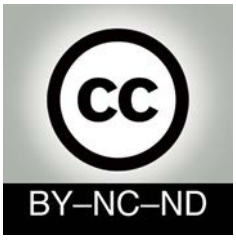
http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2023 N° 096

Les représentations et la prise en charge du deuil par les médecins généralistes en Drôme et en Ardèche

Thèse d'exercice en médecine

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 27/06/2023
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

BURDA épouse JACOB Katarzyna
Née le 10 octobre 1986 à Varsovie (Pologne)

Sous la direction du Pr Thierry FARGE

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY Hamda
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	BEN HADID Didier REVEL
Vice-Président du Conseil d'Administration	Céline BROCHIER Jean
Vice-Présidente de la Commission Formation	François MORNEX Pierre
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	ROLLAND
Directeur général des services	

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Université Claude Bernard Lyon 1

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODE
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFA

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Faculté de médecine Lyon-Est
Liste des enseignants 2022/2023

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 2

BLAY	JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
BORSON-CHAZOT	FRANCOISE	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques – Gynécologie médicale
CHASSARD	DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d'urgence
CLARIS	OLIVIER	Pédiatrie
COLIN	CYRILLE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	THIERRY	Psychiatrie d'adulte – Addictologie
DOUEK	CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	CHRISTIAN	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND	PASCAL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	JEROME	Neurologie
LACHAUX	ALAIN	Pédiatrie
LINA	BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MIOSSEC	PIERRE	Immunologie
MORNEX	JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	PHILIPPE	Nutrition
NIGHOGHOSSIAN	NORBERT	Neurologie
OBADIA	JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
PONCHON	THIERRY	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
REVEL	DIDIER	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie
VANDENESCH	FRANCOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 1

ARGAUD	LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET	LIONEL	Urologie
BERTRAND	YVES	Pédiatrie
CHEVALIER	PHILIPPE	Cardiologie
COTTIN	VINCENT	Pneumologie - Addictologie
DELAHAYE	FRANCOIS	Cardiologie
DENIS	PHILIPPE	Ophtalmologie
DI FILIPPO	SYLVIE	Cardiologie
DUMONTET	CHARLES	Hématologie - Transfusion
DURIEU GUEDON	ISABELLE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

EDERY	CHARLES PATRICK	Génétique
FAUVEL	JEAN-PIERRE	Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie
FROMENT	CAROLINE	Physiologie
GUEYFFIER	FRANCOIS	Pharmacologie fondamentale – Pharmacologie clinique – Addictologie.
JULLIEN	DENIS	Dermatologie - Vénérologie
KODJIKIAN	LAURENT	Ophtalmologie
MABRUT	JEAN-YVES	Chirurgie générale
MERTENS	PATRICK	Anatomie
MORELON	EMMANUEL	Néphrologie
RODE	GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHAEFFER	LAURENT	Biologie cellulaire
SCHOTT PETHELAZ	ANNE-MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	ERIC	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	FRANCIS	Radiologie et imagerie médicale
VUKUSIC	SANDRA	Neurologie

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

ADER	FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
AUBRUN	FREDERIC	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence
BERTHEZENE	YVES	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	JEAN-LOUIS	Biologie cellulaire
BOUSSEL	LOIC	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COING-BOYAT	BARBARA	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	MARC	Urologie
COTTON	FRANCOIS	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	JEAN-STEPHANE	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence
DEVOUASSOUX	MOJGAN	Anatomie et cytologie pathologiques
DUBERNARD	GIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
DUBOURG	LAURENCE	Physiologie
DUCLOS	ANTOINE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	JEROME	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	LAURENT	Médecine légale
FELLAHI	JEAN-LUC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
FERRY	TRISTAN	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	PIERRE	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	MARC	Neurochirurgie
GUIBAUD	LAURENT	Radiologie et imagerie médicale
HOT	ARNAUD	Médecine interne
HUISSOUD	CYRIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	SOPHIE	Médecine physique et de réadaptation
JARRAUD	SOPHIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JAVOUHEY	ETIENNE	Pédiatrie
JUILLARD	LAURENT	Néphrologie

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

KROLAK-SALMON	PIERRE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
LEJEUNE	HERVE	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
LEVRERO	MASSIMO	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	PHILIPPE	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MICHEL	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	PIERRE-YVES	Chirurgie infantile
NICOLINO	MARC	Pédiatrie
PERETTI	NOËL	Nutrition
PICOT	STEPHANE	Parasitologie et mycologie
PONCET	GILLES	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	EMMANUEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	GERALD	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	ISABELLE	Cancérologie - Radiothérapie
RICHARD	JEAN-CHRISTOPHE	Réanimation – Médecine d'urgence
ROBERT	MAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	SABINE	Physiologie
ROSSETTI	YVES	Physiologie
ROUVIERE	OLIVIER	Radiologie et imagerie médicale
ROY	PASCAL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	MOHAMED	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THAUNAT	OLIVIER	Néphrologie
VANHEMS	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
WATTEL	ERIC	Hématologie - Transfusion

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

BACCHETTA	JUSTINE	Pédiatrie
BOUVET	LIONEL	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	MARINE	Pédiatrie
CHARRIERE	SYBIL	Nutrition
CHENE	GAUTIER	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	SOPHIE	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	CYRILLE	Rhumatologie
COUR	MARTIN	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	SEBASTIEN	Urologie
CUCHERAT	MICHEL	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie Clinique - Addictologie
DI ROCCO	FEDERICO	Neurochirurgie
DUCRAY	FRANCOIS	Neurologie
DURUISSEAUX	MICHAEL	Pneumologie - Addictologie
EKER	OMER	Radiologie et imagerie médicale
GILLET	YVES	Pédiatrie
GLEIZAL	ARNAUD	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	FITSUM	Néphrologie
HARBAOUI	BRAHIM	Cardiologie
HENAINE	ROLAND	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
JANIER	MARC	Biophysique et médecine nucléaire

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZ-NOGRETTE	ANNE-CLAIRE	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEWTON	NATHAN	Cardiologie
MEYRONET	DAVID	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	ANTOINE	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MOHKAM	KAYVAN	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	OLIVIER	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	SERGE	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	MATHIEU	Gastroentérologie
RHEIMS	SYLVAIN	Neurologie
RIMMELE	THOMAS	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
SAINTIGNY	PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
THIBAULT	HELENE	Cardiologie
VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

Professeur des universités

Classe exceptionnelle 1

PERRU	OLIVIER	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques

Professeur des universités – Médecine Générale
Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	LAURENT

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	THIERRY
LAINE	XAVIER
PIGACHE	CHRISTOPHE

Professeurs associés d'autres disciplines

GAZARIAN	ARAM	Chirurgie orthopédique
CHVETZOFF	GISELE	Médecine palliative
LOMBARD-BOHAS	CATHERINE	Cancérologie

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe

BENCHAIB	MEHDI	Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
CHALABREYSSE	LARA	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	GREGOIRE	Immunologie
HERVIEU	VALERIE	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	MARIE-NATHALIE	Immunologie
MENOTTI	JEAN	Parasitologie et mycologie

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

PLOTTON	INGRID	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD-FERRAND	MURIEL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
STREICHENBERGER	NATHALIE	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	VERONIQUE	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	ANNE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe – Echelon Exceptionnel

BRINGUIER	PIERRE	Cytologie et histologie
PERSAT	FLORENCE	Parasitologie et mycologie
PIATON	ERIC	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	DOMINIQUE	Biophysique et médecine nucléaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Première classe

BONTEMPS	LAURENCE	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	JEAN-SEBASTIEN	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	FREDERIC	Immunologie
CURIE	AURORE	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	VANESSA	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
HAESEBAERT	JULIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
JACQUESSON	TIMOTHEE	Anatomie
JOSSET	LAURENCE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
VASILJEVIC	ALEXANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	VIRGINIE	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Seconde classe

BAUDIN	FLORENT	Pédiatrie
BITKER (stagiaire)	LAURENT	Médecine intensive de réanimation
BOUCHIAT SARABI	CORALIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	AURORE	Chirurgie infantile
CORTET	MARION	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	LAURIANNE	Pédiatrie
DOREY	JEAN-MICHEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
DUPONT	DAMIEN	Parasitologie et mycologie
HAESEBAERT	FREDERIC	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
KOENIG	ALICE	Immunologie
LACOIN REYNAUD	QUITTERIE	Médecine interne - Gériatrie - Addictologie
LILOT	MARC	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	HUU KIM	Pédiatrie
PASQUER	ARNAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROUCHER BOULEZ	FLORENCE	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	THOMAS	Biologie cellulaire
VILLANI	AXEL	Dermatologie - Vénéréologie

Maîtres de conférences

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Hors classe

GOFFETTE	JEROME	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	ARNAUD	Biochimie, biologie

Maîtres de conférences
Classe normale

DALIBERT	LUCIE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
LASSERRE	EVELYNE	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	NICOLAS	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
NAZARE	JULIE-ANNE	Physiologie
PANTHU	BAPTISTE	Biologie cellulaire
VINDRIEUX	DAVID	Physiologie

Maîtres de conférences de Médecine Générale

CHANELIERE	MARC
LAMORT-BOUCHE	MARION

Maîtres de conférences associés de Médecine Générale

BREST	ALEXANDRE
DE LA POIX DE FREMINVILLE	HUMBERT
PERROTIN	SOFIA
ZORZI	FREDERIC

Maîtres de conférences associés Autres disciplines

TOURNEBISE	HUBERT	Médecine physique et de réadaptation

Professeurs émérites

BEZIAT	JEAN-LUC	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
COCHAT	PIERRE	Pédiatrie
DALIGAND	LILIANE	Médecine légale et Droit de la santé
DROZ	JEAN-PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
ETIENNE	JEROME	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	DANIEL	Pédiatrie
GHARIB	CLAUDE	Physiologie
GUERIN	CLAUDE	Médecine intensive de réanimation
GUERIN	JEAN-FRANCOIS	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
LEHOT	JEAN-JACQUES	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
LERMUSIAUX	PATRICK	Chirurgie vasculaire
MAUGUIERE	FRANCOIS	Neurologie
MELLIER	GEORGES	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	MAURICETTE	Hématologie - Transfusion
MOREAU	ALAIN	Médecine générale
NEGRIER	CLAUDE	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	MARIE-SYLVIE	Cancérologie - Radiothérapie
PUGEAT	MICHEL	Endocrinologie et maladies métaboliques

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

RUDIGOZ	RENE-CHARLES	Gynécologie - Obstétrique
SINDOU	MARC	Neurochirurgie
TOURAINE	JEAN-LOUIS	Néphrologie
TREPO	CHRISTIAN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	JACQUELINE	Cytologie et Histologie

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

A un être cher

« Quand les mots ne peuvent plus dire
ce que ressent le cœur,
il y a les actes et surtout les regards.
On essaie d'exprimer des sentiments
avec des mots,
mais certains sont tellement forts,
que peu importe les lettres
que l'on assemblera,
cela ne suffira pas à dire
ce que l'on ressent. »
Victor Hugo

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Remerciements

A Monsieur le Président du jury

Monsieur le Professeur Gilles RODE

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Je vous remercie pour votre intérêt porté à ce travail et pour votre bienveillance pendant mes études de médecine. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Aux Membres du jury

A Monsieur le Professeur Alain Moreau

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Soyez assuré de ma considération respectueuse.

A Monsieur le Professeur Thierry Farge

Je te remercie pour ta présence, ta patience, ta bienveillance et tes conseils. Merci pour ton accompagnement dans ma vie professionnelle.

A Monsieur le Professeur Olivier Perru

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de participer à mon jury. Je vous remercie pour le temps que vous avez consacré à cette thèse.

Je souhaite remercier tous les médecins généralistes ayant participés à cette étude. Leurs peurs, leurs deuils et leurs sentiments sont l'âme de ce travail.

Merci à tous mes maîtres de stages, pour votre supervision et votre bienveillance. Vous m'avez transmis vos savoirs et votre passion pour ce métier.

Merci à Loïc, Patricia, Sylvie, Elisa, Gaëlle et Christophe pour nos échanges enrichissants.

Maman, merci pour ton Amour inconditionnel et ton soutien indéfectible. Merci d'avoir toujours cru en moi.

A Victor, Hugo et Philippe, vous êtes les rayons de soleil dans ma vie et la lumière dans la nuit.

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

A Olivier, pour ta patience et ton soutien pendant ces années.

A ma famille, à mon père et mon frère, pour votre présence.

A Kasia, Ewa, Izabela, Barbara et Stéphanie pour votre amitié sans faille.

A Alexandre et à Sébastien, pour votre humour et vos rires.

A mes amis.

Merci à Marie-Agnès, Philippe et Paulette, pour votre patience et votre bienveillance.

A mes collègues de travail.

Merci Anne-Marie, tu m'as toujours encouragée à réaliser mes rêves.

Merci à toutes les équipes hospitalières et ambulatoires, qui m'ont accueillie au long de mes études.

A mes co-internes.

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Table de matières

Introduction 19
Matériel et méthodes 22
A. Étude qualitative 22
B. Objectif de l'étude 22
C. Population de l'étude 22
D. Entretiens 23
E. Conformité 23
Résultats 24
A. Description de la population étudiée 24
B. Caractéristiques des entretiens 25
C. Définition du deuil 25
D. Les différentes représentations du deuil 26
I. Le deuil personnel et professionnel 26
II. Deuil professionnel : la perte d'un patient pour le médecin 27
1. Absence de deuil professionnel 27
2. Deuils professionnels les plus marquants pour les médecins 27
2.1 Première confrontation du médecin à la mort du patient 27
2.2 Début d'exercice professionnel 28
2.3 Brutalité du décès 28
2.4 Vision d'horreur 28
2.5 Jeune âge du patient 28
2.6 Lien affectif avec le patient 29
2.7 Fin de carrière professionnelle 29
2.8 Mort dans la souffrance 29
3. Notion de double deuil 29
4. Retentissement cognitif sur le médecin 30
4.1 Empathie et frontière relationnelle tenue 30
4.2 Projection 31
4.4 Tristesse, douleur, pleurs, colère 32
4.5 Ruminations 32
4.6 Effet miroir de la mort 32
4.7 Deuil de toute puissance 33
4.8 Perception du décès du patient comme un échec 33

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

a) Échec médical ... 33
b) Échec personnel ... 33
c) Cas particuliers d'échec personnel par défaut d'accompagnement de fin de vie ... 34
d) Remise en question par le médecin et syndrome de l'imposteur ... 34
e) Modification des choix professionnels à la suite du deuil difficile ... 35
f) Absence de sentiment d'échec face à la mort du patient ... 35
4.9 Culpabilité ... 36
Absence de culpabilité ... 37
4.10 Impuissance face à la mort ... 37
4.11 Soulagement ... 39
4.12 Le cas particulier du suicide : reflet de l'échec, de l'impuissance, de la culpabilité et parfois du soulagement chez le médecin ... 40
4.13 Absence de préparation du deuil ... 40
4.14 Sentiment de ne pas avoir assez de ressources ... 41
4.15 Difficulté d'acceptation de la mort ... 41
4.16 Stress permanent lié au métier ... 41
4.17 Impact sur la vie privée ... 42
5. Mécanismes de défense ... 42
5.1 Absence d'affect ... 42
5.2 Humour ... 42
5.3 Oubli ... 42
6. Facteurs protecteurs pour le médecin ... 43
6.1 Structure de personnalité ... 43
6.2 Être bien dans sa vie et dans sa tète ... 43
6.3 Relativiser et avoir une philosophie de vie ... 43
6.4 Compartimenter l'esprit pour cloisonner le travail et la vie privée ... 44
6.5 Identifier ses émotions et garder le recul sur ses propres histoires ... 44
6.6 …puis les dépasser ... 45
6.7 Expérience ... 45
6.8 Savoir quand s'arrêter ... 45
6.9 Partage avec les autres médecins ... 45
6.10 Soutien humain extra professionnel ... 46
6.11 Activités extra professionnelles ... 46
6.12 Chance ? ... 46
7. COVID 19 et le rapport au deuil et à la mort ... 47
7.1 Rapport inchangé au deuil et à la mort ... 47

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

7.2 Mais…il a changé quelque chose 47
7.3 Approche de la mort dans l'incertitude 48
7.4 Raison de mourir 48
III Deuil personnel 48
1. Vécu du deuil 48
2. Deuil anticipatoire 49
3. Notion de la mort de la personne pendant son vivant 49
4. Deuil important dure toute une vie et ne s'arrête jamais 50
5. Absence d'accompagnement 50
6. Présence d'aide 50
7. Second plan et acutisation du deuil par la souffrance des proches 50
8. Famille 50
9. Temps 51
10. Conscience de l'impact destructeur possible du deuil 51
11. Deuil personnel perçu comme une richesse 51
12…qui peut engendrer le changement de la vision de la médecine 52
13. Impact de la vie professionnelle sur le deuil personnel : le regret 52
14. Peur du deuil 52
IV. Perception de la mort 53
1. Contrat de la vie 53
2. Peur 53
3. Mort préparée 53
4. Injustice 54
5. Délivrance 54
6. Conscience et sérénité 54
V. Perception de la vie 55
1. Profiter de l'instant présent 55
2. Fragilité et fatalité 55
VI. Dimension spirituelle 56
1. Consolation 56
2. Déception 56
3. Imperméabilité à la foi 56
4. Divorce avec la foi à la suite de mort traumatique 57
5. Foi punitive 57
6. Rationalité médicale et regret de ne pas avoir de la spiritualité 57
7. Questionnement 57

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

VII. Perception d'un au-delà 58
1. Existence 58
2. Espérance 58
3. Curiosité 58
4. Tristesse et déception 58
5. Souvenir 59
6. Réincarnation 59
7. Surprise 59
8.Fatalité 59
9. Croire en l'au-delà est une chance pour certains 60
VIII Accompagnement de fin de vie 60
1. Préférence des médecins généralistes pour l'accompagnement de fin de vie 60
2. Honnêteté 60
Deuil d'honnêteté 60
3. Dignité dans la vulnérabilité de la fin de vie, mourir sans souffrance et si possible accompagné 61
4 Souffrance des patients inimaginable 61
XI La prise en charge du deuil en médecine générale 61
1. Empathie 61
1.1 Empathie comme la fondation de la relation médecin-patient 61
1.2 Humanité 62
1.4 Tendresse 62
1.5 Utilité par une présence : balint 62
1.6 Écoute active 63
1.7 Absence de jugement 63
1.8 Cas particulier d'absence d'empathie 63
2. Professionnalisme 63
3.1 Contact avec la famille 63
3.2. Enterrements 64
4. Réponses aux questions : pourquoi, comment 64
5. Psychothérapie 65
Besoin de formation 65
6. Approche singulière 65
7. Notion de donner le temps au temps 66
8. Thérapies médicamenteuses non systématiques 66
9. Foi comme outil de la prise en charge du deuil 66

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

10. Pas besoin d'une prise en charge pour chaque situation de deuil 67
11. Manque de moyens 67
12. Absence de référentiel 67
13. Deuil pathologique 67
Discussion 70
A. Limites d'étude 70
B. Le médecin : l'être humain, ses souffrances, ses deuils et la mort 70
I. Personnalité 70
II. Définition polysémique du deuil : deuil avec et sans la mort 70
III. Deuil de toute puissance médicale 71
IV. La mort 71
V. La bonne mort et l'accompagnement de la fin de vie 72
VI. Deuil personnel du médecin 74
VII. Mort d'un enfant 74
VIII Le deuil professionnel 75
IX. Dimension spirituelle et au-delà 76
C. Covid 19 77
D. Empathie 77
E. Le syndrome d'épuisement professionnel 77
F. Prise en charge du deuil en médecine générale 78
G. Richesse 79
Conclusions 80
Bibliographie 83
Annexe 1 86
Annexe 2 87
Annexe 3 87

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Introduction

Le deuil est une expérience inévitable dans la vie de chaque être humain. Le mot deuil vient du latin « dolere » qui signifie « souffrir ».

D'après le dictionnaire Larousse, le deuil est un ***« processus psychique mis en œuvre par le sujet à la perte d'un objet d'amour externe ».*** (1)

Pour Freud, ***« le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal etc »*** (2). La personne endeuillée doit faire face à la réalité de la perte de son « objet libidinal ». Ce processus est marqué par le désinvestissement de l'objet perdu et l'intériorisation de la relation (2,3).

Le deuil peut être responsable de nombreuses réactions somatiques, telles que la perte d'appétit, la perte de poids, les troubles du sommeil, une asthénie ; et psychiques, telles que la dépression, l'anxiété, l'anhédonie, l'irritabilité, une diminution de l'estime de soi et la sensation de culpabilité et de solitude (4–6).

Il est associé à une augmentation de la mortalité, notamment due aux maladies liées à la dépendance à l'alcool, mais aussi les troubles de l'affectivité, notamment le suicide. Les études montrent que les personnes endeuillées sont plus souvent hospitalisées (4).

Le deuil est un véritable « cataclysme émotionnel ». Il est possible de différencier plusieurs phases de ce processus, appelé aussi le travail de deuil, entre trois à six selon les auteurs (3,7,8,9), même si, chaque deuil est unique.

Le premier stade du deuil est un déni avec un état de choc, caractérisé par une incongruence cognitive. La personne endeuillée est en incapacité de saisir la réalité de la mort de l'être cher (6). C'est un moyen de protection immédiat, rejeter la vérité pour pouvoir se protéger de la souffrance insupportable et immédiate. C'est refuser une évidence dans l'espoir de l'invalider, de pouvoir revenir en arrière, de pouvoir annuler la perte.

Le fait de reconnaitre la réalité des faits permet de passer à la phase suivante, caractérisée par la colère. Elle peut être dirigée contre la personne décédée, contre le médecin, contre le destin, contre soi-même. La colère est proportionnelle à l'intensité relationnelle avec le défunt (3).

Le stade suivant est le marchandage. La personne endeuillée se pose des questions « et seulement si ? », si ce cauchemar se finit, si nous avons fait des choses différemment, si cela aurait changé des choses ?

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

La culpabilité peut resurgir pendant cette phase. Le marchandage permet de masquer la profonde douleur liée à la réalité de la mort de l'être cher.
L'étape dépressive, qui est le stade suivant, est essentielle dans le processus de deuil et permet son cheminement, dans ce que nous appelons « le travail de deuil ». Elle est caractérisée par la tristesse, la solitude et le manque, qui est approprié à la perte de l'être cher. Cette étape est à différencier d'un syndrome dépressif caractérisé, faisant une complication du deuil (3,10).
L'endeuillé doit confronter les souvenirs du défunt à la triste réalité de sa mort, ce qui nécessite du temps (9). Le sentiment d'abandon est omniprésent.
La dernière étape du deuil est l'acceptation de la mort. C'est le pouvoir d'évoquer le défunt sans s'effondrer. Le rétablissement est caractérisé par la réjouissance de la vie, le fait de pouvoir sourire à nouveau, de récupérer les fonctions cognitives étouffées jusque-là par l'étape dépressive.

Il est possible de différencier plusieurs facteurs de risque de complications de deuil (9,11).
Premièrement, les facteurs liés à la personnes endeuillée, donc les facteurs intrinsèques. D'une part, les facteurs somatiques peuvent aggraver le vécu de la perte, tels que les maladies chroniques ou aigues.
D'autre part, la personnalité et les maladies psychiques éventuelles déterminent le processus du deuil.
L'âge de la personne conditionne sa réaction à la perte et à la mort. Les enfants vivent des deuils difficiles car la mort est vécue comme une injustice extrême. Pour Hanus, l'adolescence est la période la plus compliquée, car l'adolescent étouffe ses émotions, refuse toute aide et entreprend les comportements à risque (9).
Deuxièmement, la relation avec la personne décédée se révèle essentielle. Plus elle est intense et profonde, plus la perte sera compliquée. Elle implique également la notion de dépendance affective et physique.
Troisièmement, le contexte de la mort : la mort brutale et violente n'a pas les mêmes conséquences que la mort attendue.
Les autres facteurs sont l'âge de la personne décédée, les répétitions de la perte et le contexte social.

Plusieurs types de deuils compliqués existent : le deuil différé, dans le cas de de déni de la réalité de la mort ; le deuil inhibé, dans le cas de refus des affects liés à la perte avec présence des troubles somatiques, puis le deuil chronique, si l'état de détresse persiste dans le temps.
Le deuil peut devenir pathologique, lorsque la perte déclenche des maladies somatiques, ou psychiatriques, telles que le deuil hystérique, obsessionnel, maniaque ou mélancolique (8).

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Le deuil est un sujet commun car il est universel, mais tabou en même temps (12), car il renvoie vers nos propres émotions. Pour autant, c'est un sujet relativement peu développé en médecine générale, malgré toute la difficulté du généraliste lors de sa confrontation (13–16).

Nous avons souhaité apporter une nouvelle réflexion non seulement sur la prise en charge du deuil par le médecin généraliste, mais aussi sur son propre vécu du deuil, son expérience et ses peurs.

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Matériel et méthodes

A. Étude qualitative

Nous avons effectué une étude qualitative via les entretiens semi-dirigés des médecins généralistes. La recherche qualitative, née des sciences humaines et sociales, est la plus adaptée pour pouvoir explorer les représentations et les expériences des individus (17).

B. Objectif de l'étude

Le but de cette étude était de recueillir les représentations du deuil des médecins généralistes et apporter une réflexion sur ce sujet, ainsi sur les freins professionnels et personnels dans la prise en charge des patients endeuillés pour améliorer la qualité de soins en médecine générale.

C. Population de l'étude

Nous avons intégré les caractéristiques de la population étudiée telles que le sexe, l'âge, le milieu et la durée d'exercice pour obtenir un échantillon diversifié et représentatif d'un point de vue qualitatif, sachant que la représentation quantitative n'est pas attendue dans ce type d'étude.
Nous avons effectué 13 entretiens jusqu'à l'observation d'une certaine redondance, reflétant la saturation des données.
Les participants ont été contactés par téléphone ou par mail via le réseau des connaissances et l'effet boule de neige.

Des praticiens installés ou non installés ont été inclus dans cette étude, pour pouvoir interroger également les médecins remplaçants ou en retraite partielle.

-Critères d'inclusion des participants
Être médecin généraliste
Exercer en tant que médecin généraliste en Drôme ou en Ardèche
Exercer en milieu rural, semi-rural ou urbain
-Critères de non-inclusion et d'exclusion des participants : aucun

Le critère d'exercice en Drôme et en Ardèche, prévu initialement en Rhône Alpes, a été modifié pour la raison de faisabilité.

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

D. Entretiens

Nous avons élaboré un guide d'entretien en s'appuyant sur nos recherches bibliographiques et nos propres questionnements (Annexe 1).

Les entretiens ont été réalisés entre novembre 2022 et mars 2023, après la validation du protocole de recherche par le Comité d'éthique de la Faculté de médecine de Lyon du 18 octobre 2022.

L'interviewé a été d'abord invité à décrire sa signification du deuil.

L'entretien a été ensuite ciblé sur la perte la plus marquante pour le médecin dans son cadre professionnel. La prise en charge du patient endeuillé et les changements provoqués par le contexte de COVID 19 ont été ensuite abordés.

Nous avons recueilli les ressentis et le vécu du médecin dans les situations de deuil dans le cadre professionnel, en approfondissant le sujet de l'empathie, de la culpabilité et de l'échec.

Nous avons aussi abordé le sujet de deuil personnel le plus troublant pour ensuite parler de la peur du deuil.

Le canevas initial a été enrichi sur le questionnement concernant la peur de la mort et au-delà, découlant de la richesse des premiers propos recueillis.

Les entretiens ont été effectués en présentiel dans un lieu choisi par le médecin. Ils ont été enregistrés par le dictaphone après le consentement (Annexe 2) et la prise de connaissance de la lettre d'information concernant notre étude (Annexe 3).

Les entretiens ont été ensuite retranscrits de façon anonyme, manuellement sur le logiciel Word, mot à mot, sans modification du langage des généralistes. Ils ont été analysés par la méthode d'encodage thématique. Une triangulation des données a été ensuite effectuée avec le directeur de thèse.

E. Conformité

Nous avons signé l'engagement de conformité à la méthodologie CNIL de référence : MR-004.

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Résultats

A. Description de la population étudiée

Nous avons interrogé treize médecins généralistes en Drôme et en Ardèche.

Notre échantillon est composé de six femmes et sept hommes. Les praticiens sont âgés de 30 ans à 73 ans, avec une moyenne d'âge de 46 ans.

Le médecin le plus jeune exerce la médecine générale depuis 1 an en tant que remplaçant non thèsé. Le médecin le plus expérimenté exerce la médecine générale depuis 46 ans et il effectue de petites missions, étant déjà retraité. Cinq médecins exercent en milieu rural, quatre en milieu semi-rural et cinq en milieu urbain. Les deux médecins (M1,7) sur treize interrogés n'ont pas d'enfants.

Cinq médecins se considèrent comme croyants, cinq sont athées, un médecin est agnostique. Deux médecins s'interrogent sur l'existence ou non d'une dimension spirituelle.

Les caractéristiques de la population étudiée sont présentées au tableau n°1.

Tableau 1. Caractéristiques des médecins. M : Médecin

	Sexe	**Age**	**Milieu d'exercice**	**Durée d'exercice**
M1	Homme	30	Rural	Médecin depuis 1an, remplaçant au cabinet MG, non thèsé
M2	Femme	33	Rural	Médecin depuis 6ans, installée (Thèse en 2018)
M3	Homme	73	Urbain	Médecin depuis 48ans, actuellement retraité, effectue des petites missions (Thèse en 1975)
M4	Femme	40	Urbain	Médecin depuis 11ans, installée (Thèse en 2012)
M5	Homme	49	Rural	Médecin depuis 24ans, installé (Thèse en 1999)
M6	Homme	52	Urbain	Médecin depuis 25ans, installé (Thèse en 2004)
M7	Homme	37	Urbain	Médecin depuis 1an et demi, installé (Thèse en 2021)
M8	Femme	39	Semi-rural	Médecin depuis 12 ans, installée (Thèse en 2012)
M9	Femme	36	Rural	Médecin depuis 9ans, installée en tant que MG depuis 1an et demi (Thèse en 2014)
M10	Femme	47	Semi rural	Médecin depuis 17ans, installée depuis 15ans (Thèse en 2006)
M11	Homme	63	Rural	Médecin depuis 36ans, installé depuis 33ans (Thèse en 1987)
M12	Homme	41	Semi rural	Médecin depuis 15ans, installé (Thèse en 2008)
M13	Femme	63	Semi rural	Médecin depuis 36ans, installée, coordinatrice d'EPHAD (Thèse en 1987)

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

B. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 11 novembre 2022 et le 6 mars 2023. Tous les entretiens ont été réalisés en face à face pour favoriser la richesse des échanges.

Six médecins nous ont reçu au sein de leur cabinet, cinq nous ont ouvert la porte de leurs maisons. Un médecin a été interrogé dans un jardin et un au sein de son lieu de travail administratif, parallèle à son exercice de médecine générale.

Les entretiens ont duré de 32 à 86 minutes. La durée moyenne est de 54 minutes.

C. Définition du deuil

Les médecins interrogés décrivent le deuil comme un moment naturel dans une vie. C'est un passage obligatoire qui fait partie de l'existence de chaque être humain.

Ils le définissent comme une période après la perte, avec tous les processus physiologiques et psychiques, marquée par la tristesse et par la recherche d'un sens à cela. Le deuil est un cheminement aboutissant à la résilience et à l'acceptation de cette perte pour pouvoir continuer à vivre et à redevenir soi-même.

Un seul médecin (M11) détache personnellement le mot deuil de la douleur et de l'émotion. Pour lui, le deuil signifie une prise de conscience que la personne morte n'est plus là. La tristesse est pour lui associée au deuil.

La plupart des médecins distinguent plusieurs **dimensions du deuil**.

D'une part, le deuil est défini comme la période à la suite de **la mort d'une personne**, plus au moins chère, ceci étant la définition la plus classique (M7,9,11 ,12,13).

D'autre part, pour les autres médecins interrogés (M1,2,3,4,5,6,8) le deuil signifie également **la perte de quelque chose d'important, d'une idée, d'un projet, d'un évènement, d'une situation**. Le deuil peut faire suite à une séparation, comme dans le cas d'un divorce.

Il existe également le deuil d'un idéal, comme pour un handicapé, un deuil de la vie idéale (M5).

Une classification des deuils est possible en fonction de la personne disparue : le deuil d'enfant, d'un conjoint, des parents (M5). Le deuil est aussi un reflet de l'humanité(M7).

M3 *« Le deuil c'est le rapport à la mort bien sûr, mais il n'y a pas que le deuil devant la mort de quelqu'un. C'est aussi le deuil d'un évènement personnel dans la vie. On fait le deuil après la mort de l'être cher, c'est le plus classique. On peut être obligé de faire un deuil pour une séparation, le deuil de son travail quand on part à la retraite, le deuil d'un tas de choses importantes dans la vie. Le deuil c'est la perte de quelque chose d'important ou de quelqu'un d'important. Ce n'est pas forcément une*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

personne, ça peut être aussi un évènement. Perte de quelque chose d'important à laquelle on était attaché et on doit continuer à vivre sans cette personne, sans ce à quoi on était attaché ».

M9 *« Le deuil pour moi ça signifie le temps nécessaire pour accepter le décès de quelqu'un. »*

M10 *« Le deuil c'est tout le processus qui fait suite à la fin de quelque chose pour moi. Ça peut être le deuil classique comme on connaît la mort de quelqu'un en général aimé, mais ça peut être aussi le deuil d'un projet professionnel ou autre. C'est tout ce processus psychique qui va viser à résilier et à traverser cette épreuve-là. »*

D. Les différentes représentations du deuil

I. Le deuil personnel et professionnel

Nous avons posé au début de l'entretien la question sur l'existence ou non d'une différence entre le deuil personnel, représentant le deuil dans la vie privée et le deuil professionnel, en le définissant comme le deuil d'un patient décédé pour le médecin.

Pour plusieurs médecins interrogés, le deuil est le même **processus universel** (M1, M3, M4).

Un médecin (M1) souligne que le processus de deuil est d'une certaine façon nécessairement **personnel** car il reflète la personne que nous sommes et la façon dont nous faisons face à la mort.

Néanmoins, nous pouvons décrire certaines différences entre le deuil personnel et le deuil professionnel.

Premièrement, il existe un **niveau d'intensité** différent en fonction de notre investissement affectif et de lien avec la personne disparue (M3,5,6,8,9,10,11).

Deuxièmement, la **durée** du deuil n'est pas la même (M8). Enfin, ce qui résulte est que la **difficulté à le traverser** n'est pas la même (M8, M11).

Le deuil personnel est souvent plus douloureux, mais le deuil professionnel peut l'être aussi, si l'attachement au patient dépasse la relation médecin-patient (M8,9,11,13) et la juste distance (M2,5,11).

M5 *« En tant que médecin, oui, il y a un deuil qu'on va vivre en nous en tant que médecin quand on fait le deuil d'un patient, quand on accompagne un patient qui fait le deuil d'un proche et nous, en tant qu'être humain, quand on fait le deuil de notre famille. Ce sont deux choses très différentes évidemment. On n'a pas le même recul. C'est normal. C'est un peu aussi notre travail : arriver à garder de la distance par rapport à ça, c'est sûr. Ce sont deux choses vraiment différentes. »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

M8 *« Il y a une différence, parce que ce n'est pas la même intensité ou la même durée d'émotions on va dire. Bien que le deuil professionnel, ça peut être parfois difficile et occuper l'esprit quand même, dans le sens où on s'attache à nos patients (…) Ça fait quelque chose quand le patient décède, ce n'est pas transparent. Mais c'est quand même sans commune mesure avec le décès d'un proche. Je dirais pour moi, en intensité, en durée et en difficulté à traverser. »*

M11 *« Le deuil personnel bien évidemment ça fait référence à des êtres aimés, donc le mot aimé est connoté de quelque chose de plus fort que le mot empathie que moi je revendique en tant que professionnel. »*

M12 *« Je fais une différence, oui. Pour moi il y a une différence parce qu'un patient quelle que soit la nature, quel que soit le lien que j'avais avec le patient, ça reste un patient, ce n'est pas un proche. Il y a une distance quand même qui fait que pour moi le deuil n'est pas pareil. »*

II. Deuil professionnel : la perte d'un patient pour le médecin

1. Absence de deuil professionnel

Parmi 13 médecins interrogés, trois médecins (M6, 7,12) ont répondu ne pas avoir vécu de véritable deuil professionnel. Néanmoins, ils étaient d'accord pour décrire une situation de mort d'un patient qui les a le plus marquée, sans pouvoir la qualifier pleinement en tant que deuil. Les causes évoquées étaient : l'absence d'affect, l'oubli et la chance (M6), le manque de temps pour l'attachement (M7), ou la possibilité d'utiliser ou non le mot deuil dans les situations vécues (M12).

M6 *« Je n'ai jamais mal vécu la perte, ou bien j'occulte, c'est possible, que j'ai…Mais peut être que j'étais épargné et que je n'ai jamais eu de deuil anormal, je n'ai pas perdu de patient, jeune, qui n'aurait pas dû mourir ou d'enfant, ça c'est une hantise par contre. Mais je n'ai pas eu ça. Donc mes patients qui décèdent sont des patients pour lesquels la plupart du temps on s'y attend et c'est la vie. »*

2. Deuils professionnels les plus marquants pour les médecins

Nous avons interrogé les médecins sur les situations de deuil qui les ont les plus touchées dans leur carrière professionnelle.

2.1 Première confrontation du médecin à la mort du patient

Pour plusieurs médecins interrogés, le deuil professionnel le plus marquant est lié à une première confrontation à la mort dans leur exercice de médecine générale. Il s'agit de la mort dont ils se souviennent très bien, même plusieurs années après (M3,4).

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

M3 *« (…) d'emblée me revient à l'esprit le premier patient que j'ai perdu, un jeune de 16 ans, que j'ai perdu d'un sarcome d'Ewing et j'avoue que ça m'avait vraiment ébranlé, parce que c'était le premier que je perdais, c'était un jeune, et ça m'a ébranlé. J'ai surmonté avec le temps, mais vous voyez, vous me posez la question et je n'ai jamais oublié, de toute ma carrière, il y a les souvenirs très forts de ce jeune que j'ai accompagné jusqu'à la fin. »*

2.2 Début d'exercice professionnel

Huit médecins (M1,3,4,7,9,10,12,13) ont décrit les pertes des patients difficiles au début de leur carrière médicale, quand ils étaient encore des novices dans leur métier.

M4 *« C'était il y a quelques années, quand j'étais encore remplaçante. Un décès qui était difficile, c'était une des premières personnes que je suivais (…) Quand j'étais inexpérimentée au début (…) »*

2.3 Brutalité du décès

Le décès inattendu et brutal est une source de souffrance chez les praticiens. Il est parfois vécu comme un véritable choc émotionnel (M1,4,8,9,13).

M8 *« De se dire je ne connais pas la patiente, mais je m'investis, je la rencontre et puis puff elle meurt. C'était incroyable. C'était brutal. Donc je me suis mise à pleurer devant mon interne, bon ce n'est pas grave. C'était tellement inattendu et tellement brutal… »*

2.4 Vision d'horreur

Un médecin (M4) a décrit la scène de décès de son patient comme une vision d'horreur. Le fait de voir le corps décomposé était un autre facteur traumatisant pour la praticienne, provoquant le choc émotionnel.

M4 *« C'était difficile. Il avait dans son oreille plein de vers...Ça grouillait, tu sais… (…) J'avais franchement trop, trop peur…Je voyais un peu son visage qui était tout bleu, mais je me disais si on retourne on va avoir une vision d'horreur tout ça… »*

2.5 Jeune âge du patient

Certains médecins s'effondrent quand il s'agit de la mort d'enfants. La perte est également compliquée quand il s'agit de la mort de jeunes adultes (M3,4,5,9,10,11,13). Ils la qualifient comme la mort contre nature, la mort qui ne va pas dans l'ordre des choses.

M9 *« C'est vrai que les deuils pédiatriques, je ne sais pas s'ils sont pires que les autres mais… Le premier patient que j'ai perdu quand je me suis installée il y a 1 an et demi, c'était un bébé de deux*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

mois. C'est quand même…je ne pense pas que ça soit banal…Parce que ce n'est pas dans l'ordre des choses… »

2.6 Lien affectif avec le patient

Certains médecins décrivent le lien affectif fort, surtout quand il s'agit pour eux de patients sympathiques et qu'ils suivent régulièrement (M1, M5).

M5 *« C'est très vaste parce qu'il y a des patients avec lesquels on a plus d'affinités que d'autres et puis il y a des situations qui vont plus toucher, après c'est la sensibilité de chacun. »*

2.7 Fin de carrière professionnelle

Un médecin (M3) décrit la difficulté de deuil professionnel en fin de carrière à cause de l'attachement lié au temps. Les liens se créent pendant tout son exercice et le font entrer dans les familles comme le médecin de famille.

M3 *« Plus ma carrière s'allongeait, plus le temps de vie commune avec mes patients était long et plus la séparation était douloureuse (…) On partage beaucoup de choses avec le médecin de famille... Il y a les moments heureux et les moments malheureux. Donc toute cette vie commune fait que le deuil est plus difficile à la fin de carrière, quand la carrière avance, c'est sûr. »*

2.8 Mort dans la souffrance

Une praticienne décrit le deuil difficile si la fin de vie du patient est marquée par la souffrance non apaisée.

M10 ***«*** *Ce qui va me poser problème dans le décès des plus âgés, c'est le décès dans la souffrance, dans la douleur. Ça c'est difficile pour moi. »*

3. Notion de double deuil

Les médecins généralistes sont souvent confrontés au double deuil. Ils doivent faire face à la perte de leur patient, à leur deuil professionnel, et en parallèle, ils sont confrontés au deuil de la famille du patient décédé. Il est parfois plus difficile pour le médecin de faire face à la souffrance de la famille endeuillée et à leurs émotions, qu'à la mort de leur propre patient.

M5 *« Après le patient arrive, il faut essayer…Si nous même on a la peine c'est difficile de…de réconforter le patient, d'être objectif…Mais c'est ce qu'on doit faire… »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

M12 *« Mais là en plus, par rapport à un patient qu'on a connu, qu'on a suivi, donc ça rajoute aussi l'intensité émotionnelle. Le fait que le patient on l'ait connu d'une certaine manière, on partage un petit peu le deuil avec le patient. (…) Globalement sur ces décès des patients, je crois que ce qui me marque souvent le plus, c'est l'accompagnement des proches que mon ressenti. Moi je suis plus touché par la souffrance des proches à accompagner que par le décès du patient en lui-même. »*

4. Retentissement cognitif sur le médecin

4.1 Empathie et frontière relationnelle tenue

La définition de 13 praticiens interrogés de l'empathie reflète la base relationnelle de tout médecin généraliste. Elle implique la juste distance entre le praticien et son patient pour qu'il ne soit pas dans la compassion et donc dans la sympathie (M1à13). La frontière relationnelle est très ténue et elle est indépendante de notre volonté (M3,11). Le médecin ne peut pas pleinement anticiper son engagement affectif et encourt le risque de fusion avec les émotions du patient (M10,11). Le praticien peut se faire absorber par la souffrance de l'autre, ce qui entraîne une embolisation psychologique et peut le rendre incapable d'assurer son rôle de soignant (M11). Effectivement, au-delà d'un certain engagement affectif il est difficile d'assurer la qualité de soins (M10,11).

Certains médecins reconnaissent arriver à mettre une barrière bien définie dans leur relationnel pour ne pas être submergés par les émotions des patients. Néanmoins cela n'a pas pu être suffisant pour les protéger de vécu difficile de certains morts (M3,10,11,12).

M3 *« Il ne faut pas qu'on s'effondre et qu'on absorbe la souffrance de l'autre et qu'on se liquéfie. »*

M9 *« C'était compliqué. Je suis plus débordée par mes émotions. C'était plus l'émotion que l'empathie. J'avais l'impression, ça m'avait dépassé. »*

M11 *« L'empathie implique une certaine distance, la juste distance qui existe entre soi et son patient donc bien sûr pas l'indifférence, mais pas la compassion, pas la sympathie où là il y a une notion de fusion(…) Je me suis toujours gardé d'avoir cette distance pour ne pas justement sombrer avec l'émotion, la douleur, l'anxiété de ce patient et de façon justement essayer de…lui apporter la meilleure objectivité que je peux avoir d'un point de vue professionnel, tout en mettant dans la notion d'humanité le terme d'empathie(…) J'ai essayé...de garder cette juste distance pour que ce patient sache qu'il peut compter sur moi mais on n'est pas copains, on n'est pas amis.(…) la consultation se déroulera avec cette distance-là, de façon qu'il n'ait pas une embolisation psychologique chez moi qui ne me permettrait pas d'avoir un professionnalisme. »*

M12 *« Je sais que ce n'est pas moi qui suis dans la situation. Je pense que je suis concentré sur mon rôle d'accompagner et de soutenir. Et je pense que pour ça que je ne suis pas dans l'émotion, je ne suis pas dans le partage d'émotions avec le patient, mais je suis dans l'accompagnement, la*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

compréhension de ses émotions (…) Moi je reste de mon côté du bureau, j'accompagne au mieux, peut être que je laisse un peu cette distance-là volontairement. »

Un médecin **s'autorise volontairement de ressentir les émotions** qui apparaissent au moment présent pour pouvoir les vivre librement (M4).

M4 *« Je m'autorise peut-être plus à exprimer un peu des choses comme ça, des gestes, même si j'ai des larmes qui montent. Plutôt laisser aller, plutôt que d'essayer bloquer, de ne pas ressentir pour ne pas blesser ou contaminer. Je préfère me laisser un peu contaminé peut-être à un moment, histoire de vivre l'émotion qui se présente aussi pour moi. »*

4.2 Projection

Le médecin est un professionnel, mais il est avant tout un être humain. Il parait impossible dans certaines situations de ne pas se projeter dans la situation de la mort et du deuil des patients (M1,9,11). C'est d'autant plus difficile, quand les médecins ont leurs propres enfants et le décès concerne un patient très jeune voire un enfant.

M11 *« Là, c'était douloureux parce qu'il y avait ses deux parents, il y avait cet enfant de deux ans qui convulsait et qui est décédé dans la soirée du 24 décembre. Donc symboliquement parlant,* ***là le père a remplacé le médecin****, on était tous les trois sur le canapé à tenir cet enfant pour l'accompagner. Et quand il est décédé, là, il est clair qu'il y avait trois personnes qui pleuraient dont moi. Parce que là le côté émotionnel l'a emporté. (…) donc forcément tu te projettes, en tant que père, et même en tant qu'un humain. »*

M9 *« Ce qui n'était pas facile c'était le décès d'un enfant. Quand tu es une maman et que tu vois les parents perdre leur enfant c'est dramatique. (…) Le décès d'enfant, ça m'a mis en difficulté. Moi, en consultation, j'avais du mal à camoufler mes larmes aussi. Et…Parce que ça m'a vraiment bouleversé en tant que maman. (…) Tu vois de faire une espèce* ***de transfert*** *avec sa situation et en même temps de me dire : tu n'as pas de légitimité d'aller pleurer devant cette femme qui a perdu son bébé. »*

Certains praticiens décrivent un renvoi vers leurs propres deuils difficiles et leurs **histoires personnelles douloureuses**. De ce fait, ils font face à la gestion de leur propre douleur en même temps que celle du patient (M2,8).

M2 *« En vrai, ce n'est pas facile quand les patients font l'écho à ce qui se passe dans notre vie, parce que c'est sûr que l'on y pense. »*

M8 *« Des fois je suis envahie par l'émotion, donc après j'essaie de me dire…De me rendre compte que je suis envahie par l'émotion et que ça me renvoie à ma propre histoire et j'essaie de me dire que là, je ne suis pas en train de prendre en charge ma propre histoire, mais l'histoire de quelqu'un d'autre*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

et de faire la part des choses entre mes émotions et les émotions de la personne. Ce n'est pas évident. »

4.3 Dissonance cognitive

À la suite de la projection, le médecin peut subir une dissonance cognitive qui provoque une douleur, en se faisant absorbé par la situation difficile. (M1,11).

M1 *« J'essaie de ne pas trop faire le rapport à moi. Après c'est sûr parfois on ne peut pas s'empêcher de se mettre à la place de… »*

4.4 Tristesse, douleur, pleurs, colère

Plusieurs médecins avouent avoir ressenti la douleur et la tristesse après le décès de leurs patients (M4,5,9,11). Certains confient avoir pleuré à plusieurs reprises.

Un médecin décrit ressentir la colère dans le contexte de la mort de ses patients (M10).

M4 *« C'est vrai que je peux avoir beaucoup de tristesse, des fois des larmes qui viennent ».*

M10 « Ce qui était très compliqué, c'était que j'étais très en colère en fait. Qu'elle a pu avoir cette maladie-là alors que…Juste un ras le bol en fait. »

M11 *« Il peut y avoir une tristesse, justement de ne plus revoir cette personne-là, parce que c'était quand même un échange qui pouvait être agréable, parfois gratifiant, parfois épanouissant. »*

4.5 Ruminations

Un médecin avoue repenser à certains de ses patients décédés et à leurs familles régulièrement (M4).

4.6 Effet miroir de la mort

Parfois, le rapport à la mort a un effet miroir.

M3 *« Ça me ramène à des idées de ma mort, bien sûr. »*

M4 *« Prise de conscience de ce flux de la vie, de ce qui va se passer pour nos proches et pour nous même. »*

M10 *« J'ai eu un deuil très compliqué, pour le coup ça m'a renvoyé à moi en fait. Parce que c'est une patiente de mon âge qui est morte d'un cancer de sein (…) Et donc son décès à elle m'a renvoyé beaucoup à ma propre possibilité de mourir. A mes enfants qui avaient à peu près même âge que les siens. Et toute cette difficulté-là, cette angoisse-là, d'abandonner les autres, si moi je me mets à mourir, donc j'ai hyper mal vécu ce décès parce que ça m'a renvoyé à moi, à ma propre mort. On l'ignore…**On vit comme si on n'allait jamais mourir** (…) Elle était comme moi en fait. »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

4.7 Deuil de toute puissance

Les médecins doivent faire face au deuil de toute puissance. Malgré les importants moyens dont nous disposons, nous n'avons pas le pouvoir de tout changer.

M4 *« pour que les gens soient en bonne santé, qu'ils vivent le plus longtemps possible, qu'ils aient le moins de maladies possibles et bon, on n'est pas tout puissants…Il y a beaucoup de choses qui ne sont finalement pas en notre pouvoir, mais c'est vrai que quand ça se passe mal, on est trompé un peu dans l'affaire…Ce n'est pas évident de se remettre à sa juste place et savoir où est sa part de responsabilité… »*

M5 *« Après bien sûr, on ramènera pas le mort, mais… »*

4.8 Perception du décès du patient comme un échec

Sept médecins éprouvent ou ils ont éprouvé à un moment donné la mort comme un échec (M1,3,4,9,10,11, 13).

A) Échec médical

D'une part, un échec de la vie sur la mort et un échec de la médecine sur la maladie incurable qui provoque le décès. Dans ce contexte, les médecins ne ressentent pas de responsabilité personnelle (M3,4,10).

M3 *« Un échec par rapport à la vie, bien sûr, Une déception quand on n'a pas sauvé, bien sûr, dans ce sens-là, oui. Mais c'est un échec collectif, je ne suis pas seul responsable de cet échec, c'est la médecine qui ne peut pas tout guérir. »*

M10 *« Quand il y a cette notion de décès trop jeune je ne vais pas le vivre comme mon échec, mais je vais le vivre comme un échec médical, de la science médicale qui n'est pas encore assez aboutie pour arriver à faire quelque chose pour ces gens-là. Pas pour qu'ils deviennent immortels, mais pour moi pour qu'on puisse prolonger un peu leur vie dans des conditions de qualité acceptable. »*

B) Échec personnel

D'autre part, ils distinguent un échec personnel, beaucoup plus douloureux. Il peut être lié à la peur ou à la réalité d'un événement indésirable lié aux soins. Cette dimension d'échec personnel est aussi ressentie après le décès du patient dans le contexte de son refus des soins.

Une praticienne perçoit comme un échec le fait de ne pas pouvoir convaincre le patient de se soigner pour pouvoir survivre et repousser le moment de la mort.

M1 *« Oui, quand il y avait des choses qu'on n'a pas su déceler et qu'on est passé à côté de quelque chose, mais après cela nous arrivera inévitablement. Parce que ça arrive à tout le monde et on ne*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

peut pas tout voir. Le médecin est humain, on n'est pas des robots et il y a des choses où on va forcément passer à côté. »

M10 *« Après je vais en vivre comme mon échec si j'ai un doute sur un éventuelle bêtise que j'aurais pu faire ou un truc que j'aurais pu louper dans la prise en charge (…) Si mon patient même une fois les risques exposés refuse de se prendre en charge, je vais respecter son refus. Mais je vais pouvoir considérer que je n'ai pas réussi à convaincre. Donc c'est un échec aussi. »*

C) Cas particuliers d'échec personnel par défaut d'accompagnement de fin de vie

Quelques médecins vivent la mort d'un patient comme un échec dans les cas de défaut d'accompagnement de fin de vie, qui peut être lié au manque de temps quand le décès arrive trop rapidement sans la possibilité de l'anticiper. Ils éprouvent un échec lié au manque d'outils pour abréger la souffrance physique au début de la carrière du médecin inexpérimenté.

M1 *« On n'avait même pas le temps de l'accompagner avec des véritables soins conforts. Ça, je l'ai vécu comme plus qu'un échec, oui. Le défaut d'accompagnement vers décès, je peux vivre ça comme un échec, parce que c'est traumatique évidemment pour la personne mais aussi pour la famille derrière, quand le décès s'est mal passé. »*

M6 *« Au tout début quand je me suis installé, un décès que j'ai pu vivre comme un échec parce que je n'ai pas répondu à la… (…) Elle avait peur de souffrir, elle n'avait pas peur de mourir en soi, elle avait peur de souffrir. Je pense qu'elle a souffert. »*

D) Remise en question par le médecin et syndrome de l'imposteur

Le décès peut parfois déclencher la remise en question du généraliste, sans le sentiment d'un véritable échec. Le praticien se questionne sur sa prise en charge, sur les différentes alternatives thérapeutiques possibles, sur l'éventuelle omission de signes d'alerte qui ont pu modifier la survenue de la mort de son patient (M4,9, 10,12,13). Le décès peut être particulièrement mal vécu si le praticien ne comprend pas les causes de décès et n'a pas de diagnostic précis, ce qui acutise sa remise en question (M4).

M9 *« ça déclenche toujours une remise en question comment tu as traité ce patient, est ce que tu as pu détecter les problèmes avant, est ce que tu aurais pu faire des choses différemment. »*

Une remise en question est difficile pour chaque être humain, mais encore plus difficile pour un médecin, car ses décisions, bonnes ou mauvaises, peuvent influencer la vie et la mort de ses patients. »

Cette remise en question n'est pas innée, elle nécessite du travail pour pouvoir avancer dans sa pratique médicale (M10).

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

M10 *« Je pense que les médecins ont beaucoup de mal à se remettre en question et accepter qu'ils puissent se tromper parce que ça met en jeu les choses fortes et ce n'est pas du tout la vocation qu'on a. Parce que derrière, si on se trompe, il y a des conséquences sur la santé de gens potentiellement. »*

Un autre généraliste rapporte se sentir ne pas être à la hauteur de ce qu'il souhaiterait apporter à son patient (M12).

M12 *« Je trouve que ça génère des émotions qui sont très difficiles de…de dire que c'est lourd à porter, on ne sent pas à la hauteur de ce qu'on voudrait apporter parce que on n'arrive pas à trouver des solutions idéales. »*

D'autre part, une généraliste a reconnu se remettre en question différemment après le décès de son patient ce qui lui a permis de combattre son syndrome de l'imposteur (M13). Elle a souffert de ce sentiment de doute en ses compétences au début de son exercice professionnel.

M13 *« Parce que je me suis vraiment remise en cause profondément sur mon action, sur ce que j'aurais pu faire ou pas. Mais je ne me suis pas flagellée, j'ai vraiment fait comme on dirait avant l'espèce de revue de morbi-mortalité personnelle. Et ça m'a permis de dépasser mon syndrome de l'imposteur. »*

E) Modification des choix professionnels à la suite du deuil difficile

Pour un médecin, le deuil difficile a provoqué une remise en question motivant le changement du choix professionnel. Elle a arrêté sa pratique hospitalière pour s'installer en tant que généraliste en libéral.

M9 *« Et ça c'est quelque chose qui m'a vraiment beaucoup marquée. C'est aussi quelque chose qui a modifié mes choix professionnels. (…) C'était une perte qui était compliqué, qui avait vraiment changé, après ça, je me suis beaucoup remise en question, si j'avais encore envie de faire ce métier-là. »*

F) Absence de sentiment d'échec face à la mort du patient

Six médecins ne ressentent pas de sentiment d'échec face à la mort. Le médecin n'est pas tout puissant et ne peut pas lui-même décider de la vie et de la mort des patients (M7). Un médecin confie ne pas avoir de « syndrome de superman » (M6), de ne pas pouvoir sauver des gens de la mort qui est inévitable.

M7 « La vie des gens ne m'appartient pas. »

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Une praticienne utilise sa dimension spirituelle pour expliquer que nous ne pouvons pas nous prendre pour Dieu, donc ce n'est pas à nous de décider de l'heure de chacun(M2).
M2 *« Ça serait se mettre à la place de Dieu quand même, de vivre le décès de patients comme un échec. Depuis quand c'est nous qui décidons ? On n'est pas tout puissants. »*

Deux médecins décrivent la mort comme une finalité de leur travail, donc ils ne peuvent pas percevoir la mort en tant que l'échec, mais en tant que le but en soi, en accompagnant les gens jusqu'à qu'ils décèdent puis en accompagnant ceux qui restent(M5,12).

M5 *« Je vis le décès de mes patients comme une finalité. C'est la fin de mon travail. Mon travail, c'est les accompagner jusqu'à la mort. (…) Je ne suis pas un médecin qui est là pour sauver des gens de la mort. La mort est inévitable. C'est très bien. Je suis là pour que la mort arrive dans de bonnes conditions et au moment où elle doit arriver et pas prématurément si possible. »*
M12 *« Mon rôle ce n'est pas d'empêcher que les patients meurent. C'est de les accompagner au mieux et puis accompagner ceux qui restent. »*

Un autre praticien avoue percevoir la mort comme un échec au début de sa carrière, à la suite de la confrontation avec la mort sans être préparé à cette rencontre particulière et tellement fréquente dans notre métier. Il confie avoir dépassé ce sentiment avec l'expérience et le fait de se donner toujours tous les moyens nécessaires pour chaque patient (M11).
M11 *« Non. Alors non maintenant. C'est clair que dans toutes premières années de mon exercice professionnel oui, parce que dans ce métier, ce beau métier, on nous apprend à guérir les gens, à sauver les gens, on ne nous met pas dans la position justement de ce décès (…) Parfois le décès survient, mais ce décès-là, si en amont de celui-ci on avait fait le maximum et que la médecine dans son ensemble avait fait le maximum pour lui apporter ce qu'on sait faire en 2023, là moi, ça fait très longtemps que je n'ai plus ce sentiment d'échec parce qu'effectivement j'essaie au maximum de me donner les moyens. »*

4.9 Culpabilité

Plusieurs médecins peuvent ressentir la culpabilité (M1,3,4,5,8,9,13). Ils éprouvent à certains moments des manques de connaissances médicales, le sentiment d'avoir commis des fautes médicales, notamment dans des situations où ils ne se sentent pas à l'aise comme en fin de vie difficile, mais pas seulement (M1,8).

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

M1 *« Oui, il y a une sorte de culpabilité, mais c'est une culpabilité professionnelle. Il faut réussir à en tirer des apprentissages, un enseignement et se dire je vais faire en sorte que ça arrive plus. Après oui, quand il y a des choses qui par manque de connaissance aussi, parfois il faut admettre qu'on ne connait pas telle ou telle chose et qu'on se rend compte qu'on a appris quelque chose avec la situation de deuil, là oui, on peut vivre comme un échec et on peut se sentir coupable., de ne pas avoir été assez performant, ça, c'est sûr. »*

Une généraliste confie ressentir ce sentiment en pleurant avec sa patiente, car elle ne se trouvait pas assez légitime de se donner le droit de pleurer avec elle (M9). La même praticienne dit que le sentiment de culpabilité va arriver avec une certitude, si son exercice provoque un retard de diagnostic ou une omission, ce qui arrivera inévitablement (M9).

M9 *« J'avoue que ça m'a mis dans une position délicate de me retrouver en consultation face à une maman qui pleurait son enfant, moi qui pleurais pour elle et en même temps je me disais je ne suis pas légitime de pleurer parce que moi, mes enfants vont bien…Et du coup, c'était presque culpabilisant, parce que je me suis retrouvée à pleurer en me disant tu n'as pas le droit de pleurer. »*

Absence de culpabilité

Un praticien confie ne pas éprouver de la culpabilité, dans la mesure où il n'a jamais commis intentionnellement une faute. Il différencie la faute médicale qui peut provoquer la culpabilité, de l'erreur médicale qui n'est pas intentionnelle.

M11 *« Non je n'ai pas de sentiment de culpabilité sauf si je fais une erreur, oui, bien sûr, ou la faute. La faute c'est quelque chose d'intentionnel et jusqu'à présent je n'ai pas le sentiment d'avoir intentionnellement été négligeant. J'ai pu l'être mais d'une manière non intentionnelle donc c'est une erreur médicale, donc je n'ai pas de sentiment de culpabilité quand le deuil arrive. »*

4.10 Impuissance face à la mort

Il existe également les différentes dimensions de l'impuissance dans les situations de la mort et du deuil en médecine générale.

Tout d'abord, l'impuissance face à la mort, qui arrive à un moment donné malgré tout ce que nous allons faire (M4,7,9). Cette forme d'impuissance peut être parfois acceptée (M7,10).

M7 *« Le décès d'un patient va arriver quoi que je fasse, le patient va mourir. Je suis impuissant. Mais cette impuissance-là ne me dérange pas. Moi ma question c'est comment je peux apporter du confort à ce patient jusqu'à son décès. Comment améliorer sa vie, sa perception de la vie jusqu'à qu'il décède. Mais le temps ne m'appartient pas. »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

M10 *« Ce qui était difficile, c'était une forme d'impuissance aussi…A ne pas pouvoir l'aider, à ne pas pouvoir la sauver. L'impuissance c'est plus fréquent parce qu'on ne peut pas empêcher les gens de mourir…Parce qu'ils doivent mourir, après on peut les empêcher sur un accident de voiture et réanimer quelqu'un. »*

Les médecins rapportent d'éprouver ce sentiment notamment lors du **décès de l'enfant**, qui n'est pas dans l'ordre des choses. Ils ressentent également la **frustration malgré l'utilisation de tous les moyens possibles** (M9,11).

M11 *« Je dirais que se donner les moyens ce qui est notre code de déontologie, tout le monde s'est donné les moyens pour offrir à cet enfant ce qu'on savait faire à l'époque, donc là on ne pouvait pas faire plus… C'est frustrant à cet âge-là de se dire, on connait l'issue de cette maladie et que ça allait se terminer par un décès. Donc là on se sent impuissant mais pas coupable parce que tout a été fait pour cet enfant. (…) Tu te sens très frustré parce que tu fais ton Valium, tu fais la Morphine, quand ça ne marche pas, parce qu'il y a un moment où la thérapeutique ne suffit pas. »*

Une généraliste avoue ne pas être encore confrontée à la mort d'un enfant dans sa pratique ce qu'elle redoute fortement, qu'un jour cela va lui arriver (M4).

Les médecins éprouvent l'impuissance quand la mort efface la vie bien construite, un idéal, un couple heureux. Ils la qualifient d'**injuste** (M5,13). La mort ne peut pas être vraiment **méritée**, mais quand elle arrive à un âge avancé elle peut être acceptée beaucoup plus facilement, que quand elle touche les personnes jeunes (M7).

Deux praticiennes rapportent l'impuissance dans la confrontation à la mort des personnes dépendantes et handicapées(M4,9). Il existe pour elles **une zone de non droit, où la mort peut être banalisée**.

M4 *« Souvent ils refusent en fait les patients, parce qu'il faut que le patient soit prêt à essayer d'en arrêter (alcool). C'est l'espèce de zone de non droit, de non prise en charge au niveau médical. »*

D'autre part, l'impuissance est éprouvée aussi quand le médecin **n'arrive pas à abréger les souffrances** malgré toutes les thérapeutiques et tous les moyens médicaux utilisés lors de l'accompagnement de la fin de vie (M10,11).

M10 *« Mais sinon, ça fait partie de la vie et l'impuissance ça va être aussi, je vais la ressentir quand je vais trouver qu'une fin de vie s'est mal passée. »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Il existe également une forme d'impuissance, lorsque la fin de vie se prolonge de façon inattendue et devient terrible pour le patient, pour l'entourage et pour les soignants. Le médecin ne peut pas accélérer la mort du patient (M8).
Le médecin peut faire face à ce sentiment dans le cas de son **refus d'euthanasie**, illégale en France en 2023, et qui est la dernière demande de son patient en fin de vie (M12). Il ne se sent pas légitime de dire au patient comment il doit finir sa vie, ce qui se creuse d'autant plus que la différence d'âge entre le médecin et le patient est importante.

Une généraliste s'est retrouvée complètement impuissante face au patient qui refusait sa maladie et sa mort, malgré le diagnostic fatal et sans espoir, ce qui rendait l'accompagnement extrêmement difficile et puis le deuil (M13).

M13 *« Parce qu'il ne voulait pas partir. Il ne voulait pas mourir. Il ne voulait pas être malade. Il était dans le refus, dans la colère… »*

Une praticienne affirme ne **pas sentir d'impuissance face à la mort** de son patient. Dans sa conception, le patient qui doit mourir, va le faire (M8).
M8 *« Je ne me sens pas impuissante face à quelqu'un qui va mourir. Vraiment une fois, quelqu'un qui va mourir, il va mourir. »*

Parfois, **le médecin ne se sent pas à sa place** à cause du retard de la transmission de l'information concernant des patients qu'il suit et qui sont soignés en parallèle dans les grandes villes (M2). L'information concernant le décès parvient parfois trop tard d'où la difficulté de positionnement du médecin.
M2 *« Je ne me trouvais pas à ma place parce que c'était déjà 6 mois. Alors, oui, on peut dire que je me trouvais impuissante parce que, je ne pouvais pas faire différemment que de savoir si tard. »*

4.11 Soulagement

Dans certaines situations, la mort du patient peut être un soulagement pour le praticien, notamment dans les fins de vie difficiles (M4,8).
M8 *« Quand j'ai appris son décès c'était un soulagement pour tout le monde parce que c'était très pesant. Pour son épouse, pour les soignants, pour moi…Donc bien sûr il y a des émotions et en même temps on se dit ouf…Enfin… »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

4.12 Le cas particulier du suicide : reflet de l'échec, de l'impuissance, de la culpabilité et parfois du soulagement chez le médecin

La mort par un suicide peut être vécu comme un échec, une impuissance et peut provoquer la culpabilité chez le médecin (M3,13).

C'est le moment où c'est le patient qui décide consciemment de sa mort(M7).

M7 *« Sauf quand on se suicide consciemment. Là on a la main sur sa mort mais… »*

Le praticien peut utiliser tous les moyens thérapeutiques à visée psychotrope ainsi que la psychothérapie, mais souvent il se sent démuni devant l'inefficacité de ces moyens (M3).

L'échec peut être ressenti à cause de non-repérage de détresse psychologique amenant au suicide (M1).

Il peut exister **une ambivalence** des sentiments dans le suicide, car il peut être aussi un **soulagement et permettre de ressentir la sérénité du praticien**, surtout quand il a ressenti une profonde impuissance devant la souffrance du patient qu'il n'arrivait pas à soulager (M3).

M3 « Oui, le suicide, c'est toujours un échec, ça fait culpabiliser. (…) Quand il est parti, j'étais **serein**…C'est terrible de dire ça mais c'est la vérité. Il a laissé sa femme et ses enfants bien sûr, ç'a été le plus dur pour eux, mais il souffrait plus. J'ai vu souffrir. (…) Tous ces 20 ans d'accompagnement et de souffrance, et de **souffrance telle que la vie était insupportable et que le suicide fut une libération** dans ce cas-là. Après je me suis dit, ça m'a permis d'avoir une approche plus distancielle du suicide. »

M13 *« Ah oui, impuissante par rapport au décès…Oui mes patients qui se sont suicidés…Surtout, la dernière qui s'est suicidée. (…) Donc il y avait peut-être un peu de deux dans ce suicide là (…) C'était une culpabilité que j'ai réussi à gérer parce que je considère que si on donne les soins appropriés au patient, on est là pour les soigner, et on n'est pas forcément là pour les guérir, parce qu'on ne peut pas toujours les guérir et c'est une maladie mortelle la dépression, parce que justement on peut être en passage à l'acte, mais… »*

4.13 **Absence de préparation du deuil**

Les deuils professionnels qui sont parmi les plus difficiles sont ceux qui ne sont pas préparés.

M9 *« Je pense que le plus difficile c'est le deuil que tu ne peux pas anticiper… »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

4.14 Sentiment de ne pas avoir assez de ressources

Parfois, même avec l'expérience personnelle et professionnelle, les praticiens sont désarmés face aux situations trop fortes émotionnellement (M9,11).

M9 *« Je n'étais pas armée pour gérer ce deuil-là, après c'est comme ça. »*

M11 *« Je ne me sentais pas du tout armé pour ça. »*

4.15 Difficulté d'acceptation de la mort

Deux praticiennes décrivent la difficulté dans l'acceptation de la mort (M10, 13).

M10 *« J'arrive à me dire intellectuellement, mais émotionnellement il y a une petite distance entre ma tête et mon cœur. (Rires) Donc émotionnellement c'est plus difficile à accepter pour moi. C'est-à-dire : je peux rationaliser, mais les affects sont mobilisés. »*

M13 *« Lui, il est parti je dirais sereinement, mais en fait je n'ai pas tellement accepté son départ. »*

Dans certaines situations, le deuil professionnel peut être beaucoup plus douloureux que le deuil personnel, notamment à cause de la non-préparation de ces deuils-là.

M13 *« Il y a plein décès qui m'ont marqué dans ma vie professionnelle. Je dirais plus que le décès de mon papa, alors que j'ai fait le décès de mon papa à domicile. Parce que, lui il avait décidé qu'il voulait partir, qu'on a fait en sorte qu'il parte paisiblement mais, ce n'était pas quelqu'un de jeune, ce n'était pas un bébé, ce n'était pas quelqu'un qui refusait de mourir…Quelque part pour mon papa, il est toujours là, mais c'était moins douloureux…pour mon papa que pour des patients paradoxalement. »*

4.16 Stress permanent lié au métier

Certains praticiens confient devoir faire face à la mort quotidiennement (M3,5). Un médecin a l'impression de passer sa vie à enterrer les gens (M3). Un autre praticien déclare être confronté au deuil tous les jours (M5).

M3 *« On passe notre vie à enterrer les gens. »*

Les médecins avouent eux même que leur métier est difficile, qu'ils sont sujets à la dépression, au Burn out. La source de difficulté est la confrontation à la souffrance quotidienne et répétée.

M7 *« On peut être vite débordé. On est quand même dans une espèce de tournoi où la société est assez difficile avec les médecins. »*

M8 *« Je trouve que c'est une partie difficile de notre métier. On gère de la souffrance, qu'elle soit liée à un deuil, une maladie ou une autre chose (…) et le soir ça pèse… »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

4.17 Impact sur la vie privée

La confrontation à la mort et à la souffrance peut entraîner une répercussion sur la vie privée du praticien. La charge mentale trop importante ne lui permet pas de profiter de ses proches et des activités extra professionnelles.

M5 *« Parfois ça m'arrive que je pleure entre deux patients, très vite, mais après, pchit…Il faut le faire parce que si on emporte chez soi après, d'abord ça va nuire à notre vie personnelle, parce que si on a tous les problèmes de patients en tête, on les amène forcément chez nous, parce qu'on n'est pas des robots. Mais si on amène vraiment la totalité de problèmes de patients avec nous, quand on arrive chez nous on ne peut plus écouter les problèmes de sa femme, de ses enfants, tout ça. Parce que c'est plus possible. Il n'y a plus de place. Donc on a qu'une envie c'est de ne plus rien entendre. »*

5. Mécanismes de défense

5.1 Absence d'affect

Un médecin affirme être dépourvu des affects et que les situations difficiles ne le touchent pas.

M6 *« Moi, je ne sens rien. Je suis en situation professionnelle. Je n'ai pas d'affect. Il faut se détacher d'affect en situation professionnelle. Tout en restant empathique. »*

5.2 Humour

Le même médecin utilise beaucoup d'humour lors de notre entretien en parlant des sujets sensibles. Les rires sont omniprésents.

M6 *« Je pense que je suis totalement insensible, en fait je suis psychopathe. Je suis sociopathe, voilà. (Rires) »*

5.3 Oubli

Un médecin avoue arriver à oublier la souffrance de ses patients, sans pouvoir spécifier comment il le fait en pratique. Pour lui c'est quelque chose qui vient avec l'expérience. Deux généralistes se questionnent sur le fait d'occulter un deuil, qui pourrait être un piège aussi (M6,10).

M5 *« J'oublie. Ça s'apprend. Je n'ai pas de technique. Ça s'apprend vraiment comme ça : je tire la chasse. »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

6. Facteurs protecteurs pour le médecin

6.1 Structure de personnalité

Les médecins soulignent que nous ne sommes pas tous pareils.

M6 *« Je pense qu'on est tous construit différemment. »*

6.2 Être bien dans sa vie et dans sa tète

Une généraliste décrit un bon équilibre psychologique comme le palier pour bien réussir à concilier sa vie personnelle et professionnelle et elle décrit une métaphore « d'un **réservoir de positivité** » pour l'utiliser dans les moments difficiles.

M2 *« Mais je pense que le boulot est vraiment en amont. Dans un monde idéal, il ne faudrait pas venir au travail en étant pas bien. Dans la réalité des choses ce n'est pas toujours possible, mais moi, c'est ce que j'essaie de faire autant que possible. Arriver suffisamment bien au travail et réussir à prendre tout le côté positif de ce que nous renvoient les gens toute la journée pour remplir le réservoir de la positivité et quant à un moment donné on a une consultation qui est plus difficile on va appuyer dans ce réservoir-là de positivité pour réussir à tenir et ne pas se laisser envahir. »*

6.3 Relativiser et avoir une philosophie de vie

Un médecin expose comme un moyen de protection le fait de relativiser ce que nous vivons. Il décrit une philosophie de vie, conceptualisée par les bouddhistes et les taoïstes, dans laquelle il regarde les évènements de la vie comme s'il se trouvait au fond du cercueil, pour pouvoir leur donner leur juste importance, leur juste valeur et leur juste place.

M11 *« Je regarde la vie que ça soit la mienne ou celle des autres comme si j'étais au fond d'un cercueil. C'est-à-dire que je relativise beaucoup de choses en disant, qu'est ce qui peut être important si j'étais au fond de ce cercueil, dans cette situation ou cette décision à prendre. »*

Une autre praticienne confie que c'est la philosophie de vie qui lui a permis de comprendre mieux la vie et la mort et retrouver la sérénité.

M13 *« ça dépend de notre propre philosophie de la vie et de la mort. Il n'a y pas de problème, je gère très bien mes émotions. J'ai une grande gratitude par rapport à la vie, à la mort. (…) J'ai lu les philosophes, j'ai lu les bouddhistes. C'est grâce aux philosophes et à la lecture bouddhiste que j'ai réussi à m'en sortir et à faire un travail…du coup très jeune, je n'avais pas 18 ans, sur le deuil, sur la mort, sur notre finitude à nous…c'est peut-être pour ça que maintenant je suis si sereine… »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

6.4 Compartimenter l'esprit pour cloisonner le travail et la vie privée

Plusieurs médecins confient arriver à compartimenter leur esprit pour cloisonner le travail et la vie privée (M5,6,7,11). Il s'agit de médecins hommes.

M5 *« Il faut arriver à compartimenter aussi notre esprit en tant que professionnel de soins pour bien soigner les gens, pour dire ça ce sont des patients, ça c'est la famille, des amis et ce n'est pas pareil. On peut être empathique avec sa femme, avec ses enfants, ce n'est pas pareil qu'avec des patients. Ça ne veut pas dire qu'on a moins d'estime pour eux, mais c'est juste qu'on n'a pas les mêmes rôles à jouer en fait. »*

M6 *« J'arrive à faire on off quand je sors du cabinet (…) J'ai cette capacité à couper le circuit. »*

6.5 Identifier ses émotions et garder le recul sur ses propres histoires

Deux praticiennes essaient de bien identifier leurs émotions et de comprendre les mécanismes qui y sont intriqués pour pouvoir ensuite mieux les maîtriser.

M8 *« D'essayer de faire la différence entre ce qui vient toucher une émotion personnelle, pourquoi à un moment il y a beaucoup d'émotions, est ce que c'est juste une situation émouvante ou parce que ça me rappelle quelque chose de personnel ? Dans ces moments-là, se dire là c'est l'émotion personnelle, il faut la mettre de côté. »*

M10 *« Au début de mon exercice, ç'a généré beaucoup d'angoisse chez moi, beaucoup d'insomnies, les choses comme ça. Maintenant j'ai compris un certain nombre de mécanismes. Maintenant je sais que je suis très empathique et pas, moins dans la compassion, du coup je repère aussi le fait que moi, ça m'impacte, ça me fait souffrir aussi. Donc comme j'ai pris conscience de ça, ça m'impacte de fait un petit peu moins. »*

Un autre médecin souligne la nécessité de garder un certain recul sur sa propre histoire personnelle pour mieux comprendre la personne en face.

M5 *« Sans parler de distance, je pense qu'il faut garder un certain recul sur ses histoires, sur sa propre histoire pour pouvoir mieux comprendre l'autre que soi même s'apitoyer, pour s'apitoyer à deux, ce n'est pas le but de la consultation. Mais forcément, ça nous ramène à nos propres histoires (…). On a tous des cadavres dans nos placards. »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

6.6 …puis les dépasser

Pour une généraliste, la clé de réussite pour pouvoir se protéger et ne pas se laisser submerger par la souffrance des patients est le fait de dépasser ses propres histoires, ce qui permet en même temps de mieux consoler les patients.

M13 *« Je suis dans l'empathie particulière, mais dans l'empathie sèche, je ne pleure pas avec eux, parce que je me dis* ***que j'ai dépassé ma propre souffrance****. Je fais partie des résilients donc…Au contraire, je dirais que ce que j'ai vécu personnellement ça m'aide davantage à trouver les mots et les chemins pour réconforter psychologiquement mes patients. »*

6.7 Expérience

Pour plusieurs médecins, l'expérience médicale est nécessaire pour pouvoir mieux garder la juste distance et éviter les transferts entre le médecin et le patient. (M5,9,11).

M9 *« C'est vraiment de l'expérience qui arrivera à mettre un filtre dans ce transfert d'émotions entre le médecin et son patient (…) C'est vraiment l'expérience qui te blinde un petit peu. En fait. Et quand ce sont les premières fois tu te laisses facilement submerger… »*

6.8 Savoir quand s'arrêter

Néanmoins, quand les émotions se traduisent par une incapacité de travailler, quand notre esprit est parasité par la fusion avec la souffrance du patient, il faut savoir quand s'arrêter pour prendre le recul nécessaire et pouvoir apporter le professionnalisme nécessaire.

M11 *« Je me suis arrêté 8 jours parce que je savais que là je n'allais pas être du tout professionnel, j'allais avoir l'esprit complètement occupé, embolisé par cet enfant (…) Et si j'avais ce sentiment-là, je m'arrêterai immédiatement, le temps nécessaire pour reprendre cette juste distance d'écoute et d'empathie que j'essaie d'inoculer dans ma consultation. »*

6.9 Partage avec les autres médecins

Le pilier de protection pour la majorité des médecins est le partage avec leurs confrères. La spécificité de cet échange est basée sur le fait que seulement un autre médecin peut comprendre pleinement, en plus de compatir, ce qu'ils sont en train de vivre, parce qu'ils vivent la même chose. Cela permet de vider leurs émotions, avoir un espace de parole et un soulagement, pour traverser les épreuves difficiles ensemble, en étant épaulé, et de ne pas se sentir seul (M1,5,8).

Certains médecins se réunissent de façon plus formelle avec d'autres professionnels de santé lors de réunions de concertation pluridisciplinaire (M7).

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

M5 *« Je parle souvent avec mes consœurs, on parle beaucoup le soir et parce que le soir on discute, elles déchargent en fait leurs angoisses de la journée, toute leur anxiété et je suis un peu leur dévidoir (…) On se comprend entre nous parce que personne ne peut comprendre à part un autre médecin ce qu'un médecin vit au quotidien en fait. »*

6.10 Soutien humain extra professionnel

La majorité des médecins soulignent l'importance du soutien familial, de la part de leurs conjoints, ou leurs amis proches sans lesquels il serait difficile de traverser des épreuves difficiles. Le fait de verbaliser est une aide précieuse (M1,2,7,8,9,10, 12). Un médecin relate le fait qu'il soit amené à suivre une psychothérapie avec un psychologue de façon régulière ; ce qui lui sert de « déversoir » (M7).

M1 *« Après je parle à ma compagne aussi sans lui expliquer bien évidemment toutes les modalités médicales de la chose mais je parle beaucoup avec ma compagne. Elle m'avait beaucoup soutenu dans beaucoup de situations et même si c'est* ***juste poser une main sur l'épaule et écouter*** *voilà c'est là-dessus que* ***le soutien*** *se fait. C'est ça que je pense beaucoup de gens ne font pas assez. »*

6.11 Activités extra professionnelles

Les différentes activités permettent aux médecins de se protéger. Le sport en fait partie.

Il existe différents types d'autothérapies. Certains médecins croyants utilisent le temps de prière comme une aide précieuse. Dans le cas d'absence de la foi, la méditation permet de se recentrer et prendre la distance nécessaire pour certains.

L'expression artistique est un autre moyen de soutien pour pouvoir travailler les émotions, comme la musique et le fait de pratiquer un instrument de musique comme de la guitare, du saxophone, du piano (M1,2, 11, 12)

M11 *« J'ai même des moments de micro-méditation pendant ma journée professionnelle avant le patient suivant, s'il y a un moment je sens qu'il peut avoir un petit dérapage émotionnel, là je prends le temps de revenir. »*

6.12 Chance ?

Un médecin avoue ne pas être confronté au deuil et au vécu compliqué. Il se dit chanceux (M6). Effectivement, nous ne sommes pas tous égaux par rapport aux situations difficiles.

M6 *« Je n'ai jamais vécu du deuil difficile, donc ça me renvoie à rien. Je ne fais pas de projection. Je pense que j'ai de la chance. »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

7. COVID 19 et le rapport au deuil et à la mort

7.1 Rapport inchangé au deuil et à la mort

Le COVID 19 n'a pas changé le propre rapport au deuil et à la mort pour tous les médecins interrogés.

7.2 Mais…il a changé quelque chose

Cette période a été très mal vécue par plusieurs praticiens, à la suite de la confrontation aux situations délicates multiples et la façon dont les patients mourants du COVID 19 ont été séparés de leurs proches, rendant l'accompagnement de fin de vie impossible. Les familles endeuillées ont été aussi abandonnées dans le contexte de confinement (M3,5,11,13). Cette épidémie était une source de deuils pleine de frustration et de colère (M11).

La difficulté a été vécue par ricochet : les soignants ont aussi été touchés par ces difficultés (M1).

Le diagnostic de COVID a été vécu comme une fatalité par beaucoup. Un médecin apporte aussi l'incompréhension des familles faisant suite au non-acharnement thérapeutique de personnes polypathologiques (M1).

La vision horrible de morts multiples a été vécu par certains praticiens travaillant en EPHAD (M5,13). Une généraliste décrit cela par le fait de se sentir révoltée par les conditions de la mort des personnes atteintes. Elle les décrit comme « **la négation de l'humanité** ». La mort et le deuil ne sont pas vécus de la même façon si les gens sont privés de ceux qu'ils aiment à leurs côtés (M13).

M3 *« ça a changé dans un sens, pendant le confinement, les familles n'ont pas pu accompagner leurs proches qui décédaient. Et ça c'était terrible. Là, il y a eu un deuil à faire. De ne pas accompagner son proche jusqu'au dernier moment, là, c'est vrai que c'est la seule façon de créer une souffrance de deuil terrible. »*

M5 *« J'ai vu des choses horribles comme tout le monde. Là à la maison de retraite où je travaille on a perdu 35 patients sur 80, donc j'ai connu la même chose que dans les hôpitaux, vraiment on côtoie la mort au quotidien. J'ai vu au quotidien les choses atroces, les gens fermés en chambre double, condamnés à voir leur femme mourir s'étouffer pendant 2 semaines. »*

M7 **«** *Leur rapport au deuil il n'a pas été vécu puisque les familles n'avaient pas le droit de venir voir les patients (…) Donc les patients repartaient comme si rien ne s'était passé »*

M11 *« Toutes ces familles qui ont perdu un proche sans pouvoir les voir, les toucher, les accompagner, les rassurer, effectivement ç'a été extrêmement douloureux (…) il y a un grand sentiment de frustration, de colère pour certains, de pas avoir pu effectivement au moins voir et accompagner (…)*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Mais la vie reprend ses droits comme elle a repris ses droits quand il y avait la peste, le choléra, la tuberculose, la guerre. Il y a des moments dans l'humanité de sidération d'une société, d'un pays, d'une région… »

M13 « qu'ils ont fini tout seuls, dans le froid, en chemises d'hôpitaux, dans les structures qui n'étaient pas adaptées pour…Parce que je les ai vus sur place, je me dis c'est…C'était la négation de l'humanité. »

7.3 Approche de la mort dans l'incertitude

Pour une praticienne, le COVID 19 a été une raison de rédiger son testament, dans le doute et l'incertitude que cette épidémie pourrait apporter, notamment sa propre mort (M10).

7.4 Raison de mourir

Pour quelques médecins, le COVID 19 a été considéré comme une raison de mourir de quelque chose (M6,8).

M6 « Il fallait qu'ils partent. Ça a été quelque chose qui leur a permis de partir. »

III Deuil personnel

1. Vécu du deuil

Le deuil personnel représente la période après la mort d'un être aimé, donc il est un reflet de mot « amour ». La relation avec le défunt est donc beaucoup plus intime et profonde que dans le deuil professionnel (M3,8,11).

Les deuils personnels les plus marquants étaient ceux, qui concernaient la personne la plus chère pour le médecin, souvent avec la notion d'un choc émotionnel.

Le deuil non préparé, sans la possibilité de dire au revoir est vécu de façon hautement traumatique. La recherche du coupable peut s'imposer dans ces situations-là (M7).

Le deuil le plus touchant est souvent celui qu'ils ont vécu en tant qu'enfant ou jeune adulte, qui correspond à la première réelle confrontation à la mort et la découverte du corps sans vie. C'est d'autant plus difficile que la personne décédée était jeune (M8).

Les médecins ressentent de la tristesse, de la colère, de l'incompréhension, parfois la frustration quand la cause de décès est non élucidée (M8,11). Le deuil est mal vécu si le décès n'a pas de justification médicale (M9).

Pour une généraliste, le deuil est une étape (M2).

Pour certains, c'est plus compliqué de verbaliser le deuil que de le vivre tous les jours (M2,7).

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Ils utilisent les mêmes moyens de protection que pour le deuil professionnel : la foi, la méditation, le sport. Un médecin confie que si un jour il a besoin d'aide, il demandera de l'aide avec certitude à un autre médecin (M5).

M4 *« Je me souviens de son corps sans vie, je pense que je n'avais pas dû voir beaucoup des corps sans vie avant lui et il était froid, je l'ai touché, à un moment je me suis même un peu couché à côté lui et c'était bizarre, il n'était plus là... »*
M9 *« C'est plutôt un non-sens philosophique de se dire que ce n'est pas normal de mourir à cet âge-là. C'est vraiment…Les deuils les plus marquants ce sont ceux-là. Les deuils de non-sens. »*
M11 *« J'avais 15 ans, c'était la première fois que j'étais confronté à la mort (…) Là c'était marquant parce que c'était le premier contact, parce que c'était quelqu'un que moi j'ai connu pendant 15 ans et là ça été douloureux (…) Là le fait de perdre quelqu'un de plus jeune, là ça m'a ébranlé et choqué. »*
M12 *« C'est un choc, un évènement extrêmement brutal forcément, qui ébranle toute la famille de manière prolongée. (…) Une forme de colère, d'incompréhension, de la tristesse, et en même temps les conséquences sur la famille à gérer avec des réunions de famille dans les suites qui ont été difficiles à vivre. »*

2. Deuil anticipatoire

Un médecin avoue avoir préparé le deuil de sa mère, en étant déjà enfant. Il a fait un deuil anticipatoire déjà à 6 ans, en prenant conscience de la réalité et l'inéluctabilité de la mort de celle qu'il aime le plus.
M5 *« Je sais très bien que je perdrai ma mère, mon père, les personnes qu'on a les plus chères, normalement, quand on est enfant. Mais j'ai déjà pleuré très longtemps ma mère quand j'avais 6 ans et que je réalisais qu'elle mourait un jour. Donc j'ai déjà fait mon deuil ce jour-là. »*

3. Notion de la mort de la personne pendant son vivant

Une autre notion de mort et du deuil peut concerner la personne avec les troubles cognitifs sévères, en incapacité de reconnaître ses proches et sa famille. Pour le médecin, cette situation peut être vécue comme la mort de son vivant, car son individualité psychologique qu'il connaissait a disparu, malgré la présence réelle du corps.
M5 *« Ma mère, une partie de ma mère est morte…Quand elle m'a plus reconnu c'était dur (…) C'est ma mère qui me reconnait plus, c'est plus vraiment la même mère, c'est une autre personne… »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

4. Deuil important dure toute une vie et ne s'arrête jamais

Pour un médecin, le deuil est un processus qui **ne se finit jamais** et avec lequel nous devons continuer à vivre. Il est marqué par plusieurs **réactivations** et nous les subissons tout au long de notre vie. C'est l'intensité qui se modifie avec le temps (M8). La notion de fin n'existe pas, car l'individu doit se confronter à l'absence et aux conséquences de ce manque pendant toute son existence, comme dans le cas de la perte d'une mère pour un enfant.

M8 *« Je n'ai pas pu être adulte avec ma mère présente… Je pense que j'aurais besoin de pouvoir lui poser des questions sur les choses et d'avoir des réponses. Mais bon ce n'est pas possible. »*

5. Absence d'accompagnement

Plusieurs généralistes avouent ne pas être accompagnés dans leurs deuils, de devoir les traverser dans la solitude, sans aide psychologique (M10,11,13) Cela concerne surtout les deuils vécus dans le passé lointain, où le soutien psychologique n'existait pas.

6. Présence d'aide

Néanmoins, tous les praticiens n'ont pas le même vécu. Une généraliste affirme avoir eu l'aide qui venait de partout, de sa famille, les amis, des professionnels et qui a évolué au fil de temps (M8).

7. Second plan et acutisation du deuil par la souffrance des proches

Quelques praticiens ont vécu leur deuil dans l'ombre de la souffrance de leurs familles. Certains médecins décrivent la souffrance de deuil de leur proche plus importante que la leur, en les mettant parfois au second plan. La souffrance de proches peut acutiser la douleur du médecin (M2,9,10).

M2 *« C'est juste que le fait de voir ma mère mal c'est difficile et en plus ça ravive ma souffrance de deuil. »*

8. Famille

D'autre part, la famille peut être aussi un réel soutien. Le décès et la tristesse permettent aux familles d'être plus soudées (M1,8). Le fait d'avoir des enfants est un facteur protecteur et un facteur de résilience (M2).

M1 *« C'est une occasion qui est évidemment très triste mais ça reste des moments où on est rallié, ça unit aussi la tristesse. »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

9. Temps

Un médecin souligne l'importance du temps dans son travail de deuil, dans l'acceptation et la compréhension de ces mécanismes.

M10 *« Personne je dirais. Le temps (…) Donc je pense vraiment que c'est juste le temps, avec le temps la compréhension un certain nombre de choses qui ont fait que. C'est pour ça que c'était si long aussi. J'ai vraiment mis du temps à me remettre. Parce que toutes ces phases-là ont pris du temps avant que je comprenne...Que je sois un peu plus lucide sur ce qui s'était passé, pourquoi j'étais en colère, contre qui j'étais en colère. »*

10. Conscience de l'impact destructeur possible du deuil

Deux médecins soulignent l'importance de la prise de conscience du deuil et de l'impact qu'il peut engendrer sur leur vie avec le risque destructif (M3,13).

M3 *« Perdre un être cher c'est douloureux, mais il ne faut pas que notre vie s'arrête et qu'on soit mal mené, parce que à ce moment-là on entre dans une phase, situation morbide et du coup on détruit sa propre vie en regrettant les êtres chers qu'on avait perdus. Et à ce moment-là, nous, on vit plus, et on fait un deuil pathologique où on tourne autour de ça et finalement on détruit sa propre vie. »*

M13 *« Je vivais les décès des autres de façon hautement pathologique. A tel point que je ne voulais plus vivre et je voulais moi aussi mourir. Je voulais me supprimer parce que je me disais de toute façon…Parce que je n'ai pas été aidée…J'ai continué à beaucoup travailler sur la philosophie et sur la spiritualité. Et j'ai réussi à trouver des clés, des portes, toute seule. »*

11. Deuil personnel perçu comme une richesse

Le deuil peut être vécu aussi comme une richesse dans plusieurs dimensions : personnelle, en renforçant les liens familiaux et la personnalité de la personne endeuillée, mais aussi dans le cadre professionnel, pour pouvoir dire : « je sais, je comprends » (M1,3,8,12). Un médecin a utilisé son deuil pour comprendre les mécanismes de sa résilience, pour les faire profiter à ses patients (M3).

M12 *« C'est plus l'accompagnement de la famille endeuillée qui était plus marquant, parce que je me sentais peut-être plus en mesure de comprendre ce qu'ils vivaient, parce que j'ai vécu un peu ça. »*

Une généraliste rapporte que le vécu de deuil personnel lui donne une approche différente de ses confrères qui ne l'ont pas vécu. Le deuil fait partie de la souffrance qui permet de grandir (M13).

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

12…qui peut engendrer le changement de la vision de la médecine

Une praticienne confie que son deuil personnel a changé complètement sa vision de la médecine et de la souffrance. Le fait de voir souffrir son proche en fin de vie, lui a donné une sensibilité supplémentaire et la prise de conscience de ce que ses patients peuvent encourir.

M8 *« Et je crois qu'il faut vraiment avoir vécu ou avoir un proche qui l'a vécu pour se rendre compte à quel point c'est terrible. Je pense que les médecins ne mesurent pas. Tant qu'ils n'ont pas vécu ou vu vivre par un proche. »*

13. Impact de la vie professionnelle sur le deuil personnel : le regret

Un médecin confie un certain regret de ne pas avoir assez de temps avec sa mère avant sa mort. Une autre praticienne se reproche d'être absente au moment de la mort de son proche, à cause de son travail de médecin (M3,10).

14. Peur du deuil

Plusieurs médecins n'ont pas peur de deuil, en le considérant comme la normalité, la partie de la vie et une certitude (M6,7,10, 12). Le fait de vivre le deuil est le reflet de notre humanité, c'est une preuve que nous avons des sentiments (M7).

M7 *« Le deuil c'est normal. Ça veut juste dire qu'on a des sentiments et qu'on est humain. »*

Certains médecins confient craindre le deuil concernant la perte de leurs enfants. Ils avouent les aimer le plus au monde et ne pas pouvoir accepter leur disparition (M3,11,13).

M13 *« Je ne voudrai jamais connaître…Jamais connaître la perte d'un enfant…ou d'un petit enfant. Je ne le supporterai pas. »*

Une praticienne souligne qu'elle ne craint pas le processus de deuil mais la perte en elle-même de ses enfants (M9).

Un médecin évoque avec franchise le fait que pour lui **les enfants sont d'une certaine façon la prolongation et la continuité de sa vie**, en plus de tout l'amour qu'il ressent envers eux. Donc leur mort effacera d'une certaine façon aussi sa vie et le souvenir de lui-même. Il se questionne sur l'égoïsme de son ressenti (M3).

M3 *« Oui, si un de mes enfant venait à mourir, ça c'est un deuil qui me fait peur parce que ma vie n'aurait plus de sens. Là, **je survivrai, je ne vivrai plus**. Je me pose parfois la question, est ce que c'est parce que mes enfants ce sont ceux qui viennent après moi, c'est le prolongement de ma vie (…)*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Si je perds un de mes enfants, ça serait pour moi fini, il y aurait plus de vie après moi, de souvenirs…Je les aime trop pour accepter de les perdre. De partir avant eux, voilà. Un jour, ils mourront, c'est sûr, mais après moi, pas avant. »

Une autre généraliste affirme avoir très peur des deuils à venir. Elle craint la réactivation de son deuil personnel qui l'accompagne dans sa vie tous les jours et qui n'a pas de fin (M8).

IV. Perception de la mort

La mort est perçue de différentes façons par les médecins interrogés.

1. Contrat de la vie

Pour la plupart, elle fait partie du contrat de la vie, de la normalité, de l'ordre des choses. Elle est notre destin et notre compagne. Toute mort est unique. Elle peut être vécue comme une fatalité, ce qui permet de l'apprivoiser. La mort est inexorable. Elle est une certitude. Nous sommes tous égaux devant la mort, car nous sommes tous mortels dès notre naissance (M1,3,5,6,7,8,10,11,12,13). Celui qui l'ignore est dans le déni (M11).

2. Peur

La plupart de médecins n'ont pas peur de la mort (M1,2,3,5,6,7,8,11,12,13). Ils craignent plutôt la souffrance qu'elle peut engendrer. C'est surtout la façon dont nous mourons qui terrifie (M12).
Un généraliste souhaiterait contrôler « le comment » (M7). La peur de la mort peut apparaitre lors de l'approche de la mort (M2).
Un autre praticien a peur de mourir avec des regrets, de ne pas pouvoir faire tout ce qu'il souhaite faire avant son décès (M5). Il pense que la peur est conditionnée par l'âge dans le sens où la personne âgée redoute moins la mort car elle a eu le temps de tout vivre. Il croit que ce n'est pas la mort qui fait vraiment peur mais l'inconnu (M5).
Deux médecins ont peur de leur propre mort dans le sens de deuil qu'elle peut provoquer chez leur proches (M9,10).

3. Mort préparée

La mort peut être préparée pour arriver au bon moment, pour pouvoir dire « au revoir » (M4). Certains généralistes craignent de ne pas pouvoir assez profiter de leur vie, de leurs proches avant son arrivée (M3). Ou qu'elle arrive au moment de leur plus grand bonheur (M13).

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

4. Injustice

La mort peut être perçue comme une injustice ou un échec, si elle arrive au mauvais moment, trop vite, trop jeune, trop brutalement, si elle touche une personne aimée (M3,8,9,13). Si elle n'a pas de sens philosophique ni médical (M9), elle a besoin de raison, une cause pour partir (M9).
Personne ne peut la mériter. Elle n'est pas une sanction, car le moment de la mort est dû au hasard de la vie (M3).

5. Délivrance

La mort peut être une délivrance quand la souffrance est trop importante ou trop longue (M2,8).

6. Conscience et sérénité

La conscience de la mort augmente avec l'âge, car nous nous sentons moins immortels, moins tout puissants en vieillissant (M12). Plusieurs médecins se sentent sereins à l'idée de la mort (M11,13).

M3 *« C'est notre compagne la mort (…) La mort fait partie de la vie, c'est clair, donc c'est inexorable, ça ne me gêne pas, mais je n'ai pas envie que ça arrive trop tôt, parce que je veux bien profiter des autres. Autrement la mort ne me fait pas peur. (…) Le jour où on nait on devient mortel. Donc la vie est un passage plus au moins long. C'est là où c'est injuste, peut-être. Il y a les gens qui meurent vieux et d'autres qui meurent jeunes alors qu'il n'y a pas de raison qu'ils meurent. »*
M5 *« Quand on a vécu, on a plus peur de mourir…On attend la mort avec joie. Avec sérénité au moins. Quand on a tout vécu. On ne peut pas tout vivre mais quand on a eu une vie bien remplie : des enfants, des petits enfants, on a eu un travail, une femme, des enfants, bon voilà, c'est une belle vie. Après j'ai envie de dire, on a fait un tour. Et puis c'est fatiguant de vivre, on a des douleurs, on a mal partout, on a des gens qui meurent autour de soi, on est seul, on entend moins, on voit moins, il y a un moment où on est prêt à mourir…Il ne faut pas voir la mort comme un échec c'est une fin en soi, on est on n'est pas là pour…On n'est pas là pour rester…de toute façon donc je suis très fataliste. »*
M11 *« La mort fait partie de la vie et la mortalité ou le statut du vivant pour moi est complètement synonyme. Alors celui qui ignore ce statut de mortalité ou n'y pense pas est dans le déni ou dans l'ignorance et puis celui qui le sait, vit avec, alors il peut y vivre douloureusement, moi pas du tout… Là j'ai un détachement total. Si c'est demain c'est demain, si c'est maintenant voilà (…) C'est inscrit dans notre parcours de vie, et dans la vie il y a cette mort qui …J'ai une certaine fatalité par rapport à cette perspective-là (…) Je n'ai absolument pas peur de la mort. On parle de la mort. La souffrance et comme tout l'être humain, je ne désire pas souffrir (…) ça fait partie du contrat de la vie.*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Tu ne peux pas voir l'aube si tu n'as pas traversé le chemin de la nuit. Donc là, la vie ce n'est pas la nuit, mais le chemin de la vie, il y aura un moment où la mort va arriver. »

M12 *« C'est surtout la façon dont on meurt qui fait peur, je pense, plutôt que la mort en elle-même. C'est la peur de souffrir (…) j'ai l'impression que plus les années passent plus j'accompagne des patients et puis je pense qu'en prenant des années on est de moins en moins…On se sent de moins en moins tout puissants…On devient de moins en moins immortels. On a conscience que ça nous arrivera aussi. »*

V. Perception de la vie

Il est impossible de parler de la mort sans parler de la vie.

1. Profiter de l'instant présent

Pour plusieurs médecins, la vie est un don dont il faut profiter, car nous ne savons pas quand et comment la vie s'arrêtera. Nous avons le chemin de vie avec notre destin. Le défi d'aujourd'hui est comment vivre notre vie (M3,7,13).

M3 *« La vie est merveilleuse et c'est un don du ciel. Mais il faut en profiter (…) On ne sait pas quand et comment ça s'arrêtera donc il faut profiter de la vie. »*

M7 *« Le challenge est là. Quoi faire de cette vie ? »*

M13 *« On a un chemin de vie, on a une destinée, on est fait pour faire des choses dans nos vies. »*

2. Fragilité et fatalité

Un praticien décrit sa vision de la vie comme quelque chose de très fragile, imprévisible, qui peut disparaître à tout moment comme une bulle de savon.

M11 *« Il y a une phrase latine qui dit « Ecce Homo Bulla » c'est-à-dire que le statut de l'humain est comme une bulle de savon, or ça éclate. Montaigne a dit aussi d'une manière très pertinente, la vie est une chose tendre et il est très facile de la déstabiliser. »*

Il évoque également une réflexion intéressante sur la réduction d'une vie humaine à un tiret. Au cimetière, nous voyons deux dates : de la naissance et de la mort, et le tiret est le seul reflet de la vie de la personne décédée.

M11 *« Quand tu vas dans un cimetière, tu vois une vie qui se résume à un petit tiret qui est situé entre les deux dates. Et tu te dis voilà la vie de cet homme, cette femme, dont le nom est inconnu et qui est mort il y a des…Et que ça se résume à un tiret…Qu'est ce qui s'est passé dans ce tiret-là ?*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Plein de choses, plein de joie, de tristesse…Mais finalement, il y a une date de naissance, une date de mort et un tiret. Moi je suis dans ce fatalisme là, mais qui n'est pas douloureux. Une vie se résume à un tiret entre deux dates. »

VI. Dimension spirituelle

La dimension spirituelle est présente pour certains médecins. Cinq médecins sur 13 interrogés sont croyants et évoquent la religion chrétienne (2,3,5,9,12). Deux médecins se questionnent sur l'existence d'une force supérieure (M8,10).

1. Consolation

La religion peut être une source d'apaisement, de consolation et de résilience. Elle permet de survivre après les décès traumatiques notamment grâce au temps de prière. Deux médecins avouent être portés par leur foi, c'est quelque chose qui les aide dans leur vie personnelle et professionnelle (M2,12).

M12 *« Dans mon cas, la foi et la dimension spirituelle sont présents et oui, c'est forcément quelque chose qui m'a aidé, qui m'a porté. Par rapport au deuil que j'ai pu traverser, comme ça m'aide globalement, ça ne m'aide pas que dans les situations de deuil fort heureusement. »*

2. Déception

Un autre médecin avoue avoir essayé d'y croire mais qu'il n'y arrive pas. Les religions sont pour lui une cause de beaucoup de maux de ce monde, des conflits, des discriminations. Néanmoins, Il respecte les croyances des autres. Il est déçu par la religion (M1).

M1 *« Je trouve que des religions dans le monde ont été à la base d'énormes conflits, de discriminations et le sont encore aujourd'hui (…), j'en veux un peu à ce côté des religions, qui est pour moi la cause de beaucoup de maux de ce monde. »*

3. Imperméabilité à la foi

Un généraliste se trouve dans une situation inconfortable, où la foi est pour lui imperméable, incompréhensible, il avoue se sentir mal dans les lieux de culte (M7).

M7 *« La foi c'est beau chez les autres, mais alors moi…Elle est imperméable. (…) Il me poussera peut-être des élans de foi à l'aube de ma vie, au crépuscule de la vie. »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

4. Divorce avec la foi à la suite de mort traumatique

D'autre part, la mort traumatique peut être aussi la raison de divorce avec la foi, du profond questionnement, qui peut être motivé par la colère face à la mort. Si le Dieu d'Amour existe pourquoi il permet l'injustice de la mort, par exemple la mort d'un enfant. La mort et le deuil mal vécus peuvent devenir l'acte fondateur de cassure avec la foi. Il confie ne pas avoir besoin d'esprit supérieur pour pouvoir avancer dans sa vie mais Il constate que la foi permet aux autres personnes de survivre à des situations traumatiques (M11).

M11 *« Maintenant j'analyse après le coup, mais c'est l'acte fondateur de ce divorce avec la religion et la foi. (…) je ne comprenais pas bien pourquoi effectivement Dieu dit d'amour permettait alors, là je… c'était le raisonnement d'un garçon de 15ans, permettait qu'un enfant décède (…) Et ç'a été vraiment une cassure (…) Il y avait certainement une colère, en disant que ce n'est pas possible que…Dieu permet ça tout comme dans d'autres situations… »*

5. Foi punitive

Un médecin athée suppose que s'il était croyant il pourrait voir la face punitive de la dimension spirituelle (M6).

M6 *« Je serais croyant, j'aurais peut-être peur d'aller en enfer mais je ne suis pas croyant. »*

6. Rationalité médicale et regret de ne pas avoir de la spiritualité

Une généraliste regrette le fait de ne pas avoir de spiritualité, qui pourrait être bénéfique pour elle. Elle confie que la médecine la raisonne ce qui empêche la spiritualité d'exister(M8).

M8 *« Les études de médecine m'ont fait tomber dans une rationalité qui m'empêche d'avoir l'accès à la spiritualité. »*

7. Questionnement

Une autre praticienne cherche activement une dimension spirituelle. Elle avoue que la foi n'est pas quelque chose que nous pouvons décider nous-même (M10).

M10 *« Mais depuis quelques années je m'interroge quand même sur le sens de la vie, sur la présence de l'homme sur terre, je me dis, bon. Je n'ai pas de réponses en fait. Ce ne sont que des interrogations. J'aimerais beaucoup pouvoir adhérer à une dimension spirituelle et pouvoir imaginer qu'il y a cette dimension spirituelle. Ce n'est pas si simple, parce que ce n'est pas quelque chose qu'on décide*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

demain matin en se levant en disant aujourd'hui je crois, ce n'est pas comme ça que ça se passe. Je réfléchis sur ces sujets-là. »

VII. Perception d'un au-delà

1. Existence

Quelques médecins croient en l'au-delà dans le contexte de leur foi (M2,9). Ils n'ont pas de peur particulière. Une généraliste affirme ne pas craindre quelque chose sur laquelle, elle n'a pas d'influence (M2).

M2 *« Ça ne sert à rien de s'inquiéter pour les choses qu'on ne peut pas gérer. Se dire notre foi et ce que je crois existe, et tant mieux et ça sera chouette, après quelques années d'interrogatoire, soit mon instinct et ma foi avaient tort, et il n'y a rien et tant pis, c'est comme ça et ça sera comme ça. On aura aussi profité de ces moments sur terre. »*

2. Espérance

Une praticienne avoue que la croyance en l'au-delà permet d'apaiser sa peine après le décès de ses proches (M9).

M9 *« Comme si ça m'arrangeait bien d'avoir une autre chose à espérer pour la personne qui est partie. »*

3. Curiosité

Une généraliste avoue avoir beaucoup de curiosité sur l'existence d'un monde parallèle.

M4 *« A la fois j'ai beaucoup de curiosité. Je voudrais bien savoir tout ça. Quand j'étais petite, c'est marrant parce que des fois je vois mes enfants qui disent un peu la même chose : j'aimerais bien mourir tout de suite, comme ça je saurais ce qu'il y a après, tu vois (…) Après malgré tout, ma raison me dit, j'ai plutôt tendance à penser qu'il n'y a rien du tout. »*

4. Tristesse et déception

Un médecin confie qu'il souhaiterait bien croire en l'existence de quelque chose après la mort, mais il est persuadé qu'il n'y a rien après la mort et c'était une source de tristesse dans le passé(M6).

M6 *« J'aimerais bien croire en un truc, oui, on peut revenir, on voit les gens en haut et puis on se réincarne…J'aimerais bien mais je pense qu'il n'y a rien…Donc ça ne me fait pas peur. Ça m'attriste. En fait non, ça m'a attristé avant quand j'étais jeune et quand j'avais foi en l'avenir. Aujourd'hui je n'ai plus du tout foi en l'avenir, parce que je me disais à l'époque, tu ne seras pas là quand on ira*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

voyager en espace intersidéral pour voir… C'est marrant, je me disais je ne serais pas là pour le progrès de la science. Et aujourd'hui je suis en train de me dire il vaut mieux ne pas voir ce qu'il va se passer donc…Il vaut mieux qu'il n'y ait pas d'au-delà. »

5. Souvenir

Plusieurs médecins considèrent que nous survivons grâce aux souvenirs des ceux que nous aimons (M1,3,11).

M11 *« Victor Hugo a eu des très belles phrases là-dessus. Quand il a perdu sa fille, il disait que sa fille n'était plus là où elle était avant, par contre elle était toujours là où il était, parce qu'elle était encore dans son cœur et dans sa tête. Donc ils sont toujours vivants mais pas dans …pour moi. Pas dans un monde ou dans un lieu, ils le sont et ils le seront jusqu'à ce que moi je parte, et c'est comme ça que je vois la vie. On ne vit que dans l'esprit ou le cœur de ceux qui sont, qui ont encore la mémoire de ceux qui ont existé. »*

6. Réincarnation

Une praticienne avoue ne pas être croyante mais qu'elle possède sa vision spirituelle. Elle croit en une réincarnation particulière.

M13 *« Je me dis que de toute façon, je deviendrai des molécules pour nourrir les herbes, les fleurs et les arbres. (…) Je sais que je vais me réincarner dans la nature (…) Et que petite partie de nous fera partie d'un grand tout. »*

7. Surprise

Un médecin ne peut pas imaginer le monde après comme quelque chose de négatif. Elle est plein d'espoir et attend des surprises.

M10 *« J'en suis sûre. Les questions de spiritualité à l'ère actuelle ce n'est pas un au-delà qu'on envisage comme négatif ou punitif ou malveillant ou désagréable …donc non, ça ne me fait pas peur. Du tout. J'attends les surprises… »*

8. Fatalité

Un praticien évoque avec fatalité que nous vivons dans un cosmos qui va disparaître (M11).

M11 *« Au-delà pour moi, on est dans un cosmos qui a une fin, on sait que dans 5 milliards années le soleil va exploser et va engloutir ce système et donc la terre donc toutes nos petites ou nos grandes ambitions ou nos possessions ou autres vont être englouties dans cette … »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

9. Croire en l'au-delà est une chance pour certains

Un praticien affirme que croire en l'au-delà c'est une chance, car peut-être c'est plus simple.

M3 *« Ça ne me console pas de la mort, la vie après. Il y en a peut-être une pour certains. Ils ont de la chance, ceux qui croient en la vie dans l'au-delà parce que c'est peut-être plus simple. »*

VIII Accompagnement de fin de vie

1. Préférence des médecins généralistes pour l'accompagnement de fin de vie

Quatre médecins expriment leur attirance pour la fin de vie de leurs patients et leur accompagnement vers la mort (M3,5,11,13).

Un médecin confie parler beaucoup de la mort avec ses patients. Il se sent parfois seul dans cet accompagnement (M5).

M5 *« Ce n'est pas que j'aime voir les gens mourir, mais j'aime bien les accompagner jusqu'au bout, j'aime ça. C'est quelque chose qui me plait en médecine générale. (…) Je parle beaucoup de la mort avec mes patients…comment ils veulent mourir. »*

2. Honnêteté

Les médecins soulignent l'importance de l'honnêteté de leur discours en fin de vie du patient (M3,10).

M3 *« Et surtout de ne pas raconter n'importe quoi, ça vous savez. Pas leur raconter des mensonges. Je n'ai jamais raconté, j'ai essayé de ne pas raconter de mensonges aux gens et leur dire mais vous allez voir, on va s'en sortir. Quand on sait qu'on est à un stade dépassé, il ne faut pas les prendre pour des imbéciles. Il faut leur dire qu'ils vont mourir. »*

Deuil d'honnêteté

Une généraliste avoue être confrontée au deuil d'honnêteté envers sa patiente en fin de vie. Elle connaissait le pronostic fatal de sa patiente qui était encore en soins actifs, néanmoins, elle ne voulait pas lui enlever tout espoir, car le moment exact de la mort n'est pas une certitude.

M10 *« Il y avait un deuil de l'honnêteté avec elle parce que ce n'était pas le moment de lui dire que de toute façon elle allait mourir, elle était encore dans le soin…Puis on ne peut pas dire ça, ce n'est pas écrit, elle a peut-être une chance de…Mais une probabilité de mourir quand même… »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

3. Dignité dans la vulnérabilité de la fin de vie, mourir sans souffrance et si possible accompagné

Les médecins signifient que la fin de vie est marquée par la vulnérabilité et que leur rôle est d'apporter la dignité dans les derniers moments de la vie (M4,5,11).

M11 *« S'il y a à accompagner quelqu'un en fin de vie, c'est quelque chose que j'accepte très facilement parce que la dignité humaine c'est quelque chose pour moi qui est le socle de ce que je considère être ma profession (…) Mais à ce moment là où la personne est dans une vulnérabilité complète, celle de l'absence de ressources thérapeutiques, curatives, là moi je trouve que c'est mon rôle et c'est extrêmement important pour moi de …Cette dernière partie de chemin qu'on a à faire. (…) Le deuil ne s'est jamais mal passé d'un point vue professionnel à partir du moment où j'ai donné au patient, à la famille les moyens de garder cette dignité, d'amoindrir au maximum les douleurs et les souffrances morales »*

Pour un médecin, la fin de vie lui échappe par rapport à la mise en place des soins palliatifs hospitaliers. Néanmoins, il arrive à rattraper cette frustration grâce à la mise en place d'HAD et le fait de retrouver à nouveau ces patients en fin de vie pour pouvoir les accompagner (M3).

4. Souffrance des patients inimaginable

Pour un praticien, la souffrance de ses patients c'est quelque chose d'impossible à imaginer (M12).

M12 *« On a beau accompagner de notre mieux nos patients, on n'est pas à leur place. Mais je pense qu'il y a beaucoup des choses qu'on ne peut pas imaginer tant qu'on ne les a pas vécus. (…) Ils vivent des choses bien pires que ce que je peux imaginer. »*

XI La prise en charge du deuil en médecine générale

1. Empathie

1.1 Empathie comme la fondation de la relation médecin-patient

La relation médecin-patient doit être fondée sur l'empathie pour tous les médecins interrogés. Avoir devant soi la personne en profonde souffrance nécessite la compréhension de ses émotions mais sans y adhérer pour pouvoir apporter l'aide nécessaire (M1,2,3,5,10,11,13).

M2 *« Pour moi, l'empathie a sa place partout, pas que dans le deuil, pour moi, c'est une des premières qualités de médecin généraliste, c'est d'acquérir justement les émotions et la souffrance de la personne qui est en face de nous (…) Pour moi, on ne peut pas être un bon médecin et ne pas être*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

empathique parce que sinon ça s'appelle un ordinateur et ça existe déjà mais ça ne soigne pas les gens aussi bien. »

M11 *« Avoir l'empathie comme fondation de sa relation au patient. Quelle que soit d'ailleurs la situation, et le deuil en particulier (…) on a en face de soi quelqu'un qui est dans la douleur et dans la souffrance et on doit comprendre les raisons de cette souffrance mais sans adhérer de manière personnelle à cette souffrance pour justement l'aider d'une manière plus efficace. »*

Pour une généraliste, son métier permet de transformer les émotions des gens.

M8 « L'empathie c'est ce qu'on devrait avoir tout le temps. C'est-à-dire percevoir les émotions de l'autre et les comprendre et l'aider à les transformer par notre métier (…) Je crois qu'en tant professionnel c'est vraiment ça, faire un espace où les gens peuvent venir pleurer, exprimer leurs émotions parce que cet espace ils ne l'ont pas forcément ailleurs. »

1.2 Humanité

Deux généralistes soulignent que la notion d'humanité est indispensable dans la prise en charge empathique (M7,11).

M7 *« Le côté humain de la médecine qu'on imagine pendant nos études de médecine, c'est pile poil à ce moment-là qu'il faut que ça sorte. Toute la science humaine prend son sens. »*

1.3 Consolation

Un généraliste évoque la consolation comme la première étape dans la prise en charge du deuil (M3).

M3 *« C'est très important, donc de consoler les gens, tout simplement. Et pour consoler il faut être empathique. Les consoler, par les gestes, pas les mots, par des attitudes. La consolation est fondamentale. Avant de les faire cheminer dans le deuil, par la verbalisation, il faut les consoler. Et consoler passe par l'empathie c'est la première chose à faire, la première étape. »*

1.4 Tendresse

La tendresse avec des gestes discrets a toute sa place pour pouvoir consoler (M3,4).

M3 *« Tenir une main, pas d'effusion, il ne faut pas exagérer. Un geste simple, tenir une main avoir l'écoute, l'attitude (…) La tendresse… »*

1.5 Utilité par une présence : Balint

Un médecin évoque la simple présence comme thérapeutique (M11). Une autre généraliste affirme respecter le silence si cela est nécessaire pour le patient (M8).

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

M11 *« Comme dit Balint le **médecin peut être un médicament à lui seul rien que par sa présence** et pas forcément par ses mots donc peut-être il y a eu certain effet psychothérapeutique de par ma présence. (…) Ce moment là où les ressources sont épuisées, ou on n'a plus que notre présence, notre empathie, notre accompagnement de la personne et de l'entourage. (…) C'est un moment très fort, parce que là j'ai un sentiment pas de réussite, mais d'**utilité**. »*

1.6 Écoute active

Plusieurs médecins décrivent l'écoute active comme l'outil de l'empathie. (M2,3,4,5,8,9,10,11,12,13)

M12 *« Une écoute active, je trouve que c'est un outil d'expression de l'empathie. »*

1.7 Absence de jugement

Une généraliste a fait un constat de deuil du chien plus douloureux que de la mère de sa patiente, sans jugement de valeur (M2).

1.8 Cas particulier d'absence d'empathie

Un médecin souligne le cas difficile d'absence d'empathie envers « les gens antipathiques ».

M8 *« Je dirais que justement ce qui est compliqué ce sont les gens pour qui **on n'a pas d'empathie**. Il y a des gens avec qui on s'entend moins bien, qui ont plus tendance à nous irriter ou des fois on est vraiment en désaccord avec les façons de faire (…) Et là il faut aussi faire du travail professionnel pour se dire là c'est le moment d'avoir l'empathie pour cette personne que je n'apprécie pas spécialement mais qui est en souffrance comme les autres. »*

2. Professionnalisme

Un praticien insiste sur l'importance du professionnalisme et le fait de garder la tête froide tout en restant empathique.

M6 *« Je pense que les gens n'ont pas besoin de ton émotion, ils ont besoin de ton professionnalisme. Il faut que tu gardes en tête que tu as une mission. Tu n'es pas là pour pleurer avec les gens. Tu es là pour les aider. Et je pense qu'ils ont besoin de quelqu'un qui a la tête froide et qui les aide. Et tu peux être empathique. Les gens ils voient quand tu es empathique. »*

3.1 Contact avec la famille

Un généraliste souligne l'importance du premier contact avec la famille au moment du décès pour le bon cheminement du deuil. (M7)

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

M7 *« C'est le premier rapport humain que la famille a vis-à-vis du corps médical au moment du décès. Je trouve que ça conditionne, ça peut conditionner leur mémoire, le deuil. Parce que s'il y a un rapport conflictuel avec le soignant le deuil ne se fera pas bien. »*

Une autre praticienne souligne l'importance de condoléances pour la famille endeuillée, pour leur signifier que la mort de leur proche n'est pas passée inaperçue (M8). Un autre médecin écrivait aussi aux familles endeuillées (M3).

M8 « J'essaie vraiment d'appeler pour présenter mes condoléances, même si c'est sur le message vocal… Notamment par rapport à l'histoire personnelle. Ma mère a décidé d'arrêter son traitement de chimio pour le cancer et elle savait très bien qu'elle allait mourir. (…) Personne ne s'en est soucié en fait. Elle n'est plus venue et elle a disparu entre guillemets. Elle était juste plus là et personne n'a remarqué. »

3.2. Enterrements

Quelques médecins affirment ne pas se rendre aux obsèques (M3,4). D'autres confient y aller quand le lien avec le patient était fort (M6,10).

M3 *« Je n'allais pas aux enterrements évidemment, sinon on n'arrêterait pas (rires). »*

4. Réponses aux questions : pourquoi, comment

Deux médecins insistent sur l'ampleur de la compréhension de la raison de la mort et la nécessité d'avoir les réponses que la personne endeuillée ne peut pas obtenir ailleurs (M5,13).

M5 *« C'est horrible, c'est la double peine. On perd déjà notre proche, en plus on se pose des questions pourquoi il est mort, c'est plus facile quand on sait de quoi il est mort, tout ça. (…) Ils le savent. Ils ont besoin d'entendre ça, c'est important de savoir que personne n'a rien pu faire pour changer les choses, parce que pour eux c'est déjà le premier apaisement. »*

M13 *« Pour qu'ils puissent faire leur deuil, être toujours là pour leur expliquer le pourquoi du comment, ce qu'on faisait avec leur famille, avec leurs parents, comprendre où ils étaient, où eux ils étaient (…) Parce que, comment, vont beaucoup influencer le deuil normal ou pathologique de la personne en plus de sa proximité. »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

5. Psychothérapie

La plupart des praticiens déclarent pratiquer la psychothérapie de façon intuitive et inconsciente pour pouvoir verbaliser leurs patients. Plusieurs médecins mènent des consultations entières dédiées au soutien psychologique, avec la chronophagie qu'il implique (M3,8,9,10,11).

Un praticien se plaint du manque du temps nécessaire pour accompagner les endeuillés(M5).

M1 *« S'ils arrivent à **verbaliser leurs émotions** leurs pensées en construisant le discours qu'ils vont me faire ils vont eux-mêmes aussi réaliser certaines choses et permettent d'avancer sur l'état global, l'état mental (…) mais je pense qu'on la pratique tous de façon inconsciente. »*

Besoin de formation

Les généralistes ne sont pas formés dans ce type de prise en charge, mais en même temps, elle semble indispensable dans le deuil (M1,3,4,7,8,9,10,11,13).

M10 *« Je pense que je pratique de façon intuitive, sans formation. »*

Un médecin signifie qu'il pratique la psychothérapie dans les situations de deuil, mais qu'il y a des traumatismes où il ne se considère pas assez compétent pour le faire.

M7 *« J'ai trop peur d'ouvrir les portes que je serais incapable de fermer tout seul. Dans le deuil, je me sens suffisamment à l'aise. Pour des problématiques d'enfance avec des traumatismes d'enfance, j''y vais pas du tout. Je ne me sens pas du tout compétent pour faire ce soutien. »*

Une généraliste exprime une nécessité de se former plus dans la psychothérapie, car elle se sent parfois limitée.

M4 *« Il faudra que je me refasse une petite formation là-dessus, parce que parfois je me sens un peu limitée au niveau des questions que je peux poser ou…Je me dis que parfois je suis dans une posture d'écoute un peu trop passive. Tu vois...Tu as envie de faire plus...Oui, voilà, un peu mieux aguiller les gens, peut être poser les questions plus pertinentes. »*

Les médecins insistent sur le fait de savoir déléguer quand c'est nécessaire, notamment aux psychologues (M5, 11).

6. Approche singulière

Deux médecins expriment la notion de singularité et de spécificité de chaque mort et chaque deuil (M1,11). Un généraliste signifie qu'au moment de la consultation, la personne en face devient la plus importante à cet instant-là (M11).

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

M11 *« A chaque décès, à chaque deuil sa spécificité, son contexte et là le contexte est pour moi important. (…) Je me consacre vraiment à la personne qui est la plus importante du monde dans l'instant présent. C'est celle qui est en face de moi. Et là je me consacre entièrement à elle, à sa situation à elle, son contexte. Je me mets complétement de côté, là je m'oublie complètement en tant que personne qui peut effectivement être aussi en deuil. »*

7. Notion de donner le temps au temps

Une praticienne utilise la notion de donner du temps au temps et de ne pas se précipiter, accepter que les gens soient tristes après le décès de leur proches (M2).

M2 *« J'accepte de donner du temps au temps (…) C'est normal les premiers jours de ne pas être bien, et de ne pas hésiter à revoir rapidement et plutôt d'adapter au jour le jour et pas forcément traiter tout de suite certains symptômes ».*

8. Thérapies médicamenteuses non systématiques

Le traitement médicamenteux n'est pas systématique pour la plupart de médecins (M1,2,5,7,12,13).

M12 *« Après les traitements médicamenteux, c'est loin d'être systématique. Il m'arrive de prescrire des benzodiazépines à la demande un peu s'il y a beaucoup d'angoisses, toujours en fonction du profil des patients. Les traitements anti dépresseurs, ce sont plutôt des choses qui vont être dans un second temps si on considère qu'il y a un deuil pathologique. »*

9. Foi comme outil de la prise en charge du deuil

Plusieurs praticiens confient utiliser consciemment la foi de leurs patients pour les réconforter, dans le respect et la bienveillance (M1,2,3,4,6,10)

M4 *« C'est comme si quand il y a un mort, ça ouvrait un peu plus le champ strictement médical pur et donc ces sont des choses qu'il m'arrive de demander aux gens, s'ils sont croyants, ce qu'ils pensent ce qui va se passer pour la personne. Je pense que c'est un réconfort et c'est un appui. »*

M6 « Je suis là pour aider les gens et j'utiliserai tous les moyens nécessaires pour les aider. Ce n'est pas parce que je ne crois pas que je ne pense pas que la foi peut aider la personne qui est en face de moi. »

M10 *« Et dans le deuil, quand je sais que ce sont des patients croyants et des familles croyantes c'est quelque chose que j'aborde presque systématiquement, effectivement. Parce que je sais aussi que c'est un ancrage et un point de résilience. »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Un médecin exprime la difficulté d'en parler, étant lui-même croyant.

M12 *« J'ai toujours été vraiment sur une posture de rester très neutre, je ne parle pas. Je vois que j'ai beaucoup de difficulté à en parler, spontanément je ne vais pas parler de spiritualité et de dieu avec les patients endeuillés ou les patients en fin de vie. S'ils souhaitent en parler, je peux en parler un peu avec eux, mais j'ai eu l'impression que ce n'est pas mon rôle à ce moment-là. »*

10. Pas besoin d'une prise en charge pour chaque situation de deuil

Chaque situation de deuil n'a pas besoin de prise en charge en médecine générale (M1,12, 13).

M13 *« Après, il y a des gens qui sont déjà armés pour ça. Et d'autres pas du tout. On voit vite. Je ne vais pas avoir la même attitude avec tout le monde. C'est en fonction de ce qu'ils me disent. »*

11. Manque de moyens

Les médecins ont abordé aussi d'autres difficultés auxquelles ils doivent faire face, notamment le manque de moyens dans les territoires. Ils ne se sont pas assez outillés pour vraiment accompagner la souffrance psychique (M2,3,4).

12. Absence de référentiel

Un généraliste constate qu'il n'y a pas d'un référentiel au deuil, vu la richesse des histoires de vie et de la mort, mais aussi des attentes différentes en fonction du patient (M5).

13. Deuil pathologique

La majorité des médecins constatent qu'il existe une définition théorique du deuil pathologique, mais elle ne reflète pas la réalité (M1,2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12). Ils utilisent beaucoup leur intuition et le relationnel avec le patient pour pouvoir déceler le processus qui devient pathologique (M1 à 13).

Les médecins ont donné leurs propres définitions.

M8 *« Le deuil qui empêche de vivre (…) Je dirais quand une personne est obnubilée par la disparition de la personne, qu'elle arrive plus à manger, à dormir, à faire des activités. C'est ça que je trouve inquiétant, pathologique…Qu'elle a des idées suicidaires. Ça prend toute la place. Et la personne arrive plus à avancer. »*

M10 *« Donc soit l'intensité ou la durée de l'impact qui va me sembler excessive dans le quotidien soit l'absence d'impact. Je vais me méfier si les gens sont normaux, euphoriques, je vais me dire que ce n'est pas normal. »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

M11 *« Je pense que oui, c'est théorique, mais en pratique ça ne signifie rien parce qu'il faut toujours ramener à la personne qu'on a à accompagner et que les cas étant différents, le curseur pathologique est quand même difficile à mettre véritablement. »*

Ils sont très attentifs quand il s'agit d'un décès brutal et inattendu, la personne endeuillée peut se retrouver en état de stress post traumatique (M1). Un médecin se méfie d'acutisation des pathologies surtout psychiatriques (M1). Une autre généraliste remarque que l'absence de réaction au décès peut être un signe d'alerte de deuil pathologique (M10).
Le deuil devient aussi pathologique s'il s'aggrave dans le temps (M13). Il peut également être une cause de se laisser mourir (M1,9).
M13 *« Il faut les voir pour apprendre à dépister un deuil justement pathologique avec derrière quelque chose qui s'installe qui est du domaine de la non-résilience. (…) Les gens au fil des semaines et des mois, s'aggravent même, non seulement se remettent pas du deuil en faisant un travail psychologique sur le départ de quelqu'un. »*

Les praticiens peuvent être également confrontés au refus de l'aide de la part de leur patient (M3,9). Il est nécessaire parfois d'avoir le recours à la prise en charge pluridisciplinaire avec le psychiatre, le psychologue, le médecin de conseil pour mettre en invalidité dans les cas extrêmes (M5).
La prise de conscience de deuil pathologique par le médecin peut arriver plusieurs années après le décès (M5).
Deux praticiens ont décrit un cas particulier de deuil pathologique où le patient n'existe que par la revendication de son deuil et de sa souffrance (M3,11). La personne endeuillée essaie d'entretenir l'attention portée sur elle de façon inconsciente.
M11 *« Ce deuil n'est plus la tristesse d'avoir perdu l'être aimé mais l'espèce de fonctionnement que la personne s'approprie pour continuer à avancer dans la vie. Comme des patients chroniques qui n'existent plus qu'à travers leur maladie. (…) Bien là, il y a des personnes qui après n'existent plus que par la revendication d'une souffrance si non définitive, en tout cas très longue (…) Des personnes qui étaient assez effacées et puis l'alter ego décède et la personne réexiste, alors au départ les amis ou la famille viennent la consoler, par amitié, par amour, pour consoler, ce bénéfice-là, qu'ils ne connaissaient pas avant, ils essayent d'entretenir bien sûr inconsciemment, mais il y a ce statut de deuil pour garder les projecteurs sur eux.»*

Quelques praticiens affirment que le deuil après la perte d'un enfant peut devenir que pathologique, à la suite de leur expérience professionnelle (M3,5, 13).

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

M5 *« La maman qui perd son enfant c'est très difficile. Je ne suis pas sûr qu'on puisse faire le deuil (…) Impossible, faire un deuil d'un enfant, c'est contre nature. Je me trompe peut-être, je m'avance sur mon expérience. »*

M13 *« Je ne crois pas qu'on puisse faire une autre chose que le deuil pathologique quand on perd un enfant (…) Les gens qui ont perdu des enfants dans ma patientèle, je ne connais que les gens qui sont sous anti dépresseur depuis. Et qui arrivent à vivre avec ça, sous anti-dépresseur. Et qu'ils ne peuvent pas les arrêter. Parce que sinon ils somatisent, sinon ils ne dorment plus, ils font des crises d'angoisses. »*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Discussion

Nous avons effectué une étude qualitative auprès de treize médecins généralistes dans la Drôme et en Ardèche pour recueillir les représentations du deuil et leurs témoignages.
Tous les entretiens ont été effectués en présentiel pour pouvoir les mettre en confiance et obtenir la meilleure authenticité de leurs discours, souvent très intimes.

A. Limites d'étude

Notre étude contient plusieurs biais. Premièrement, le biais de recrutement. Les médecins ont été contactés par le bouche à oreille et l'effet boule de neige, ce qui a pu entraîner une sélection de médecins d'environnements semblables.
Deuxièmement, le biais de mémoire doit être aussi souligné, car les discours de médecins reposent sur leur capacité de mémoriser leurs souvenirs et leurs expériences.
Nous ne sommes pas également à l'abri de biais d'interprétation. Néanmoins, les données ont été triangulées pour éviter toute interprétation erronée.
L'étude qualitative n'est pas réellement épuisable, car les parcours de vie et leurs richesses sont toutes différentes et singulières, même si, nous pouvons parfois dessiner les points communs.

B. Le médecin : l'être humain, ses souffrances, ses deuils et la mort

I. Personnalité

Le médecin est un être humain comme les autres. Alain de Broca affirme que la façon dont nous vivons le deuil est influencée par notre personnalité, qui est conditionnée par notre histoire personnelle, nos traits de caractère, nos forces et nos faiblesses (11), ce qui est en accord avec nos résultats, où les médecins affirment que nous sommes tous construits différemment.
Les traits de notre caractère peuvent nous rendre plus vulnérables ou plus forts en fonction du contexte dans lequel nous nous situons. La confrontation à la mort et à la perte met à l'épreuve la construction psychique de la personne en déstabilisant son équilibre émotionnel. Ce processus nécessite une réorganisation intérieure pour pouvoir accepter la perte (11).

II. Définition polysémique du deuil : deuil avec et sans la mort

La plupart des médecins interrogés dans notre étude perçoivent plusieurs dimensions de deuils.

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Le mot deuil a un sens polysémique car il peut faire référence à la perte d'un objet, d'une relation, d'une idée. Les différentes étapes du deuil vont se produire même s'il ne s'agit pas de la perte à la suite de la mort (9). Le lien affectif et l'attachement sont indispensables pour pouvoir parler de deuil (9). Nous pouvons le vivre à la suite de la séparation comme le divorce, une perte d'emploi.

III. Deuil de toute puissance médicale

Le métier du médecin nous confronte au deuil bien particulier, le deuil de toute puissance médicale. Les médecins choisissent souvent cette profession par vocation, par volonté de sauver son prochain, de guérir les autres. Pendant nos études médicales nous apprenons comment prolonger la vie, combattre les maladies et apaiser les souffrances. Une fois dans la vie professionnelle, nous nous apercevons que nous n'avons pas tous les pouvoirs. Nous pouvons repousser la mort grâce au progrès médical et aux avancées thérapeutiques. Mais la mort se présentera tôt ou tard même si notre intervention a pu repousser cette échéance. Cela est inéluctable.

IV. La mort

Épicure admet que *« la mort, n'est rien pour nous puisque, tant que nous existons nous-même la mort n'est pas et que quand la mort existe, nous ne sommes plus »* (18).

La mort est un évènement que nous ne pouvons pas expérimenter personnellement. D'un point vue biologique et médical, elle comprend l'arrêt cardio-respiratoire, et puis depuis 1968 cette définition est complétée en France par la mort encéphalique par la circulaire Jeanneney (19).

Szczeklik constate que le monde actuel « souffre de jeunesse éternelle » et qu'aujourd'hui, la mort est niée, rejetée hors la conscience humaine (20). Nous vivons dans une société où la mort est médicalisée et repoussée aux limites fantasmiques de la médecine (21)

Or, la seule certitude que nous pouvons avoir, c'est que nous sommes les vivants d'aujourd'hui et que nous serons les morts de demain. L'imprégnation de la conscience de la mort fait partie de la maturation de nous-même, en tant qu'humain, et permet notre progrès intellectuel et moral.

Jankélévitch déclare que *« La mort d'un être cher est-elle presque comme la nôtre ?»* (22). C'est la mort de l'autre qui nous affecte par la perte qu'elle provoque.

Nos résultats confirment que la confrontation avec la mort nous renvoie vers notre propre possibilité de finitude par l'effet miroir. Cet effet est d'autant plus fort que les patients décédés nous ressemblent.

Est-ce que nous réfléchissons sur le fait que notre vie prendra fin ? En tant que médecins, nous faisons face à la mort d'autrui quotidiennement.

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Nous accompagnons les mourants, nous constatons leurs décès. Nous voyons les visages sans émotions, nous fermons les yeux figés dans le vide, une fois le dernier souffle rendu qui marque l'arrivée de la mort.

Pour autant, sommes-nous plus conscients que les autres de cette ultime échéance ?

Les médecins interrogés déclarent qu'avec le temps, ils se rendent compte que nous ne sommes pas immortels. Il semble que la peur de la mort diminue avec l'âge (6).

V. La bonne mort et l'accompagnement de la fin de vie

Dans notre étude, nous avons pu évoquer la bonne mort, qui est notre compagne.

Un des concepts de la bonne mort, « euthanasein », a été développé par Francis Bacon au XVIIème siècle. Il vient du mot grec « euthanatos » qui désigne « la bonne mort » (23). Deux dimensions d'euthanasie existaient : la première, l'euthanasie physique comprenant la mort douce sans douleur, et la deuxième, l'euthanasie spirituelle (23). C'est la mort souhaitée par les médecins interrogés : douce pour le corps et acceptée par le mental.

La définition d'euthanasie n'est plus la même à partir du XXème siècle, où elle désigne l'acte de donner la mort délibérément chez un malade incurable et demandeur (24). Elle est actuellement interdite en France, même si elle est autorisée dans plusieurs pays à travers le monde comme en Suisse ou aux Pays Bas.

L'euthanasie se différencie de la sédation profonde, autorisée en France, où le résultat sur la survenue exacte de la mort n'est pas prévisible et découle du double effet des soins (25).

La notion de double effet implique la possibilité d'entrainer la mort lors du soulagement de la douleur.

A la suite de la Convention citoyenne sur la fin de vie, une réflexion sur la proposition de loi autorisant l'euthanasie en France est en cours en 2023 lors de l'écriture de cette thèse.

L'euthanasie s'oppose au serment d'Hippocrate qui est le garant de la supériorité de la vie sur la mort « Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort » (26).

Jusqu'à présent le thésard français ne se parjurait pas en prêtant ce serment puisque la déontologie lui imposait respecter celui-ci. Que va-t-il advenir de ce paragraphe dans ce serment lorsque la loi française permettra l'euthanasie ?

L'euthanasie est parfois demandée par les patients en fin de vie et peut provoquer chez les médecins un conflit éthique non négligeable. D'une part, le devoir éthique et humain en tant que médecin est de soulager les souffrances et de garantir la mort du patient dans la dignité.

La définition de la dignité renvoie vers deux concepts fondamentaux : le droit à la non-dépendance, reflétant la conscience du sujet et le droit à la non-déchéance reflétant l'aspect corporel (23).

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Le médecin peut alors se trouver dans une impasse décisionnelle entre le souhait d'accompagner son patient dans la dignité et sans souffrances et le souhait du patient d'accélérer sa propre mort.
Dans notre étude, un médecin s'est posé la question de sa légitimité d'annoncer à son patient comment il devait mourir.
Est-ce qu'éthiquement, le patient peut demander à celui qui s'est engagé à devenir médecin pour sauver des vies, accompagner les malades de lui donner la mort ?
Pour Rébeillé-Borgella, l'euthanasie est une de trois solutions du monde actuel pour nous sauver de la mauvaise mort : la choisir et la maîtriser. Il décrit les deux autres possibilités pour y échapper : c'est « la mort de la mort », ce qui correspond à la repousser aux limites de la longévité grâce à l'avancement de la médecine ; puis la dernière solution, qui reflète la dimension de l'humanité de la mort avec le développement des soins palliatifs (27).

Dans notre étude, plusieurs médecins affirment avoir une attirance pour l'accompagnement de fin de vie de leurs patients. La mort digne fait partie de notre code déontologique, ainsi que l'honnêteté envers notre patient. La fin de vie douce et sans souffrance est une source de satisfaction pour le médecin et l'accomplissement de son devoir, ce qui est en accord avec les résultats de Ladevèze (28). Cependant, les médecins peuvent ressentir la solitude dans cette prise en charge (23).
En médecine générale, cet accompagnement fait suite à une longue relation médecin-malade, avec les liens tissés au fur à mesure, au fil du temps. Nous connaissons plusieurs générations de mêmes familles dans leur environnement ; en pénétrant dans leur vie humaine quotidienne.
« A domicile, la mort est terriblement humaine. » (27)

D'autre part, il est possible que l'accompagnement de fin de vie pourrait être une forme du deuil anticipatoire dans certaines situations pour le médecin (29).
Pour Fauré, l'accompagnement de la maladie révèle le début du deuil (30). Selon Bacqué, la préparation du décès permet d'éviter les complications du deuil (6).
D'après Kubler-Ross, le deuil anticipatoire, c'est réaliser la finitude des êtres chers pendant leur vivant (3,31). Ce type de deuil peut être éprouvé dans l'enfance, par exemple quand l'enfant comprend que ses parents vont disparaître un jour. Nous le subissons également après l'annonce de maladie grave de nos proches. Ce type de deuil a été décrit par un médecin dans notre étude, concernant le deuil anticipé de sa mère.

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

VI. Deuil personnel du médecin

Pour Hanus et Veyrié, nous subissons le deuil, nous ne le traversons pas, car c'est le deuil qui nous pénètre (9,32).

Les deuils personnels les plus marquants étaient ceux, qui concernaient la personne la plus chère pour le médecin, souvent avec la notion d'un sévère choc émotionnel. Les différentes conditions qui doivent être réunies : l'effet temporel donc la brutalité du décès, l'effet de magnificence où nous idéalisons le défunt, l'effet de famille avec l'impact considérable pour toute la famille, l'effet de mémoire et l'effet de valeur où nous nous apercevons de l'importance des actes de la personne décédée. Le choc était d'autant plus important que la relation avec le défunt était profonde. Pour Keirse, le chagrin du deuil est une face cachée de l'amour (33). Plus nous aimons quelqu'un, plus sa perte nous déchire. C'est la raison pour laquelle, le deuil personnel était plus douloureux que le deuil professionnel pour la plupart des médecins interrogés.

Un des médecins dans notre étude a subi un deuil blanc, décrit par Hanus (9). Il s'agit d'un deuil de la personne pendant son vivant, à la suite de l'altération sévère de son état cognitif marqué par la démence. La relation avec la personne n'est plus la même, car sa personnalité a été en quelque sorte emportée par la maladie dégénérative, et la seule chose qui demeure est son corps, comme dans la maladie d'Alzheimer.

Comme décrit par un médecin de notre étude, qui a perdu sa mère, le deuil important ne se finit jamais et marque des réactivations tout au long d'une vie, ce qui est en accord avec Hanus (9). Le deuil a une durée indéterminée et incompressible. La perte peut faire peur, comme la mort.

VII. Mort d'un enfant

Tous les généralistes interrogés redoutent la mort d'un enfant. C'est la mort injuste, contre nature et inimaginable. L'enfant symbolise l'innocence et la vulnérabilité. Son décès arrache le sens de la vie de ceux qui l'aiment. L'amour n'est pas quantifiable, mais si nous devions indiquer le plus fort, l'amour des parents envers leur enfant se trouverait probablement sur le piédestal. L'enfant est véritablement une partie et la continuité de ses parents, d'un point de vue biologique, car son matériel génétique provient de ses progéniteurs, mais aussi psychologique et philosophique, car son éducation, ses valeurs, son comportement reflètent, en partie, ceux de ses parents.

Raimbault exprime le lien particulièrement fort entre l'enfant et sa mère, car c'est la femme qui donne la vie qui nait de son corps *: «Nous y retrouvons la douleur particulièrement intense chez les mères : le fait de la proximité charnelle mère-enfant, de ce qu'on peut appeler une « création » de la part de la femme, un corps à corps que ne peut éprouver le père »* (34)

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Un de praticiens interrogés, évoque que ses enfants sont le prolongement de sa vie, en plus de tout amour qu'il ressent envers eux, en se posant la question de l'égoïsme de son affirmation.

Or, pour Freud, l'enfant incarne l'immortalité de moi (35). L'enfant pourrait symboliser une issue pour nous sauver de la mort. Car si nous décédons, une partie de nous continuera à vivre et à perdurer dans le temps. L'enfant, c'est une espérance, que notre propre mort n'effacera pas notre existence.

Pour les médecins, la mort de leur enfant n'est pas concevable. Mais ils redoutent également la mort d'enfant dans leur carrière professionnelle. La plupart des médecins interrogés sont parents, ce qui entraine le risque de projection dans ces situations.

VIII Le deuil professionnel

La plupart des médecins de notre étude ont éprouvé le deuil dans le cadre professionnel, témoignant le lien fort avec leurs patients. Les caractéristiques de ces deuils sont ceux retrouvés dans la littérature (24) : la première confrontation à la mort, le début d'exercice professionnel avec l'inexpérience, la brutalité du décès, la vision d'horreur du cadavre, le jeune âge du patient, la souffrance extrême de fin de vie, mais aussi la fin de carrière à cause des affects intenses liés à l'attachement à leurs patients.

Le praticien ressent les sentiments communs dans le processus du deuil : la colère, la tristesse, la douleur. Il pleure.

La notion de double deuil resurgit dans notre étude : le médecin doit faire son propre deuil du patient décédé qu'il appréciait et en même temps accompagner les proches du patient dans cette épreuve. Les émotions extrêmes des endeuillés peuvent s'avérer plus difficiles à affronter pour le médecin que ses propres sentiments à la suite de la perte d'un patient. Il peut se sentir démuni face à la souffrance désespérée, sachant qu'il n'a pas de pouvoir d'annuler la cause de cette douleur et de ramener le mort dans le monde des vivants.

Bacqué mentionne une possibilité d'un certain malaise que le médecin peut endurer lors de l'accompagnement de patients endeuillés après le décès de son patient. Elle suggère que le patient endeuillé peut subir « une peur fantasmique d'un nouvel échec médical » et la colère, motivant le changement du praticien (6).

Le médecin peut éprouver l'impuissance devant l'arrivée de la mort et la souffrance physique et morale de son patient, dont il ne possède pas de remède. Ce sentiment peut être accompagné de frustration, surtout quand la mort est vécue comme injuste, comme la mort d'un enfant. Il se sent aussi impuissant quand le patient n'accepte pas sa maladie et sa finitude, provoquant la fin de vie extrêmement déchirante pour le patient, ses proches et pour le médecin.

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Le praticien peut vivre la mort de son patient comme un échec, d'une part un échec de la médecine, mais aussi un échec personnel, avec le sentiment de ne pas être à la hauteur.

Un autre ressenti du médecin, la culpabilité, reflète l'autoaccusation et une incertitude sur une éventuelle erreur médicale commise. Ces sentiments ont été décrits dans plusieurs études (24,28,36). Pour Le Coz, la culpabilité du médecin s'intensifie avec le progrès de la médecine et les possibilités thérapeutiques (23).

Il existe plusieurs dimensions de la culpabilité chez le médecin. Premièrement, la culpabilité ressentie en tant que médecin-humain dans le processus normal après la perte. Deuxièmement, la culpabilité liée à son métier de médecin, à l'image de celui qui repousse les limites de la mort grâce à ses savoirs. C'est la culpabilité liée à la possibilité de « mal agir ».

Troisièmement, le médecin doit se confronter aux endeuillés, qui recherchent le responsable du décès de leur proche, ce qui fait partie du processus du deuil.

Le suicide est un exemple d'ambivalence envers la mort : le médecin éprouve la culpabilité de ne pas réussir à soulager la souffrance morale mais en même temps, une délivrance et le soulagement. Nous observons la même ambivalence lors de la fin de vie avec la souffrance physique non apaisée.

Nous avons observé que l'impuissance, le sentiment d'échec et la culpabilité sont ressentis plus intensément par les jeunes médecins. Les généralistes plus âgés confient les éprouver surtout au début de leur carrière.

IX. Dimension spirituelle et au-delà

Les médecins interrogés qui sont croyants, retrouvent dans la foi l'apaisement et l'espérance. La religion permet d'échapper à la mort, car dans son univers, la mort est un passage d'une vie terrestre à une vie éternelle, à un au-delà.

La religion pourrait contribuer à trouver le sens de la vie, qui peut être perdu après la mort d'un proche. Selon Le Coz, la foi facilite l'acceptation de la mort (23). D'après Gerhild, Il semblerait que la foi influence positivement le deuil, néanmoins la réponse définitive n'est pas possible à cause des défauts méthodologiques des études analysées (37)

Pour Kubler-Ross, la mort déclenche la colère envers Dieu (3), comme décrit par un médecin dans notre étude, ce qui a déclenché une rupture définitive avec la religion.

Certains médecins déclarent désirer la foi, mais ils l'étouffent par la rationalité médicale. Selon Matray, le spirituel est « un lieu d'une manifestation particulièrement intense de la vie » où le religieux trouve sa source (38). Est-il plus difficile de croire en tant que médecin ?

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

C. Covid 19

Le COVID 19 n'a pas changé fondamentalement le regard sur la mort et le deuil des médecins interrogés. Néanmoins, il a rendu l'accompagnement des mourants et des endeuillés très difficile. Les témoignages des médecins étaient en accord avec l'étude de Pearce et Veyrié (39,40). Les mourants ont quitté ce monde dans l'effroyable solitude, dépourvus de la présence de leurs proches. Les endeuillés n'ont pas pu entamer leurs deuils dans les bonnes conditions. La pandémie de COVID 19 nous a précipité dans un confinement en oubliant la notion d'humanité.

D. Empathie

L'empathie est la base de la relation médecin-malade en médecine générale (41). Elle prend tout son sens dans le moment du deuil. Avoir devant soi la personne en profonde souffrance nécessite la compréhension de la raison de ses émotions mais sans y adhérer pour pouvoir apporter l'aide nécessaire et la consoler. Cependant, la frontière relationnelle est très tenue, ce qui peut entrainer un engagement émotionnel intense et la projection, étant la source d'une résonance douloureuse. Cet effet est d'autant plus fort que les patients nous ressemblent par rapport à notre âge, le sexe, le contexte familial et professionnel.

E. Le syndrome d'épuisement professionnel

Les médecins font face à la souffrance dans tous ses aspects quotidiennement : les maladies graves, les histoires de vie tragiques, l'accompagnement de fin de vie, la mort et le deuil en parallèle de la surcharge de travail permanent et le manque du temps pour accomplir tous les devoirs dans de bonnes conditions. La vocation et l'altruisme sont la source de cet engagement émotionnel considérable et permanent, ce qui peut faire basculer le praticien dans l'épuisement professionnel, ou le burn out.

Freudenberger exprime que « *l'épuisement professionnel des soignants est une maladie de l'âme en deuil de son idéal »* (24,42).

Bacqué définit le burn out par « ruiner la santé » (6). Il est caractérisé par l'épuisement physique et psychologique total. Les symptômes physiques prennent la forme de l'asthénie, des douleurs musculaires, des troubles digestifs et du sommeil. La symptomatologie psychologique est dominée par les sentiments de culpabilité, l'irritabilité, le pessimisme, l'anxiété mais aussi le cynisme. L'attitude du soignant devient mécanique, il encourt le risque de comportements addictifs et d'accidents. Le travail impacte sa vie personnelle (6,43).

Les médecins ont le risque de suicide deux fois plus élevé (44).

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Quelques médecins de notre étude utilisent l'humour, l'oubli, la rationalisation ou le détachement d'affect comme moyens de défense, ce qui est en accord avec les études précédentes (6).

Les médecins interrogés ont mis en place certaines stratégies de protection, comme garder la distance, s'arrêter quand c'est nécessaire, compartimenter l'esprit. Quelques praticiens soulignent l'importance du recul sur leurs propres histoires. Pour Bacqué, le médecin doit se confronter à ses propres deuils avant de faire face à ceux de ses patients (6).

Plusieurs praticiens essaient de bien identifier leurs émotions et de comprendre les mécanismes qui y sont intriqués pour pouvoir ensuite mieux les maîtriser. La prise de conscience de ces mécanismes parait indispensable pour être moins affecté par la souffrance des patients.

Une généraliste décrit un bon équilibre psychologique comme le palier pour bien réussir à concilier sa vie personnelle et professionnelle. Pour pouvoir bien soigner les autres, il faut être bien dans sa tête. Dans le cas contraire, nous pouvons nous faire vite déborder et envahir par la souffrance du patient. Elle décrit une métaphore « d'un réservoir de positivité » pour puiser dedans dans les moments difficiles afin de pouvoir continuer notre métier. Pour elle, la préparation et la protection du médecin commence bien avant sa venue au cabinet. Effectivement, les problèmes personnels augmentent le risque d'un burn out (6).

Les praticiens soulignent l'importance du partage, notamment avec les autres médecins et du soutien professionnel et extraprofessionnel. Les généralistes pratiquent plusieurs activités extra professionnelles pour s'armer dans leur vie professionnelle. Atezaz affirme les effets positifs de la méditation et de l'exercice physique sur les symptômes d'anxiété et le syndrome dépressif (45).

F. Prise en charge du deuil en médecine générale

La prise en charge du deuil pour le médecin commence en accompagnant la personne en fin de vie, car elle doit faire le deuil le plus important : le deuil d'elle-même, de sa santé et de sa vie. Le patient voit sa mort approcher. En parallèle, le médecin soutient l'entourage du mourant. L'empathie et l'humanité sont les maitres mots. La tendresse et la simple présence du médecin peuvent apporter la consolation au patient. Il est nécessaire de prendre du temps (46).

Les généralistes interrogés soulignent l'importance d'informer les endeuillés sur les causes et les circonstances du décès. Selon Philippin, « expliquer la mort lui donne du sens » (47).

Le médecin doit utiliser non seulement ses savoirs médicaux, mais aussi son savoir-vivre et son savoir-être, tout en adaptant son attitude à la singularité de la personne en face et de sa situation.

Les praticiens déclarent ne pas être d'accord entièrement avec la définition du deuil pathologique, sa durée étant fixée par certaines sources à 1 an (48).

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

En effet, la durée du deuil n'est pas définissable car dépend du contexte de la perte. Ils sont particulièrement attentifs dans le contexte de décès d'enfant, qui est une forme extrême de la perte et le plus souvent compliqué (30,49)

La majorité de généralistes pratiquent la psychothérapie, de façon informelle et sans formation, pour pouvoir soutenir leurs patients. En effet, l'identification et la verbalisation des émotions sont les piliers du traitement du traumatisme psychique (30,49). Ils ressentent le réel besoin de la formation en psychothérapie, absente dans la formation médicale.

G. Richesse

Le deuil peut être perçu comme une richesse, dans les différentes dimensions : psychologique, professionnelle, morale, spirituelle comme décrits par les médecins dans notre étude. Pour Fauré, le deuil est une quête intérieure permettant de retrouver la lumière d'esprit (30).

Nombreux exemples de l'art et de la littérature confirment cette affirmation. Les plus beaux poèmes du recueil intitulé « Les contemplations » de Victor Hugo (50), un de plus grands poètes français, naissent de la douleur de la perte de sa fille, Léopoldine. Une poétesse polonaise, Halina Poswiatowska, a créé sa poésie dans l'attente de sa propre condamnation à la mort à l'âge de 32 ans, à la suite de sa maladie du cœur (51).

L'origine du mot « deuil » signifie le fait de souffrir et la douleur. Or, le prix de la douleur, « le pretium doloris » est une composante de connaissance de soi et de la recherche de la vérité selon Fleury (52). Le Breton constate que les religions conçoivent la douleur comme le sens de l'existence (53). Il affirme que la douleur, après son apaisement, est une incitation *« à vivre plus intensément la conscience d'exister (…) La douleur est une métaphysique, elle donne une fois disparue la distance propre à l'installation de l'homme dans un univers de sens élargi et propice au goût de vivre»* (53).

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Nom, prénom du candidat : **BURDA épouse JACOB Katarzyna**

CONCLUSIONS

Le deuil est une expérience existentielle inévitable et fondamentalement humaine. C'est une période après la perte le plus souvent d'une personne, mais aussi d'un objet ou d'une relation en terme polysémique, avec tous les processus physiologiques et psychiques permettant le cheminement vers la résilience et l'acceptation de cette perte.

Nous avons rencontré treize médecins généralistes en Drôme et en Ardèche pour recueillir leurs représentations et leurs prises en charge du deuil.

L'objectif de cette étude était non seulement d'enrichir les connaissances sur le deuil mais aussi d'apporter la réflexion sur le ressenti et les émotions vécus par les médecins dans ces situations.

Le deuil étant un processus universel, le médecin peut l'endurer aussi bien dans sa vie privée que dans sa vie professionnelle, avec les nuances de l'intensité, de la durée et de la difficulté à traverser.

La plupart des médecins interrogés ont pu éprouver un deuil professionnel à la suite de la disparition de leur patient. Ce deuil était d'autant plus marquant que le décès était lié à une première confrontation à la mort, souvent au début de leur carrière, à la brutalité, à la souffrance non apaisée, au jeune âge du patient, à un lien affectif fort, parfois aussi à la fin de carrière à cause de liens tissés au fil du temps. L'expérience du praticien conditionne le vécu du deuil en apportant la sérénité.

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD
FACULTÉ DE MÉDECINE
LYON EST

Le médecin doit souvent faire face au double deuil : celui de son patient décédé et en parallèle celui de la famille du défunt. La submersion dans la souffrance de la personne endeuillée peut être plus difficile à traverser pour le praticien que le décès du patient en lui-même.

Il est possible que le deuil dans le cadre professionnel soit plus difficile que le deuil d'un être proche et impacte le médecin dans différentes dimensions.

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

La confrontation à la mort, très fréquente en médecine générale, nous renvoie à notre propre disparition avec l'effet miroir. Nous ignorons parfois notre propre mort dans la vie de tous les jours en nous croyant immortels. Cet effet est d'autant plus fort que les patients décédés nous ressemblent par rapport à notre âge, le sexe, le contexte familial et professionnel.

Le médecin doit également faire le deuil de sa toute-puissance médicale, parce que malgré le fait de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires, ce qui est notre code de déontologie, il ne peut pas empêcher l'arrivée de la mort. Cela peut engendrer un sentiment d'échec, d'impuissance et de culpabilité. La mort peut être vécue comme une injustice d'une part, mais parfois aussi comme une délivrance et le soulagement si la souffrance du patient n'a pas pu être abrégée, comme dans le cas d'un suicide.

L'existence de la dimension spirituelle peut être une source de consolation et de résilience, mais elle n'est pas obligatoire dans l'acceptation de la mort. Elle est souvent étouffée par la rationalité médicale, même si elle semble désirée par certains praticiens non croyants.

La prise en charge du patient endeuillé est basée sur la relation médecin patient avec la notion d'humanité en termes d'empathie, pour pouvoir comprendre la personne en face qui est en profonde souffrance sans sombrer avec elle. Néanmoins, la distance relationnelle avec le patient est tenue et indépendante de notre volonté, c'est le principe de réalité et de nature humaine. Le praticien risque une embolisation psychologique par l'absorption des émotions du patient, ce qui peut le rendre incapable d'assurer son rôle de soignant avec professionnalisme. Il doit se protéger par différents moyens.

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

L'accompagnement des endeuillés passe par la consolation. La simple présence du médecin peut être thérapeutique. La plupart des médecins pratiquent de manière inconsciente et informelle la psychothérapie, sans véritable formation, pour pouvoir verbaliser les émotions de leurs patients permettant leur transformation et le cheminement dans le deuil.

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

UNIVERSITÉ DE LYON

Faculté de Médecine Lyon Est

L'histoire personnelle du médecin conditionne son regard sur la vie, sur la mort et sur la médecine. Le deuil vécu par le praticien est une source de souffrances, car la perte arrache une partie de lui-même, en constituant la part manquante, mais aussi de richesse, permettant une meilleure compréhension du patient. Il est aussi le moteur du progrès professionnel, psychique et moral du médecin, en apprivoisant celle qui est inéluctable : la mort.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Le Président de la thèse,
Professeur RODE Gilles

Cachet et Signature

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST LYON

Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST LYON

Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le
22 MAI 2023

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Bibliographie

1. Dictionnaire de français Larousse.

   Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/deuil/24893

2. Freud S. Deuil et mélancolie. Societes. 2004;86(4):7-19.

3. Kubler-Ross E. Sur le chagrin et sur le deuil. Pocket. 2009. 286p

4. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. Lancet Lond Engl. 8 déc 2007;370(9603):1960-73.

5. Zech E. Psychologie du deuil: impact et processus d'adaptation au décès d'un proche. Mardaga; 2006. p 23-54

6. Bacqué MF. Deuil et santé. Paris: Odile Jacob; 1997. 208p

7. Longneaux JM. Finitude, solitude, incertitude. Philosophie du deuil. PUF. 2020. p 49-78

8. Bacqué MF, Hanus M. Le deuil. 8e édition. Presses universitaires de France / Humensis; 2020. 128p

9. Hanus M. Les deuils dans la vie : deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant. 424p

10. Bacqué MF. Apprivoiser la mort : psychologie du deuil et de la perte. Odile Jacob; 2018. 288p

11. De Broca A . Deuils et endeuillés. 4e édition [actualisée]. Elsevier Masson; 2010. 224p

12. Sauteraud A. Vivre après ta mort: psychologie du deuil. Paris: Odile Jacob; 2017. 288p

13. Pearce C, Wong G, Kuhn I, Barclay S. Supporting bereavement and complicated grief in primary care: a realist review. BJGP Open. juin 2021;5(3):BJGPO.2021.0008.

14. Nagraj S, Barclay S. Bereavement care in primary care: a systematic literature review and narrative synthesis. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. janv 2011;61(582):e42-48.

15. Médard D, Denis-Delpierre N, Branthomme E. Problématique de la prise en charge de la personne adulte en deuil en consultation de médecine générale. Nantes, France; 2009

16. Strzalkowski C. Prise en charge du deuil récent en médecine générale. [France]: Université Bretagne Loire; 2016

17. Frappé P. Initiation à la recherche. Global Média Santé. 2018. p 45

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

18. Épicure, Delattre-Biencourt J, Kany-Turpin J. Lettre à Ménécée et autres textes. Paris: Gallimard; 2021.

19. Journal officiel de la République française. Lois et décrets (version papier numérisée) n° 0096 du 24/04/1968 Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=BHdBJRutS@XqRiXJk0km

20. Szczeklik A. Katharsis . Znak. 2009. p.106.

21. Robin Azevedo V. [Im]matérialités de la mort. 2020. p 53-66

22. Jankélévitch V. La mort. Flammarion. Paris; 1966. p 27

23. Le Coz P. Le médecin et la mort. Vuibert. 2006. 128p

24. Bacqué MF. La médecine face à la mort. 2013. p 103-185

25. Différence entre sédation et euthanasie. HAS. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/difference_entre_sedation_et_euthanasie_web.pdf

26. Le serment d'Hippocrate. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate

27. Rébeillé-Borgella V. Un médecin face à la peur de la mort: Soigner, guérir, sauver. Éditions Clé; 2021.p 62-123

28. Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. Prat Organ Soins. 2010;41(1):65-72.

29. Nielsen MK, Neergaard MA, Jensen AB, Bro F, Guldin MB. Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. Clin Psychol Rev. mars 2016;44:75-93.

30. Fauré C. Vivre le deuil au jour le jour. 2018. p 44, 320-321

31. Elisabeth Kubler-Ross, Accueillir la mort. Poche. 2018. 192p

32. Veyrié N. Le deuil des êtres chers, une épreuve intime et sociale. Le Sociographe. 2019;12(5):165-84.

33. Keirse M. Faire son deuil, vivre un chagrin. Un guide pour les proches et les professionnels. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2022. p 12

34. Raimbault G. Parlons du deuil. Petite Bibliothéque Payot; 2007. p 49

35. Freud S. Pour introduire le narcisisme. Paris, Puf; 1914.

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

36. Rey C, Farge T. Représentations de la mort en médecine générale: étude qualitative réalisée auprès de 12 médecins généralistes en Bourgogne et Rhône-Alpes. [S.l.]: s.n.; 2012. p 112-122

37. Becker G, Xander CJ, Blum HE, Lutterbach J, Momm F, Gysels M, et al. Do religious or spiritual beliefs influence bereavement? A systematic review. Palliat Med. avr 2007;21(3):207-17.

38. Matray B. La présence et le respect. Desclée de Brouwer; 2004.p 211-231

39. Pearce C, Wong G, Barclay S. Bereavement care during and after the COVID-19 pandemic. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. mai 2021;71(706):198-9.

40. Veyrié N. Deuil, vulnérabilité… et coronavirus. Sociétés. 2022;158(4):71-9.

41. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. janv 2013;63(606):e76-84.

42. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. J Soc Issues. 1974;30(1):159-65.

43. Galam E. Souffrir de soigner. Le concours médical. 2008;(Tome 130).

44. Léopold Y. Suicide des médecins. Le concours médical. 2008;(Tome 130).

45. Saeed SA, Cunningham K, Bloch RM. Depression and Anxiety Disorders: Benefits of Exercise, Yoga, and Meditation. Am Fam Physician. 15 mai 2019;99(10):620-7.

46. Accompagner une personne en deuil. Quelques repères pour les soignants. Rev Prescrire. 2021;(41 (450) : 291).

47. Philippin Y. Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique. InfoKara. 2006;21(4):163-6.

48. Romano H. Accompagner le deuil en situation traumatique. 10 contextes cliniques. Paris: Dunod; 2015. p 173

49. Beauquier-Maccotta B. Le deuil périnatal : clinique, pratiques et dispositifs thérapeutiques. 2020. 324p

50. Hugo V. Les Contemplations. Paris: Le Livre de Poche; 2002. 576p

51. Poswiatowska H. Mon ombre est une femme. Editions Caractères. 2004. 104p

52. Fleury C. Pretium doloris. L'accident comme souci de soi . Pluriel. 2016. p 20-23

53. Le Breton D. Anthropologie de la douleur. Edition Métailié. 2006. p. 218

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Annexe 1

Katarzyna Burda Jacob, interne en médecine générale

Pr Thierry Farge, directeur de thèse

Les représentations et la prise en charge du deuil par les médecins généralistes en Drôme et en Ardèche

Questionnaire du protocole de recherche :

Je vais vous poser plusieurs questions, certaines peuvent vous sembler trop personnelles, vous êtes libre de répondre ou non, nous pouvons nous arrêter à tout moment.

1. Qu'est-ce que le deuil signifie pour vous ?

Question de relance éventuelle : Est-ce-que vous faites la différence entre le deuil personnel et professionnel ?

2 Accepteriez-vous de décrire une situation de deuil chez vos patients qui vous a la plus marquée et pourquoi ?

3 a) Comment repérez-vous le deuil pathologique ?

b) Comment prenez-vous en charge une personne endeuillée de façon générale ?

c) Pratiquez-vous la narration des émotions (psychothérapie) ?

d) Est-ce que le contexte de COVID 19 a changé votre rapport au deuil ?

e) Comment vivez-vous la situation de deuil qui vous renvoie à votre propre vécu, votre propre souffrance ?

4 a) Quelle est la place de l'empathie selon vous dans les situations de deuil de vos patients ?

b) Comment procédez-vous pour vous protéger, pour ne pas être submergé dans ces situations ? Comment gérez-vous vos émotions ?

5 a) Est-ce que vous vivez le décès de vos patients comme un échec ?

b) Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de vous sentir coupable ou impuissant dans les situations de deuil de vos patients ?

6 Accepteriez-vous de me raconter la situation de deuil qui vous a le plus touchée dans votre propre expérience personnelle ?

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Question de relance : Qu'est qui vous a le plus aidé dans cette situation :

Entourage ? Amis ?

Professionnels de santé ?

Est-ce que dans la façon dont vous vivez le deuil vous évoquez la foi ou la dimension spirituelle ?

Est-ce que le deuil vous fait peur ? Et la mort ? Et l'au-delà ?

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Annexe 2

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR PARTICIPATION À UNE RECHERCHE

TITRE DE LA RECHERCHE : Les représentations du deuil et les difficultés des médecins généralistes en Drôme et en Ardèche dans la prise en charge des patients endeuillés

Je soussigné.e …… *(nom et prénom du sujet),*

accepte de participer à l'étude « Quelles sont les représentations du deuil et les difficultés des médecins généralistes en Rhône Alpes dans la prise en charge des patients endeuillés ? »

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Burda Jacob Katarzyna.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

À l'exception des responsables de l'étude, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès de Burda Jacob Katarzyna (courriel katarzyna.jacob@etu-univ-lyon1.fr).

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude en contactant le directeur de thèse Dr Thierry Farge par courriel : thierry.farge@univ-lyon1.fr.

Si je besoin de soutien en lien avec le sujet je peux contacter la responsable de l'étude, Katarzyna Burda Jacob (katarzyna.jacob@etu.univ-lyon1.fr). Il existe également un numéro vert destinée aux médecins 0800 288 038 en cas de besoin.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à ……

le ……

Nom et signature de l'investigateur *Signature du sujet*

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Annexe 3

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

LETTRE D'INFORMATION
POUR PARTICIPATION À UNE RECHERCHE

TITRE DE LA RECHERCHE : Les représentations et la prise en charge du deuil par les médecins généralistes en Drôme et en Ardèche

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique.

Cette lettre d'information détaille en quoi cette étude consiste.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, pour réfléchir à votre participation, et pour demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

BUT DE L'ÉTUDE : **Le but de cette étude est de comprendre les freins professionnelles et personnelles dans la prise en charge des patients endeuillés.**

BÉNÉFICES ATTENDUS : **améliorer la qualité de soins en médecine générale dans la prise en charge du deuil**

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE : entretiens semi-dirigés, d'une durée de 45-60 minutes environ, des médecins généralistes en Drôme et en Ardèche. Les réponses vont apparaitre anonymes dans la publication de thèse.

RISQUES POTENTIELS : difficulté dans la réponse aux certaines questions à cause de leur aspect émotionnel

FRAIS MÉDICAUX 0

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

Votre collaboration à ce protocole de recherche n'entraînera pas de participation financière de votre part.

LÉGISLATION – CONFIDENTIALITÉ

Le Comité d'éthique de la recherche en médecine générale, du Collège universitaire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1, a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 18/10/2022.

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. À l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude et, en ce qui concerne les informations de nature médicale, ce droit est exercé par l'intermédiaire du Dr Farge Thierry et Burda Jacob Katarzyna conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Le projet a reçu un avis favorable de la CNIL en date du29/09/2022.

Toutes les données seront anonymisées pour la publication de cette étude.

Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, le Dr Farge Thierry (courriel : thierry.farge@univ-lyon1.fr) et Burda Jacob Katarzyna (courriel katarzyna.jacob@etu.univ-lyon1.fr).

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Vous pouvez retirer votre participation dans cette étude à tout moment et sans conditions, en contactant le directeur de thèse Dr Thierry Farge par courriel : thierry.farge@univ-lyon1.fr

A l'issu de l'entretien, si le participant souhaite bénéficier d'un soutien en lien avec le sujet, la responsable de la recherche s'engage à assurer ce dernier (katarzyna.jacob@etu.univ-lyon1.fr). Il existe également un numéro vert destinée aux médecins 0800 288 038 en cas de besoin.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

BURDA épouse JACOB Katarzyna
Les représentations et la prise en charge du deuil par les médecins généralistes en Drôme et en Ardèche

RESUME

Introduction : Le deuil est une expérience inévitable dans la vie de chaque être humain. C'est un sujet relativement peu développé en médecine générale, malgré toutes les difficultés rencontrées lors de sa confrontation. Nous avons souhaité apporter une nouvelle réflexion non seulement sur la prise en charge du deuil par le généraliste, mais aussi sur son propre vécu du deuil, son expérience et ses peurs.
Matériel et méthode Nous avons effectué une étude qualitative via treize entretiens semi-dirigés des médecins généralistes en Drôme et en Ardèche.
Résultats La plupart des médecins interrogés ont pu éprouver un deuil professionnel à la suite de la disparition de leur patient. Le médecin doit souvent faire face au double deuil : celui de son patient décédé et en parallèle celui de la famille du défunt. La submersion dans la souffrance de la personne endeuillée peut être plus difficile à traverser pour le praticien que le décès du patient lui-même.
Le médecin doit également faire le deuil de sa toute-puissance médicale, parce que malgré le fait de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires, il ne peut pas empêcher l'arrivée de la mort. Cela peut engendrer un sentiment d'échec, d'impuissance et de culpabilité. La mort peut être vécue comme une injustice d'une part, mais parfois aussi comme une délivrance et un soulagement si la souffrance du patient n'a pu être abrégée, comme dans le cas d'un suicide.
La prise en charge du patient endeuillé est basée sur la relation médecin patient avec la notion d'humanité en termes d'empathie, pour pouvoir comprendre la personne qui est en profonde souffrance, sans sombrer avec elle. Néanmoins, la distance relationnelle avec le patient est ténue et indépendante de notre volonté, c'est le principe de réalité et de nature humaine.
Conclusion Le deuil vécu par le praticien est une source de souffrances, car la perte arrache une partie de lui-même, en constituant sa part manquante. Mais il est aussi une richesse, permettant une meilleure compréhension du patient et une source de développement professionnel, psychique et moral du médecin, en apprivoisant l'inéluctable : la mort.

MOTS CLES
Deuil, médecine générale, mort

JURY

Président :	Monsieur le Professeur Gilles RODE
Membres :	Monsieur le Professeur Alain MOREAU
	Monsieur le Professeur Thierry FARGE
	Monsieur le Professeur Olivier PERRU

DATE DE SOUTENANCE Mardi 27 juin 2023

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR 39B rue des Ecoles 26140 Saint Rambert d'Albon
EMAIL katarzyna.burda@yahoo.fr

(CC BY-NC-ND 2.0) BURDA