



HAL
open science

Les attitudes des médecins face aux décès de leurs patients en médecine générale : étude qualitative auprès de 11 médecins généralistes de la Somme

Eugénie Lahoussoy

► **To cite this version:**

Eugénie Lahoussoy. Les attitudes des médecins face aux décès de leurs patients en médecine générale : étude qualitative auprès de 11 médecins généralistes de la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02934689

HAL Id: dumas-02934689

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02934689>

Submitted on 9 Sep 2020

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2020

N° 2020 - 63

**LES ATTITUDES DES MEDECINS FACE AUX DECES DE LEURS PATIENTS EN
MEDECINE GENERALE**

Etude qualitative auprès de 11 médecins généralistes de la Somme.

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 30 JUIN 2020

PAR

LAHOUSOY Eugénie

Née le 08 juin 1989

Le Président du jury : **Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH**

Les Juges : **Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD**

Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Madame le Docteur Marie-Hélène LALOUX

La directrice de thèse : **Madame le Docteur Paola Grassi**

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH,
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Gériatrie)

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD,
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques)

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. C'est pour moi un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury. Je vous adresse pour cela mes sincères remerciements et toute ma considération.

A Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Hématologie-Transfusion

Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire)

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury, veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

A Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pneumologie)

Vous avez spontanément accepté de juger cette thèse, j'en suis très honorée. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Marie-Hélène LALOUX

Médecin généraliste

C'est un honneur pour moi que tu aies accepté de siéger au sein de mon jury.

A Madame le Docteur Paola GRASSI

Médecin généraliste

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger ma thèse, merci pour ton accompagnement, tes conseils, ta disponibilité et ton soutien.

Tu as su me guider et me rassurer tout au long de mon travail.

Je remercie l'ensemble des médecins ayant accepté de m'accueillir afin de répondre à mon entretien, pour le temps qu'ils m'ont consacré et l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail.

A ma famille :

A toi, papy, à qui je dédie ma thèse. Tu m'en as malheureusement inspiré le sujet. J'aurais tant aimé que tu sois à mes côtés pour ce jour si spécial, je sais que tu aurais été fier, mais de là-haut tu continues à veiller sur nous.

Aurélie, mon amie, ma sœur de cœur, on nous a souvent appelé les inséparables, tant d'étapes traversées, de doutes, et surtout tant de joie et de fous rires, sans toi je n'aurais pas réussi, merci pour tout et pour tout ce qui va encore arriver, et merci à Laure d'être à tes côtés.

Papa, maman, merci de m'avoir toujours soutenue et de m'avoir inculqué vos valeurs qui aujourd'hui me sont chères. Grâce à vous, à votre soutien sans faille, j'espère vous rendre fiers.

Mamie Jojo, merci d'avoir toujours cru en moi, tu as toujours été mon moteur avec papy pour faire mes études de médecine, mon but était déjà toute petite, de vous soigner afin de vous garder le plus longtemps possible à mes côtés.

Hugo, mon Pondichéry, merci pour ta patience, tes encouragements, ton soutien à toute épreuve. Merci aussi à ma fille Alise, mon rayon de soleil, tu m'as donné mon plus beau rôle celui de maman. Merci également à toutouille pour ta présence, du haut de ton panier, tout au long de la rédaction de ma thèse.

Uncle Laurie, my English Godfather, you will always in my heart.

Aunty Ann, thank you for being here, and your support.

Marie-Jo, merci pour votre accueil dans votre famille et pour votre soutien en toutes circonstances.

Gérard, nous ne nous sommes pas connus comme nous aurions dû, la maladie en a voulu autrement, malgré cela le lien s'était tissé et de là-haut je sais que vous nous voyiez de vos yeux éclairés ; sans buée.

Merci aussi à ma belle-sœur Solenne et mon beau-frère Simon, de nouvelles aventures vont commencer avec le cousin Ruben.

A mes amis :

Caro, ma vieille branche, ma plus vieille amie, merci d'avoir toujours été présente malgré parfois des milliers de kilomètres nous séparant. Je nous vois déjà dans plusieurs dizaines d'années, à continuer de te raconter des histoires médicales dont tu raffoles tant, toutes les deux avec nos déambulateurs.

Pierre-Yves et Marie-Claude, merci pour votre soutien, pour votre accueil durant ces moments de révisions au cours desquels j'ai tant usé votre table et vos fauteuils. Merci Loïc pour ton soutien et pour toutes nos aventures. Elo merci à toi aussi pour notre cohabitation intermittente.

Aux tontons, merci de m'avoir accueillie dans votre famille les « tubois » au début, puis avec l'arrivée des enfants cette famille s'est agrandie et nous avons dû en modifier le nom. Merci pour votre soutien notamment lors de périodes plus délicates, votre présence et pour tous nos moments passés et à venir.

A mes collègues et amis :

Marie-Hélène, merci pour tout ce que tu m'as apporté, ta présence, ton soutien, tu as facilité, par ta gentillesse et tes conseils le début de ma pratique en tant que médecin généraliste. Tu resteras toujours mon modèle, la femme et le médecin à qui j'aimerais ressembler.

Carole et Hubert, merci de m'avoir acceptée en tant que collègue, vous en prenez pour plusieurs années maintenant, et merci pour vos conseils.

Citations :

« Vivre est une maladie, dont le sommeil nous soulage toutes les seize heures ; c'est un palliatif : la mort est le remède. »

Sébastien Roch Nicolas de Chamfort (1740-1794)

Maximes et Pensées

« La mort semble bien moins terrible, quand on est fatigué »

Simone de Beauvoir (1908-1986)

Les Mandarins

Table des matières :

Remerciements :	2
Citations :	10
Table des matières :	11
Liste des abréviations :	15
I.Introduction.	16
I.1. Définitions :.....	16
I.1.1. Le deuil :	16
I.1.2. La mort :.....	16
I.2. Intérêt personnel pour le sujet :	17
I.3. Cas particulier de la Médecine Générale :	17
I.4. Objectifs de l'étude :	19
II. Matériels et méthodes.....	19
II.1. Recherche bibliographique :	19
II.2. Type d'étude :	19
II.3. Recrutement des médecins généralistes :	20
II.4. Entretiens :	20
II.4.1. Elaboration de mon guide d'entretien :.....	20
II.4.2. Recueil des données :.....	21
II.4.3. : Retranscription des entretiens :.....	21
II.4.4. : Analyse des entretiens :	22
III. Résultats :	23
III.1. Médecins interrogés :.....	23
III.2. Décès du patient :.....	24
III.2.1. Dernier décès de patient :	24
III.2.1.1. Délai du dernier décès :.....	24
III.2.1.2. La manière d'apprendre le dernier décès :	24
III.2.2. Manière d'apprendre les décès en général :.....	25
III.2.2.1. Par la famille :	25
III.2.2.2. Autres que la famille :	26
III.3. Action du médecin généraliste lors du décès de ses patients :	27
III.3.1. Auprès de la famille :	27
III.3.1.1. Contact téléphonique :.....	27
III.3.1.2. Visite de la famille au domicile :	27

III.3.1.3. Autres actions auprès de la famille :	28
III.3.2. Auprès du défunt :	29
III.3.2.1. Les funérailles :	29
III.3.2.2. Visite du défunt au funérarium :	29
III.3.2.3. Recueil au domicile :	30
III.3.2.4. Visite à l'hôpital :	30
III.3.2.5. Anticipation du décès :	31
III.3.3. Absence d'action du médecin auprès du défunt ou de sa famille :	31
III.3.3.1. Absence d'action auprès du défunt :	31
III.3.3.2. Absence d'action auprès de la famille :	31
III.3.4. Délai pour l'action du médecin généraliste :	31
III.3.5. Cotation dans le cadre d'un certificat médical :	32
III.4. Les réactions par rapport aux actions du médecin généraliste :	32
III.4.1. Réactions de la famille :	32
III.4.1.1. Des remerciements :	32
III.4.1.2. Des reproches aux médecins :	33
III.4.1.2.1. A propos d'événements antérieurs aux décès :	33
III.4.1.2.2. A propos des événements au moment du décès :	34
III.4.1.3. Ressenti des familles face à ces actions :	34
III.4.2. Réactions des collègues :	35
III.5. Les facteurs influençant les médecins :	35
III.5.1. Les facteurs imputables aux défunts :	35
III.5.1.1. L'âge du défunt :	35
III.5.1.1.1. Influence de l'âge du défunt sur l'action du médecin :	35
III.5.1.1.2. Influence de l'âge sur le discours du médecin :	36
III.5.1.1.3. Influence de l'âge sur le ressenti du médecin :	36
III.5.1.1.4. Pas d'influence de l'âge :	37
III.5.1.1.4.1. Absence d'influence de l'âge sur l'action du médecin :	37
III.5.1.1.4.2. Absence d'influence de l'âge sur le ressenti du médecin :	37
III.5.1.2. Les relations avec le patient :	37
III.5.1.2.1. Influence sur l'action du médecin :	37
III.5.1.2.2. Influence sur le ressenti du médecin :	38
III.5.2. Concernant le mode de décès :	38
III.5.2.1. Influence sur l'action du médecin :	39
III.5.2.2. Influence sur le discours du médecin :	39
III.5.2.3. Influence sur le ressenti du médecin :	40
III.5.2.4. Pas d'influence sur le médecin :	40
III.5.2.4.1. Pas d'influence sur l'action du médecin :	40

III.5.2.4.2. Pas d'influence sur le ressenti du médecin :	41
III.5.2.5. Influence des circonstances du décès :	41
III.5.3. Concernant les proches, la famille du défunt :	41
III.5.3.1. Selon la réaction des proches :	41
III.5.3.2. Selon la demande de la famille :	41
III.5.3.3. Selon la relation avec les familles :	41
III.6. Evolution des attitudes et des actions des médecins généralistes avec leurs expériences :	42
III.6.1. Influence de l'expérience sur l'action faite :	42
III.6.1.1. L'expérience a influencé l'action du médecin :	42
III.6.1.2. L'expérience n'a pas influencé l'action des médecins :	42
III.6.2. Influence de l'expérience sur le ressenti du médecin :	43
III.6.3. Influence de l'expérience sur le discours aux familles :	43
III.6.4. Influence de l'action faite suite à une discussion avec un collègue :	44
III.6.4.1. Modification possible de l'action faite :	44
III.6.4.2. Pas de modification possible de l'action faite :	45
III.6.4.3. Sans avis sur une influence possible :	45
III.7. Action possible au cours des études médicales :	45
III.7.1. Intervention envisageable au cours des études médicales :	45
III.7.1.1. Au cours de l'internat :	46
III.7.1.2. Sans avis sur le moment au cours des études :	47
III.7.2. Une intervention non nécessaire au cours des études médicales :	47
III.8. Possibilité d'une généralisation de la pratique :	47
III.8.1. Un métier basé sur l'humain :	47
III.8.2. Le ressenti des médecins :	48
III.8.3. La singularité des médecins :	48
III.8.4. Les convictions religieuses :	49
IV. Discussion :	49
IV.1. Forces et faiblesses de l'étude :	49
IV.1.1. Forces de l'étude :	49
IV.1.1.1. Le choix de l'étude :	49
IV.1.1.2. La méthode :	49
IV.1.1.3. Les critères de scientificité :	50
IV.1.2. Faiblesses de l'étude :	50
IV.1.2.1. Un premier travail de recherche :	50
IV.1.2.2. Biais de sélection :	50
IV.1.2.3. Recueil des données et méthodologie :	51
IV.1.2.4. Biais d'interprétation :	51
IV.2. Discussion des résultats :	51

IV.2.1. Les attentes des familles endeuillées envers le médecin du défunt :.....	51
IV.2.2. Concernant les médecins généralistes :.....	53
IV.2.2.1. Le délai et la manière d'apprendre le décès :.....	53
IV.2.2.2. Les actions des médecins généralistes lors de la perte d'un patient :.....	53
IV.2.2.2.1. Les types d'action :.....	53
IV.2.2.2.2. Les facteurs influençant l'action :	54
IV.2.2.3. Le ressenti des médecins généralistes :.....	55
IV.2.2.3.1. Les facteurs influençant :.....	55
IV.2.2.3.2 Les facteurs protecteurs :.....	56
IV.2.2.3.3. La culpabilité :.....	57
IV.2.2.4. L'accompagnement :.....	57
IV.2.2.4.1. Les patients en fin de vie :.....	57
IV.2.2.4.2. Les familles endeuillées :	58
IV.2.2.4.3. Le dépistage des facteurs de risque d'un deuil pathologique :	58
IV.2.2.5. La communication avec des confrères ou des structures :	59
IV.2.2.6. La rémunération des certificats de décès :	60
IV.2.3. La formation des médecins généralistes :.....	60
IV.2.4. Ouverture : « Vers une généralisation des pratiques ? »	63
V. Conclusion :	64
Bibliographie :	66
ANNEXES :.....	70
Annexe 1 : le guide d'entretien :.....	70
Annexe 2 : Carte heuristique :	71
Annexe 3 : CLE USB :	72

Liste des abréviations :

AAPml : Association d'Aide aux Professionnels de santé et médecins libéraux

BAR : Bureau d'Aide à la Recherche documentaire

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisé

DIU : Diplôme InterUniversitaire

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence Based Medecine

ECN : Epreuves Classantes Nationales

FMC : Formation Médicale Continue

GEP : Groupes d'Echanges de Pratiques

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

JO : Journal Officiel

MOTS : Médecins Organisation Travail Santé

PEB : Prêt Entre Bibliothèques

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

UE : Unité d'Enseignement

I.Introduction.

I.1. Définitions :

I.1.1. Le deuil :

Le deuil est défini par la perte, le décès d'un parent, d'un ami, avec un sentiment de douleur éprouvé à la suite de cette perte (1), venant du latin *dolus* douleur, chagrin. Cependant, le deuil ne se définit pas exclusivement par la perte d'un être cher, mais aussi par toute perte matérielle d'attachement.

Le deuil est à la fois un moment universel auquel chaque être humain est confronté tôt ou tard au cours de sa vie, mais c'est aussi une expérience exceptionnelle, banale et intime. Cependant, ce rapport au deuil est différent selon chaque personne tout comme la manière d'agir dans ces conditions.

Le travail de deuil quant à lui, est un processus psychique, par lequel un sujet parvient à se détacher progressivement d'un être cher qui est mort (1).

I.1.2. La mort :

Dans la langue française, la mort est définie comme (2):

- La perte définitive par une entité vivante (organe, individu, tissu ou cellule) des propriétés caractéristiques de la vie, entraînant sa destruction.
- Une cessation complète et définitive de la vie d'un être humain, d'un animal.
- Terme de l'existence de quelqu'un, considéré comme un moment du temps, une date.

Cependant la mort a aussi une dimension plus juridique, dans ce cas la législation se base sur le Code de la santé publique afin d'élaborer ces articles (3):

- Article R 1232-1 : définissant un état de mort apparente, par arrêt cardiorespiratoire.
- Article R 1232-2 : dans le cas d'une mort encéphalique avec persistance d'une ventilation assistée.

En médecine légale, on distingue plusieurs « types » de mort (4) :

- La mort « naturelle » : il s'agit de la mort par maladie.
- La mort violente : causée par un événement extérieur, brutal.
- La mort suspecte : dont le fondement est le doute.

I.2. Intérêt personnel pour le sujet :

Nous sommes, nous serons tous un jour ou l'autre confrontés à la mort, que ce soit sur le plan personnel, mais aussi de par notre activité médicale, sur le plan professionnel.

C'est par une expérience personnelle que l'idée de travailler sur ce thème m'est venue. En effet, lors de la perte d'un être cher, certaines manières d'agir du corps médical m'ont interpellée, étant à cette époque encore étudiante en médecine, je débutais mon internat. Je me suis posée beaucoup de questions, sur la pratique en général lors du décès d'un patient, et plus en particulier, comme c'est la voie que j'empruntais, lors du décès d'un de nos patients en médecine générale.

Dans un premier temps, je voulais m'intéresser pour ce sujet d'étude, aux attentes qu'ont les patients endeuillés en consultant leurs médecins généralistes, mais je me suis rendue compte que plusieurs études ont été faites à ce sujet (5) (6). Il y avait également des études sur le ressenti du médecin généraliste lors de la perte d'un de ses patients ou des consultations de patients endeuillés (7) (8) (9) (10), ou sur les techniques utilisées pour le travail de deuil comme lors d'une étude basque et espagnole utilisant des techniques psychologiques pouvant faciliter le travail de deuil (REFINO : la relation, l'écoute, la facilitation, l'information, la normalisation et l'orientation) (11). Nous trouvons aussi dans la littérature des études sur la reconnaissance d'un deuil pathologique dans l'entourage (12).

Cependant, peu d'études se sont intéressées à la manière dont le médecin généraliste réagit et agit lors de la perte d'un de ses patients.

I.3. Cas particulier de la Médecine Générale :

Le médecin généraliste, que l'on peut encore appeler « médecin de famille », suit ses patients pendant parfois plusieurs dizaines d'années, un lien particulier peut alors se créer, au-delà de la relation de confiance entre un patient et son médecin, allant jusqu'à un rôle de confident pour le médecin généraliste.

En effet, ce dernier prend en charge son patient de manière globale : tout d'abord bien entendu sur le plan médical, mais aussi sur un plan social, familial et parfois même professionnel.

Cependant, le médecin généraliste est avant tout une personne à part entière, avec un vécu, une personnalité, un rapport à la mort qui lui est propre. La confrontation à la mort, au deuil est pratique courante dans la pratique de la médecine générale, il faut donc que le médecin trouve un équilibre entre ses qualités humaines et professionnelles afin d'agir de manière

adaptée dans ces situations, autant pour le patient que pour le médecin lui-même qui doit « se protéger » face à cette confrontation fréquente à la mort.

L'essor des soins palliatifs, ces dernières années, a permis d'appréhender d'une nouvelle façon la mort, notamment la fin de vie, en unissant la médecine, la maladie et la mort. Grâce à cela, le rôle du médecin et donc sa façon de réagir face au deuil de ses patients a pu évoluer aussi.

En effet, comme nous montre l'étude quantitative réalisée chez des internes confrontés à l'annonce d'un décès (13), la formation médicale permet d'acquérir des compétences, des techniques, des connaissances qui sont le plus souvent issues de preuves scientifiques selon l'Evidence Based Medicine (EBM), mais les études médicales ne préparent pas à la confrontation avec la mort. La pratique médicale fait aussi appel à des qualités humaines qui sont propres à chacun, afin d'écouter et d'accompagner au mieux les patients. Cet aspect est aussi abordé dans une étude réalisée en Picardie sur les médecins généralistes face aux patients en deuil (14). Cette étude met aussi en évidence que l'absence de formation est une problématique très fréquente chez des médecins au centre du dispositif de soin et se retrouvant devant les personnes endeuillées.

Ces dernières années, l'apprentissage des Sciences Humaines au début des études médicales pourrait aider les futurs médecins dans leur pratique à venir.

Lors du décès d'un patient, le savoir scientifique laisse une place importante aux qualités humaines, ce qui pourrait expliquer que chaque médecin peut avoir une manière d'agir et de réagir qui lui est propre, d'autant plus qu'aucune codification n'existe à ce sujet. Seule l'expérience dans ce domaine pourrait donc être le moyen de faire évoluer les manières d'agir, grâce à l'apprentissage personnel, les lectures ou les formations médicales continues (FMC) par exemple sur les soins palliatifs, l'échange avec des confrères en verbalisant des expériences vécues.

De plus, l'étude sur l'annonce d'un décès par un interne (13), montre que plus l'âge du patient décédé est jeune ou que le décès est inattendu, plus l'annonce par le médecin pourra être difficile, et à l'inverse, plus le sujet est âgé et que la mort est attendue, plus le processus préliminaire de deuil est enclenché. Avec ces résultats, nous pourrions voir si une corrélation pourrait être faite avec notre étude.

De plus comme le montre une étude qualitative de 2012 sur la solitude des médecins généralistes dans leurs cabinets (15), contrairement au milieu hospitalier, le médecin

généraliste est seul face à sa patientèle, la perte de son patient et la famille du défunt, il ne doit pas faiblir, il doit continuer à répondre à l'ensemble des attentes de ses patients.

I.4. Objectifs de l'étude :

Par mon travail de thèse, je tenterai de répondre à la question suivante : quelle attitude a le médecin généraliste lors du décès d'un de ses patients ? L'objectif principal est donc d'étudier les différentes manières d'agir du médecin généraliste face au décès d'un patient. L'objectif secondaire est d'analyser les éventuels facteurs pouvant influencer les réactions du médecin et si une généralisation de pratique peut être envisagée.

II. Matériels et méthodes.

II.1. Recherche bibliographique :

Mes recherches bibliographiques ont été menées de plusieurs manières :

- Tout d'abord, je me suis dirigée vers la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine d'Amiens, où j'ai pris rendez-vous avec le Bureau d'Aide à la Recherche documentaire (BAR) afin d'apprendre à effectuer des recherches en ligne. Le service du Prêt Entre Bibliothèques (PEB) m'a permis de faire parvenir des thèses au format papier, non disponibles en ligne, issues d'autres facultés, ainsi que des ouvrages et des articles de revues en lien avec mon sujet d'étude.
- Ensuite, j'ai effectué des recherches via internet, grâce aux sites comme PubMed, Sudoc, Google Scholar ... et grâce au moteur de recherche Google. Les mots clés utilisés étaient : « deuil », « médecine générale », « médecin généraliste », « mort », « décès », « patient ».

J'ai réalisé une formation, à la faculté de médecine d'Amiens, afin de me familiariser avec le logiciel Zotero, pour répertorier mes références bibliographiques et les éditer avec le style Vancouver.

II.2. Type d'étude :

J'ai choisi, afin de répondre au mieux aux objectifs de mon étude, de mener une étude qualitative, prospective, grâce à des entretiens individuels, semi-dirigés, auprès de médecins généralistes des Hauts de France, plus précisément de la Somme.

J'ai utilisé la méthode par théorisation ancrée pour conduire ma recherche qualitative. Avec cette méthode la lecture de la littérature, la collecte des informations, leur analyse et la

rédaction se font de manière parallèle, ce qui permet d'aboutir à des données au plus proche des données du terrain (16).

II.3. Recrutement des médecins généralistes :

Mon échantillon a été constitué de manière raisonnée, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'un échantillon obtenu par randomisation, mais constitué afin qu'il soit varié sur les caractéristiques socio-démographiques et sur le mode d'installation, afin de répondre au mieux à la question de recherche.

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste, exercer en milieu libéral dans les Hauts de France, être installé sans nombre d'années minimum d'installation.

Les critères d'exclusion étaient d'être médecin généraliste remplaçant, ou n'exerçant pas dans les Hauts de France et ayant une activité hospitalière.

L'échantillonnage a été arrêté lorsque la saturation des données a été obtenue et qu'aucune nouvelle donnée ne ressortait des entretiens.

Il s'agit d'un échantillonnage théorique, c'est-à-dire que la collecte des informations ne peut être bornée à un nombre d'entretien, mais seule la saturation des différentes catégories obtenues grâce à l'étude permet de stopper la réalisation des entretiens. Afin de procéder selon cette méthode, j'ai donc réalisé en parallèle les entretiens auprès des médecins généralistes et l'analyse des données (16).

Pour le recrutement des médecins généralistes, je les ai contactés un par un, par mail, par téléphone ou en face à face, parfois aussi via leur secrétariat, afin de leur expliquer le but de mon étude. Je leur demandais alors leur accord (leur consentement m'était rendu de manière orale par eux-mêmes ou via les secrétaires) afin de les rencontrer (dans le lieu qu'ils désiraient, le plus souvent le cabinet médical), pour leur proposer mon entretien individuel.

II.4. Entretiens :

II.4.1. Elaboration de mon guide d'entretien :

Mon guide d'entretien a été élaboré grâce aux recherches bibliographiques, en deux parties : dans un premier temps il reposait sur un recueil de données socio-démographiques, et dans un second temps, sur des questions plus orientées afin de répondre aux objectifs de l'étude.

Une fois établi, mon guide d'entretien a été soumis à la commission des thèses du Département de Médecine Générale de la faculté de Médecine d'Amiens, qui après évaluation, a rendu un avis favorable, ce qui m'a permis par la suite de réaliser un entretien

test auprès d'un médecin généraliste n'ayant pas participé à l'élaboration de mon sujet de thèse.

A la suite de cet entretien test, des modifications ont été apportées à mon guide d'entretien et des questions ont été ajoutées, afin d'affiner mes entretiens et de répondre au mieux aux objectifs de l'étude.

Tout au long de mes entrevues avec les médecins généralistes ou grâce aux codages, mon guide d'entretien a été remanié et de nouvelles questions sont apparues.

II.4.2. Recueil des données :

Après avoir obtenu le consentement des médecins généralistes, un rendez-vous était fixé avec eux, et je me rendais le plus souvent à leur cabinet, afin de leur soumettre mon entretien, en leur précisant qu'il était réalisé de manière anonyme, enregistré à l'aide d'un dictaphone et que par la suite il serait retranscrit en intégralité. Aucun médecin n'a été opposé à cela.

Mon entretien était mené de manière semi-directive, c'est-à-dire que mon intervention était limitée au maximum afin de laisser le médecin s'exprimer librement sans prendre le risque de l'interrompre, mais mon intervention pouvait aider à relancer la discussion, afin parfois de préciser les réponses ou de revenir à la question posée si le médecin s'en éloignait.

Cependant, mon intervention restait neutre, aucun avis n'était émis de ma part.

Aucune indication ou limite de temps n'étaient données.

J'ai été la seule à réaliser l'ensemble des entretiens, je ne prenais aucune note afin de favoriser au maximum les interactions et de ne pas perturber le discours.

Mes entretiens ont été réalisés en m'inspirant de la méthode décrite par Alain Blanchet et Anne Gotman (17).

II.4.3. : Retranscription des entretiens :

L'ensemble de mes entretiens enregistrés a été réécouté, je les ai retranscrits personnellement en intégralité mot pour mot à l'aide d'un logiciel de traitement de texte Microsoft Office Word 2016. J'ai distingué en caractères gras les moments où je prenais la parole. Je les ai renommés afin de conserver l'anonymat en *entretien 1, 2...*

II.4.4. : Analyse des entretiens :

L'analyse de mes entretiens a été réalisée comme cité plus haut grâce à la théorisation ancrée, le codage de ces entretiens a été fait afin d'être au plus près de la question d'étude.

En effet, après la retranscription d'un entretien, je réalise son codage en créant des étiquettes « in vivo », c'est à dire en utilisant les mots des interviewés afin de créer cette étiquette, que je classe après en catégorie. Il s'agit donc d'analyser l'entretien passage par passage afin d'en extraire un maximum d'informations, en relisant chaque passage à plusieurs reprises. Par la suite les différentes catégories ont été classées en thèmes principaux.

Après avoir analysé un entretien, j'ai vérifié chaque entretien précédent afin de ne pas être passée à côté de codes.

Le codage des entretiens a été réalisé grâce au logiciel Nvivo.

L'ensemble des entretiens a été relu et codé par une seconde personne formée à l'analyse qualitative, afin de réaliser une triangulation des résultats.

III. Résultats :

III.1. Médecins interrogés :

11 médecins généralistes ont été interrogés entre le 16 octobre 2019 et le 29 janvier 2020. La saturation des données a été obtenue et confirmée par deux entretiens supplémentaires.

Entretiens	Sexe		Age	Milieu d'exercice			Mode d'exercice			Nombre d'années d'installation	Durée de l'entretien
	Homme	Femme	Années	Urbain	Semi-rural	Rural	Seul	Cabinet de groupe	Maison de santé	Années	Heure
Entretien 1		1	50			1		1		21	00:07:44
Entretien 2	1		41		1		1			9	00:09:49
Entretien 3	1		65	1				1		35	00:07:24
Entretien 4		1	35			1		1		1	00:07:33
Entretien 5	1		65			1	1			38	00:06:50
Entretien 6		1	66	1				1		33	00:07:26
Entretien 7	1		31			1		1		3	00:10:21
Entretien 8		1	36			1		1		9 mois	00:08:14
Entretien 9	1		64		1				1	36	00:13:26
Entretien 10		1	51	1				1		22	00:10:57
Entretien 11	1		38	1				1		6	00:07:26
Total	6	5	Moyenne:	4	2	5	2	8	1	Moyenne: 18,6	Moyenne: 00:08:50
			Médiane: 49,3 50								

III.2. Décès du patient :

III.2.1. Dernier décès de patient :

III.2.1.1. Délai du dernier décès :

La majorité des médecins généralistes interrogés avait eu dans leur patientèle un décès récent, c'est à dire étant survenu moins de 3 mois avant mon entretien.

Quelques médecins généralistes avaient un délai plus long concernant le dernier décès de leur patient cependant ce délai n'excédait pas 6 mois.

III.2.1.2. La manière d'apprendre le dernier décès :

Les manières dont les médecins généralistes avaient appris leurs derniers décès de patients étaient diverses.

Cependant le plus souvent c'était la famille qui prévenait le médecin, soit via le secrétariat :

« Non qui a appelé la secrétaire pour m'informer que sa sœur était décédée, c'était un décès attendu. » (Entretien 9), « Un message de mon secrétariat. » (Entretien 11).

Soit en contactant directement le médecin généraliste : *« C'est le patient qui m'a téléphoné » (Entretien 5), « Je l'ai appris par la famille. » (Entretien 8).*

Un médecin généraliste avait été contacté directement sur son téléphone personnel par message par la famille du patient : *« Alors, ce sont les enfants qui m'ont envoyé des messages parce que j'étais en communication avec eux, parce que je savais que c'était une fin de vie. » (Entretien 10).*

Deux médecins avaient été contactés l'un par la famille, l'autre par l'infirmière de la maison de retraite afin de signer le constat de décès : *« J'avais une patiente que je suivais en soins palliatifs, et euh, sa fille m'a appelé pour signer le certificat de décès ... » (Entretien 1), « C'est moi qui ai fait le constat de décès, c'était une dame à la maison de retraite [...] elle est morte le soir, j'ai été faire le constat de décès. » (Entretien 7).*

Un autre médecin avait été contacté par l'infirmière de la maison de retraite, mais sans devoir pour autant signer le certificat de décès : *« par l'infirmière de la maison de retraite. » (Entretien 2).*

Quelques médecins généralistes avaient été prévenus soit par le biais d'un confrère ou d'un remplaçant : *« Par ma collègue [...] Comme j'étais absente la semaine dernière, elle l'a*

appris par ses patients, qui lui ont dit que le monsieur était décédé dans la commune. » (Entretien 4), « Par ma remplaçante. » (Entretien 6).

Un médecin avait appris le décès de son patient par un autre patient au cours d'une consultation, qui n'avait pas de lien familial avec le défunt : *« Par quelqu'un qui était à l'enterrement. » (Entretien 3).*

III.2.2. Manière d'apprendre les décès en général :

III.2.2.1. Par la famille :

La majorité des médecins interrogés apprenait le plus souvent le décès de leurs patients via la famille du défunt.

L'ensemble des médecins généralistes interrogés avait un secrétariat médical. Donc dans la majorité des cas, lorsque les familles appelaient, selon la demande de la famille ou la disponibilité du médecin, soit la secrétaire transmettait le message au médecin, soit le médecin prenait l'appel directement : *« Oh c'est souvent la famille qui, qui me le dit [...] je prends l'appel ou si je ne suis pas libre je rappelle. » (Entretien 3), « Par un coup de téléphone de la famille [...] qui a ma secrétaire, à moins qu'elle demande à me parler. » (Entretien 6), « Par téléphone, par les proches bien sûr [...] par les conjoints, par les enfants, presque tout le temps [...] C'est la secrétaire qui quelques fois, dit bah la sœur de Mme ... veut vous informer, veut vous parler, ou quelques fois je les prends, ça dépend ce que je fais, si j'ai des patients, je les rappelle. » (Entretien 9), « Il y en a qui me passent directement les gens [...] Ça dépend de la demande des patients en fait [...] La plupart du temps ils me laissent des messages. » (Entretien 11).*

D'autres médecins ne prenaient pas les appels lors des consultations, pour ne pas être dérangés, donc c'était systématiquement la secrétaire qui prenait le message : *« J'essaie d'éviter de prendre un appel lors d'un rendez-vous [...] si on soigne quelqu'un pour un autre motif, euh gérer l'appel dans le même temps c'est un peu compliqué, donc je fais, euh je rappelle les gens dans un deuxième temps. » (Entretien 2), « C'est la secrétaire moi je ne prends jamais l'appel. » (Entretien 5).*

Cependant, dans la majorité des cas, les médecins généralistes rappelaient les familles s'il s'agissait de la secrétaire qui transmettait le message : *« C'est toujours la secrétaire qui est en première ligne et puis elle ne peut pas nous passer directement les appels, mais je rappelle euh toujours. » (Entretien 4), « Je rappelle souvent. » (Entretien 8).*

Un médecin était souvent contacté via des messages sur son téléphone personnel par la famille : « *Comme c'est plus ou moins attendu, il y a communication avec la famille et on s'envoie des messages [...] généralement comme c'est une fin de vie, on communique beaucoup et on sait que les jours sont comptés donc voilà.* » (Entretien 10).

III.2.2.2. Autres que la famille :

Même si la famille était la source principale afin d'apprendre le décès des patients, d'autres manières étaient possibles :

- Un médecin évoquait le fait d'être appelé afin de signer le certificat de décès : « *Soit on est appelé pour euh signer le certificat de décès de nos patients, soit effectivement si le décès est intervenu à l'hôpital ou la nuit par exemple, c'est le médecin de garde qui a été appelé* » (Entretien 2).
- Plusieurs médecins apprenaient certains décès par les courriers de l'hôpital : « *Oh c'est souvent la famille qui, qui me le dit, ou, ou un courrier de l'hôpital.* » (Entretien 3), « *Quand ils sont hospitalisés et que je ne savais pas trop parfois c'est un courrier de l'hôpital, mais c'est assez rare quand même parce que en général la famille laisse un message.* » (Entretien 10). Plusieurs médecins trouvaient que les courriers de l'hôpital étaient trop longs à arriver et que le plus souvent ils avaient déjà été mis au courant : « *Car ce n'est pas l'hôpital ou tout ça qui vont nous dire [...] ou on reçoit un courrier trois mois après quoi* » (Entretien 1), « *Ou alors on a une lettre de l'hôpital, hein, mais quand on a une lettre de l'hôpital on le sait trop longtemps après ...* » (Entretien 5).
- Un médecin évoquait l'apprendre parfois via le bouche à oreille, un autre via les réseaux sociaux, ou d'autres via des amis de la famille ou des patients extérieurs à la famille : « *Par le bouche à oreille.* » (Entretien 3), « *Ouai par la secrétaire, ou par Facebook, enfin par les réseaux sociaux où on voit aussi, ou ils me transmettent quoi ouai ils me disent que le patient est décédé.* » (Entretien 8), « *Un de nos patients qui nous informe du décès* » (Entretien 2).
- Certains médecins pouvaient apprendre les décès via les journaux ou les cartes de décès qui pouvaient être mis dans les boîtes aux lettres : « *Ça peut être aussi par les journaux* » (Entretien 2), « *Bah souvent, ouai, ou alors on le voit dans le courrier picard, hein (rires).* » (Entretien 5), « *Dans les communes aussi ils font parvenir quand même des cartes de décès qui informent des décès dans une commune.* » (Entretien 2).

III.3. Action du médecin généraliste lors du décès de ses patients :

III.3.1. Auprès de la famille :

Chez l'ensemble des médecins généralistes, on retrouvait une phase d'écoute et d'échange avec la famille du défunt, de quelques manières que ce soit.

III.3.1.1. Contact téléphonique :

Dans les cas où les médecins généralistes n'avaient pas la famille au téléphone pour l'annonce du décès, pour la majorité, sauf pour des situations plus exceptionnelles qui seront détaillées par la suite, le médecin rappelait les familles : « *Si c'est la secrétaire, bah je rappelle la famille* » (Entretien 1), « *Ouai, je vais appeler la personne de confiance avec qui j'avais pu échanger euh sur les derniers temps.* » (Entretien 2), « *Alors il y a toujours un contact verbal ou par téléphone ou s'il n'y a pas eu de contact par téléphone, je passe euh au domicile des gens.* » (Entretien 3), « *Alors euh généralement, donc c'est toujours la secrétaire qui est en première ligne et puis elle ne peut pas nous passer directement les appels, mais je rappelle euh toujours.* » (Entretien 4), « *A chaque fois j'appelle la famille proche [...] pour leur présenter mes condoléances, quoi, parce que souvent je connais la famille.* » (Entretien 7), « *Je leurs présente mes condoléances, et puis j'essaie de savoir comment ils supportent la nouvelle quoi [...] En les appelant, oui.* » (Entretien 8).

Un médecin généraliste échangeait avec la famille du défunt par message sur son téléphone personnel : « *Il y a déjà beaucoup d'échange de messages, donc souvent on se parle dans les jours qui suivent [...] Un monsieur qui est décédé, il était âgé, sa fille je ne la connaissais pas, et on avait communiqué par SMS [...] et après son décès on a encore échangé quelques SMS de sympathie, de condoléances* » (Entretien 10).

III.3.1.2. Visite de la famille au domicile :

Un certain nombre de médecins pouvait être amené à rendre une visite à la famille du défunt au domicile après avoir appris le décès. Dans ces cas-là il s'agissait le plus souvent de familles que les médecins connaissaient et suivaient et qui habitaient à proximité du cabinet médical : « *Quand c'est des patients qui sont dans le coin ou tout ça [...] je vais les voir* » (Entretien 1), « *Il y a toujours un contact verbal ou par téléphone ou s'il n'y a pas eu de contact par téléphone, je passe euh au domicile des gens [...] mais bon je te dis c'est mieux d'aller rendre une petite visite, et puis c'est plus un moment intime* » (Entretien 3), « *Les derniers décès il restait l'époux ou l'épouse, alors pas forcément le jour même, mais de passer dans la semaine pour les voir [...] quand ils sont sur le secteur je passe les voir dans la semaine.* » (Entretien 4), « *Je vais faire une visite de courtoisie.* » (Entretien 5).

Quelques médecins évoquaient le fait de ne pas forcément prévenir les familles lorsqu'ils passaient au domicile, et un médecin laissait même un mot lorsque les familles étaient absentes afin de prévenir de son passage : « *Ils ne s'attendaient pas forcément à ce que je passe parce que je n'avais pas forcément prévenu et je suis passée comme ça lors de mes visites et parce que l'occasion se présentait [...] C'était tombé où j'étais en visite dans le secteur, donc je suis passée comme ça.* » (Entretien 4), « *Je leurs rends visite, et s'ils ne sont pas au domicile j'écris un petit mot que je laisse chez eux.* » (Entretien 6).

Un médecin ne se rendait au domicile du conjoint que s'il ressentait un besoin de ce dernier ou qu'il s'agissait d'un souhait évoqué par le conjoint lui-même : « *Ça peut m'arriver que je passe mais c'est assez rare, sauf si je sens qu'il y a besoin quand je les ai au téléphone [...] chez le conjoint souvent en fait. Chez les enfants je n'ai jamais fait.* » (Entretien 11).

Un médecin ne se rendait pas systématiquement chez les familles des défunts, il évoquait plus l'aspect humain du métier de médecin, et donc les visites dépendaient de ce fait de l'affinité qu'il avait avec les patients ou des besoins : « *Ça peut m'arriver de me rendre au domicile, en fait c'est à la carte, il n'y a pas de règles particulières à ça, on fait un métier assez humain, donc on peut avoir des affinités plus ou moins fortes avec certains patients [...] il n'y a pas de règles établies, euh, ça peut être un passage si on a besoin au domicile, pour avoir un contact un peu plus humain, un peu plus physique, pour réexpliquer des choses, s'il peut y avoir des interrogations* » (Entretien 2).

Un médecin évoquait se rendre au domicile afin d'établir le certificat de décès : « *Ça dépend, ou je vais faire le certificat de décès s'il n'est pas fait.* » (Entretien 5).

D'autres médecins ne se rendaient pas au domicile dans les cas où ils ne connaissaient pas les familles des défunts : « *Si je ne connais absolument pas la famille je ne réagis pas, ça c'est très rare, mais en général je vais voir la famille.* » (Entretien 6).

III.3.1.3. Autres actions auprès de la famille :

Plusieurs médecins évoquaient le fait de reparler avec les familles lors d'une consultation ultérieure au cabinet, ils évoquaient alors le fait d'être « médecin de famille » et donc de toujours garder un lien, un contact avec la famille des défunts le plus souvent : « *Je les revois toujours derrière, parce qu'en fait on soigne des familles, on ne soigne jamais une personne, on soigne le conjoint, on soigne les enfants donc voilà [...] je les revois toujours d'une façon ou d'une autre, là la sœur je vais la revoir euh pour elle bientôt* » (Entretien 9), « *Ce matin j'en ai vu une bah sa maman est décédée le 20 décembre, et on a rediscuté un petit peu [...] donc on se revoit souvent en consultation.* » (Entretien 10).

Un autre médecin évoquait le fait d'avoir déjà été rendre visite à une famille au funérarium mais il s'agissait d'un cas particulier, sinon la majorité des médecins ne rendait pas de visite aux familles lors de leur présence au funérarium : « *Si ça m'est déjà arrivée d'aller à Rosières dans le truc funéraire, parce que c'était vraiment quelqu'un que j'avais suivi depuis longtemps et puis voilà* » (Entretien 1).

III.3.2. Auprès du défunt :

III.3.2.1. Les funérailles :

La quasi-totalité des médecins interrogés ne se rendait pas aux funérailles de leurs patients. La majorité mettait en avant un manque de temps et des difficultés d'organisation par rapport aux consultations. Le fait de ne pouvoir se rendre à chaque enterrement de patients, était aussi un argument mis souvent en avant, car cela pourrait provoquer des différences au sein de la patientèle, par la présence du médecin à certains enterrements et pas à d'autres : « *Non je ne vais pas aux funérailles [...] J'avoue je n'y suis allée à aucun de mes patients [...] je pense à eux mais je n'y vais pas forcément car je me dis je ne peux pas aller à tous mes patients qui décèdent.* » (Entretien 1), « *Ce n'est pas facile, parce que si tu veux, les obsèques bah nous on a déjà des rendez-vous qui sont programmés tout ça donc euh, c'est bien rare qu'on puisse assister aux obsèques.* » (Entretien 3), « *Je n'ai jamais été soit un enterrement ou autre.* » (Entretien 4), « *Je ne vais jamais au funérarium, ni à aucun enterrement.* », « *Aller aux funérailles à ce moment-là [...] ça dure vachement longtemps, il faut que tu barres trois heures de rendez-vous* » (Entretien 5), « *Pour mes patients je ne le fais pas pour une raison très simple, c'est que si vous le faites à l'un et que vous ne le faites pas à l'autre, les gens savent que vous êtes allés aux funérailles de l'un si vous n'allez pas à celui du [...] donc j'ai pris comme principe [...] je n'y vais pas [...] donc c'est à double tranchant en plus car les gens se disent il est allé aux funérailles de Duchmolle il n'est pas allé aux funérailles de mon mari, donc bon.* » (Entretien 9).

Un médecin n'allait aux funérailles que dans certains cas, s'il s'agissait d'un patient qui était très proche : « *Je ne vais pas aux funérailles, à part si c'est vraiment des gens très proches, du moins très proches, des gens que je connais bien, très bien mais autrement non je vais rarement aux obsèques.* » (Entretien 3).

III.3.2.2. Visite du défunt au funérarium :

La majorité des médecins interrogés ne se rendait pas au funérarium afin de se recueillir auprès du défunt : « *Jamais.* » (Entretien 2), « *Ah non jamais [...] je ne vais jamais au funérarium* » (Entretien 5), « *D'aller dans une salle, euh non jamais, jamais.* » (Entretien 6).

Un seul médecin allait systématiquement se recueillir au funérarium auprès du défunt, il disait s'y rendre à l'improviste à des moments où il était presque sûr de ne pas rencontrer la famille et il laissait alors un mot dans le registre de condoléances : « *Je vais toujours voir mes patients à la morgue pour rendre hommage, c'est normal quoi [...] je me rends toujours au domicile ou à la morgue, parce que maintenant c'est souvent à la morgue, je vais toujours voir, oui.* », « *J'essaie toujours d'y aller quand il n'y a personne, j'ai horreur d'avoir à parler avec les gens du décès et je préfère les revoir après, mais à la morgue c'est une situation que je n'aime pas du tout.* », « *J'y vais, à l'heure du repas il n'y a personne, le matin de bonne heure [...] Je rends mon hommage, je mets toujours un petit mot de condoléances en retraçant toujours un petit peu mes rapports avec la patiente ou le patient, voilà.* » (Entretien 9).

Un autre médecin s'était rendu une seule fois au funérarium, mais lors d'une situation très particulière, où le médecin avait suivi le défunt depuis de nombreuses années : « *Ça m'est déjà arrivé d'aller [...] dans le truc funéraire, parce que c'était vraiment quelqu'un que j'avais suivi depuis longtemps.* » (Entretien 1).

III.3.2.3. Recueil au domicile :

Contrairement au recueil dans les chambres funéraires, plusieurs médecins se recueillaient auprès du défunt quand celui-ci se trouvait au domicile : « *S'ils le gardent à domicile je vais le voir, ouai.* » (Entretien 1), « *S'ils sont au domicile je vais me recueillir sur leur dépouille.* » (Entretien 5), « *Si je rends visite à la famille et que le défunt est à la maison, ils me proposent d'aller le voir et je vais toujours le voir à ce moment-là.* » (Entretien 6), « *Voilà, je me rends toujours au domicile ou à la morgue, parce que maintenant c'est souvent à la morgue, je vais toujours voir.* » (Entretien 9).

Après enregistrement, un des médecins m'apportait des précisions sur son comportement auprès du défunt : *mon interlocutrice me dit avoir oublié de préciser que lors des visites à la famille si le défunt est présent, étant catholique, elle signe toujours le défunt si elle le peut et procède à un moment de recueillement dans le silence.* (Entretien 6).

III.3.2.4. Visite à l'hôpital :

Dans le cas où le défunt se trouvait à l'hôpital, aucun des médecins interrogés ne se rendait à l'hôpital afin de se recueillir : « *Pas à chaque fois, mais euh parce que des fois il est à l'hôpital ; ou, quand c'est à l'hôpital je ne vais pas le voir.* » (Entretien 1).

III.3.2.5. Anticipation du décès :

Dans le cas d'un patient en soins palliatifs, un médecin avait évoqué le fait d'avoir anticipé le décès avec le défunt et sa famille afin de préparer ce moment : « *J'y suis allée quoi, enfin je l'avais vu la veille pour mettre des protocoles pour l'adoucir.* » (Entretien 1).

III.3.3. Absence d'action du médecin auprès du défunt ou de sa famille :

III.3.3.1. Absence d'action auprès du défunt :

Quelques médecins interrogés n'avaient pas d'actions particulières auprès du défunt, ils pouvaient avoir un contact avec la famille, sans pour autant se recueillir auprès du défunt : « *Jamais.* » (Entretien 2), « *Non, je n'ai jamais été soit un enterrement ou autre [...] Lui rendre visite voilà, non ça j'ai jamais fait.* » (Entretien 4), « *Non.* » (Entretiens 7 et 8), « *Non, non non.* » (Entretien 10), « *Non parce qu'il ne faut pas se laisser bouffer, après sinon, je suis proche de certains patients, je ne pense pas qu'il faille s'impliquer à ce point-là.* » (Entretien 11).

III.3.3.2. Absence d'action auprès de la famille :

Le fait de ne pas avoir de contact avec la famille du défunt était surtout dû dans la majorité des cas, au fait que le médecin ne connaissait pas la famille et pour un médecin par le fait qu'il ne connaissait pas le patient décédé ne l'ayant vu qu'une seule fois : « *J'ai eu un monsieur j'avais vu qu'une fois, j'avoue que je n'ai pas pris part à donner plus de nouvelles, parce que je ne le connaissais vraiment pas du tout, ni sa famille.* » (Entretien 4), « *Ça dépend, si je ne connais absolument pas la famille je ne réagis pas, ça c'est très rare.* » (Entretien 6), « *A chaque fois j'appelle la famille proche, sauf si, sauf dans certaines situations où je ne connaissais pas du tout la famille.* » (Entretien 7), « *Par exemple hier c'était une dame âgée, euh en soins palliatifs en fin de vie, je ne soigne pas la fille, je ne soigne pas l'entourage je n'ai pas rappelé.* » (Entretien 11).

III.3.4. Délai pour l'action du médecin généraliste :

Dans la plupart des situations, le médecin rappelait rapidement les familles, dans les heures suivant l'annonce du décès, dans la majorité des cas. En ce qui concerne la visite au domicile, ou dans le cas du médecin qui visitait ses patients au funérarium, le délai d'action était dans la majorité des cas de 48 à 72 heures.

Pour les visites au domicile : « *Dans les 2-3 jours, enfin quand ils sont chez eux, parce qu'après ils ne restent pas longtemps.* » (Entretien 1), « *Ça m'est arrivé de passer, euh de voir, là les derniers décès il restait l'époux ou l'épouse, alors pas forcément le jour même,*

mais de passer dans la semaine pour les voir. » (Entretien 4), « En général je vais voir la famille, dans la journée où j'apprends, dans la journée ou le lendemain si je ne peux pas. » (Entretien 6).

Pour les appels à la famille : *« Si j'ai eu l'appel le matin, je rappelle le midi euh voilà dans les 2-3 heures. » (Entretien 4), « Le jour même. » (Entretien 7), « Dans la journée. » (Entretien 8), « Dans la journée, dans la demi-heure, dans l'heure, suivant ce que je suis en train de faire. » (Entretien 9), « 48 heures, 48-72 heures. » (Entretien 11).*

III.3.5. Cotation dans le cadre d'un certificat médical :

Plusieurs médecins revenaient sur le fait qu'ils pouvaient apprendre le décès d'un patient en étant appelés afin de rédiger le certificat de décès, dans ce cas, se posait la question de la cotation de l'acte. Plusieurs médecins ne faisaient pas payer lorsqu'il s'agissait de patients : *« Alors moi je ne fais pas payer [...] quand je vais faire un certificat de décès je ne fais pas payer parce que c'est mes patients. » (Entretien 1), « Si on va faire signer un certificat de décès euh généralement on ne fait pas payer d'acte. » (Entretien 10).*

Un médecin évoquait le fait que s'il s'agissait d'un décès survenant en dehors de la patientèle, il faisait si possible un tiers payant : *« Je ne connaissais pas la personne je le faisais que si c'était un tiers payant par exemple, si ce n'était pas un tiers payant je ne le faisais pas payer parce que bon j'ai un peu de mal de demander de l'argent alors que je viens faire signer un certificat de décès. » (Entretien 1).*

III.4. Les réactions par rapport aux actions du médecin généraliste :

On remarquait que la manière d'agir au moment du décès d'un patient, pouvait être propre à chaque médecin. Ces façons d'agir auraient donc pu susciter des réactions.

III.4.1. Réactions de la famille :

III.4.1.1. Des remerciements :

La majorité des médecins interrogés rapportait avoir reçu des remerciements après leurs actions, le plus souvent ces remerciements étaient effectués de manière verbale : *« Dans la plupart des cas, les gens sont sensibles à, à notre coup de fil ou à notre passage au domicile, hein, les familles sont sensibles à ça. » (Entretien 2), « Je sais que ça leur a fait plaisir et euh voilà ils m'ont dit que euh ils ne s'attendaient pas forcément à ce que je passe parce que je n'avais pas forcément prévenu [...] après coup j'ai une veuve qui m'a dit « ah bah vous êtes passée, voilà ça nous a fait plaisir. » (Entretien 4), « J'ai très souvent des remerciements. [...] Ah toujours des remerciements, toujours. » (Entretien 6), « Oui, je pense que la famille*

est plutôt, je pense que ça les touche quand même qu'on les appelle, je pense ouai ouai. » (Entretien 7), « On sent de la reconnaissance, ouai quand même, en tant que médecin traitant, voilà ils ont besoin de savoir qu'on est là, et même après, même après la mort, on reste le médecin traitant du défunt [...] De manière verbale surtout » (Entretien 8), « Ah oui toujours [...] Verbal [...] vous avez toujours les remerciements » (Entretien 9), « Oui comment dire facilement des phrases très, de remerciements. » (Entretien 10), « Oh oui souvent [...] Les deux de manière verbale et écrit. » (Entretien 11).

Un médecin évoquait avoir eu des remerciements plus par rapport au temps passé avant le décès, pour l'accompagnement du patient et de sa famille : *« Des remerciements plus des gens ouai quand on a passé du temps avant avec tout ça. » (Entretien 1).*

Même si la manière de remercier les médecins était majoritairement verbale, certains médecins étaient remerciés d'autres manières :

- **De manière écrite :** *« Enormément ouai, énormément de fois [...] qui t'envoie un petit mot après ou un truc comme ça, oui. » (Entretien 3), « Les deux de manière verbale et écrit. » (Entretien 11).*
- **Sur le faire-part du journal :** plusieurs médecins étaient remerciés de cette manière : *« Les gens qui te mettent sur les faire-part d'enterrement hein, ça arrive assez souvent, assez fréquemment » (Entretien 3), « Aussi remerciements sur le faire-part de décès en fait, donc ça, ça a été même assez curieux. » (Entretien 7), « Quelques fois vous êtes dans le le faire-part, des fois les gens me disent tiens vous avez un patient qui est décédé, je dis bah comment vous savez, bah vous êtes dans le faire-part, mais comme je ne lis pas le journal. » (Entretien 9).*
- Un médecin recevait parfois **des présents :** *« J'ai déjà eu des gâteaux, j'ai déjà eu une boîte de chocolats. » (Entretien 8).*
- D'autres médecins avaient déjà eu des remerciements **par téléphone** de la famille, dans un cas il s'agissait de remercier le médecin qui était venu en visite au domicile et qui avait laissé un mot : *« Elle me repasse un petit coup de téléphone. » (Entretien 6), « J'ai déjà eu les deux, c'est-à-dire remerciements par téléphone et aussi remerciements sur le faire-part de décès. » (Entretien 7).*

III.4.1.2. Des reproches aux médecins :

III.4.1.2.1. A propos d'événements antérieurs aux décès :

Plusieurs médecins rapportaient avoir eu des reproches de la famille sur des événements ayant eu lieu avant le décès au moment où ils soignaient le défunt :

« Mais parfois c'est vrai que euh il y a, il peut y avoir aussi des reproches, dans la façon de faire, de d'avoir soigné, des reproches dans les choix qui ont été faits, donc là on a besoin, de temps en temps, c'est rare, mais de se justifier, d'expliquer les choses. » (Entretien 2), « Des gens qui te critiquent sur la manière d'avoir soigné, ça m'est déjà arrivé une fois, ils m'ont dit que j'avais laissé mourir son père dans des souffrances atroces, alors qu'il était sous morphine [...] mais bon c'était la seule fois lors d'une visite où je te dis, j'ai regretté d'y être allé parce que le mec il m'a dit que c'était honteux que j'avais pas bien soigné son père, que je l'avais laissé mourir dans des douleurs atroces, voilà, mais c'est tout. » (Entretien 3), « J'ai eu une fois dans ma vie un reproche mais il y a très longtemps au début de mon installation, parce que c'était une dame très très âgée qui savait, qui allait, euh qu'elle allait mourir, et qui en parlait sereinement, et moi j'en ai parlé très sereinement avec elle, elle réclamait un prêtre, elle me disait que sa famille ne voulait pas appeler un prêtre j'ai dit bah je vais les influencer pour appeler quelqu'un, pour appeler un curé, euh le fils qui avait entendu, m'a reproché, la dame n'était pas décédée hein, m'a reproché, mon attitude en disant que j'avais carrément annoncé à sa mère qu'elle allait mourir, j'en ai discuté avec lui et dans les années suivantes il m'a remercié de mon comportement il a compris, il m'a remercié. » (Entretien 6), « J'ai déjà eu un, pas un reproche mais une personne qui est morte brutalement, elle a fait une ischémie mésentérique, et moi je l'ai vu quelques jours avant [...] et c'est vrai que là les gens ont dit « ah on ne comprend pas, on vous a dit de venir et vous ne l'avez pas vu » [...] Donc c'est vrai que là en effet, on ressent même si ce n'est pas forcément un reproche on ressent que les gens, euh ah ils nous en veulent un peu quand même je pense hein. » (Entretien 7).

III.4.1.2.2. A propos des événements au moment du décès :

Aucun médecin n'avait eu de reproches sur les manières d'agir au moment du décès de son patient, par la famille : « Des reproches, j'en ai pas eu. » (Entretien 1), « Non, jamais. » (Entretien 2), « Non. » (Entretien 3, 8 et 9), « Non, non non non, je pense que l'appel c'est, je pense que c'est déjà bienvenu. » (Entretien 7), « Pas à mon souvenir. » (Entretien 10), « Non après j'en ai certainement eu mais pas directement. » (Entretien 11).

III.4.1.3. Ressenti des familles face à ces actions :

Plusieurs médecins évoquaient un sentiment de surprise vis-à-vis de l'action faite par le médecin généraliste, et dans la majorité des cas, les familles étaient touchées par l'attention portée à ce moment comme on a pu le voir dans les citations dans la rubrique remerciements : « J'en ai deux surtout en tête où voilà je suis passée les voir, je sais que ça leur a fait plaisir et euh voilà ils m'ont dit que euh ils ne s'attendaient pas forcément à ce que je passe. »

(Entretien 4), « Je pense qu'ils ne s'y attendent pas forcément en effet [...] la relation médecin-patient a quand même changé je pense par rapport à il y a quelques décennies et je pense qu'ils s'attendent peut-être maintenant à une relation un peu plus distante avec leurs médecins, surtout un jeune médecin qu'on ne connaît pas depuis si longtemps que ça, moi je pense qu'ils sont un peu surpris oui. » (Entretien 7).

III.4.2. Réactions des collègues :

Aucun des médecins interrogés ne rapportait de reproches sur leurs façons d'agir de la part de leurs collègues. Peu de médecins en parlaient réellement entre eux.

« En fait j'avoue que les décès, euh les décès de mes patients je n'en ai pas spécialement parlé avec mes collègues, sincèrement, j'en ai plutôt parlé de façon anonyme chez moi par contre, mais avec mes collègues franchement je n'en ai pas parlé ... Je trouve qu'autour d'un café (rires) on a plus envie de parler de choses sympathiques que du dernier décès. » (Entretien 7), « Non. » (Entretiens 3, 5 et 8), « Ni l'un ni l'autre il me semble. » (Entretien 10), « Non, on n'est pas trop dans les critiques. » (Entretien 11).

Un médecin en avait déjà discuté avec plusieurs de ses collègues mais était en désaccord avec la façon dont ses collègues agissaient : « Moi il y a des façons de voir de collègues qui me, euh moi le collègue qui ne va pas voir le défunt, je ne trouve pas ça normal quoi [...] Je pense que la plupart des médecins font ce que je fais quoi, ce n'est pas un, ce n'est pas une façon anormale d'agir quoi, enfin pour moi. » (Entretien 9).

III.5. Les facteurs influençant les médecins :

III.5.1. Les facteurs imputables aux défunts :

III.5.1.1. L'âge du défunt :

La majorité des médecins interrogés avouait que l'âge du défunt pouvait être un facteur influençant leurs actions, en effet plus le défunt était jeune, plus la manière d'agir pouvait varier, mais ce facteur aurait aussi un impact sur le ressenti de certains médecins.

III.5.1.1.1. Influence de l'âge du défunt sur l'action du médecin :

Quelques médecins avouaient que l'âge du défunt pouvait avoir une influence sur l'action faite auprès des familles : « J'en ai eu là des cas jeunes, euh dans ma patientèle, 19 ans [...] mais je j'ai parlé avec les familles en fait je suis avec les familles et je les écoute parler. » (Entretien 1), « L'âge du patient, c'est sûr que si c'est un enfant, si la personne a 30 ans, euh, ou si c'est une personne âgée en maison de retraite, on ne va peut-être pas avoir la même attitude. » (Entretien 2), « Je dirai plus il est jeune, plus c'est difficile et plus j'ai tendance à

être proche de la famille. [...] On a tendance à appeler plus facilement. » (Entretien 8), « Quelqu'un de jeune, c'est quand même plus marquant, c'est quand même plus difficile à supporter pour la famille. » (Entretien 11).

III.5.1.1.2. Influence de l'âge sur le discours du médecin :

Certains médecins pouvaient voir le discours à la famille modifié selon l'âge du défunt :
« J'ai parlé avec les familles en fait je suis avec les familles et je les écoute parler » (Entretien 1), « C'est ça, c'est ça. » (Entretien 8), « Quelqu'un de jeune, c'est quand même plus marquant, c'est quand même plus difficile à supporter pour la famille. » (Entretien 11).

III.5.1.1.3. Influence de l'âge sur le ressenti du médecin :

L'âge du patient avait chez plusieurs médecins une influence avec un impact plus personnel :
« J'en ai eu là des cas jeunes [...] 19 ans, bon là j'ai un peu plus de mal j'avoue [...] je les écoute parler, en essayant d'être forte pour pas, parce que des fois c'est des familles que je connaissais donc c'est vrai que c'est un peu plus dur et tout ça donc. » (Entretien 1), « Le contexte de l'âge, c'est vrai que bon, quelqu'un âgé bah c'est la continuité, c'est la vie et quelqu'un de jeune, c'est, c'est ça prend plus aux tripes et on se sent plus concerné du moins, [...] Ça va peut-être plus me prendre les tripes, (rires) [...] Emotionnellement, oui. » (Entretien 3), « Ça m'influence moi personnellement, mais, mais pas dans mon comportement avec les patients. » (Entretien 6), « Ma réaction personnelle peut être différente en fonction de l'âge du patient, j'ai deux exemples très simples c'est que ma patiente il y a trois semaines qui est décédée, elle était en maison de retraite, j'ai envie de dire quand on a 80 ans qu'on est en maison de retraite on s'attend à ce qu'il y ait un décès. Euh, un an auparavant par contre j'ai eu un décès d'un patient de 22 ans, qui s'est pendu et c'est le conjoint qui m'a dit de vive voix au cabinet, mon mon mon copain s'est pendu. Donc là j'avoue que je l'ai eu un petit peu plus en travers de la gorge, mais euh voilà ça dépend je pense surtout de l'âge du patient. [...] Plus sur l'affect, après la manière d'agir ce sera toujours la même de présenter les condoléances et puis voilà, après ouai c'est plus au niveau du ouai de l'affect c'est ça. » (Entretien 7), « Je dirai plus il est jeune, plus c'est difficile. » (Entretien 8), « On est toujours assez empathique quand même, intérieurement ça m'affecte plus ou moins c'est certain. » (Entretien 9).

III.5.1.1.4. Pas d'influence de l'âge :

III.5.1.1.4.1. Absence d'influence de l'âge sur l'action du médecin :

Même si l'âge pouvait avoir un impact sur le ressenti du médecin, certains médecins ne modifiaient pas leur manière d'agir : « *Je ne vais peut-être pas faire des choses différentes, mais ça va peut-être plus me prendre les tripes, (rires).* » (Entretien 3), « *Non.* » (Entretien 5), « *Pas dans mon comportement avec les patients.* » (Entretien 6), « *La manière d'agir ce sera toujours la même de présenter les condoléances et puis voilà.* » (Entretien 7), « *Sur le décès on est toujours assez empathique quand même, intérieurement ça m'affecte plus ou moins c'est certain.* » (Entretien 9), « *C'est toujours l'accompagnement de la famille avant tout euh, donc quel que soit l'âge.* » (Entretien 10).

III.5.1.1.4.2. Absence d'influence de l'âge sur le ressenti du médecin :

Un seul médecin exprimait que l'âge du patient n'avait pas d'influence sur son ressenti personnel : « *Non.* » (Entretien 5).

III.5.1.2. Les relations avec le patient :

III.5.1.2.1. Influence sur l'action du médecin :

La majorité des médecins évoquait l'influence qu'avait la relation avec le patient par rapport à leurs actions, avec souvent des patients que les médecins suivaient depuis plusieurs années : « *Donc ça peut m'arriver de me rendre au domicile, en fait c'est à la carte, il n'y a pas de règles particulières à ça, on fait un métier assez humain, donc on peut avoir des affinités plus ou moins fortes avec certains patients [...] Il n'y a pas de règles établies [...] Médecin de famille quand même, on a une situation relativement proche de nos patients, donc on peut être amené à connaître plus particulièrement les gens au niveau personnel, donc ça, ça peut influencer [...] Par rapport aux familles, oui.* » (Entretien 2), « *Depuis combien de temps on suit le patient, hein euh, c'est vrai comme je suis installée depuis peu, je n'ai pas la même attache entre guillemets avec les patients.* » (Entretien 4), « *Si je le suis depuis longtemps, ce n'est pas pareil que si je le suis depuis un mois ou deux.* » (Entretien 8), « *Les liens avec la famille, avec le défunt [...] Surtout sur ma manière d'agir pour soutenir les proches en fait.* » (Entretien 11).

Plusieurs médecins évoquaient le fait que leur action était différente s'il s'agissait d'un patient suivi pour une longue maladie ou selon comment se passait la fin de vie : « *Si c'est quelqu'un*

que j'ai suivi longtemps aux soins pal' ou que je me suis attachée c'est plus dur, donc euh, ouai j'ai peut-être des attitudes plus vis-à-vis de la famille [...] quand c'est quelqu'un où on a vraiment suivi longtemps, enfin un cancer ouai, qu'on est proche de la personne, qu'on y va toutes les semaines, voire deux fois par semaine, c'est pas pareil. » (Entretien 1), « La fin de vie comment ça a été si je l'ai accompagné, si c'était une longue maladie, voilà il y a une relation qui se tisse qui est différente, que si c'est une mort brutale accidentelle quoi. » (Entretien 8).

Plusieurs médecins exprimaient le fait que les relations avec les patients n'avaient pas vraiment une grande influence sur leurs actions : « *Il y a peut-être que les vieux cons que je ne vais peut-être pas voir, (rires), non mais sinon non je vais faire toujours une visite à la famille. » (Entretien 5), « Plus sur l'affect, après la manière d'agir ce sera toujours la même de présenter les condoléances et puis voilà. » (Entretien 7), « A partir du moment où je les ai accompagnés plusieurs années et même moins d'années, c'est d'être auprès des familles, donc non, je pense que... » (Entretien 10).*

III.5.1.2.2. Influence sur le ressenti du médecin :

Plusieurs médecins étaient affectés selon la relation médecin-patient qu'ils avaient : « *Si c'est quelqu'un que j'ai suivi longtemps aux soins pal' ou que je me suis attachée c'est plus dur » (Entretien 1), « Ça dépend de l'affect qu'on a envers le patient, des gens qu'on a vu une fois, bon, parfois on n'arrive même pas à remettre un visage sur le patient, des gens qu'on connaît bien et puis auxquels on s'identifie peut-être un petit peu plus c'est vrai c'est peut-être un petit peu plus difficile à vivre. » (Entretien 7), « Si je le suis depuis longtemps [...] La fin de vie comment ça a été si je l'ai accompagné, si c'était une longue maladie, voilà il y a une relation qui se tisse. » (Entretien 8), « J'ai perdu une patiente il n'y a pas longtemps que je soignais depuis pratiquement mon premier jour d'installation qui est morte, elle avait exactement mon âge donc euh, vous avez tissé des liens de 36 ans d'installation [...] c'est souvent des gens de proximité, des gens qu'on a soigné quoi pendant des années quoi, donc forcément. [...] Ce qui m'affecte beaucoup c'est la durée des soins, les rapports qu'on avait avec les gens, parce que ça devient presque des amis, on connaît toute leur vie, euh vous verrez ça quand vous serez médecin généraliste, mais c'est vrai c'est la beauté de notre métier. [...] Ah oui, il y a des fois c'est dur. » (Entretien 9).*

III.5.2. Concernant le mode de décès :

L'ensemble des médecins n'était pas affecté de la même manière, cependant l'aspect brutal lors de la survenue d'un décès était un point commun et pouvait influencer le médecin.

III.5.2.1. Influence sur l'action du médecin :

Plusieurs médecins adaptaient leurs actions selon le mode de décès, afin de répondre au mieux aux attentes et aux besoins de la famille : « Une mort subite, quand c'est quelqu'un où on a vraiment suivi longtemps, enfin un cancer ouai » (Entretien 1), « Enormément oui, oui, parce que c'est plus dur à gérer pour la famille, donc dans ce cas-là bah on, on essaie d'être encore plus proche pour la suite, en cas d'accident ou de, même quelqu'un de jeune et brutal. » (Entretien 3), « Si c'est attendu euh les gens étaient peut-être un peu plus prêts, et puis bon si c'est par exemple un accident de vie ou quelque chose comme ça on n'est peut-être un peu plus, plus, porter plus attention à la personne qui reste, parce qu'elle était pas du tout prête et on ne sait pas comment ils peuvent réagir. » (Entretien 4), « Toujours, un suicide par pendaison on a plus envie de soutenir la famille et de lui dire, qu'on est là, alors que bon un décès de vieillesse, bon on présente les condoléances, mais on sait bien que la famille était prête à ce qu'il y ait un décès et euh, peut-être qu'on se rend moins disponible, inconsciemment auprès de la famille, parce qu'on se dit que les choses étaient attendues quoi. » (Entretien 7), « La fin de vie comment ça a été si je l'ai accompagné, si c'était une longue maladie, voilà il y a une relation qui se tisse qui est différente, que si c'est une mort brutale accidentelle quoi. » (Entretien 8), « Parce que c'est, attendu on a déjà conversé, on a déjà partagé avec les patients, la famille, enfin surtout la famille, ou il y a eu des échanges fréquents. Tandis que le décès brutal, bah là c'est, ça dépend un peu la demande de la famille [...] quand on soigne les proches bah on a des, des consultations qui sont justement dédiées à la survenue brutale d'un décès. [...] Leur dire que de toute façon on est là pour discuter et qu'ils n'hésitent pas car parler c'est important. Donc c'est surtout ça, parler à leur demande qu'ils n'hésitent surtout pas s'ils ont besoin. » (Entretien 10), « Surtout sur ma manière d'agir pour soutenir les proches en fait. [...] Si c'est attendu et que la famille est préparée, j'aurais moins tendance à m'impliquer. Par contre si c'est brutal, que la famille réagit mal, si je soigne le conjoint, s'il déprime ou tout ça, je me déplacerai plus facilement et je les appellerai beaucoup plus facilement. » (Entretien 11).

III.5.2.2. Influence sur le discours du médecin :

Le mode de décès avait aussi une influence sur le discours de plusieurs médecins qui s'adaptaient donc à la situation : « Dans mon discours avec la famille oui, parce que je demande des explications, comment ça s'est passé, comment ils ont pris la chose, j'essaye de les reconforter [...] d'essayer de leur expliquer qu'il n'a pas dû souffrir euh, bon ce n'est pas toujours évident mais voilà. » (Entretien 6), « Oui parce que euh, bah forcément on va dire on s'y attendait machin tout ça, alors que de l'autre côté, euh bah on est interloqué en même

temps que les proches. » (Entretien 7), « C'est ça, c'est ça » (Entretien 8), « Quelqu'un qui meurt d'une longue maladie, vous avez le temps [...] pour le monsieur qui avait une maladie de Charcot c'est mieux pour lui, voilà ce genre de maladie [...] Quand vous avez un décès brutal, vous ne savez pas quoi dire, vous êtes dans le même état, vous êtes, euh il y a une stupeur, euh qu'est-ce qu'on dit, qu'est-ce qu'on ... parce qu'il faut toujours qu'on ait une réponse, nous, il faut toujours avoir les mots voilà. [...] On n'a pas la même réaction parce qu'on n'a pas la même préparation mentale. » (Entretien 9), « Surtout sur ma manière d'agir pour soutenir les proches en fait. » (Entretien 11).

III.5.2.3. Influence sur le ressenti du médecin :

Le mode de décès et certaines situations pouvaient chez plusieurs médecins avoir un impact sur leur sensibilité : *« La fin de vie comment ça a été si je l'ai accompagné, si c'était une longue maladie, voilà il y a une relation qui se tisse qui est différente, que si c'est une mort brutale accidentelle quoi. » (Entretien 8), « Maladie de Charcot ça fait deux ans, on sait depuis deux ans qu'il va mourir ... euh, bon ça vous affecte. J'ai perdu, je me souviens un jeune papa, dont je soignais la femme et les trois enfants qui est mort d'une crise cardiaque un soir, ça vous affecte euh, d'abord vous en prenez un coup sur la calebasse, vous vous interrogez en vous posant la question de savoir, est ce qu'il y a des choses que vous auriez pu [...] je me souviens de ce cas là parce que c'était un soir, je m'en souviens comme si c'était hier quoi. [...] Voilà ça marque, donc le décès brutal, le décès d'un accident aussi, l'accident de la route, bon ça m'est arrivé une fois, euh les parents viennent vous dire que leur fils est mort euh voilà quoi. » (Entretien 9), « Une personne qui a une pathologie chronique, pour laquelle on sait qu'il y a une évolution qui on sait que c'est entre guillemets de mal en pis ou que ça s'aggrave, euh on sait entre guillemets c'est du soin palliatif [...] un cancer rapidement évolutif, je suis peinée pour eux, mais bon je prends du recul parce que s'en quoi c'est bouffant, mais c'est vrai que ça me laisse pas insensible, parce que je me dis zut ça a été rapide. » (Entretien 10).*

III.5.2.4. Pas d'influence sur le médecin :

III.5.2.4.1. Pas d'influence sur l'action du médecin :

Même si le mode de décès pouvait avoir une influence sur le ressenti du médecin ou son discours, plusieurs d'entre eux répondaient ne pas avoir de modification de leurs manières d'agir : *« Non. » (Entretien 5), « Oui voilà on essaie, on est empathique quoi. » (Entretien 9).*

III.5.2.4.2. Pas d'influence sur le ressenti du médecin :

Un médecin répondait que le mode de décès n'avait pas d'influence sur son ressenti : « *Non.* » (Entretien 5).

III.5.2.5. Influence des circonstances du décès :

Un médecin évoquait le fait que son action pourrait être différente selon les circonstances du décès et selon où le patient était décédé : « *Les circonstances du décès aussi, si c'était à l'hôpital ce n'est pas la même chose que si c'était au domicile ...* » (Entretien 11).

III.5.3. Concernant les proches, la famille du défunt :

III.5.3.1. Selon la réaction des proches :

Un médecin évoquait que la réaction des proches du défunt pouvait influencer sur son affect et donc plus ou moins le toucher, ce qui aurait un impact sur son discours par la suite : « *Ce qui peut influencer aussi un peu ma réaction c'est déjà aussi la réaction des proches en elle-même [...] La personne qui est effondrée devant soi, forcément on vit la chose un peu plus, enfin le la le proche qui est effondré devant soi au cabinet, on vit les choses un peu plus, euh avec un peu plus d'affect que quelqu'un qu'on a juste au téléphone et qu'on ne verra peut-être pas derrière* » (Entretien 7).

III.5.3.2. Selon la demande de la famille :

Un médecin adaptait son action auprès des familles selon leur demande et restait ouvert : « *Si c'est leur demande oui, oui leur dire que de toute façon on est là pour discuter et qu'ils n'hésitent pas car parler c'est important. Donc c'est surtout ça, parler à leur demande qu'ils n'hésitent surtout pas s'ils ont besoin, car pour les proches c'est dur aussi de discuter entre les proches ils sont tous concernés.* » (Entretien 10).

III.5.3.3. Selon la relation avec les familles :

La relation entre les médecins et la famille du défunt pouvait avoir une influence sur le discours ou la manière d'agir des médecins, mais aussi sur leur affect : « *Des fois c'est des familles que je connaissais donc c'est vrai que c'est un peu plus dur et tout ça donc.* » (Entretien 1), « *Ceux avec qui je connais les restants entre guillemets quoi les restants voilà, l'entourage, je réagis peut-être un peu plus et je leur prends plus de nouvelles.* » (Entretien 4), « *Selon que je connais bien la famille ou que je ne connais pas du tout, quelques fois on a un patient en maison de retraite où on ne connaît absolument pas la famille, en maison de retraite on est appelé pour faire le constat de décès, donc là on voit le défunt, mais souvent en maison de retraite, on n'a plus de contact avec la famille [...] Donc si je n'ai pas de contact*

avec la famille, je ne me manifeste pas. » (Entretien 6), « Plus j'ai tendance à être proche de la famille, après plus on connaît la famille aussi, quand on connaît toutes les générations de la famille, on a tendance à appeler plus facilement. » (Entretien 8), « Les liens avec la famille. » (Entretien 11).

III.6. Evolution des attitudes et des actions des médecins généralistes avec leurs expériences :

III.6.1. Influence de l'expérience sur l'action faite :

III.6.1.1. L'expérience a influencé l'action du médecin :

Quelques médecins rappelaient plus souvent les familles, en effet avec les années, ils connaissaient mieux les familles et donc agissaient plus fréquemment lors des décès :

« Elle a évolué, j'en faisais moins avant, elle a évolué parce que je connais les gens depuis 10 ans même si je suis installée que depuis (9 mois), ça fait 9 ans que je les suis tous ces gens donc forcément je les connais mieux, et ouai on connaît leurs histoires, donc c'est en ça que ça a changé » (Entretien 8), ce médecin disait ne pas forcément appeler les familles au début car elle ne les connaissait pas, elle n'avait donc pas d'action forcément.

« Je rappelle un peu plus qu'avant les patients parce que je connais mieux les familles. » (Entretien 11).

Un autre médecin évoquait le fait qu'au début de son installation il ne savait pas comment agir et c'est donc au fil du temps que sa manière d'agir avait progressivement évolué : *« Au début c'est plus dur, parce qu'on sait pas trop, on n'est pas formé pour réagir face au décès et tout ça, donc je pense qu'avec l'âge, j'ai pris de la bouteille et puis je sais plus écouter les gens, plus euh enfin des façons de faire, c'est pas forcément dans la parole, c'est des façons d'être avec les gens ou des choses comme ça quoi. » (Entretien 1).*

Un médecin évoquait également que son action avait été modifiée de part une avancée technologique, en effet ce médecin communiquait beaucoup plus aujourd'hui grâce à son téléphone portable personnel et via les messages, chose qui n'existait pas il y a plusieurs années. A cette époque elle passait donc plus des appels aux familles : *« On n'avait pas de ça il y a 20 ans c'est sûr [...] Après il y avait un appel, un échange après le décès pour le, pour faire un signe d'empathie enfin voilà. » (Entretien 10).*

III.6.1.2. L'expérience n'a pas influencé l'action des médecins :

La majorité des médecins ne voyait pas de modification de leurs actions malgré leur expérience et leur nombre d'années d'installation : *« Non. » (Entretien 2), « Pour ma manière de réagir vis-à-vis du décès c'est toujours pareil depuis mon installation. » (Entretien 3),*

« Non parce qu'après même si je suis installée depuis peu, c'est des personnes par exemple qui sont décédées je les suivais avant là où je remplaçais donc finalement je les connaissais au moins depuis 2-3 ans [...] j'ai toujours été pareil [...] j'ai gardé la même façon de faire. » (Entretien 4), « Non, je faisais déjà ça en m'installant » (Entretien 5), « Ah si, ah si si, mais j'étais moins à l'aise. » (Entretien 6), « Non non, je fais toujours de la même façon, de présenter mes condoléances, de dire que je suis là si besoin, bla bla, mais non, euh je ne pense pas qu'elle ait évolué tant que ça. » (Entretien 7), « J'ai toujours fait j'estime que c'est, ça fait partie de, je dis toujours ça fait partie du service après-vente. » (Entretien 9).

III.6.2. Influence de l'expérience sur le ressenti du médecin :

Un médecin évoquait le fait que même si son action restait la même, son attitude auprès des familles était différente du fait d'une modification de sa vision de la mort avec son expérience : « Ma vision de la mort n'est plus la même [...] au début je vivais ça un petit peu comme un échec, d'une autre part je ne le vis plus du tout comme ça maintenant [...] j'étais moins à l'aise. » (Entretien 6).

Un autre médecin évoquait le fait que pour lui son expérience avait fait que l'annonce d'un diagnostic grave devenait de plus en plus difficile pour lui sur le plan personnel : « Quelqu'un à qui je découvre un, euh, comment on pourrait dire, un truc qui va lui être fatal, euh je suis, ça me prend plus les tripes qu'avant. » (Entretien 3).

D'autres médecins évoquaient le fait que le nombre d'années d'installation faisait qu'ils connaissaient mieux leurs patients et que donc cela pourrait avoir un impact personnel : « Ce n'est pas toujours facile de ne pas se projeter, quand on perd des gens qui ont presque notre âge, ou quand on connaît les enfants, quand on connaît, du coup si ça a évolué aussi ça. » (Entretien 8), « Un petit peu plus qu'avant parce qu'on connaît mieux les gens, des fois c'est un peu plus, mais j'arrive quand même à faire la part des choses et je n'en souffre pas quand je rentre le soir chez moi. » (Entretien 11).

III.6.3. Influence de l'expérience sur le discours aux familles :

Pour certains médecins, l'expérience n'avait pas d'influence sur leurs actions mais avait plus un impact sur le discours qu'ils pouvaient tenir aux familles, avec des réponses aux questions qui devenaient plus claires, une réaction plus adaptée face au désarroi des familles et des médecins qui se disaient plus à l'aise : « L'expérience fait que peut-être on va un petit peu mieux gérer les choses, ou on va savoir euh, peut être euh rassurer les gens, parce que les gens ont besoin d'être rassuré sur le décès, est-ce que c'était évitable ? Est-ce que tout a été fait correctement ? Est-ce que les soins requis ont été donnés euh, il faut c'est vrai on se rend

compte que lors des décès, il y a toujours beaucoup de colère, euh selon l'âge du défunt, et euh après un décès être en colère pour la famille c'est quand même quelque chose de très fréquent, donc il faut savoir aussi utiliser les bons mots pour rassurer. » (Entretien 2), « Maintenant il me semble que je suis à l'aise. » (Entretien 6).

Un autre médecin avait vu son discours se modifier du fait d'une meilleure connaissance des familles et des patients : *« On connaît leurs histoires, donc c'est en ça que ça a changé. » (Entretien 8).*

III.6.4. Influence de l'action faite suite à une discussion avec un collègue :

III.6.4.1. Modification possible de l'action faite :

La majorité des médecins interrogés évoquait la possibilité d'une modification de leur manière d'agir après un échange avec un collègue à ce sujet, même si cette situation ne s'était pas présentée, donc cela restait flou mais les médecins restaient ouverts : *« Si lui il me dit je fais comme ça, est ce que je ne pourrais pas faire ça [...] Oui on pourrait, oui » (Entretien 1), « Pourquoi pas [...] mais je ne vois pas ce qu'on pourrait faire de plus en tout cas. » (Entretien 2), « Peut-être, après je sais par exemple qu'il y a des médecins qui, euh font tout de suite une carte, qui vont, j'ai déjà eu des médecins qui sont allés aux funérailles, peut être que ça je le ferai un jour, je voilà, je ne sais pas [...] un collègue, voilà, qui pourrait faire évoluer. » (Entretien 4), « Oui ça pourrait mais je ne me rendrai quand même pas aux obsèques [...] pour ne pas être trop intrusif non plus dans leur moment de deuil. » (Entretien 8), « Pourquoi pas, parce que je pense qu'on s'enrichit toujours de l'expérience de l'autre, pouvoir échanger oui, c'est un peu ce qu'il y avait des groupes Balint à une époque. » (Entretien 10), « Pourquoi pas oui je suis ouvert à tout. » (Entretien 11).*

Un médecin avait d'ailleurs échangé au début de son installation avec sa collègue ce qui avait inspiré le médecin dans ses actions futures : *« En échangeant avec ma collègue quand j'étais jeune installée, dans la manière de faire [...] je sais qu'elle rappelait facilement donc je pense que c'est à travers elle où je me suis mise à rappeler les familles, je crois que c'est venu aussi naturellement de se manifester auprès d'eux parce qu'on a accompagné le patient, et puis voilà. » (Entretien 10).*

Un autre médecin pouvait échanger avec ses collègues, dans le but de savoir s'il avait agi de la bonne manière : *« Avec une collègue des fois je peux en parler, mais c'est plus pour savoir si j'ai correctement agi, si j'ai fait ce qu'il faut plutôt que pour me soutenir. » (Entretien 11).*

III.6.4.2. Pas de modification possible de l'action faite :

Certains médecins ne voyaient pas en quoi une discussion pouvait modifier leur façon d'agir et ne voyaient pas ce qu'ils pouvaient faire de plus : « *Non* » (Entretien 3, 5 et 6), « *Je pense que je fais ce qu'il faut.* » (Entretien 9).

Un médecin évoquait le fait qu'il s'agissait de quelque chose de personnel : « *Non, parce que pour moi c'est quelque chose de personnel.* » (Entretien 8).

Un autre médecin justifiait ses actions par le fait qu'il s'agissait de quelque chose d'humain et non de technique : « *Il faut être disponible, quoi les gens ont besoin de nous, c'est pour ça qui nous aime les gens, enfin qui nous aime, qui nous apprécie, c'est l'aspect humain des choses, ce n'est pas l'aspect technique.* » (Entretien 9).

III.6.4.3. Sans avis sur une influence possible :

Un seul médecin n'avait pas d'avis et ne savait pas si un collègue pouvait l'influencer car il n'avait jamais évoqué le sujet : « *Bonne question, en fait j'avoue que les décès, euh les décès de mes patients je n'en ai pas spécialement parlé avec mes collègues, sincèrement* » (Entretien 9).

III.7. Action possible au cours des études médicales :

III.7.1. Intervention envisageable au cours des études médicales :

La majorité des médecins interrogés était d'accord sur le fait qu'il pouvait être envisagé de mettre en place une action, afin d'aider les jeunes médecins qui s'installaient à agir et à réagir au moment du décès d'un patient.

Plusieurs médecins proposaient une discussion autour du décès des patients, l'un d'eux évoquait le fait que même si c'était intéressant d'évoquer ce sujet, l'expérience restait aussi importante dans ce cas : « *Aborder au moins le décès des patients à la fac, je pense qu'on est un peu abordé pendant l'internat au moment des cours, après euh, après c'est toujours pareil c'est quelque chose qui ne peut pas s'apprendre sur la théorie, comment réagir, mais par contre c'est toujours bien d'essayer de faire, d'en parler avant pour se préparer, mais après je pense qu'on a tous des réactions différentes, et que c'est un petit peu l'école de la vie de réagir à la mort, que quelque chose de vraiment théorique.* » (Entretien 7), néanmoins, ce même médecin ne voyait pas forcément l'intérêt d'aborder les différentes manières d'agir, d'un point de vue personnel : « *Pour certaines personnes, après moi personnellement je n'ai pas l'impression que ça m'a manqué.* »

Un autre médecin pensait plus à une préparation psychologique autour de la mort et de l'accompagnement des familles : « *Je pense leur expliquer que la mort c'est inéluctable, et que ce n'est pas un échec de notre part mais qu'il faut quand même être compatissant vis-à-vis des gens, euh surtout quand on les connaît bien. Alors en début d'exercice, c'est difficile, mais après quand on connaît bien les familles on fait même quelques fois presque partie de la famille, pour les gens.* » (Entretien 6), cette idée de préparation à l'accompagnement des endeuillés était aussi abordée par un second médecin, avec une préparation à l'annonce d'un décès : « *Donner des clés sur la communication, avoir un peu de formation aussi sur l'annonce du deuil etc... Enfin l'annonce du décès et l'accompagnement du deuil, je pense que c'est important et qu'on n'est pas assez formé là-dessus, enfin après avec les années d'expériences, on finit par acquérir cette expérience.* » (Entretien 8).

Un médecin proposait de mettre en place des colloques afin de pouvoir échanger sur le sujet : « *Des colloques pour discuter, pour échanger, parce que des décès il y en a dès les études à l'hôpital, donc euh, et puis chaque professionnel de santé à sa psychologie propre aussi donc c'est à prendre en compte.* » (Entretien 11).

La mise en place « d'un guide des pratiques » pouvait pour un autre médecin, aider les étudiants pour leurs prises en charge futures : « *Un guide de conduite à tenir ce serait bien [...] on ne peut pas dire que ce soit un guide bonne pratique parce que ça ne peut être qu'un conseil.* » (Entretien 9).

Un médecin évoquait qu'au début de son installation, le fait de ne pas avoir eu de formation avait fait qu'il s'était senti désemparé : « *Au début c'est plus dur, parce qu'on ne sait pas trop, on n'est pas formé pour réagir face au décès.* » (Entretien 1).

III.7.1.1. Au cours de l'internat :

Les médecins qui pensaient utile de mettre en place une action au cours des études médicales, conseillaient pour la majorité, d'aborder ces sujets au cours de l'internat, parce que pour eux il s'agissait du moment où les étudiants étaient le plus confrontés aux patients et à la mort : « *Lors de l'internat.* » (Entretien 6), « *Au moment des mises en situation, donc plus au moment de l'internat.* » (Entretien 9), « *L'internat, je pense, enfin après je me trompe peut-être mais on est plus confronté au décès pendant l'internat que pendant l'externat.* » (Entretien 11).

Un médecin évoquait le fait que cette intervention pouvait avoir sa place lors des cours donnés aux internes de médecine générale : « *Plutôt au cours de l'internat, avec notamment la journée de cours qu'on a à la fac, je crois qu'on l'avait abordé déjà un petit peu, la mort*

du patient, ce serait plutôt à l'internat, là où on voit vraiment les gens on les examine on les suit un petit peu. » (Entretien 7).

Un autre médecin trouvait que lors de l'externat les étudiants manquaient d'expérience et de contact avec les patients et la médecine générale : *« Au cours de l'internat, et aussi parce qu'on est un peu plus vieux et qu'on a un peu plus de recul, on a aussi un peu plus vécu à l'hôpital, parce qu'au cours de l'externat ça reste trop abstrait [...] Les externes ils sont encore trop dans la formation, ils n'ont pas encore eu beaucoup de contact avec les gens, donc à l'internat c'est mieux je pense. » (Entretien 8).*

III.7.1.2. Sans avis sur le moment au cours des études :

Un médecin était d'accord sur le fait qu'il fallait évoquer au cours des études médicales l'accompagnement des familles lors d'un décès, cependant ce médecin était sans avis sur le moment au cours duquel ce sujet pouvait être abordé : *« Aborder aussi certes accompagner le patient mais savoir aussi accompagner les familles après oui. » (Entretien 10).*

III.7.2. Une intervention non nécessaire au cours des études médicales :

Un des médecins pensait que cette intervention au cours des études médicales n'était pas forcément nécessaire et ne voyait pas ce qui pouvait y être abordé, car pour lui il s'agissait plus d'une approche personnelle propre à chaque médecin : *« Apprendre la mort, après tu es confronté, après c'est vrai qu'on est rarement confronté à la mort à l'hôpital [...] interne un peu, tu fais des certificats de décès, mais ce n'est pas pareil [...] Je ne suis pas sûr. » (Entretien 5).* Un autre médecin, même si pour lui le sujet pouvait être abordé lors de l'internat, évoquait quand même que c'était son expérience et ses réactions personnelles qui le guidaient plus : *« C'est quelque chose qui ne peut pas s'apprendre sur la théorie [...] après je pense qu'on a tous des réactions différentes, et que c'est un petit peu l'école de la vie de réagir à la mort, que quelque chose de vraiment théorique. » (Entretien 7).*

III.8. Possibilité d'une généralisation de la pratique :

L'ensemble des médecins interrogés était d'accord sur le fait qu'une généralisation d'une pratique lors d'un décès de patient n'était pas envisageable pour eux.

III.8.1. Un métier basé sur l'humain :

Plusieurs médecins évoquaient le fait que le métier de médecin était basé sur l'humain, en ce sens il n'était donc pas possible pour eux de codifier ou de généraliser une pratique dans un tel moment qu'était le décès : *« On a un métier qui est tellement humain que euh ça me paraît compliqué d'établir des règles ou des prises en charge. » (Entretien 2), « C'est plutôt*

l'humain, plus même le médecin qui le fait, donc euh, pour moi ça n'a pas d'importance je le fais voilà, euh, je n'aimerai même pas que ce soit fait, calculé mais que ce soit fait de bon cœur entre guillemets [...] Plus humaine voilà. » (Entretien 4).

III.8.2. Le ressenti des médecins :

Le fait que dans cette situation particulière, toutes les personnes n'avaient pas les mêmes réactions et de ce fait les mêmes besoins, plusieurs médecins évoquaient que les actions à ce moment étaient donc guidées par leur ressenti à ce moment précis : *« Chacun réagit euh suivant son ressenti, et je ne vois pas comment on peut codifier les choses » (Entretien 6), « J'ai un ressenti quand même très différent en fonction des gens et puis je pense que c'est une réaction qui se fait un petit peu sur le tas, un petit peu au feeling et puis en fonction de son ressenti personnel, donc non pour moi il n'y a pas de code, par rapport à ça, mais c'est mon ressenti. » (Entretien 7), « Ça reste un ressenti personnel et, pour moi on ne peut pas blâmer un médecin parce qu'il n'appelle pas son patient [...] Il n'y a aucune obligation professionnelle, on est plus dans du ressenti et de l'accompagnement. » (Entretien 8), « C'est vraiment en fonction, au cas par cas : le patient, son histoire de vie, sa famille, donc on ne peut pas généraliser, chacun à son histoire donc l'empathie se manifeste d'une manière ou d'une autre d'accompagnement, donc je ne pense pas qu'on puisse avoir des cases à remplir. » (Entretien 10), « Il faut laisser le ressenti à chacun et puis il faut sentir aussi si la famille en a besoin, je pense qu'il ne faut pas être trop présent si on sent qu'il n'y en pas besoin et vice versa. » (Entretien 11).*

III.8.3. La singularité des médecins :

D'autres médecins mettaient en avant le fait que chacun avait sa propre manière d'agir car avant d'être médecins, ils étaient avant tout une entité singulière, avec leur propre sensibilité : *« Chaque médecin est différent, et euh, plus ou moins sensible et réagit différemment avec ses patients, donc je pense que c'est ça en plus, je pense pas que ce soit un truc codifié parce que il y en a ils ne vont pas le faire et puis on n'est pas tous pareil, il y en a qui sont plus sensibles que d'autre. » (Entretien 1), un autre médecin mettait le point sur le fait qu'il n'y avait rien d'obligatoire dans cette approche : « C'est comme tu le ressens hein, ce n'est pas obligatoire. » (Entretien 5), « Je pense que ça fait partie de notre intime quoi, ma façon d'agir c'est ce que je ressens. » (Entretien 9), pour ce même médecin si une généralisation était faite elle ne serait pas appliquée : « Vous pouvez le faire, ça ne sera pas appliqué, c'est tellement des situations, vous voyez c'est des situations où on s'adapte. »*

III.8.4. Les convictions religieuses :

Pour un médecin, la manière d'agir était personnelle et conditionnée par les convictions religieuses des médecins et la vision qu'on avait de la mort : « *C'est personnel, c'est à ta manière de réagir vis-à-vis de la mort, c'est un peu tes convictions aussi catholiques ou des choses comme ça si tu veux.* » (Entretien 3).

IV. Discussion :

IV.1. Forces et faiblesses de l'étude :

IV.1.1. Forces de l'étude :

IV.1.1.1. Le choix de l'étude :

Peu d'études ont été réalisées en ce qui concerne les manières d'agir des médecins généralistes lorsqu'ils perdaient un de leurs patients. En effet, on trouvait de nombreuses études basées sur le ressenti des médecins généralistes lors de la perte d'un patient ou sur l'importance de diagnostiquer un deuil pathologique dans la famille du défunt.

Cependant, il me paraissait intéressant d'étudier les manières d'agir des médecins car il s'agit de situations très fréquentes et faisant partie du rôle du médecin généraliste. Ce sont lors de ces situations que les jeunes médecins pouvaient se sentir déstabilisés au début de leur installation.

IV.1.1.2. La méthode :

Le but de cette étude n'était pas de chercher LA bonne manière d'agir, mais plus d'étudier des expériences au sein d'une population particulière, les données étaient donc subjectives, c'est pour cela que la méthode qualitative était pour moi la plus adaptée pour mon étude.

J'ai choisi de mener des entretiens individuels, semi-directifs et anonymes afin de permettre aux médecins de s'exprimer librement, sans risque de jugement par des confrères, car il s'agissait d'expériences très personnelles, pouvant porter à jugement. J'ai donc préféré cette méthode à celle par Focus Group. Le fait d'enregistrer mes entretiens me permettait de les retranscrire mot pour mot et donc d'éviter la perte d'informations.

Je précise dans le chapitre « matériels et méthodes », que bien que ma grille d'entretien ait été approuvée par la commission des thèses du Département de Médecine Générale, j'ai réalisé deux entretiens « tests » au début de mon étude, ce qui m'a permis de modifier cette grille en m'assurant de la bonne compréhension des questions qui pour certaines, ont été modifiées afin de les rendre encore plus ouvertes et compréhensibles, et d'en ajouter de nouvelles.

De plus, le fait de me déplacer pour me rendre au cabinet des médecins à un horaire qui leur convenait, me laissait supposer qu'ils avaient plus le temps de me recevoir, se sentaient plus en confiance afin de s'exprimer librement, sur parfois des sujets personnels et délicats avec des points de vue bien arrêtés, amenant de ce fait à une approche plus fiable de la réalité.

IV.1.1.3. Les critères de scientificité :

Avec la méthode qualitative, certains critères de scientificité étaient à respecter :

- La validité interne : consistant à savoir si les données recueillies représentaient bien la réalité. Pour cela, j'ai donc utilisé la méthode de triangulation tout au long de mon étude (16), en effet un second enquêteur a repris l'ensemble de mes entretiens afin de les coder à son tour. Seuls les codes communs ont été retenus. Cela a été possible, comme vu précédemment, car l'ensemble des entretiens était retranscrit mot pour mot.
- La validité externe : afin de pouvoir généraliser les données issues de l'étude, l'échantillon devait être représentatif et ciblé. Le fait d'avoir des entretiens riches a permis un faible échantillonnage de par une saturation des données, obtenue et confirmée par un entretien supplémentaire.

Une étude qualitative s'intéresse aux opinions d'une population particulière, ici les médecins généralistes de la Somme, les résultats peuvent donc ne pas être représentatifs de l'ensemble de la population. C'est pour cela qu'a été réalisé un échantillonnage raisonné.

IV.1.2. Faiblesses de l'étude :

IV.1.2.1. Un premier travail de recherche :

Cette étude était donc mon premier travail de recherche. On savait que hormis le fait que j'avais pu lire plusieurs ouvrages concernant les analyses qualitatives ou l'entretien, la qualité d'une analyse qualitative dépendait des compétences et de l'expérience des chercheurs (16) (17) (18) (19).

IV.1.2.2. Biais de sélection :

L'étude comportait probablement un biais de sélection, en effet, on pouvait suspecter que les médecins généralistes ayant accepté de participer à l'étude, étaient ceux qui s'intéressaient le plus au sujet, avaient des réponses à apporter tout en étant à l'aise avec ce sujet. Cependant, il me paraissait difficilement possible de contraindre des médecins à participer à mon étude s'ils ne souhaitaient pas, mais il resterait intéressant d'en connaître les raisons : par manque de temps, par désintérêt pour le sujet ou par pudeur en rapport avec les questions sur les manières d'agir... Cependant, j'ai essayé d'être la plus hétérogène possible en interrogeant

des hommes et des femmes, d'âges différents, ainsi que sur les milieux et modes d'exercice et sur le nombre d'années d'installation.

IV.1.2.3. Recueil des données et méthodologie :

Bien que j'ai été vigilante lors de la réalisation de mon guide d'entretien, puis lors de la réalisation de ceux-ci, s'agissant de mon premier travail de recherche, il était possible que lors de certains entretiens une mauvaise formulation de mes questions, ou mon attitude, mes intonations aient pu influencer le médecin face à moi. Cela a pu être majoré lors d'incompréhensions des questions avec parfois des reformulations qui auraient pu orienter les réponses. De plus, un excès de questions ouvertes aurait pu lasser les interrogés et donc favoriser une exploitation plus difficile avec un phénomène d'évitement des médecins. Pour minimiser ce phénomène je prenais rendez-vous avec les médecins à des moments où ils avaient du temps.

Cependant, je pense qu'aucun des médecins interrogés n'ait pu avoir d'impact sur mon état affectif et de ce fait sur la façon de mener mon entretien.

Le fait de rencontrer le médecin seul, permet d'éviter le phénomène de soumission au groupe, comme on pourrait le trouver dans les focus group, où la personne interrogée était plus libre de s'exprimer, sans influence ou risque de jugement. Cependant, on pouvait penser que le fait de s'exprimer devant une future consœur, pourrait engendrer un biais, le médecin pouvait ne pas tout dire par peur du jugement ou alors modifier la vérité.

IV.1.2.4. Biais d'interprétation :

J'ai tenté de rester la plus neutre possible dans la conduite et l'analyse des entretiens, cependant un biais d'interprétation restait toujours possible. Afin de limiter ce phénomène, j'ai réalisé des questions ouvertes au sein de mon guide d'entretien, afin que les données soient riches et d'éviter les réponses binaires par oui ou non. De plus, un second enquêteur a vérifié les données, ce qui lors du traitement de celles-ci était une aide supplémentaire devant des données subjectives pouvant aussi mener au biais d'interprétation avec parfois des doubles sens possibles aux réponses.

IV.2. Discussion des résultats :

IV.2.1. Les attentes des familles endeuillées envers le médecin du défunt :

Dans notre étude, on se rendait compte que les patients semblaient, dans la majorité des situations, reconnaissants envers les actions et la présence du médecin généraliste. Les seuls reproches évoqués par les médecins étaient plus en rapport avec la prise en charge en amont

du décès du patient. La réaction des patients, rapportée par les médecins, était en général assez positive avec parfois de la surprise en raison des actions des médecins.

Plusieurs études se sont intéressées aux attentes des patients envers leur médecin au moment de la perte d'un proche.

Une étude du *British Journal of General Practice* de 2000 : *Improving management of bereavement in general practice* (20), avait mis en évidence que la majorité des patients endeuillés avait besoin de communication et de contact en tout genre de la part du médecin traitant. D'autres s'étonnaient de l'absence de prise de contact par le médecin ou que ce dernier n'évoquait pas le sujet lors d'une consultation suivante alors que le patient disait en avoir besoin sans oser en parler de lui-même. Cependant, la majorité des patients se sentaient soutenus, leur médecin pouvait être un appui dans cette épreuve. Les patients étaient satisfaits lorsque le médecin leur délivrait les informations avant le décès ou si ce n'était pas le cas lorsqu'il leur donnait les explications à la suite du décès. Les patients avaient dans cette étude émis quelques suggestions comme le fait de recevoir une lettre de condoléances de la part de leur médecin, une visite, ou encore ils attendaient que le médecin lors de la consultation montre un intérêt à leur deuil en prenant des notes dans leur dossier médical. Une communication pauvre ou inappropriée serait alors source de stress et aurait parfois un impact sur le deuil.

Une étude d'Elise PERRIN (5) s'intéressait aussi aux attentes des patients qui étaient nombreuses en scindant ces attentes entre celles présentes avant et après le décès. Cette étude qualitative réalisée auprès de 14 personnes endeuillées, montrait cependant des attentes communes entre ces deux moments distincts : écoute, soutien et échange de la part du médecin, disponibilité auprès de la famille, réalisation d'éventuels arrêts de travail, réassurance afin de diminuer le sentiment de culpabilité de la famille, prise en charge des problèmes somatiques. Avant le décès, on peut ajouter, parmi les attentes, une demande d'avis sur la prise en charge hospitalière car pour les familles, le médecin devait toujours être au courant de l'évolution, avec des explications et des conseils si besoin, mais également de la communication avec le patient en fin de vie, un accompagnement et une préparation au décès. Les attentes des familles après le décès étaient elles aussi nombreuses : mais le fait de pouvoir communiquer et échanger sur la base d'une relation de confiance instaurée auparavant, avec une écoute sans jugement, une compréhension et une reconnaissance de la souffrance de la part du soignant, prédominaient dans cette étude. De plus, les patients attendaient de pouvoir partager avec le médecin la mémoire du défunt, échanger sur la mort, ou se rassurer sur la normalité des émotions ressenties et du bon déroulement du deuil. La rédaction de certificats

de décès, et parfois la prescription de traitements médicamenteux étaient également des attentes des patients. Le médecin devait aussi avoir un rôle de conseil avec une orientation vers des associations ou des confrères. Cependant, les patients déploraient le fait que le médecin faisait rarement le premier pas dans la prise de contact.

Une étude de Laetitia DE MONTGOLFIER auprès de 244 endeuillés (6), montrait que la majorité des patients ayant consulté leur médecin pour le deuil, étaient satisfaits, le trouvant disponible, mais seul une minorité des médecins aurait posé des questions précises aux patients au sujet du deuil, ce que déploraient les patients. Cette étude faisait ressortir le rôle central du médecin dans la prise en charge du deuil.

Ces études mettaient donc en avant le fait que les familles avaient de nombreuses attentes et exigences envers leurs médecins au moment du deuil.

IV.2.2. Concernant les médecins généralistes :

IV.2.2.1. Le délai et la manière d'apprendre le décès :

Notre étude permettait de se rendre compte que le médecin généraliste était confronté très fréquemment au décès de patients, en effet, la majorité des médecins répondait avoir eu des patients décédés moins de trois mois avant la réalisation de mon entretien, cela de manière indépendante du milieu d'exercice.

Dans notre étude, la majorité des médecins apprenait le décès de leurs patients par la famille du défunt, soit de manière directe, soit par le biais de la secrétaire. Cependant, quelques médecins déploraient le fait que lorsque le décès survenait à l'hôpital, ils étaient alors prévenus de manière plus tardive. Cette constatation était aussi faite dans une étude de Caroline STRZALKOWSKI, réalisée en 2016 (21) auprès de neuf médecins généralistes bretons, qui apprenaient le plus souvent le décès de leurs patients par la famille. La rubrique nécrologique du journal pouvait aussi être une source d'information, tout comme le bouche à oreille, en milieu rural. Dans cette étude, les médecins mettaient aussi en avant le fait que les courriers hospitaliers pouvaient faire prendre connaissance du décès d'un patient mais ces derniers arrivaient tardivement.

IV.2.2.2. Les actions des médecins généralistes lors de la perte d'un patient :

IV.2.2.2.1. Les types d'action :

Dans notre étude, les médecins interrogés avaient des manières d'agir différentes. Cependant la majorité des médecins prenait contact avec la famille. Peu de médecins se rendaient aux funérailles, ou au funérarium. Les visites au domicile de la famille et plus ou moins du défunt

ou les témoignages par un appel à la famille, étaient eux beaucoup plus fréquents chez les médecins interrogés.

Nous pouvions retrouver cette constatation dans une étude réalisée en 2008 auprès de 10 médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine par Marion LADEVEZE (8), qui s'était également intéressée aux pratiques des médecins généralistes, notamment lors des rites funéraires. Dans cette étude, les médecins se rendaient également de manière exceptionnelle aux funérailles, par contre les visites aux défunts en maison de retraite ou au funérarium y étaient plus fréquentes. Cette étude mettait aussi en évidence que la participation à ces rites funéraires dépendait des circonstances du décès et des rapports préalables avec les familles ou les patients. Des médecins justifiaient le fait de ne pas participer à ces rites par le fait que, pour eux, cela ne faisait pas partie de leur métier.

Tout comme dans l'étude bretonne de Caroline STRZALKOWSKI (21), la prise de contact avec les familles était systématique par téléphone ou via des lettres de condoléances, cependant les visites au domicile étaient beaucoup plus rares dans cette étude. La présence aux funérailles ou au funérarium y était aussi exceptionnelle. Tout comme quelques médecins dans notre étude, dans cette étude, la consultation faisant suite au deuil, était l'occasion d'évoquer à nouveau le décès, de répondre à d'éventuelles interrogations, de dépister un éventuel deuil pathologique, par contre, la prescription d'un traitement médicamenteux ou d'un arrêt de travail n'étaient pas systématiques. Ce versant de délivrance d'ordonnance n'avait pas été abordé dans notre étude.

Une étude réalisée par le gouvernement basque et espagnol en 2006 (11), aurait permis de réaliser un guide : *Primary Bereavement Care* afin d'accompagner au mieux les personnes en deuil sur plusieurs aspects : biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels du deuil. Tout cela se déroulerait sur une période de suivi d'environ un an minimum, avec des entretiens en tête à tête en prenant son temps. Cette étude ne s'attardait donc pas sur les différentes manières d'agir, mais plus sur le comportement à adopter face à une personne en deuil. Dans ces différentes études, même si quelques pratiques restaient anecdotiques comme la présence aux funérailles, la grande majorité des médecins avait une action auprès des familles.

IV.2.2.2.2. Les facteurs influençant l'action :

Dans notre étude plusieurs facteurs pouvaient influencer les actions des médecins. En premier lieu, les relations avec les médecins et les familles : si le médecin connaissait peu la famille ou dans de rares cas le défunt, le médecin pouvait ne pas avoir d'action après avoir appris la nouvelle. Tout comme les circonstances du décès ou l'âge du défunt, afin de répondre au

mieux aux attentes des familles, ces facteurs sont aussi mis en avant dans l'étude de Marion LADEVEZE (8).

De plus, la présence aux funérailles ou au funérarium, pouvait être envisagée par certains médecins de notre étude si le médecin était très proche, voire intime avec son patient, tout comme évoqué dans l'étude de Caroline STRZALKOWSKI (21).

IV.2.2.3. Le ressenti des médecins généralistes :

IV.2.2.3.1. Les facteurs influençant :

Plusieurs facteurs avaient un impact direct sur le médecin, qui malgré sa profession restait un être humain à part entière, avec son vécu et ses sentiments. L'âge du défunt était un de ces facteurs avec un impact plus important dans la majorité des cas lorsque le défunt était jeune. Cette même constatation était faite dans l'étude de Antoine CARRETERO (13).

La relation entre le médecin et son patient en était un autre, avec parfois des suivis qui étaient longs, une fréquence importante des consultations, voire une prise en charge en soins palliatifs, toutes ces situations avaient un impact sur le médecin, tout comme les relations qui étaient plus ou moins proches avec les familles. Le mode de décès était également un facteur important, mais de manière différente selon les médecins ou les situations. En effet une longue maladie était l'occasion parfois de tisser des liens plus particuliers, mais le décès brutal pouvait aussi être source de souffrance. L'expérience acquise pouvait influencer quelques médecins : certains avec le temps voyaient une modification de leur vision de la mort, pour d'autres, l'annonce de diagnostics graves devenait plus difficile tout comme le fait de perdre un patient que le médecin connaissait de mieux en mieux.

Plusieurs études s'attardaient sur les difficultés sur le plan émotionnel que pouvaient avoir les médecins lors du deuil d'un patient, même si cette perception est différente selon les médecins de par leur vécu, leur personnalité (21) (22) (23), alors que le suivi du deuil était un aspect fondamental du rôle du médecin de famille.

Dans son étude, Marion LADEVEZE (8), s'était particulièrement intéressée au vécu du médecin généraliste lors du décès d'un patient. Elle mettait en évidence chez les médecins interrogés une prédominance d'un sentiment de tristesse, voire d'injustice lorsqu'il s'agissait d'un patient jeune. L'incompréhension et la surprise étaient aussi présentes dans le cas d'un décès survenant brutalement. Tout comme dans notre étude, certains facteurs étaient retrouvés comme les circonstances du décès qui avaient un impact sur le vécu du médecin : le caractère attendu ou non, la mort pourrait être mieux vécue si elle était attendue, ou encore les liens tissés avec le patient ou sa famille ou l'âge jeune du défunt. Le médecin se sentirait plus

démuni dans ce dernier cas. L'attitude des familles après le décès jouait aussi un rôle majeur sur le vécu du médecin, car ce dernier avait aussi le rôle de gérer le deuil des proches.

L'étude de Paul Antoine QUESNEL (9), faisant référence à l'étude de Marion LADEVEZE (8), montrait que la majorité des médecins interrogés répondait « oui » au fait que le décès des patients était difficile, avec une majorité ressentant un sentiment de tristesse. La majorité des décès qualifiés de difficiles était ceux étant inattendus ou survenant suite à un accompagnement en fin de vie, ou encore lors de décès traumatiques. Sur le point de la difficulté à gérer les émotions les réponses étaient très partagées entre « oui » et « non », mais la majorité répondait qu'ils n'étaient pas submergés par leurs émotions, et qu'il n'y avait aucun retentissement autant sur le plan professionnel, que personnel.

David MEDARD mettait lui aussi en évidence dans son étude (10), que les médecins pouvaient être touchés et émus face à la souffrance des patients, que les décès brutaux et l'âge jeune des patients étaient dans cette étude aussi des critères faisant que les consultations étaient plus difficiles, tout comme le fait que le médecin pouvait s'attacher à ses patients et que dans ces cas, il était aussi en deuil. La distance que le médecin voulait mettre n'était pas toujours si facile dans cette étude, parfois le médecin pouvait s'identifier aux situations.

Une autre étude de Fabien VANNIER (7), montrait que les réactions et les impacts étaient différents selon les médecins. L'étude montrait aussi que la qualité de la relation médecin-patient avait un impact sur la difficulté du décès pour le médecin. Nous retrouvons les mêmes facteurs influençant : les sujets jeunes, les morts brutales ou violentes, les décès d'enfants, les décès attendus mais dans lesquels le médecin s'était investi.

IV.2.2.3.2 Les facteurs protecteurs :

Une certaine mise à distance et le fait de prendre du recul étaient des facteurs retrouvés dans notre étude afin de se protéger de l'impact de la mort d'un patient sur le plan personnel.

Dans son étude, Marion LADEVEZE (8), montrait que les médecins pouvaient montrer une certaine satisfaction du travail accompli selon les situations avec parfois de ce fait un sentiment de fierté. Certains médecins développaient une capacité d'oubli avec une mise à distance de la mort. Afin de garder une distance, certains médecins se protégeaient en établissant des barrières entre vie privée et vie professionnelle. L'expérience facilitait cette mise à distance (point aussi mis en évidence dans l'étude de David MEDARD (10)). La plupart des médecins interrogés dans cette étude, ne craignaient pas leur propre mort, mais plus l'impact qu'elle aurait sur leur famille.

L'étude de Fabien VANNIER (7), montrait que le fait que le médecin allait de l'avant de par sa charge de travail et s'occupait des « vivants », lui permettait de tourner la page plus facilement et de mieux accepter. Tout comme ceux estimant avoir fait correctement leur travail en s'étant investis au maximum, cela avait un impact positif. L'expérience y était aussi un facteur protecteur, car il n'y avait pas de tristesse accumulée. L'entourage familial du médecin serait aussi une aide, avec parfois un débriefing avec le conjoint.

IV.2.2.3.3. La culpabilité :

Même si au cours de notre étude, nous ne retrouvions pas forcément de sentiment de culpabilité, certains médecins avouaient s'interroger, surtout lorsque le décès survenait brutalement, sur le fait de savoir s'ils n'étaient pas passés à côté de quelque chose ou s'ils auraient pu faire d'une autre manière.

Marion LADEVEZE (8), évoquait aussi ce sentiment de culpabilité dans la plupart des discours, lors d'un changement de thérapeutique avant le décès, l'incapacité de pouvoir en faire plus ou encore le fait de ne pas pouvoir être présent au moment du décès. Les médecins interrogés allaient même parfois jusqu'à redouter une faute professionnelle.

Ce sentiment de culpabilité était aussi présent dans l'étude de David MEDARD (10).

Cependant l'étude de Paul Antoine QUESNEL (9), montrait que peu de médecins ressentaient une certaine culpabilité.

Le sentiment de culpabilité variait donc selon les médecins et les situations.

IV.2.2.4. L'accompagnement :

IV.2.2.4.1. Les patients en fin de vie :

Le fait d'avoir anticipé le décès avec un patient en soins palliatifs, et donc la préparation de ce moment avec le patient et sa famille, n'avait été évoqué qu'une seule fois au cours de notre étude. Cependant ce point avait été repris à plusieurs reprises dans d'autres études.

David MEDARD (10), mettait en évidence que l'association du médecin généraliste au sein des soins palliatifs, était important pour le travail de deuil. Tout comme Caroline STRZALKOWSKI (21), qui montrait que les soins palliatifs préparaient au deuil, surtout lorsque la famille participait à la prise en charge.

L'étude de Fabien VANNIER (7), elle, mettait plus l'accent sur le fait que la prise en charge de ces patients en fin de vie était particulière. Elle se passait au domicile, ce qui demandait donc au médecin de réaliser des visites régulières obligatoires avec un aspect chronophage de

la situation. Les visites pouvaient être demandées en urgence, ce qui pouvait désorganiser une journée, tout comme la survenue du décès. Cela avait aussi un impact psychologique sur le médecin et pouvait engendrer de la fatigue. Cette situation pouvait également faire que le médecin se sentait parfois désemparé avec des doutes, ce qui avait un impact sur le plan professionnel. Cependant, chaque médecin avait un point de vue et une gestion différente de ces situations. Nous le reverrons par la suite mais la formation dans le domaine des soins palliatifs pourrait aussi poser question.

IV.2.2.4.2. Les familles endeuillées :

Dans notre étude, les médecins mettaient un point d'honneur à la communication et l'échange avec les familles au moment du décès. Le fait d'être « un médecin de famille », permettait aussi de revoir les endeuillés par la suite, de les suivre et donc si besoin d'échanger de nouveau sur le décès. L'accompagnement des familles pouvait ne pas être réalisé, mais dans les rares cas où les médecins ne connaissaient pas les familles ou le défunt. Cet accompagnement pouvait être modifié selon l'âge du défunt, le mode de décès, l'expérience du médecin, ou les relations avec le défunt et sa famille. En effet dans ces situations les attentes des familles pouvaient être différentes et donc le discours en était donc impacté, il y avait une adaptation de la part du médecin.

Dans son étude, Marion LADEVEZE (8), mettait en évidence l'importance dans la pratique médicale de la relation avec les familles, avec une disponibilité du médecin souvent souhaitée par les familles, une qualité d'écoute quel que soit le mode de décès, un rôle d'accompagnement du deuil, qui n'était pas toujours possible si le décès avait lieu à l'hôpital ou que les familles n'appartenaient pas à la patientèle. De plus, beaucoup de médecins constataient que les familles changeaient parfois de médecin généraliste après le décès, ce qui pouvait être mal vécu par les médecins.

Fabien VANNIER (7), mettait, lui en évidence l'aspect chronophage de l'accompagnement des familles, une reviviscence du deuil pouvant survenir à tout moment de la part d'un membre de la famille. Les familles impliquaient le médecin de manière différente, avec parfois une mise à l'écart, d'autres avaient au contraire, des exigences plus importantes de la part de ce dernier.

IV.2.2.4.3. Le dépistage des facteurs de risque d'un deuil pathologique :

Dans notre étude, la question du deuil pathologique n'avait pas été directement abordée. Cependant, elle était la préoccupation de plusieurs autres études : (12).

Une autre étude (24) de Moira O'CONNOR, expliquait que le médecin avait un rôle de repérage du deuil pathologique et que cela incluait donc une bonne connaissance de cela avec une mise à jour régulière.

IV.2.2.5. La communication avec des confrères ou des structures :

La communication avec les confrères était un point abordé dans notre étude. Cependant, nous nous rendions compte que le sujet du décès d'un patient était un sujet peu évoqué entre les praticiens, bien que ce soit un sujet pouvant être source de mal être ou d'interrogations et parfois difficile à gérer seul. Aucun médecin ne se souvenait avoir eu de reproche de la part d'un confrère sur la façon d'agir, mais beaucoup restaient ouverts sur le fait qu'une discussion avec un collègue pourrait faire évoluer leur manière d'agir, ou pouvait être utile afin de se conforter dans une éventuelle bonne pratique.

Dans son étude, Marion LADEVEZE (8) mettait en évidence cet aspect en montrant que souvent le médecin était seul face au décès de son patient, que les échanges à ce sujet avec les collègues étaient limités et émettait l'hypothèse que cela pouvait être dû à une éventuelle crainte de la mort ou une peur du jugement des collègues. Certains médecins pouvaient en parler avec leurs proches et disaient ressentir un soutien et un réconfort qu'ils ne trouvaient pas ailleurs, d'autres préféraient garder une scission entre la vie privée et professionnelle et craignaient l'incompréhension de leurs proches. Une seconde étude se rapprochant de cette dernière, réalisée par Paul Antoine QUESNEL (9), montrait que même s'il ne s'agissait pas d'une majorité, 29% des médecins interrogés évoquaient le besoin d'aide, qu'ils pouvaient obtenir auprès de leurs collègues, de psychologues ou de psychiatres, parfois même en se rapprochant de structures ou d'associations. Parmi ces médecins, seuls 12% disaient ne jamais en parler à leur famille.

Une étude auprès de médecins hospitaliers (25), montrait que malgré le fait de travailler en équipe, les médecins restaient seuls face à la mort, et que les discussions de la mort des patients étaient peu fréquentes dans le monde médical, alors que le partage d'expérience serait bénéfique pour les jeunes médecins.

Dans son étude, David MEDARD (10), faisait lui aussi cette constatation, en montrant que la majorité des médecins exprimait le besoin de parler du décès de leur patient avec leurs associés, leurs familles, ou au sein de groupes Balint afin de recueillir un sentiment de réassurance.

Cependant, l'étude de Paul Antoine QUESNEL (9), montrait qu'une majorité des médecins pensait que les structures d'aides aux médecins étaient en nombre insuffisant.

En France, plusieurs structures existent afin d'aider les médecins notamment dans ces situations particulières. Tout d'abord au sein de chaque conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM), on trouve une commission d'entraide (26). Mais d'autres associations existent, comme l'association d'aide aux professionnels de la santé et médecins libéraux (AAPml) (27) avec un forum de discussion et une plateforme téléphonique 24 heures/24, ou encore l'association MOTS (Médecins Organisation Travail Santé) (28), située dans plusieurs villes de France dont les villes d'Amiens et de Lille apportant un soutien aux médecins, internes, étudiants en médecine ou à leurs familles et cela 24 heures/24. D'autres associations existent mais sont propres à certaines régions, ou mettent en lien grâce à un numéro vert les professionnels de santé et des psychologues.

IV.2.2.6. La rémunération des certificats de décès :

La rémunération lors de la réalisation d'un certificat avait été évoquée de manière spontanée par quelques médecins interrogés dans notre étude. Tous ceux ayant évoqué le sujet étaient unanimes sur le fait que s'il s'agissait d'un de leurs patients, ils réalisaient alors un acte gratuit, cependant un médecin évoquait le fait que si c'était un patient en dehors de la patientèle, il pouvait réaliser le tiers payant. Cet aspect était évoqué dans l'étude réalisée par Marion LADEVEZE (8), en effet à l'époque de cette étude en 2008, se posait déjà le problème de la cotation par la Sécurité Sociale d'un tel acte, que chaque médecin généraliste réagissait en fonction de sa personnalité, et qu'une clarification officielle par déclaration collégiale serait nécessaire.

Un forfait de 100 euros existe pour les certificats de décès, celui-ci est régit par le décret du 10 mai 2017, paru au Journal Officiel (JO) du 11 mai (29) (30). Il s'agit d'une rémunération aux médecins pour les frais relatifs à l'examen pour l'établissement du certificat de décès au domicile, en établissement social ou médico-social, cependant sous certaines conditions. Les professionnels éligibles sont les médecins libéraux conventionnés ou non, ainsi que les médecins salariés des centres de santé. Ce tarif s'applique lorsque l'acte est réalisé : la nuit entre 20 heures et 8 heures, le samedi ; dimanche ou jours fériés de 8 heures à 20 heures, le lundi lorsqu'il précède un jour férié ; le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié de 8 heures à 20 heures, ainsi que dans les zones « fragiles » concernant l'offre de soins, de 8 heures à 20 heures.

IV.2.3. La formation des médecins généralistes :

La formation des médecins généralistes dans ce type de situation m'avait paru au cours de mon étude importante à approfondir. En effet, cette question n'était apparue qu'après quelques entretiens, évoquée par les médecins de manière spontanée. La grande majorité des

médecins était d'accord sur le fait qu'il était important d'intervenir au cours des études médicales concernant le décès des patients et la mort, cependant les types d'interventions et les sujets étaient quant à eux très variables. Pour les médecins s'étant exprimés à ce sujet, cette intervention devait avoir lieu au cours de l'internat.

Les médecins interrogés n'étaient pas tous informés, mais certains thèmes étaient abordés au cours du cycle de l'internat de médecine générale à la faculté de médecine d'Amiens. En effet, les étudiants lors de leur internat avaient des cours mensuels, certains thèmes abordés étaient : la relation médecin-malade, ou encore les soins palliatifs/ l'hospitalisation au domicile (HAD)/ la fin de vie/ l'éthique. Cependant, des axes afin d'aider les jeunes médecins à agir au début de leur installation ou encore une préparation psychologique pour affronter la mort, les décès des patients et l'accompagnement des familles, sont des points qui pourraient être abordés.

Les Groupes d'Echanges de Pratiques (GEP), mis en place lors de l'Internat, permettent aussi aux étudiants d'aborder des situations qui auraient pu leur poser problème et d'en discuter avec les autres internes en petit groupe, tout ceci étant encadré par un médecin généraliste habitué à ce type d'enseignement.

Au sein du Département de Médecine Générale d'Amiens, des groupes Balint étaient organisés les premiers mardis de chaque mois de 19 heures à 21 heures, depuis décembre 2019, l'occasion encore d'aborder ces thèmes.

Formation concernant le deuil et ses pratiques :

Le thème du manque de formation des médecins généralistes était largement abordé dans différentes études : (21), (24).

David MEDARD (10), mettait en évidence que les médecins n'étaient pas assez formés sur la gestion du deuil et notait une différence entre le monde hospitalier et la médecine générale, où en plus du fait de soigner, il persistait toute la sphère émotionnelle de par la connaissance des patients et des familles, avec donc un accompagnement de ces familles par le médecin et une expression des émotions. Dans cette étude, les attentes d'un point de vue des formations étaient le partage d'expériences et la participation à des groupes Balint.

Jean François MAREC, avait largement parlé de ce thème dans son étude (14), où il évoquait que malgré sa place, le médecin avait peu de formation sur le travail de deuil, avec un déficit des connaissances à ce sujet et sur la prise en charge de l'endeuillé, avec une méconnaissance des outils d'évaluation, des recours à d'éventuels autres aidants, les difficultés à la prescription de thérapeutique ... Mais il évoquait un espoir avec l'entrée de ces formations

dans le programme des épreuves classantes nationales (ECN) et le développement de diplômes universitaires (DU).

Elisabeth PALEWSKI, faisait la même constatation dans son étude (31), où la formation était insuffisante pour les médecins généralistes au sujet du deuil et de son accompagnement.

Fabien VANNIER (7) évoquait aussi en plus que les cours à la faculté pouvaient être trop précoces car les étudiants n'avaient pas assez de vécu, il proposait donc la possibilité d'une formation post diplôme d'études spécialisée afin d'informer des risques liés à leurs pratiques.

Formation en soins palliatifs :

Cette carence en formation touchait aussi le domaine des soins palliatifs, comme nous avons pu le voir dans de nombreuses études. En effet, le médecin généraliste est un des piliers de ces soins lorsqu'ils sont mis en place au domicile, cependant tous n'avaient pas eu la même formation et n'étaient pas forcément à l'aise. Aujourd'hui, les soins palliatifs sont enseignés par le biais de l'unité d'enseignement 5 (UE) : « Handicap-Vieillesse-Dépendance-Douleur-Soins Palliatifs-Accompagnement ». Au cours du 3^{ème} cycle d'enseignement il n'y a aucune réglementation nationale et cet enseignement dépend donc des facultés. Cependant, il est possible de réaliser des formations complémentaires en soins palliatifs grâce au diplôme universitaire (DU) et diplôme interuniversitaire (DIU).

La Haute autorité de santé (HAS), tout comme la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) (32) (33) définissaient les soins palliatifs comme des soins actifs par une équipe multidisciplinaire, avec une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, ainsi que de prendre en compte les souffrances : psychologique ; sociale et spirituelle, s'adressant au malade et à ses proches, la formation et le soutien aux soignants et aux bénévoles faisant partie de cette démarche.

Cette démarche préservant la qualité de vie des patients et des familles était partagée par Godefroy HIRSCH (34).

Plusieurs études mettaient en avant le manque de formation des médecins généralistes ou des internes au sujet des soins palliatifs : (35) (36) (37) (38) (39)

Sylvie HO (40), montrait elle aussi que la majorité des internes trouvait que leur formation concernant ce sujet était insuffisante autant au niveau théorique que pratique, avec de ce fait une peur de franchir les limites de la légalité. Dans ce cas, le recours à une prise en charge ambulatoire avec l'aide des différents réseaux de soins palliatifs ou de l'HAD, pouvait les

mettre en confiance. Cependant d'autres études, comme celle de Caroline ASTIER (41), montrait que ces structures de soins palliatifs pouvaient elles aussi être mal connues des médecins. Cette étude mettait aussi en évidence que la majorité des médecins généralistes manquait de formation et d'informations afin d'accompagner au mieux les patients. Ceux qui n'avaient pas eu de cours théorique, disaient avoir appris grâce à l'expérience et que les cours magistraux ne leurs semblaient pas adaptés.

Une étude réalisée par Laure DENIEL (42), montrait qu'un stage de sensibilisation d'une semaine dans un service de soins palliatifs du CHU de Rennes, pouvait être bénéfique afin de préciser ce qu'étaient les soins palliatifs, mieux conseiller et orienter les patients par la suite. Les étudiants se disaient alors plus à l'aise, en confiance sur le sujet mais surtout lors des prises en charge. Cependant, même si cette étude mettait en avant le bénéfice de cette formation sur le plan théorique et pratique, le fait qu'elle était donnée aux étudiants de 4^{ème} et 5^{ème} année, donc de manière précoce dans le cursus, faisait que ces connaissances pouvaient s'estomper avec le temps et le manque de pratique.

Plusieurs études s'intéressaient au bénéfice d'une formation en soins palliatifs, notamment avec la réalisation d'un DU ou d'un DIU, c'était le cas dans l'étude de Caroline ASTIER (41).

Christelle VANTOMME (43), montrait dans son étude que les médecins ayant réalisé une formation, étaient alors plus à l'aise avec leurs patients en fin de vie, et que dans la majorité des cas, cette formation avait été réalisée dans une démarche volontaire.

Dans son étude, Delphine CALENTIER (44), montrait elle aussi une amélioration significative dans la pratique professionnelle dans le domaine des soins palliatifs après obtention du DU, autant sur le plan clinique qu'humain. Fabienne VAURETTE POMMEPUY (45), mettait aussi en évidence un bénéfice du DU sur les compétences acquises. Tandis que dans son étude Marie LE FLOCH (46) démontrait la nécessité d'une majoration des connaissances en soins palliatifs via le DU.

IV.2.4. Ouverture : « Vers une généralisation des pratiques ? »

Cette question était un point sensible, car le décès d'un patient revenait comme une situation très personnelle, et variable selon les situations. En effet, cette situation faisait appel aux vécus des médecins, à leur ressenti à un moment T, à la relation entretenue avec le patient et sa famille ...

Les médecins étaient unanimes sur le fait que pour eux une généralisation des pratiques, avec une marche à suivre n'était pas envisageable, car cela enlèverait tout l'aspect humain, indispensable et ayant une place primordiale dans cette situation.

Cependant, on pourrait penser que certains médecins se sentant dépourvus dans cette situation, seraient peut-être rassurés devant un plan avec plus ou moins une marche à suivre, tout en restant libres, qu'ils suivraient selon leur ressenti sans enlever à tout cela l'aspect humain et émotionnel propre à chacun. Une étude complémentaire pourrait évaluer cet aspect et son impact sur les médecins et surtout sur les jeunes médecins qui pouvaient être les plus démunis au moment de leur installation dans une telle situation, en évaluant un éventuel changement de comportement ou une modification de ce fait du ressenti du médecin.

Une clarification de la cotation ou de la non cotation des certificats de décès pourrait être utile afin de déculpabiliser les médecins et éviter une réflexion supplémentaire dans une situation aussi particulière.

V. Conclusion :

Notre étude a donc permis de montrer, que lors d'un moment délicat tel que le décès d'un patient, la pratique des médecins généralistes est diverse et dépendante de ce dernier, toutefois une prise de contact avec la famille restait une attitude constante.

Cependant, avec l'évolution actuelle de la société et des pratiques de la médecine (téléconsultation ...), la relation médecin-patient, les attitudes des médecins pourraient encore évoluer.

De plus, notre étude a montré aussi que certains facteurs avaient un impact sur le plan personnel, même si la création de « barrières » pouvait pallier à cela, les médecins ne restaient pas insensibles dans certaines situations particulières.

Il semblerait donc intéressant d'aborder au cours de la formation, les différentes manières d'agir dans ces moments si particuliers, même si le ressenti personnel primera, afin de préparer au mieux les jeunes médecins.

Une étude quantitative pourrait compléter nos travaux, avec une hiérarchisation des différents types d'actions, mais aussi de réactions des médecins, afin de mettre en évidence de manière plus objective les thèmes mis en avant dans notre étude, en les confrontant, éventuellement à l'âge des médecins interrogés ou à leur nombre d'années d'installation.

Ces études pourraient aider à répondre à la question d'une possible généralisation des pratiques.

Notre étude ayant été réalisée en amont de l'épidémie de Coronavirus, une nouvelle étude qualitative évaluant l'impact que cette épidémie aurait eu sur les pratiques des médecins généralistes pourrait être envisagée. En effet, l'absence d'accompagnement des proches, ainsi qu'une perturbation des rites funéraires pourraient favoriser dans les semaines ou mois à

venir, le développement de deuils pathologiques, l'accompagnement des endeuillés pourra donc être plus important et différent de d'habitude. Cependant le médecin généraliste conservera son rôle central et devra éventuellement s'adapter.

Bibliographie :

1. Définitions : deuil - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 5 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/deuil/24893>
2. Larousse É. Définitions : mort - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mort/52706>
3. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190246&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
4. Khaled T. LA MORT [Internet]. Documents de Médecine Légale. 2013 [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: <https://medecinelegale.wordpress.com/2013/11/14/la-mort/>
5. Perrin E, Dano Y, Grimault Choplin C. Identification des attentes des patients en deuil envers leur médecin généraliste. France; 2017.
6. de Montgolfier L. Deuil et médecine générale : enquête auprès de 244 endeuillés adultes. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 avr 2013;171(3):189-92.
7. Vannier F, Foubert Q, Gehanno J-F, Guerrot D, Mauviard É. 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. France; 2019.
8. Ladevèze M. Comment le médecin généraliste vit-il la mort de ses patients ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2008.
9. Quesnel P-A, Denis Rudelle K. Les médecins généralistes face au décès de leurs patients. France; 2017.
10. Médard D, Denis-Delpierre N, Branthomme E. Problématique de la prise en charge de la personne adulte en deuil en consultation de médecine générale. France; 2009.
11. Garcia-Garcia, Landa Petralanda. Les services de deuil et le médecin de famille. 2006;13(4):163-5.
12. Orsini C. Les déterminants du deuil pathologique suite au décès brutal d'un proche et la médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2014.
13. Carretero A, Farge T. L'annonce du décès par l'interne de médecine: étude transversale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale de la faculté de médecine Lyon Est et de la faculté de médecine et maïeutique Lyon Sud. Lyon, France; 2017.
14. Marec J-F. Le médecin généraliste face à son patient en deuil: enquête auprès de médecins généralistes en Picardie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2010.
15. Rey C. Représentations de la mort en médecine générale: étude qualitative réalisée auprès de 12 médecins généralistes en Bourgogne et Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2012.
16. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. 1ère édition 2016. de Boeck supérieur; 149 p.

17. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2ème édition 2015. Paris: Armand Colin; 126 p.
18. Netgen. La recherche qualitative en médecine de premier recours [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>
19. Dumez H. Méthodologie de la recherche qualitative: les 10 questions clés de la démarche compréhensive. 2016.
20. Main J. Improving management of bereavement in general practice based on a survey of recently bereaved subjects in a single general practice. *Br J Gen Pract.* 2000;4.
21. Strzalkowski C. Prise en charge du deuil récent en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.
22. Belouriez G. Décès du malade, deuil du médecin généraliste: vécu et savoir existentiel, un cheminement [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2008.
23. Le Samedy T, Mallet D. Evolution des compétences et du vécu émotionnel des médecins généralistes au fil d'accompagnements de patients et de leur entourage dans la mort. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2013.
24. O'Connor M, Breen LJ. General Practitioners' experiences of bereavement care and their educational support needs: a qualitative study. *BMC Med Educ.* 27 mars 2014;14(1):59.
25. Redinbaugh EM, Sullivan AM, Block SD, Gadmer NM, Lakoma M, Mitchell AM, et al. Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. *BMJ.* 26 juill 2003;327(7408):185.
26. L'entraide [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/linstitution-ordinale/lentraide>
27. ASSOCIATION D'AIDE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE & MEDECINS LIBERAUX [Internet]. ASSOCIATION D'AIDE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE & MEDECINS LIBERAUX. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.aapml.fr/>
28. Présentation de l'Association MOTS, installée à Toulouse [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.association-mots.org/presentation/>
29. Décret n° 2017-1002 du 10 mai 2017 relatif aux conditions de rémunération de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès au domicile du patient. 2017-1002 mai 10, 2017.
30. Rémunération des certificats de décès au domicile des patients [Internet]. [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/centre-de-sante/exercice-professionnel/prescription-prise-charge/remuneration-certificats-deces-domicile-patients/remuneration-des-certificats-de-deces-au-domicile-des-patients>
31. Palewski-Thedie E. Le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement de ses patients en deuil [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2005.

32. Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2655088/fr/comment-ameliorer-la-sortie-de-l-hopital-et-favoriser-le-maintien-a-domicile-des-patients-adultes-relevant-de-soins-palliatifs
33. Définition des soins palliatifs - SFAP [Internet]. [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.soinspalliatifs.be/definition-des-soins-palliatifs-sfap.html>
34. Hirsch G. Accompagner la fin de vie & principaux repères des soins palliatifs. *Etudes Sur Mort*. 2010;n° 138(2):133-44.
35. Dubedat A. Présentation d'une expérience originale de formation pour des médecins généralistes sous forme de « tutorat » sur le thème des soins palliatifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2006.
36. Rombi J, Humeau C. Soins palliatifs et accompagnement de patients en fin de vie: formation et compétences des internes de médecine générale en fin de cursus. Lyon, France; 2017.
37. Schmitt C. Une formation spécifique à destination des internes de médecine générale améliore-t-elle leur manière de raisonner face aux situations cliniques courantes de soins palliatifs ? [Thèse d'exercice]. [2009-....., France]: Université de Strasbourg; 2019.
38. Lutz C, Mery H. Les internes de médecine générale, en fin de cursus, se sentent-ils compétents pour prendre en charge des patients en fin de vie ? : auto-évaluation par questionnaire auprès de 340 internes des facultés de Strasbourg, Lyon et Marseille. Lyon, France; 2017.
39. Gallé-Gaudin C. Formation en soins palliatifs et dynamique relationnelle: recherche à partir de la formation au Diplôme Inter Universitaire de Soins Palliatifs et d'Accompagnement [Thèse de doctorat]. [France]: Université de Tours; 2009.
40. Ho S. Etat des lieux des connaissances et du ressenti des internes de médecine générale dans la prise en charge de patients en fin de vie [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2017.
41. Astier C. Quels sont les besoins et les attentes des médecins généralistes dans l'aide à la mise en place de soins palliatifs à domicile? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2013.
42. Deniel L. Ressenti des internes, médecins non thésés et docteurs en médecine générale, vis-à-vis du stage réalisé au sein du service de soins palliatifs du CHU de Rennes (EMASP) en tant qu'externes de 4e et 5e années des études médicales, au vu de leur pratique actuelle [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2019.
43. Vantomme C, Piolot A. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge au domicile de patients en soins palliatifs: enquête auprès de 268 médecins généralistes dans le Val de Marne. UPEC, France: Université Paris-Val-de-Marne; 2008.
44. Calentier D. Evaluation de l'impact du diplôme universitaire de soins palliatifs de Rouen sur les pratiques professionnelles de 150 participants [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2006.

45. Vaurette Pommepuy F, Moreau SE. Diplôme universitaire de soins palliatifs de la Faculté de médecine de Limoges: enquête d'évaluation de 1994 à 2005. France; 2007.
46. Le Floch M. Le diplôme universitaire de soins palliatifs et d'accompagnement de la faculté de médecine Paris XI mission de formation: évaluation 1991-2002 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. Site Villemin; 2004.

ANNEXES :

Annexe 1 : le guide d'entretien :

Entretien pour l'évaluation des attitudes des médecins généralistes face au décès d'un de leur patient.

Présentation : « Depuis que vous êtes installé(e) comme médecin généraliste, vous avez pu être confronté(e) au décès d'un ou plusieurs de vos patients. Nous cherchons à recueillir les différentes manières de réagir, et surtout d'agir, des médecins généralistes dans ces circonstances. »

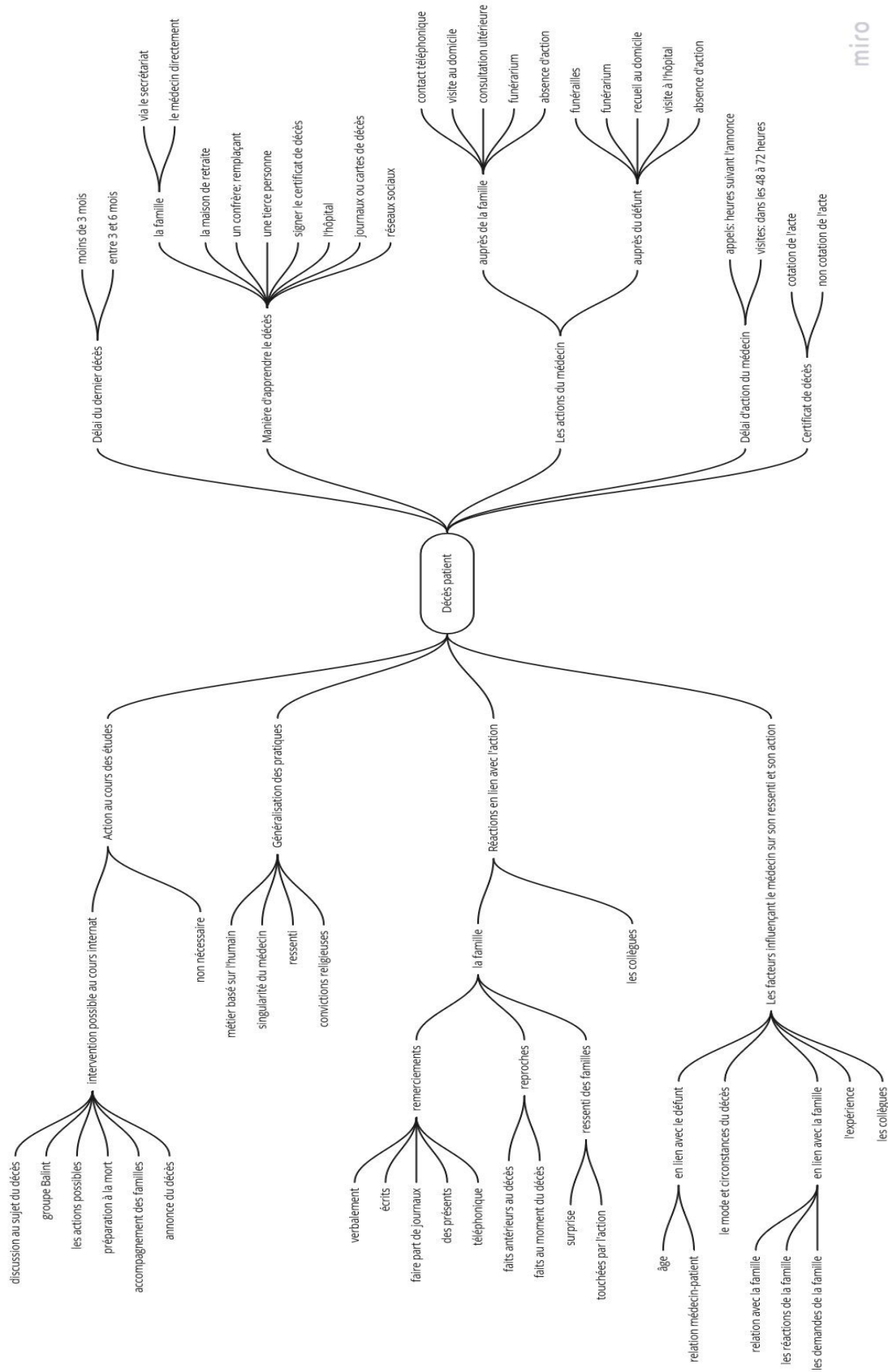
Caractéristiques socio-démographiques :

- 1) Sexe :
- 2) Age :
- 3) Nombre d'années d'installation :
- 4) Mode d'exercice : Seul/ cabinet de groupe/ maison de santé pluridisciplinaire
- 5) Milieu d'exercice : Urbain/ Rural/ Semi-rural

Questions spécifiques :

- 6) Quand avez-vous appris le dernier décès d'un patient ? Comment l'avez-vous appris ?
- 7) Comment apprenez-vous le plus souvent le décès d'un de vos patients ?
Questions subsidiaires : Si la famille appelle, prenez-vous l'appel ou la secrétaire prend le message ? Si c'est la secrétaire, pourquoi ?
- 8) Que faites-vous après cette nouvelle :
 - Auprès de la famille ? Dans quel délai ?
 - Auprès du défunt ?
- 9) En quoi vos réactions ou votre manière d'agir pourraient être différentes selon le patient décédé ?
- 10) Le mode de décès (brutal ou attendu) ou l'âge du patient vous influencent-ils ?
D'autres facteurs peuvent-ils vous influencer ?
- 11) Comment et pourquoi a évolué votre manière d'agir avec votre expérience ?
- 12) Une discussion avec un collègue ou la famille d'un défunt pourrait-elle vous faire modifier vos habitudes lors du décès d'un patient ?
- 13) Comment ont réagi les familles du ou des défunts, vos collègues ... par rapport à votre manière d'agir dans une telle situation ? (Reproches/ critiques/ remerciements ...)
- 14) Que pensez-vous de la généralisation/ la codification dans une telle situation ?
- 15) Que pourrait-on mettre en place au cours des études médicales afin de nous aider à agir au moment du décès d'un patient ?

Annexe 2 : Carte heuristique :



Annexe 3 : CLE USB :