

Université de Limoges

Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le 18 septembre 2017

par

Paul-Antoine QUESNEL

né(e) le 2 mai 1989, à PERIGUEUX

**LES MEDECINS GENERALISTES FACE AU DECES DE LEURS
PATIENTS**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Daniel BUCHON

Président

M. le Professeur Philippe BERTIN

Juge

M. le Professeur Vincent GUIGONIS

Juge

M^{me}. le Docteur Karen RUDELLE

Directrice de thèse





Université de Limoges

Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le 18 septembre 2017

par

Paul-Antoine QUESNEL

né(e) le 2 mai 1989, à PERIGUEUX

**LES MEDECINS GENERALISTES FACE AU DECES DE LEURS
PATIENTS**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Daniel BUCHON

Président

M. le Professeur Philippe BERTIN

Juge

M. le Professeur Vincent GUIGONIS

Juge

M^{me}. le Docteur Karen RUDELLE

Directrice de thèse



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL



DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE



NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BARRAUD Olivier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan

PAUTOU-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

MERLE Louis du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2017

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2017

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Le 1^{er} septembre 2016



Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2015

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHUFFART Etienne	ANATOMIE
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FAYE Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE
KASPAR Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
OLOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASSIKAR Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
BIANCHI Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CASSON-MASSELIN Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
CHATAINIER Pauline	NEUROLOGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE



COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GONZALEZ Céline	REANIMATION
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HOUMAÏDA Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015)
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAVIGNE Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LE BIVIC Louis	CARDIOLOGIE
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MATT Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE



PAPON Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TAÏBI Abdelkader	CANCEROLOGIE
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin
CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)



A mes grand-mères, Jeanne et Yvette.



Remerciements

A Monsieur le Professeur Daniel Buchon, vous me faites l'honneur de juger ce travail et de présider mon jury de thèse, je vous en remercie.

Merci également de votre investissement dans la formation des médecins généralistes.

A Monsieur le Professeur Philippe Bertin, qui a eu la gentillesse de bien vouloir juger cette thèse.

Je vous remercie également de m'avoir permis de travailler dans votre service pendant ces six mois.

A Monsieur le Professeur Vincent Guigonis, qui a accepté de prendre du temps pour juger cette thèse.

Les six mois passés dans votre service de pédiatrie resteront pour moi inoubliables.

A Madame le Docteur Karen Rudelle, qui m'a accompagné durant ces longs mois de rédaction, qui a su me conseiller et m'épauler pour ce travail. Je n'aurais pu trouver meilleure directrice de thèse.



A toutes les personnes avec qui j'ai eu l'honneur de travailler durant l'ensemble de ma formation, tout particulièrement au sein du centre antidouleur et de l'unité de soins palliatifs du CHU de Limoges.

Au Docteur Stéphane Moreau pour m'avoir accompagné et conseillé dans ma formation en médecine palliative.

A l'ensemble des médecins généralistes ayant accepté de participer à cette étude.

A mes parents, mon frère et mes grand-mères, qui m'ont toujours soutenu et que j'espère continuer à rendre fiers chaque jour.

A toute ma famille pour son soutien.

En particulier à Delphine, Cyril et Alice pour m'avoir permis d'assister à mes cours à Paris.

A mes amis, toujours présents en toute circonstance, dans les bons et les mauvais moments, Benjamin, Julie, Simon, Marie Anna, Benjamin, Claire, Mélody, Anne Sophie, Jean François, Alice, et à tous les autres, ils se reconnaîtront.

A ceux que j'oublie.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

I. Introduction	21
I.1. Le processus de fin de vie en trois étapes	22
I.1.1. La fin de vie	22
I.1.2. Le décès.....	23
I.1.3. Le deuil.....	23
I.2. Les attentes des Français face à la mort.....	25
I.3. La fin de vie et le médecin généraliste	27
I.3.1. Les difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge palliative	27
I.3.2. Le médecin généraliste et la mort.....	29
I.3.2.1 Sentiments et impressions	29
I.3.2.2 Mise à distance de la mort	30
I.3.2.3 Relations avec la famille	31
I.3.2.4 Le soutien du médecin	31
I.4. Justification de l'étude.....	32
II. Matériel et méthode.....	33
II.1. Type d'étude et objectifs	33
II.2. Population.....	33
II.3. Critères d'inclusion / d'exclusion	34
II.4. Critères de jugement.....	34
II.5. Recueil de données	35
II.6. Analyse statistique	36
II.7. Autorisations légales	36
III. Résultats	37
III.1. Taux de réponse	37
III.2. Données socio démographiques.....	38
III.3. Ressenti des décès par les généralistes	43
III.4. Critères secondaires	44

III.4.1. Fréquence des décès de patients	44
III.4.2. Circonstances des décès.....	46
III.4.3. Aspects émotionnels	47
III.4.4. Besoin d'aide.....	49
III.4.5. Retentissement professionnel.....	51
III.4.6. Retentissement personnel	52
III.4.7. Recours à une aide chimique	52
III.4.8. Structures d'aides aux médecins généralistes	53
III.4.9. Commentaires divers.....	54
IV. Discussion	55
IV.1. Forces et limites de l'étude	55
IV.2. Taux de participation	55
IV.3. Données socio démographiques	56
IV.4. Le ressenti des décès par les généralistes	57
IV.5. Sur les critères secondaires.....	58
IV.5.1. Circonstance des décès difficiles	58
IV.5.2. Aspects émotionnels	59
IV.5.3. Besoin d'aide	60
IV.5.4. Retentissement professionnel	61
IV.5.5. Retentissement personnel.....	62
IV.5.6. Recours à une aide chimique.....	62
IV.5.7. Structures d'aide aux médecins généralistes	63
IV.6. Aspects éthiques	65
IV.7. L'expérience comme solution	66
IV.8. L'intérêt d'une formation en soins palliatifs	67
V. Conclusion et perspectives	69
Références bibliographiques	71
Annexes	76

Table des illustrations

Figure 1 : Les attentes et les besoins des Français vis-à-vis de la fin de vie, sondage Ifop pour la fondation ADREA	26
Figure 2 : flow chart.....	37
Figure 3 : répartition en fonction du sexe.....	38
Figure 4 : diagramme de répartition des âges	39
Figure 5 : situation familiale	39
Figure 6 : diagramme du nombre d'enfant par sujet.....	40
Figure 7 : diagramme de répartition des années d'installation	40
Figure 8 : mode d'installation	41
Figure 9 : lieu d'installation	41
Figure 10 : type d'exercice.....	42
Figure 11 : détail des activités médicales mixtes	42
Figure 12 : Dans votre pratique, ressentez-vous comme difficile le décès de vos patients ?	43
Figure 13 : A quelle fréquence êtes-vous confronté au décès de l'un de vos patients ?	45
Figure 14 : A quelle fréquence êtes-vous confronté au décès que vous jugeriez difficile d'un patient ?	46
Figure 15 : Dans quelles circonstances ont eu lieu ces décès difficiles ?.....	47
Figure 16 : Avez-vous déjà ressenti l'une de ces émotions lors du décès d'un de vos patients ?	48
Figure 17 : Avez-vous déjà ressenti des difficultés à gérer vos émotions ?	48
Figure 18 : Vous est-il déjà arrivé d'être submergé par vos émotions ?	49
Figure 19 : Avez-vous déjà ressenti le besoin d'être aidé ?	50
Figure 20 : Vous est-il arrivé de demander de l'aide ?	50
Figure 21 : Vous arrive-t-il de parler du décès de vos patients à votre famille ?.....	51
Figure 22 : retentissement sur la vie professionnelle	51
Figure 23 : retentissement personnel	52
Figure 24 : recours à une aide chimique.....	53
Figure 25 : structures d'aides aux médecins généralistes.....	53

Table des tableaux

Tableau I : démographie médicale en région Nouvelle Aquitaine en 2015.....	34
Tableau II : Ressentez-vous comme difficile le décès de vos patients ?.....	44



I. Introduction

Jusqu'au XVIII^e siècle, la mort est restée perçue comme instantanée et irrémédiable. L'avènement de la médecine moderne a changé la représentation que l'on peut se faire de la mort, la transformant en un processus dynamique. Progressivement, la vie et la mort ont cessé d'être deux états séparés et repérables. Une étape importante dans ce changement a probablement été la première greffe cardiaque en 1967. Cet évènement marque l'apparition d'une médecine considérée comme toute puissante, capable de toucher à l'immortalité. En effet, si l'on est capable de remplacer tous les organes défaillants, la mort devient alors une exception, voire un échec de la médecine. Il en a découlé des dérives dans la pratique médicale. Est né le concept d'acharnement thérapeutique, devenu par la suite obstination déraisonnable. Ces changements ont obligé les réanimateurs à modifier les définitions de la mort. C'est à présent l'activité encéphalique, et non cardiaque, qui définit la notion de personne en vie. La personne décédée peut aujourd'hui avoir conservée son activité cardiaque, avoir des poumons qui se remplissent, le corps peut rester chaud. Finalement il semblerait que ce qui définit une personne en vie n'est pas ce qui donne vie au corps, mais ce qui fait que l'on est, ce qui nous fait exister en tant qu'individu¹.

Chaque individu appréhende différemment la mort, en fonction de ses représentations. Les professions de santé sont souvent confrontées à cette situation. Elles ont une relation privilégiée avec ce moment singulier de la vie et doivent trouver le juste détachement pour ne pas laisser leurs expériences personnelles influencer leur travail. Il semble important d'introduire ce travail par quelques définitions. Le processus de fin de vie est ici présenté en trois étapes. Si les trois ne sont pas toujours présentes chez chacun, on peut toutefois en sortir une certaine norme. Il semble pourtant illusoire de vouloir atteindre ce statut tant fantasmé de bonne mort, pour soi ou pour ses proches, en cherchant à « réussir » ces étapes, qui cherchent avant tout à codifier et simplifier ce moment de vie si important.

Le médecin généraliste, en tant que praticien de premier recours, est un acteur majeur de la prise en charge palliative au domicile. A ce titre il lui arrive d'être confronté au décès de ses patients. De plus le médecin généraliste a souvent une relation privilégiée avec son patient qu'il connaît la plupart du temps depuis de nombreuses années. Il connaît son patient, son environnement, et le prend en charge dans sa globalité. Après avoir fait la synthèse des données actuelles sur le médecin généraliste et la mort, notre objectif sera de déterminer comment les décès des patients sont vécus par le médecin généraliste. Car la gestion de la fin de vie au domicile et le contact de la mort peuvent poser problème au médecin traitant. Peu d'études s'intéressent à cette problématique. Les principaux travaux sont qualitatifs et concernent de petits effectifs. Il est nécessaire d'apporter plus de précision à ces études par un travail quantitatif. Le but est d'aider les médecins pour que ces situations se passent le mieux possible. Caractériser la manière dont les médecins généralistes appréhendent les décès pourrait permettre une amélioration des conditions d'exercice ainsi qu'une amélioration de la prise en charge des patients.

I.1. Le processus de fin de vie en trois étapes

I.1.1. La fin de vie

« La mort c'est comme un bateau qui s'éloigne vers l'horizon. Il y a un moment où il disparaît. Mais ce n'est pas parce que l'on ne le voit plus qu'il n'existe plus. »²

La fin de vie désigne les derniers moments de vie d'une personne arrivant en phase avancée ou terminale d'une affection/maladie grave et incurable. Pour le corps médical, à ce stade, l'objectif n'est pas de guérir mais plutôt de préserver jusqu'à la fin les qualités de vie des personnes et de leur entourage face aux symptômes et aux conséquences d'une maladie évolutive, avancée et à l'issue irrémédiable³.

La notion de fin de vie fait apparaître la notion de temporalité, propre à chaque pathologie et à chaque individu. Donner une définition précise de la fin de vie est donc complexe. Ce qui est plus complexe c'est de reconnaître ce moment dans l'histoire de l'individu. La période de la fin de vie est variable, parfois quasi inexistante lors d'un évènement suraigu tel un accident de la voie publique entraînant un décès immédiat. Dans certaines situations, la fin de vie s'inscrit dans une temporalité plus large, lors de maladies chroniques dont l'issue fatale est inéluctable. Dans certaines pathologies, évoluant pendant la quasi-totalité de l'existence du malade, il est difficile de la différencier de la vie dite « normale ». Le soignant est souvent mis en difficulté devant cette fin de vie dont l'achèvement ne peut être prédit avec précision. Il s'efforce de donner un cadre à cette période particulière, programmant les soins, datant les prochaines cures de chimiothérapies, fixant les rendez-vous, voulant contrôler le temps restant au soigné. Ce contrôle est également recherché par le patient, qui va s'efforcer à se fixer des objectifs, à faire des projets, à organiser le temps qui lui reste, toujours dans l'expectative du nombre de semaines, mois, années que durera son existence.

La fin de vie est progressivement devenue technique au fur et à mesure des progrès de la médecine. La fin de vie a quitté le domicile du patient pour se dérouler à l'hôpital, lieu de technicité. Ainsi le rapport à la fin de vie s'est vu transformé, et certains ont décrit jusqu'à une dépossession du mourant de sa propre mort⁴. C'est dans ce contexte que naissent les soins palliatifs au cours de la deuxième moitié du XXe siècle. L'objectif est de prendre en charge le patient en fin de vie dans sa globalité, en prenant en compte les aspects physiques, psychiques, spirituels et sociaux⁵.

Mais la fin de vie n'est pas que biologique et médicale. Elle est également sociale. Les rites de la fin de vie et du mourir sont en profond changement. La modification du rapport de l'homme à la religion en est en partie la cause, mais ces changements s'intègrent plus globalement dans des modifications culturelles et sociétales. Malgré ces transformations, la recherche d'une bonne fin de vie reste une préoccupation majeure des individus^{6 7}.

I.1.2. Le décès

Mort n.f. : perte définitive par une entité vivante (organe, individu, tissu ou cellule) des propriétés caractéristiques de la vie, entraînant sa destruction⁸.

Pendant longtemps, la mort s'est définie par l'arrêt de la respiration. Une observation rapide du malade suffisait à déterminer s'il était en vie ou pas. Les progrès des sciences médicales au cours du XXe siècle, en particulier de la réanimation, ont modifié progressivement les critères de la mort⁹. Certains malades pouvaient se retrouver dans des comas profonds, irréversibles, mais avec un cœur sain et une respiration assurée par des techniques de suppléance vitale. Se sont alors posées pour ces patients des questions éthiques sur le sens de la vie, et de la mort. L'avènement des techniques de greffe d'organes a peut-être permis de clarifier certaines de ces situations. Tout d'abord aux Etats Unis puis en Europe, de nouveaux critères sont apparus pour définir la mort. Ils prenaient en compte l'activité cérébrale des patients. En effet, une mort cérébrale est à présent légalement égale à l'arrêt cardio respiratoire d'autrefois pour définir si le patient est en vie ou non. En l'absence des réflexes du tronc cérébrale et sans ventilation spontanée, le décès peut être déclaré¹⁰. Il faut noter toutefois que certains auteurs ont émis certaines réserves sur ces définitions, en mettant l'accent sur le fait que ces critères de la mort ne sont pas nécessairement universels et que leur genèse était liée à une nécessité de pratiquer la greffe d'organe¹¹.

I.1.3. Le deuil

Deuil n.m. : perte, décès d'un parent, d'un ami⁸.

Faire son deuil de quelque chose : y renoncer, se résigner à la perte de quelque chose⁸.

Travail de deuil : processus psychique par lequel le sujet parvient progressivement à se détacher d'un être cher qui est mort⁸.

Le mot deuil peut prendre plusieurs sens. Il peut désigner l'évènement aigu qui consiste en la perte d'un être cher, mais aussi ce qu'on appelle le travail de deuil. Globalement, le deuil est l'affaire du vivant, qui vient de perdre quelqu'un ou quelque chose qui lui était cher, sentiment avec lequel il devra composer pour le reste de sa vie. Lorsque l'on perd un proche, on ressent beaucoup plus que la perte de l'autre, on ressent aussi la perte d'une partie de soi.

Le travail de deuil peut être long. C'est un cheminement, qui doit amener à un nouvel équilibre du sujet, à l'instar de la cicatrisation d'une plaie. Il s'agit d'un processus naturel et indispensable au développement de tout Homme. Ce processus de cicatrisation à tous les niveaux, que ce soit physique, psychique et social, est entrecoupé de périodes d'amélioration et d'aggravation¹².

Il peut être présenté en plusieurs étapes, généralement toutes présentes dans le deuil normal et en dehors de toute transformation pathologique. La dénomination des étapes varie en fonction des auteurs mais obéit aux mêmes principes généraux. Les durées de chaque étape sont soumises à de grandes variabilités interindividuelles. Une des premières personnes à décrire ces étapes du travail de deuil fut Elisabeth Kübler-Ross¹³.

- Le déni : mécanisme de défense indispensable au psychisme, il permet de ne pas ressentir instantanément les émotions liées à la perte d'un être cher. Le déni n'est pas le refus de la réalité de la mort mais plutôt une difficulté à intégrer l'inconcevable. Peu à peu, l'endeuillé prend conscience de l'irrévocabilité de la mort. Il finit par reconnaître la réalité de la mort et de la perte, première étape vers un processus de guérison.
- La colère : elle n'est pas forcément logique, fondée. Colère, contre le défunt, contre la médecine, contre le destin, contre soi-même, elle peut prendre de multiples formes. Elle survient au moment où apparaît le sentiment de pouvoir poursuivre sa vie sans la personne disparue. Elle provoque parfois l'incrédulité des proches car elle apparaît au moment où l'endeuillé semble aller mieux. Elle permet de structurer la perte et sert de repère temporaire, recouvrant le plus souvent la douleur.
- Le marchandage : « si seulement... », « et si... ». Il peut exister avant le décès, où l'on marchandise pour la survie de l'être aimé, pour une fin sans souffrance. Il existe également dans le processus de deuil où l'on marchandise pour revoir le défunt un jour. C'est une phase de transition qui permet de s'adapter à la nouvelle situation qu'est celle de la perte. En comblant un vide, il met à distance la douleur et les émotions extrêmes. Sa finalité est toujours la même, à savoir la sortie des hypothèses virtuelles pour arriver à la réalité, celle où le défunt est bel et bien parti pour toujours.
- La dépression : elle correspond à une réponse appropriée à une grande perte et non à un trouble mental, étape nécessaire au processus de cicatrisation qu'est le deuil. Il s'agit d'un processus de reconstruction qui permet de faire le point sur la perte. Tenter de reconforter l'endeuillé en phase de dépression est illusoire. Il faut essayer de l'écouter, sans occulter la tristesse. De la même manière, traiter médicalement cette phase de dépression, en dehors des cas d'aggravation, pourrait freiner le travail de deuil et empêcher ce processus physiologique d'aboutir.
- L'acceptation : cette étape est l'acceptation que le défunt n'est plus physiquement présent ; c'est admettre cette nouvelle réalité. L'endeuillé découvre en se reconstruisant ce que représentait pour lui cet être perdu. Une nouvelle relation s'installe, un processus de réintégration se forme. Cette dernière étape ne survient qu'après être passé par l'ensemble des étapes du travail de deuil.

Si le deuil est un mécanisme physiologique de défense de l'individu face à l'insupportable qu'est la perte de l'autre, surviennent parfois des situations qui sortent du cadre du normal et entrent dans le champ du pathologique. Le deuil complexe persistant intéresse les individus présentant un deuil prolongé au-delà de 12 mois (voire 6 mois pour les enfants), avec des

symptômes de deuil disproportionnés. Le deuil peut également se compliquer d'un état dépressif caractérisé, et d'idées suicidaires. Ces situations peuvent parfois être prévenues, en identifiant par exemple des facteurs de risque relatifs aux circonstances du décès ou aux antécédents psychiatriques de l'endeuillé^{14 15}.

I.2. Les attentes des Français face à la mort

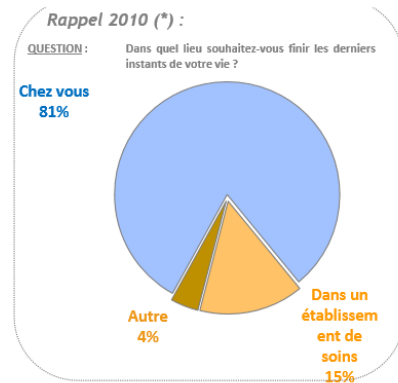
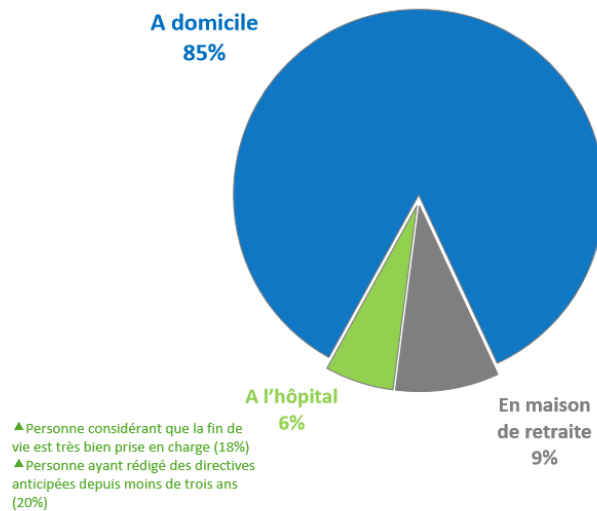
La fin de vie en France est longtemps restée un sujet tabou. Peu d'études dans la population générale traitent du sujet. Il a été supposé que le Français ne parlait pas de la mort, qu'il ne s'y intéressait pas, vivant dans une sorte de déni de la mort pourtant inéluctable. En 2010, un sondage mené avec le concours de l'IFOP a remis en cause ces tabous, montrant que 75 % des français estiment que l'on parle plus ouvertement de la mort et que c'est une bonne chose. En outre ce sondage met en évidence les souhaits des Français vis-à-vis de leur fin de vie, à savoir mourir à leur domicile pour 81 % d'entre eux¹⁶. Pourtant la réalité est tout autre et seulement 25,5 % y parviennent¹⁷. Environ une personne sur trois a déjà accompagné une personne en fin de vie mais ils sont 74 % à se sentir mal à l'aise dans ce cas. Beaucoup trouvent la souffrance de leurs proches insupportable.

Pourtant, seuls 29 % des Français s'appuient sur une aide extérieure pour accompagner un proche en fin de vie, plutôt par choix (70 %), que par manque d'information à ce sujet. Ce sont les médecins qui sont alors les plus sollicités (24 %), loin devant les associations spécialisées (5 %), les psychologues (3 %), et les représentants des religions (2 %).

En 2016, et de nouveau avec le concours de l'IFOP, un nouveau sondage a été réalisé chez les Français afin d'évaluer leurs attentes et leurs besoins vis-à-vis de la fin de vie. Les résultats montrent que les Français sont très partagés sur la prise en charge des patients en fin de vie, avec 46 % de la population estimant que les patients sont mal pris en charge. L'accès aux soins n'est satisfaisant que pour 53 % d'entre eux et seuls 42 % estiment que la prise en charge s'est améliorée ces dernières années. Elle se serait même détériorée pour 19 % des Français.



QUESTION : Dans quel lieu souhaitez-vous finir les derniers instants de votre vie ?



(*) Etude Ifop / PFG menée par questionnaire auto-administré en ligne du 26 juillet au 4 août 2010 auprès d'un échantillon de 1 500 personnes, représentatif de la population française. La représentativité a été assurée par la méthode des quotas (sexe, âge, profession de la personne interrogée) après stratification par région et catégorie d'agglomération.

Figure 1 : Les attentes et les besoins des Français vis-à-vis de la fin de vie, sondage Ifop pour la fondation ADREA

Le domicile reste le lieu privilégié de souhait pour finir sa vie, loin devant l'hôpital et la maison de retraite. En effet à la question : Dans quel lieu souhaitez-vous finir les derniers instants de votre vie, 85 % des français répondent le domicile. Ils sont même 90 % dans la tranche d'âge des 25-34 ans, ainsi que dans les communes rurales. Seuls 6 % souhaitent mourir à l'hôpital et 9 % en maison de retraite (13 % chez les plus de 75 ans). L'existence des soins palliatifs est pour 76 % des français une réponse efficace à la souffrance des personnes gravement malades ou en fin de vie, mais cette réponse n'est suffisante que pour 54 % d'entre eux.

Ces résultats, basés sur deux sondages à grande échelle et représentatifs de la population générale, permettent de mieux comprendre les attentes des Français vis-à-vis de la fin de vie. Il apparaît que le souhait de mourir à domicile reste prédominant, et que l'aide apportée par les différents acteurs de soins pourrait être améliorée. Le soutien du médecin généraliste paraît alors primordial car faisant partie des acteurs de soins principaux dans la prise en charge de la fin de vie à domicile. Cette prise en charge passe par la qualité de la formation du médecin et par l'obtention d'une relation soignant-soigné de qualité. Cette relation médecin-malade, primordiale pour un accompagnement de fin de vie de qualité, repose sur différentes qualités et aptitudes que doit acquérir le soignant. Du point de vue du patient, la littérature scientifique montre que le respect de l'autonomie du patient est primordial pour 47 % d'entre eux, devant l'expertise professionnelle (40 %) et les qualités humaines (28 %) ¹⁸. Prendre en compte les attentes des Français face à la mort paraît donc primordial.

I.3. La fin de vie et le médecin généraliste

I.3.1. Les difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge palliative

La souffrance des soignants est un phénomène bien connu, qui a fait l'objet de plusieurs études. La grande majorité de ces travaux concernent le milieu hospitalier. Certains s'intéressent plus particulièrement aux difficultés rencontrées par les soignants, au chevet de patients atteints de cancer, ou en situation palliative. La souffrance du soignant peut être la combinaison de deux types de facteurs, extrinsèques et intrinsèques. D'un côté le soignant doit faire face à des contraintes organisationnelles, liées à sa charge de travail, parfois à cause d'un manque de personnel, d'une pression hiérarchique, de contraintes budgétaires. D'un autre côté il est soumis à des facteurs de stress internes, liés à sa propre représentation du contexte professionnel, à ses stratégies d'adaptations face au patient, ses transferts¹⁹. La combinaison de ces facteurs est à risque d'un épuisement professionnel, qui peut avoir des conséquences sur le soin du patient mais aussi sur la santé du soignant. Il est reconnu que le personnel travaillant dans des structures à même de prendre en charge des patients en fin de vie est plus à risque²⁰. Ce syndrome d'épuisement professionnel qui peut être à l'origine d'un burn-out du soignant, est parfois fréquent dans les équipes, et est à l'origine d'une comorbidité psychologique²¹.

Les travaux concernant les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en soins palliatifs sont plus rares. Pourtant, leur place est désormais centrale dans l'organisation de cette prise en charge²². Quelques auteurs se sont intéressés à ces difficultés, par le biais d'études qualitatives via des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes.

Laure Serresse a mis en évidence ces difficultés, qui s'articulent autour de trois axes²³ :

- Le premier est la relation soignant-soigné. Il comporte les facteurs de stress tels que l'attachement au patient, l'intrication de la vie personnelle et professionnelle chez le praticien, la confrontation à la souffrance, le sentiment de perte, la pression des patients mais aussi de leurs proches, ainsi que l'identification au patient.
- Le second est relatif aux conditions de travail. Il regroupe le manque d'expérience des praticiens confrontés aux situations de fin de vie, leur manque de formation, l'importance de la charge de travail, l'isolement, ainsi que des difficultés liées à la rémunération de ces situations.
- Le troisième axe comprend les difficultés personnelles du médecin dans ces situations. Il y a mise en jeu de mécanismes de défense pour gérer les affects, la recherche de soutien moral, l'expression du vécu auprès de confrères ou de proches. Les médecins généralistes mettent en jeu des mécanismes de coping centrés sur la résolution des problèmes ainsi que la gestion des émotions.

Dans cette étude, les mécanismes adaptatifs des douze médecins participants sont efficaces. Les signes d'épuisement professionnels sont peu fréquents. L'expérience semble jouer un rôle important, et un enseignement est tiré des différentes situations vécues, ce qui permet progressivement d'améliorer ses compétences et de connaître les limites de cette prise en charge en libéral, bien que le manque de formation soit un thème abordé avec récurrence. Globalement il apparaît ici que les situations de fin de vie sont riches sur le plan émotionnel et professionnel malgré les difficultés techniques et organisationnelles inhérentes à cette prise en charge. Il est important également de faire part des affects positifs qui sont ressortis de ces entretiens tels que l'enrichissement personnel, la satisfaction, la joie, lors des situations de fin de vie. Ces affects positifs permettent aux praticiens de se constituer des ressources pour mieux gérer les difficultés inhérentes à la prise en charge palliative des patients.

L'étude de Géraldine Texier met en évidence des données similaires, notamment des difficultés à l'exercice du travail de médecin généraliste en général, et en particulier lors des prises en charges palliatives²⁴. La notion d'isolement du praticien dans ces situations est récurrente. Cette étude a l'intérêt d'avoir mis l'accent sur le caractère émotionnel de ces fins de vie. Elle met en avant des sentiments de colère et d'injustice des médecins généralistes, mis en face de leurs difficultés. Les symptômes d'épuisement professionnels apparaissent dans ces entretiens, avec également la crainte du burn-out. Le sentiment d'être parfois un aidant au même titre que les proches des patients est présent, avec des difficultés à poser les barrières entre le professionnalisme et l'intime. Le médecin généraliste tire parti de ses expériences passées. Pour certains les expériences ont été négatives, à l'origine d'un désengagement de la prise en charge au domicile au profit de l'hospitalisation. Globalement, apparaissent dans cette étude, principalement des difficultés liées à la famille des patients, notamment en terme de structure familiale insuffisante ou n'ayant pas les capacités d'assumer une prise en charge au domicile. Il existe des difficultés représentationnelles liées à la relation soignant-soigné, à la souffrance psychologique liée à l'attachement au patient et à sa famille, à la place du praticien dans cette dynamique. Les difficultés liées à la représentation culturelle et sociétale de la mort à domicile par la famille sont également fréquentes.

Viennent ensuite des difficultés liées au patient en lui-même. Il s'agit principalement de la gestion des problèmes somatiques liés à la fin de vie : symptômes agoniques, douleur, symptômes psychologiques. Il existe également des problèmes posés par l'organisation du domicile, étant parfois un frein à la prise en charge. L'exercice de la médecine générale en lui-même apparaît comme compliquant la prise en charge, de par l'isolement des praticiens en particulier lors de la gestion de problèmes éthiques, l'intrication entre vie privée et vie professionnelle, mais aussi le manque de formation en soins palliatifs.

D'autres études ont mis en avant que les principales difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge palliative au domicile étaient la gestion de la famille et son épuisement. Viennent ensuite les problèmes matériels et la gestion des symptômes. Le manque d'information des praticiens participant à la permanence des soins ambulatoires sur les dossiers des patients conduit à des hospitalisations, alors que la prise en charge aurait pu rester ambulatoire. Il s'agit là d'une difficulté en soi du maintien à domicile des patients en fin de vie^{25 26}.

I.3.2. Le médecin généraliste et la mort

La mort des patients fait partie du quotidien du médecin, y compris du généraliste. L'accompagnement au domicile en fin de vie est un souhait des Français, malgré les difficultés que cela peut engendrer auprès des praticiens. Bien que la mort des patients pose question aux médecins généralistes, on ne connaît que très peu de choses sur la façon dont les médecins vivent ces décès. La littérature est extrêmement pauvre en études sur le vécu de la perte du patient chez les médecins libéraux. Aucune étude quantitative sur le sujet ne semble avoir été menée. Une seule étude qualitative récente traitant de ce sujet a été retrouvée. Ce travail réalisé auprès de 10 médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine en 2008, par entretiens semi dirigés au cabinet des praticiens a cherché à savoir comment le décès d'un patient est vécu par son médecin traitant²⁷.

I.3.2.1 Sentiments et impressions

Dans cette étude les médecins s'expriment facilement sur la façon dont ils vivent la mort de leurs patients. Les émotions et sentiments décrits sont relativement contrastés. Apparaît comme prédominant le sentiment de tristesse, surtout dans les cas où le patient était connu de longue date. S'y associent également des sentiments de surprise et d'incompréhension lorsque le décès n'était pas attendu ou brutal. Le sentiment d'injustice peut parfois dominer, par exemple lors du décès d'un jeune adulte ou d'un enfant. Dans la plupart des discours apparaît un sentiment de culpabilité. Cette culpabilité est importante lorsque le décès survient après un changement thérapeutique, avec un sentiment de responsabilité dans cette mort. La culpabilité peut également prendre un sens plus général, avec la mise en défaut de la médecine toute puissante, qui finalement est dans l'incapacité de soigner toutes les pathologies. Le médecin touche aux limites de son exercice, qui sont parfois difficiles à accepter. Enfin apparaît la culpabilité de ne pas avoir été présent au bon moment. Le regret est également évoqué dans cette situation.

Parallèlement à ces sentiments négatifs, apparaissait aussi la satisfaction d'avoir accompli son travail jusqu'au bout. Certains médecins relataient des sentiments positifs après avoir correctement accompagné un patient et sa famille. Ils avaient eu l'impression d'avoir fait correctement leur travail.

Le vécu émotionnel dans cette étude était également fonction des circonstances du décès. Lors de décès traumatiques et inattendus le vécu était plus difficile. Cela était probablement dû au fait que l'accompagnement de fin de vie n'ait pu être effectué. Cet accompagnement a été vraisemblablement bénéfique à la fois pour le patient, sa famille, et le médecin. Dans ce cas le médecin perdait son rôle de technicien et entrait plus dans une démarche d'accompagnement familial, avec un rôle plus social. Le sentiment d'être démuni apparaissait dans ces situations.

Ces implications émotionnelles des médecins généralistes sont retrouvées dans d'autres études. Il apparaît que la charge affective lors des interventions au domicile des patients en fin de vie est importante^{28 29}. Dans une autre étude basée également sur des entretiens semi dirigés, les sentiments négatifs relatés par les médecins généralistes dans ces situations sont l'appréhension, les regrets, les remords, les sentiments d'empathie pénible et le deuil anticipé. Les sentiments positifs sont quant à eux la fierté et la satisfaction, mais n'apparaissent qu'après la situation, après un temps de relecture de cette prise en charge de la fin de vie au domicile. Il est toutefois étonnant que le sentiment de tristesse n'ait été évoqué par les médecins généralistes lors de ces entretiens³⁰.

I.3.2.2 Mise à distance de la mort

La relation de soins tend à vouloir être codifiée, organisée en scénarii, enfermée dans des pratiques répétitives. Ainsi le soignant, en attendant du patient une réaction et un comportement prévisible, cherche à se protéger et à faire l'économie de la charge affective inhérente à toute relation³¹. Malgré cela, le soignant prenant en charge un patient en fin de vie est naturellement renvoyé, directement ou indirectement, à sa propre mort. Certains essaient de poser des barrières, pour se protéger, notamment entre leur activité professionnelle et leur vie personnelle. La gestion de ces deux univers distincts leur apporte une certaine stabilité et un équilibre leur permettant de poursuivre leur pratique sereinement.

Le médecin généraliste confronté à la mort de ses patients apprend, par l'expérience, à relativiser sur sa propre mort. L'étude de Ladevèze montre que les médecins, pour la plupart, ne craignent pas leur propre mort mais bien plus les conséquences de celle-ci pour leurs proches. Certains pensent que les expériences vécues leur apportent à la fois un savoir-faire mais aussi une relative distance à celle-ci. Le décès d'un proche peut ainsi être vécu comme moins traumatique, bien que certains des médecins interrogés doutent de l'effet protecteur de l'expérience. Ainsi, assister à la fin de vie d'un proche leur ferait perdre ce statut de soignant pour retrouver celui de membre de la famille. Certains répondent à la question de leur propre mort par l'humour, en faisant allusion au sentiment d'invulnérabilité du soignant, détenteur de la connaissance médicale, donc immortel. D'autres ont des réponses plus réalistes, soulignant le fait que le médecin n'est pas plus protégé de la mort que le reste de la population²⁷.

Dans cette étude il semble que les médecins s'étendent peu sur leur propre relation à la mort. Leur propre fin reste probablement quelque chose de complexe à aborder, malgré leur expérience de ces situations. Les réponses sont assez peu tranchées, preuve que la question est on ne peut plus personnelle. Peut-être qu'en réalité, être confronté à la mort rend celle-ci encore plus effrayante. Après tout, le croyant n'a-t-il pas peur de sa propre mort, alors que pour lui elle ne constitue pas une fin en soi mais juste une étape.

I.3.2.3 Relations avec la famille

Lors du décès d'un patient, les médecins généralistes constatent deux types de réactions de la part de la famille du défunt. Certaines familles vont changer de médecin traitant. Ce changement de médecin n'est pas nécessairement lié à un reproche quant à la prise en charge de leur proche, mais semble faire partie du processus de deuil. D'autres familles restent présentes, et permettent au médecin de reparler du passé de la personne, de la vie, d'échanger sur la prise en charge de fin de vie. Le médecin a un rôle important à jouer dans l'accompagnement des proches dans leur deuil. Ainsi il repère les situations à risque de complication, mais fait également entièrement partie du processus de par sa disponibilité et son écoute. Si l'accompagnement de la famille peut être difficile pour le médecin et le renvoyer à ses propres émotions, ne pas faire ce travail l'est tout autant. Le besoin d'accompagnement de la famille serait ainsi un mécanisme de coping nécessaire au généraliste pour accomplir son propre deuil.

L'accompagnement des familles fait partie intégrante du métier de médecin généraliste, praticien de premier recours. En effet près de 73 % des endeuillés consultent leur médecin généraliste dans les six mois suivant le décès. Il s'agit du médecin traitant du défunt dans 56 % des cas. Dans la majorité des cas, le deuil n'est pas le motif principal de la consultation. Près de 71 % des personnes jugent leur médecin traitant disponible dans ces moments d'accompagnement, et n'ont pas de reproche à lui faire dans plus de la moitié des cas³².

Les circonstances du décès, les relations préalablement établies entre le médecin et la famille du patient vont dicter la conduite du médecin qui dans de rares cas va assister aux funérailles du défunt. Plus fréquemment, il rendra visite au patient à la chambre funéraire ou sur son lit de mort, à la maison de retraite par exemple. La problématique du médecin sera alors d'éviter de se laisser entraîner dans des rapports émotionnels risquant de perturber sa pratique professionnelle²⁷.

I.3.2.4 Le soutien du médecin

De par la nature de sa pratique, le médecin généraliste est souvent seul face au décès de son patient. Le soutien qui lui est apporté est rare, que ce soit de la part de ses proches ou de ses collègues. Même en cabinet de groupe ou en maison médicale, les échanges avec les confrères ou les équipes soignantes sont limités. La charge de travail et la disponibilité des soignants sont probablement en cause. La peur du jugement lors de l'expression de ses propres sentiments y joue sans doute un rôle important également. Lorsque le soutien est présent dans une équipe de médecins généralistes, ces derniers en sont satisfaits. Ils peuvent alors échanger sur leur ressenti. Certains profitent des réunions associatives ou organisationnelles du cabinet pour discuter des cas qui ont posé problème.

Peu de médecins généralistes parlent du décès de leurs patients à leurs proches. Il s'agit là d'une manière de les protéger d'une réalité parfois difficile à supporter. Pour certains, se libérer soi-même en discutant de ces situations avec leur famille peut également être source de souffrance pour celle-ci. De même, discuter d'une situation de soin est difficile du fait de l'incompétence du proche à comprendre ce qui s'est passé, que cette incompétence soit réelle ou juste supposée.

Certains pourtant trouvent un réconfort dans la discussion avec leur conjoint. Ils y trouvent un soutien moral, un réconfort qu'ils ne trouveraient probablement nulle part ailleurs²⁷.

Chez les couples de médecins généralistes libéraux, le dialogue a une importance et permet de décompresser, de partager, et de se délester du poids des situations difficiles. Ces couples estiment que l'échange et la discussion sont à la fois bénéfiques et indispensables pour leur équilibre. Même ceux affirmant ne pas avoir besoin de parler de leur travail à leur domicile et voulant mettre une barrière entre vie professionnelle et vie personnelle ressentent parfois le besoin de se confier, et soulignent à quel point cette compréhension mutuelle, au sein d'un couple pratiquant le même métier, est importante³³.

I.4. Justification de l'étude

Le médecin généraliste est en passe de devenir le pilier de la prise en charge palliative au sens large, du fait de son implication au domicile du patient. Or la gestion de la fin de vie au domicile semble poser problème au médecin traitant, à l'instar de la mort du patient en elle-même.

Comme nous venons de le voir, la littérature scientifique traitant du sujet de la perte des patients chez le médecin généraliste est extrêmement pauvre. Les seuls travaux existants sont des études qualitatives, intéressant donc un nombre réduit de participants.

Si ces études ont été capitales pour mettre en avant les difficultés des médecins face à la mort, il est nécessaire aujourd'hui d'apporter plus de précision sur le sujet.

Quel est le ressenti du médecin généraliste face au décès de ses patient ? Est-ce la même difficulté pour tous ? Quelles sont les facteurs l'influençant ? Quelles en sont les conséquences ?

Répondre à ces questions nécessite à la fois une approche qualitative et quantitative. C'est donc pour compléter les travaux existants et tenter de répondre à ces questions que cette étude a vu le jour.



II. Matériel et méthode

II.1. Type d'étude et objectifs

La méthode utilisée pour réaliser cette étude a été basée sur l'analyse de la littérature actuelle sur le sujet. Cette revue de la littérature n'a révélé aucune étude quantitative sur le sujet.

Il s'agit donc d'une étude épidémiologique descriptive quantitative transversale. Cette étude est non interventionnelle.

L'objectif principal est de mesurer la proportion de médecins généralistes ayant un vécu difficile lors du décès de leurs patients.

Les objectifs secondaires sont :

- Evaluer le besoin d'aide des médecins généralistes après le décès d'un patient.
- Evaluer le retentissement sur la vie professionnelle du décès d'un patient chez les médecins généralistes.
- Evaluer le retentissement sur la vie personnelle du décès d'un patient chez les médecins généralistes.
- Mesurer la proportion de médecins généralistes ayant recours à des traitements médicamenteux, l'usage de drogue ou d'alcool lors du décès d'un patient.
- Déterminer si les aides à disposition des médecins généralistes sont suffisantes pour gérer la perte de leurs patients.

II.2. Population

La population étudiée est celle des médecins généralistes de la région Nouvelle Aquitaine. Les données récentes publiées par le conseil national de l'ordre des médecins font état de 6332 médecins généralistes libéraux dans cette région en 2015^{34 35 36}. La répartition des médecins en fonction des anciennes régions administratives (Limousin, Aquitaine et Poitou-Charentes) est présentée sur le **tableau 1**.

Le choix s'est porté sur cette population de médecins généralistes d'une part du fait de la facilité de se procurer les coordonnées de ces médecins lorsqu'il s'agit d'une même région administrative, et d'autre part car se limiter à l'ancienne région Limousin aurait représenté un panel trop peu important de sujets pour cette étude.



Tableau I : démographie médicale en région Nouvelle Aquitaine en 2015

Limousin	926
Aquitaine	3712
Poitou-Charentes	1694
total	6223

II.3. Critères d'inclusion / d'exclusion

Le recrutement des sujets a été fait grâce aux données de l'Union Régionale des Praticiens de Santé – Médecine Libérale de la Nouvelle Aquitaine (URPSML-NA). Cet organisme disposait des coordonnées de l'ensemble des praticiens libéraux, et notamment de leurs adresses électroniques.

Les sujets recrutés avaient l'ensemble des caractéristiques suivantes :

- Médecin généraliste exerçant en région Nouvelle Aquitaine.
- Exercice libéral en médecine générale exclusif ou mixte.
- Actuellement en activité.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Médecins retraités.
- Médecins n'exerçant pas dans la région.
- Médecins n'ayant aucune activité de médecine générale.
- Médecins remplaçants.
- Internes en médecine, étudiants en médecine.

II.4. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était :

- Le pourcentage de médecins généralistes de Nouvelle Aquitaine vivant difficilement le décès de leurs patients.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- Le pourcentage de médecins généralistes ayant ressenti le besoin d'être aidés lors du décès de leurs patients.
- Le pourcentage de médecins généralistes dont le décès d'un patient a un retentissement sur leur vie professionnelle.



- Le pourcentage de médecins généralistes dont le décès d'un patient a un retentissement sur leur vie personnelle.
- Le pourcentage de médecins généralistes ayant eu recours à une consommation de drogue, d'alcool ou à un traitement médicamenteux lors du décès d'un patient.
- Le pourcentage de médecins généralistes considérant comme insuffisantes les structures d'aide dans le cadre de la perte d'un patient.

II.5. Recueil de données

Un questionnaire permettant de répondre aux objectifs de l'étude a été élaboré. Ce questionnaire comportait deux parties. Une première série de questions permettait de renseigner le profil socio démographique des sujets. La seconde partie répondait aux critères de jugement.

Ce questionnaire est fourni en **annexe 1**.

Certaines questions, notamment celles ayant trait aux circonstances de décès des patients et au ressenti émotionnel des médecins après ce décès avaient pour base les réponses apportées par les études qualitatives traitant du sujet. L'intérêt de ces questions était de vérifier si les résultats apportés par cette étude étaient concordants avec les données de la littérature.

Le questionnaire a été testé avant diffusion sur trois internes de médecine générale en dernière année, ayant fait au moins un stage ambulatoire de niveau 1 durant leur cursus. Il a également été testé sur deux médecins généralistes remplaçants n'ayant pas passé leur thèse. Cette phase de test avait pour objectif de juger de la pertinence et de l'intelligibilité des questions posées. L'objectif était également de tester la méthode de diffusion du questionnaire, et la fonctionnalité du retour de réponses. Après retour des personnes ayant participé au test, répondre au questionnaire prenait environ cinq minutes.

Le questionnaire a été élaboré par le logiciel en ligne Google Forms[®] disponible sur l'application Drive du compte Google[®]. Le questionnaire était envoyé par mail directement par le secrétariat de l'URPSML-NA. Un premier envoi a été suivi un mois plus tard d'une relance. Le recueil de données a pris fin un mois après l'envoi de la relance. Les réponses étaient directement envoyées sur le logiciel Google Forms[®] sur un compte sécurisé accessible uniquement par l'investigateur. Ces réponses étaient directement anonymisées, de sorte que l'investigateur ne savait à aucun moment quels étaient les médecins ayant reçu le questionnaire et quels étaient les médecins ayant répondu. Le protocole prévoyait initialement une deuxième relance, que l'URPSML-NA a finalement refusé devant le nombre important de questionnaires envoyés à cette période aux médecins généralistes.



II.6. Analyse statistique

Les données ont été entrées dans le logiciel Excel® pour être analysées. Les résultats ont été présentés sous forme d'effectifs. Les données relatives aux âges et nombre d'années d'installation ont été présentées sous forme de moyennes et médianes. Les analyses prévues pour répondre aux critères de jugement ont été des calculs de pourcentage. Le test statistique χ^2 a été utilisé pour comparer les réponses des sujets sur le critère de jugement principal selon les données socio démographiques : sexe, âge, situation familiale, nombre d'enfants, nombre d'années d'installation, mode d'installation, lieu d'installation et type d'exercice. La correction de Yates pouvait être utilisée en cas d'échantillon de données inférieur à cinq, et le test exact de Fisher pouvait être utilisé en cas d'échantillon de données inférieur à trois. Ces tests statistiques ont été réalisés en utilisant le logiciel inclus dans le site internet Biostatvg.

Il n'a pas été prévu d'analyse intermédiaire et l'analyse statistique a été réalisée après le recueil de données.

II.7. Autorisations légales

Cette étude a bénéficié d'un accord de l'URPSML-NA pour la diffusion du questionnaire à la suite d'une commission à Bordeaux le 15 décembre 2016.

Cette étude a été présentée au comité d'éthique du CHU de Limoges le 8 décembre 2016 qui n'émet aucune réserve éthique à sa réalisation. Cet avis a été enregistré sous le numéro 214-2016-28.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude font l'objet d'un traitement informatisé au CHU de Limoges dans le respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés modifiées par la loi du 6 août 2004. Cette recherche entre dans le cadre de la « méthodologie de référence » (MR 003) en application des dispositions relatives à l'information, aux fichiers et aux libertés. Le CHU de Limoges a signé un engagement de conformité à cette « méthodologie de référence ». L'attestation d'engagement à la méthodologie MR003 a été signé le 13 juin 2017.

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité de Protection de Personnes d'Ile de France X sous l'acronyme de REGIDAQ, avec comme numéro de référence RCB : 2017-A01783-50.

Cette recherche est enregistrée sur le site <http://www.clinicaltrials.gov/>.



III. Résultats

III.1. Taux de réponse

A la fin du recueil de données, 481 réponses au questionnaire ont été obtenues. Le taux de réponse était de 20,3% des 2375 questionnaires envoyés. Parmi ces réponses, six ont été exclues car elles ne répondaient pas aux critères d'inclusions ou répondaient à un critère d'exclusion (**figure 2**).

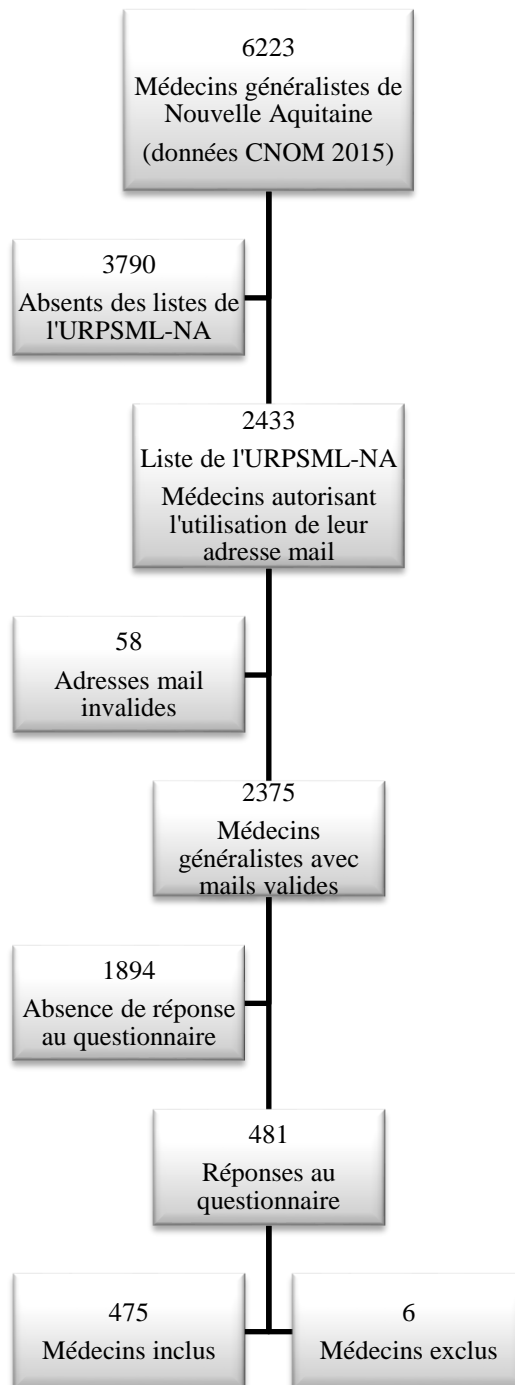


Figure 2 : flow chart



Un praticien était acupuncteur à temps plein, praticien était médecin pompier à temps plein, un praticien était médecin expert à temps plein, un praticien était coordonnateur d'EHPAD à temps plein, une praticienne pratiquait des psychothérapies à temps plein, et un dernier praticien avait une activité autre sans avoir précisé cette activité.

L'analyse des données a donc porté sur les 475 réponses restantes.

III.2. Données socio démographiques

Parmi les 475 sujets ayant répondu au questionnaire, 184 (39 %) étaient des femmes et 291 (61 %) étaient des hommes (**figure 3**).

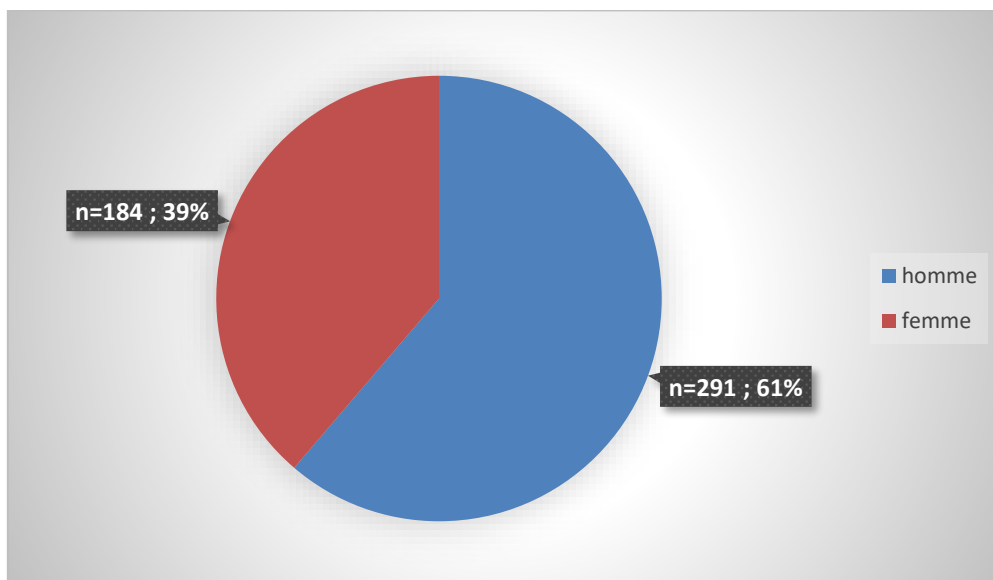


Figure 3 : répartition en fonction du sexe

La répartition des âges allait de 28 à 72 ans, avec une moyenne de 53,9 ans (+/- 8,9 ans). La médiane était de 56 ans. Le diagramme de distribution des âges est présenté en **figure 4**.

La situation familiale des sujets interrogés est présentée en **figure 5**. Les résultats montrent que 350 d'entre eux (74 %) sont mariés, 68 (14 %) vivent en concubinage et 57 (12 %) sont célibataires.

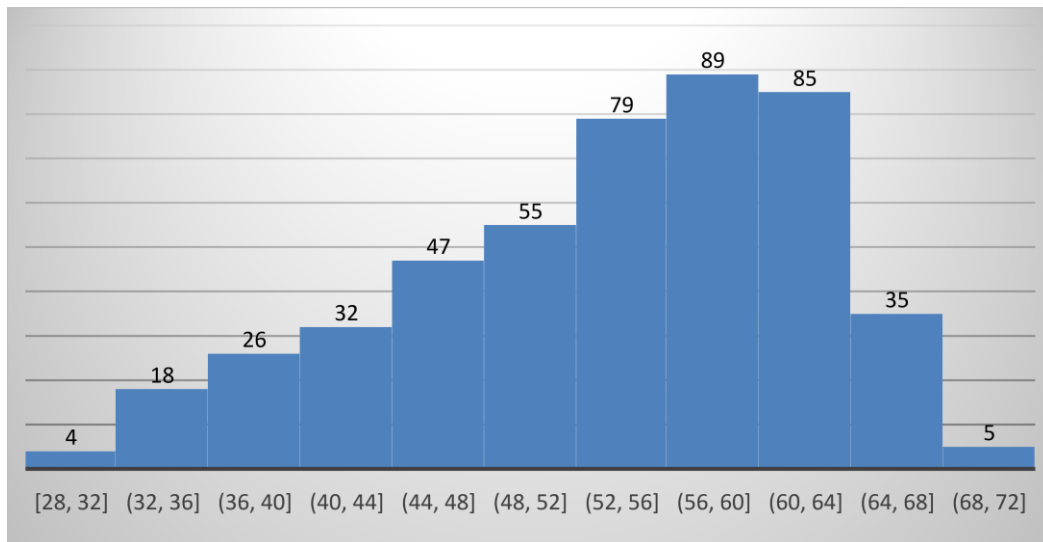


Figure 4 : diagramme de répartition des âges

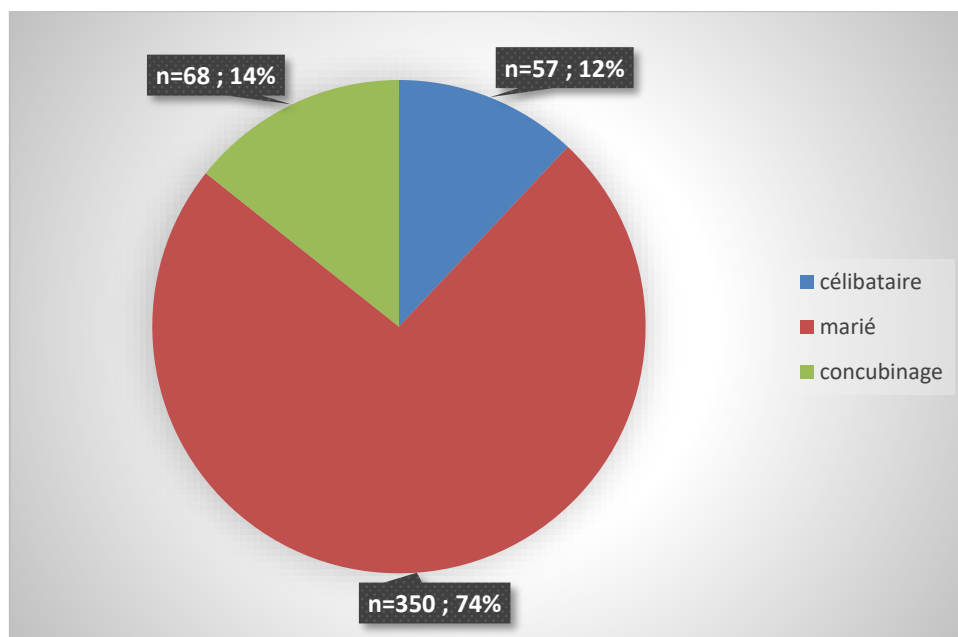


Figure 5 : situation familiale

Les sujets interrogés avaient entre 0 et 6 enfants. La moyenne était de 2,23 enfants par sujet. Ils étaient 88 à avoir 0 ou 1 enfant, et 387 à avoir 2 enfants ou plus. Le diagramme de répartition des enfants par sujet est présenté en **figure 6**.

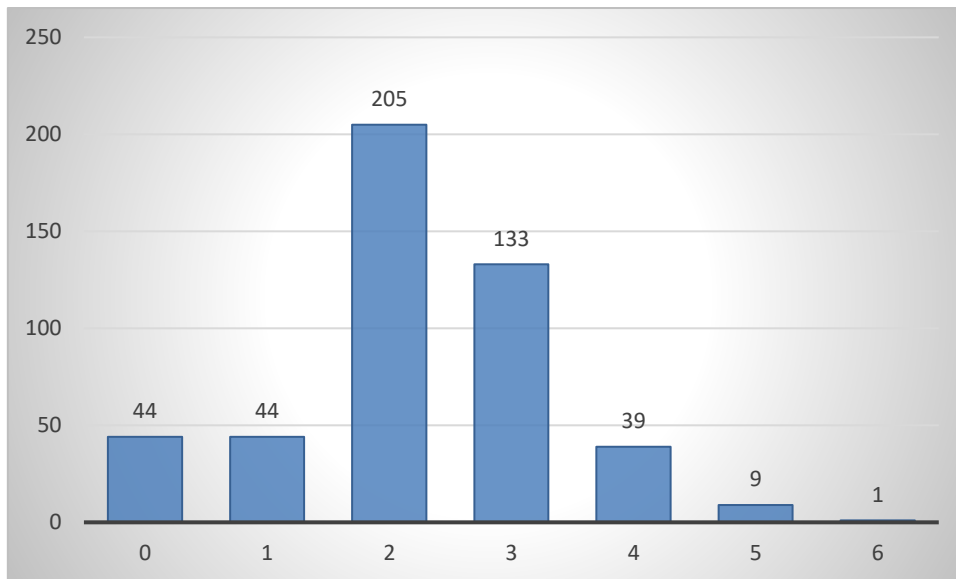


Figure 6 : diagramme du nombre d'enfant par sujet

Les sujets interrogés étaient installés en moyenne depuis 23 ans (+/- 10,3 ans), avec une médiane de 24 ans d'installation. Le diagramme de répartition des années d'installation est présenté sur la **figure 7**.

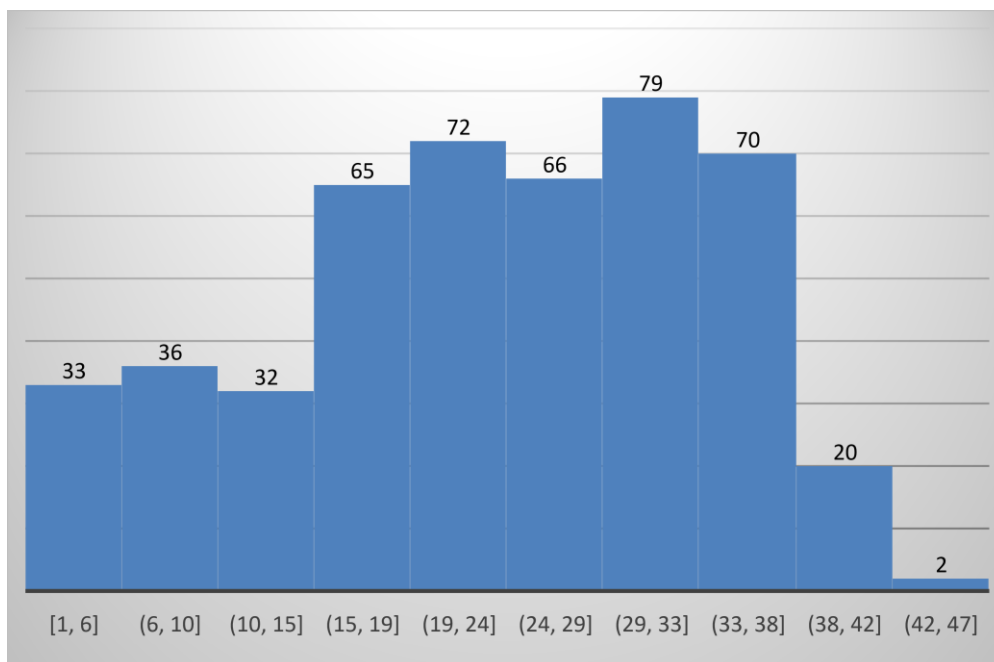


Figure 7 : diagramme de répartition des années d'installation

Pour 226 sujets (48 %), le mode d'installation était un cabinet de groupe. 192 (40 %) exerçaient seuls et 57 (12 %) en maison de santé pluridisciplinaire (**figure 8**). Ils étaient 189 (40 %) à exercer en milieu urbain, 136 (29 %) en milieu rural et 150 (31 %) en milieu semi rural (**figure 9**). 396 sujets avaient un exercice libéral exclusif (83 %) et 79 (17 %) avaient un exercice mixte. Les praticiens exerçant une autre activité que la médecine générale libérale étaient coordonnateurs d'EHPAD (n=27), salariés en MAS ou IME (n=2), salariés en maison d'arrêt

(n=1), avaient une activité de médecine du travail (n=3), étaient coordonnateur de réseau de soin (n=1), avaient une activité de régulation au SAMU ou d'intervention en SMUR (n=4), étaient praticien hospitaliers attachés (n=26), étaient professeur des université ou maître de conférence des universités (n=2), avaient une activité en centre d'addictologie (n=3), en médecine du sport (n=1), en PMI (n=1), en radiologie (n=1), en radiologie (n=1), en médecine légale (n=1), étaient médecin agréé pour le permis de conduire (n=1), avaient une activité non précisée (n=1). Ces résultats sont présentés en **figure 10 et figure 11**.

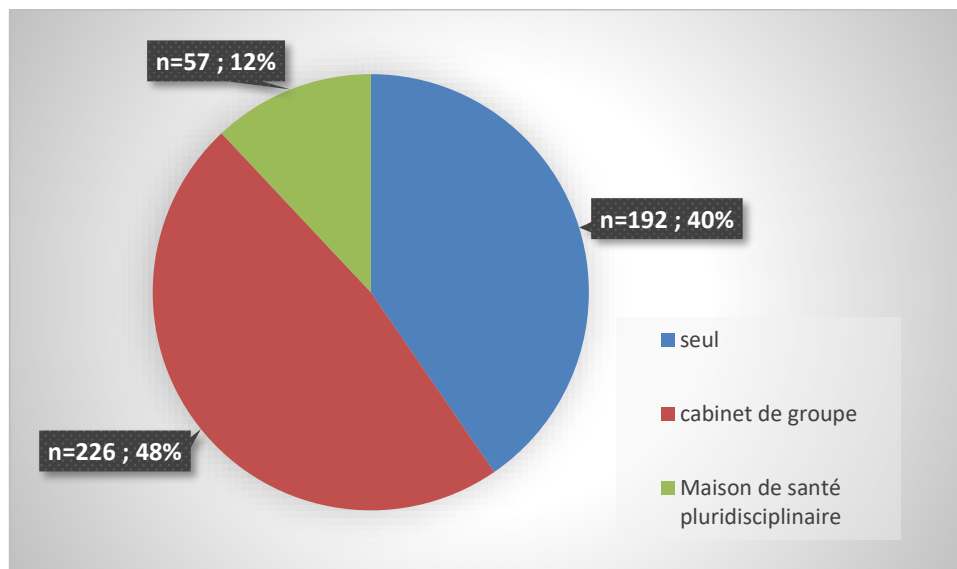


Figure 8 : mode d'installation

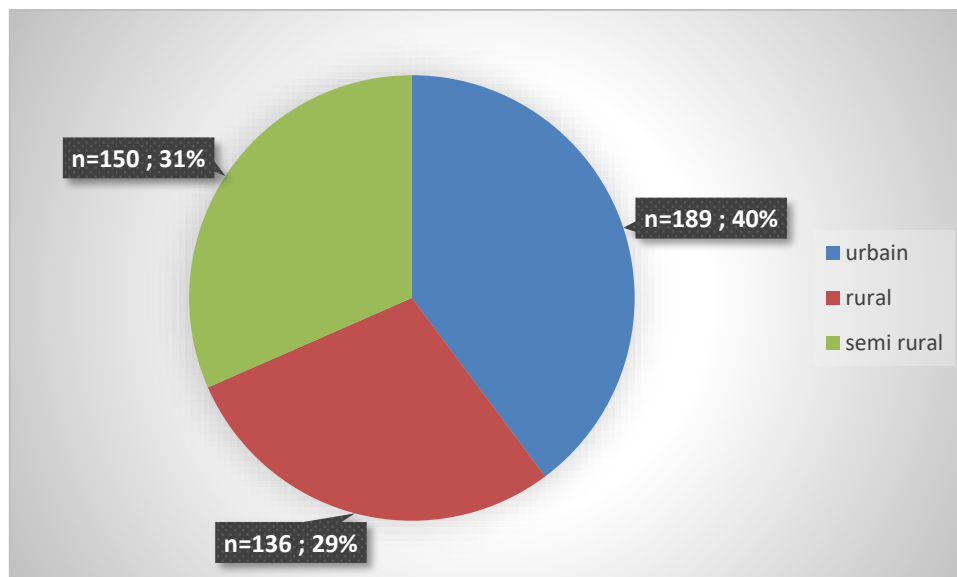


Figure 9 : lieu d'installation

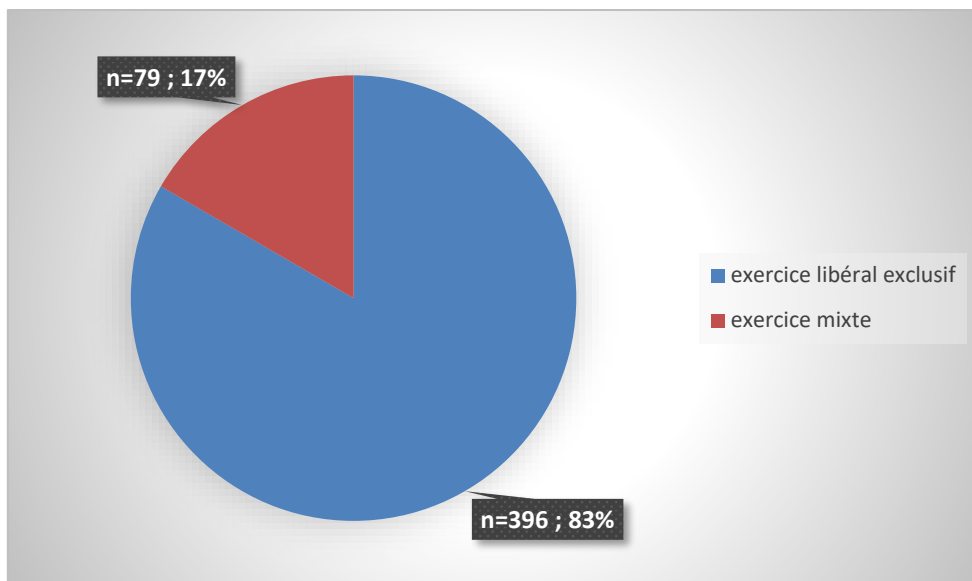


Figure 10 : type d'exercice

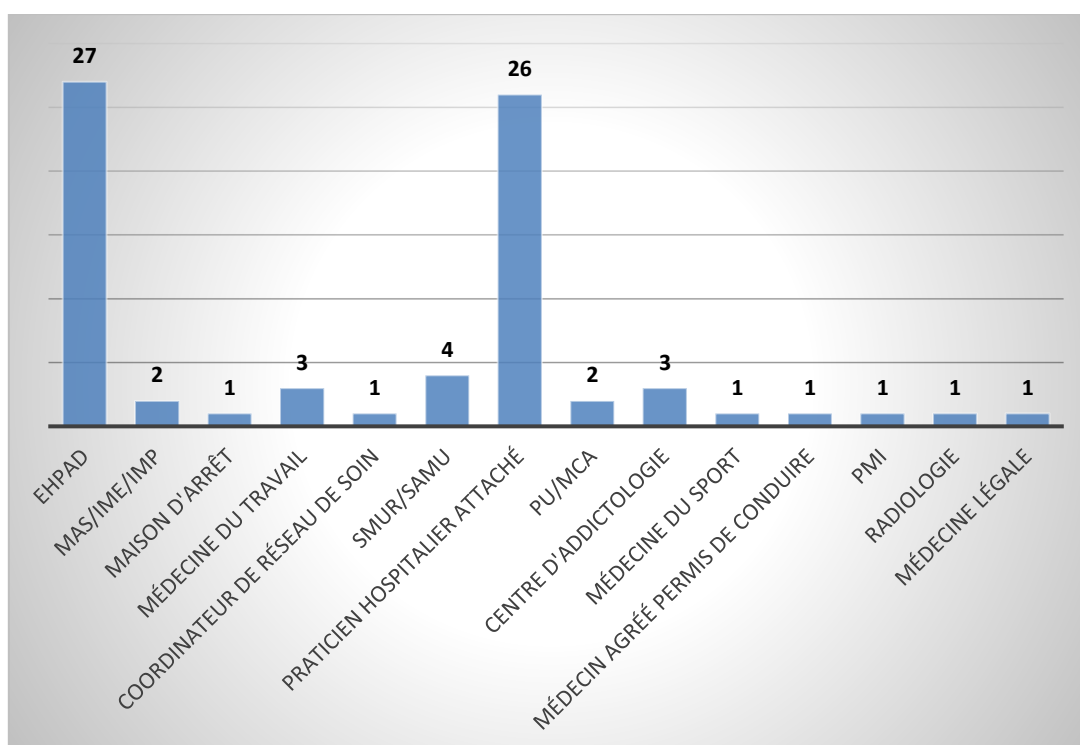


Figure 11 : détail des activités médicales mixtes

III.3. Ressenti des décès par les généralistes

A la question « Dans votre pratique, ressentez-vous comme difficile le décès de vos patients ? » les sujets interrogés étaient 361 (76 %) à répondre oui contre 114 (24 %) à répondre non (**figure 12**).

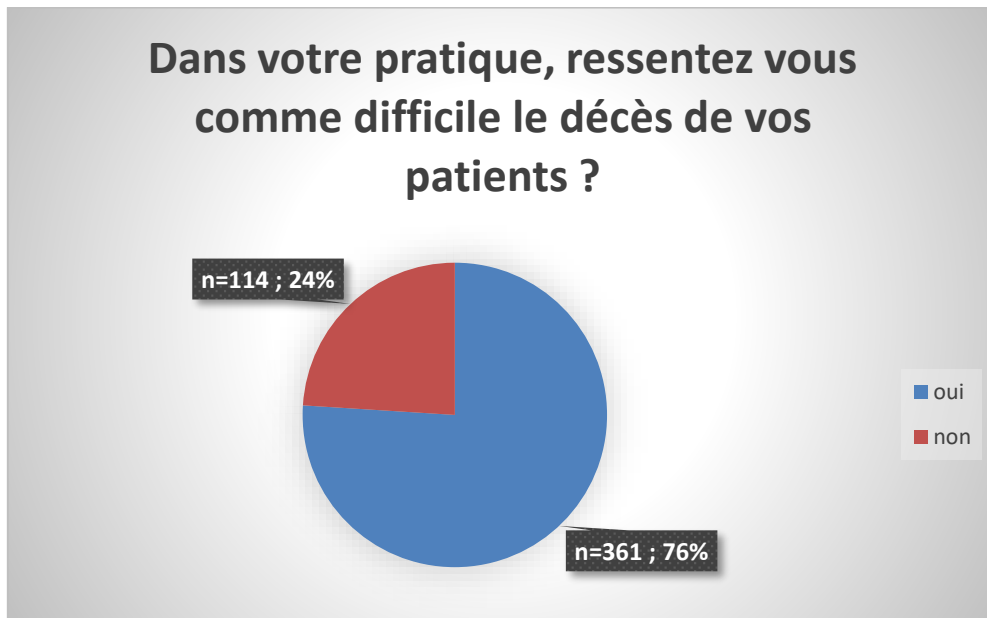


Figure 12 : Dans votre pratique, ressentez-vous comme difficile le décès de vos patients ?

Les hommes ont répondu oui à cette question à 71,8 %, et les femmes à 82,6 %. Cette différence était statistiquement significative ($p=0,007$). Les sujets ayant 0 ou 1 enfant étaient 85,2 % à répondre oui alors que ceux ayant 2 enfants ou plus ont répondu oui à 73,9 %. Cette différence était statistiquement significative ($p=0,025$). Les praticiens de moins de 56 ans ont répondu oui à 73,6 % alors qu'ils étaient 78,3 % des 56 ans et plus. Cette différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,229$). Les sujets célibataires ont répondu oui pour 68,4 % d'entre eux contre 77 % de ceux mariés ou en concubinage. Cette différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,153$). Les sujets installés depuis moins de 24 ans ont répondu oui pour 73,8 % d'entre eux contre 78 % chez ceux installés depuis 24 ans ou plus. Cette différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,279$). Les sujets installés en cabinet seuls ont répondu oui pour 75 % d'entre eux, contre 77,4 % chez ceux en cabinet de groupe et 73,7 % chez ceux en maison de santé pluridisciplinaire. Cette différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,768$). Les sujets exerçant en zone urbaine ont répondu oui pour 73,5 % d'entre eux contre 76,5 % chez ceux exerçant en zone rurale et 78,7 % chez ceux exerçant en zone semi rurale. Cette différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,542$). Les sujets ayant une activité libérale exclusive ont répondu oui pour 75,5 % d'entre eux contre 78,5 % chez ceux ayant un exercice mixte. Cette différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,571$). Ces résultats sont présentés sur le **tableau 2**.

Tableau II : Ressentez-vous comme difficile le décès de vos patients ?

	Oui	non	<i>p value</i>
ensemble de l'effectif	n=361 (76%)	n=114 (24%)	
sexe			0,007
femme	n=152 (82,6%)	n=32 (17,4%)	
homme	n=209 (71,8%)	n=82 (28,2%)	
âge			0,229
moins de 56 ans	n=173 (73,6%)	n=62 (26,4%)	
56 ans ou plus	n=188 (78,3%)	n=52 (21,7%)	
situation familiale			0,153
célibataire	n=39 (68,4%)	n=18 (31,6%)	
marié ou en concubinage	n=322 (77%)	n=96 (23%)	
nombre d'enfant			0,025
0 ou 1 enfant	n=75 (85,2%)	n=13 (14,8%)	
2 enfants ou plus	n=286 (73,9%)	n=101 (26,2%)	
nombre d'années d'installation			0,279
moins de 24 ans	n=169 (73,8%)	n=60 (26,2%)	
24 ans ou plus	n=192 (78%)	n=54 (22%)	
mode d'installation			0,768
seul	n=144 (75%)	n=48 (25%)	
cabinet de groupe	n=175 (77,4%)	n=51 (22,5%)	
Msp	n=42 (73,7%)	n=15 (26,3%)	
lieu d'installation			0,542
urbain	n=139 (73,5%)	n=50 (26,5%)	
rural	n=104 (76,5%)	n=32 (23,5%)	
semi rural	n=118 (78,7%)	n=32 (21,3%)	
type d'exercice			0,571
libéral exclusif	n=299 (75,5%)	n=97 (24,5%)	
exercice mixte	n=62 (78,5%)	n=17 (21,5%)	

III.4. Critères secondaires

III.4.1. Fréquence des décès de patients

A la question « A quelle fréquence êtes-vous confronté au décès d'un de vos patients ? » 5,9 % des sujets ont répondu moins d'une fois par an (n=28), 16,6 % ont répondu moins d'une fois par semestre (n=79), 38,3 % ont répondu moins d'une fois par trimestre (n=182), 28 % ont répondu moins d'une fois par mois (n=133) et 11,1 % ont répondu plus d'une fois par mois (n=53). Aucun n'a répondu jamais (**figure 13**).

A la question « A quelle fréquence êtes-vous confronté au décès que vous jugeriez difficile d'un de vos patients ? » 3,8 % des sujets ont répondu jamais (n=18), 35,8 % des sujets ont répondu moins d'une fois par an (n=170), 19,8 % des sujets ont répondu moins d'une fois par semestre (n=94), 33,7 % des sujets ont répondu moins d'une fois par trimestre (n=160), 5,2 % ont répondu moins d'une fois par mois (n=25) et 1,7 % ont répondu plus d'une fois par mois (n=8) (**figure 14**).

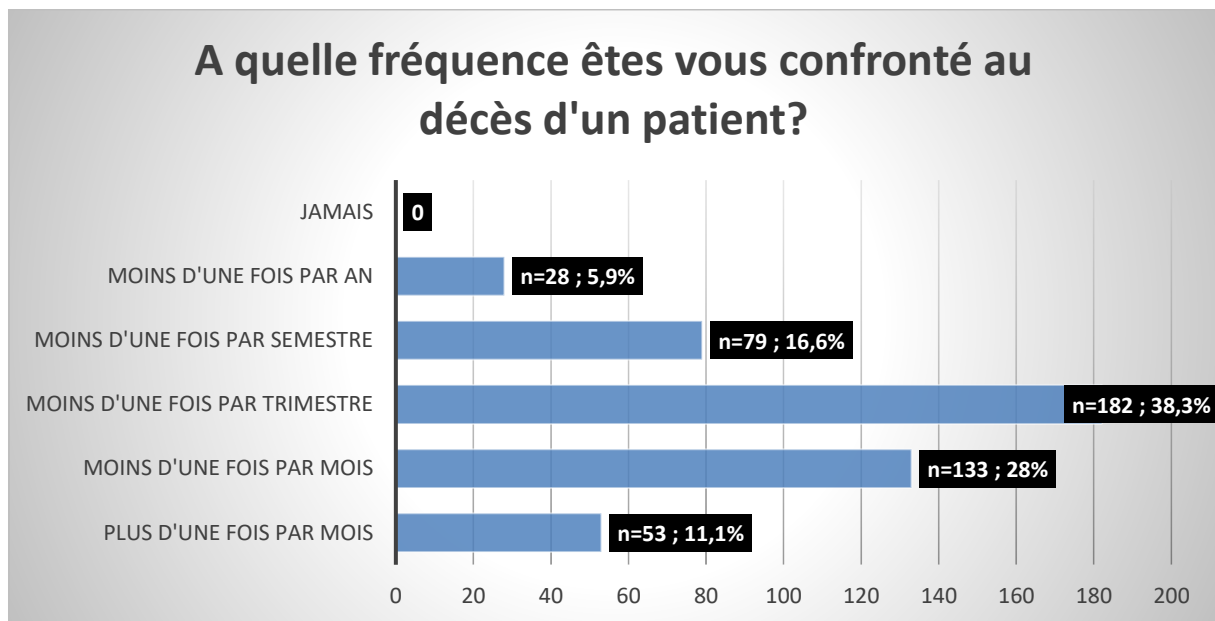


Figure 13 : A quelle fréquence êtes-vous confronté au décès de l'un de vos patients ?



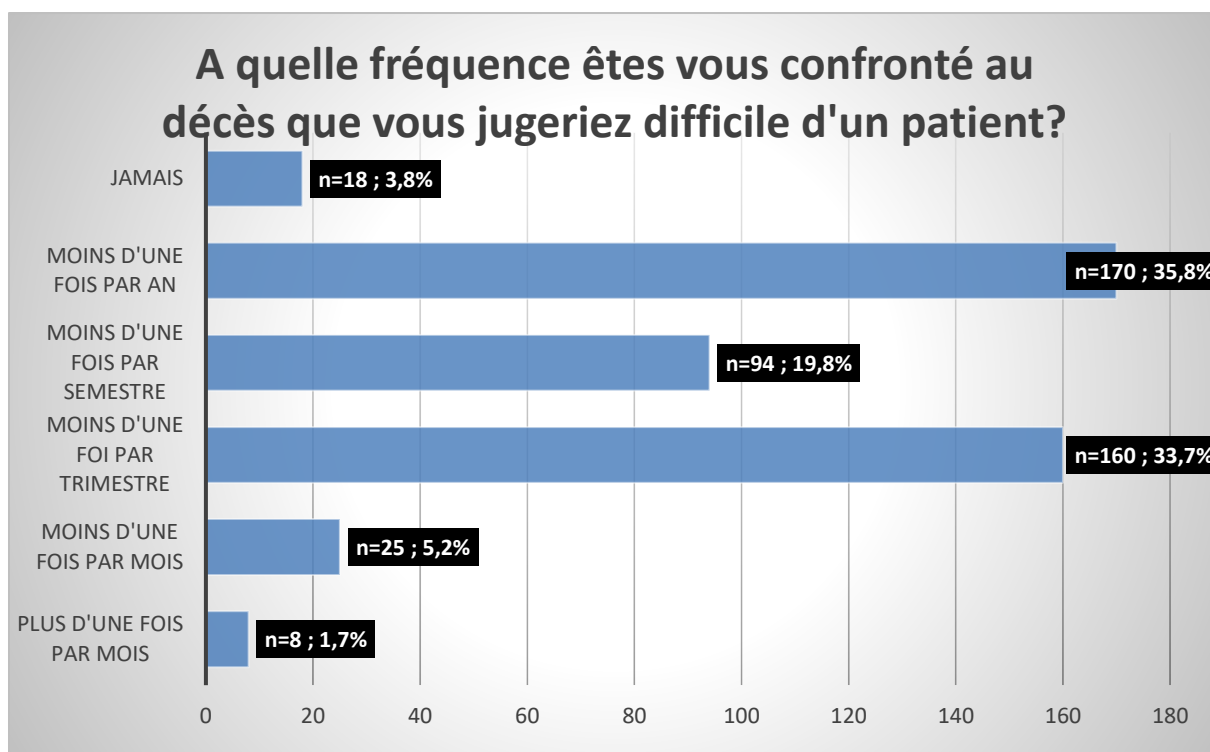


Figure 14 : A quelle fréquence êtes-vous confronté au décès que vous jugeriez difficile d'un patient ?

III.4.2. Circonstances des décès

A la question « Dans quelles circonstances ont eu lieu ces décès difficiles ? » 65,7 % des sujets interrogés ont répondu *lors d'un décès inattendu* (n=312). Ils étaient 58,5 % à répondre *lors d'un accompagnement de fin de vie* (n=278). Ils étaient 36,5 % à répondre *lors d'un décès traumatique* (n=173). Ils étaient 8,2 % à répondre *lors d'un problème éthique sous-jacent* (n=39). Ils étaient 4,2 % à répondre *lors de difficultés relationnelles avec le patient* (n=20). Ils étaient 28,8 % à répondre *lors de difficultés relationnelles avec la famille du patient* (n=137). Ils étaient 8,8 % à répondre *lorsque vous étiez présent* (n=42) et 21,7 % à répondre *lorsque vous étiez absent* (n=103).

Parmi les sujets interrogés et ayant répondu autre réponse, 3,2 % ont précisé *lors du décès d'un patient jeune ou d'un enfant* (n=15), 1,3 % ont précisé *lors d'un suicide* (n=6), 4 % ont précisé *lors d'un attachement au patient* (n=19). Un sujet a répondu *lors d'une réaction de transfert*, 2 ont répondu *lors d'une maladie chronique*, 1 a répondu *lors de difficultés avec l'équipe mobile de soins palliatifs*, 1 a répondu *lorsqu'il n'y a pas de travail d'équipe*. Ces résultats sont présentés sur la **figure 15**.

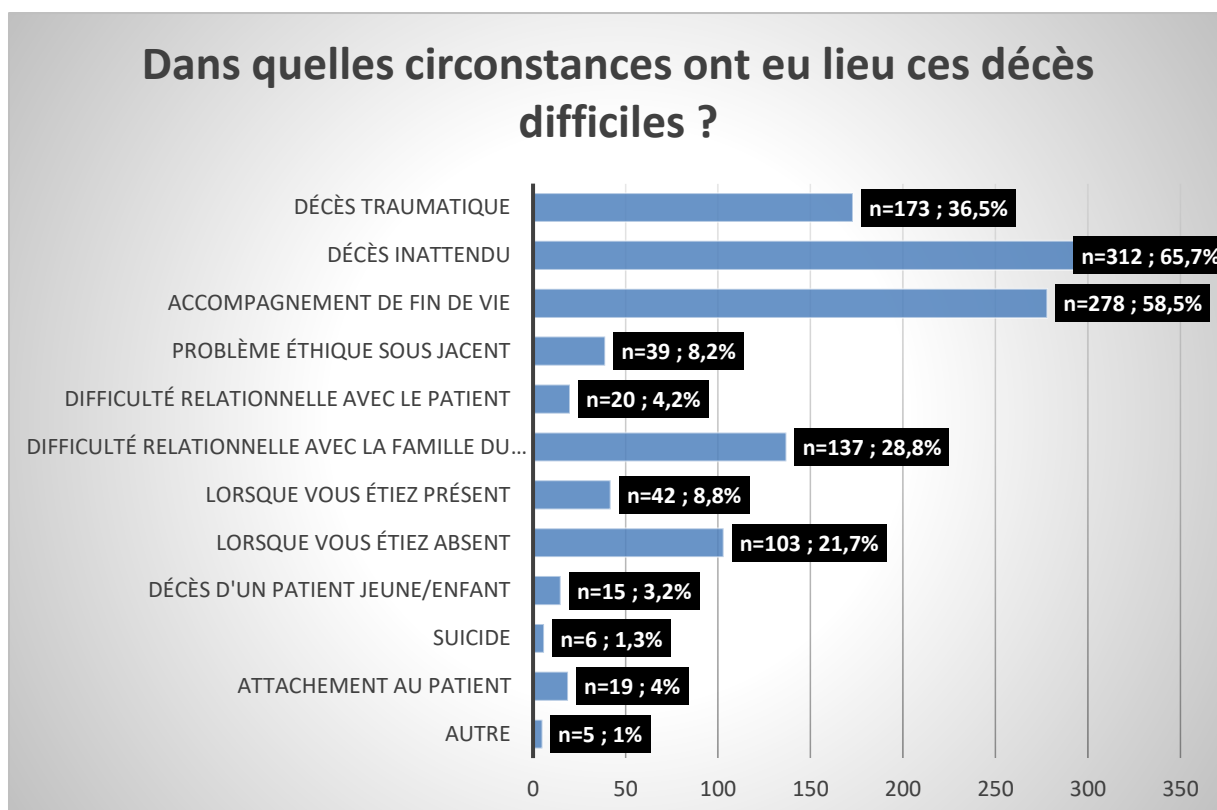


Figure 15 : Dans quelles circonstances ont eu lieu ces décès difficiles ?

III.4.3. Aspects émotionnels

A la question « Avez-vous déjà ressenti une de ces émotions lors du décès de l'un de vos patients ? » 83,4 % des sujets interrogés ont répondu *tristesse* (n=396). Ils étaient 38,9 % à répondre *regret* (n=185). Ils étaient 36,6 % à répondre *surprise* (n=174). Ils étaient 35,6 % à répondre *culpabilité* (n=169). Ils étaient 28,6 % à répondre *satisfaction* (n=136). Ils étaient 26,5 % à répondre *solitude* (n=126). Ils étaient 17,7 % à répondre *incompréhension* (n=84). Ils étaient 11,4 % à répondre *angoisse* (n=54).

Parmi les sujets interrogés et ayant répondu *autre réponse*, 1 % ont répondu *colère* (n=5), 2,9 % ont répondu *soulagement* (n=14), 0,6 % ont répondu *désarroi* (n=3). Parmi les autres réponses, la *compassion*, *l'empathie*, *l'apaisement*, *l'impuissance*, *l'insatisfaction*, *l'indifférence*, *l'agacement*, *la joie*, le caractère *inéluçtable* et *rien* ont été cités chacun une fois. Ces résultats sont présentés sur la **figure 16**.

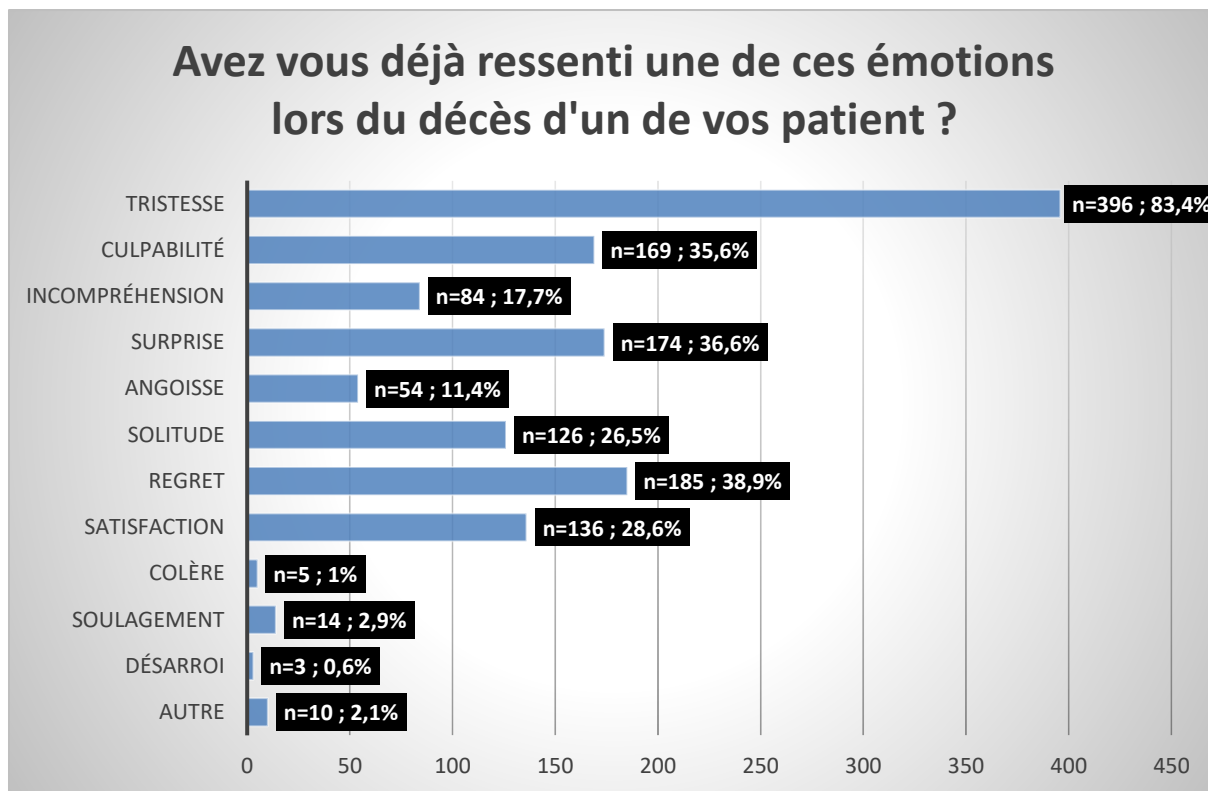


Figure 16 : Avez-vous déjà ressenti l'une de ces émotions lors du décès d'un de vos patients ?

A la question « Avez-vous déjà ressenti des difficultés à gérer vos émotions après le décès d'un de vos patients ? » les sujets interrogés étaient 193 (51 %) à répondre oui contre 182 (49 %) à répondre non (**figure 17**). A la question « Vous est-il déjà arrivé d'être submergé par vos émotions lors du décès d'un de vos patients ? » les sujets interrogés étaient 126 (27 %) à répondre oui et 349 (73 %) à répondre non (**figure 18**).

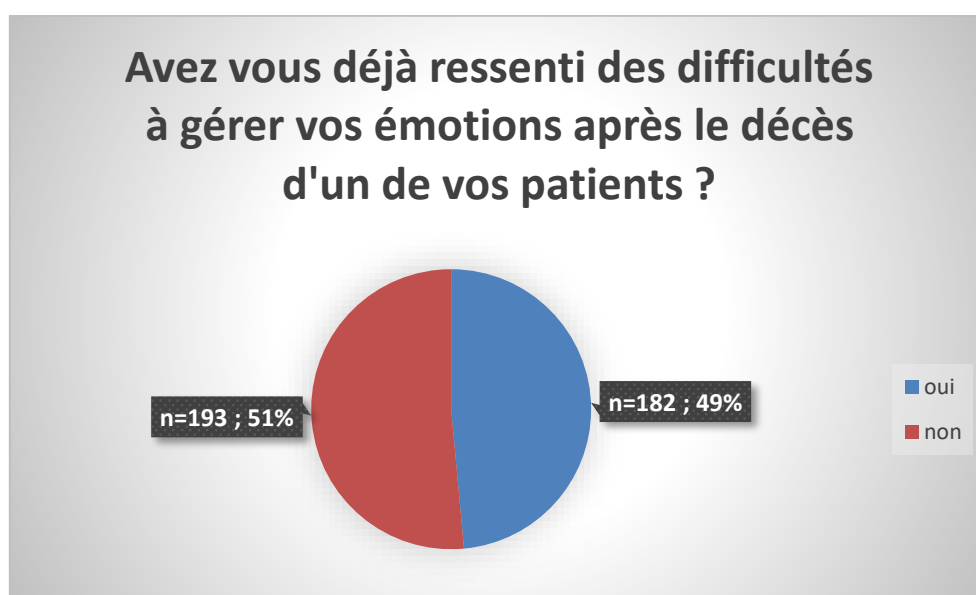


Figure 17 : Avez-vous déjà ressenti des difficultés à gérer vos émotions ?

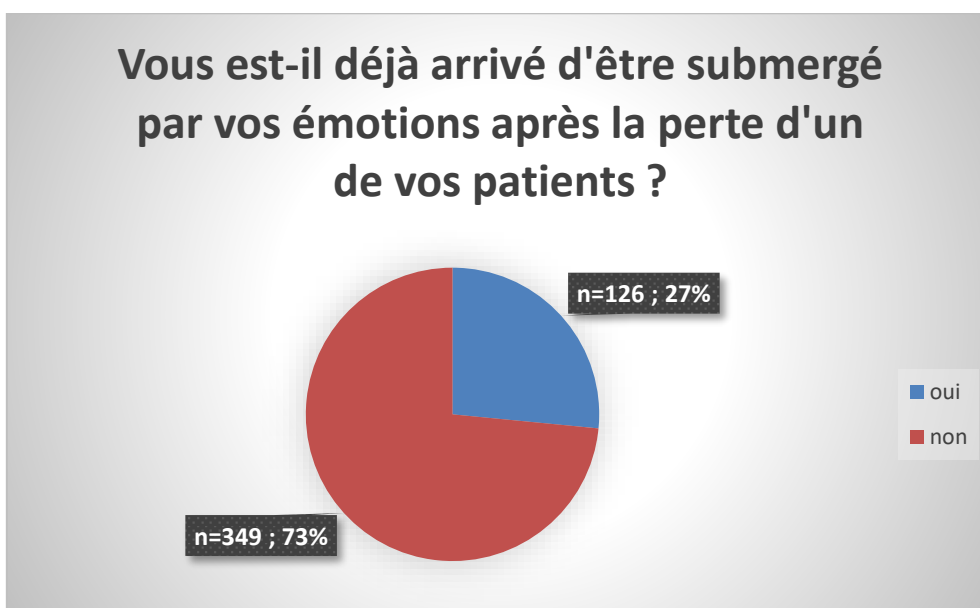


Figure 18 : Vous est-il déjà arrivé d'être submergé par vos émotions ?

III.4.4. Besoin d'aide

A la question « Lors du décès d'un de vos patients, avez-vous ressenti le besoin d'être aidé ? » les sujets interrogés étaient 140 (29 %) à répondre oui contre 335 (71 %) à répondre non (**figure 19**).

A la question « Vous est-il déjà arrivé de demander de l'aide lors du décès d'un de vos patients ? » les sujets interrogés étaient 106 (22,3 %) à répondre à *un collègue*. Ils étaient un (0,2 %) à répondre à *un psychologue*. Ils étaient 7 (1,5 %) à répondre à *un psychiatre*. Ils étaient 2 (0,4 %) à répondre à *une structure institutionnelle de type ordre des médecins*. Ils étaient 6 (1,3 %) à répondre à *une association*. Ils étaient 355 (74,7 %) à répondre *aucune réponse* (**figure 20**).

A la question « Vous arrive-t-il de parler à votre famille du décès de vos patients ? » les sujets interrogés étaient 55 (12 %) à répondre *jamais*, 286 (60 %) à répondre *parfois*, 91 (19 %) à répondre *souvent* et 43 (9 %) à répondre à *chaque fois* (**figure 21**).

Lors du décès d'un de vos patients, avez-vous déjà ressenti le besoin d'être aidé ?

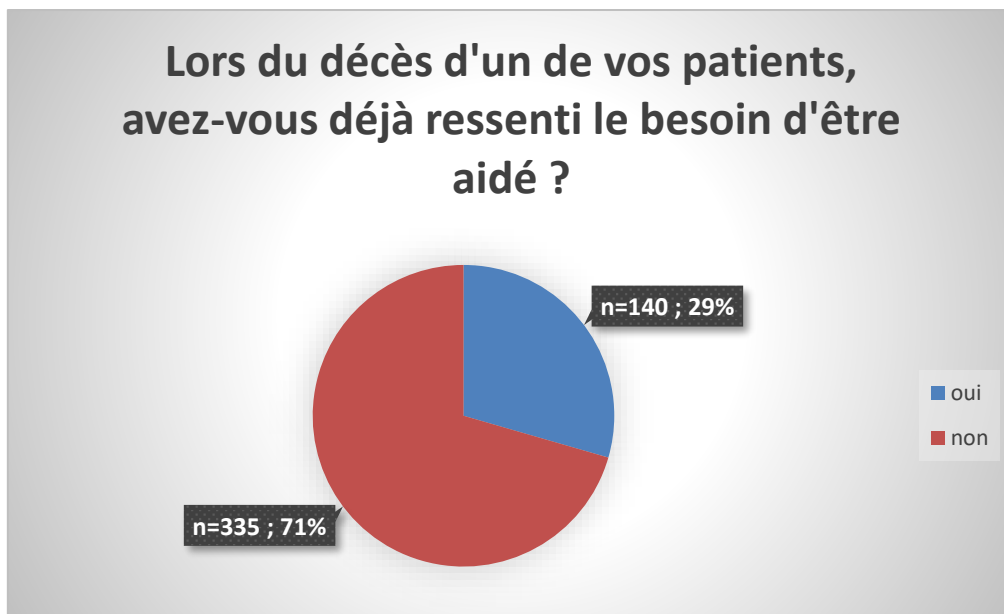


Figure 19 : Avez-vous déjà ressenti le besoin d'être aidé ?

Vous est-il arrivé de demandé de l'aide lors du décès d'un de vos patients à :

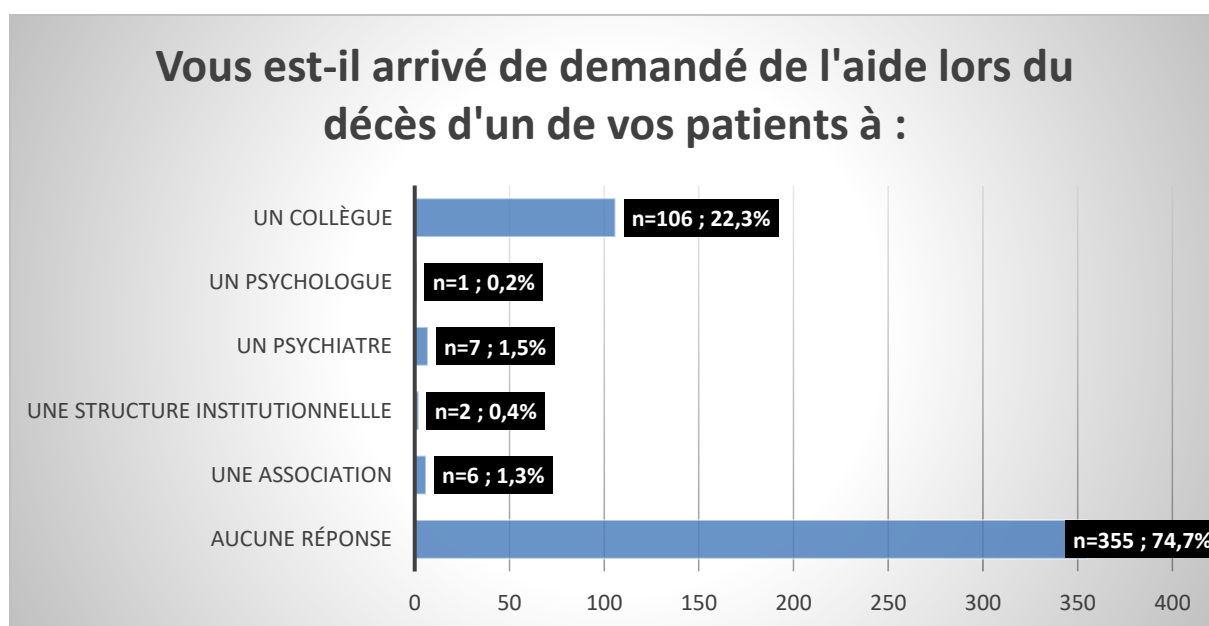


Figure 20 : Vous est-il arrivé de demander de l'aide ?

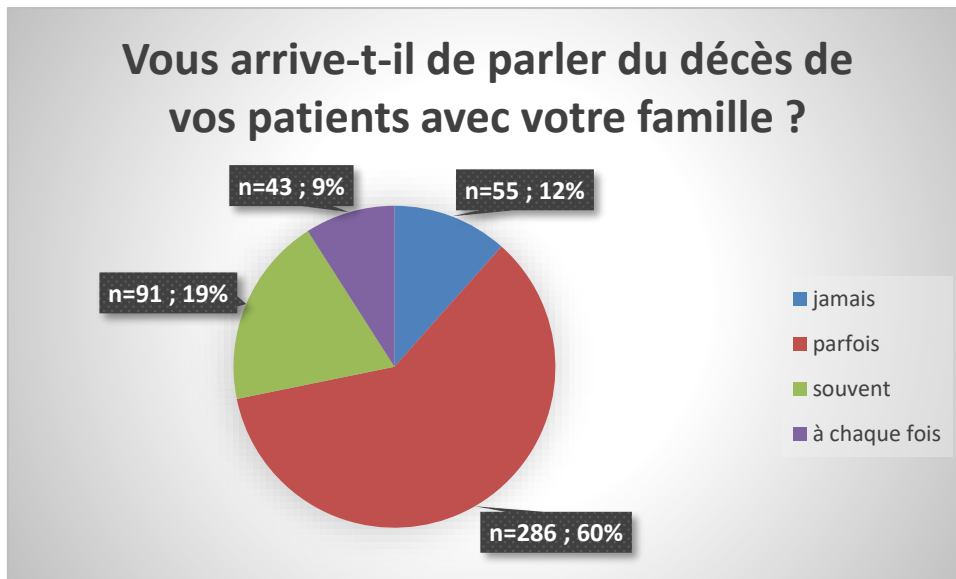


Figure 21 : Vous arrive-t-il de parler du décès de vos patients à votre famille ?

III.4.5. Retentissement professionnel

A la question « Le décès d'un de vos patients a-t-il déjà retenti sur votre vie professionnelle ? » les sujets interrogés étaient 175 (37 %) à répondre oui contre 300 (63 %) à répondre non (figure 22).



Figure 22 : retentissement sur la vie professionnelle

III.4.6. Retentissement personnel

A la question « Le décès d'un de vos patients a-t-il déjà retenti sur votre vie personnelle ? » les sujets interrogés étaient 145 (31 %) à répondre oui contre 330 (69 %) à répondre non (figure 23).

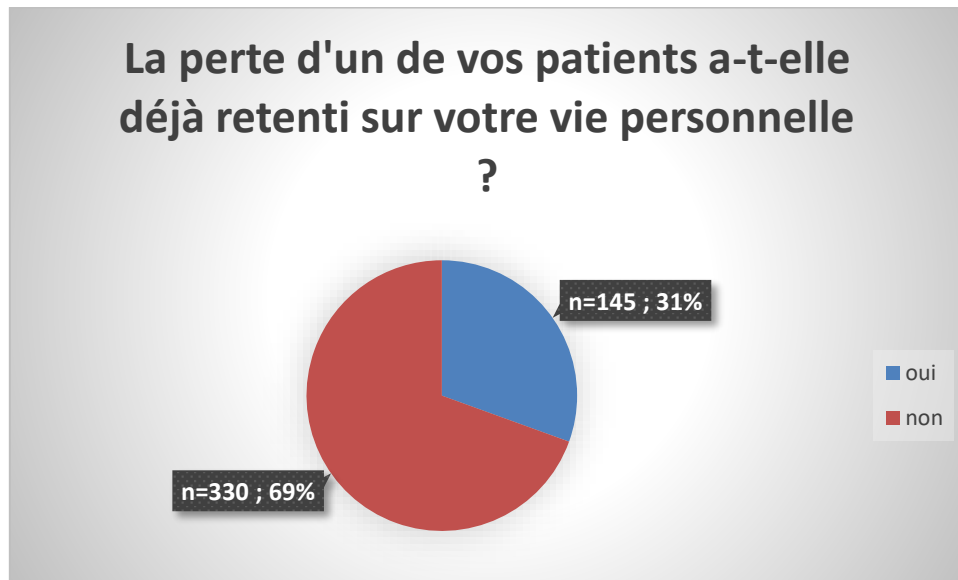


Figure 23 : retentissement personnel

III.4.7. Recours à une aide chimique

A la question « Vous est-il arrivé de prendre après la perte d'un de vos patients : » les sujets interrogés étaient 23 (4,8 %) à répondre *un traitement médicamenteux*. Ils étaient 19 (4 %) à répondre *de l'alcool*. Ils étaient 0 % à répondre *de la drogue*. Ils étaient 433 (91,2 %) à répondre *aucune réponse* (figure 24).

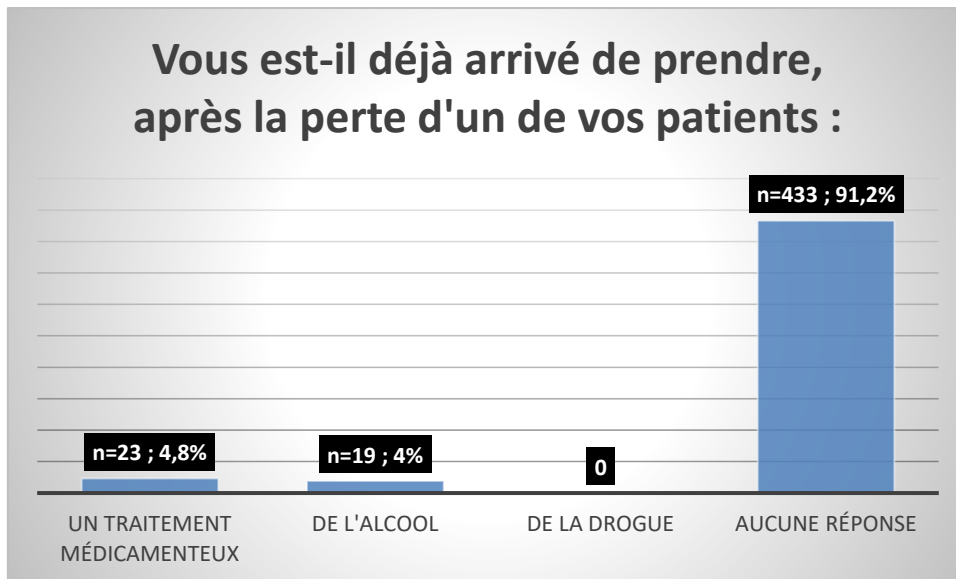


Figure 24 : recours à une aide chimique

III.4.8. Structures d'aides aux médecins généralistes

A la question « Pensez-vous que les différentes structures d'aide aux médecins généralistes sont suffisantes dans le cadre du vécu de la perte de vos patients ? » les sujets interrogés étaient 202 (43 %) à répondre oui contre 273 (57 %) à répondre non (**figure 25**).

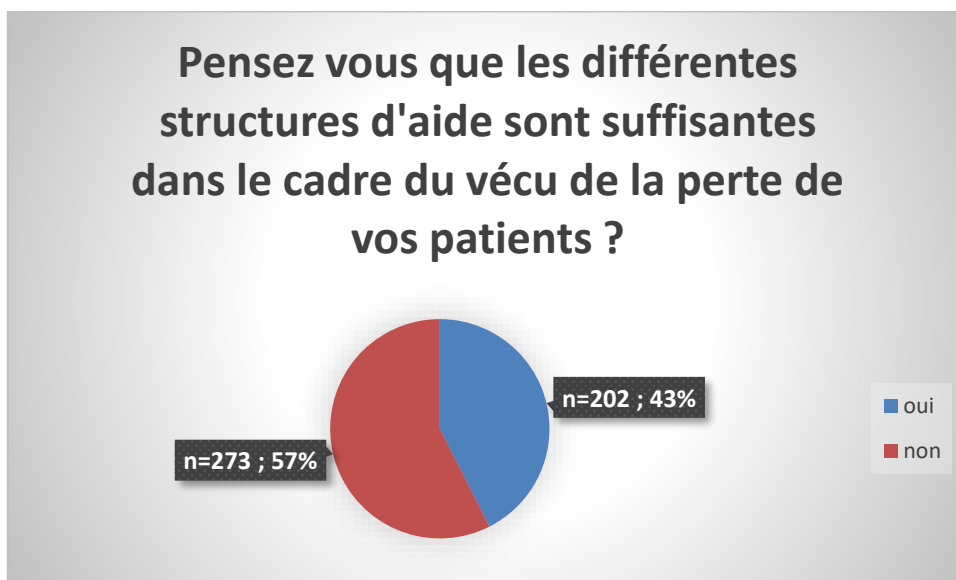


Figure 25 : structures d'aides aux médecins généralistes

III.4.9. Commentaires divers

Les commentaires libres des médecins interrogés sont présentés en **annexe 2**. Le caractère facultatif de cette question fait qu'il existe 131 commentaires sur les 475 réponses à cette étude.



IV. Discussion

IV.1. Forces et limites de l'étude

Cette étude est la première étude de grande ampleur à s'intéresser aux médecins généralistes et à la mort de leurs patients. Les seules études françaises sur le sujet sont des études qualitatives réalisées sur de petits échantillons de médecins. Le choix de réaliser ici une étude quantitative a permis d'apporter un complément indispensable à la littérature actuelle sur le sujet. Ce type de méthodologie comporte cependant des lacunes, et ne suffit pas à rendre compte de manière précise du ressenti émotionnel des médecins interrogés. En effet seule l'analyse de verbatims tirés d'entretiens ou de focus groupes permet d'en appréhender la profondeur avec précision. Cette limite a été soulignée à plusieurs reprises dans les commentaires libres des médecins interrogés. Il a notamment été souligné le caractère succinct et fermé du questionnaire. Si effectivement des questions ouvertes permettent d'enrichir les données recueillies, elles sont plus complexes à interpréter de manière quantitative. Intégrer ce type de questions dans le questionnaire semblait peu pertinent lors de l'élaboration du protocole. Il semblerait que des études mixtes comportant à la fois une partie qualitative et une partie quantitative auraient un intérêt pour ce type de sujet. Le choix d'une analyse quantitative pure a donc été délibéré, de manière à poser les jalons d'une réflexion générale sur ce sujet.

Une autre limite liée au questionnaire concerne justement la dernière question, concernant les commentaires libres. Il semblerait que la formulation de cette question manquait de clarté. La majorité des commentaires traitaient du sujet de la question précédente, sur les aides disponibles aux médecins pour gérer les décès de leurs patients. Il semble qu'une grande partie des médecins ayant laissé un commentaire aient cru que celui-ci devait concerner cette question précise, et non l'ensemble du questionnaire.

Bien qu'étant régionale, le nombre de médecins interrogés est relativement grand et permet de supposer que les résultats sont représentatifs de la population de généralistes Français. Compte tenu des grandes disparités d'organisation des systèmes de santé au niveau international, ainsi que des différences socio culturelles propres à chaque pays, il est difficile d'extrapoler ces résultats à une plus grande échelle. Il serait intéressant que d'autres études de ce type soient réalisées dans les différents pays européens de manière à trouver des pistes d'amélioration de l'accompagnement de médecins dans ces situations difficiles.

IV.2. Taux de participation

Le premier protocole de l'étude comportait initialement un premier envoi du questionnaire, suivi de deux relances espacées de quelques semaines. Finalement il s'est avéré que le premier envoi du questionnaire a rencontré des difficultés techniques. Un grand nombre de questionnaires n'ont pu être envoyés aux médecins. La relance s'est faite dans de meilleures conditions, permettant une augmentation importante du nombre de réponses. La seconde relance n'a pu être effectuée du fait d'un refus de l'URPSML-NA. L'argumentaire de cet organisme était un nombre important de questionnaires de thèses à envoyer à cette même

période, ce qui aurait pu décourager les médecins à répondre. Il est à noter qu'habituellement l'URPS n'envoie aucune relance pour ce type de recherche.

Par ailleurs, il s'avère que les listes de l'URPSML-NA sont très incomplètes et seule une partie des médecins généralistes libéraux y sont présents. Une grande partie des médecins inscrits sur cette liste a également fait part de son refus de recevoir de la part de l'URPS des mails de nature promotionnelle ou des questionnaires de thèse et de recherche. De ce fait il est très difficile de cibler l'ensemble des médecins libéraux d'une même région. D'autre part, et après enquête, seul cet organisme est habilité à contacter par mail la population médicale par mail pour envoyer des questionnaires de thèse. Le Conseil Départemental et le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, de même que l'Agence Régionale de Santé, ne disposent pas des droits nécessaires à ces envois.

Malgré ces difficultés, le taux de réponse était proche de 20 %, ce qui démontre l'intérêt de la population étudiée pour la problématique. Il est probable qu'envoyer les questionnaires par courrier postal aurait augmenté le pourcentage de participation à cette étude. Mais les contraintes techniques liées à ce mode de diffusion sont beaucoup plus importantes.

IV.3. Données socio démographiques

Les participants à cette étude semblent représentatifs de la population des médecins généralistes libéraux de la région Nouvelle Aquitaine. Les données socio démographiques vont en ce sens. Il existe en effet une légère prédominance masculine, ce qui semble concordant avec les données démographiques du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Il semble dans les données de ce dernier que la tendance est à une féminisation de la profession chez les praticiens de moins de 40 ans^{35 34 36}. La répartition des âges semble également proche des données officielles. La population médicale interrogée est relativement âgée, avec une moyenne de 53,9 ans. L'échantillon étudié travaille majoritairement en groupe, soit 48 % des médecins, et ce pourcentage augmente à 60 % en incluant les maisons de santé pluridisciplinaires. Il est probable qu'à l'avenir la proportion de médecins travaillant en maisons de santé pluridisciplinaires augmente progressivement, du fait de l'attractivité de ce mode d'exercice.

Si le lieu d'exercice est relativement équilibré en rural, semi rural et urbain, c'est toutefois l'exercice urbain qui est légèrement sur-représenté pour 40 % des médecins interrogés. La très grande majorité des médecins interrogés (83 %) exerce une médecine libérale exclusive. Les exercices mixtes concernent essentiellement la coordination d'EHPAD et des postes de praticiens hospitaliers attachés.

Ces données permettent de dresser un état des lieux de la population médicale de Nouvelle Aquitaine à un temps donné, et font remonter des questionnements d'ordre sociaux. Le vieillissement de la population médicale au sens large ainsi que sur le pourcentage de généralistes exerçant en zone rurale pure (31 %), donne un aperçu alarmant de la démographie médicale Française en 2017. On ne peut qu'espérer que les mesures gouvernementales qui seront prises à l'avenir amélioreront cette situation, sans pour autant être trop contraignantes pour les jeunes praticiens.

IV.4. Le ressenti des décès par les généralistes

Il n'est pas étonnant de constater que les médecins généralistes sont confrontés de manière relativement fréquente aux décès de patients. Les résultats montrent que la majorité de ces situations se présentent au moins une fois par trimestre (28 %) ou semestre (38,3 %). Par contre la fréquence des décès vécus comme difficiles est importante. Leur pourcentage est de 33,7 % au moins une fois par semestre. Les **figures 13 et 14** illustrent bien ces résultats, et permettent toutefois de se rendre compte que tous les décès de patients ne mettent pas les médecins en difficulté, bien heureusement.

Cette étude permet de constater que plus de trois quarts des praticiens généralistes vivent comme difficile le décès de leurs patients (76 %). Ce résultat est très préoccupant et montre une réelle souffrance du corps médical dans cette situation pourtant fréquente. Si la difficulté d'apprendre ou de voir le décès de quelqu'un est tout à fait imaginable, il est étonnant que cela concerne la majorité des médecins généralistes. Ces médecins, bien que travaillant majoritairement en groupe, sont le plus souvent seuls et isolés pour prendre en charge leurs patients. Ils se retrouvent également seuls pour en gérer la charge émotionnelle.

Les résultats montrent que proportionnellement, les femmes trouvent plus difficile le décès de leurs patients que les hommes, avec respectivement 82,6 % et 71,8 %. Ce résultat est statistiquement significatif. Ces chiffres sont toutefois assez proches, et il n'existe pas dans les résultats de l'étude de raison clairement établie pour expliquer cette différence. Une hypothèse pourrait être le manque d'expérience chez les médecins de jeune génération, dont la proportion de femmes est en augmentation. Par ailleurs on peut se poser la question de savoir si l'attachement au patient est différent en fonction du sexe.

De la même manière il s'avère que les médecins n'ayant pas d'enfant ou un seul enfant sont plus nombreux à trouver les décès de leurs patients difficiles, avec un pourcentage de 85,2 % contre 73,9 % pour ceux ayant deux enfants ou plus. Une hypothèse aurait pu résider dans le fait que les praticiens n'ayant pas d'enfant seraient statistiquement plus nombreux à être célibataires, mais il n'existe pas de différence significative lorsque l'on compare les résultats selon la situation familiale. Etre célibataire ne semble donc pas augmenter la charge émotionnelle des décès de patients. Une vie de famille, avec plusieurs enfants, apporte peut-être une certaine sensibilité, ainsi que des phénomènes de transfert plus importants lorsque l'on doit s'occuper de patients jeunes ou d'enfants.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative concernant l'âge des praticiens. Les jeunes médecins souffrent de leur manque d'expérience dans les situations de fin de vie, alors que des médecins plus âgés s'identifient plus facilement à leurs patients. Le nombre d'années d'installation n'est pas dans cette étude un facteur favorisant ou protecteur dans les vécus des décès de patients. Le mode d'installation, le lieu d'installation et le type d'exercice ne semblent pas avoir d'influence également. Sur ce dernier point, il est intéressant de souligner qu'il existe une tendance à trouver les décès plus difficiles lorsque les médecins ont une activité mixte (78,5 %), que lorsqu'ils ont une activité libérale exclusive (75,5 %). Le fait d'avoir une autre activité, notamment hospitalière ou institutionnelle, ne semble donc pas être un facteur protecteur (**tableau II**). On peut donc penser, au vu de ces résultats, que la souffrance des médecins lors des décès de patients n'est pas qu'un problème de la médecine libérale mais un problème plus global, touchant également le secteur hospitalier. Réaliser une étude similaire avec le même questionnaire, à l'hôpital, permettrait de comparer les résultats de

d'étayer cette hypothèse. Peut-être que le ressenti du médecin face au décès de ses patient est le même quelle que soit l'activité professionnelle et la spécialité.

IV.5. Sur les critères secondaires

IV.5.1. Circonstance des décès difficiles

Il semblerait que dans de nombreux cas, les décès ayant été vécus comme difficiles se soient déroulés dans des circonstances traumatiques (36,5 %) ou lors de décès inattendus (65,7 %). Ces situations peuvent être source de désarroi pour le médecin généraliste qui ne peut que constater la réalité de la mort de son patient. Dans ces cas, on peut facilement imaginer que la prise en charge a pu être complexe, relevant de soins d'urgences lorsque le médecin généraliste était présent sur les lieux. D'un autre côté, il arrive fréquemment que les médecins soient mis au courant a posteriori du décès, suite à un appel du service où a pu être hospitalisé le patient. Le médecin peut trouver difficile d'être passé à côté d'un diagnostic grave, d'être mis en face d'une situation qu'il n'a pas pu prévoir. Des médecins sont parfois mis au courant uniquement par un courrier succinct provenant de l'hôpital, avec parfois plusieurs jours ou semaines de délai avant réception.

Les difficultés ressenties lors d'accompagnements de fin de vie sont très représentées dans les réponses des médecins interrogés : 58,5 %. L'accompagnement de fin de vie fait partie intégrante du travail du médecin généraliste, et tend à se développer de plus en plus du fait de la situation médico économique actuelle, mais aussi d'un souhait affirmé de la population française de finir sa vie à son domicile. Il est également des médecins pour qui voir son patient hospitalisé lors de ses dernières heures pourrait être vécu comme difficile, laissant un sentiment d'abandon et d'échec. C'est probablement dans ces situations d'accompagnement de fin de vie que surviennent les problèmes éthiques, bien que peu représentés dans les réponses des médecins interrogés (8,2 %). Ces problèmes éthiques peuvent prendre de multiples formes. De la prise de décision d'hospitalisation à la limitation de soin, les médecins sont sans aucun doute en difficulté. On ne peut concevoir de résoudre un problème éthique qu'avec une discussion entre plusieurs parties, permettant de trouver les solutions les mieux adaptées. Résoudre un problème éthique seul est source de stress important. Le médecin est sans cesse en train de se demander s'il a pris la bonne décision, et si elle aurait été différente si prise avec d'autres confrères.

Il est intéressant de constater que ces décès difficiles surviennent moins fréquemment du fait de conflits avec le patient (4,2 %), que lors de conflits avec l'entourage ou la famille de celui-ci (28,8 %). Les difficultés émotionnelles de l'entourage du malade peuvent retentir sur le médecin. La prise en soin en devient plus complexe. Parfois cela peut être une certaine pression de la famille qui refuse d'admettre l'inévitable fin. L'accompagnement de la famille des patients pendant son deuil est peut-être la source de ces conflits. Une phase de colère et de rébellion est parfois présente contre le corps médical au sens large. Le médecin traitant doit parfois écouter la colère, l'absorber, tout en restant à l'écoute et dans l'aide, sans jugement de valeur et sans alimenter cette souffrance. La société actuelle ayant tendance à être de plus

en plus procédurière, on peut également imaginer les difficultés du médecin devant une famille ayant une impression de prise en charge insuffisante ou inadéquate.

Pour les médecins interrogés, la survenue de décès difficiles est plus fréquente lorsque qu'ils étaient absents lors du décès (21,7 %) que lorsqu'ils étaient présents (8,8 %). L'accompagnement du patient durant sa vie et jusqu'au bout de celle-ci semble donc importante pour le praticien. Apprendre a posteriori le décès d'une personne que l'on suit depuis de nombreuses années, avec qui une véritable relation médecin-malade s'est construite, basée sur une confiance mutuelle, est sans doute traumatisant pour le médecin. Se pose également la question d'un certain degré de dépassement de cette simple relation médecin-malade, avec une translation vers une relation plus amicale et moins professionnelle, source d'autres souffrances lorsqu'elle prend fin brutalement. Les médecins interrogés ont également fait part de situations non prévues dans le questionnaire initialement, tels que les décès de patients jeunes ou d'enfant, les suicides, qui sont également source de difficultés d'ordre émotionnel. L'attachement au patient a également été mentionné. Comme nous l'avons vu, parfois des relations privilégiées s'installent entre le médecin et le patient, dépassant la simple relation de soin.

IV.5.2. Aspects émotionnels

Les émotions ressenties lors du décès des patients sont diverses. La majorité sont des sentiments négatifs avec une prédominance de la tristesse (83,4 %). On peut considérer que la mort fait partie intégrante de la vie, de par son caractère inéluctable. Pourtant la tristesse lors d'un décès est une constante dans toutes les cultures, et pourrait même être présente lors du décès d'une personne que l'on ne connaît pas en faisant ressurgir les émotions des expériences passées. Dans ce cadre la tristesse survenant lors du décès d'un autre être humain tient presque de l'instinct. La peur de la perte de l'autre est également très présente dans l'esprit humain. Il est possible que ces sentiments de tristesse fassent partie de ce qui définit l'Homme en tant qu'espèce. Les sentiments, positifs comme négatifs, nous caractérisent et ne peuvent être mis de côté.

La surprise (36,6 %) et l'incompréhension (17,7 %) sont très présentes et rejoignent la notion de décès traumatiques et inattendus. Il est étonnant toutefois que le sentiment de culpabilité soit présent chez 35,6 % des médecins. Ce sentiment témoigne d'une réelle souffrance du médecin lors du décès de son patient, avec une certaine responsabilité dans la survenue de cet évènement. Le sentiment de regret, présent chez 38,9 % des sujets interrogés, va également dans ce sens. La présence de l'angoisse au pourcentage de 11,4 % questionne sur l'état psychologique des médecins dans ces circonstances. Peut-être existe-t-il des troubles anxieux pré existants, pouvant être fréquent dans cette profession à responsabilité. Il est également possible que l'angoisse survienne réellement suite au décès, ou pendant ce dernier. Il serait intéressant de connaître la prévalence des troubles anxieux persistants après des situations de soin difficiles comme celles ayant conduit au décès du patient dans cette profession et d'en évaluer les conséquences à moyen et long terme. On sait également que les troubles anxieux sont des facteurs de risque de deuil pathologique. Les identifier et les traiter permettrait peut-être d'éviter aux généralistes d'éviter des souffrances psychologiques personnelles trop intenses.

A côté de ces sentiments négatifs, il existe également des sentiments positifs, très représentés tels que la satisfaction qui est présente chez 28,6 % des médecins généralistes interrogés. L'accompagnement d'un patient en fin de vie peut être source de satisfaction personnelle lorsque le travail a été bien fait. Ce sont parfois les familles et l'entourage qui remercient le médecin pour son aide et sa disponibilité. Parfois ce sont les patients eux-mêmes qui laissent comprendre leur gratitude envers leur médecin, avant la fin. Cette notion vient conforter l'idée que même à l'hôpital, dans les services où le nombre de décès est important comme dans les unités de soins palliatifs, le vécu du décès n'est pas forcément différent que dans les autres services. En effet, le caractère traumatisant de la mort est probablement plus lié aux circonstances de celle-ci. Le sentiment de soulagement, évoqué dans 2,9 % des cas, est plus ambigu. Il peut s'agir d'un soulagement pour le patient, libéré de ses souffrances, ou pour le médecin, lorsque l'accompagnement a été difficile.

Les médecins interrogés ont ressenti des difficultés à gérer leurs émotions lors du décès de leur patient. Ces difficultés ont déjà été présentes chez 49 % d'entre eux, ce qui montre leur grande difficulté à prendre en charge ces situations particulières. Ils sont même 27 %, plus d'un sur quatre, à avoir été submergés par leurs émotions lors du décès d'un patient.

IV.5.3. Besoin d'aide

Chez les médecins interrogés, seuls 29 % ont déjà ressenti le besoin d'être aidé lors du décès d'un de leurs patients. Ce pourcentage est assez bas lorsqu'ils sont 76 % à trouver difficile ces décès. Les médecins généralistes exerçant en libéral sont souvent isolés dans leur pratique. Ils sont seuls pour prendre en charge leurs patients, et les avis spécialisés sont le plus souvent ponctuels. Il existe une très grande diversité de situations de soins auxquels sont confrontés ces praticiens. Ils doivent être extrêmement polyvalents. C'est probablement cet aspect de la profession qui fait que les médecins généralistes sont peu demandeurs d'aide lors du décès de leurs patients. Le fait de devoir être aidé pourrait être considéré comme un échec alors que la situation en elle-même est loin d'être rare.

Dans la majorité des réponses, l'aide est recherchée auprès de collègues. Cette réponse a été donnée pour 22,3 % des médecins interrogés. Le faible nombre de demande d'aide peut alors s'expliquer par le fait que 40 % des praticiens interrogés travaillent seuls. Ce soutien apporté par les collègues de travail prend tout son sens dans les cabinets de groupe. Le développement croissant des maisons de santé pluridisciplinaire permet d'accroître ce soutien. Les médecins ont la possibilité de mieux gérer leur temps de travail, le nombre de praticien est souvent plus important que dans les cabinets de groupe, et la présence d'autres professionnels de santé et de paramédicaux peut être très bénéfique aux échanges concernant les situations difficiles comme les décès. Il est également probable que la mutualisation des patientèles dans les cabinets de groupe et les maisons de santé permette d'augmenter les espaces temporels d'échange sur ces situations.

L'aide est très peu recherchée ailleurs. Seul un médecin a répondu avoir consulté un psychologue après le décès d'un patient, et ils étaient sept à avoir été suivis par un psychiatre. Il est probable que le deuil du patient reste un sujet tabou dans la profession médicale. Par ailleurs, consulter un psychiatre ou un psychologue reste encore aujourd'hui lourdement connoté. Le médecin, surtout en zone rural, reste une figure importante de la communauté

sociale, jouant un rôle important de cohésion dans sa commune. Il est possible que les médecins craignent de perdre ce rôle si cette communauté se rend compte qu'il a besoin d'une aide psychologique.

Les structures institutionnelles telles que l'Ordre des Médecin, ou les associations, sont assez peu utilisées par les généralistes dans ces situations, avec respectivement 0,4 et 1,3 % des réponses. Se pose alors la question de l'existence et de la connaissance de telles aides par les médecins, comme nous en parlerons plus tard.

Par ailleurs, il est tout à fait probable que le manque de temps soit un facteur déterminant. Le métier de médecin est très chronophage et il est parfois complexe de trouver suffisamment de temps pour chercher de l'aide compte tenu de la charge importante de travail. La désertification médicale de certaines zones géographiques accroît cette charge de travail pour les médecins. On peut imaginer également que la désertification sociale se fasse en parallèle, ce qui limite les possibilités de trouver de l'aide et discuter de ces situations difficiles.

IV.5.4. Retentissement professionnel

Les résultats de cette étude montrent que pour 37 % des médecins interrogés, la perte d'un de leurs patients a un retentissement sur la vie professionnelle. La portée de ce retentissement n'a pas été évaluée mais ce pourcentage supérieur à un tiers n'est pas sans importance. L'effet de la perte d'un patient sur l'activité professionnelle peut avoir plusieurs dimensions. On peut imaginer des effets négatifs lorsque l'expérience a été très négative. Les médecins peuvent mettre en place des stratégies d'adaptation pour éviter de se retrouver de nouveau dans une situation mal vécue. L'évitement du stress induit peut entraîner de profonds bouleversements dans la vie professionnelle. Il est possible que certains se retrouvent à changer d'activité, s'orientant vers une médecine qui ne sera plus confrontée à ces décès. Il peut également s'agir de modifications moins extrêmes, avec un refus de continuer à suivre la famille du défunt. Un médecin ressentant une certaine culpabilité suite au décès de son patient ou lorsque l'accompagnement a été difficile et source de conflit, ne souhaite pas être de nouveau confronté à la famille de celui-ci. Il peut également s'agir d'une modification des pratiques cliniques en hospitalisant plus facilement les cas complexes, ou en prescrivant en excès des examens complémentaires ou des traitements, laissant de côté toutes les recommandations de bonne pratique. Il peut en résulter des soins inadaptés et disproportionnés chez certains patients, ainsi que des coûts importants pour la société dans une période où une certaine efficience est demandée à la médecine.

D'un autre côté le retentissement professionnel pourrait être plus positif. On peut imaginer que le médecin utilisera l'expérience découlant de ce décès pour améliorer sa pratique. Il pourra également ressentir des sentiments positifs, l'amenant à être plus serein lorsque cette situation se reproduira. Un savoir-faire se crée lors de ces situations complexes, qui est mis à profit par le praticien de manière à trouver de lui-même les solutions nécessaires à ce qu'elles ne se reproduisent pas de la même manière. L'expérience de l'accompagnement de fin de vie peut également amener à mieux se soucier du bon déroulé de la mort des patients, notamment au domicile. Il sera plus attentif à ce que cette dernière se passe dans les meilleures conditions possibles. Les changements induits dans la pratique professionnelle iront alors dans le sens

d'une pratique plus efficace et de meilleure qualité. Ces modifications seront alors bénéfiques pour les patients.

IV.5.5. Retentissement personnel

Les praticiens interrogés étaient 31 % à admettre que le décès de leurs patients avait un retentissement sur leur vie personnelle. Tous les métiers, d'autant plus lorsqu'ils nécessitent un certain degré d'engagement émotionnel, sont difficiles à séparer de la vie personnelle. Le médecin ne peut s'empêcher de ramener une part de son activité journalière dans sa tête lorsqu'il rentre chez lui le soir. Le soutien apporté par la famille et l'entourage est important et il permet d'évacuer la pression des situations de soin difficiles. Cependant il est important que ces échangent, en dehors de l'activité professionnelle, ne prennent pas trop de place.

Or il apparaît que les médecins parlent assez fréquemment des décès de leurs patients à leur famille. Ils sont 60 % à en discuter de manière occasionnelle, probablement lorsque la charge émotionnelle a été importante. Ils sont 19 % en discuter souvent, et 9 % à chaque décès. Ils ne sont que 12 % à ne jamais en parler à leur entourage. L'exutoire trouvé dans la famille ou l'entourage proche est probablement bénéfique. Il se pose toutefois des questions quant au respect du secret médical dans ces situations. Si le médecin est constamment vigilant à ne pas faire de rupture du secret, il peut arriver qu'il se laisse dépasser par son propre discours. Cette rupture du secret médical, si elle survient, peut mettre en danger à la fois la mémoire du défunt, l'entourage de celui-ci, et le médecin lui-même. Par ailleurs, il est possible que les pensées mono-centrées sur son activité professionnelle soient un signe de surmenage et d'épuisement professionnel chez les praticiens généralistes.

IV.5.6. Recours à une aide chimique

Cette étude a montré que les médecins recourraient très rarement à une substance chimique pour surmonter le décès de leurs patients. Ces résultats sont tout à fait rassurants, compte tenu des résultats précédents démontrant le fort impact des décès sur les praticiens. Aucun n'a admis avoir consommé de drogue après le décès. Le fait que 4,8 % des médecins interrogés aient utilisé un traitement médicamenteux, et 4 % aient consommé de l'alcool, n'est pas négligeable. Dans ces cas, on peut supposer qu'un véritable deuil a découlé du décès du patient, pouvant facilement être caractérisé de pathologique lors de la consommation de substances. On peut également imaginer que le médecin ait eu besoin d'une aide médicamenteuse pour l'aider à faire passer un sentiment d'échec dans son travail. On ne peut qu'espérer que ces médecins aient su trouver de l'aide autrement qu'avec une automédication. La consommation d'alcool dans ces situations est, espérons-le, passagère et anecdotique. Dans le cas contraire elle signe peut-être des troubles plus profonds qui risquent d'être problématiques pour le médecin dans la vie professionnelle comme personnelle.

Ces résultats sont relativement concordants avec l'étude de l'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS) publiée en 2015³⁷, où dans une situation de souffrance psychologique, 3 % des médecins consomment des psychotropes ou des anxiolytiques (4,8

% dans notre étude). Ils sont 3,7 % à consommer de l'alcool (4 % dans notre étude) et 0,3 % à consommer des stupéfiants. Les problèmes d'addiction toute substance confondue s'élèvent à 15,1 % des praticiens interrogés.

IV.5.7. Structures d'aide aux médecins généralistes

Cette étude a permis de se rendre compte que de nombreux médecins généralistes libéraux jugeaient insuffisantes les aides actuellement disponibles pour les aider à surmonter le décès de leurs patients. Cela concernait 43 % d'entre eux. Ce résultat démontre à lui seul l'insuffisance ou au moins l'inégalité d'accès à ces aides. Il montre également que le vécu du décès des patients chez les médecins généralistes est assez peu connu, comme l'a confirmé le peu de littérature scientifique sur le sujet.

Ce qui est également frappant est le manque total de connaissance de ces structures par les médecins généralistes. Les commentaires libres laissés en fin de questionnaires sont assez éloquentes sur ce problème. Sur les 131 commentaires existants, 54 faisaient état d'une absence de connaissance de ces structures. Il existe probablement un manque important d'information sur ce sujet. Certains font également état de l'absence de structures existantes dans les zones rurales, ou semi rural, ainsi que de la difficulté à trouver de l'aide ne serait-ce que pour les patients confrontés à ces situations de perte et de deuil. L'amélioration de la communication à ce sujet serait peut-être un objectif de santé publique, nécessaire pour assurer une bonne santé aux soignants.

Pourtant la lutte contre l'épuisement professionnel est un sujet d'actualité³⁸, et l'amélioration de la qualité de vie au travail chez les professionnels de santé a été un objectif de l'ancienne ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine. En décembre 2016, est publié une stratégie nationale visant à améliorer cette qualité de vie³⁹. Elle s'articule autour de trois axes :

- Donner une impulsion nationale, pour porter une priorité politique, avec comme engagements, structurer la démarche pour garantir son suivi et son évaluation dans la durée, adapter les formations initiales et continues pour développer la qualité de vie au travail, revaloriser la médecine du travail et généraliser les services pluri-professionnels de santé au travail, et reconnaître les sujétions particulières liées aux rythmes de travail nécessaire à la continuité des soins.
- Améliorer l'environnement et les conditions de travail des professionnels au quotidien, avec comme engagements, placer la qualité de vie au travail au cœur du dialogue et des politiques sociales, redonner plus de place à l'écoute, à l'expression et aux initiatives individuelles ou collectives au sein des équipes, et favoriser la conciliation entre vie privée et vie professionnelle.
- Accompagner les professionnels au changement et améliorer la détection des risques psychosociaux, avec comme engagements, accompagner le changement et sensibiliser l'ensemble des

professionnels à la qualité de vie au travail, mieux accompagner les cadres dans leur activité de management, et détecter et prendre en charge les risques psychosociaux.

Il est étonnant que cette stratégie nationale ne concerne que les professionnels de santé hospitaliers. En effet il est notifié en préambule qu'un second volet s'attachera à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels libéraux. Or le changement de gouvernement de 2017 pourrait remettre en cause cet engagement. Ce sont pourtant les professionnels libéraux, ceux de premiers recours, qui sont la pierre angulaire du système de santé actuel.

Actuellement les médecins généralistes libéraux peuvent s'orienter vers le Conseil National et l'Ordre des Médecins en cas de difficultés dans leur exercice. Ce dernier propose notamment une entraide confraternelle entre médecins en cas de difficultés, quelles qu'en soient la nature, ponctuelles ou durables. Cette entraide bénéficie également aux familles et ayants-droit des médecins. On peut imaginer que demander de l'aide à un confrère que l'on ne connaît pas pour lui parler d'une situation de soin vécue comme difficile ne soit pas aisé pour les généralistes, bien que l'aide soit recherchée auprès d'un collègue dans 22,3 % des cas dans notre étude.

Différentes associations ont pour but de venir en aide aux professionnels de santé. Le plus souvent il s'agit d'associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901, à but non lucratif, destinées à apporter une aide aux médecins en difficulté via des plateformes d'écoute téléphonique. On peut notamment citer celles qui apparaissent dans les commentaires libres de notre étude, à savoir l'Association pour la Promotion des Soins aux Soignants, l'Association d'Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux, l'association Médecin Organisation Travail Santé (organisation du travail et santé du médecin). Ces plateformes téléphoniques sont parfois payantes mais permettent aux médecins en difficulté, par exemple suite à la perte d'un patient, de trouver un soutien moral et anonyme.

En 2015 et 2016 sont publiés les résultats de deux enquêtes demandées par l'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS). Elles traitent de la souffrance des professionnels de santé³⁷ et de la vulnérabilité des professionnels de santé⁴⁰. On y observe que l'épuisement professionnel concerne 22,0 % des médecins. Ils seraient 70 % à rechercher de l'aide en cas de souffrance psychologique, mais seuls 46 % sauraient à qui s'adresser dans une telle situation. Ils ne seraient que 14 % à connaître des associations engagées dans la souffrance des soignants et 8 % à connaître les numéros d'écoute dédiés. Ils sont pourtant 65 % à déclarer que la souffrance psychologique pourrait affecter la qualité des soins au point de mettre en danger le patient. C'est dans cette optique qu'avec le concours du Conseil National de l'Ordre des Médecins, cette association a mis en place en 2017 un numéro vert national et gratuit à la disposition des professionnels de santé, afin de les épauler au mieux dans ces situations difficiles. Il serait intéressant, après quelques mois de recul, de connaître la proportion d'appels de médecins concernant des vécus difficiles de décès de patients, ce qui permettrait d'appuyer les données de cette étude. Au vu des résultats des travaux il serait également intéressant de comparer le vécu du décès des patients chez les différents acteurs de santé. Peut-être que la responsabilité de prescripteur amène à des ressentis différents des autres professionnels.

Les commentaires libres de notre étude font également mention d'aides interprofessionnelles locales, de manière à surmonter, entre autres, les décès difficiles des patients. Il peut s'agir de groupes de pairs où les médecins vont échanger sur leur vécu et tenter de trouver des solutions adaptées. Certains ont participé à des groupes d'inspiration plus psychanalytique tels les Groupes Balint. Ces groupes ont été développés par le psychanalyste Michael Balint, d'abord au Royaume-Uni puis dans le reste de l'Europe. Les médecins généralistes forment un petit groupe d'une douzaine de personnes, avec un ou deux animateurs. Ces groupes se réunissent généralement entre une fois par semaine et une fois par mois, et ce sur plusieurs années, afin de discuter de cas cliniques tout en exprimant leurs difficultés, leurs émotions, et l'expérience qui en a découlé. Actuellement ces groupes sont de moins en moins nombreux en France, et l'évaluation de leur efficacité est difficile, avec des résultats parfois contradictoires⁴¹.

Les différentes structures d'aides existantes ou en construction devraient être proposées à l'ensemble des acteurs de soins, car si cette étude s'intéresse plus particulièrement aux médecins généralistes, c'est probablement l'ensemble de la filière de soin qui est touchée par les décès de patients.

IV.6. Aspects éthiques

La majorité des Français souhaite finir sa vie à domicile. Cette volonté semble vouloir être appliquée au vu de l'évolution progressive de la médecine palliative. Les équipes mobiles de soins palliatifs forment un maillage sur le territoire, en appui aux professionnels de santé de terrain. Cela implique une grande disponibilité du médecin généraliste, acteur privilégié de la prise en charge palliative au domicile. Comme nous l'avons vu, les situations de décès qui découlent de cette évolution médicale posent problème à ces médecins, dans des dimensions diverses, et peuvent conduire à l'épuisement professionnel. Il est donc normal dans une telle étude de se poser la question du bien-fondé de cette promotion de la mort au domicile.

L'éthique telle que vue par Paul Ricoeur se prête bien à cette réflexion. Avec sa visée de *la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes*⁴², Ricoeur cherche à nous donner les pistes nécessaires à une réflexion éthique à la recherche du bon, du bien et du juste, au-delà des notions de morale et de droit. Le cheminement de la réflexion éthique comporte trois niveaux, permettant à la fois d'être dans le souci de soi, le souci de l'autre, et le souci de la collectivité⁴³. Les résultats de cette étude montrent la grande difficulté du médecin généraliste lorsqu'il est confronté à la perte de son patient. Le retentissement est important, tant dans la dimension personnelle que professionnelle. Les aides à disposition du généraliste dans de pareils cas existent, mais peinent à se démocratiser. Est-il juste de soumettre le médecin généraliste à cette pression professionnelle que représente la mort du patient ?

Promouvoir la fin de vie à domicile va dans le sens d'un respect des grands principes éthiques. En accédant au souhait du patient, le principe d'autonomie est respecté, de même que celui d'équité et de justice. On pourrait même penser que le bénéfice en termes de souffrance morale irait dans le respect de la bienfaisance, ou au moins dans la non malfaisance, tant la fin de vie à l'hôpital peut être vécue comme traumatique par certains malades. Le médecin généraliste se retrouve donc dans la situation où faire le bien, peut lui amener une certaine

souffrance. La problématique vue par le praticien libéral peut donc être différente. Le choix de cette prise en charge a pu être dicté par le milieu hospitalier, il n'a peut-être pas eu la possibilité de s'exprimer sur la faisabilité du retour à domicile. On peut alors se demander si le principe éthique d'autonomie du médecin est respecté. Prendre soin au détriment de sa propre santé ne semble pas acceptable. De même, la fin de vie à domicile mobilise différents acteurs, du domaine du soin ou non, et se pose alors la question de l'autonomie de la société dans cette situation.

Pour autant, Il semble évident que ce n'est pas au patient de pâtir des insuffisances du système de soin actuel. Le pôle du JE avec le souci de soi et du IL avec le souci de la collectivité de Ricoeur sont à considérer. Il ne faut pourtant pas, sous couvert d'une souffrance des soignants dans les cas de décès des patients, passer outre le souci de l'autre, pôle du TU. C'est à la société de trouver les solutions nécessaires à la bonne prise en charge des patients, et cela passe par un accompagnement des professionnels de santé. La singularité de la prise en charge du patient doit rester la préoccupation principale du système de santé. Fournir les clés d'un exercice dans les meilleures conditions aux médecins généralistes semble donc une priorité.

IV.7. L'expérience comme solution

Les médecins généralistes interrogés dans cette étude ont à plusieurs reprises fait part de l'intérêt de l'expérience pour gérer la difficulté engendrée par le décès de leurs patients. Selon eux la mort fait partie de la vie, et il faut apprendre soi-même à la gérer au mieux pour ses patients. Le comportement du médecin face à la mort est affaire de rapports humains, et d'expérience. Cette expérience permet de mieux gérer ses émotions, de ne pas se laisser déborder et appréhender plus sereinement la prochaine situation similaire qui se présentera.

Cette expérience acquise au cours de la pratique médicale semble donc importante. Elle va permettre au praticien de faire évoluer sa prise en charge. Les erreurs commises ou les difficultés rencontrées sont autant d'apprentissages qu'il utilisera pour les patients futurs. On peut donc faire l'hypothèse que le vécu du décès du patient par son médecin généraliste évolue au cours de sa carrière. Il peut dans un premier temps être décrit comme difficile, et source de souffrance. Peu à peu ces décès, sans devenir des situations simples, seront pour autant mieux vécus. L'angoisse qui en découle en sera amoindrie et la prise en charge du patient sera améliorée. Le caractère normal de la souffrance induite par la mort va tendre à s'amenuiser. Le médecin se retrouve alors dans une situation différente où le concept normatif du vécu des décès sera changé. C'est le concept de normativité que décrit Canguilhem⁴⁴. On peut le rapprocher de ses réflexions sur la guérison.

« Aucune guérison n'est un retour à l'innocence biologique. Guérir c'est se donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes. Il y a une irréversibilité de la normativité biologique. » G. Canguilhem, le normal et le pathologique.

Cette notion de normativité dans le rapport à la mort du médecin généraliste est importante et est une solution inconsciente de ce dernier afin de diminuer la difficulté induite par son

exercice. Vivre l'expérience du décès d'un patient amène à changer son propre rapport à la mort et au soin, et permet de diminuer peu à peu le traumatisme induit pour laisser place à un nouvel état. Le praticien, dans cette nouvelle norme, aura intégré le côté négatif de cette expérience pour en ressortir plus à même de réaliser son exercice professionnel dans de bonnes conditions. Cette expérience acquise est autant profitable pour le praticien qui sortira grandi de ses deuils, que pour les patients dont la prise en soin n'en sera qu'améliorée. Ces modifications font toutefois suite à un travail interne important afin de voir le décès des patients comme un nouveau paradigme.

IV.8. L'intérêt d'une formation en soins palliatifs

Le vécu du décès des patients par les médecins généralistes peut, comme nous l'avons vu, être amélioré par l'augmentation de l'offre en structures d'aides et en associations de soutien, ainsi que par le biais de l'expérience acquise. Une troisième piste de solution pour améliorer l'expérience émotionnelle de cette situation passerait par la formation. La formation médicale actuelle a la chance d'être double, à la fois universitaire et par l'intermédiaire d'un apprentissage clinique auprès d'enseignants cliniciens réalisé dans les stages ambulatoires et hospitaliers, de la deuxième année des études médicales jusqu'à la fin de l'internat. Depuis quelques années la formation médicale initiale des médecins comporte un axe Douleur et Soins Palliatifs, avec des objectifs d'apprentissage entrant dans le programme de l'Examen Classant National qui clôture le deuxième cycle des études médicales. Cet enseignement permet aux étudiants en médecine de se familiariser relativement tôt dans leur cursus avec les principes de fin de vie, et de décès qui en découlent. Ils sont théoriquement formés à la prise en charge de la fin de vie, notamment à la gestion des situations d'urgence pouvant survenir dans ce cadre. Cette formation permet d'être mieux préparé à gérer la fin de vie pour les futurs médecins généralistes. On peut penser que cette formation permettrait de mieux gérer les difficultés émotionnelles de ces situations de soins.

Par ailleurs, il existe des formations continues à la disposition des médecins généralistes en activité, dans bon nombre d'universités, dans ces domaines. Les Diplômes universitaires et Inter Universitaires en soins palliatifs sont nombreux. Le plus souvent pluriprofessionnels, ils sont également des espaces d'échange pour discuter des prises en charges difficiles des patients. La création des dispositifs de Développement Personnel Continu permet également une formation actualisée et de qualité sur ces questions.

Le plan national de développement des soins palliatifs⁴⁵ actuellement en vigueur va également dans ce sens, et fait plusieurs propositions dans la mesure quatre de son deuxième axe :

- Action 1 : faire travailler ensemble les professionnels autour des soins palliatifs : inciter à la création d'une unité d'enseignement interdisciplinaire entre étudiants en santé des différentes filières.
- Action 2 : favoriser pour chaque étudiant, en filière médicale et paramédicale, la réalisation d'au moins un stage dans un dispositif spécialisé en soins palliatifs.

- Action 3 : inscrire les formations en soins palliatifs comme prioritaires dans les actions de développement personnel continu de la fonction publique hospitalière et des professionnels de proximité.
- Action 4 : fixer des objectifs de formation en soins palliatifs pour les professionnels des établissements d'hébergement et service sociaux et médico-sociaux.

Cette évolution dans la formation des professionnels de santé, et notamment chez les médecins généralistes, devrait permettre d'acquérir un savoir théorique important. Cela permettrait d'améliorer le vécu, actuellement difficile, du décès des patients.



V. Conclusion et perspectives

Cette étude semble être le premier travail de recherche quantitatif français sur le médecin généraliste et de la mort de ses patients. La grande taille de l'échantillon de médecins interrogés ainsi que l'absence de biais majeurs en fait un complément intéressant aux études qualitatives traitant de ce sujet.

Dans la société actuelle où la fin de vie des patients à domicile est à promouvoir, le médecin généraliste joue un rôle primordial. Il est amené à vivre des situations complexes tant sur le plan médical que psychologique, notamment lors du décès de ses patients. L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux de la souffrance des praticiens face aux décès de leurs patients. Les résultats montrent que les médecins généralistes libéraux de la région Nouvelle Aquitaine sont 76 % à ressentir comme difficile le décès de leurs patients. Pour autant, ces situations sont loin d'être rares. Les circonstances de ces décès difficiles sont diverses, et les sentiments ressentis dans ces situations sont variés, pouvant être positifs ou négatifs. Il apparaît dans ce travail que 29 % des médecins ressentent le besoin d'être aidés lors des décès de patients. Ils font le plus souvent appel à des collègues de travail pour obtenir cette aide, alors même que le métier de médecin généraliste est une profession relativement solitaire. Le retentissement professionnel et familial est présent dans près d'un tiers des cas, ce qui témoigne de la grande souffrance de ces praticiens. Si les recours à des drogues pour surmonter la charge émotionnelle n'a pas été démontrée dans cette étude, les médecins sont pourtant 4 % à consommer de l'alcool dans pareil cas, et 4,8 % à prendre un traitement médicamenteux. Ces résultats sont concordants avec la littérature actuelle. Les structures d'aide aux médecins généralistes semblent très insuffisantes et très méconnues des praticiens, mais tendent à se démocratiser du fait d'une prise de conscience sociétale de la souffrance au travail.

On peut penser que l'amélioration du vécu du décès des patients passerait par l'amélioration des structures d'aide nationales pour les professionnels de santé. La mise en place d'un numéro vert gratuit pour faire face à ces situations est récente et reste à évaluer. La publication du deuxième volet de la stratégie nationale pour la qualité de vie au travail par le ministère des solidarités et de la santé, devant traiter des professionnels de santé libéraux, devrait apporter des solutions nouvelles.

Par ailleurs, il est possible que le développement de la formation en soins palliatifs permette de mieux appréhender ces décès difficiles. Pour le moment, les médecins généralistes semblent ne pouvoir compter que sur leur propre expérience, construite année après année au fil de leur pratique médicale.

Si cette étude constitue une avancée dans le domaine de la souffrance des médecins généralistes face aux décès des patients, il serait intéressant qu'elle soit complétée par d'autres travaux. Une étude plus large, à l'échelle nationale, permettrait de conforter ces résultats et de mieux attirer l'opinion publique sur ce problème de santé méconnu. Une comparaison avec des données internationales permettrait peut-être de mettre en lumière de

nouvelles pistes d'amélioration sur ce sujet sensible. De même il serait intéressant d'étendre cette étude aux autres professions médicales et paramédicales pour en comparer les résultats.

Par ailleurs, des études traitant plus précisément du deuil physiologique et pathologique chez le médecin généraliste, à base de questionnaires spécifiques et validés seraient intéressantes.

Le sujet du vécu du décès des patients chez les médecins généralistes est riche d'enseignements pour la pratique médicale, et de vastes sous domaines restent encore à explorer. Il est rassurant de constater que le sujet est de moins en moins tabou, et que les praticiens commencent à s'ouvrir pour en parler.



Références bibliographiques

1. Schepens, F. Les soignants et la mort. (2016).
2. Hennezel, M. de. *La mort intime: ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre.* (R. Laffont, 2008).
3. La fin de vie - Grands dossiers - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Available at: <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/findevie/>. (Accessed: 20th April 2017)
4. Thomas, L.-V. *Anthropologie de la mort.* (Payot, 1988).
5. Définition et organisation des soins palliatifs en France. Available at: </rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>. (Accessed: 2nd June 2017)
6. Jacquemin, D. & Broucker, D. de. *Manuel de soins palliatifs.* (Dunod, 2014).
7. Hirsch, E. *Fins de vie, éthique et société.* (Érès éd., 2012).
8. Larousse, É. Dictionnaire français - Dictionnaires Larousse français monolingue et bilingues en ligne. Available at: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>. (Accessed: 20th April 2017)
9. Renaud Gruat & Arthur Gruat. Peut-on définir la mort ? in *Fins de vie, éthique et société* 167–178 (Érès éd., 2012).
10. A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *JAMA* **205**, 337–340 (1968).
11. Taylor, R. M. Reexamining the definition and criteria of death. *Semin Neurol* **17**, 265–270 (1997).
12. Broca, A. de. *Deuils et endeuillés.* (Elsevier Masson, 2010).



13. Kübler-Ross, E., Kessler, D. & Touati, J. *Sur le chagrin et sur le deuil: trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil.* (J-C Lattès, 2011).
14. 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.* (Presses universitaires François-Rabelais, 2016).
15. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* (American Psychiatric Association, 2013).
16. Fin d'un tabou : La mort, la fin de vie, le deuil, ma mort, ça concerne et intéresse les Français, sondage IFOP, Toussaint 2010.
17. Vivre la fin de sa vie chez soi, rapport de 2012 de l'ONFV.
18. Schattner, A., Rudin, D. & Jellin, N. Good physicians from the perspective of their patients. *BMC Health Services Research* **4**, 26 (2004).
19. Stiefel, F. Support of the supporters. *Support Care Cancer* **16**, 123–126 (2008).
20. Vachon, M. L. Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliat Med* **9**, 91–122 (1995).
21. Koh, M. Y. H. *et al.* Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: A multi-centre cross-sectional study. *Palliat Med* **29**, 633–642 (2015).
22. CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.



23. Serresse, L. Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique* **10**, 286–291 (2011).
24. Texier, G., Rhondali, W., Morel, V. & Filbet, M. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique* **12**, 55–62 (2013).
25. Maynadié-Ipeau, A. Fin de vie à l'hôpital: le vécu des proches et des médecins de familles. (Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie).
26. Lemonnier, M. Facteurs favorisant le maintien à domicile des patients en fin de vie enquête de pratique auprès des médecins généralistes du Limousin. (Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie).
27. Ladevèze, M. & Levasseur, G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. *Pratiques et Organisation des Soins* **41**, 65–72 (2011).
28. Letourmy, A., Carricaburu, D. & Bungener, M. La prise en charge des malades cancéreux par les médecins généralistes dans cinq pays européens. *RFAS* **2**, 37–50 (1999).
29. Bungener, M. Les médecins généralistes face aux patients atteints de cancer en fin de vie. in *Les soignants et la mort* 151–163 (ERES, 2016).
30. Le Samedy, T. Evolution des compétences et du vécu émotionnel des médecins généralistes au fil d'accompagnements de patients et de leur entourage dans la mort. (Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine, 2013).
31. Formarier, M. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers* 33–42



32. de Montgolfier, L. Deuil et médecine générale : enquête auprès de 244 endeuillés adultes. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* **171**, 189–192 (2013).
33. Buffard-Moret, S. Interaction entre vie professionnelle et vie privée chez les couples de médecins généralistes libéraux. (Université de Montpellier. Faculté de médecine, 2015).
34. La démographie médicale en région Limousin, situation en 2015, CNOM.
35. La démographie médicale en région Aquitaine, situation en 2015, CNOM.
36. La démographie médicale en région Poitou-Charentes, situation en 2015, CNOM.
37. farina, henri. Les souffrances des professionnels de santé. Available at: <http://www.asso-sps.fr/etudes---ouvrages.html>. (Accessed: 7th August 2017)
38. Dusmesnil, H., Saliba-Serre, B., Régi, J.-C., Leopold, Y. & Verger, P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants, Professional burn-out of general practitioners in urban areas: prevalence and determinants. *Santé Publique* **21**, 355–364
39. stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail - Prendre soin de ceux qui nous soignent.
40. farina, henri & le roy, rachel. vulnérabilité des professionnels de santé. Available at: <http://www.asso-sps.fr/etudes---ouvrages.html>. (Accessed: 7th August 2017)
41. Van Roy, K., Vanheule, S. & Inslegers, R. Research on Balint groups: A literature review. *Patient Education and Counseling* **98**, 685–694 (2015).
42. Ricœur, P. Les trois niveaux du jugement médical. *Esprit (1940-)* 21–33 (1996).

43. Jacquemin, D. La visée éthique chez P. Ricoeur et l'alliance thérapeutique. in *Manuel de soins palliatifs* 157–163 (Dunod, 2014).
44. Canguilhem, G. *Le normal et le pathologique*. (Puf, 2013).
45. Plan national 2015 - 2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie.



Annexes

Annexe 1. Questionnaire de l'étude	77
Annexe 2. Commentaires libres	82



Annexe 1. Questionnaire de l'étude

13/04/2017

Thèse de médecine générale : Le ressenti des médecins généralistes face au décès de leurs patients

Thèse de médecine générale : Le ressenti des médecins généralistes face au décès de leurs patients

Cher futur Confrère,

Je m'adresse à vous avec l'aide logistique de l'URPSML-NA facilitant l'enquête par voie électronique auprès des médecins généralistes libéraux de la région Nouvelle Aquitaine pour mon travail de thèse.

J'ai reçu l'aval de la commission des thèses de mon département de médecine générale de Limoges.

J'effectue une recherche en soins primaires sur le ressenti des médecins généralistes face au décès de leurs patients.

A l'heure actuelle, les plans consécutifs de développement des soins palliatifs en France cherchent à promouvoir la prise en charge des fins de vie à domicile.

Le médecin généraliste devient alors l'acteur de soin principal dans la prise en charge des malades en fin de vie.

Le sujet du vécu du deuil chez le médecin généraliste lors de la perte de ses patients est très peu traité dans la littérature et il s'agit encore aujourd'hui d'une sorte de tabou.

L'objectif de ce questionnaire, entrant dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale, est de savoir si la perte des patients est vécue comme difficile par les médecins généralistes de la région Nouvelle Aquitaine et d'en analyser le ressenti, le retentissement professionnel et personnel, et la nécessité d'obtenir de l'aide.

Il s'agit d'un questionnaire strictement ANONYME et dont les résultats vous seront communiqués si vous le souhaitez.

Ce travail est dirigé par Mme le Docteur Karen Rudelle, chef de clinique de médecine générale à la faculté de médecine de Limoges.

Moins de 5 MINUTES sont nécessaires pour répondre à l'ensemble des questions.

Je vous remercie par avance de l'aide que vous apporterez à la réalisation de cette thèse.

Paul-Antoine Quesnel,
interne de médecine générale.

***Obligatoire**

données socio démographiques :

1. **sexe** : *

Une seule réponse possible.

- femme
 homme

2. **âge** : *

3. situation familiale : **Une seule réponse possible.*

- célibataire
 marié
 concubinage

4. nombre d'enfants : *

5. nombre d'années d'installation : *

6. mode d'installation :*Une seule réponse possible.*

- seul
 cabinet de groupe
 maison de santé pluridisciplinaire

7. lieu d'installation :*Une seule réponse possible.*

- urbain
 rural
 semi rural

8. type d'exercice :*Une seule réponse possible.*

- exercice libéral exclusif
 exercice mixte (libéral et salarié)
 autre

9. Si exercice mixte ou autre, précisez votre réponse :

critères principal et secondaires de l'étude :**10. Dans votre pratique, ressentez-vous comme difficile le décès de vos patients ? ****Une seule réponse possible.*

- oui
 non

11. A quelle fréquence êtes-vous confronté au décès d'un patient ? **Une seule réponse possible.*

- jamais
- moins d'une fois par an
- moins d'une fois par semestre
- moins d'une fois par trimestre
- moins d'une fois par mois
- plus d'une fois par mois

12. A quelle fréquence êtes-vous confronté au décès que vous jugeriez difficile d'un patient ? **Une seule réponse possible.*

- jamais
- moins d'une fois par an
- moins d'une fois par semestre
- moins d'une fois par trimestre
- moins d'une fois par mois
- plus d'une fois par mois

13. Dans quelles circonstances ont eu lieu ces décès difficiles ? (plusieurs réponses possibles)*Plusieurs réponses possibles.*

- décès traumatique
- décès inattendu
- accompagnement de fin de vie
- problème éthique sous jacent
- difficultés relationnelles avec le patient
- difficultés relationnelles avec la famille du patient
- lorsque vous étiez présent
- lorsque vous étiez absent
- autre

14. Si réponse autre, précisez votre réponse :

15. Avez-vous déjà ressenti une de ces émotions lors du décès d'un de vos patients ? (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- tristesse
- culpabilité
- incompréhension
- surprise
- angoisse
- solitude
- regret
- satisfaction
- autre

16. Si réponse autre, précisez votre réponse :

17. Avez-vous déjà ressenti des difficultés à gérer vos émotions après le décès d'un de vos patients ? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

18. Vous est-il déjà arrivé d'être submergé par vos émotions après la perte d'un de vos patients ? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

19. Lors du décès d'un de vos patients, avez-vous déjà ressenti le besoin d'être aidé ? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

20. Vous est-il arrivé de demander de l'aide après le décès d'un de vos patients à : (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- un collègue
- un psychologue
- un psychiatre
- une structure institutionnelle (ordre des médecins par exemple)
- une association
- aucune réponse

21. Vous arrive-t-il de parler de la perte d'un de vos patients avec votre famille ? **Une seule réponse possible.*

- jamais
 parfois
 souvent
 à chaque fois

22. La perte d'un de vos patients a-t-elle déjà retenti sur votre vie professionnelle ? **Une seule réponse possible.*

- oui
 non

23. La perte d'un de vos patients a-t-elle déjà retenti sur votre vie personnelle ? **Une seule réponse possible.*

- oui
 non

24. Vous est-il arrivé de prendre, après la perte d'un de vos patients : (plusieurs réponses possibles) **Plusieurs réponses possibles.*

- un traitement médicamenteux
 de l'alcool
 de la drogue
 aucune réponse

25. Pensez-vous que les différentes structures d'aide aux médecins généralistes sont suffisantes dans le cadre du vécu de la perte de leurs patients ? **Une seule réponse possible.*

- oui
 non

26. Commentaires éventuels

Annexe 2. Commentaires libres

De quelles structures parlez-vous ?
Les Medecins ne connaissent pas les structures d'aide pourtant en développement! Notamment les associations type MOTS , APMML ou APSS. Une fédération nationale est en cours de construction regroupant toutes les associations nationales et le CNOM avec un N* unique d'appel qui devrait voir le jour en 2017.
votre questionnaire est bien trop succinct/fermé pour appréhender la réalité, c'est dommage
Libéraux = devoir envers ceux qui restent et les autres . Peu de temps pour discuter . La charge émotionnelle est aussi par l'investissement auprès du patient et sa famille.
on connaît mal les structures spe pour medecins , mais on connaît bien les autres professionnels qui s' occupent de nos patients
On en parle, je n'en connais pas.
Souvent accès à ces structures inconnu
Votre sujet de thèse est particulièrement judicieux et je vous souhaite bon courage dans votre travail! En revanche vos items réponse pour les fréquences sont à mon avis mal choisis : "moins de une fois par.." " au moins une fois par" me semble être ce que vous vouliez dire..
Je suis très impliqué en soins palliatifs, ce qui constitue un biais important. J'ai fait une psychanalyse de 13 ans, ce qui doit beaucoup m'aider pour garder les distances nécessaires parce qu'elles existent????
Pas de réel avis
gardes (NTBR à l'hôpital) - les "bleus" à signer (SOS-médecin) - puis : population de ville vieillissante . La mort est inévitable, et normale.
La dernière question a été répondu au pif car je ne connais pas les structures en question n'ayant jamais eu besoin d'en parler. Installé avec mon épouse qui est aussi MG, on parle des décès de nos patients. Enfin, au tout début de mon internat, mon premier stage d'interne se passant en hématologie, j'ai fait une courte dépression suite à la perte des 3/4 de mon service en 2 mois... Je pense que cela m'a endurci pour la vie (d'où le sens de mes réponses).
à la dernière question ma véritable réponse est : je ne sais pas .
Au fil des années d'exercice nos patients deviennent de moins en moins anonymes pour nous, nous pouvons avoir une certaine complicité, nous en côtoyons certains dans d'autres milieux que celui du cabinet médical et donc certains décès peuvent être plus difficiles à gérer émotionnellement. D'un autre côté on s'habitue aussi à vivre avec cette réalité que si l'on vit on mourra également un jour et que cela fait partie de la vie. Enfin parfois le plus dur c'est de manquer de temps pour aller voir un patient hospitalisé en fin de vie, qu'on a longtemps essayé d'aider et auquel on aimerait quelque part dire au revoir. Sujet de thèse intéressant et original Bon courage
quelles structures et pour quoi faire? nous frotter le dos? gémissons, gémissons, gémissons et espérons; j'avais 36 ans, elle en avait 32, nous nous aimions elle s'est pris une balle dans la tête alors que je la portais dans mes bras pour la hisser sur un bateau, sa tête passait devant la mienne , je sais que c'est moi qui était visé, alors mon ami, la mort.....quand elle viendra?
A mon sens , et fort de mon expérience, (j'ai connu l'époque où le médecin de campagne ne bénéficiait d'aucune aide: pas de service d'urgence, pas de SAMU, pas de soins palliatifs...et

où il devait faire face à toutes les situations) un médecin généraliste exerçant seul par définition (surtout à la campagne) doit apprendre à ne pas mélanger sa vie personnelle à sa vie professionnelle. Nous ne pouvons pas nous permettre d'interpeller une "cellule psychologique " comme on l'entend souvent à chaque problème qui se pose. Si le médecin de famille ne peut gérer sereinement ces situations, je pense qu'il vaut mieux qu'il s'oriente vers une autre activité. La mort fait partie de la vie et nous devons apprendre à la gérer. ma conjointe étant également médecin, il est plus facile de parler des différents diagnostics et de leur prise en charge éventuelle.

je ne connais pas les structures d'aide aux médecins

première question très mal formulée: tous les décès ne sont pas difficiles à affronter et tous les décès ne sont pas sans douleur :donc ni oui, ni non

l'accompagnement est un investissement de tout notre moi et il est impossible d'en faire l'economie

je ne savais pas qu'il existait des structures pour les médecins

Il y a aussi l'équipe soignante à prendre en charge parfois par le MG ce pourquoi il n'est pas forcément formé!

Le fait de travailler maintenant en maison de santé m'aide beaucoup car permet de parler avec d'autres.

la difficulté vient essentiellement de mon ancienneté d'installation et du lien solide qui s'est instauré au fil du temps entre mes patients et moi

Le recul et la distance respectueuse sont nécessaires. L'accompagnement d'un mourant impose ces deux paramètres. En cas de difficulté faire appel à un collègue qui pourra évaluer la situation du Patient et du Médecin traitant si celui ci est en difficulté . Dans l'immense majorité des cas la perte d'un patient ne relève pas d'un suivi psychologique. Ne pas oublier qu'en cas de DC , ce sont les vivants qu'il faut aider

En fait mon émotion peut être présente avant le décès du patient lors de son accompagnement de fin de vie, cette empathie intense permet souvent une intimité dans laquelle mes propres convictions peuvent aider le patient et m'aident également à faire mon deuil facilement sans souffrance
Il me semble que ce sujet est tabou car il renvoie le médecin à sa propre approche intime de la mort, de ce qui se passe après la mort, de sa propre mort...
Il peut aussi être tabou à cause d'un sentiment de culpabilité, d'impuissance inavouable pour qui a une assez haute idée du rôle du médecin (tout au moins dans un exercice classique autre que les urgences)
Pour ma part, la souffrance humaine m'est parfois très dure à vivre, bien plus que la mort...
Je dirais que je n'ai jamais été "pathologiquement bouleversée", ce qui ne veut pas dire que le décès de mes patients ne me touche pas, mais c'est une question de croyance. Ce sujet en tout cas est très intéressant, bon courage à vous...

L 'écoute d'un confrère, d'une IDE du cabinet est souvent la meilleure aide. L 'écoute d'un psychologue serait intéressante mais de réalisation pratique impossible

Je ne connais pas les structures existantes

Je ne sais pas ce qu'il existe donc je ne peux pas dire si c'est suffisant ou pas ; je n'aurais peut-être pas fait différemment même en sachant qu'il existe des structures pour aider. Une structure de plus n'est à mon sens pas la solution au pb... Le pb du deuil dans notre métier est un pb important certes mais est inhérent à notre métier, tout comme la gestion du stress, de l'urgence, de la confrontation aux maladies ... Cela nous oblige plus que les autres, à avoir une vision plus philosophe de la vie. Personnellement, je lis beaucoup sur ces sujet, j'essaie de travailler beaucoup à la fois l'introspection et les exercices de pleine conscience afin de garder un équilibre psychique.

C'est une chance pour moi d'être un homme marié, et de pouvoir parler du décès d'un patient qu'on a pu accompagner, et d'avoir un lieu pour en parler.
Je ne connais pas ces structures d'aide
je ne sais pas
n'en connais pas
Je travaille en Sos medecin depuis 15 ans et en ehpad JeùNe alzheimer et le deces des enfants rares est tjrs très difficile car on projete nos propres enfants / bon courage et tres bon sujet de thèse / fred gilly
pas d'idée
Je ne connais pas de structure d'aide
la gestion du décès et de l'après décès de nos patients fait partie intégrante de notre métier, notre implication est importante et nécessaire pour le travail de deuil de la famille . Notre travail ne s'arrête pas à la mort du patient. Je ne suis pas convaincue qu'une structure d'aide aux médecins dans ce cadre soit nécessaire , le comportement face à la mort est affaire de rapport humain, de ressenti personnel et d'expérience. Il me paraît par contre essentiel qu'un enseignement sur ce thème soit donné lors du cursus médical (il l'est peut être actuellement mais je n'ai aucun souvenir d'en avoir profité lorsque j'étais étudiante : le sujet était tabou!)
La médecine de groupe me permet de partager mes émotions avec mon associée. Si j'exerçais seule j'aimerais pouvoir avoir recours à une aide extérieure pourquoi pas par téléphone genre Sos médecin en détresse
etude tres interessante / difficile de gerer ces situations en etant seule en liberal
bon sujet bonne idée vous auriez pu aborder: le thème des procédures ordinaires ou juridiques intentées au médecin par les familles suites au décès...et de la culpabilisation du corps médical de la part des familles quelques soit la cause du décès et le devenir des proches du patient qui soit vous garde comme médecin de famille en vous idéalisant soit vous rejette et change de médecin
intérêt des groupes BALINT
Faudrait il connaître leur existence
on a du mal à savoir à qui s'adresser
Je ne sais pas
Je fais partie d'un groupe Balint et cela m'aide à gérer le côté émotionnel et le retentissement dans ma vie personnelle .Mais il existe peu de groupes de ce type et c'est dommage.
les soins palliatifs doivent être menés par une équipe professionnelle
Faudrait il déjà les connaître. ..
quelle structure d'aide???
Je ne connais pas de structure d'aide. L'expérience, le travail sur soi même et le travail en groupe (MSP) sont très aidants pour ce genre de circonstance.
En fait je ne sais pas
ces structures ne sont sûrement pas connues
dans les années 97 à 2000 j'ai eu recours au groupe de parole Balint pendant 3 ans, toutes les 3 semaines, avec un psychothérapeute qui coordonne le groupe de

soignants...uniquement professionnel et passionnant à recommander+++ plus récemment j'ai eu recours à de l'acupuncture spatiotemporelle qui traite le choc émotionnel en connaissant l'heure et le jour du choc. très efficace !

ABSENCE D' ECOUTE

je ne suis pas informée de ce qui peut exister...

non car ne sait pas

Intérêt de travailler en MSP pour pouvoir partager ses émotions avec les autres professionnels dans des situations difficiles

ne connaissant pas les structures d'aide aux médecins, il m'est difficile de répondre à cet item

Je ne connais aucune structure dédiée à ce type de situation

difficile de répondre, jusqu'à présent je n'en ai pas eu besoin

non il n'y a pas grand chose pour nous aider

Je ne connais pas ces structures !

ne sais pas

autant faut il connaitre ces structures et ne pas avoir peur de les contacter

nsp

La mort est un passage, pas une fin. Le médecin continue avec la famille l'évocation du disparu.

La perte d'un patient fait partie intégrante du métier, l'aide doit se situer dans la prise en charge des patients en fin de vie (HAD) et pas au décès de ceux-ci.

Ce ne sont pas les structures d'aide qui sont insuffisante, c'est l'intégration de la problématique dans l'exercice , la FMI et FMC dont découlera une adaptation des structures existantes

Pas de lieu dédié connu

Perte toujours difficile avec parfois relation privilégiée avec le patient qui rend les choses plus difficiles et renvoie bien sûr à la mort en général ce qui est un échec pour le médecin.il y a souvent l'impression s on aurait faire ci ou ça plus tôt ou mieux et il est agréable de pouvoir échanger avec des confrères confrontés au mêmes angoisses. ...je pense qu' en prenant de l'âge la situation est plus complexe en tout cas pour moi car on se rend compte que le temps passe pour nous aussi alors que lorsqu on est tout jeune on passe plus facilement à autre chose....

Surement mais mal informé

Je ne connais aucune structure d'aide aux médecins !

je n'en connais pas

La formation initiale et la formation continue en soins palliatifs est essentielle et devrait suffire si tous les Medecins s'y astreignaient!
Les groupes de pairs permettent de déculpabiliser, cette option manque dans le questionnaire car ce n'est ni un confrère ni une association...

Domage que certaines réponse ne soient que binaires car envie de répondre aitre chose que oui ou non!

je suis étonnée que ne figure pas dans vos questions la recherche d'info sur les moyens personnels mis en oeuvre pour vivre professionnellement le décès de nos patients. pour ma part, je vais parfois aux obsèques, parfois rencontrer l'équipe de soins palliatifs et sinon je prends un temps avec la famille au moins par tél. je m'organise toujours pour pouvoir

dire adieu à mon patient d'une manière ou d'une autre et refermer ainsi seule la porte que nous avons ouverte ensemble lors de la première consultation. ce temps est indispensable.

La naissance la mort font partie de notre exercice quotidien . Certaines relations établies depuis des années peuvent entraîner des émotions plus intenses mais comme au cirque la vie continue !

derniere question difficile de répondre car je ne les connais pas

Pas le temps

en fait je ne sais pas

je n'en connais pas et je ne sais pas si je ferais appel à une structure pour m'aider

Aide de proximité d'abord

Ne sais pas

Quelles structures?

Le décès d'un patient peut être douloureux ou un soulagement. Le fait de travailler en équipe permet de dépasser l'émotion et d'être à la fois plus professionnel et plus humain.

aujourd'hui, je devais me rendre en visite chez une patiente et, lorsque j'ai téléphoné chez elle pour la prévenir de ma visite, sa fille m'a répondu que celle-ci est décédée cette nuit et a été découverte par l'infirmière qui a appelé les pompiers. Il s'agit d'un décès inattendu et que dire à la famille???

Je ne connais pas les structures d'aides aux généralistes

on essaye de gérer comme on peut car aucune préparation : très dur si c'est un patient connu depuis très longtemps ou si il s'agit d'un jeune

Quelles structures ?

Ce type de questionnaire ne permet pas d'appréhender toute la délicatesse et la complexité de la question du médecin face à la mort de ses patients et des difficultés qu'il peut rencontrer, mais c'est un sujet d'une extrême importance qui est peu évoqué, peu traité, auquel les médecins sont (en tous cas à l'époque de ma formation, diplômée en 1986) pas du tout formés et livrés à eux-mêmes, trouvant par eux-mêmes les ressources pour gérer leur propre état émotionnel et aider les familles ...
Des groupes de parole, à l'hôpital pendant la formation puis avec des groupes de pairs plus tard serait une proposition

ne sait pas

Je suis veuf, beaucoup d'années de SMUR. ça joue peut-être

L'accompagnement de fin de vie à domicile est pour moi la plupart du temps l'aboutissement d'une confiance partagée et le souhait du patient, le plus souvent discuté en amont .. donc un choix délibéré et assumé . Ce qui est difficile, s'est d'intervenir "en urgence" chez des patients "mal gérés" au préalable, qui désirent (eux ou leur famille) cet accompagnement, ne l'ont pas obtenu et se retournent vers un autre médecin .. Je me suis formée à l'accompagnement de fin de vie, c'est très enrichissant humainement mais il faut savoir sur quels outils s'appuyer savoir communiquer avec le patient, la famille, tous les aidants, accepter de libérer du temps ..

Pas de connaissance de telles structures

le travail en maison de santé avec d'autres confrères et d'autres professionnels de santé doit permettre plus facilement la libération de la parole, que de travailler seul

je ne sais pas

Intérêt de la MSP dans ce cas afin de partager ces situations.

À noter mon épouse est médecin et associée et nous partageons les difficultés
Nous sommes seuls!
Je ne suis pas informé de l'existence de structures d'aide aux MG dans ce contexte!!!
Je n'ai jamais consulté ces structures donc je n'ai pas d'avis
très mal connu
aucune structure existante connue dans notre secteur. Seuls nos confrères sont là pour nous écouter
Pour dernière question n'ayant pas eu besoin de recours en fait je n'ai pas d'idée sur la question mais je pense qu'on peut toujours s'adresser à un confrère du cabinet médical en groupe (de parler cela fait déjà du bien d'où l'intérêt de cabinet de groupe) ou si plus sérieux à un psychiatre
je ne les connais pas : différents de ceux de la population générale ?
je ne connais pas de structure d'aide pour ça
Très bonne idée que de s'intéresser à cette problématique ! Bon courage (bientôt la fin!)
j'exerce depuis 25 ans en cabinet de groupe et depuis 2 ans en MSP, nous nous sommes toujours soutenus entre collègues, par contre je pense que le médecin qui exerce seul doit avoir de plus grosses difficultés à gérer ces situations, d'autant plus que nous avons de plus en plus de travail et de moins en moins le temps de "nous poser". personnellement je sais qu'il existe des structures d'aide pour le médecin libéral (CARMF, Ordre) mais je ne suis pas certaine que tous mes confrères le sachent.
L'âge du décès comme celui d'enfants et l'investissement affectif et réciproque sont un facteur d'amertume voir de vraie tristesse .
Bonjour. Excellent sujet de thèse qui m'a poussé à y répondre tout de suite ! J'ai moi-même fait une thèse sur la santé des médecins (en 2000) ; l'une des conclusions était qu'il existait probablement chez le médecin un rapport particulier à la mort qui peut-être l'orientait sur cette profession... Nos patients deviennent avec le temps des proches. Au début de mon installation, j'allais fréquemment à l'enterrement de mes patients décédés. Actuellement le temps me manque mais je vais presque toujours au funérarium ou chez eux. Je crois que j'ai aussi besoin de faire un travail de deuil ! Bon courage !
je ne sais pas (dernière question)
certaines questions mériteraient des nuances : la dernière j'aurais voulu répondre "je ne sais pas", n'y ayant jamais eu recours; D'autres auraient mérité plus de choix : dans les aides que vous proposez vous avez omis "l'équipe soignante". Oui nous avons très souvent parlé de décès de patients en équipe, surtout en accompagnement de fin de vie, ce qui fut pour tous d'une grande aide. Enfin le changement professionnel après le décès d'un patient, vient justement de ces discussions qui permettent une harmonisation du travail au sein des équipes soignantes.
Mes réponses me paraissent correspondre à mon ressenti mais sont à pondérer compte tenu du fait d'une part que ma femme est médecin et que nous pouvons échanger de manière privilégiée sur notre pratique médicale et que par ailleurs j'ai une activité bénévole à la mission France de MDM et qu'à ce titre je bénéficie avec les autres membres de l'équipe de supervisions. Je pense que c'est important quand on est médecin de pouvoir avoir un espace de parole sur sa pratique, que ce soit dans le cadre du thème que vous explorez mais aussi de façon plus large sur sa pratique professionnelle, comme par exemple les groupes Balint auxquels j'ai eu aussi l'occasion d'y participer
j'ai étudié la philosophie bouddhiste: "le livre des morts tibétains" plein d'enseignement...

je n'ai pas assez connaissance de ces structures pour en juger
la difficulté provient surtout des liens établis entre le médecin et le malade et le motif du décès
hypocrisie étatique, défaut de moyen de moins en moins à la portée du généraliste à qui "on" demande pourtant de tout faire : pas de Midazolam, pas de bronchodilatateurs en aérosols (refus de délivrance pharmacie), déjà que y'a pas d'O2 dans les EHPAD ... aujourd'hui si t'as pas une équipe hospitalière de soins mobile palliatif t'es mort, isolé, sans pouvoir, à entendre gemir, ou étouffer.. et l'hospitalisation est de toute façon impossible
L'expérience permet de mieux gérer ses émotions. Aucune formation n'est prévue dans notre cursus pour affronter les situations difficiles quelles qu'elles soient. Votre travail permettra peut être de faire évoluer les choses. Bon courage.
le retentissement sur ma vie personnelle et professionnelle du décès de mes patients m'a conduit dès le début de ma pratique à me former en soins palliatifs (DU en 93) ; et ce qui était au départ un problème (j'étais démunie) est devenu un enrichissement formidable (le mot n'est pas exagéré) sur le plan humain, au sens très large ; j'estime avoir compris beaucoup de chose et progressé en "humanité" comme on progresse en une matière scolaire ; avec le recul, le deuil des patients que je peux accompagner avec l'équipe pluridisciplinaire de notre MSP n'est plus un pb, mais un chemin à chaque fois différent; c'est, pour moi, parfois une difficulté mais pas une souffrance
une seule fois un spécialiste m'a appelée suite au décès d'un patient que nous suivions conjointement. J'ai été tellement surprise que je ne suis pas arrivée à lui dire mon ressenti!!!
en fait je ne sais pas mais l'option n'est pas proposée
je les connais mal, il y a de la communication à augmenter de ce côté-là
Il aurait été peut-être intéressant d'évoquer le décès des patients enfants, pour lequel, je crois, on réagit différemment..
Aucune structure existante en semi rural
on ne peut être indifférent à la mort d'un être vivant, humain de surcroît, / savoir que la mort est l'apothéose de la vie, la préparation à la mort étant l'apprentissage du partage (sans en avoir le choix tout à fait sinon dans la préparation à l'abandon)...//que veut dire dans le questionnaire "aucune réponse": aucun avis, aucune des réponses proposées....? on n'avance pas bcp ! revoir le questionnaire s'imposerait à mon sens (qu'en déduire dans le doute ?)
il n'y en a pas...
quelles structures?
pas d'avis pour la dernière question car je n'ai jamais essayé de les utiliser mais il fallait une réponse pour valider
nous n'avons même pas de médecine du travail, pour le reste pas le temps et pas envie, mieux depuis que je suis en MSP, permet de partager ses doutes et ses souffrances
si des structures d'aide existent, elles devraient passer par le conseil de l'ordre, les syndicats ou s'adresser directement et individuellement aux médecins.
je connais peu les structures en place
je ne connais pas ces structures
quelles structures?
difficile de trouver une consultation psy-quelquechose que ce soit pour les patients comme pour nous-même



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



LES MEDECINS GENERALISTES FACE AU DECES DE LEURS PATIENTS

Introduction : Il n'existe que peu de données dans la littérature actuelle sur la manière dont les médecins généralistes vivent le décès de leurs patients. Les principales études sur le sujet sont des travaux qualitatifs. Il manque de travaux quantitatifs pour en dresser un état des lieux exhaustif. L'objectif de cette étude est d'analyser les décès des patients vécus comme difficiles par leur médecin généraliste.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive quantitative transversal. La population étudiée était celle de l'ensemble des médecins généralistes libéraux de la région Nouvelle Aquitaine. Le critère de jugement principal était le pourcentage de médecins généralistes vivant difficilement le décès de leurs patients.

Résultats : Dans cette étude, 76 % des médecins généralistes vivaient comme difficile le décès de leurs patients. Ils étaient 29 % à ressentir le besoin d'être aidés dans cette situation. Le retentissement professionnel et personnel était présent chez respectivement 37 % et 31 % des médecins. La consommation de médicaments survenait dans 4,8 % de ces situations, celle d'alcool dans 4 % des cas. Les structures d'aides aux généralistes étaient insuffisantes pour 43 % d'entre eux.

Discussion et perspectives : Cette étude a mis en évidence que les médecins généralistes sont très affectés par les décès de leurs patients. Le retentissement émotionnel est intense et pourrait influencer sur les soins apportés aux patients. Ces situations sont source de difficultés au cours de l'exercice professionnel comme dans la vie personnelle. Les structures d'aide existantes sont très insuffisantes et méconnues.

Conclusion : Cette étude a permis de dresser un état des lieux de la souffrance des médecins généralistes lors du décès de leurs patients. Il est nécessaire de mieux accompagner les médecins dans cette situation.

Mots-clés : médecins généralistes, décès de patients, deuil

General Practitioner's felt with his patient's death

Very few studies are dealing with the way general practitioners feel the death of their patients. Main studies about that subject are qualitative. It needs quantitative studies to analyse how is felt general practitioners' patients' death. This is an epidemiologic quantitative cross-sectional study. The Studied population is the whole of the general practitioners of the region Nouvelle Aquitaine. The primary endpoint is the percentage of the general practitioners which have hard time living with their patients' death. In that study, 76 % of the general practitioners have hard time living with their patient death. 29 % of them need to be helped in that situation. Professional and personal impact are present in 37 % and 31 % of these situations. Consumption of medical treatment arise in 4,8 % of the case, and alcohol consumption in 4 % of case. The support structures for the general practitioners are insufficient for 43 % of them. This study showed that general practitioners are very affected by the death of their patients. The emotional impact is important and may influence patients' care. Those situations cause professional and personal difficulties. The support structures and very insufficient and unknown. This study took stock the suffering of general practitioners during their patients' death. They need more help in that situation.

Keywords : general practitioners, patients' death, bereavement

