



HAL
open science

**Le décès d'un patient : la perception de médecins
généralistes bretons, étude qualitative par entretiens
semi-directifs**

Nolwenn Tremblay

► **To cite this version:**

Nolwenn Tremblay. Le décès d'un patient : la perception de médecins généralistes bretons, étude qualitative par entretiens semi-directifs. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03543960

HAL Id: dumas-03543960

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03543960>

Submitted on 26 Jan 2022

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Nolwenn TREMBLAY

Née le 24 décembre 1992 à Saint-Lô

**Le décès d'un
patient : la perception
de médecins
généralistes bretons.
*Etude qualitative par
entretiens semi-
directifs.***

**Thèse soutenue à Rennes
le 13 avril 2021**

devant le jury composé de :

Benoît DESRUES

PU-PH de Pneumologie ; Addictologie
CHU Rennes / *Président*

Dominique DRAPIER

PU-PH de Psychiatrie adulte ; Addictologie
CHU Rennes / *Juge*

Benjamin BASTIAN

MCF associé de Médecine générale
Faculté de Médecine Rennes 1 / *Juge*

Géraldine TEXIER

PH de Médecine générale - Soins palliatifs
CHU Rennes / *Directrice de thèse*



**UNIVERSITE
BRETAGNE
LOIRE**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Nolwenn TREMBLAY

Née le 24 décembre 1992 à Saint-Lô

**Le décès d'un
patient : la perception
de médecins
généralistes bretons.
*Etude qualitative par
entretiens semi-
directifs.***

**Thèse soutenue à Rennes
le 13 avril 2021**

devant le jury composé de :

Benoît DESRUES

PU-PH de Pneumologie ; Addictologie
CHU Rennes / *Président*

Dominique DRAPIER

PU-PH de Psychiatrie adulte ; Addictologie
CHU Rennes / *Juge*

Benjamin BASTIAN

MCF associé de Médecine générale
Faculté de Médecine Rennes 1 / *Juge*

Géraldine TEXIER

PH de Médecine générale - Soins palliatifs
CHU Rennes / *Directrice de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Éric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	Professeur Emérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	Professeur Emérite	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LE JEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX- LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT- GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	Professeur Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean- Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean- François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR- QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER- JACQUET	Solène- Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGO TIMOH	Krystal	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER	Marie-	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ;
épouse LORNE	Clémence		pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

REMERCIEMENTS

À **Monsieur le Professeur Benoît Desrues**, vous me faites l'honneur d'assurer la présidence de cette thèse. Je vous remercie sincèrement pour l'attention que vous portez à ce travail.

À **Monsieur le Professeur Dominique Drapier**, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

À **Monsieur le Docteur Benjamin Bastian**, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

À **Madame le Docteur Géraldine Texier**, tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger mon travail et de m'accompagner tout au long de celui-ci. Merci de tes éclairages bienveillants et de tes encouragements. A nos discussions médicales et au-delà, je suis ravie d'avoir pu rencontrer ton humanité.

Je remercie chaleureusement les médecins qui ont accepté de participer aux entretiens, sans qui, rien de ce travail n'aurait été possible.

À Yves, Henri, Jean-Louis, Yann, Catherine et Hubert, merci d'avoir entretenu mon goût pour la médecine générale pendant l'internat. Nos repas partagés et nos discussions sur le trajet des visites sont gravés. Merci de votre compagnonnage et de votre amitié.

À tous les médecins hospitaliers et leurs équipes rencontrés lors des stages, de l'externat normand à l'internat breton, merci de ce que vous m'avez appris. À tous mes enseignants, pour tout ce qu'ils ont semé.

À tous les patients dont j'ai croisé la route et au patient inconnu...

À toi, Baptiste, mon amour de chaque jour. Merci de ta sérénité, merci d'étendre le champ des possibles, merci d'être à mes côtés.

À toi, ma maman, Mouth, à ton enthousiasme pour apprendre et transmettre. Merci de ton indéfectible confiance, soutien et amour.

À toi, mon petit papa, dont la mort m'a très tôt donné à penser. Merci de tout ce que tu m'as transmis et de l'horizon que tu m'as donné.

À mon frère et à ma sœur, Ronan et Marion, ces deux êtres lumineux dont je suis si fière. Dans les peines et dans les joies, nous serons toujours tous les trois. A Lydia pour son aide et sa présence.

À toute ma famille, en particulier à mes grands-parents qui n'ont cessé de m'encourager. À la famille Houédé, pour m'avoir cocooné pendant mes premiers remplacements et pour leur accueil, encore aujourd'hui, si chaleureux.

À Audrey, mon amie, tu étais déjà une merveilleuse femme et médecin, tu aurais fait un merveilleux docteur.

À Annabelle, mon kitos, mon amie, merci de ce que tu mets dans ma vie. Fièvre d'avoir été à tes côtés quand tu es devenue sage-femme.

À Tiphaine, Myriam et Marie, mes amies et colocataires indispensables pendant l'internat. A notre premier regard aux urgences de Vannes.

À Séverine, pour ses bons conseils. À Etienne, pour son regard philosophique.

À tous mes amis de Saint-Love pour tous ces beaux moments. À toutes celles et ceux qui ont également rempli mes études de joie.

Table des matières

REMERCIEMENTS	6
INTRODUCTION	8
METHODES	10
I. Cadre théorique	10
II. La chercheuse.....	10
III. Population de l'étude : échantillon et recrutement	10
IV. Recueil des données.....	11
V. Analyse des données.....	12
VI. Aspect réglementaire	13
RESULTATS	14
I. Caractéristiques de la population et des entretiens	14
II. Thèmes issus de l'étude qualitative	15
1. La pratique du médecin généraliste	16
2. Le ressenti du médecin généraliste.....	21
3. Les ressources du médecin généraliste.....	26
4. Le médecin généraliste et la mort	32
DISCUSSION	38
I. Forces et limites de l'étude.....	38
II. Résultats principaux et comparaison aux données de la littérature	40
1. De la théorie au modelage de l'expérience : un impact sur le vécu.....	41
2. Un vécu particulier de par sa spécialité.....	41
3. Médecin, un métier à risque	44
CONCLUSION	50
BIBLIOGRAPHIE	52

Liste des illustrations

Tableau 1 : Guide d'entretien	12
Tableau 2 : Population de l'étude et durée d'entretien	14
Figure 1 : Entretiens regroupés par similarité lexicale (NVivo®).....	15
Figure 2 : Arbre thématique de l'étude	16
Figure 3 : Diagramme d'encodage du thème « Pratique du médecin généraliste » (NVivo®)	20
Figure 4 : Diagramme d'encodage des sentiments lors du décès d'un patient (NVivo®).....	21
Figure 5 : Nuage de mots de l'ensemble des entretiens (NVivo®)	38

INTRODUCTION

Le deuil est une expérience naturelle, à laquelle chaque individu sera confronté au cours de sa vie, notamment lors du décès d'un être significatif. Bien que le deuil soit universel, chaque expérience est singulière avec son intensité et sa durée propre. Cette expérience constitue un évènement de vie invariablement stressant, malheureusement incontournable (1,2). En France, l'évolution démographique actuelle et les projections pour les décennies à venir sont marquées par le vieillissement de la population (3) et une augmentation du nombre de décès (4). Par conséquent, il existe un risque individuel accru de répétition des deuils. Ces données seront également à analyser au regard de la pandémie mondiale actuelle de la Covid-19, contemporaine de notre étude (5).

Plusieurs études ont mis en évidence une morbi-mortalité associée au deuil. Les répercussions sont multiples avec des conséquences bio-psycho-sociales. En effet, chez les endeuillés, il est constaté une surmortalité statistique, une majoration des pathologies somatiques, psychiques et des conduites addictives, une instabilité dans les relations interpersonnelles et professionnelles et une surconsommation de soins et de biens médicaux (6).

Au cours des soixante dernières années, les français ont gagné en moyenne 14 ans d'espérance de vie ; l'amélioration de la qualité des soins et l'innovation en matière de santé y ont joué un rôle majeur(7). Selon Vladimir Jankélévitch, ces progrès médicaux contribuent à une modification des représentations de la mort en lui donnant un statut de phénomène évitable ou au moins que l'on peut différer à l'infini (8).

Mais là où une des spécificités de la profession médicale reste d'être confronté régulièrement à la mort et d'en attester la réalité et la constance¹, quelles sont, alors, les représentations du médecin?

Le décès d'un patient est une perte significative pour le médecin car elle met fin à la relation médecin-patient, socle de son exercice. Ainsi le médecin est potentiellement exposé à des deuils répétés dans sa vie professionnelle et personnelle.

Quel est le retentissement de cette surexposition au deuil sur le médecin ? En a-t-il conscience ?

En parallèle, depuis la fin des années 1990, quatre plans visant à développer les soins palliatifs ont été successivement mis en œuvre en France afin d'améliorer l'accompagnement des personnes en fin de vie. La dynamique est également législative et déontologique et une nouvelle responsabilité incombe au médecin, celle de garantir la qualité de vie et la dignité jusqu'au décès (9).

Quelles sont ses ressources pour accomplir ce rôle ? Comment le médecin se sent-il dans ce rôle ?

Les études existantes sur le vécu des soignants confrontés aux décès de leurs patients suggèrent les données suivantes (10–20). La mort d'un patient est parfois vécue comme un échec et peut être à l'origine de souffrance chez le soignant à travers des sentiments de culpabilité ou d'impuissance. Certains médecins décrivent par ailleurs un sentiment de devoir accompli et de

¹ Arrêté du 17 juillet 2017 relatif aux deux modèles du certificat de décès.

satisfaction quand la fin de vie du patient est considérée comme optimale. Ils pensent que leur rôle d'accompagnement pour le patient et ses proches est nécessaire et important mais ils s'accordent sur le fait que la mort n'est peu ou pas abordée dans les études médicales et considèrent leur formation professionnelle insuffisante. Le savoir-être du médecin est sollicité au premier plan devant le savoir-faire, ainsi malgré l'existence de quelques recommandations de bonne pratique, l'expérience est la ressource principalement invoquée, à l'origine de pratiques très variées.

Mais la plupart des données sont hospitalières et se concentrent sur les soignants en oncologie ou en unité de soins palliatifs (13–17) alors que le médecin généraliste est un acteur clé dans la fin de vie des patients (9,21). De plus, sa spécialité, ses compétences et son mode d'exercice lui confèrent des spécificités (22). Il est exposé aux décès de toutes causes, de tout âge, à la fin de vie brutale comme à son accompagnement. La relation médecin-patient est centrale et au sein de celle-ci se crée parfois un lien singulier où le patient est identifié comme un proche. L'exercice clinique reste individuel même si l'installation en libéral est de moins en moins solitaire avec l'avènement des cabinets de groupe et des maisons de santé pluriprofessionnelles (23).

Les particularités du médecin généraliste ont-elles un impact sur son vécu et si oui comment se traduisent-elles ?

Quelques chercheurs se sont intéressés au vécu des médecins généralistes mais ces études sont surtout centrées sur l'accompagnement du deuil des patients (18–20). Peu de données françaises et récentes s'intéressent à ce que le décès des patients implique pour le médecin généraliste (10–12).

Qui mieux que les médecins généralistes eux-mêmes pour nous parler de leurs vécus ? Leur créer un espace de parole et s'intéresser à leurs discours nous a paru indispensable pour mieux comprendre l'expérience qu'ils vivent au quotidien.

Quels sont les tenants et les aboutissants de l'exposition des médecins généralistes aux décès de leurs patients ?

Nous avons tenté d'apporter des éléments de réponse, par une enquête de terrain menée en 2020 dans deux départements bretons, auprès de médecins généralistes installés en libéral. Fondée sur des entretiens individuels, l'objectif de notre étude qualitative a été d'explorer les perceptions des médecins généralistes vis-à-vis du décès de leurs patients.

Que font-ils ? Comment font-ils ? Qu'éprouvent-ils ? Qu'en pensent-ils ?

METHODES

Une étude **qualitative** est menée auprès de médecins généralistes bretons. A travers des entretiens individuels semi-directifs, il s'agit d'explorer leurs **perceptions** vis-à-vis du décès de leurs patients.

I. Cadre théorique

L'exposition du médecin généraliste au décès d'un patient est un phénomène complexe et pluriel. Afin d'explorer ce phénomène social, dépendant de multiples facteurs, nous avons choisi une méthode qualitative. Pour nous permettre d'avancer dans sa compréhension et répondre à notre question de recherche, nous nous sommes placés dans une perspective théorique double, de **phénoménologie** et de **théorisation ancrée**. En phénoménologie, c'est l'analyse de l'expérience vécue d'acteurs de terrains qui permet de faire avancer les connaissances. La perception est définie comme la réception et l'interprétation de stimuli sensoriels. Analyser la perception c'est étudier un phénomène tel qu'il apparaît à la conscience des individus, à travers leur vécu et leur expérience. S'intéresser à la perception, c'est essayer de dégager du sens de leurs discours sans se limiter aux seuls faits observables. Avec la théorisation ancrée, le postulat est la formulation d'hypothèses, de façon interprétative, à partir des données analysées de l'étude (24,25).

II. La chercheuse

L'étude est menée par une chercheuse de 28 ans, médecin généraliste remplaçante depuis novembre 2019. La chercheuse s'est autoformée à la recherche qualitative et a suivi 12 heures de formation sur la méthodologie qualitative au département de médecine générale de Rennes. C'est la première étude qualitative qu'elle réalise.

III. Population de l'étude : échantillon et recrutement

Le recrutement commence parmi les médecins connus de la chercheuse à travers les stages et remplacements effectués. L'échantillonnage se réalise dans une recherche de **variation maximale**. L'objectif est d'avoir un corpus diversifié en rencontrant des médecins généralistes de sexe, d'âge, de modalités d'exercice et de parcours différents. Au cours de l'étude, le recrutement se fait également par effet « **boule de neige** » c'est-à-dire que les premiers participants aiguillent la chercheuse vers les futurs participants pertinents à recruter.

Les **critères d'inclusion** sont :

- avoir une activité principale de médecine générale
- être thésé et installé
- exercer dans le Morbihan (56) ou l'Ille-et-Vilaine (35)

Par hypothèse d'une influence sur les résultats,

- du lien médecin-patient ; nous avons choisi des médecins installés, avec une patientèle propre pour être au cœur de la relation médecin-malade.
- de l'expérience ; nous avons sélectionnés des médecins avec des profils variés notamment sur l'âge, la durée d'installation et les formations complémentaires.
- des modalités d'exercice et de l'environnement professionnel : nous avons sélectionnés des médecins exerçants seuls et en association, avec des lieux d'exercice caractérisés par des densités médicales différentes et issus de deux départements avec des disparités sur le plan du taux brut de mortalité et de l'offre sanitaire globale (9).

Tous les médecins sont contactés par courrier électronique. Il leur est demandé s'ils souhaitent discuter du décès de leurs patients sous la forme d'un entretien pour un projet de thèse. Un rendez-vous présentiel est ensuite fixé avec les médecins ayant répondu positivement aux courriers électroniques. Le lieu de recueil est au choix entre le cabinet du médecin (sur l'heure du déjeuner ou sur un jour non travaillé), son domicile ou le domicile de la chercheuse sous conditions d'un lieu calme, sans interruption et sans tiers observateur.

Le recrutement et la conduite des entretiens sont réalisés parallèlement de janvier à juin 2020. Le nombre d'entretiens n'est pas fixé au préalable. Les entretiens sont conduits jusqu'à ce que la **saturation des données** semble atteinte, c'est-à-dire lorsque tout nouvel entretien n'apporte pas de concept supplémentaire à ceux qui ont été recueillis. La saturation est vérifiée par la réalisation d'un entretien supplémentaire puis le recueil est arrêté.

IV. Recueil des données

Un mode **semi-directif** est choisi pour la construction des entretiens. Le guide d'entretien (*Tableau 1*) est élaboré à la suite d'une recherche bibliographique (10–20). Puis, il est ajusté après la réalisation de deux entretiens exploratoires en décembre 2019 et janvier 2020. Enfin, il est réévalué et enrichi tout au long de la conduite des entretiens.

L'objet de l'étude est expliqué sommairement aux participants. Puis, ils sont interrogés sur leurs expériences de décès dans leurs patientèles et leur ressenti est exploré. Enfin, ils sont questionnés sur leurs opinions concernant leur rôle, la place du décès dans leurs pratiques et son retentissement personnel et professionnel.

Tableau 1 : Guide d'entretien

Je suis ..., je réalise ces entretiens dans le cadre de mon travail de thèse. J'aimerais discuter avec vous du décès de nos patients en médecine générale et de notre attitude et ressenti face à ces événements.

1. Pour commencer, parlez-moi un peu de vous ? De votre parcours ?
2. Pouvez-vous me parler du dernier décès que vous avez vécu dans votre patientèle ?
3. Pouvez-vous me parler de la mort d'un patient qui vous a marqué, plus qu'une autre, positivement ou négativement ? et un exemple à l'opposé ?
4. Pour vous, quelle est la place de la mort dans notre métier ? Et dans votre pratique ? Avez-vous l'impression de vivre des deuils ?
5. Pour vous, qu'est-ce que c'est qu'une attitude professionnelle face à la mort ?
6. Comment vous sentez-vous dans ce rôle ? Hier et aujourd'hui ? Et avec les patients devenus proches ?
7. Quelles sont vos ressources pour accomplir ce rôle ? Qu'auriez-vous à dire sur votre formation ?
8. Pensez-vous que vos expériences personnelles influencent votre pratique lors du décès d'un patient ? Et si oui, comment ? Et réciproquement, pensez-vous que cette exposition à la mort modifie votre façon d'aborder votre propre mort et celles de vos proches ?
9. Pensez-vous que ce vécu particulier ait un retentissement sur votre santé, votre bien-être ?
10. Avez-vous des points que vous auriez souhaité évoquer et que nous n'avons pas abordé ?

Les entretiens sont enregistrés à l'aide d'un dictaphone après consentement oral des participants. Des notes sont prises par la chercheuse au décours de chaque entretien pour constituer un journal de terrain.

V. Analyse des données

La retranscription intégrale des entretiens ou **verbatim**, est manuelle, sur Word®. Les propos sont anonymisés. Chaque verbatim est ensuite envoyé en relecture à la personne interrogée afin qu'elle puisse s'assurer de la fidélité de la transcription, aussi appelé **réroaction sur les verbatims**.

L'analyse est effectuée par la chercheuse qui a réalisé les entretiens. Le processus d'analyse commence dès le premier entretien puis s'effectue au fur et à mesure des suivants. L'analyse est réalisée en plusieurs étapes dans le cadre d'une **analyse thématique**.

Les verbatims sont lus intégralement, à plusieurs reprises. Un **codage axial** (ou encodage axial), soit une identification des segments porteurs de sens, est mené sur chaque entretien. Celui-ci est réalisé de façon ouverte, soit sans aucune grille d'analyse établie au préalable. Puis les données encodées sont, confrontées, regroupées, classées et ainsi des thèmes et des sous-thèmes sont identifiés. Cette **classification thématique** est enrichie progressivement grâce à l'analyse croisée des entretiens.

Les données encodées sont traitées de façon additionnelle, à l'aide du **logiciel NVivo®**. L'ensemble des verbatims y a été importé et l'encodage thématique construit manuellement y a été reproduit. Le logiciel permet de visualiser de façon transversale, par thèmes et sous-thèmes, l'ensemble

des données encodées. Une **étape descriptive** est menée en recherchant les termes avec la plus grande occurrence dans l'ensemble des verbatims. Elle est modélisée sous la forme d'un **nuage de mots**. Dans celui-ci, la taille de la police d'un mot est proportionnelle à son occurrence et les termes satellites d'un mot sont ceux les plus fréquemment associés. Les similitudes et intersections d'encodage entre les verbatims sont explorées et les quantités d'encodage de sous-thèmes au sein d'un thème sont comparées. Ceci est ensuite modélisé sous la forme de diagrammes.

Enfin, une **étape interprétative** est effectuée. Les données de la classification thématique enrichies des explorations via NVivo® sont structurées en intégrant le contexte de l'étude. La chercheuse s'intéresse à la construction du sens, des thèmes par rapport à la question de recherche. Ainsi, en recontextualisant, des sélections sont opérées et des connexions et associations entre thèmes et sous-thèmes sont créées. Par induction, des thèmes principaux émergent et forment une théorie qui vise à répondre à l'objet de recherche, c'est la **théorisation ancrée**. Cette théorie ancrée est visualisée sous la forme d'un arbre thématique.

L'ensemble des résultats est ensuite envoyé à chaque participant pour d'éventuels retours, aussi appelé **rétroaction sur les résultats**.

VI. Aspect réglementaire

Notre étude s'inscrit dans la recherche n'impliquant pas la personne humaine (RNIPH). Le cadre légal se situe hors loi Jardé², ainsi les avis du comité de protection des personnes et du comité d'éthique ne sont pas sollicités.

² Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine

RESULTATS

I. Caractéristiques de la population et des entretiens

Douze médecins ont été contactés : dix médecins ont répondu favorablement et deux n'ont pas répondu aux courriers électroniques. Le taux de participation est de 83,3%. **Dix médecins** sont donc interrogés de Février 2020 à Juin 2020. Leurs profils sont présentés dans ci-dessous (*Tableau 2*).

Tableau 2 : Population de l'étude et durée d'entretien

	Genre	Age	Mode d'exercice	Durée d'installation	Département	Typologie / Zone ARS ¹	Formations complémentaires	Durée de l'entretien
E1	M	65 ans	Association à 6	> 20 ans	Morbihan	Semi-rural ZIP	MSU	42,5 min
E2	M	62 ans	Association à 3	> 20 ans	Morbihan	Rural ZIP	Ostéopathie MSU	84,3 min
E3	F	29 ans	Association à 3	< 5 ans	Ille-et-Vilaine	Rural ZAC	Aucune	49,7 min
E4	F	33 ans	Association à 4	< 5 ans	Ille-et-Vilaine	Rural ZV	Aucune	40,2 min
E5	M	66 ans	Individuel	> 20 ans	Ille-et-Vilaine	Semi-rural ZV	Mésothérapie ; MSU Régulation SAMU	48,3 min
E6	M	39 ans	Association à 3	< 5 ans	Ille-et-Vilaine	Urbain ZV	Aucune	86,1 min
E7	M	58 ans	Association à 4	> 20 ans	Ille-et-Vilaine	Urbain ZV	Soins palliatifs ; MSU Médecine d'urgence Hypnose	40,3 min
E8	F	48 ans	Association à 4	[5 ; 20] ans	Ille-et-Vilaine	Rural ZV	Homéopathie Hypnose	45,1 min
E9	F	58 ans	Individuel	> 20 ans	Ille-et-Vilaine	Semi-rural ZV	Hypnose ; Addictologie Médecine légale ; MSU Pédagogie médicale	98,4 min
E10	F	40 ans	Association à 6	[5 ; 20] ans	Ille-et-Vilaine	Rural ZAC	Douleur ; Gynécologie ; MSU	35,3 min

¹ *Zonage médecin* publié par l'ARS Bretagne en 03/2018 : définition de zones caractérisées par une offre de soins médicale insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins

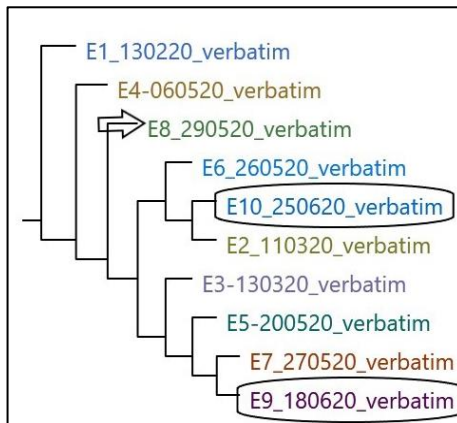
Abréviations : Ex : Entretien numéro x ; ARS : Agence Régionale de santé, ZV : Zone de Vigilance ; ZAC : Zone d'Action Complémentaire ; ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire ; MSU : Maître de Stage Universitaire ; M : Masculin ; F : Féminin ; SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

Autant de femmes que d'hommes sont interrogés. Leur **âge** est **variable** s'étendant de 29 à 66 ans. Tous rapportent avoir un enfant ou plus. Ils exercent principalement **en association et en Ille-et-Vilaine**. Pour la moitié d'entre eux, l'installation est ancienne (> 20 ans) et pour l'autre moitié l'installation est récente ou semi-récente (< 20 ans). La majorité exerce en **milieu rural ou semi-rural**. Près de la moitié d'entre eux exercent en zone médicale déficitaire (ZIP ou ZAC). La majorité des médecins interrogés a des **formations complémentaires**. Nous pouvons noter que six d'entre eux sont maîtres de stage universitaires, trois sont formés à l'hypnose, deux ont des compétences en médecine d'urgence et un des médecins possède un diplôme de soins palliatifs. Six médecins sont connus de la chercheuse avant le commencement de l'étude.

Le cadre de recueil est : leur cabinet pour six d'entre eux, leur domicile pour trois d'entre eux et un entretien a été réalisé au domicile de la chercheuse. Aucun médecin n'a refusé de répondre à l'une des questions de l'entretien. La durée moyenne d'entretien est de **58,7 minutes** avec une minimale à 35,3 minutes et une maximale à 98,4 minutes. Le corpus total représente **9 heures et demie** d'entretien et **92 690 mots** retranscrits.

Le point de saturation est obtenu au **9^e entretien** et cela se confirme après la transcription du 10^e entretien (*Figure 1*).

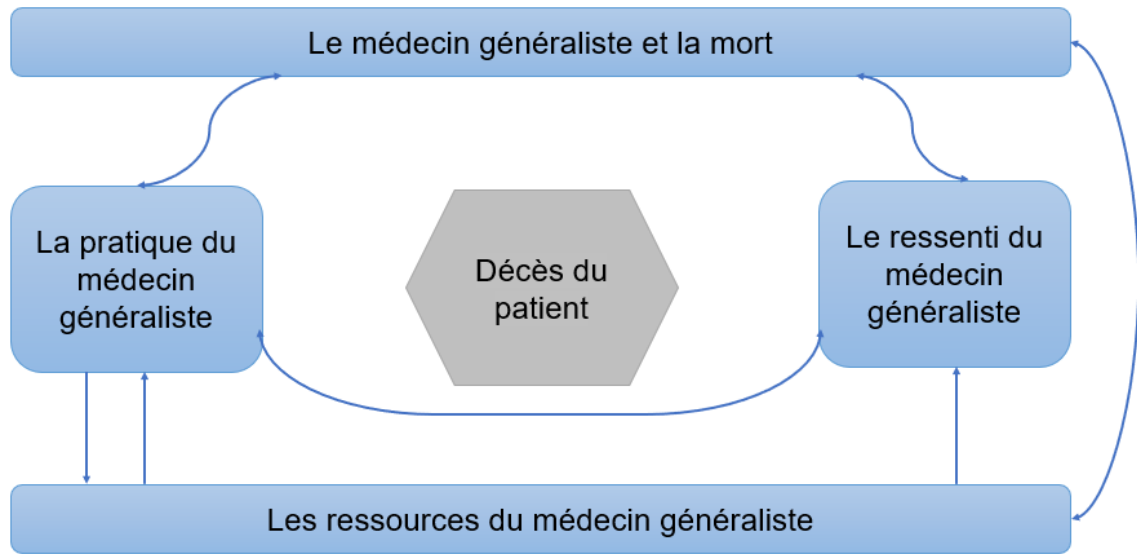
Figure 1 : Entretiens regroupés par similarité lexicale (NVivo®)



II. Thèmes issus de l'étude qualitative

Quatre thèmes principaux ont émergé de l'analyse des perceptions des médecins généralistes vis-à-vis du décès de leurs patients : **la pratique du médecin généraliste, son ressenti, ses ressources et son rapport à la mort**. Ces éléments sont distincts mais s'inter-influencent de façon continue. La complexité des perceptions est représentée par l'assemblage des thèmes et leur dynamique par les relations entre les thèmes. Ils forment une théorie ancrée autour du vécu des médecins généralistes vis-à-vis du décès de leurs patients. Ceci est représenté par l'arbre thématique (*Figure 2*) dans lequel les flèches symbolisent les relations qui existent entre les thèmes. Ces dernières seront détaillées dans chaque sous-partie.

Figure 2 : Arbre thématique de l'étude



1. La pratique du médecin généraliste

L'expérience pratique vécue par le médecin généraliste lors du décès d'un patient revêt trois aspects : relationnel, médico-légal et technique.

1.1. Aspect relationnel

Le décès d'un patient est un évènement marquant pour le médecin et encore plus quand il est présent lors du décès « *Et... la personne est morte avec moi, quoi, enfin je veux dire...* » (E1). L'importance pour le médecin est parfois telle que cela déborde sur son environnement personnel : « *dans ces situations-là, on donne souvent son téléphone privé pour dire : s'il y a besoin, vous m'appellez etc..., quand on sent que l'on est en fin de vie [...] je me suis dit que c'était à moi de faire ça... En gros, il n'y avait personne à côté, il y avait la dame et ses deux enfants, jeunes, des ados quoi...qui ne pouvaient pas gérer non plus. Bah voilà, du coup, moi je suis resté jusqu'à ce qu'elle décède...* » (E1). L'accompagnement de la fin de vie clôture la relation médecin-malade et le médecin le voit comme un rendu, un devoir professionnel « *Ah oui... moi je trouve que c'est un minimum que je dois à mes patients que j'ai vus ... pendant je ne sais pas combien d'années, certains...quoi* » (E1).

La plupart des médecins ont abordé spontanément le sujet des rites funéraires dédiés aux patients décédés. Ceux-ci comprennent l'envoi d'une lettre ou un appel téléphonique pour présenter ses condoléances, une visite mortuaire au domicile ou en chambre funéraire et la présence aux obsèques. La majorité s'accorde sur le fait qu'exprimer ses condoléances fait partie du rôle du médecin. Les avis divergent sur les modalités et les limites. Les médecins les plus âgées considèrent la participation aux rites funéraires comme importante, c'est pour eux une évidence et une constante : « *Je tiens toujours à*

aller voir mes patients décédés, faire une visite, je vois les familles, j'aime bien voir la personne seule parce que je leur parle, je leur parle par rapport à ce que j'ai fait avec eux, et puis je vois les familles au maximum parfois je ne peux pas [...] mais il y a un petit mot derrière, un passage » (E5).

En parallèle, pour les jeunes médecins, il n'y pas cet automatisme et ils ne savent pas si cela fait partie du rôle du médecin. Une longue relation avec un patient serait un facteur décisionnel important : *« je ne sais pas, c'est comme aller aux enterrements. Je pense que si c'est un patient que tu suis depuis 20 ans, tu vas peut-être aller à son enterrement... je ne sais pas. Je ne me suis pas posée la question pour le moment. » (E4).* Certains médecins trouvent que la présence aux obsèques sort du cadre de la relation professionnelle médecin-patient et y voient une intrusion dans la sphère privée du patient *« Alors est-ce que c'est dans le rôle du médecin ? Je ne pense pas parce que les obsèques c'est quelque chose d'intime, voilà c'est une cérémonie familiale, religieuse ou non mais je ne pense pas que ce soit le rôle du médecin. Envoyer un message de sympathie pourquoi pas, par téléphone ou par écrit mais la présence du médecin à moins que vraiment ce soit un patient avec lequel tu es devenu ami et dans ce cas-là tu es dans un rôle autre, amical et pas professionnel. » (E8).*

L'accompagnement de la fin de vie du patient est une période où l'aspect relationnel avec le patient est primordial. La présence et le dialogue en sont les bases *« être à l'écoute de vos doléances, de vos douleurs, de vos angoisses, je suis là pour essayer de vous aider, je ne dis pas que je ferai des miracles mais je suis là » (E7).*

Le prérequis est une information loyale et sincère sur l'état de santé du patient et ses perspectives. Cette annonce permet au patient d'entrer dans la relation d'accompagnement. *« je lui explique son état clinique et je lui dis que c'est possible qu'elle meure bientôt, je ne sais pas quand mais le tableau n'est quand même pas magnifique. Et donc je suis restée pas loin d'une heure avec cette dame-là et on a discuté, elle était très contente, je ne lui ai rien prescrit [...]. Elle était apaisée, elle savait où elle allait, elle était en train de se préparer et tout ça » (E9).*

Le médecin peut aider le patient à lui faire prendre conscience du temps qui lui est compté afin de l'optimiser. Le médecin pense aussi que ce temps-là peut servir à apaiser des souffrances morales notamment en favorisant le dialogue avec ses proches : *« qu'il comprenne bien qu'il y a quelques jours et que ces quelques jours-là sont décisifs. S'il voulait revoir sa fille c'est maintenant parce qu'après ce n'est plus possible et il avait compris et sa fille était venue... je crois qu'il avait été content de la revoir et je pense qu'elle aussi puisqu'elle est venue. Ce que j'ai retenu c'est de ne pas laisser les histoires sans dénouement en fait. » (E6).*

Les médecins sont aussi vigilants à ce que la fin de vie du patient à moyen terme ne soit pas trop médicalisée en respectant au maximum le déroulement naturel et les souhaits d'autonomie du patient *« J'ai essayé autant que possible de les laisser faire les choses seuls [...] et lui m'a dit : moi je ne veux pas qu'on me vole ma mort. J'ai trouvé ça très bien et donc je ne voulais pas intervenir dans sa vie... pas envie qu'il y ait un médecin qui vienne tous les jours te voir pour te dire : vous allez bientôt mourir quoi (rires) » (E6).*

Les médecins sont unanimes sur l'élément relationnel incontournable lors du décès : les proches. Dans le nuage de mots, ils sont mis en avant autour du mots « patients », sous différents termes « proches / famille / entourage » ce qui représente une grande occurrence (*Figure 5*). Il est important de les prendre en charge, de les accompagner tout comme le patient en fin de vie. « *L'entourage a une place énorme. Même si je n'oublie pas le patient mais l'entourage est un tiers qu'il faut absolument prendre en compte. [...] si on ne fait pas bien notre travail, on va dire pour accompagner la mort et bien derrière on va ramer pour accompagner l'entourage donc c'est important aussi de bien faire les choses pour les restants, je pense que c'est ça* » (E3).

Le médecin essaye d'informer les proches le plus tôt possible tout en restant progressif dans l'annonce pour respecter leur rythme. Il est important pour lui que les proches puissent anticiper au mieux le décès pour en faciliter l'acceptation. « *moi j'essaye de réunir sa famille qui n'avait pas l'air de comprendre [...] donc j'essaye de prononcer les mots clés pour qu'ils entendent, cancer, métastase, tout ça pour que ça remue un peu ces choses-là, pour ne pas qu'ils se disent : qu'est-ce qu'ils se passe ? pour vraiment que ce soit clair* » (E6).

Il s'emploie à répondre aux questions de la famille, à trouver les mots justes, parfois à les reconforter et également à les accompagner dans leur spiritualité. « *Je pense que c'est important dans la mort et dans la souffrance qu'ont les familles, qu'on les accompagne surtout quelle que soit leur religion ou leurs croyances. C'est un moment tellement difficile en général pour les gens qu'ils ont besoin que le médecin ne soit pas en train de les interroger ni les remettre en question, je pense qu'il faut aller dans leurs sens et les aider à franchir cette étape* » (E6).

Le médecin est en première ligne face à l'expression des sentiments des proches « *Et après c'est vrai que les vraies douleurs des gens ce n'est pas quand ils se cassent la jambe, c'est quand ils ont à affronter des décès dans leurs familles.* » (E2). Il assiste à l'inondation émotionnelle qu'ils peuvent ressentir, la douleur, la souffrance. « *les trois mamans pourtant avec des âges différents ont eu la même réaction, la même souffrance et quasiment les mêmes mots, les mêmes mots pour parler de leur souffrance.[...] donc c'est vrai que ça m'a un peu surpris et appris qu'effectivement, on le savait mais quand on le vit c'est encore plus important, que la souffrance elle est bien présente, quand il y a le décès mais aussi la maladie, mais il n'y a pas d'âge pour ne pas souffrir, il n'y a pas d'âge pour ne pas avoir ce genre de malheur et voilà...* » (E5) Au contraire, les médecins sont parfois la cible de la colère voire de l'agressivité des proches. Les médecins sont parfois mis en cause dans le décès du patient comme si les proches avaient besoin de trouver un responsable du décès mais c'est aussi simplement parfois une forme d'expression de la souffrance de leur deuil. « *Alors son frère était venu m'engueuler et en réalité je me suis aperçu que moi j'étais le coupable idéal et qu'il s'en voulait à lui de ne pas lui avoir pris les clés de voiture. Parce qu'elle conduisait... qu'elle aurait pu avoir un accident.* » (E2).

La relation du médecin avec les proches se poursuit généralement au-delà du décès du patient. Les proches et le médecin ont vécu ensemble le décès du patient et cette expérience unique les lie le plus souvent définitivement. La plupart du temps, le médecin a accompagné les proches dans leur deuil et la suite de la prise en charge apparait donc comme une suite logique, une évidence. « *je continue à suivre la famille, que j'ai accompagnée dans le deuil, j'ai refait de l'hypnose à sa fille qui avait du mal à dire au revoir à sa mère. C'est ça qui est intéressant en hypnose c'est qu'on fait les choses pour de vrai*

donc je lui ai fait dire ce qu'elle aurait voulu lui dire et qu'elle n'avait pas dit, qu'elle n'avait pas pu dire, lui dire au revoir voilà... » (E9). Plus rarement le décès du patient marque une rupture dans le suivi des proches notamment quand le médecin est mis en cause par ces derniers.

1.2. Aspect médico-légal

Le sujet du certificat de décès revient fréquemment dans les entretiens. Il présente un caractère médical, celui de constater la mort. Mais certains médecins parlent surtout de son caractère légal, administratif qui leur pose des difficultés. Ils confessent une méconnaissance du système médico-légal, allant du rôle du médecin légiste à la définition précise des obstacles médico-légaux et de leurs conséquences quand ils sont invoqués. La plupart du temps, il est vu comme une simple formalité mais il peut parfois mettre le médecin dans une position inconfortable *« j'ai rempli le certificat mais je ne sais pas de quoi elle est morte et je me dis que ça se trouve c'était une mort suspecte... et je ne sais pas là, je m'en veux de ne pas avoir... il aurait peut-être fallu que je coche une autre case et que je dise : non, non débrouillez-vous, moi ce n'est pas mon... j'appelle le médecin légiste ou je ne sais pas trop qui [...] en fait je ne sais pas ce qu'il faut faire dans ces cas-là et là je m'en suis voulue. »* (E8). Il est considéré comme le dernier acte dans la relation médecin-patient et il revêt aussi un aspect relationnel *« Donc ce matin, je suis allé faire son certificat puis dire au revoir voilà. »* (E5).

Les médecins envisagent la relation de soin comme un contrat tacite avec le patient et ce jusqu'à la mort. *« Je lui avais dit : bon et bien, on vous traitera jusqu'au bout à la maison s'il faut... et puis voilà, je m'étais engagé à ça et donc j'ai tenu mon engagement quoi »* (E1). Les bases du contrat sont le respect des volontés du patient et aussi de ses croyances *« chez les juifs pratiquants, il est dit : il ne faut pas hâter la mort donc il faut lever les sédations [...] ce monsieur il a toujours vécu dans la religion juive de façon très pratiquante, la famille m'a dit que c'était son souhait de vivre jusqu'au bout dans sa religion...voilà de ne pas déroger à ses règles-là donc je pense qu'il faut respecter ses souhaits. »* (E6). Le médecin généraliste fait comme une promesse d'obligation de moyens *« le respect de la volonté de la personne, c'est très, très important et puis il faut qu'on se donne absolument les moyens de mettre en place ce qu'il faut pour respecter les volontés de la personne »* (E3).

Parfois les demandes du patient affrontent les frontières de l'éthique médicale mais le respect des volontés du patient s'inscrit toujours dans le cadre de la déontologie médicale, en effet le médecin engage sa responsabilité *« un patient, 97ans, ancien médecin anesthésiste qui avait une cardiopathie et qui ne se dégradait pas forcément mais pour lui, avec le grand âge, il se sentait dégradé et souhaitait que je le fasse mourir... Bah bien sûr il a fallu dire les choses, que l'on ne pouvait pas abréger sa vie mais qu'on pouvait l'accompagner »* (E10).

D'après les médecins interrogés, un des principes essentiels de la prise en charge est l'anticipation et ils nous en parlent à travers des outils médico-légaux. Ils sont très attachés aux directives anticipées, plus ou moins formalisées, qui sont le support des volontés du patient quant aux soins de fin de vie. *« Donc on a beaucoup discuté et avec sa fille, on a mis des choses par écrit sur un cahier, j'ai signé à la fin et elle a signé comme quoi pas d'acharnement, pas de nouvelle hospitalisation, qu'elle préférerait*

même si elle avait un OAP, une insuffisance cardiaque... et tout, rester à la maison et qu'on n'appelle surtout pas le SAMU » (E9). Les médecins parlent aussi de l'avis consultatif des proches qui peut prendre la forme d'une personne de confiance désignée par le patient, notamment utile en cas de conflits intra-familiaux.

L'engagement du médecin envers son patient est continu mais le décès survient parfois en dehors des périodes d'activités du médecin. Ayant conscience de ceci, les médecins ont à cœur d'assurer la permanence des soins jusqu'au décès du patient. Ils s'appuient notamment sur les fiches « SAMU-pallia » et les prescriptions anticipées. « *Et donc j'avais écrit sur son dossier médical à la maison, il y avait toutes les lettres de spécialiste sur la table de la cuisine, et on avait marqué : ne pas réanimer, désire mourir à la maison ; j'ai écrit ça en grosses lettres, capitales...au cas où, ça ne serait pas moi qui serait là* » (E9).

Figure 3 : Diagramme d'encodage du thème « Pratique du médecin généraliste » (NVivo®)

Aspect relationnel	Aspect médico-légal
<ul style="list-style-type: none"> • 76 références d'encodage • 5041 mots 	<ul style="list-style-type: none"> • 24 références d'encodage • 1629 mots
	Aspect technique
	<ul style="list-style-type: none"> • 15 références d'encodage • 774 mots

1.3. Aspect technique

L'aspect technique lors du décès du patient est assez peu abordé par les médecins interrogés (Figure 3). Il s'agit de la sédation terminale qui est rare en ambulatoire et qui questionne plus les champs de l'éthique et de la responsabilité médicale que celui de la technique. « *Moi je pense que pour l'instant, en tout cas, ma limite c'est que je n'irai jamais sédaté un patient à domicile, à Rennes, ça n'a pas de sens quoi... si j'ai à sédaté un patient à domicile, j'appelle le 15 et je discute avec le médecin régulateur mais on décide s'il faut le faire maintenant...effectivement si le type est en train de se vider de son sang sur une hémoptysie massive, une hématomèse massive [...], on prend l'avis et on fera sûrement mais je ne fais pas ça de moi-même* » (E6).

Avant le décès, il y a les soins mis en œuvre dans un contexte de fin de vie. Des thérapeutiques palliatives sont utilisées afin de soulager la douleur et/ou les symptômes pénibles. Le médecin utilise notamment des médicaments opiacés et il réalise parfois des gestes techniques comme des ponctions d'ascite. La partie technique est toujours sous-tendue par un aspect éthique et les actes sont réalisés

dans l'intention de soulager. Dans le respect de la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie, les médecins utilisent le double-effet. « *pour soigner quelqu'un, monter en pression les médicaments même si je sais qu'il y a des effets secondaires [...] soulager et si on raccourcit un peu la vie par des insuffisances rénales qui s'installent à cause des médicaments, par des problèmes x ou y ou d'intolérance médicamenteuse et bien ce n'est pas trop grave [...] du moment qu'au moins les derniers mois, les dernières semaines, il ne souffre pas...* » (E5).

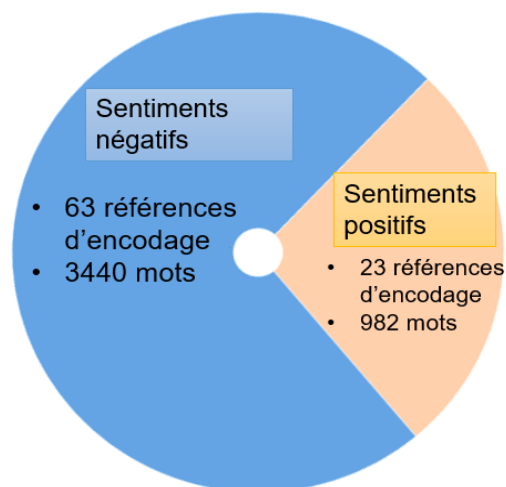
La plupart du temps, le médecin gère la situation avec l'équipe paramédicale en place mais l'utilisation de certains dispositifs nécessite le recours à l'HAD notamment le matériel injectable type pousse-seringue ou encore l'oxygénothérapie ou aspiration. « *Mais oui à la fin, il y avait tout le temps du monde, matin, midi, soir, il y avait vraiment besoin de la pompe à morphine, enfin on était en soins palliatifs à domicile.* » (E9). Le support technique n'est pas la seule situation où le médecin fait appel à des ressources extérieures. (Voir 3. Les ressources du médecin généraliste).

Finalement, le rôle technique du médecin généraliste dans un contexte de fin de vie est principalement un rôle de coordination « *on a fait en sorte qu'il y ait des passages à domicile pour le confort, on a fait une ALD pour que les soins médicaux soient bien pris en charge, on a appelé l'équipe de soins palliatifs* » (E6).

2. Le ressenti du médecin généraliste

Le décès d'un patient est une expérience qui fait naître des sentiments variés chez le médecin généraliste. Les impressions positives et négatives coexistent et parfois se mélangent dans un ressenti ambivalent « *C'est quelque chose d'horrible, ça peut être à la fois horrible et beau, si ça se passe super bien, qu'est-ce que c'est génial, on a une sensation d'apaisement* » (E9). Néanmoins selon les médecins interrogés, c'est le ressenti négatif qui est plus largement exprimé lors du décès d'un patient. (Figure 4).

Figure 4 : Diagramme d'encodage des sentiments lors du décès d'un patient (NVivo®)



2.1. Sentiments positifs

Accompagner la mort d'un patient peut se révéler une expérience enrichissante. Le médecin ressent parfois du bonheur et de la sérénité lors du décès d'un patient notamment quand les volontés du patient ont pu être suivies « *Donc je suis content qu'il se soit éteint comme ça quoi.* » (E6) ; « *je trouve que voilà c'était bien fait. Donc on a respecté les volontés de la patiente de rester à la maison, on a pu le faire donc on va dire, j'étais sereine par rapport à ça.* » (E3).

La satisfaction est importante quand le médecin éprouve un sentiment de devoir accompli. Un médecin compare même le décès à la guérison en termes d'aboutissement d'un processus « *Je trouve ça assez satisfaisant de se dire qu'on est allés au bout d'un processus en fait et qu'on a respecté les gens et leur foi et tout. Il n'y a pas beaucoup de situations..., en médecine générale en tout cas où l'on va au bout des choses donc si tu es allé au bout de ce processus là quelque part c'est comme quand tu guéris quelqu'un : c'est bien, je l'ai guéri et bah c'est bien, il est bien mort, enfin mort comme il le voulait, comme il fallait, enfin je ne sais pas comment dire. Mais en tout cas tu es allé...tu as accompli la chose qu'on te demandait et je trouve ça plutôt sympa même plutôt gratifiant* » (E6).

Les facteurs qui sont le plus souvent cités comme influençant positivement le ressenti du médecin sont :

- Le vécu positif des proches du patient décédé. « *la famille était super contente donc pour moi ce décès-là s'est bien passé* » (E6). Les proches sont d'ailleurs, la plupart du temps, reconnaissants du temps passé et expriment leur gratitude et remercient le médecin qui s'est occupé de leur proche. « *les familles de gens décédés, souvent te disent : merci, merci du temps que vous avez passé, merci d'être resté avec nous, merci de l'avoir soigné* » (E6). Ils saluent également les compétences et la disponibilité du médecin « *Et ils me savent gré de tout ce que j'ai pu mettre en place, de ma disponibilité aux moyens techniques pour leur mère et donc quelque part je pense que ça a été un accompagnement relativement réussi* » (E7).
- Un décès qualifié d'attendu, qui a pu être anticipé. « *je trouve que c'est très bien, elle est morte, elle savait qu'elle allait mourir, on avait tout préparé, on avait tout écrit, le temps de se projeter* » (E9). Le fait d'avoir du temps est également important pour le vécu positif des proches.
- Un décès dont le déroulement se rapproche d'une mort considérée comme « optimale » selon le médecin : sans souffrance, avec le respect des volontés de la personne et avec un entourage aidant « *Pour moi, ça s'est passé... on ne va pas dire une belle mort mais c'était ce que la patiente voulait. Elle voulait rester chez elle, pour moi, ça s'est bien passé, dans de bonnes conditions. Tout était au clair, la famille... le but c'était de la soulager à la fin. Cela s'est bien passé.* » (E4).

2.2. Sentiments négatifs

La survenue du décès peut surprendre le médecin car il ne l'attendait pas ou pas dans ce délai-là. Les circonstances de l'annonce peuvent perturber le médecin quand elles sont indirectes ou retardées. « *J'ai découvert ça...j'ai été faire une visite à l'EHPAD³ le lundi matin et...on ne m'a rien dit à l'EHPAD, j'ai trouvé ça un peu perturbant après puisque le lendemain j'ai vu que ce patient-là était décédé ... dans le journal* » (E1).

Les décès peuvent choquer les médecins par leur violence notamment à la découverte de cadavres défigurés, décomposés voire incomplets « *la gendarmerie qui appelle pour un décès par suicide. On m'annonce un coup de fusil dans la tête et je me dis : qu'est-ce que je vais voir ? [...] Et après dans la voiture quand je suis rentré, son image...je l'ai encore, j'ai l'image qui... c'est une image de guerre, qui va me marquer toute ma vie.* » (E5).

Le médecin peut ressentir de l'appréhension quand il s'agit d'aller constater un décès d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une mort suspecte ou violente « *Je n'étais pas très à l'aise. C'était la nuit, j'avais mis mes phares... bon le monsieur était face contre terre... quand le gendarme me dit : on retourne ? Je dis : oui retournez... pas très à l'aise* » (E5).

Le médecin peut également éprouver un malaise quand il assiste à l'agonie d'un patient. Cette période de flottement peut être pesante pour le médecin notamment lorsqu'il est seul à gérer une fin de vie à domicile « *Mais c'est assez lourd quoi...parce que tu te dis à un moment donné : est-ce que ça va se finir ou pas ou est-ce que ça va durer pendant je ne sais pas combien de temps encore... avec des... périodes de souffrance évidente quand elle... émergeait un petit peu...* » (E1).

Lors du décès d'un patient, le médecin éprouve généralement, à différents degrés, de la peine ou de la tristesse. Certains médecins décrivent la perte d'un patient comme un deuil. « *Oui je pense que c'est une forme de deuil quand même, j'ai eu du mal à retrouver du plaisir à travailler, de se dire à quoi ça sert ?* » (E8). Pour quelques médecins, le décès d'un patient est comparable à un décès dans leur sphère privée. « *Oui je fais un deuil. [...] on n'a pas un mur entre nos émotions, nos sentiments vis à vis des humains quand on est dans le privé et nos émotions, nos sentiments vis-à-vis des humains qui sont nos patients au cabinet.* » (E9) D'autres, relativisent toutefois ce sentiment selon l'ancienneté de la relation et la force du lien avec le patient. « *Alors pas un deuil comme si c'était un proche quand même. Bah il y en a pour qui ça t'embête, avec qui tu as un lien qui est assez fort mais j'ai quand même cette distance-là qui fait que je ne le vis pas comme si c'était un proche de ma famille.* » (E10).

Les médecins abordent le sentiment d'impuissance qu'ils peuvent ressentir devant certaines morts. C'est le cas ici chez une jeune patiente avec une pathologie de très mauvais pronostic « *C'était une jeune fille [...] elle avait mal à la jambe et là, je découvre qu'il y avait une tumeur c'était un sarcome et j'ai appris que 2 ou 3 mois après, elle était morte... je ne sais pas pourquoi cette mort-là... ça m'a fait*

³ EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

*quelque chose parce que je... vois toute l'impuissance du médecin. C'est-à-dire que t'aimerais tout donner quoi, t'aimerais aider... ce n'est pas juste quoi ! » (E2). Il est difficile, pour eux, d'être médecin et de ne pas avoir d'action sur le cours d'une maladie, de ne pas pouvoir freiner l'évolution voire de ne pas pouvoir guérir ou empêcher la mort qui plus est quand le patient est au début de sa vie « *et puis on a un sentiment d'impuissance sur une mort subite du nourrisson dont on sait pertinemment que de toute façon, toute intervention ne servira strictement à rien et là oui là c'est difficile » (E7).**

Les médecins se sentent parfois désemparés quand ils n'arrivent pas à expliquer les causes de la mort notamment lors d'une mort inattendue. Le sentiment d'injustice prédomine et est partagé par le médecin et les proches « *Et c'est plus la détresse de la maman et tu ne peux rien y faire de toute façon. Tu ne peux pas ni lui expliquer ni la reconforter de toute façon car il n'y a rien à dire. Donc toi tu te sens un peu impuissant. C'est sûr que c'est injuste, que ce n'est pas la nature, que ce n'est pas une fin de vie normale » (E4).*

Les médecins considèrent le sentiment de culpabilité comme le pire qui puisse entourer le décès d'un patient et la plupart l'ont déjà ressenti. « *ce que je ne voudrais pas en tant que médecin, c'est être responsable de la mort de quelqu'un, tu vois ça, ça me détruirait.* » (E2) Les médecins ressentent notamment de la culpabilité lorsque le décès est inattendu ou brutal, ceci les conduit à une introspection intense. « *Alors d'abord le décès brutal... c'est choquant pour tout le monde ! Et en plus là, tu te poses plein de questions sur ta... [...] pratique et ton erreur ou pas... [...] est-ce que je suis passé à côté de quelque chose ? est-ce qu'il, qu'elle m'a dit quelque chose que je n'ai pas...compris... ? est-ce que mon examen n'a pas été complet ? C'est ça quoi, on se culpabilise » (E1).* Les médecins peuvent se sentir responsables d'un décès et avoir des regrets voire des remords concernant leur prise en charge. Parfois le sentiment de honte coexiste avec celui de culpabilité, en effet le médecin doute parfois de ses compétences et se dit que l'issue aurait été différente avec un autre médecin. Le sentiment de culpabilité est la plupart du temps auto-infligé et la honte qui l'entoure rend son partage difficile.

Une des médecins nous parle du sentiment de colère qu'elle a pu ressentir quand un de ces patients est décédé sans le respect de ces dernières volontés. Le médecin de permanence n'a pas respecté les directives anticipées qui étaient en évidence au domicile du patient. « *Je trouve ça nul, alors qu'il serait mort dans son lit avec sa sœur à côté. Ça, ça m'énerve ces trucs-là, alors ça, j'étais très en colère, mon collègue je l'ai engueulé.* » (E9).

Les facteurs qui sont le plus souvent cités comme influençant négativement le ressenti du médecin sont :

- Un décès brutal, inattendu, qui n'a pas pu être anticipé. Les décès inattendus sont souvent plus mal vécus car ils soulèvent beaucoup d'interrogations notamment celle de la responsabilité du médecin dans le décès. C'est la culpabilité potentielle qui amplifie le ressenti négatif. Parmi les décès brutaux, le suicide est un cas particulier encore plus souvent associé à un vécu difficile, en effet le médecin se projette et examine l'état d'esprit du suicidant. « *les suicides ne sont pas*

toujours très faciles donc c'est vrai que ça nous apprend [...] à comprendre la souffrance des gens, surtout ceux qui vont finir leurs vies par un suicide ou autre et qu'il y a quand même une souffrance importante dans ces moments-là » (E5).

- Le vécu négatif des proches. La mise en cause du médecin par les proches est une situation rare mais que beaucoup envisagent et craignent.
- Une annonce de décès retardée ou indirecte. Le manque de communication entre la ville et l'hôpital ou à l'EHPAD est difficile à vivre pour les médecins, ils se sentent parfois mis à l'écart voire évincés de la relation médecin-patient.
- La proximité et la force du lien avec le patient décédé. Quand un patient est devenu proche, le ressenti du médecin est plus intense. *« c'est difficile car on s'attache aux gens que l'on suit depuis longtemps et que l'on voit les choses partir en cacahuète oui c'est douloureux, c'est préoccupant » (E7).*
- Le jeune âge du patient décédé, en particulier les nouveau-nés et nourrissons. Les décès d'enfants bien que rares sont très marquants pour les médecins généralistes *« bon je n'ai pas pu récupérer ce petit bout de chou-là qui n'avait donc que quelque mois » (E5).* C'est le sentiment d'injustice qui prédomine. Le ressenti négatif est parfois amplifié par la projection sur les propres enfants du médecin généraliste. *« Bah parce que ce n'est pas quelque chose d'habituel et que l'on n'est pas prêt à ça et je pense que l'on se projette beaucoup plus [...] mais ça m'a marqué parce que...c'est injuste. Et puis c'est terrible de se remettre de la mort d'un enfant donc la mort d'un deuxième enfant ouais c'est ...ça m'a vraiment, vraiment marqué. » (E8).* C'est un évènement vécu violemment, en effet la souffrance est présente chez les proches, chez le médecin et chez les soignants qui ont participé à la prise en charge.

2.3. Retentissement sur sa sphère personnelle

Le médecin généraliste se nourrit de son expérience professionnelle qui contient notamment les décès de ses patients *« je veux dire, mon expérience professionnelle fait partie de moi, maintenant. » (E 10).* L'exposition à la mort d'un patient et les sentiments qu'elle induit retentissent sur l'être humain derrière le médecin : sur son bien-être et sa santé, sa vie intérieure et son entourage.

Les médecins évoquent globalement un retentissement négatif sur leur bien-être ou leur santé. Le sommeil est un des éléments les plus affectés. L'état de bien-être est perturbé par le stress, la nervosité, l'anhédonie ou encore les inquiétudes excessives liées au travail. *« Mon sommeil oui. Ma santé... je ne pense pas. Mon sommeil oui, par moments, ça interfère c'est sûr. Sur mon bien-être oui, il y a des périodes où je vais avoir plus de difficultés à me détendre, à profiter... » (E8).*

Au-delà des conséquences sur le bien-être et la santé, c'est tout son être qui est modifié. *« c'est sûr qu'on ne sort pas indemne d'avoir côtoyé toute une patientèle avec des moments bien, des moments*

négatifs, des moments très durs... automatiquement on est modifiés, je sais que ça m'a modifié... » (E5).

Cette exposition à la mort invite le médecin généraliste à l'introspection. Il est amené vers des réflexions philosophiques, spirituelles sur sa propre mort « *Quand je vais parler de la mort à un patient, je vais lui permettre de penser à sa mort mais moi aussi, je vais penser à la mienne en même temps forcément.* » (E9). (Voir 4.4. Sa propre mort).

Le retentissement peut être plus fort qu'une invitation à la réflexion et peut passer par la projection. Le médecin peut ressentir de vives émotions en s'identifiant à des personnes endeuillées lors de décès vécus dans sa patientèle. « *C'est vrai que la mort de l'autre te rapproche un peu de la tienne, c'est dire que la souffrance, putain... quand le monsieur dont je te parlais a perdu sa femme... mais moi j'étais anéanti, je me disais : si je perdais ma femme, je serai anéanti, donc en miroir, tu ne peux pas déconnecter l'histoire de ta propre histoire, elle est là !* » (E2).

Cela retentit également sur la gestion du deuil dans sa vie personnelle. Un médecin souligne un phénomène d'habituation, comme le résultat d'un apprentissage secondaire à l'exposition à la mort dans sa vie professionnelle. « *Je pense que l'émotion aigue est toujours là. Par contre, je pense qu'après, on a un vécu qui se fait un peu mieux quand même que beaucoup de gens. Je pense que ça fait partie de notre vie c'est ça.* » (E1). Il souligne que la diminution de la réponse émotionnelle n'est pour autant pas synonyme d'émoussement affectif.

Les médecins parlent également d'un retentissement indirect sur leur entourage. Quand les médecins éprouvent des sentiments négatifs au travail, cela déborde souvent la sphère professionnelle. « *Je sais qu'en tout cas la période où le couple a perdu son bébé, c'est une période qui a été difficile pour moi, vraiment beaucoup de remise en question et ça avait un impact à la maison aussi* » [...] (E8).

3. Les ressources du médecin généraliste

Les médecins parlent des différentes ressources qui les entourent c'est-à-dire de tous les moyens matériels, intellectuels et des possibilités d'actions qui en découlent. Une ressource peut avoir le rôle de soutien quand le vécu est difficile ou elle peut servir d'outil dans la pratique du médecin ; parfois cette ressource revêt les deux rôles. Les ressources sont classées entre sphère personnelle et professionnelle mais dans la réalité, la limite n'est pas nette et les deux sphères sont interdépendantes. « *On est « utilisationnaires ». Moi j'utilise toutes mes expériences, tous mes apprentissages qu'ils soient professionnels, personnels [...]. Je suis un ensemble et quand je suis dans le cabinet et bien je vais essayer d'aller chercher [...] tout ce paquet d'informations, de ressources que je vais pouvoir utiliser quand je suis en position de soignant mais c'est en ce sens-là aussi que je peux les aider, il n'y a pas de séparation.* » (E9).

3.1. Les ressources issues de la sphère personnelle.

Le bien-être dans leur vie personnelle est une ressource importante pour faire face aux événements difficiles dans leur vie professionnelle. *« J'ai toujours considéré qu'il fallait équilibrer la vie professionnelle et la vie privée [...] quand tu fais, comme ça, un métier dans la relation, ça nécessite d'être bien dans ton corps, bien dans ta vie »* (E2). La notion d'équilibre entre vie personnelle et professionnelle passe aussi par les loisirs qui sont de réels exutoires. *« sinon je fais mes activités de sport et des choses comme ça [...] j'ai besoin de sortir tous les jours de chez moi et du cabinet d'où l'intérêt des visites et puis systématiquement je fais 2-3h de sport au minimum par semaine [...] promenade, vélo, j'ai besoin de ça quoi ! »* (E1).

Les médecins sont divisés sur le rôle que joue leur entourage. Certains séparent leurs vies professionnelles et personnelles et ne partagent pas leur vécu avec leurs proches, notamment lors d'un décès de patient. *« je ne rapporte rien à la maison, personne ne sait rien. Même ma femme qui travaille avec moi n'est pas au courant de tout... pour réserver, garder et puis parce que je n'ai pas envie »* (E5). D'autres partagent leur ressenti avec leur entourage mais expriment un certain malaise en s'interrogeant sur la pertinence de ce rôle. A l'opposé, pour certains médecins, l'entourage occupe une grande place et a un rôle primordial de soutien. Ils insistent sur la qualité d'écoute et de communication de leur partenaire. *« Après j'ai été beaucoup aidé par [ma femme], je crois beaucoup dans cet échange-là, le fait aussi qu'elle soit psychologue, qu'elle me fasse me poser les bonnes questions et prendre du recul [...] Donc elle m'a beaucoup aidé parce que déjà, un, parce qu'elle n'est pas médecin [...], parce qu'elle a du recul, parce que...je l'aime... voilà parce qu'on se cause quoi ! »* (E2).

Les médecins ne se confient pas davantage à des personnes extérieures à leur entourage. Là aussi, les attitudes sont diverses. Mais de façon unanime, aucun des médecins interrogés n'a évoqué le recours à un psychologue ou psychiatre ni la consommation de thérapeutiques médicamenteuses. Les médecins recherchent avant tout une qualité d'écoute sans nécessairement revêtir un caractère professionnel. *« j'avais été voir quelqu'un [...] pas une psychologue mais c'est quelqu'un avec qui je faisais du yoga et qui avait une petite approche aussi sur d'autres techniques et voilà j'avais pris un temps avec elle et ça m'avait fait, je pense, un petit peu de bien »* (E8). Une des médecins pense qu'un manque de soutien émotionnel et psychologique peut être en lien avec un épuisement professionnel. Elle émet l'hypothèse d'une équipe mobile de psychologue pour y pallier, en effet elle dit que les médecins sont peu enclins à aller se confier spontanément, de leur propre initiative. *« Et je pense...parce qu'on parle souvent de l'épuisement professionnel, qu'il faudrait que les médecins soient régulièrement vus, écoutés...bon je pense que l'on est tous pareils, on pense que ça va donc on ne le fait pas mais oui peut-être que s'il y a avait une équipe mobile avec des psychologues à disposition pour pouvoir parler de la mort de nos patients, ça serait aidant je pense. »* (E8).

Le médecin s'appuie sur son expérience personnelle notamment s'il a été exposé à la mort dans son proche entourage. Son attitude, son ressenti et sa gestion du décès et du deuil dans sa vie personnelle deviennent alors des outils pour sa pratique professionnelle. Un médecin s'est inspiré de

ce qu'il avait vécu plus jeune lors du décès de ses proches pour forger son attitude relationnelle et sa participation aux rites funéraires. « *J'ai vu ce qu'il s'est passé ...des décès dans ma famille donc je pense que ça m'a fait avoir un peu la même attitude ... en plus professionnel après [...] Avoir la relation qu'avaient les soignants par rapport aux gens qui sont décédés dans ma famille [...] Tout le monde se manifestait d'une façon ou d'une autre quasiment à chaque fois... donc on se dit que ça fait partie de notre vie professionnelle quoi.* » (E1). Parfois un événement dans leur vie personnelle peut les sensibiliser et les amener à modifier leur attitude professionnelle. Une des médecins nous parle de son changement de regard sur le respect des volontés du patient à travers l'expression de remords après le décès de sa grand-mère. « *Je suis passée la voir et elle m'a tenue la main, [...] et en fait elle est décédée quelques heures plus tard [...] j'étais un petit peu perturbée parce que moi aussi j'avais appuyé la demande sur le fait qu'elle aille en maison de retraite alors qu'elle, elle avait clairement dit qu'elle ne le souhaitait pas, elle voulait absolument rester à la maison. Alors que l'on n'avait encore jamais essayé de mettre des aides en place... et donc ça, ça m'a sensibilisé... le respect de la volonté de la personne, c'est très, très important* » (E3).

Parfois le médecin est une ressource pour lui-même par la mise en place de mécanismes de défense afin de se protéger psychologiquement et émotionnellement. La plupart des médecins parlent d'une certaine mise à distance de la mort et des sentiments négatifs. « *J'essaye de mettre ça à distance comme je peux et blinder les choses tant que possible au boulot pour que quand je rentre, ça soit fini* » (E6). Certains médecins, notamment ceux formés à l'hypnose, parlent volontiers d'une dissociation. Cette séparation fonctionnelle interne leur permet de mieux supporter un traumatisme en se détachant du ressenti négatif associé à cet événement. « *Pour avoir travaillé personnellement sur le sujet, je pense aussi m'être protégé et me dissocier relativement aisément pour me protéger. Je l'ai retrouvé en faisant cette formation d'hypnose, le fait que je me dissociais et que ça m'aidait à gérer le traumatisme.* » (E7).

3.2. Les ressources issues de la sphère professionnelle.

L'activité de médecine générale est en elle-même une ressource pour le médecin par son rythme, sa variété, sa relation avec le patient et l'expérience qu'elle engendre.

Le quotidien du médecin met la médecine des vivants en première ligne. « *Quand quelqu'un n'a plus besoin de moi entre guillemets il y a toujours quelqu'un qui a besoin à côté.* » (E5). Le rythme et la charge de travail empêchent le médecin de repenser avec excès aux événements. Le décès d'un patient cadence la pratique du médecin mais ne la freine pas. « *On y pense un petit peu et puis tout d'un coup, hop, on est partis à autre chose. [...] Et puis tu as sans doute un autre décès en plus qui vient te couper la réflexion. [...] par rapport à l'autre et puis voilà, tu passes à autre chose à ce moment-là.* » (E1).

La variété des thèmes abordés en médecine générale permet au médecin de ne pas ressentir une certaine saturation au sujet de la mort. Un médecin confie même que si son travail était focalisé sur la mort, il l'arrêterait. Ainsi la diversité spécifique à la médecine générale est une véritable ressource pour le médecin. « *Quand je mets en avant la mort dans mon travail, ça me fait peur ! Et donc j'aurais presque*

envie d'arrêter de travailler si tu veux. » (E2). La diversité de la pratique peut aussi contribuer à la résilience du médecin, en effet la survenue d'expériences professionnelles positives peut aider à surmonter des événements traumatiques en rassurant le médecin sur ses compétences.

La relation avec le patient est également une ressource importante tant pour le bien-être du médecin que pour l'amélioration de sa pratique « *les patients c'est des collègues de travail, je retiens ça [...] c'est beaucoup mes patients qui m'ont appris. [...] je pense que c'est à moi de les remercier parce que c'est vrai qu'en médecine générale, on vit beaucoup de choses* » (E5).

L'acquisition d'expérience professionnelle au cours de la carrière du médecin généraliste est fondamentale dans la prise en charge du décès. « *J'ai l'impression d'être devenu médecin [...] je fais bien la différence entre 30 ans, 40, 50, 60 ans [...] C'est ce cheminement...peut-être qu'aujourd'hui, je suis davantage capable de parler de la mort* » (E2). En parallèle de l'exercice en cabinet, certains médecins ont d'autres activités qui peuvent leur apporter beaucoup. Ces activités sont des ressources sur le plan relationnel et technique. Ils citent notamment les rôles d'effecteur mobile ou de régulateur SAMU. « *Les urgences m'ont appris énormément de choses, m'ont surtout appris à rassurer les patients et quand on a la technique et que l'on n'a pas peur, en fait les gens ne se sentent jamais en danger [...] l'urgence m'a aussi appris... qu'on peut faire un geste de soulagement, utiliser des drogues ne me fait pas peur et donc je le fais d'une grande sérénité ce qui fait que c'est vécu aussi comme ça par le patient.* » (E7).

Les médecins généralistes quel que soit leur mode d'exercice, seul ou en groupe, soulignent tous l'importance du réseau médical qui les entourent. « *Connaître ses limites ça c'est extrêmement important, savoir travailler avec un réseau, avec des relais [...] à qui on peut téléphoner en disant : voilà j'ai un souci, est-ce que tu as une idée ?* » (E7). Les collègues libéraux et hospitaliers sont des ressources fréquemment sollicitées lors du décès d'un patient.

Le réseau palliatif est une véritable ressource pour les médecins généralistes. Les médecins s'accordent pour dire que le travail en équipe est primordial dans cette période « *Oh bah ça aide oui ! On discute de pleins de choses quand même. Ça nous laisse plus tout seul comme au début... ça c'est évident ! [...] c'était très compliqué. C'était l'époque où...y'avait pas de soins palliatifs, pas d'HAD... on gérait tout seul...les choses.* » (E1).

Le recours à une équipe mobile de soins palliatifs apporte un soutien multiple et permet un engagement plus serein du médecin à domicile. Ceci facilite notamment la décision collégiale en ambulatoire et apporte un soutien éthique. « *On échangeait beaucoup avec l'équipe de soins palliatifs, sur l'allègement des thérapeutiques, changer d'optique de prise en charge, ce qui n'est pas évident quand tu es...tout seul* » (E10). Le soutien est également technique : « *elle était sous de grosses doses de Lasilix en IVSE enfin bon, on n'aurait jamais pu mettre ça en place juste avec les infirmières libérales.* » (E4). Le partage avec l'équipe mobile est aussi un soutien émotionnel qui rompt avec l'exercice solitaire du médecin généraliste.

De façon plus globale, l'équipe mobile de soins palliatifs apporte son expertise et complète les compétences du médecin généraliste. « *L'équipe mobile a beaucoup plus de compétence que moi quand même sur ces questions-là. [...] Déjà des connaissances thérapeutiques et parfois des idées auxquelles je n'avais pas du tout pensé et puis bien sûr ça fait un autre interlocuteur plus spécialisé et donc ça rassure aussi tout le monde* » (E3). Le réseau palliatif est aussi une ressource en élargissant les possibilités d'actions du médecin généraliste au-delà du secteur ambulatoire. Son caractère hospitalier permet d'assurer une permanence de soins et un recours à une hospitalisation même en cas d'urgence via les unités de soins palliatifs. « *Je voulais qu'ils aient l'appui de ce truc-là, qu'ils puissent appeler n'importe quand, et que s'il y avait un problème, non seulement tout était mis en place mais il y avait aussi un lit de repli en cas de...* » (E6).

Le médecin sollicite régulièrement son réseau professionnel de proximité. Au sein d'un cabinet, la recherche d'un consensus auprès de ses collègues médecins peut s'avérer un véritable soutien. Quelques fois, ils représentent plutôt un exutoire et c'est leur écoute qui est recherchée « *en parler avec les collègues aussi. De pouvoir verbaliser, alors parfois ça ne change pas la situation mais au moins de le dire.* » (E10). L'exercice en groupe apparaît donc comme une véritable ressource mais certains médecins regrettent le manque de dialogue ou sa superficialité, même au sein d'un même cabinet : « *on va plus parler des enquiquineurs ensemble, sur le ton de la plaisanterie pour se décharger un peu : ouais j'ai vu untel, qu'est-ce qu'il est chiant...ça oui mais sur la mort non pas trop...* » (E8).

Le médecin généraliste est entouré de soignants paramédicaux qui ont à cœur de soutenir les proches. Ils partagent leur savoir et leur expérience et les accompagnent dans cette période inédite. « *La fille était venue habiter chez sa mère pour pouvoir être près d'elle les derniers temps [...] et tous les soirs elle lui disait : au revoir ma petite mère, à demain [...] Et l'infirmière de l'HAD lui a dit : il faut que vous la lâchiez, que vous l'autorisiez à partir [...], les gens partent quand ils savent que tout est prêt, [...] et donc le dernier soir, elle ne lui a pas dit à demain, elle a dit : au revoir ma petite mère, passe une bonne nuit. Et en fait quand ils se sont réveillés le matin et bien elle était morte.* » (E9).

Les médecins trouvent parfois plus de soutien avec des collègues extérieurs à leurs cabinets, lors de groupes de pairs ou groupes Balint et apprécient la sincérité et l'absence de jugement dans ces échanges : « *c'est pour ça que moi j'aime les groupes d'échange de pratique [...] je trouve que les médecins sont plus honnêtes car aujourd'hui on dit : je ne sais pas, ça ne va pas, je ne suis pas bien, je suis nul... !* » (E2).

Parfois l'expérience d'un collègue et son compagnonnage peuvent être un outil dans la pratique. En parallèle, plusieurs médecins, maîtres de stage universitaires ont souligné la présence et l'échange avec les internes comme une véritable ressource, un moteur pour l'amélioration des pratiques. « *Depuis que j'ai des internes, ça me donne envie d'être dans l'échange, ... je ne sais pas comment dire de l'allant, de l'élan également, voilà. [...] ça m'a aidé, les internes, vous, vous m'avez aidé énormément, c'est les consensus aussi qui m'ont aidé, c'est-à-dire que ce que je fais moi, ça doit être lisible par toi, tu vois ?* » (E2).

Les médecins sont divisés quant au rôle de la formation théorique universitaire ou continue dans la gestion du décès d'un patient. Beaucoup de médecins, notamment les plus âgés, avouent ne jamais avoir eu de formation universitaire à ce sujet. « *On n'est pas formés véritablement, c'est-à-dire qu'on est formés à ne jamais parler de la mort, formés à lutter contre sans jamais en parler* » (E2). Certains évoquent des cours sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle et sur la communication médicale pendant l'internat. La formation universitaire est souvent jugée incomplète. « *Ce que je reproche un peu à la médecine c'est que je la trouve terre à terre et pas assez d'ouverture d'esprit... sur la mort, elle peut emprunter aux sciences humaines et sociales, à la psychologie cognitive et je trouve que l'on est pas du tout assez ouvert là-dessus [...] ça renforcerait notre attitude, notre état psychologique et oui bien sûr. Pour moi c'est complémentaire par rapport à nos connaissances scientifiques.* » (E3).

Certains doutent de l'utilité d'une formation théorique et pensent que cela est léger par rapport au poids de l'expérience. « *Je pense même que ce qui nous prépare le plus et le mieux à la relation soignante, ce sont nos expériences personnelles, ce n'est pas ce que l'on a appris à la fac* » (E9). Dans le nuage de mots (Figure 5), le terme « expérience » a une police supérieure et donc un nombre d'occurrence plus grand que le terme « formation » ce qui souligne qu'il a été mis en avant par les participants. Mais nous pouvons noter également que ces deux termes sont satellites directs l'un de l'autre (Figure 5) et ceci souligne le discours d'autres participants qui voient la formation comme un complément à l'expérience acquise et aux compétences innées. En ce qui concerne la formation médicale continue, les médecins citent le DU douleur, le DU soins palliatifs et l'hypnose comme ressources utiles face au décès d'un patient. « *Donc chacun fera avec ce qu'il a à l'intérieur de lui, il peut apprendre avec le temps, avec l'expérience donc dévier légèrement sa trajectoire, lire oui... mais sincèrement si j'avais à conseiller une formation ça serait le DU de soins palliatifs parce que là... ça va de la technique médicale à la gestion humaine, religieuse, philosophique de la mort* » (E7).

La majorité des médecins interrogés ont parlé de la formation clinique lors de l'externat et de l'internat. Les stages en oncologie, pneumologie, réanimation et soins palliatifs sont cités quant à l'aspect formateur sur la prise en charge du décès. L'attitude du sénior a valeur d'exemple quand elle est jugée bonne avec le patient et les familles. L'imprégnation est plutôt passive au cours de l'externat : « *J'ai fait un stage en réanimation pendant mon externat où il y a avait des décès, où on ne savait pas s'ils allaient vivre ou mourir et alors tous les jours il y avait une permanence du sénior pour recevoir les familles [...] pour qu'on parle de leur proche, qu'on leur donne des nouvelles, qu'on leur explique ce qu'il se passait, qu'on leur montre les appareils, qu'on leur montre pourquoi, comment... et on parlait de la mort, c'était le sénior, moi j'écoutais... et voilà je l'entendais expliquer de façon très simple et rassurer les gens sur la question de la souffrance, sur la question [...] des soins palliatifs.* » (E6). Le même médecin raconte sa progression avec l'autonomie de l'internat et l'acquisition de compétences grâce au compagnonnage des séniors. « *Stage en pneumologie, premier mort très vite et donc ça c'était assez... au début c'était pesant et en fait c'était vachement intéressant parce que les médecins, justement comme ils avaient beaucoup de morts, sont super à l'aise... enfin super à l'aise... en tout cas ils savent t'expliquer comment il faut être, comment il faut faire, en tout cas t'encadrer pour que ça se passe bien.* » (E6).

4. Le médecin généraliste et la mort

La vision que le médecin a de la mort est en toile de fond lors du décès d'un patient. Elle influence ses actions, ses choix et colore son ressenti. Réciproquement, l'expérience vécue modifie les représentations du médecin. Cette relation est évolutive et dynamique. Le décès d'un patient questionne le médecin sur son rôle, sur la place de la mort dans sa pratique, sur les enjeux sociétaux et métaphysiques de la mort et enfin sur sa propre mort.

4.1. La place de la mort dans sa pratique

La mort d'un patient est un évènement incontournable dans le métier de médecin. « *Quand on est un médecin, dans tous les cas, chaque personne sera confrontée à la mort...* » (E3). Même si elle fait partie intégrante de la pratique, elle reste un évènement considéré comme rare. « *Rare et tant mieux. Parce que je ne pense pas que je pourrais être croque-mort [...] Ça doit être assez désespérant mais elle en fait partie. Moi je l'inclus complètement dans ma pratique et je la vis comme quelque chose d'obligatoire* » (E7). Toutefois l'exposition est variable selon les médecins. Elle est notamment plus faible quand la patientèle est jeune. « *Ils sont jeunes, Il y a peu de mes patients dont je me satisferais d'un décès* » (E6). L'exposition est également moins intense quand la majorité des décès survient à l'hôpital. « *C'est vrai que la majorité des décès que j'ai eu, c'est plutôt à l'hôpital et du coup je n'ai pas eu forcément à gérer quoi.* » (E4).

Dans la pratique du médecin généraliste, la mort n'est pas seulement présente sous la forme de la mort d'un patient, elle l'est aussi indirectement dans l'expression du deuil des patients lors de la mort de leurs proches. « *Peut-être que la place dans ma pratique à moi de la mort, c'est plutôt la mort des proches de mes patients [...] C'est-à-dire que j'ai des gens qui ont entre 30 et 40 ans et eux, il leur arrive... les proches meurent, souvent les parents, oncles tantes, des grands-parents donc j'ai l'impression que je vois pas mal de gens [...] qui viennent voilà en deuil [...] pour le coup voilà c'est plus à travers ce que ressentent mes patients.* » (E6).

La mort fait partie intégrante de la pratique du médecin mais elle est quelquefois l'objet d'un tabou dans la relation avec le patient. En consultation, le médecin hésite parfois à parler de la mort car cela touche à l'intimité du patient et il a peur de susciter des émotions négatives chez ce dernier. « *Ce n'est pas évident de l'aborder... je pense que ça fait peur aux gens [...] et de leur dire : et votre mort, est-ce que vous y avez pensé, qu'est-ce que vous souhaitez ? [...] franchement je pense que ça serait super bien de le faire mais c'est compliqué... parce que les gens s'ils viennent te voir c'est pour rester en vie.* » (E3). Mais les médecins interrogés s'accordent sur le fait que la mort est un sujet important de la relation médecin-patient et qu'un des rôles du médecin est d'en favoriser le dialogue. Une des médecins propose de l'aborder de manière systématique avec chaque nouveau patient. Dans sa pratique, l'intégrer aux questions sur les antécédents, le mode de vie lui permet de dépasser le tabou.

Dans la pratique du médecin, la mort prend également la forme d'un acte médical lors du constat de décès. Son aspect relationnel et humain le différencie des autres actes professionnels et en cela, la question de sa rémunération suscite l'ambivalence. « *Mais bien sûr ce n'est pas évident de parler de la*

mort, de prendre du temps, de peser ses mots et puis à la fin de la consultation de dire bah... est-ce que je peux avoir la carte vitale... bien sûr... ce n'est pas évident mais après ça fait partie de notre métier » (E3). Pour un médecin, la situation est ambiguë et pose un problème de compatibilité avec l'exercice libéral. En effet, en heures ouvrables, constater un décès n'est pas un acte rémunéré mais il est pourtant exigé et souvent de façon urgente. « *Ce n'est pas une urgence puisque les gens sont morts et qu'en théorie tu as 24 heures pour faire le constat de décès donc pourquoi est-ce qu'on ne met pas en place un autre système que ça ? Soit on dit au médecin généraliste de venir mais dans ce cas-là, il est rémunéré parce qu'actuellement c'est un acte gratuit* » (E6). Le malaise qui entoure cette question est souligné quand il ironise sur l'association jugée paradoxale du décès et du commerce « *on pourrait dire que c'est un acte compassionnel à ce moment-là, moi je veux bien hein...c'est comme une carte de fidélité, mort gratuite !* » (E6).

Dans la pratique du médecin, la mort peut aussi être la mort du médecin encore en exercice. Un médecin parle du décès récent de son collègue et du retentissement important dans sa patientèle. « *Il laisse un vide. Et pour sa patientèle, ça a été, pour certains, extrêmement difficile, extrêmement compliqué, d'accepter ça, certains ont même beaucoup souffert et ont préféré partir du cabinet pour ne pas revenir, retrouver les mêmes locaux, les mêmes visages.* » (E7).

4.2. Le rôle du médecin et l'attitude professionnelle face à la mort

La place qu'occupe la mort dans la pratique du médecin dessine les contours de son rôle face à celle-ci. Le rôle du médecin apparaît central entre la vie et la mort comme cela ressort dans le nuage de mots (*Figure 5*) où le terme « médecin » est directement entouré de deux antonymes « vie / mort ». La fatalité de la mort renvoie le médecin à ses limites et à son absence de toute puissance. « *On est des professionnels de la lutte contre la mort ! Mais voilà c'est un combat qui est perdu d'avance (rires) [...] finalement c'est vraiment la dimension du médecin, c'est un soignant pas un guérisseur quoi !* » (E2). Bien que la mort soit inéluctable, le médecin n'est pas résigné devant celle-ci. La vision de son rôle évolue au cours de l'exercice, son rôle est façonné par l'expérience, « *quand tu es jeune médecin, tu as envie de sauver des gens ! [...] Donc c'est changer de positionnement finalement, voilà accepter de ne pas les guérir tous mais au contraire de les accompagner* » (E10). L'objectif frontal de guérison est remplacé par celui de ne pas nuire ou encore celui d'accompagnement continu de la vie à la mort.

Dans le nuage de mots (*Figure 5*), en plus des deux antonymes « vie / mort », le mot « médecin » est entouré du mot « aider ». Un médecin explicite le lien entre ces termes non pas comme une opposition mais comme un rôle complémentaire : « *je suis là pour aider l'autre à vivre, peut-être que le rôle du médecin c'est aussi d'aider l'autre à mourir du mieux possible* » (E2). Dans cette lutte entre la vie et la mort, le rôle de prévention du médecin généraliste est alors central. « *Il y a un quiproquo dans le terme maladie, il y a la maladie telle qu'on pourrait la définir comme étant quelque chose sur laquelle on ne peut rien [...] et des choses sur lesquelles le médecin avec la personne peut ...et ça ne sera pas maladie mais ça serait « mal-agi » [...] est-ce que le rôle du médecin ce n'est pas d'agir justement sur ce « mal-agi » ?* » (E2).

Les médecins interrogés évoquent, ce qu'est pour eux, une attitude professionnelle face à la mort. Ils citent les qualités et compétences qu'ils jugent nécessaires pour accomplir cette tâche. Lors de la prise en charge du décès, il est difficile pour les médecins de dire distinctement ce qui tient du professionnel ou du personnel.

L'attitude professionnelle est sous-tendue par la personnalité du médecin. C'est le profil dit empathique avec des aptitudes en communication et relations humaines qui revient le plus. Les deux aspects technique et relationnel sont indissociables et complémentaires. « *Le dialogue et la compétence vont de mise et quelqu'un d'extrêmement compétent et qui ne dialogue pas ne sera pas vécu comme quelqu'un de compétent. Quelqu'un qui dialogue mais qui est nul, finira par se prendre les pieds dans le tapis donc il faut essayer d'allier les deux avec beaucoup de modestie.* » (E7).

Un médecin pense que ce qui doit venir en premier lieu est la posture médicale car elle correspond aux attentes du patient puis il poursuit en disant que devenir médecin passe par une implication personnelle au-delà des connaissances. Face à la mort, c'est l'humanité du médecin qui est révélée et qui marque les différences de prise en charge. « *C'est ce qui fait la différence entre les médecins c'est ta propre humanité, ta manière d'être par rapport à la mort justement, ta manière d'accompagner l'autre, d'être dans la santé [...]. Ton humanité, ta capacité à voir derrière les maux, quelles sont les souffrances personnelles, voilà.* » (E2).

L'attitude professionnelle serait alors de savoir doser les qualités humaines et de s'adapter à chaque situation en mettant toujours le patient au centre de la prise en charge. « *C'est du dialogue, de l'empathie, de l'humilité, savoir rester éventuellement en retrait mais surtout être à l'écoute de la personne qui va décéder et être à l'écoute de son entourage [...] il faut être caméléon quoi.* » (E7). L'implication émotionnelle personnelle du médecin peut le rendre vulnérable, en ça le professionnel utiliserait ses émotions comme une mémoire vive, avec un stockage éphémère contrairement à ses connaissances médicales pures. « *J'ai l'impression que le médecin doit avoir aussi deux qualités : une mémoire extraordinaire et une capacité d'oubli... aussi extraordinaire...* » (E2).

L'attitude professionnelle face à la mort diffère finalement peu de l'attitude quotidienne du médecin, en effet les interactions entre l'être humain et le professionnel, le savoir et l'émotion, le verbal et le non-verbal sont continues. Ceci est illustré par l'auscultation, à la base de l'examen clinique professionnel et dont l'étymologie révèle le sens d'écoute avec toute sa dimension humaine. « *À la base, c'est l'écoute. L'écoute, la présence, des mots... de l'information. Une prise en charge de l'ensemble... voilà. [...] En fait, on nous parle beaucoup d'ausculter nos patients et finalement ausculter à la base, l'origine du mot c'est écouter* » (E3).

4.3. La mort dans la société

Tous décrivent la mort comme un phénomène naturel, universel « *la fin de vie touche tout le monde, on vit sur terre pour ça, malheureusement. [...] c'est un aboutissement normal de ce qu'on est sur terre.* » (E1). Même si la mort reste un évènement significatif, la façon dont elle est vue est variable selon l'âge du défunt. Dans la société, la norme est que les plus jeunes survivent aux plus âgés. « *quelqu'un de 90 ans qui décède, tout le monde est triste parce que c'est une personne qui disparaît mais [...] quand c'est quelqu'un qui est jeune, que sa vie est à venir, que tu as vu ses enfants la veille.*

[...] voilà...t'as l'impression d'un truc qui s'écroule comme si l'immeuble d'à côté s'effondrait quoi, un truc énorme, [...] alors qu'...une personne âgée, c'était juste le bout de quelque chose... » (E6).

Avec les progrès médicaux, la mort est devenue moins apparente et ils considèrent qu'elle est moins acceptable aux yeux de la société. La mort est entourée de tabous et les médecins pensent que le sujet de la mort n'est pas assez abordé dans la société.

Un des médecins pense que la professionnalisation des rites funéraires camoufle les signes extérieurs de la mort telle que la pâleur, la rigidité, la fétidité comme pour en éloigner la réalité. Pour lui, la mort et la mort sont de plus en plus mis à distance du foyer, de la famille, du cercle privé comme si cela était inconvenant dans le monde des vivants. *« il faut vite appeler les pompes funèbres et qu'ils nous débarrassent de ce cadavre qui nous incommode, [...] avant les gens, gardaient le mort chez eux et ils veillaient le mort et puis ensuite ils emmenaient le corps. Et maintenant on ne peut plus rester avec le corps dans la maison, ce n'est pas possible et donc les gens font pression, appellent SOS médecins, appellent le médecin traitant, appellent tout ce qu'ils peuvent [...] pour que les gens puissent être emmenés très rapidement » (E6).*

L'idée d'une « bonne mort », d'une mort optimale est le plus souvent définie par la négative. Les caractéristiques de ce que serait une mort intolérable, inacceptable sont communes pour les médecins interrogés : mourir seul, en souffrance, dans un lieu froid et inconnu. *« Ce que je voulais éviter, c'est ce que l'on a tous vécu pendant nos gardes, le type qui arrive à 2h du matin, en occlusion aux urgences et qui va mourir là et sa famille n'est pas là, c'est sur un brancard dans le couloir, sonde nasogastrique, machin... c'est dégueulasse quoi, personne n'a envie de mourir comme ça quoi ! » (E6).* Pour les interrogés, les caractéristiques d'une mort optimale apparaissent plus difficiles à définir et se heurtent à des divergences voire des contradictions entre la population et le corps médical. Le terme d'euthanasie qui signifie la « bonne mort » est notamment sujet à controverse. *« Parce que dans le langage populaire, euthanasie, n'a rien à voir avec nous, dans le langage médical [...] Nous on est dans l'aide, la sédation alors que les gens emploient euthanasie sans trop savoir ce que ça veut dire. » (E5).* Le même mot est employé par la population et les médecins avec des significations différentes. Un médecin rappelle que ceci est arbitré par le cadre légal qui interdit l'euthanasie soit de provoquer la mort par administration d'une substance létale. *« Il y a la frontière à respecter [...] tout le monde va mourir un jour, nous on ne décide pas, ce n'est pas notre rôle. [...] on va les accompagner mais on ne doit pas les faire mourir, c'est pas du tout la même chose [...] Ce n'est pas du tout la même approche » (E6).*

Pour les interrogés, l'image de « bonne ou mauvaise » mort en population est façonnée par ce qui est véhiculé dans les médias et les œuvres de fictions. Les médecins jugent que ces images sont éloignées de la réalité ou ne représentent que des cas exceptionnels. *« Les gens ont peur de se retrouver dans cet état-là [...] collés à un respirateur depuis 1 mois [...] parce que c'est ça qu'ils craignaient : on va me mettre des machines et je vais rester sur un lit, comme dans les films là, un coma pendant 20 ans. » (E6).* Ils ont à cœur de déconstruire ces images et d'expliquer la réalité des soins palliatifs comme la limitation de soins, l'absence d'acharnement thérapeutique ou la sédation terminale.

Pour plusieurs interrogés, le souhait de mourir à domicile est fortement exprimé dans la population mais la réalité des décès n'est pas en adéquation. Les médecins respectent les souhaits de la population mais les confrontent à la réalité. Ils pensent que le souhait de mourir à domicile est understandable mais que les conditions nécessaires à sa réalisation ne sont pas toujours considérées par la population. En effet, il faut envisager certains obstacles comme un domicile inadapté, l'absence d'entourage, une dégradation trop brutale pour permettre une installation à domicile.

La période de deuil est également un événement particulier dans la société. Cette période se révèle compliquée pour toutes les classes de la population. En effet, il apparaît un décalage entre la charge émotionnelle et les exigences administratives. « *Je pense que l'on n'accompagne pas assez bien nos personnes qui sont décédées et ceux qui restent après. Ce n'est plus médical, c'est administratif, mais les gens sont... même les plus cortiqués, les plus à l'aise financièrement qui ont accès à beaucoup de choses, tout le monde est... [...] démunis complètement, car il faut faire les choses très, très vite.* » (E5). Ce défaut d'accompagnement que constate le médecin n'est pas médical mais il pense que cela complique la démarche de deuil et qu'il peut y avoir des dommages sur la santé. Les difficultés associées au deuil conduisent parfois à un arrêt de travail pour maladie. La mort et le deuil sont des événements avec des conséquences psychologiques, sociales et médicales dans la vie d'un individu. Un médecin alerte sur la fréquence des deuils traumatiques ou pathologiques : « *il y a énormément de deuils traumatiques. J'en vois très régulièrement parce qu'il y a plein de gens qui n'ont pas pu dire ce qu'ils avaient à dire et les rituels... bah là en plus avec la Covid, j'imagine que je vais en ramasser plein, les gens qui n'ont pas pu voir leurs morts en EHPAD, les gens qui n'ont pas pu être préparés, mis dans un sac, directement dans le cercueil, pas plus de 20 personnes à l'enterrement...* » (E9).

4.4. Sa propre mort

Comme vu plus haut, (Voir 2.3. Retentissement sur sa sphère personnelle) le décès d'un patient retentit sur le médecin et le renvoie parfois à sa propre mort.

Pour certains médecins, considérer leur propre mort peut être angoissant et peut conduire à de l'hypocondrie ou au contraire à la dénégation de signes pathologiques. « *Je pense que j'en ai peur, je n'ai pas envie de mourir. Je suis comme tous les médecins, on est confrontés en permanence à des situations qui font que quand on a le moindre problème on va tout de suite imaginer... la catastrophe ou alors on va mettre le mouchoir par-dessus et ne pas vouloir la voir et là ce n'est pas terrible non plus comme attitude* » (E7). Les facteurs d'angoisse sont divers, personnels avec l'âge qui avance et professionnels avec l'exposition à la mort et parfois des projections. « *Je pense que j'ai plus d'angoisse parce qu'on vieillit et qu'on s'en rapproche [...] on se dit que ça peut arriver quand même... plus vite qu'avant. [...] Et je pense qu'on est tellement confrontés à ça et en plus avec ma patientèle âgée, j'en ai d'autant plus... je n'arrête pas en ce moment [...] on y pense forcément beaucoup plus qu'avant.* » (E1).

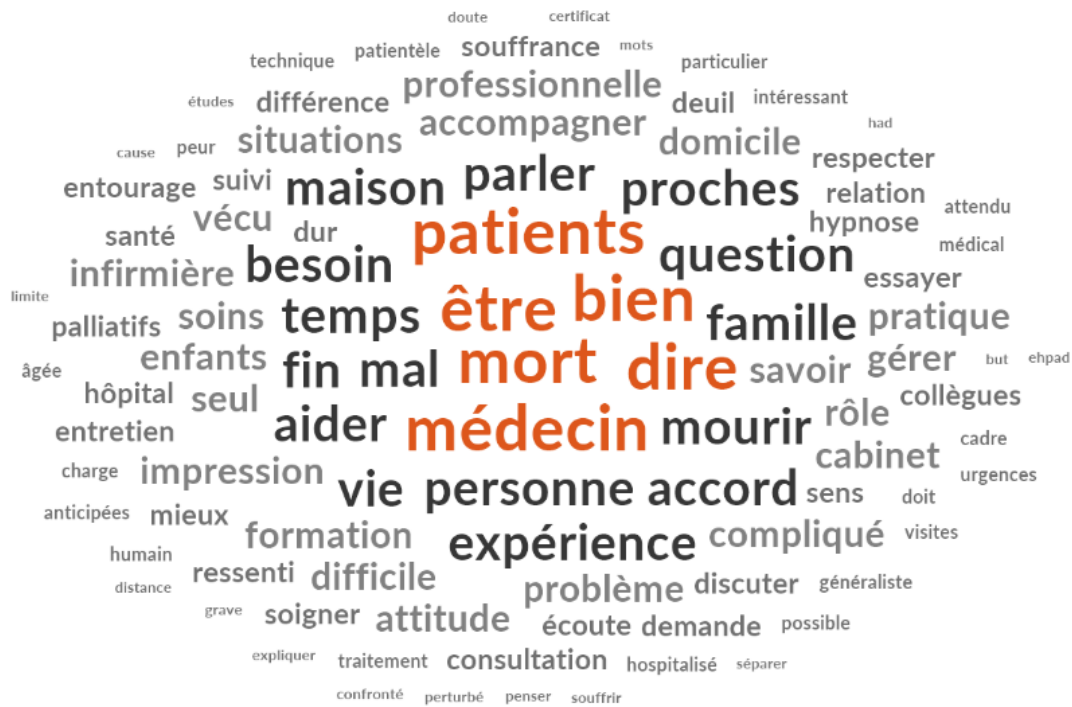
Au contraire, certains médecins l'envisagent avec sérénité. Un des médecins relativise avec humour, en avouant que dire cela est aisé quand l'on n'est pas mourant. « *Moi je suis tout à fait serein là-dessus alors c'est facile à dire quand on n'est pas concerné (rires).* » (E5). Pour beaucoup, leur expérience professionnelle est un facteur de sérénité, premièrement par le retour de bonnes expériences et également par les connaissances acquises sur la mort et le fait de savoir à quelles ressources il peut faire appel si cela lui arrivait. « *Déjà le fait d'avoir des connaissances médicales, je pense que tu as une vision un peu différente... de ce qui est possible et puis je pense que c'est l'expérience aussi, tu vois des choses qui te plaisent... [...] Je pense que c'est surement moins stressant quand tu sais ce qui est possible de faire, qui tu peux solliciter* » (E10).

Pour certains, la vision de leur propre mort est un moteur dans leur vie quotidienne. Leur philosophie de vie est construite sur la certitude que la mort surviendra et l'incertitude de savoir quand. « *Pour moi, si on meurt c'est parce qu'on est vivants et...on est sur terre un certain temps T, il faut utiliser ce temps t pour être heureux. Ça c'est mon principe de philosophie. Donc la mort elle arrivera un jour, il ne faut pas en avoir peur. [...] Et je pense qu'en plus comme la vie peut s'arrêter à n'importe quel moment, il faut savoir en profiter quand on peut et dès qu'on peut.* » (E5). Ils voient leur mort comme un apprentissage, l'accumulation d'expériences personnelles et professionnelles rend la mort plus familière et en quelque sorte moins hostile. « *J'aurais tendance à dire que vivre c'est apprendre à mourir donc j'espère que quand la mort viendra pour moi, je serais prêt. C'est dire que j'apprends tous les jours à mourir. [...] mon père est mort, j'apprends, je me familiarise avec elle, c'est comme une amie quoi.* » (E2).

Familière au point que certains médecins définissent clairement ce que serait leur mort idéale. Leur expérience professionnelle contribue à en façonner l'image. Il y est retrouvé les mêmes caractéristiques que ce qu'ils souhaitent pour les patients : mourir sans souffrance, au domicile et entouré. « *J'aimerais bien mourir tranquillement chez moi, suffisamment vieille pour avoir vu plein de choses, autour de mes proches bien sûr donc j'ai des petites images, des petites idées, des petites projections qui me viennent de temps en temps* » (E9).

D'autres envisagent le suicide s'ils souffraient d'une pathologie incurable ou à l'approche d'une mort jugée inacceptable ou intolérable. Les compétences techniques et le savoir de médecin serait pour eux un moyen de réunir les conditions d'une mort dite optimale même s'ils ne se présentaient pas. « *Quand tu es médecin, j'ai l'impression, j'en ai parlé avec d'autres gens : oh si j'ai un truc grave, je me suiciderai, je me ferai une injection d'insuline [...] oui c'est ça, moi j'ai plein de gens qui m'ont dit ça et moi j'y ai pensé aussi, si un jour j'ai un diagnostic fatal, est-ce que je me suiciderai ?* » (E6).

Figure 5 : Nuage de mots de l'ensemble des entretiens (NVivo®)



DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

Le choix d'une étude qualitative nous a paru indispensable pour répondre à notre objectif de recherche. En effet, l'exploration des perceptions des médecins généralistes vis-à-vis du décès de leurs patients traite de données difficilement quantifiables. Leur créer un espace de parole et analyser leurs discours permet d'explorer le sens et la valeur de leurs constructions sociales dans ce contexte. La recherche qualitative n'a pas pour ambition de fournir des solutions universelles et intemporelles (26). C'est par interprétation des données contextuelles qu'elle participe à la genèse d'hypothèses pour mieux comprendre la réalité. Les approches, les structures et les champs épistémologiques des recherches qualitatives et quantitatives sont différents (25). Les critères scientifiques habituels issus de la recherche qualitative comme la représentativité, l'objectivité, la reproductibilité ou la transférabilité ne sont donc pas applicables ni pertinents et ne sont plus des enjeux actuels en recherche qualitative (26).

Il est alors apparu nécessaire de développer des critères dédiés aux études qualitatives. Tong et al. ont développé en 2007 une check-list standardisée pour la construction et l'analyse des études qualitatives, nommée COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research). Elle résulte d'une revue systématique de la littérature avec l'assemblage et l'uniformisation de 22 check-lists qui étaient utilisées pour l'évaluation des études qualitatives (27). Les lignes directrices COREQ sont devenues une référence en recherche qualitative (28).

Les caractéristiques de notre étude rendent compte des 32 points de contrôle de la liste COREQ, utilisée ici dans sa version française (29). Le respect de ces critères de qualité assure une méthodologie rigoureuse et renforce ainsi la validité interne de notre étude. Nous allons expliciter certains des points de contrôle qui renforcent la crédibilité des données.

- En ce qui concerne les caractéristiques personnelles de la chercheuse (items 1 à 5 COREQ). Le manque d'expérience de la chercheuse peut être considéré comme une faiblesse dans la conduite des entretiens puisqu'elle n'a pas l'aisance d'un enquêteur entraîné. Mais le choix d'une chercheuse plus jeune et avec moins d'expérience professionnelle que les interrogés a permis de limiter la peur de jugement des participants. Si une dimension hiérarchique a pu être ressentie par certains interrogés, elle était dans un sens favorable pour libérer la parole. Le choix de recruter, en partie, parmi des médecins connus de la chercheuse (item 6 COREQ) a permis d'accéder plus facilement à un récit intime grâce à une proximité dans l'échange avec le tutoiement et une liberté d'expression au-delà d'un cadre formel.

Il y a un biais d'investigation incompressible avec ce type d'étude. L'attitude et la manière de poser les questions de la chercheuse ont pu influencer le discours des participants voire leur suggérer des réponses. Ce biais a été limité par la rétroaction sur le verbatim. En effet, aucun participant n'a demandé de correction, ce qui renforce la fidélité des données. Toutefois, cette subjectivité incompressible au travail qualitatif en est finalement le cœur puisque la méthode d'analyse interprétative est par définition chercheur-dépendant. C'est la subjectivité du chercheur qui donne du sens aux données (26).

- En ce qui concerne la sélection des participants (item 10 COREQ), le choix d'une double méthode d'échantillonnage a permis de cibler au plus juste la population d'étude. Ceci est visible par le taux de participation élevée à l'étude. Les médecins qui ont accepté de participer à l'étude étaient probablement plus sensibles au sujet que d'autres mais dans une stratégie qualitative ceci n'est pas une faiblesse puisqu'il n'y a pas de recherche de représentativité statistique. C'est la variété du profil des interrogés qui est pertinente quand la question de recherche s'intéresse à la diversité des ressentis et perceptions, comme ici. Cela est vérifié par un échantillon conforme aux attendus avec des participants dans les classes extrêmes des variables.
- En ce qui concerne le cadre de recueil (items 14 et 15 COREQ). Le choix d'un cadre de recueil calme et pour la majorité, connu des participants, a permis de limiter les facteurs qui pourraient perturber le récit et l'intimité comme l'interruption intempestive par le téléphone, les patients ou les proches. Le choix d'un entretien individuel en face à face a permis de limiter les facteurs qui pourraient influencer les participants comme un leader d'opinion dans un groupe ou un observateur silencieux. Le contrôle des biais externes dus à l'environnement de l'entretien ont permis d'accéder à un récit serein, ouvert aux confidences.
- En ce qui concerne le recueil des données (items 17 et 21 COREQ). Les entretiens ont été réalisés avec un guide semi-directif mais grâce à sa concision et à l'utilisation mesurée de relances, la

discussion a été orientée vers un mode ouvert pour favoriser les confidences en laissant le plus possible parler le médecin interrogé. La durée moyenne d'entretien est de 58,7 minutes. Sa longueur est un gage de qualité pour un récit profond et intime et renforce la crédibilité des données pour l'analyse du ressenti et des perceptions.

- En ce qui concerne l'analyse des données, (item 24 COREQ) il y a un biais évident d'interprétation puisque le codage n'est effectué que par une seule chercheuse. Ceci est tempéré par l'utilisation du logiciel Nvivo[®] référence en analyse qualitative (25). Il est entendu que ce n'est pas le logiciel mais bien la chercheuse qui effectue l'analyse. Néanmoins la mise en lumière de similitudes d'encodage et de mots-clés par leur occurrence, se confronte avec ce qui a été trouvé manuellement et permet de stimuler l'interprétation de la chercheuse. L'autre force de cette étude qui permet de limiter ce biais d'interprétation est une longue période d'analyse. D'une part, cela a permis à la chercheuse de « digérer » les résultats et de prendre du recul sur ceux-ci. D'autre part, cela a permis de recueillir une rétroaction des participants et ainsi de confronter différents regards sur l'analyse des résultats.

Pour aller plus loin, certains auteurs proposent même de dépasser la notion de critères. Ainsi, plutôt que d'évaluer une recherche qualitative sous l'angle de la généralisation, sa capacité générative apparaîtrait comme une façon d'apprécier son apport scientifique. Sa validité scientifique se rapporterait alors aux idées, perspectives et aux distinctions qu'elle permet de générer. Ce sont les concepts de « générativité » ou de « fécondité » exprimés respectivement par Valero et Vithal en 1998 et Jeffrey en 2005 (26).

II. Résultats principaux et comparaison aux données de la littérature

L'objectif de notre étude était d'explorer le vécu des médecins généralistes face aux décès de leurs patients et ce, à travers leurs propres perceptions de l'évènement. Les résultats rendent compte à la fois de significations partagées et d'une diversité multifactorielle tant sur leurs pratiques, que sur leurs ressentis, leurs ressources et leurs représentations. Cela est également soulevé dans des études similaires (11,20).

La rétroaction positive des médecins sur les résultats de l'étude confirme notre hypothèse d'avoir exploré le vécu des médecins généralistes à travers leurs regards et ainsi d'avoir appréhendé la réalité sans la dénaturer dans toute sa complexité et sa richesse informative.

Pour rappel, bien que des données socio-démographiques aient été recueillies, elles ne servent qu'à préciser la population dans laquelle les résultats ont été interprétés. L'analyse des perceptions est thématique et ce schéma d'étude ne permet pas de dégager des tendances quantitatives.

La richesse des résultats de notre étude est un résultat en lui-même. Cela met en évidence la place incontournable qu'a la mort dans l'exercice des médecins généralistes et la multitude de questions qu'elle soulève chez eux, tant elle est transversale.

La capacité « générative » (26) de notre étude est grande. En effet, elle soulève de multiples problématiques. Bien que ce soit un gage de qualité, cela ne nous permet pas de restituer toutes les significations possibles du matériel recueilli. Discuter les résultats nous impose de faire des choix. Ces choix ont été guidés par un intérêt personnel sur le sujet et par l'échange continue avec ma directrice de thèse, médecin généraliste exerçant en soins palliatifs ainsi que par l'échange avec les interrogés, qui s'est poursuivi après les entretiens avec leur rétroaction sur les résultats.

1. De la théorie au modelage de l'expérience : un impact sur le vécu

Le manque de formation théorique est parfois cité comme un frein à la bonne prise en charge du décès des patients et de leurs proches. Toutefois, le vécu des médecins de culture anglo-saxonne semble peu différent (18–20,30,31) alors même que la formation théorique en soins palliatifs est en place depuis plus longtemps qu'en France et que des recommandations de bonnes pratiques existent (32). La formation théorique ne semble pas suffisante en soi, c'est partout l'expérience qui est mise en avant comme ressource principale (10–12,18–20). L'acquisition d'expérience a des origines multiples à la fois personnelles et professionnelles. Celle-ci ne semble pas uniquement corrélée à l'âge et à la durée d'exercice du médecin et il serait intéressant de se tourner vers les étudiants en médecine et les jeunes médecins pour explorer le façonnage de leur expérience.

Un médecin chevronné serait plus en capacité d'anticiper et dans notre étude, cela semble être un élément clé pour améliorer la fin de vie du patient et le vécu des proches et du médecin. En dehors des morts brutales, une période de fin de vie précède la mort. S'il est expérimenté, le médecin peut mettre à profit ce temps-là, par exemple, pour parler de la mort et des directives anticipées avec le patient et ses proches. Une étude multisite a été menée en 2008, aux Etats-Unis, sur l'impact des discussions de fins de vie entre le médecin et le patient en phase avancée d'un cancer. Les discussions de fins de vie ont été associées à une cascade bénéfique pour les patients et leurs proches. En comparaison avec un groupe de patients n'ayant pas eu de discussions, la qualité de fin de vie des patients était meilleure avec moins de soins invasifs et le vécu des proches était également meilleur avec moins de conséquences négatives sur leur santé (33). Il est probable que cette cascade bénéfique ruisselle également sur le médecin en améliorant son vécu (34). En savoir plus sur le modelage de l'expérience serait donc pertinent à la fois pour les patients et les médecins.

2. Un vécu particulier de par sa spécialité

2.1. Le médecin généraliste, un médecin de famille. Un rôle social, une prise en charge globale.

Etant moi-même jeune généraliste, je me suis demandée si la façon de vivre un décès en médecine générale était la même qu'à l'hôpital où j'ai effectué la majorité de mes études. Le vécu est-il particulier ? Est-ce le même rôle ?

En médecine générale, la relation médecin-patient est centrale. Elle constitue même l'objet de l'une des six compétences spécifiques du médecin généraliste appelée « relation, communication, approche centrée-patient ». Cette compétence spécifique est définie comme la « capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients » (22).

Dans notre étude la proximité et la force du lien avec le patient décédé ont semblé être un facteur influençant le vécu du médecin avec une expression émotionnelle plus intense quand le patient est devenu proche. La proximité avec le patient suscite des sentiments ambivalents chez le médecin généraliste et ils pensent qu'elle est associée à un risque de plus grande souffrance psychologique pour eux (10–12,35). La proximité avec le patient n'est pas l'apanage des médecins généralistes et les études menées auprès de médecins hospitaliers et d'autres spécialités relèvent la même association(13,15,16).

Mais la relation médecin-patient ne se limite pas à l'instant T du décès, elle s'inscrit dans la durée et le médecin généraliste est présent à chaque étape. Les interrogés racontent le décès dans son histoire globale. De l'avant avec l'accompagnement du patient depuis le diagnostic, l'annonce de la maladie jusqu'à la mort sans omettre l'accompagnement de l'entourage à chaque moment. De l'après où ils se retrouvent parfois à gérer le deuil des proches et à les accompagner. Pour les médecins généralistes tout cela fait partie de leur métier et c'est un rôle qu'ils ont à cœur de tenir (11,18–20,30). Dans ces situations, leur savoir-être est mis en avant par rapport à leur savoir-faire. Ce déplacement de rôle vers un rôle social renvoie à la notion de rencontre soignante, fondamentale en soins palliatifs. Il s'agit d'une rencontre intersubjective entre deux êtres humains et cela implique que le professionnel de santé ne se retranche pas derrière son savoir et sa technique pour écouter l'autre dans sa vulnérabilité (36).

Dès la définition d'approche centrée-patient, l'entourage du patient est mis en avant et cela rejoint une autre compétence du médecin généraliste : celle de l'approche globale. Pour le médecin généraliste, la situation s'inscrit toujours dans la trajectoire de vie du patient en intégrant tout son contexte bio-psycho-social et notamment sa famille (22).

La mort d'un patient est aussi un moment clé de l'histoire familiale. D'après Robert William Higgins, c'est le moment de la transmission des valeurs de la filiation et de l'inscription transgénérationnelle, un moment qui doit permettre au mourant et aux siens de trouver leur place dans l'histoire de la famille et du groupe (37). C'est également en facilitant le lien entre le patient et son entourage que le médecin pourrait ainsi rompre « la solitude des mourants » théorisée par Norbert Elias (37).

Ce sont dans ces perspectives sociales et globales que le médecin généraliste parfois nommé aussi médecin de famille, peut avoir un rôle à jouer contrairement au médecin hospitalier.

La part des personnes âgées de 75 ans et plus, représentant aujourd'hui près de 10% de la population française, devrait doubler d'ici 2070 (3). Ceci devrait également modifier les lieux de décès

puisqu'actuellement plus les personnes vieillissent, plus elles meurent à domicile ou en EHPAD (9). De nos jours, ce sont principalement les maladies chroniques qui entraînent la mort comme les cancers et les maladies cardio-vasculaires avec le plus souvent un état polyopathologique. Cela complexifie les trajectoires de fin de vie nécessitant un accompagnement global et le recours à des soins palliatifs adaptés (9).

L'évolution démographique et le changement des causes de décès modifient le parcours de fin de vie des patients et cela représente un véritable enjeu de santé publique et sociétal pour faire correspondre l'offre sanitaire aux besoins des patients dans leurs trajectoires de fin de vie. Le champ d'action ambulatoire et la prise en charge globale du médecin généraliste sont alors de véritables atouts.

2.2. L'interdisciplinarité en soins palliatifs, une rupture dans la solitude d'exercice du médecin ?

En menant mon étude, j'ai trouvé que les médecins s'exprimaient volontiers sur la façon dont ils vivent la mort d'un patient. Cela traduit-il un besoin de partage ? Lors de la rétroaction, ils m'ont fait part de leur contentement à découvrir les résultats, cela a-t-il satisfait un besoin de savoir ce que d'autres font, ressentent, pensent ? Cela fait-il écho à ce que Pierre Le Coz décrit comme « la solitude angoissante du médecin » face à la mort (38)?

Les médecins généralistes semblent assez seuls face à la mort de leurs patients et même s'ils travaillent en groupe, les échanges avec leurs collègues sont souvent limités. L'échange avec d'autres professionnels comme l'équipe mobile de soins palliatifs ou les paramédicaux qui sont directement impliqués dans la prise en charge du patient semble être une ressource majeure pour eux. Ces résultats concordent avec d'autres études auprès de médecins généralistes (10–12,19,20).

La relation avec l'équipe mobile de soins palliatifs renvoie au concept d'interdisciplinarité, un des fondements de la clinique des soins palliatifs dont l'objectif ultime est la meilleure prise en charge possible du patient (39,40).

L'interdisciplinarité est basée sur la collaboration de différents professionnels qui ont des compétences et des approches différentes mais complémentaires autour de problèmes et d'enjeux communs. Par ces croisements, il s'agit d'acquérir une connaissance individualisée de la personne soignée et ainsi s'approcher au plus près de ses besoins bio-psycho-sociaux et spirituels afin de pouvoir l'aider de la façon la plus adaptée possible. C.Joly la résume comme une façon de travailler et une éthique du soin (40).

Elle est une réponse à la complexité des situations de soins actuelles, en effet le but de l'exercice interdisciplinaire est de construire une réponse qui possède des propriétés que les professionnels seuls ne possèdent pas et donc de parvenir à un but commun que seule l'équipe peut atteindre (40).

La pluridisciplinarité et la multidisciplinarité tentent elles aussi de saisir la complexité de la réalité. Mais le risque est la compilation hermétique de points de vue qui tendrait à une hyperspécialisation et à un morcellement du patient totalement opposé à l'objectif de prise en charge globale. L'intérêt de l'interdisciplinarité est donc d'inviter à un mélange des disciplines tout en visant à

respecter le principe de non-substitution de l'équipe mobile des soins palliatifs soit celui de ne pas soigner directement le patient mais d'accompagner les équipes qui le font (41).

L'interdisciplinarité a de multiples intérêts dans la prise en charge des patients en fin de vie. Elle produit à la fois un savoir-faire et un savoir-être. Elle vise à maintenir une tension entre la nécessaire objectivation pour faire profiter la personne malade des progrès de la médecine et, de l'autre, revenir sans cesse à la question de la subjectivité du soigné et du soignant. De plus, l'interdisciplinarité ne se réduit pas à la juxtaposition d'expertises objectivantes. Elle introduit l'intersubjectivité qui est la reconnaissance de la subjectivité de la personne malade et de tous les acteurs soignants dans la rencontre soignante (39).

La démarche individualisée et globale du médecin généraliste est au cœur du paradigme de soins des soins palliatifs. L'exercice collaboratif est devenu une nécessité face à la complexité des situations de soins actuelles. L'essor des soins palliatifs a créé de nouvelles responsabilités concernant la fin de vie des patients mais en contrepartie le développement des structures palliatives permet une intégration du médecin généraliste dans un travail interdisciplinaire qui lui apporte beaucoup de bénéfice tant personnel que professionnel. L'interdisciplinarité offre au médecin généraliste une co-construction face aux problématiques complexes tout en sauvegardant son autonomie et en respectant sa responsabilité de médecin référent (41).

3. Médecin, un métier à risque

3.1. La vulnérabilité, une arme thérapeutique à double tranchant. L'exposition au stress intrapsychique.

La dimension originelle du soin est humaine, le médecin est un être humain qui soigne le patient, un autre être humain. Dans les situations de soins palliatifs, face à un patient en souffrance, l'humanité du médecin est un outil thérapeutique. C'est la subjectivité du médecin qui génère l'empathie et la compassion nécessaires à l'apaisement des souffrances du patient (37). Lors de cette rencontre soignante, le soignant s'expose puisqu'il se montre comme un être humain, par définition vulnérable (36). A.Zielinski, parle de la vulnérabilité comme « le fonds commun d'humanité » dans la relation soignante. Ce bien commun, en plus de corriger l'asymétrie de la relation médecin-patient, fait apparaître une notion de réciprocité (36).

De par ses contacts répétés avec les patients, le médecin est assurément amené à vivre des émotions intenses. Ces expériences émotionnelles peuvent être à risque de souffrance pour le médecin généraliste (10–12) comme le perçoit également un des médecins de l'étude (E5) « *c'est sûr qu'on ne sort pas indemne d'avoir côtoyé toute une patientèle* ». Sadler identifie plusieurs sources de souffrance du soignant générées par son contact avec le patient dans le cadre d'une maladie évolutive ou terminale dont (42) :

- la reconnaissance de son impuissance à guérir l'autre qui malmène son idéal soignant
- la confrontation à sa propre angoisse de mort au moment d'être confronté à celle du patient
- l'expérience de deuils répétés à chaque décès de patient

Tous ces éléments ont été retrouvés dans notre étude, que ce soit face à un patient endeuillé, lors de l'annonce, de la récurrence ou de l'évolutive d'une maladie grave ou plus largement lors des différentes étapes précédant la fin de vie et lors du décès en lui-même. Une étude menée auprès de médecins généralistes libéraux en 2017 en Nouvelle-Aquitaine retrouvait une fréquence importante de ces situations en médecine générale et le décès d'un patient était une situation que 3/4 des médecins trouvaient difficile (43).

Plus largement, c'est l'exposition à la souffrance du patient de quelque nature qu'elle soit qui peut générer de la souffrance chez le médecin (42,44,45). Face à la souffrance d'un patient, ce sont les schémas mentaux du médecin qui vont intervenir pour lui en donner une représentation, une évaluation. Adam Smith est cité à ce titre chez Sadler en stipulant que tout individu est affecté émotionnellement par l'expérience d'autrui, mais que cette souffrance qu'il prête à un Autre est en fait la souffrance qui l'affecterait lui-même, s'il se trouvait dans la position de cet Autre (42).

On peut citer la mise en jeu de processus inconscients comme l'identification ou le contre-transfert comme porteurs de souffrance (10,42,44). Pensons aux médecins de notre étude qui s'identifient tour à tour à un homme veuf ou à des parents endeuillés, ils éprouvent parfois une détresse à être en contact avec une réalité qu'ils perçoivent presque comme la leur. Un des médecins interrogés (E2) parle d'une réaction émotionnelle « en miroir ». Rizzolati et Sinigaglia en ont d'ailleurs apporté une base neuroscientifique avec la découverte de « neurones miroirs ». Ce sont des neurones qui déchargent à la fois lorsqu'un individu exécute un comportement donné mais également lorsqu'un individu observe une autre personne effectuer le même comportement. Ils ont mis en évidence les mêmes constatations pour le partage des émotions notamment la douleur. Observer la douleur chez autrui déclenche l'activation des mêmes aires cérébrales que lorsque l'individu éprouve lui-même une douleur (46).

Intéressons-nous au cas particulier de l'expérience de deuils répétés du médecin. Dans notre étude, ce que le médecin ressent face au décès d'un patient n'est pas toujours qualifié de deuil par lui-même. Mais finalement dans la description qu'ils font de leurs sentiments nous pouvons aisément retrouver les phases du processus de deuil. Nous nous référons ici aux trois phases du deuil normal qui sont actuellement enseignées lors des études de médecine en France : le choc de la perte avec souvent un état de sidération affective et un abattement, l'état émotionnel douloureux, la réorganisation avec acceptation de la réalité de la perte et adaptation à une vie quotidienne réinvestie (2). Il est rappelé que ces phases ne se succèdent pas forcément de manière chronologique et peuvent être entremêlées ou simultanées comme dans notre étude où les médecins rapportent des sentiments positifs et négatifs qui peuvent s'intriquer ou se succéder. Les médecins nous font part de la première phase surtout quand le décès est brutal ou quand le médecin n'est pas présent lors du décès mais également lors de la mort d'un nouveau-né. Ensuite, ils nous font part de la décharge émotionnelle avec de multiples variations, tristesse, colère, sentiment d'impuissance, culpabilité... lors de la mise en travail du deuil. Ils parlent de la réorganisation rapide souvent menée par un rythme professionnel intense. Il est retrouvé un réinvestissement plus ou moins long selon les médecins et les situations avec parfois un retentissement durable.

Dans d'autres études menées auprès de médecins généralistes à partir de leurs propres récits d'acteurs (10–12,20), peu de médecins ont directement nommé « deuil », l'expérience qu'ils vivaient à la mort d'un patient (20). Est-ce-là l'expression d'un mécanisme de défense face à leur vulnérabilité exposée ?

Face aux différentes sources de stress intrapsychique, le médecin développe des mécanismes de défense plus ou moins conscients. On peut citer l'évitement, le déni, la rationalisation, l'activisme médical, la mise à distance des sentiments avec parfois un amortissement des affects jusqu'à un détachement voire une indifférence. Ils sont retrouvés dans notre étude et dans la littérature (10,11,42).

3.2. Un professionnel surexposé aux risques psychosociaux avec des facteurs de fragilité propres.

En dehors du stress intrapsychique, les médecins sont un groupe particulièrement exposé aux risques psycho-sociaux, définis comme les contraintes professionnelles susceptibles de dégrader l'état de santé d'un individu (47). Ce sont des risques qui peuvent être induits par l'activité elle-même ou générés par l'organisation et les relations de travail. En dehors de la situation médecin-patient, les éléments dits « stressseurs » sont multiples. On peut citer un environnement de travail de plus en plus procédurier, le poids des tâches administratives face à l'exercice clinique, une nécessité de mise à jour rapide et continue face au rythme soutenu des avancées médicales, des agressions physiques et psychologiques, une cadence de travail élevée...(48–50).

La répétition des blessures est parfois pluriquotidienne et sans forcément le temps et l'espace pour les élaborer. En effet 2/3 des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine (51). Beaucoup de sources de souffrance échappent à la conscience des médecins et causent du tort en silence (10,42,44). La santé globale des médecins généralistes est préoccupante (48,50) et leur attitude envers les soins est souvent délétère pour leur propre santé. En effet, environ 80% n'ont pas de médecin traitant ou se sont auto-déclarés comme référent. La pratique répandue de l'automédication et de l'auto-surveillance sont à risque d'effets indésirables et de retard de prise en charge avec une perte de chance pour le médecin (52,53).

La plupart du temps, les médecins supportent ces facteurs de stress courants en mettant en place des mécanismes de défense et d'adaptation mais l'exposition chronique au stress est menaçante pour la santé des médecins car elle peut conduire à un épuisement des stratégies adaptatives et donc laisser place à des réponses pathologiques comme le burnout aussi appelé syndrome d'épuisement professionnel (49,54). Maslach et Jackson ont conceptualisé le burnout comme un syndrome avec trois dimensions corrélées mais distinctes qui s'expriment spécifiquement dans le contexte du travail. Les trois dimensions sont : un épuisement émotionnel soit un état où l'individu se sent vidé de son énergie et de ses émotions, une dépersonnalisation soit une deshumanisation de la relation à l'autre et une diminution du sentiment d'accomplissement personnel soit le déclin du sentiment de succès et de compétence dans le travail (55).

Les médecins sont un groupe où la prévalence de la dépression et du burnout est plus élevée que dans la population générale et que dans beaucoup de professions (54). Selon les études internationales, entre 30 et 45% des professionnels médicaux seraient en burnout (53,54). Une étude menée en 2004 montrait que l'épuisement professionnel était une réalité pour les médecins généralistes libéraux français. La prévalence du syndrome d'épuisement professionnel complet avec la présence des trois composantes était estimée entre 3 et 5% (56). Cette sous-représentation peut s'expliquer par des variations dans les définitions et les seuils des scores utilisés mais aussi par un niveau d'accomplissement personnel dans le travail qui reste bon chez la majorité des médecins généralistes libéraux français (56).

3.3. Conséquences négatives sur la santé globale. La santé mentale est en première ligne.

Les « éléments stressseurs » peuvent avoir des conséquences propres sur la santé et l'effet cumulatif a des conséquences majeures sur la santé globale du médecin notamment à travers le syndrome d'épuisement professionnel. La santé des médecins est particulièrement en péril sur le plan psychiatrique.

Un élément « stressseur » isolé a des conséquences potentielles sur la santé du médecin, c'est le cas de l'exposition au deuil par exemple. En population générale, le deuil se complique chez 11% des endeuillés en moyenne (1). Il s'agit alors d'un deuil pathologique également appelé deuil complexe persistant ou de la survenue d'un trouble psychiatrique pendant la période du deuil notamment un épisode dépressif caractérisé associé à un risque suicidaire (2). Et indépendamment de son déroulement normal ou pathologique, il est associé à une surmortalité statistique et à des conséquences négatives sur la santé globale des endeuillés (6).

Les conséquences du burnout sur la santé globale sont majeures. La qualité de vie est significativement altérée avec par exemple, une instabilité dans les relations interpersonnelles, des désirs de reconversions très fréquents, des consommations d'alcool à risque et une consommation importante de psychotropes, souvent auto-prescrits (56). Cela augmente également le risque d'affections psychiatriques avec une probable augmentation du risque suicidaire (49,54).

Les médecins sont un groupe à haute prévalence de suicide (57). Tous les signaux convergent pour dire que la prévalence du suicide chez les médecins généralistes français est forte mais les données sont très limitées. On peut citer l'étude du Dr.Leopold qui retrouvait un risque relatif de 2,4 mais elle date de 2003 et comporte de nombreux biais méthodologiques notamment l'absence de médecins salariés et la sur-représentation de départements ruraux (58). Les idées suicidaires seraient plus fréquentes parmi les médecins généralistes qui exercent seuls (50).

3.4. Conséquences négatives sur la qualité des soins

C'est à la fois le stress intrapsychique et les mécanismes pour y faire face qui influencent les soins apportés au patient. Ces expériences émotionnelles peuvent avoir un impact négatif sur le médecin

dans son rôle professionnel et avoir des conséquences majeures sur la qualité des soins délivrés aux patients. Cela peut influencer notamment sa prise de décision, sa communication avec le patient et ses choix thérapeutiques (42,59). Il pourrait mettre en place des thérapeutiques visant à se soulager lui-même plutôt que le patient (42). Par exemple, des médecins généralistes confient parfois recourir à une hospitalisation quand la fin de vie d'un patient leur occasionne trop de difficultés même si le souhait du patient est de mourir à domicile (60). Le niveau de stress lié au travail et plus globalement, la qualité de vie au travail ont également un impact sur la qualité des soins (61). En plus des implications pour le médecin, le burnout a des implications considérables sur le système de santé. Cela conduit notamment à une dégradation de la qualité des soins apportés aux patients et une augmentation des erreurs médicales (54).

3.5. Prévention des risques psycho-sociaux, protéger la santé mentale et globale du médecin

« Mieux vaut prévenir que guérir »

Une fois que le burnout est installé, un cercle vicieux pour la santé du médecin peut rapidement se mettre en marche et peu de méthodes non médicamenteuses ont prouvé leur intérêt. La prévention apparaît alors primordiale. Les facteurs protecteurs seraient de renforcer la résilience individuelle pour chaque médecin tout en améliorant la qualité de travail (49,54).

Depuis les dernières années, les pouvoirs publics s'emparent de la question des risques psychosociaux et de la santé globale des soignants. Même s'il est à déplorer que la prise de conscience soit tardive et malheureusement consécutive à de nombreux suicides d'étudiants en médecine et de médecins (58), l'impulsion est désormais nationale avec des actions préventives qui se concrétisent. La stratégie nationale de santé 2017-2022 comporte un plan spécifique pour l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants « Prendre soin de ceux qui soignent » (62). En mars 2017, le ministère chargé de la santé a présenté un volet pour les professionnels exerçant en ambulatoire. Il repose sur trois axes : améliorer les conditions d'exercice, assurer la sécurité des soignants et prévenir et prendre en charge la souffrance au travail (63). Nous détaillerons ci-dessous quelques dispositifs existants et actions à venir.

Voici quelques pistes pour améliorer la santé globale des médecins.

➤ Poursuivre le soutien au développement de l'exercice coordonné

Les regroupements professionnels sont un élément déterminant pour rompre l'isolement et favoriser la qualité de vie au travail que ce soient les équipes de soins primaires comme les maisons de santé pluriprofessionnelles, les cabinets de groupe ou les communautés professionnelles territoriales de santé (61). La santé mentale des étudiants en médecine est préoccupante (64) et de nombreuses mesures pour améliorer leur formation, rompre leur solitude et améliorer l'identification et la prévention de leurs risques psychosociaux font partie de la stratégie nationale (62). La plupart des médecins de notre étude étaient maîtres de stage universitaires (MSU) et ce lien a pu influencer leurs vécus. Le développement

des stages ambulatoires pourrait en plus des effets positifs sur les étudiants, être bénéfique pour les MSU. Le compagnonnage des étudiants pourrait induire une attitude réflexive des médecins sur leurs pratiques et leur vécu.

➤ Améliorer la qualité des soins personnels des médecins généralistes

Dans la continuité de la campagne « Dis doc, t'as ton doc » lancée en 2017 par le Collège Français des anesthésistes réanimateurs (53), d'autres campagnes d'information sont menées pour renforcer le suivi médical des médecins avec un objectif 2027 d'un suivi médical pour 100% des médecins (63). Elles visent à inciter les praticiens à choisir volontairement un médecin personnel, pour eux-mêmes, à réduire l'autodiagnostic et l'automédication et à valoriser le rôle et la place du médecin spécialiste pour le suivi médical des médecins généralistes. En 2019, 80% des 552 médecins libéraux de Haute-Normandie se sont dit favorables à la mise en place d'un service de médecine préventive dont les principaux objectifs seraient de surveiller la santé, réaliser un dispositif d'écoute, prévenir les risques professionnels et contribuer à l'organisation du travail, l'hygiène du cabinet (48). Dans quelques régions dont la Bretagne, pour les médecins libéraux, il existe un accès dédié aux centres d'examen de santé de l'assurance maladie. Les médecins du territoire peuvent donc y effectuer un bilan de santé complet et gratuit et l'extension aux autres régions françaises est en cours d'étude par l'assurance maladie (63).

➤ Renforcer et diversifier la formation

L'apprentissage de la gestion du stress intrapsychique serait un facteur protecteur et offrirait un soutien efficace et de longue durée aux médecins. Ouvrir un espace pour l'élaboration psychique du vécu notamment avec les groupes Balint et renforcer les stratégies d'ajustement au stress via des formations professionnelles avec des jeux de rôle et supervisions sont des moyens pour identifier et réduire les « stressseurs » intrapsychiques (42,44,45,61).

Former à la détection des risques psychosociaux, aux éléments de la qualité de vie au travail et aux mesures de prévention c'est contribuer au développement de bonnes pratiques pour prendre soin de soi et de ses collègues. Un module « qualité de de vie au travail » va être intégré aux études médicales et paramédicales et ce thème sera également l'un des objets du développement professionnel continu (63). Depuis 2019, un Diplôme Inter Universitaire « Soigner les soignants » a été créé par les universités de Paris Diderot et de Toulouse. Cette formation vise à développer et renforcer les compétences suivantes : connaître les particularités de la santé des soignants, connaître les moyens de préserver l'équilibre psychologique des soignants, développer l'inter et la pluridisciplinarités et le partage d'expérience (65).

CONCLUSION

Les dernières décennies en France, ont été marquées par un allongement considérable de l'espérance de vie. Cet allongement a largement dépassé les limites biologiques estimées auparavant, peut-être de quoi entretenir l'illusion de pouvoir surpasser la mort et alimenter le fantasme d'immortalité ? En effet, les avancées scientifiques dans le monde de la santé ont transformé la démographie et les représentations individuelles et sociétales de la mort. Néanmoins, malgré les avancées technologiques, la mort demeure. Malgré toutes les innovations, la mort est irréductible. Face à ce sentiment d'impuissance, l'être humain se sent vulnérable et de façon plus ou moins consciente, la mort s'est retrouvée mise à distance, honteuse, cachée, technicisée, institutionnalisée. Pour reprendre une expression populaire « chassez le naturel, il revient au galop ». Malgré toutes les tentatives, la mort, phénomène naturel, est bel et bien là. Elle revient actuellement par la grande porte avec la pandémie mondiale de Covid-19, contemporaine de notre étude. La mort est aujourd'hui à la vue de tous, presque omniprésente, ainsi elle ébranle nos sociétés occidentales modernes qui semblaient l'avoir mise sous silence. Comment faire face à cet écroulement des représentations avec une angoisse de mort qui s'impose ?

Peut-être pourrions-nous éclairer la situation actuelle en s'intéressant au vécu des médecins pour qui la mort a toujours été là, incontournable ? Le médecin est un professionnel de santé mais il est également, de façon indissociable, un être humain, partie prenante de la société dans laquelle il vit. Dans cette étude, les médecins nous ont fait part de la façon dont ils vivent le décès de leurs patients avec beaucoup d'acuité et nous ont offert leurs regards sur leurs pratiques, leurs ressentis, leurs ressources et leurs rôles face à la mort. A travers leurs récits et leurs yeux de professionnels-humains, transparait leurs propres angoisses de mort et la vision qu'ils ont de la mort dans la société.

Personnellement et humainement, cette étude a été très riche, en effet, les médecins généralistes se sont dévoilés et se sont exposés lors des entretiens. Pour aborder ce sujet intime et s'y rencontrer, nous étions, eux comme moi, vulnérables. J'ai pu percevoir leurs doutes, leurs souffrances, leurs mécanismes de défense. C'est un moment rare où j'ai pris conscience de l'importance des relations interpersonnelles. Sources de souffrance parfois, elles peuvent apporter des bénéfices mutuels, et ici se dessine un parallèle avec la rencontre soignante. Partager son expérience peut aider à mettre en lumière certains aspects positifs mais aussi potentiellement dangereux. En effet, j'ai pu constater que même si la souffrance était vécue, elle n'était pas toujours reconnue. J'ai compris plus tard pourquoi certains interrogés m'avaient remercié et j'espère humblement que l'espace de parole ainsi créé restera ouvert chez eux. Bien qu'ayant une posture d'enquêtrice, les entretiens ne m'ont pas laissé indifférente, et ce, d'autant plus que je suis jeune médecin généraliste. Cela m'a beaucoup apporté. La relation d'entretien a revêtu un caractère de compagnonnage où, grâce au partage d'expérience de mes pairs, j'ai pu avancer dans la compréhension d'un phénomène auquel je suis et serai confrontée.

Avec les entretiens et la recherche bibliographique, j'entrevois plus clairement ce qu'est mon métier d'aujourd'hui et de demain. Un métier où les soins palliatifs sont intégrés de façon continue à ma pratique et où la mort est un véritable enjeu de santé publique en plus d'être sociétal. Comme les médecins interrogés, j'ai à cœur de prendre soin des patients jusqu'à leur mort et même au-delà, en accompagnant leurs proches mais j'ai également appris que cela ne nous laisse pas indemne. Rester vivant et en bonne santé est indispensable pour mener à bien notre rôle. L'exposition aux risques psycho-sociaux comporte des éléments inévitables parfois même inhérents au « bon soin » mais l'identification d'autres facteurs de risque évitables et indésirables permet d'agir pour préserver un équilibre.

Prendre le temps de débriefer certaines situations, travailler en interdisciplinarité, se former notamment sur la gestion du stress, la prise en charge du deuil, la communication avec le patient, utiliser le compagnonnage à double sens avec à la fois des médecins chevronnés et des médecins en formation, être vigilant à la qualité de son environnement de travail et à l'équilibre entre sa vie personnelle et professionnelle... sont autant d'éléments de prévention pour protéger l'être humain-médecin que nous sommes.

Ce travail de thèse me permet d'être mieux armée pour continuer de cultiver mes compétences et notamment mon savoir-être, si essentiel en médecine, tout en me protégeant. J'ai alors l'espoir que d'autres médecins puissent y trouver, à leur tour, quelque chose.

BIBLIOGRAPHIE

1. Strzalkowski C. Prise en charge du deuil récent en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.
2. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2021.
3. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
4. Pison G, Toulemon L. Le nombre de décès va augmenter en France dans les prochaines années. *Popul Sociétés*. 1 mars 2016;(531):1-1-4.
5. Les conséquences de la crise sanitaire de la Covid-19 | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/4479280>
6. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *The Lancet*. 8 déc 2007;370(9603):1960-73.
7. Vallin J, Meslé F. Espérance de vie : peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ? Ined - Inst Natl D'études Démographiques [Internet]. déc 2010 ;(n°473). Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/esperance-de-vie-peut-on-gagner-trois-mois-par-an-indefinement/#tabs-2>
8. Jankélévitch V, Schwab F. Penser la mort ? [Internet]. Liana Levi; 2003. (Piccolo: 16).
9. Cousin F, Gonçalves T. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France : Deuxième édition - 2020 [Internet]. Paris : Centre national des soins palliatifs et de la fin; 2020. 104 p. Disponible sur: https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2020/11/atlas_2020.pdf
10. Serresse L. Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 1 déc 2011;10(6):286-91.
11. Ladevèze M, Lévassour G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. *Prat Organ Soins*. 2010;Vol. 41(1):65-72.
12. Vannier F. 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2019.
13. 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.
14. Penson RT, Partridge RA, Shah MA, Giansiracusa D, Chabner BA, Lynch TJ. Fear of Death. *The Oncologist*. 2 janv 2005;10(2):160-9.
15. Penson RT, Green KM, Chabner BA, Lynch TJ. When Does the Responsibility of Our Care End: Bereavement. *The Oncologist*. 6 janv 2002;7(3):251-8.
16. Chapotte M. Résonances psychiques de la mort à l'hôpital : pertes et deuils des soignants. *Kinésithérapie Rev*. 1 août 2016;16(176):58-63.
17. Álvarez-del-Río A, Marván MaL, Santillán-Doherty P, Delgadillo S, Oñate-Ocaña LF. Facing Death in Clinical Practice: A View from Physicians in Mexico. *Arch Med Res*. 1 juill 2013;44(5):394-400.

18. Lemkau JP, Mann B, Little D, Whitecar P, Hershberger P, Schumm JA. A questionnaire survey of family practice physicians' perceptions of bereavement care. *Arch Fam Med*. 2000;9(9):822-9.
19. Nagraj S, Barclay S. Bereavement care in primary care: a systematic literature review and narrative synthesis. *Br J Gen Pract*. 1 janv 2011;61(582):e42-8.
20. Saunderson EM, Ridsdale L. General practitioners' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study. *BMJ*. 31 juill 1999;319(7205):293-6.
21. Pennec S, Riou F, Monnier A, Gaymu J, Cases C, Pontone S, et al. Fin de vie au domicile en France métropolitaine en 2010 : à partir d'une étude nationale en population générale. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 1 déc 2013;12(6):286-97.
22. L. C, P. B, Huez J-F, B. S, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer*. avr 2013;(108):148-55.
23. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans>
24. Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. *Pédagogie Médicale*. 1 nov 2009;10(4):293-304.
25. Frappé P, Druais P-L, Petersen W. Initiation à la recherche [Internet]. [2e édition]. Global Média Santé et CNGE productions; 2018. 224 p.
26. Proulx J. Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Rech Qual*. 2019;38(1):53.
27. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.
28. The EQUATOR Network | Enhancing the QUALity and Transparency Of Health Research [Internet]. Disponible sur: <https://www.equator-network.org/>
29. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. 1 janv 2015;15(157):50-4.
30. O'Connor M, Breen LJ. General Practitioners' experiences of bereavement care and their educational support needs: a qualitative study. *BMC Med Educ* [Internet]. déc 2014 ;14(1).
31. Ghesquiere AR, Patel SR, Kaplan DB, Bruce ML. Primary care providers' bereavement care practices: recommendations for research directions: Bereavement in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry*. déc 2014;29(12):1221-9.
32. Burucoa B, Paternostre B, Frasca M. L'enseignement universitaire des soins palliatifs [Internet]. Vol. 4e éd., Manuel de soins palliatifs. Dunod; 2014. Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-de-soins-palliatifs--9782100712366-page-1127.htm>
33. Wright AA. Associations Between End-of-Life Discussions, Patient Mental Health, Medical Care Near Death, and Caregiver Bereavement Adjustment. *JAMA*. 8 oct 2008;300(14):1665.
34. 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 [Thèse d'exercice]. [Tours, France]: SCD de l'université de Tours; 2013.

35. Arrignon C. Spécificités de la relation médecin malade avec les patients devenus proches: point de vue des médecins [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2017.
36. Zielinski A. La vulnérabilité dans la relation de soin. Cah Philos. 2011;n° 125(2):89-106.
37. Castra M. Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2003. 384 p. (Le Lien social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/bien-mourir-sociologie-des-soins-palliatifs--9782130532842.htm>
38. Le Coz P, Mattei J-F. Le médecin et la mort : approches éthique et philosophique. Paris : Vuibert. DL 2006.; 2006. (Collection Espace éthique).
39. Lassaunière J-M. Interdisciplinarité et clinique du soin. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 1 août 2008;7(4):181-5.
40. Joly C, Lainé A, Catan A, Pochard F. L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade. Éthique Santé. 1 sept 2011;8(3):119-24.
41. Robin-Vinat W, Texier G. Nous ne sommes pas des super-soignants : du principe de non-substitution à l'interdisciplinarité. We Are Super Caregiv Princ Non-Substit Interdiscip Engl. 1 juin 2018;17(3):167-72.
42. Sadler K. Comment soigner en étant soi-même touché par la douleur de l'autre ? Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 1 nov 2014;13(5):265-71.
43. Quesnel P-A. Les médecins généralistes face au décès de leurs patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2017.
44. Méchin O. Effets sur les soignants de la douleur et de la souffrance des patients. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 1 août 2013;12(4):201-6.
45. De la souffrance du patient à celle des équipes. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 1 févr 2010;9(1):32-5.
46. Rizzolatti G, Sinigaglia C. The mirror mechanism: a basic principle of brain function. Nat Rev Neurosci. déc 2016;17(12):757-65.
47. Risques psychosociaux (RPS). Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS [Internet]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>
48. Santé au travail des médecins libéraux | AtouSante [Internet]. Disponible sur: <https://www.atousante.com/actualites/sante-travail-medecins-liberaux/#lien3>
49. Delbrouck M. Le burn-out du soignant [Internet]. De Boeck Supérieur; 2008. Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-burn-out-du-soignant--9782804100995.htm>
50. Santé physique et psychique des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/sante-physique-et-psychique-des-medecins-generalistes>
51. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
52. Lionnet M. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé: enquête sur 205 médecins généralistes libéraux dans le Var en 2017 [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2018.
53. Dis Doc, T'as ton Doc ? [Internet]. CFAR. Disponible sur: <https://cfar.org/didoc/>

54. Kumar S. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare*. 30 juin 2016;4(3):37.
55. Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory manual*. 2nd ed. CA, USA: Palo Alto : Consulting Psychologists Press; 1986.
56. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale*. 1 déc 2004;33(22):1569-74.
57. Dutheil F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, et al. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(12):e0226361.
58. Le Suicide des médecins [Internet]. What's Up Doc. 2020. Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/gros-dossier/le-suicide-des-medecins>
59. Draper EJ, Hillen MA, Moors M, Ket JCF, van Laarhoven HWM, Henselmans I. Relationship between physicians' death anxiety and medical communication and decision-making: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 1 févr 2019;102(2):266-74.
60. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 1 avr 2013;12(2):55-62.
61. Revue de littérature sur qualité de vie au travail et qualité des soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2610262/fr/revue-de-litterature-sur-qualite-de-vie-au-travail-et-qualite-des-soins
62. DGCS_Denise.O, DGCS_Denise.O. Une stratégie nationale pour « Prendre soin de ceux qui soignent » [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/une-strategie-nationale-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>
63. La qualité de vie au travail des professionnels de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante>
64. ANEMF,ISNI,ISNAR-MG,ISNCCA. Enquête « Santé mentale des jeunes et futurs médecins » [Internet]. Dossier de presse présenté à; 2017 juin 13 ; Hôpital Sainte-Anne-Paris. Disponible sur: <https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/enquetesamentale.pdf>
65. DIU Soigner les soignants [Internet]. DIU Soigner les soignants. Disponible sur: http://diu-soignerlessoignants.fr/?page_id=54772

TREMBLAY, Nolwenn. – Le décès d'un patient : la perception de médecins généralistes bretons. Etude qualitative par entretiens semi-directifs.

55 feuilles., 0 illustrations., 5 graphiques., 2 tableaux., 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1 ; 2021 ; N° .

Résumé français

Introduction : Une des particularités du médecin est d'être confronté à la mort dans sa profession. Il est le garant de la qualité de vie jusqu'au décès. Bien qu'incontournable, la mort d'un patient n'est jamais anodine pour le médecin. Notre objectif est d'explorer comment les médecins généralistes vivent le décès de leurs patients. **Méthodes :** Enquête qualitative par entretiens semi-directifs de 10 médecins généralistes installés en Bretagne. Analyse thématique de leurs perceptions. **Résultats :** Le vécu des médecins généralistes est complexe avec des significations partagées et une diversité multifactorielle tant sur leurs pratiques, que leurs ressentis, leurs ressources et leurs représentations. **Conclusion :** L'exposition aux décès des patients est un facteur de vulnérabilité bio-psycho-sociale. Renforcer la résilience et les processus d'adaptation du médecin, limiter le stress lié à son environnement professionnel notamment avec l'interdisciplinarité sont des éléments essentiels de prévention.

Abstract

Introduction: One of the particularities of being a doctor is facing death at work. They are responsible of the quality of life until death. Although unavoidable, a patient's death is never insignificant for doctors. Our aim is to explore how general practitioners (GPs) deal with their own patient deaths. **Methods:** Qualitative study by semi-structured interviews of 10 GPs settled in Bretagne. Thematic analysis of their perceptions. **Results:** GPs' experience is complex with shared meanings and a multifactorial diversity of their clinical practice and their feelings, their resources and their representations. **Conclusion:** Being exposed to patient deaths is a factor of bio-psycho-social vulnerability. Enhancing resilience and coping processes, reducing occupational stress particularly thanks to interdisciplinarity are key elements of prevention.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Mort ; Médecin généraliste ; Relations médecin-patient ; Soins palliatifs et accompagnement, Attitude face à la mort ; Stress professionnel

Mots-clés anglais MeSH : Death; General practitioner; Doctor-patient relations; Palliative care, Bereavement care; Attitudes to death, Work-related stresses

Président : Monsieur le Professeur DESRUES Benoît

JURY: Asseseurs : Mme le Docteur TEXIER Géraldine [directeur de thèse]
M. le Professeur DRAPIER Dominique
M. le Docteur BASTIAN Benjamin