avez-vous le sentiment à chaque fois de faire le maximum pour le patient et son entourage, au moment du décès ?

« Oui c'est le problème du désert médical, on tombe là dedans un petit peu, c'est que bon certes, on est tout seul, mais les infirmières ont beaucoup de travail... Quand il y a besoin de faire l'hospitalisation à domicile, j'ai encore le cas, c'est une fin de vie. Les infirmières appellent trois ou quatre fois « je ne sais pas quoi faire » machin... Parce qu'elles ne sont pas assez nombreuses, moi je ne peux pas être là non plus tout le temps... voilà, donc OK il y a l'HAD qui nous aide. Mais cela reste limité. »

Quel est selon vous le type de décès qui vous affecte le plus ? Brutal ou attendu et préparé ?

« Plutôt les morts brutales. Ou des événements comme là par exemple, j'ai eu trois personnes, trois décès à l'hôpital dont une c'était une personne que j'ai vu, elle avait une jaunisse, elle est restée trois semaines. Ils lui ont fait des traitements et tout, et cela ne s'est

pas bien passé, ça c'est terminé heu... voilà. Là un autre patient qui est tombé, qui allait très très bien et qui est mort, pareil au bout de quinze jours trois semaines, des gens que je n'ai pas vu depuis un certain temps... Et puis le troisième c'était un peu une fin de vie mais pas vraiment non plus, quelqu'un qui vivait chez lui, accompagné tout ça, bon... et puis qui s'est rendu à l'hôpital pour... je ne sais plus... des douleurs et puis ils l'ont gardé et puis voilà...

Donc ça c'est des trucs bon tu te dis... bon ce sont des personnes âgées, on calque un peu sur le phénomène des grands-parents, enfin, la relation familiale etc... Ce sont des gens que je connais, c'est un peu particulier, ce ne sont pas des inconnus. Des gens que je connais presque depuis que je suis tout petit... C'est plus ça qui me touche le plus. Pour autant, c'est gênant, c'est chiant voilà... mais cela ne m'affecte pas plus que ça, on ne va pas pleurer non plus... la mort fait partie de la vie comme on dit... »

Pensez-vous que la multiplication de ces expériences, vous fait sortir plus fort ou plus affaibli ?

« Non cela ne m'affaibli pas mais rendre plus fort, oui, on se dit tiens est-ce qu'on aurait pu réagir plus tôt ? Il y a toujours des questions qui viennent mais c'est plus des questions d'ordre non pas personnel, mais plus d'ordre professionnel, médical. Se dire est-ce qu'on peut s'améliorer pour être plus réactif ? Mais pas trop sur le plan personnel, non. »

En quoi pensez-vous que cela vous affecte sur le plan professionnel et personnel ?

« Oui à la maison j'en parle, la soirée de l'annonce... Et puis cela dépend de la personne encore une fois, si c'est des gens qui sont, on va dire, ma relation avec eux n'est que d'ordre professionnel, bon ben voilà c'est comme ça. Mais encore une fois, moi de mon côté, je suis ici depuis toujours. Les gens, je les connais, mais parents les connaissent, il y a une relation particulière, les gens me tutoient, même les petits vieux, ils m'appellent sur mon portable : « Est-ce que tu peux venir ? » Voilà c'est comme cela que ça se passe. Donc voilà quand ce sont des gens que je connais un peu plus sur cet ordre là... Il y a la relation humaine qui est là, cela peut m'affecter un peu comme ça, mais c'est pas non plus.... voilà... »

Cela ne se ressent pas sur la pratique quotidienne derrière ?

« Non, complètement. Après c'est surtout les aidants qu'il faut arriver à soulager, mais ça c'est de la pratique médicale. »

La famille du défunt, plutôt un soutien ou plutôt un poids supplémentaire sur le plan psychologique ?

« Oui c'est un poids à gérer parce qu'on les voit beaucoup plus souvent, ils viennent comme ça en urgence... voilà... mais bon, en même temps il faut les comprendre. Voilà quand ils arrivent à trois ou quatre avec les larmes aux yeux dans le cabinet, tu les fais passer avant les autres forcément. Et puis des fois je ne suis pas toujours au courant du décès, ils arrivent comme ça « On voulait vous dire que... » alors tu prends ça direct sur le bec... enfin sur le vif... donc tu discutes un peu avec eux mais bon après les aidants, il faut aussi les accompagner quand même, on est pas là juste pour soigner la personne malade. Et souvent, les aidants, on les connaît.

Et puis encore une fois, on instaure une certaine relation, certes avec une relation émotionnelle, et puis, il y a une relation humaine, l'amitié. Enfin par une amitié... ouais si, il y a une certaine amitié quand même qui se met en place. »

En parlez-vous à votre entourage ou à un autre professionnel ?

« Non, je n'ai jamais eu besoin de soutien psychologique, et puis je ne pense pas en avoir besoin. Après si je vois que j'ai des failles, de toute façon je saurai me diriger...

Vers qui ?

« Hé bien, psychologue pourquoi pas. »

Avez-vous déjà eu un sentiment de honte au moment de demander de l'aide ? Cela vous a-t-il déjà une fois empêché de demander de l'aide ?

« Non je n'ai pas ce problème là. Si il y a besoin, je le ferai, je n'ai pas d'état d'âme là dessus. »

Connaissez-vous des organismes ou associations de soutien pour parler de ces problèmes ?

« Par rapport à la mort ? Non je ne vois pas, et puis dans le secteur ? Il n'y a rien, ça c'est sûr. »

Si de telles structures existaient, prendriez-vous contact avec elles ? Si non, pourquoi ?
Si oui : Quelles seraient vos attentes en terme de disponibilités, et moyen de communication ?
(Entretiens physiques, permanence téléphonique, mail ou groupes de pairs ?)

« Moi personnellement, je prendrai RDV. Le mail et le téléphone c'est toujours soumis à des problèmes de compréhension de ce que l'on veut dire, c'est toujours mieux lorsque l'on a la personne en face. »

Connaissez-vous les groupes Balint ? Déjà participé ?

« Balint ? Le groupe ? De musique ? (rires). »

Non...(rires), ce sont des groupes de pairs pour échanger entre confrères...

« Ah bon ? »

Sur une échelle de 0 à 20, à combien situeriez-vous votre demande en terme de structure de soutien ?

« Faible... Trois ou quatre... »

Avez-vous déjà ressenti des symptômes de type burn-out (lassitude au travail, perte d'envie de travailler, ne plus vouloir s'investir pour les patients) ?

« Non. Un peu de fatigue ouais, mais non pas de burn-out. »

D'après vous, dans quelle proportion ces impacts psychologiques relatifs à la gestion émotionnelle des décès rentrent-ils dans un processus d'entrée en burn-out ?

« Cela peut être un élément mais cela ne sera pas forcément le plus... parce qu'heureusement on a pas des décès tous les jours. Et puis ce qu'on a à vivre au quotidien c'est plutôt... comment dire... l'accompagnement vers la mort. Ça c'est peut-être plus ennuyeux au quotidien parce qu'on est de plus en plus soumis à ça. Il y a l'hospitalisation à domicile dont je t'avais parlé. Il y a à Evreux le réseau qui gère les fins de vie là, Respa27. Ce réseau là nous aide, ils mettent les gens à domicile etc.

Donc ça, la fin de vie c'est peut-être plus ça qui est ennuyeux et qui porte sur le cœur, parce qu'on voit les gens au jour le jour, aller vers la mort quoi, et là, pour le coup c'est un accompagnement du quotidien. Cela m'est déjà arrivé d'aller voir deux personnes, cela ne fait

pas beaucoup, mais deux... Et puis là, j'en ai encore une ou deux pour qui c'est entrain de se passer, j'y allais trois à quatre fois par semaine. Et encore une fois c'était des gens que je connaissais relativement bien et que c'était, voilà, sur le plan professionnel ce n'était pas possible de les laisser comme ça, et sur le plan personnel non plus...

Donc c'est plus le suivi au quotidien, de l'évolution vers la mort. Pas vraiment le moment de la mort. Voir la personne, signer le certificat de décès, voilà c'est un fait. Si on est droit dans ses bottes, qu'il n'y a pas eu de problèmes et que la personne est partie gentiment sans douleurs ni souffrances, c'est ce qu'on veut... Mais après c'est toujours pareil, c'est plus difficile pour ceux qui restent. »

Auriez-vous aimé avoir des cours de prévention ou d'information à la faculté ?

« Oui j'en ai eu mais il y a longtemps... C'était en deuxième année... »

Il aurait fallu plus de cours ? Ou c'est l'expérience ?

« Oui il y a l'expérience, et puis encore une fois, son rapport propre à la vie, à la mort... Le côté religieux de l'affaire, le côté personnel... qu'est-ce qu'on ressent quand... Si on fait médecine, c'est aussi que l'on a une certaine approche par rapport à ça... On est au quotidien un peu soumis à ça... Tu vois encore hier... les ossements humains retrouvés dans la forêt... c'est le truc... moi je n'en avais pas entendu parlé. Et j'ai reçu la belle fille... Bon ça ne paraît pas mais la belle fille, elle est complètement atteinte par rapport à ça... donc tu le prends de plein fouet aussi. Tu te dis cela aurait pu être quelqu'un de ta famille, comment aurais-je réagi dans cette situation là ? Donc tu penses un peu à ça... »

Mais est-ce qu'il y a besoin de cours par rapport à ça ? Peut-être un peu... mais je ne sais pas qui peut donner des cours par rapport à ça... »

- **ENTRETIEN N°9**

« J'ai 55 ans, j'ai fait une formation initiale d'internat de chirurgie arrêtée en cours de route et j'ai réintégré la filière de médecine générale vers le début des années 1990 et puis en fait j'ai remplacé pendant trois ou quatre ans en ville. J'ai fait du rural, j'ai fait du semi-rural, avant de m'installer, j'ai fait tous les modes d'exercices dont Paris intra-muros. Voilà j'ai fait tous les modes d'exercice possible de la médecine générale, du rural profond à Paris. Je me suis installé officiellement au 1er janvier 1997, après avoir remplacé pendant trois ou quatre ans, donc je suis actuellement installé ici en semi-rural, depuis vingt ans. »

À quelle fréquence êtes-vous concerné par la mort d'un patient ?

« Et bien maintenant, étant donné que j'ai vingt ans d'exercice derrière moi et que j'ai de plus en plus de patients chroniques, la fréquence a augmenté. Alors après dire une médiane, je ne sais pas... Je dirais allez au moins une fois tous les trois mois, des fois cela peut être trois ou quatre fois dans le même mois ou deux mois sans. Je dirais un décès tous les deux à trois mois. »

Quel est votre ressenti dans les heures et jours suivant la mort de l'un de vos patients ?

« Cela dépend des circonstances du décès... Ça dépend si le décès était prévisible. Si on prend le cas d'une personne avec un cancer terminal, une personne âgée en bout de course... Ça dépend aussi de l'âge, si c'est une personne âgée je me dis que... voilà même si c'est des gens à qui on s'est attaché, si ils ont eu une fin de vie un peu difficile... qu'ils sont mieux où ils sont une fois qu'ils sont décédés. Que quand les dernières semaines de leur vie où ils sont alités, que tu ne peux plus rien faire, que tu n'as plus toute ta tête et qu'on souffre le martyr... voilà... »

Une sorte de délivrance ?

« Oui voilà. Après quelqu'un dont le décès n'était pas prévu, il y a deux réactions, déjà bon... Souvent je dirais qu'un sentiment qu'on a quand quelqu'un décède brutalement, un peu égoïstement, c'est de se dire : il est décédé, d'abord est-ce que c'est de ma faute ou pas ? (rires), est-ce que c'est suite à une erreur que j'aurais pu faire ou pas ?

Soit on est pas du tout concerné, comme un accident par exemple... Pour la personne je dirais qu'on est surtout dans l'empathie vis-à-vis de l'entourage...

Après si on est plus ou moins concerné parce que la personne est décédée et qu'on se dit qu'on aurait pu faire ça et ça... Cela arrive qu'on ait souvent un sentiment de culpabilité. Après je dirais qu'avec l'âge, je me torture moins l'esprit. Et que même si on a pas été parfait, on sait que la perfection n'est pas de ce monde. Mais je vais dire que globalement je n'ai jamais été concerné par une grave erreur médicale responsable d'un décès brutal.

Des retards diagnostics, on en fait tous... Des erreurs de diagnostics, on en fait tous mais bon...voilà. Je dirais qu'avec la maturité je prends un peu plus de recul et que j'ai intégré le décès des gens à ma pratique. Au début quand on est installé, on a peut-être plus un sentiment de toute puissance, qu'on a pas le droit à l'erreur, on se dit que ben voilà la personne est décédée, mais je n'ai pas fait ça et ça. Avec l'âge, les gens décèdent, on a fait ça , ça et ça, on a fait ce qu'on a pu. Et puis quand tous les moyens thérapeutiques ont été entrepris et puis que la personne décède et bien voilà, c'est pas la peine de se flageller pendant des semaines ou des mois, voilà. »

Pensez-vous que la multiplication de ces expériences, vous fait sortir plus fort ou plus affaibli ?

« Plus on est confronté à la mort et plus on se structure par rapport à ça et moins cela nous envahit. Une fois que le décès est arrivé et puis dès qu'on est plus dans l'ambiance du travail ou que l'on est rentré chez soi, on tourne un peu la page, on passe à autre chose. »

En quoi pensez-vous que cela vous affecte sur le plan professionnel et personnel ?

« Cela m'affecte quand la personne décède et que le décès n'est pas forcément prévu... Quand un décès est prévisible, on s'y est préparé, on s'est en général donné tous les moyens pour que la personne ait une fin de vie la moins désagréable possible... ou la plus agréable possible, que cela se passe dans les meilleures conditions. Quand un décès n'est pas prévu, il y a toujours ce sentiment... Le premier sentiment qui vient c'est « mince il est décédé, je le suis depuis combien de temps ? Je l'ai vu tel ou tel jour... » Voilà. Est-ce que son décès est lié au fait que je sois passé à coté de tel ou tel truc ? »

La famille du défunt, plutôt un soutien ou plutôt un poids supplémentaire sur le plan psychologique ?

« C'était un gros poids il y a quelques années parce que bon je n'avais peut-être pas l'expérience pour... (soupir)... pour gérer la situation. Et puis je dirais que pareil, c'est quelque chose avec les années où je me rends compte que... l'expérience fait que l'on arrive beaucoup

mieux à gérer l'accompagnement de la famille quoi... De part les explications que l'on peut donner...

J'ai un exemple récent d'un patient qui est suivi par un de mes associés, qui est quelqu'un de fragile depuis quelques années. Je vais le voir un jour parce qu'il avait eu de la diarrhée etc... Je l'ai vu puis revu une deuxième fois en deux jours, je l'ai réexaminé, je n'avais rien de particulier, je lui ai dit « Écoutez, on ne fait rien de plus. », et puis il est décédé le lendemain... Il a du faire un problème brutal. Je connaissais bien sa fille, donc j'y suis allé. Je me suis dit ce pauvre vieux cela fait des années qu'il est tout seul, sa femme est décédée, il « vivotait » dans son petit appartement, donc je me dis que finalement ce n'est pas plus mal qu'il soit parti brutalement. Plutôt que de finir sa vie à l'hôpital ou dans une maison de retraite...

Donc des fois le sentiment... même dans des cas un peu brutaux, quand les gens sont arrivés dans un état où le confort de vie est minimal, on se dit que des fois... quand il y a un départ brutal, même si on peut être « responsable » ou si on a pu passer à côté de quelque chose, de se dire bon et bien au moins, il est peut-être mieux là où il est maintenant... »

En parlez-vous à votre entourage ou à un autre professionnel ?

« Et bien on en discute entre deux ou entre professionnels, oui cela arrive, on échange... »

Professionnels, c'est-à-dire ? Psychologues ?

« Cela peut être des confrères, des paramédicaux, et puis hors du milieu médical, je dirais avec de bons amis, avec la famille de temps en temps... »

Avez-vous déjà eu un sentiment de honte au moment de demander de l'aide ? Cela vous a-t-il déjà une fois empêché de demander de l'aide ?

« Ah non jamais. Cela n'a jamais été un frein. Quand je ne sais pas, je n'ai jamais hésité à demander et au contraire, j'ai aucun sentiment de culpabilité pour demander l'avis d'un tiers. Soit d'un confrère généraliste ou d'un spécialiste, quand je ne sais pas, je n'ai jamais hésité à demander et je continuerai à le faire. »

Et pour parler spécifiquement des décès difficiles ?

« Non plus, aucunement. »

Connaissez-vous des organismes ou associations de soutien pour parler de ces problèmes ?

« Je sais qu'il y a l'HAD, le Respa27, les trucs de soins palliatifs où il y a des psychologues qui sont attachés. Si il y avait un besoin, je pense que je ferai appel au réseau Onco-Normand où il doit y avoir des psychologues... »

Je n'ai jamais eu besoin, mais bon... si j'avais besoin personnellement, oui je n'hésiterai pas à faire appel aux psychologues qui accompagnent des patients mais qui peuvent aussi accompagner des soignants. »

Connaissez-vous les groupes Balint ? Déjà participé ?

« Ouais j'en ai entendu parlé... »

Jamais fait ? Cela ne vous intéresse pas ?

« Non... Cela ne m'intéresse pas spécialement non. »

Vous vous sentez assez bien entouré ?

« Oui étant donné que je suis en groupe et que j'ai de bons rapports avec mes associés, le groupe Balint, je le fais tous les jours. »

Quelles seraient vos attentes en terme de disponibilités, et moyen de communication ?

(Entretiens physiques, permanence téléphonique, mail ou groupes de pairs ?)

« Plutôt soit contact en direct... je ne sais pas, ça peut être Skype ou par téléphone ou en entretien direct... »

Les mails... oui les mails, c'est bien pour prendre contact et fixer un RDV mais après je pense que quand on veut échanger là dessus, c'est plus facile d'échanger de vive voix. »

Sur une échelle de 0 à 20, à combien situeriez-vous votre demande en terme de structure de soutien ?

« Je vais dire zéro, je n'en ressens pas vraiment le besoin, j'arrive bien à gérer maintenant, après tu peux toujours tomber sur des cas difficiles mais bon... »

Gérer les décès, je dirais que le meilleur outil de formation ce sont les expériences personnelles, les bonnes et les mauvaises, je dirais que plus on est confronté à ça... C'est mon sentiment personnel, que plus j'y ai été confronté et mieux j'arrive à le gérer. C'était un

poids au début, et maintenant je me dis que cela fait partie de l'exercice. La gestion des décès c'est un acte médical qu'il faut savoir gérer, comme une douleur thoracique... c'est pas technique, mais ça reste un acte médical comme un autre... »

Avez-vous déjà ressenti des symptômes de type burn-out (lassitude au travail, perte d'envie de travailler, ne plus vouloir s'investir pour les patients) ?

« Ah oui oui cela m'est arrivé. Plusieurs fois. »

D'après vous, dans quelle proportion ces impacts psychologiques relatifs à la gestion émotionnelle des décès rentrent-ils dans un processus d'entrée en burn-out ?

« Il y avait eu une fois une gamine que j'avais vu, et où je n'étais pas du tout responsable, j'avais fait ma part du travail : je l'avais envoyé au CHU parce qu'elle avait une gastro et qu'elle continuait à vomir. Ils avaient fait un certain nombre de prélèvements, ils l'ont renvoyé le soir avec le traitement que j'avais plus ou moins envisagé quand je l'avais envoyé, et puis on l'a retrouvée décédée quarante-huit heures après... »

Cet évènement a-t-il été un choc majorant des symptômes de burn-out ?

« Ah oui je pense que la mauvaise gestion d'un décès de patient ou si on est un peu « impliqué » ou mal géré, on peut avoir un sentiment de ne pas avoir fait correctement les choses. Oui je pense que ça peut impacter sur le burn-out. »

Auriez-vous aimé avoir des cours de prévention ou d'information à la faculté ?

« Je pense que oui ça peut être intéressant, pour le deuil par exemple, de ne pas se précipiter sur les antidépresseurs, gérer l'entourage etc... »

Et pour se protéger soi-même ?

« Ah moi pour me protéger... non. Mais pour l'accompagnement des familles et dans le soutien oui je pense que c'est intéressant d'avoir des topos sur la gestion du deuil... À la rigueur sur sa gestion personnelle et sur la gestion de l'entourage. Cela pourrait être à la faculté ou dans des formations post-universitaires, par exemple les FMC. Cela pourrait être intéressant d'avoir une formation pendant l'internat oui, jusqu'à la fin de l'externat non, mais pendant l'internat oui. Que ce soit de médecine générale ou dans d'autres spécialités, oui je

pense qu'il serait intéressant de voir la différence entre la gestion du décès programmé et du décès brutal. »

- **ENTRETIEN N°10**

Femme de 34 ans, exercice semi-rural en groupe, installée en 2017.

À quelle fréquence êtes-vous concernée par la mort d'un patient ?

« Ben c'est plutôt rare hein, depuis que je suis installée en janvier, il n'y en a pas eu du tout. Sinon avant, je remplace depuis six ans, alors là j'en ai pas eu beaucoup, peut-être deux par an maximum, j'en ai vraiment pas eu beaucoup... »

C'était sur des gardes ?

« Non, c'était au cabinet quand je remplaçais certains médecins. Je n'ai eu que de personnes âgées par contre, je n'ai pas eu de morts brutales jeunes. »

Des décès à domicile ?

« Des décès à domicile oui, toujours à domicile. »

C'est vous qui la suiviez ?

« Il n'y en a qu'une seule, voilà, que j'ai suivie pendant trois ans où je remplaçais à Vernon, ouais. Sinon les autres je ne les connaissais pas, ou alors je les connaissais d'une consultation avant, ou je les avais vu lors d'une visite à domicile une fois avant, sinon pas plus que ça. »

Quel est votre ressenti dans les heures et jours suivant la mort de l'un de vos patients ?

« Par rapport à ceux que je ne connaissais pas ou très peu, ce qui était le plus difficile c'était la famille. En allant au domicile pour constater le décès, le plus difficile est de prendre en charge la famille.

Après je n'y pensais pas forcément trop, enfin, je suis peut-être un peu froide je ne sais pas (rires). Mais les jours d'après, je n'y pensais pas forcément. Cela ne m'a pas traumatisé du tout. Après cela était pour des personnes âgées, ou en fin de vie attendue, des cancers, ou des choses qui évoluaient depuis un moment, ce n'était pas brutal. Après oui une fois, j'ai dû signer un certificat de décès, un monsieur que je ne connaissais pas, qui n'était pas connu même du cabinet, et lui par contre c'était un suicide. Et ça faisait plusieurs jours

quand même qu'il était à son domicile, donc là c'était spécial, c'était plus l'aspect du corps qui était un peu... Ça j'y ai repensé plusieurs jours après, mais ça va que je ne le connaissais pas, cela ne m'a pas plus touché que ça. »

Avez-vous le sentiment à chaque fois de faire le maximum pour le patient et son entourage, au moment du décès ?

« Ben la seule personne que j'ai suivie pendant trois ans, alors elle c'était difficile parce qu'elle est alitée, elle ne voyait plus. Mais par contre, elle avait toute sa tête et donc je la voyais environ tous les deux mois pendant trois ans et elle me demandait l'euthanasie sans arrêt, c'était infernal. Donc au final je l'ai vécu un peu comme un soulagement quand elle est décédée, parce que finalement je ne savais pas quoi faire, je ne pouvais pas faire plus. Après, la soulager... elle avait plein de douleurs, sauf qu'elle ne supportait aucun médicaments. Et même elle refusait tout, la morphine... elle refusait tout, donc on était vite bloqués et du coup j'étais vraiment embêtée. J'étais angoissée à chaque fois dès que j'allais la voir, et ça durait longtemps, elle était dans ses plaintes, c'était compliqué. Au final je l'ai un peu vécu comme un soulagement. Tu vois même pour elle, je pense que c'était mieux ainsi. »

Quel est selon vous le type de décès qui vous affecte le plus ? Brutal ou attendu et préparé ?

« Plutôt brutal, le suicide. La personne suicidée que j'ai vue, c'était quand même brutal et puis la façon de le faire... Déjà quand tu vas voir une personne que tu ne connais pas, c'est déjà difficile les minutes avant de découvrir la personne, et puis le fait que le corps soit quand même abimé, c'est plus ça.

Après je pense que c'est plus compliqué quand ce sont des enfants ou personnes jeunes ou que tu connais, là ça doit être horrible mais moi je ne sais pas, je ne connais pas plus. »

Pensez-vous que la multiplication de ces expériences, vous fait sortir plus forte ou plus affaiblie ?

« À chaque fois je pense que je réagis pareil, c'est à dire que ce n'est pas plus facile. C'est toujours un peu angoissant d'y aller... c'est plus la famille moi qui m'angoisse, après moi c'était des personnes âgées donc en fin de vie, mais ce qui est plus difficile, c'est plus l'entourage. Tu ne sais pas trop comment réagir, ils vont être tous en pleurs, tu es un peu gêné par rapport à ça, mais c'est toujours aussi difficile je pense, enfin... mais cela n'est pas pire non plus après, cela reste pareil. »

En quoi pensez-vous que cela vous affecte sur le plan professionnel et personnel ?

« Hum cela n'a rien changé vraiment. »

La famille du défunt, plutôt un soutien ou plutôt un poids supplémentaire sur le plan psychologique ?

« C'est plus un poids voilà c'est ça. Leur peine, de voir leur peine, c'est compliqué parce qu'il faut avoir de l'empathie et puis en même temps, tu ne peux pas les soulager parce qu'ils sont dans la peine, tu es un bloqué, tu ne sais pas trop quoi dire. »

En parlez-vous à votre entourage ou à un autre professionnel ?

« Oui après ça ne m'a jamais traumatisé donc oui, une ou deux fois juste après quand cela c'est passé mais après pas plus que cela. »

Connaissez-vous des organismes ou associations de soutien pour parler de ces problèmes ?

« Non je ne sais pas du tout, je ne sais même pas si cela existe. Je ne sais pas. »

Si de telles structures existaient, prendriez-vous contact avec elles ? Si non, pourquoi ?
Si oui : Quelles seraient vos attentes en terme de disponibilités, et moyen de communication ?
(Entretiens physiques, permanence téléphonique, mail ou groupes de pairs ?)

« Si jamais j'avais des patients où c'est difficile, des décès compliqués, quand les choses vont mal ? C'est vrai que cela serait pas mal... Alors moyens... plutôt RDV, quand c'est comme cela, c'est le mieux parce que parler au téléphone je n'aime pas trop, donc oui plutôt des RDV physiques. »

Connaissez-vous les groupes Balint ? Déjà participé ?

« Oui, mais je n'ai jamais participé, mais j'ai entendu quand je remplaçais sur Maromme. Ils faisaient tous ça, ils avaient des réunions, je ne sais pas, tous les deux mois je crois... C'est pour le vécu c'est ça ? Pour exprimer le vécu ou des situations compliquées... ? Je ne sais pas plus ce que c'est, mais j'ai déjà entendu parler de ça, c'est un peu un truc psychologique... (rires) ? »

Sur une échelle de 0 à 20, à combien situeriez-vous votre demande en terme de structure de soutien ?

« Là tout de suite, on va mettre à un. »

Avez-vous déjà ressenti des symptômes de type burn-out (lassitude au travail, perte d'envie de travailler, ne plus vouloir s'investir pour les patients) ?

« Hum non je ne pense pas. »

D'après vous, dans quelle proportion ces impacts psychologiques relatifs à la gestion émotionnelle des décès rentrent-ils dans un processus d'entrée en burn-out ?

« Oui je pense que cela peut jouer si ce sont des patients que tu connais depuis un moment. Mais pas trop pour les personnes âgées en fin de vie ou les maladies chroniques, où l'on sait que cela va mal se terminer. Plutôt des décès brutaux chez des personnes que tu connais, oui je pense que cela pourrait m'affecter et cela pourrait participer au burn-out, il n'y aurait pas que ça, mais oui cela pourrait être un facteur. »

Avez-vous déjà côtoyé des médecins en difficulté à cause de cela ?

« Alors c'est vrai qu'ils en parlaient des fois, des décès difficiles, surtout des patients jeunes. Ils en parlaient une ou deux fois en disant que oui c'était difficile mais cela ne les affectaient pas plus que ça. Je ne pense pas. Après, je ne suis pas dans leurs têtes... »

Auriez-vous aimé avoir des cours de prévention ou d'information à la faculté ?

« Je ne sais pas. Je ne suis pas sûre que cela m'aiderait... »

Pour la prise en charge de la famille ?

« Ah oui ! Peut-être plus par rapport à ça, oui cela m'aiderait. Après vraiment niveau du décès, je pense que ce sont des situations uniques où tu ne peux pas commander comment tu vas être. Je pense qu'il faut voir la situation, mais par rapport à la prise en charge de la famille, oui cela pourrait m'aider je pense. »