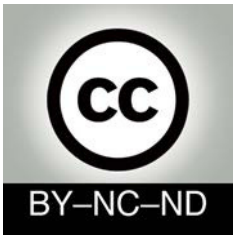
http://portaildoc.univ-lyon1.fr

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) BENOIT A LA GUILLAUME

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2023 - N° 230

INFLUENCE DE L'EXERCICE EN ZONE D'INTERVENTION PRIORITAIRE SUR LA PRISE EN CHARGE DE FIN DE VIE À DOMICILE : ÉTUDE DE VÉCUS CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le ***03 octobre 2023***
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

BENOIT A LA GUILLAUME Clémentine, née le 06/04/1995 à Nantua (01)

Sous la direction du Dr BLAIN SIRISAKD Elodie

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

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

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
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	MAURIN
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Jacques LUAUTÉ

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Carole BURILLON
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités	Bruno ANDRIOLETTI
Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
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

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Université Claude Bernard Lyon 1

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
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

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

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

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
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

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COINGBOYAT	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
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

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

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

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

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
LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZNOGRETTE	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

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

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
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

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

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

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

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

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

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

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
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) BENOIT A LA GUILLAUME

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) BENOIT A LA GUILLAUME

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail.

Merci également pour votre engagement dans la formation des médecins généralistes.

Soyez assurée de mon profond respect et de ma gratitude.

A Madame le Professeur Elise PERCEAU-CHAMBARD,

Vous avez bien volontiers donné votre accord pour participer à ce jury, c'est un honneur, je vous adresse mes sincères remerciements pour cela.

A Madame le Professeur Gisèle CHVETZOFF,

Votre présence dans ce jury est un véritable honneur, recevez ici toute ma considération et mon profond respect.

Je vous remercie pour m'avoir inculqué les prémices d'une culture palliative lors de mon passage au sein de votre service durant mon externat.

A Madame le Docteur Elodie BLAIN SIRISAKD,

Je te remercie infiniment d'avoir accepté la direction de ce travail de thèse. Cela a été un immense honneur de partager cette année à tes côtés. Merci de ton investissement et de tes précieuses remarques. Ta réflexion et ton expérience ont été d'une grande aide pour moi.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

A Madame le Docteur Marylène CIVALLERI,

Un grand merci pour ta participation à ce jury. C'est un énorme privilège que tu m'accordes là.

Je t'adresse également un remerciement tout particulier pour ton accueil au sein de ton cabinet lors de mon stage d'interne. Ton professionnalisme et ton expérience restent exemplaires à mes yeux. Merci de m'avoir ouvert les portes du libéral.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A toi pépé, parce que je crois bien que tout part de là. Je t'aime, et tu nous manque.

A mes deux mémés, les perles de ma vie. Je n'aurais jamais pu devenir la personne que je suis aujourd'hui sans tout ce que vous m'avez transmis.

A mes parents, merci de ne m'avoir jamais laissé tomber. Je t'entends jusque-là, papa, dire « mais c'est normal, on est tes parents » mais même ; vous avez toujours priorisé notre bonheur au votre, et pour ça merci. Merci pour toutes ces belles valeurs inculquées, celle du travail, celle du sport et celle du bien manger.

A Marie, la resta de la famille. Merci d'avoir été là pour moi, de loin comme de près.

Merci aux autres membres de ma famille, vous qui me faites sentir importante, et à ma place.

A toi Mav, mon âme sœur depuis cette rentrée en 4ème. Merci de faire partie de mon quotidien, de mes joies et de mes peines sans jamais me juger. J'en garde un peu pour ton mariage, mais je suis très reconnaissante de tout ce que tu fais pour moi, et notamment dans ce travail de thèse à mille lieux de ton travail de graphiste. Merci de mettre un peu d'art dans tout ce que tu fais, la vie n'en est que plus belle.

A toi Rodolphe, qui mérite ces remerciements. Merci d'avoir géré mes angoisses jours et nuits, d'avoir toujours essayé de comprendre tous mes doutes concernant la thèse, et concernant mon parcours médical. J'ai vraiment eu de la chance de t'avoir pour traverser cet internat.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Aux deux étoiles de là-haut, Isabelle et Hélène, qui veillent sur nous avec leur bienveillance habituelle, et particulièrement sur mes deux étoiles d'en bas.

A la K-team, vous qui avez tous su, bien avant moi que je réussirais un jour à en arriver là. Jo, Agathe, Alou, Clémence, Manon, Valou, Nema, Coco et Flo, nous avons partagé quelques étapes difficiles de notre vie ensemble, et notre amitié n'en est que renforcée.

Alice, ma Fatm' je ne t'oublie surtout pas, mais je te remercie tout particulièrement ici. Je n'oublie rien de tous ces moments passés ensemble depuis 8 ans. Que ce soit à Lyon, Annecy, La Clusaz, Paris ou Sainte-Maxime, ton humour et ta douceur rendent chaque séjour mémorable. Merci d'être toi, et d'être là pour moi.

A Clem et Clem. Je remercie la vie d'avoir fait rencontrer nos chemins. Vous êtes deux personnes extraordinaires, et je vous suis très reconnaissante. Merci pour ces bribes d'internat partagées ensemble, pour ce tour-guide de Noirmoutier et pour tous ces bouquins prêtés. Un merci tout particulier à toi Clem (tu sauras te reconnaître) pour m'avoir aidé à me dépasser lors de ce tout premier trail, gravé dans ma mémoire. Nous sommes liées à jamais par cette course.

A mes co-internes des Urgences, LPB, vous avez été des sœurs pour moi. Nous avons plongé ensemble dans ce début d'internat, et main dans la main, nous avons traversé bien plus qu'un couloir des Urgences. Au-delà du travail, merci aussi de montrer au monde entier qu'on va plus loin quand on aime.

A Clémence, mon mentor. Ta passion pour la gériatrie m'a touché si fort, merci pour ça. Tu m'as beaucoup appris, sur tous les plans. A tous les patients porteurs de TNC, merci de ce que tu fais pour eux au quotidien. On se retrouve au festival de Pérouges l'année prochaine… ou pas !

A mes Géniecologues, je ne saurais assez vous remercier. Je crois que vous avez été là quand j'en avais le plus besoin. Je suis sortie transformée de ces 6 mois de fraternité, où l'expression « se serrer les coudes » prend tout son sens. Je garde absolument tout en mémoire : les gâteaux de Mo (un peu ses baskets aussi), la via ferrata, les rendez-vous Fontaine Minérale, les soirées sur la terrasse au Teil, nos partages d'expérience, et bien évidemment nos tenues toutes aussi décalées les unes que les autres.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

A la team Pédiatrie, je souris en écrivant ces mots. Voilà ce qui me vient quand je pense à vous : joie, entraide mais aussi un peu de courage, parce que je crois bien que tous ensemble on a été courageux. Kenza (cœur sur toi, reine du courage), Angèle, Maria, Nico, Alex, Clem, Clara, Célia, Marion, merci.

A tous mes autres co-internes rencontrés en dehors des stages, lors de GEP ou autres.

A toi Annecha, merci de me suivre dans toutes mes aventures, d'y participer. Merci d'être là également dans mon quotidien. Et évidemment, merci à toi et à Nico de nous avoir fait découvrir Ambre, le plus beau bébé du monde !

A toi Barbara, mon amie comme tu aimes m'appeler, à notre passion commune pour l'Ardèche, à nos masques de pieds ratés, à nos galères traversées ensemble, à ton soutien infaillible dans toutes les situations. Tu t'apprêtes à découvrir ce nouveau rôle de maman, que tu vas gérer à merveille. Hâte de rencontrer Elie, qui montrera le bout de son nez aux alentours de la date de soutenance de ma thèse ; c'est loin d'être une coïncidence ma Barbara, nous sommes liées.

A toi ma Sophie, que j'aurais dû rencontrer bien avant (pas sûre que mon porte-monnaie soit d'accord !) ; à nos virées shopping, à notre escapade Bruxelloise, et à toutes les autres à venir. Merci d'être là, et d'être source d'inspiration pour moi.

A toi MAM, amies depuis le berceau, on est loin de se quitter, d'autant plus maintenant qu'on habite à côté.

A Chachou, un merci tout particulier. A tous les autres copains d'Annecy également, merci.

Et puis, quand même, à mes deux bébés, Rhéa et Quentin, mes deux boules de poils, qui ont su à grands coups de câlins et de balades, me ramener sur terre lors de ce travail de thèse.

Plus professionnellement, un grand merci à toutes ces figures inspirantes rencontrées lors de mes stages : Claire, Stéphanie, toute la team du C3 à Vienne, Jérémy, Anne, Thierry et Philippe.

Merci de ta confiance Yves, tu me confies la prise en charge de tes patients. C'est le projet de ma vie que je te dois en partie !

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Merci à tous ces médecins inspirants qui ont accepté de répondre à mes questions, en vue de ce travail de thèse.

Enfin, à tous les patients rencontrés dans ce pan de parcours : vous m’avez touché par vos mots, vos gestes et votre combativité. Je pense notamment à vous, Wanda, Armand et Amélie, mais aussi à tous ceux que j’ai eu la chance de prendre en charge. Vous êtes une source de motivation perpétuelle pour assumer ce métier.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 1

1. Intérêt d'étude 1

2. Définition de la fin de vie 1

3. Encadrement et place du médecin généraliste dans la fin de vie à domicile ... 3

4. Zonage de la médecine générale 4

4.1. Définitions, intérêts 4

4.2. Zonage en Auvergne Rhône-Alpes 5

5. Les spécificités de l'exercice de la médecine générale en ZIP 6

6. L'étude du vécu 7

7. Problématisation 8

MATERIEL ET METHODE 9

1. Etude 9

1.1. Choix du type d'étude 9

1.2. Échantillonnage 9

1.3. Recrutement des médecins généralistes 9

2. Entretiens 10

2.1. Elaboration du guide d'entretien 10

2.2. Recueil des données 10

3. Analyse des entretiens 11

3.1. Retranscription 11

3.2. Codage 11

4. Recherches bibliographiques 12

RESULTATS 13

1. Description de la population étudiée 13

2. Analyse des données 15

2.1. Le vécu des médecins généralistes en lien avec leur expérience 15

2.2. La fin de vie à domicile vue par les médecins généralistes 26

2.3. L'influence du territoire sur les prises en charge de fin de vie à domicile 39

DISCUSSION 44

1. Forces et Limites 44

2. Résultat principal 45

3. Comparaison avec la littérature 46

3.1. Mieux identifier les ZIP pour mieux les soutenir 46

3.2. Approches de la relation patient-médecin en ZIP 50

3.3. Mises en perspectives de la fin de vie 56

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

3.4. Difficultés du décès à domicile.....58
3.5. Imputabilité de l'exercice en ZIP sur la fin de vie à domicile.....62
***4.* Les perspectives**.....69
4.1. *Généraliser le zonage*.....*69*
4.2. Développer le lien ville-hôpital.....*69*
4.3. Clarifier l'état des lieux de la prise en charge de la fin de vie au domicile.....*69*
CONCLUSIONS.....70
BIBLIOGRAPHIE.....73
ANNEXES.....87

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

INTRODUCTION

1. Intérêt d'étude

Selon les sondages de l'Observatoire national de la fin de vie (1,2), la majorité des français souhaitent mourir à domicile. La place du médecin généraliste dans la prise en charge de la fin de vie à domicile devient alors cruciale, comme le décrit initialement le Plan Cancer 2009-2013 (3) .

Plusieurs thèses qualitatives ont déjà étudié les représentations, les ressentis de médecins généralistes face à des prises en charge de fin de vie à domicile ainsi que leurs besoins et attentes (4–9). Ces thèses ont été menées sur des populations de médecins généralistes dans des régions diverses en France sans tenir compte d'une distinction de type d'exercice ou de zonage existant en France.

Notre étude portera spécifiquement sur les zones géographiques d'intervention prioritaires, que l'on définira plus tard, car peu d'études qualitatives se concentrent sur la médecine dans ces zones sous dotées, qui représentent toutefois 26% de notre territoire, et qui concernent 4,4 millions d'habitants français (10). Les approches des médecins généralistes quant à la fin de vie pourraient être différentes puisque le type d'exercice l'est, comme nous le verrons plus tard dans ce travail (10).

2. Définition de la fin de vie

Il n'est pas aisé de donner une définition claire et précise de la fin de vie, notamment car le terme « fin de vie » ne semble pas assez précis, en tout cas dans la langue française. En anglais par exemple, les 2 phases encadrant la fin de vie sont nommées « **pre-active dying phase** » et « **active dying phase** ».

Ces deux termes sont chacun bornés temporellement respectivement de quelques semaines à quelques jours avant le décès, et possèdent des caractéristiques clinico-

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

psychologiques différentes, qui permettent d'être un peu plus précis dans ce que l'on entend par fin de vie.

Il existe des définitions stricto sensu, qui restent donc des propositions, comme celle proposée par le gouvernement français par exemple, désignant la fin de vie comme les derniers moments de vie d'une personne arrivant en phase avancée ou terminale d'une affection/ maladie grave et incurable (11).
En affinant les recherches, la revue internationale francophone *InfoKara*, à travers la publication d'articles mondiaux, a permis d'isoler des données communes proposant une définition de la fin de vie, à savoir une « personne dont l'espérance de vie est de moins de 6 mois » ou « une personne admise en soins palliatifs » (12).
En se basant sur ses deux définitions, et en ajoutant d'autres jugées pertinentes, une recherche qualitative française, datant de 2021, utilise la méthode ronde Delphi a tenté d'obtenir un consensus concernant la définition de la fin de vie (13). Dans cette recherche, deux types de définition semblent prédominer, la première en rapport avec une estimation de la durée de vie (entre 15 jours et 1 mois) et la seconde en rapport avec l'évolution d'une pathologie incurable. Toutefois, ces deux avances restent discutables puisqu'elles excluent toute autre forme de fin de vie.

En effet, la fin de vie peut également se définir par ses aspects sociaux
En sciences sociales, M. CASTRA, professeur de sociologie, propose une définition de la fin de vie comme « l'objet d'un processus de construction sociale à travers les interactions entre groupes d'acteurs qui s'affrontent » (14). Ce processus de construction sociale semble intimement lié à l'histoire et aux différentes représentations de la mort.

Effectivement, au Moyen âge, la fin de vie était globalement considérée comme une étape religieuse de la vie. Puis jusqu'au XIXe siècle, la mort fut omniprésente dans les foyers, considérée comme un moment naturel et attendu pour chacun, « en quelque sorte la compagne d'un quotidien fait d'épidémies, de disettes et de guerres… » comme l'écrit Régis Aubry dans son ouvrage *« penser la fin de vie »* en 2022. (15)

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

C’est avec les progrès de la médecine et l’allongement de l’espérance de vie qu’à la fin du XIXe siècle, la fin de vie sera considérée comme objet de recherche hospitalier, notamment lors de l’« hospice movement » anglais en 1967. (16)
Ainsi, ces différentes évolutions de pensées rendent difficile de donner une définition unique de la fin de vie.

La difficulté à trouver un consensus de définition interroge tout de même sur la nécessité absolue de définir la fin de vie. On constate cependant que les travaux existants cherchent principalement à définir la qualité de fin de vie.

3. Encadrement et place du médecin généraliste dans la fin de vie à domicile

Le cadre légal de la fin de vie à domicile commence par donner un droit d’accès universel aux soins palliatifs, avec la Loi Kouchner du 9 juin 1999 (17). Avec cette loi, les prémices de l’introduction des soins palliatifs à domicile voient le jour puisqu’elle précise qu’en matière de soins palliatifs à domicile, « celle-ci peut faire appel à des professionnels de santé exerçant à titre libéral avec lesquels l'établissement conclut un contrat ».

Le plan de développement des soins palliatifs de 2002 à 2005 (18) mettra par la suite l’accent sur la nécessité d’information des professionnels de santé par la publication de recommandations de bonne pratique, sur l’accompagnement au domicile. Ce plan de développement est encadré par la loi du 4 mars 2002 (19) et la loi du 22 avril 2005 (20). Le complément de la loi Leonetti en 2016 (21) va définir des conditions d’arrêt de traitements, au titre du refus de l’obstination déraisonnable . Une de ces conditions insiste sur le fait que « Toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet. »
Le cinquième plan d’action actuel (2021-2024) vise lui à « garantir une prise en charge graduée et de proximité, coordonnée avec la médecine de ville ». (22)

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

En théorie, la décision et l'organisation des soins palliatifs au domicile sont toujours prises par le médecin traitant, avec l'accord du patient et de sa famille, parfois en coordination avec un réseau de santé ou une hospitalisation à domicile (HAD).
Cette prise en charge demande une évaluation rapprochée des attentes et des besoins du patient, et l'organisation avec divers intervenants : hospitalisation à domicile (HAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou infirmiers libéraux, notamment.

4. Zonage de la médecine générale (23)

4.1. Définitions, intérêts

Par définition, le zonage correspond à la division d'un territoire en différentes zones. Le zonage dans le milieu de la santé publique permet de catégoriser l'offre médicale actuellement disponible sur notre territoire.

Le postulat de base qui a permis de réfléchir à ces divisions territoriales est le suivant : il existe un décalage croissant entre l'offre et la demande de soins, et l'accessibilité géographique aux médecins généralistes a baissé de 3,3 % entre 2015 et 2018, avec un écart qui se creuse de plus en plus, notamment entre les communes les moins dotées et celles qui le sont le plus. Il y aurait donc nécessité de rééquilibrer ce décalage, avec pour première étape une identification de zones à prioriser.

Le territoire de vie-santé (TVS) est l'unité géographique de référence utilisée pour le zonage médecin. Il correspond à un agrégat de communes autour d'un pôle d'équipements et de services.
Au sein de ce TVS, l'unité qu'est l'accessibilité potentielle localisée (APL) est utilisée pour calculer l'accessibilité aux médecins généralistes. Elle est exprimée en nombre de consultations/habitants/an

Ainsi, un territoire de vie santé est considéré comme zone « sous-dense » si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations par an et par habitant. Toutes les communes de ce territoire de vie-santé sont alors considérées comme sous-denses.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Puis les zones sous denses sont-elles mêmes découpées en ZIP (zone d'intervention prioritaire) et ZAC (zone d'activité complémentaire) de l'APL le plus faible au plus élevé.
Le zonage a un intérêt pour pondérer le niveau d'aide (financière ou contractuelle) accordé par les ARS et l'assurance maladie. En effet, il concerne tous les médecins généralistes libéraux, mais aussi d'autres spécialités para médicales libérales.
Les méthodologies de zonage sont confiées aux ARS depuis 2017, dans une logique d'adaptation régionale, dont le but de répondre au mieux aux inégalités territoriales de santé.

4.2. Zonage en Auvergne Rhône-Alpes

Notre étude se centre spécifiquement sur la région Auvergne Rhône Alpes (ARA) , et a été motivée par des convictions personnelles, liées à un futur exercice dans cette région. Ainsi, mettre en lumière la situation actuelle semble être importante pour aborder plus aisément une arrivée dans ce milieu. De plus, peu d'études qualitatives se concentrent sur la médecine dans ces zones sous dotées, notamment en région ARA. (24,25)

La région ARA héberge plus de 8 millions d'habitants, avec un territoire de près de 70 000 km². Elle est composée de 12 départements (Ain, Allier, Ardèche, Cantal, Drôme, Isère, Loire, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Rhône, Savoie et Haute-Savoie) et de 4031 communes. (26)
La carte de la région ARA est disponible en annexe 1.

Concernant la méthodologie de zonage, le zonage en ARA se doit de respecter, au même titre que les autres régions, les modalités géographiques des territoires vie santé et les seuils populationnels fixés par le gouvernement.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Dans un second temps l'ARS régionale prend en compte de multiples critères pour établir un zonage le plus adapté possible (APL, part de médecin dont l'âge est supérieur à 60 ans, densité de médecins généralistes, part de population n'ayant pas déclaré de médecin traitant, la présence de structures de groupe, la part de population de plus de 75 ans, la part de population en affection longue durée).

Le tableau ci-dessous est publié par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et résume la répartition des territoires selon le zonage (23).

Répartition des territoires de la région ARA selon le zonage

	En termes populationnel	
ZIP – Zone d'intervention prioritaire	1 613 096 habitants	20,29 %
ZAC – Zone d'action complémentaires	4 109 009 habitants	51,69 %
HZ – Hors zonage	2 226 738 habitants	28,02 %

Ainsi, 70% des habitants de la région ARA se trouvent en zone sous dense, dont 28% en ZIP.

5. Les spécificités de l'exercice de la médecine générale en ZIP

Puisque les ZIP sont caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, il peut être supposé que l'exercice médical en soit impacté. Comme retrouvé dans une publication américaine du *« Annals of Internal Medicine »*, « les missions du généraliste sont potentiellement plus difficiles à remplir lorsqu'il exerce dans un territoire où l'offre en soins primaires est dégradée. Elles ne se limitent pas à ses propres activités de soins. » (27)

Des données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), ainsi que d'autres études ont pu résumer les différences observées entre l'exercice de la médecine générale en ZIP et celui dans n'importe quel autre territoire. (10,28,29)

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Premièrement, concernant l'aspect démographique, les médecins généralistes libéraux dans les ZIP sont plus souvent des hommes et semblent en moyenne plus âgés que les médecins généralistes d'autres zones. S'ils exercent plus souvent que leurs collègues des autres zones dans des communes rurales, plus de 70% des médecins des ZIP exercent dans des communes urbaines.

La patientèle de ces médecins est en moyenne plus élevée, toutes choses égales par ailleurs, avec un nombre de consultations plus élevé.

Lorsque les travaux de recherche ont interrogé les médecins généralistes de ces ZIP, ces derniers déclaraient des temps de travail hebdomadaires importants, sans pour autant plus d'heures travaillées que sur les territoires n'étant pas des ZIP. (10)

Le reste des données de l'INSEE recense pour les médecins généralistes des ZIP :

- Un usage accru de certains médicaments (opioïdes)
- Moins de renvoi vers des soins paramédicaux (IDE, kinésithérapeute)
- Des suivis gynécologiques un peu moins réguliers
- Moins d'actes de prévention (mesuré avec écart de score des ROSP)
- Moins de temps consacré à la formation médicale continue

6. L'étude du vécu

Selon le Larousse, le vécu correspond à « l'expérience réellement vécue, les faits, les événements de la vie » (30) alors que le dictionnaire de sociologie clinique propose une définition plus complète : « le vécu est l'image que chacun de nous va continuellement se former de tout ce qui lui est arrivé pendant sa vie, et à laquelle est liée l'identité du sujet » (31). Le dictionnaire précise également que pour que les évènements qui se passent fassent partie d'un vécu, ces derniers doivent avoir laissé un impact dans la vie.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

De plus, dans un essai sur l'apprentissage, GIORDAN écrit que « l'apprendre a besoin d'un milieu concret pour prendre vie. Sans expérience vécue, l'apprentissage, même au travers de manipulations reste dogmatique » (32) .

Ainsi, au moment où notre expérience de médecin généraliste n'en est qu'à ses prémices, le recueil de vécus semble être enrichissant pour l'exercice futur de la médecine générale.

7. Problématisation

L'étude cherchera donc à préciser, en étudiant le vécu de ces médecins, la manière dont ils s'approprient la prise en charge de fin de vie à domicile, en faisant face à leur réalité territoriale.

Une étude qualitative est adaptée, afin de rencontrer les médecins de ces ZIP de vive voix pour exploiter au mieux leurs ressentis. Les données qualitatives paraissent être les plus à mêmes de mettre un accent sur un vécu (33).

L'objectif principal sera d'explorer différentes expériences de médecins généralistes des ZIP de la région Auvergne Rhône Alpes, concernant la prise en charge de fin de vie à domicile. On tentera dans un second temps de proposer un modèle explicatif et comparatif avec les autres territoires en France.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

MATERIEL ET METHODE

1. Etude

1.1. Choix du type d'étude

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons réalisé une étude qualitative auprès de médecins généralistes, en conduisant des entretiens individuels semi-dirigés, à l'aide d'un guide d'entretien comprenant des questions ouvertes.

1.2. Échantillonnage

L'étude concerne les médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Les critères d'inclusion sont : être médecin généraliste en région ARA, et avoir exercé en libéral. Nous n'avons défini aucun critère d'exclusion.

Le choix des participants s'est fait grâce à un échantillonnage théorique. C'est une modalité de l'échantillonnage raisonné, c'est-à-dire non probabiliste, et orienté en fonction des participants précédents. (33,34)

1.3. Recrutement des médecins généralistes

Un courrier dactylographié a été imprimé et envoyé sous enveloppe à 500 médecins généralistes, recrutés sur la page internet des Pages Jaunes.
Le courrier abordait le thème de façon générale, à savoir la prise en charge de la fin de vie à domicile par les médecins généralistes, de façon à ne pas influencer à l'avance les participants. Les modalités de l'entretien ainsi qu'un moyen de contact leur étaient explicités, afin qu'ils puissent convenir d'un rendez-vous.
Le recrutement s'est réalisé de janvier 2023 à mars 2023. 6 réponses ont été obtenues par mail, 7 par SMS et 5 par téléphone.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

2. Entretiens

2.1. Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien était composé d'une partie « recueil démographique », puis de 6 questions ouvertes, avec des questions de relance si besoin. Une question laissait libre le participant d'ajouter certains propos s'il le souhaitait et clôturait le guide. Ce dernier s'est établi dans un processus continu de réflexion et d'amélioration (33) avec le directeur de thèse, qui a d'ailleurs participé à un entretien test. Le guide d'entretien est disponible en annexe 2.

2.2. Recueil des données

Les entretiens ont été menés par un unique enquêteur et ont été enregistrés, après accord des médecins généralistes interrogés, par un dictaphone numérique, de la marque OLYMPUS ®. Toutes les données verbales et non verbales ont été recueillies et appuyées par des notes sur le journal de bord.
Puisqu'aucune donnée à caractère personnel permettant une identification directe ou indirecte n'a été demandée, nous n'avons pas eu à faire appel à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).
Nous nous sommes efforcés de garder une certaine liberté dans le déroulement de l'entretien et dans l'ordre des questions en fonction des éléments spontanément abordés par le participant.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

3. Analyse des entretiens

3.1. Retranscription

La retranscription des entretiens a été faite à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word ®. Les silences et les expressions non verbales ont été notés entre parenthèses. Par souci d'anonymisation, les entretiens ont été identifiés par des numéros (entretien 1 = E1, entretien 2 = E2, et cetera). Certaines données n'assurant pas l'anonymat ont été remplacées par des « X ».

3.2. Codage

Les données ont été analysées au fur et à mesure des entretiens, en s'inspirant de la méthode de la théorisation ancrée de Glaser & Strauss (35) . Notre choix de méthode visait à définir la réalité d'un groupe en fonction des interactions entre ses membres et à expliquer les comportements dans le contexte social à l'étude. (36)

Le codage des données a été fait à l'aide du logiciel Atlas.ti ® qui facilite la rédaction de l'analyse mais qui, en aucun cas n'interprète les données.
L'analyse s'est réalisée par comparaison constante (33) , c'est-à-dire que chaque entretien était analysé en rapport avec le précédent.
Trois étapes ont été respectées pour l'analyse. Premièrement, l'analyse ouverte a permis l'émergence d'unités de sens. Dans un second temps, lors de l'analyse axiale, les unités de sens ont été articulées entre elles, puis cette articulation a été analysée finement afin d'en comprendre les conditions. Enfin, l'analyse sélective a permis la création d'un modèle explicatif.
La triangulation des données s'est effectuée pour 6 de nos entretiens, soit 1/3. Seuls les codes communs ont été conservés pour l'analyse.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

4. Recherches bibliographiques

La recherche bibliographique élargie a été réalisée grâce à différentes bases de données électroniques (Cismef, Pubmed, ScienceDirect, Cairn) et à 2 catalogues universitaires : le Système universitaire de documentation (SUDOC) et le Dépôt universitaire de mémoires après soutenance (DUMAS). Le site de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs a également servi à établir notre bibliographie (listing de thèse, définitions).

Les mots-clés utilisés ont été : « fin de vie », « médecins généralistes », « soins à domicile », « territoires », « vécus », « zones sous-dotées ». Les mots-clés étaient les mêmes entre les différentes bases de données, sauf pour la base PubMed, pour laquelle ils ont été convertis dans le thésaurus MeSH (Medical Subject Headings). ». Les références bibliographiques ont été répertoriées avec le logiciel Zotero® en respectant les critères Vancouver.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

RESULTATS

1. Description de la population étudiée

18 entretiens ont été menés : 9 en face à face et 9 par téléphone. La saturation des données a été obtenue au bout de 15 entretiens, et 3 entretiens supplémentaires ont été menés pour le confirmer. La durée des entretiens a varié de 20 minutes à 1h43 minutes pour le plus long. La durée moyenne des entretiens étaient de 42 minutes.
Les caractéristiques de la population étudiée nous semblant pertinentes ont été répertoriées dans un tableau. Les caractéristiques complètes de la population étudiée sont disponibles en annexe 3.

Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

Participant	Sexe	Âge	Temps d'exercice	Milieu d'exercice	Type d'activité	Nombres de VAD
P1	F	42	14	Semi rural	Libéral pur	4 à 8 par semaine
P2	H	38	9	Semi rural	Libéral pur	1 à 2 par semaine
P3	F	45	17	Urbain	Libéral pur	1 tous les 15 jours
P4	F	43	17	Semi rural	Libéral pur	3 à 4 par jour
P5	H	53	26	Semi rural	Libéral pur	2 par semaine
P6	F	54	23	Rural	Mixte	Tous les jours
P7	F	42	16	Rural	Libéral pur	2 à 10 par semaine
P8	F	56	25	Rural	Libéral pur	0
P9	F	33	3	Semi rural	Libéral pur	1 fois par semaine
P10	F	32	3	Semi rural	Libéral pur	4 à 6 par semaine
P11	F	31	1	Semi rural	Libéral pur	0
P12	F	31	3	Rural	Libéral pur	3 fois par semaine
P13	F	30	4	Rural	Mixte	2 par mois
P14	F	55	10	Rural	Libéral pur	1 fois par semaine
P15	H	69	37	Rural	Libéral pur	Tous les jours
P16	F	48	22	Semi rural	Libéral pur	0
P17	F	40	2	Rural	Libéral pur	Toutes les semaines
P18	H	32	3	Semi rural	Libéral pur	1 fois par semaine

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

L’analyse des critères socio-démographiques des participants de notre étude retrouve un taux de participation féminine à hauteur de 72%. La répartition de l’âge des participants est également intéressante : 66% de nos répondants ont plus de 35 ans.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

2. Analyse des données

2.1. Le vécu des médecins généralistes en lien avec leur expérience

a. Une bonne connaissance de leur territoire

L'ensemble des médecins interrogés connaissent le terme « ZIP » qu'ils utilisent dans les entretiens, mais qu'ils reformulent aussi sous d'autres termes.

> **(E1) :** « C'est à ce moment-là qu'on a basculé sur une zone euh fragile, on va dire »
> **(E8) :** « C'est un désert médical »
> **(E18) :** « Médecine en désert »
> **(E3) :** « Être en zone déficitaire » ; **(E5) :** « On est dans un secteur très déficitaire »
> **(E5) :** « On est en zone sous-médicalisée »
> **(E13) :** « Après c'est une zone qui est un peu sous-dotée »

Plusieurs médecins associent la ZIP à la médecine de campagne.

> **(E6) :** « Ce qu'il nous manque cruellement nous en campagne »
> **(E15) :** « C'est de la médecine rurale »
> **(E5) :** « En tout cas en campagne tout ça, en tout cas je suis très content que l'on ne fasse plus de choses comme ça »
> **(E18) :** « Dans la médecine en désert mais un peu rurale »

Cependant, certains médecins savent également que la ZIP peut concerner le milieu urbain.

> **(E1) :** « Alors même si je sais qu'il y a des ZIP maintenant en ville »
> **(E18) :** « Après c'est vrai qu'on a l'image des zones prioritaires dans les campagnes reculées, etc mais après, enfin ce que j'avais étudié, ce n'est pas le cas partout, tu peux être en milieu urbain et être déficitaire, etc. »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

b. Un attachement à leur territoire

Certains médecins interrogés prônent un choix de territoire de vie plus que celui d'une zone d'exercice. Ils étaient au courant de la sous-dotation de leur territoire avant leur installation et cet aspect n'a pas été un obstacle à leur installation.

> **(E1) :** « Après la zone prioritaire était pas forcément un choix, euh c'était plus la localisation géographique du cabinet qui me plaisait »
> **(E18) :** « je ne sais pas comment dire, en fait je pense que ce n'est pas trop rentré dans mes critères de choix »
> **(E7) :** « Je ne me suis pas posée la question en fait. Moi je suis arrivée ici parce que la famille était dans le coin et que le coin me plaisait mais je n'ai pas, ça n'a pas été un critère d'installation en tout cas. »
> **(E3) :** « Quand on s'est installés on savait que le territoire était déficitaire »

La qualité de vie offerte par ces territoires semble être primordiale pour les médecins.

> **(E1) :** « C'est la qualité de vie aussi pour nous, d'être un peu à la campagne, c'est vrai que c'est très agréable »
> **(E3) :** « Mon territoire est excellent pour la vie personnelle, c'est pour ça qu'on y est restés »

L'attachement au territoire semble également lié au fait que les médecins ont l'impression de faire partie de la société de par leurs rapports avec les habitants.

> **(E4) :** « Ben c'est quand même l'intégration dans une communauté »
> **(E6) :** « La notion de petite ville, j'aime bien. Cette façon de, comme dans les pubs du Crédit Agricole, quoi. Le patient vient chez moi, après j'amène mon chat chez le vétérinaire, je vais chez le pharmacien que je connais, le plombier aussi. Voilà. Il y a une entraide mutuelle que l'on retrouve en milieu rural. »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

c. Un attachement à leurs patients

La sémantique « médecin de famille » retrouvée dans les entretiens fait référence à un aspect de prise en charge globale du patient, en l'intégrant dans son schéma familial. Il y a une notion de connaissance du patient en profondeur, dans son intimité.

> **(E6) :** « On connaît les familles, les domiciles »
> **(E4) :** « Ça fait partie de médecin de famille, médecin généraliste d'aller jusque-là. »
> **(E3) :** « Je fais mon rôle de médecin traitant, on va dire, je suis vraiment le médecin de famille, pour le coup la définition de notre métier »
> **(E12) :** « Parce que dans les milieux comme ça on suit quasiment toute la famille, du coup on connaît bien en général les enfants de nos personnes âgées, et l'inverse quoi »
> **(E15) :** « Le côté « médecin de famille », avec cette prise en charge de famille, on soignait le grand-père, le père, le petit-fils, voilà. »
> **(E16) :** « Moi j'ai choisi le rural parce que c'est une population dont on connait une deux trois et parfois quatre générations. »

Cette notion de « médecin de famille » implique une relation particulière avec le patient, où une sorte d'attachement semble exister.

> **(E18) :** « Tu as vraiment un contact très particulier, enfin tu vois ce n'est même pas du langage, c'est de l'évidence parfois »
> **(E12) :** « Je pense que c'est un exercice qui nous permet quand même d'être plus proche des gens »

En lien avec l'âge des participants, les médecins les plus âgés de notre étude semblent se calquer sur un modèle paternaliste de la relation patient-médecin. Dans ce schéma, le médecin semble détenteur de l'information sur l'état de santé de son patient, sans forcément lui en faire part.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Les médecins les plus jeunes, eux n'évoquent pas cette modalité de relation patient-médecin.

> **(E14) :** « Après je fais bien, je fais mal, je ne sais pas. En tout cas, j'ai trouvé mon équilibre comme ça, et je pars du principe que oui on a beau être proche des patients, mais à un moment donné, de réaffirmer qui est le chef, ça leur fait du bien »
> **(E15) :** « Et on ne disait pas aux gens, on le disait aux familles, à l'entourage, on leur expliquait et puis au malade, on lui racontait des fois des carabistouilles. C'était rarement dit de manière frontale. »

Le fait de vouloir s'occuper seul de son patient pour deux des participants semble renforcer cette vision paternaliste.

> **(E6) :** « Parce que travailler en équipe quand on est généraliste depuis 20 ans, on est des vieux loups solitaires parfois. On a l'habitude de travailler tout seul »
> **(E8) :** « Et les médecins sont aussi un peu particuliers, je parle des médecins libéraux, à un moment donné, quand il y a des médecins qui viennent de l'hôpital et qui font des choses, ça arrange parfois et il y en a d'autres que ça dérange en fait, qui voudraient tout faire et qui finalement n'y arrive pas. »

d. La polyvalence de l'exercice

Les médecins généralistes apprécient leur exercice diversifié.

> **(E6) :** « On suit les gens des nourrissons aux vieillards »
> **(E14) :** « En tant que médecin au contraire, je trouve que c'est très intéressant, mais ça c'est mon point de vue personnel, puisque l'on fait pleins de choses, parce que c'est LA vraie médecine générale »
> **(E13) :** « Un exercice diversifié, et hyper polyvalent »

Cet exercice polyvalent semble être mis en lien avec un manque de spécialistes en ZIP.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E14) : « Euh, ben, dans certaines situations, c'est surtout compliqué pour les spécialistes »

(E16) : « Il y a une demande de soins classiques qui s'accroit, et on nous demande de faire en plus, parce qu'il n'y en a plus, le travail du médecin du travail, du médecin de l'éducation nationale, voilà tout ça »

(E4) : « Qu'on se bat un peu plus pour avoir accès à des spécialistes »

La contrainte géographique du territoire est également mise en avant dans les entretiens.

(E8) : « En plus on est très loin des établissements sanitaires »

(E13) : « Mais en même temps avoir la polyvalence pour ne pas adresser ailleurs parce qu'il y a vraiment la contrainte géographique et les gens pour un scanner, doivent faire une heure de route »

(E17) : « L'accès aux spécialistes c'est forcément entre une et deux heures pour les patients »

e. Une surcharge quantitative et qualitative de travail

Dans nos entretiens, il est relevé une surcharge de travail. Les médecins interrogés semblent faire face à une grande demande de prises en charge.

(E1) : « L'activité est tendue quand même du coup au niveau charge de travail et puis sollicitation des gens »

(E2) : « J'ai une patientèle qui quantitativement c'est une patientèle qui est plus enfin, j'ai plus de patients. Je dois être dans le dernier, je sais plus comment ils calculent ça à la Sécu, mais le dernier quartile des médecins, je dois faire partie des 5% de médecins en France qui ont le plus de patients. »

(E3) : « J'ai un volume de demandes trois fois supérieure à la demande moyenne nationale et sur les ALD c'est la même chose. Donc une charge de travail bien plus importante »

(E6) : « Après les inconvénients, je crois que tout le monde les connaît, surcharge de travail, horaires à rallonge, gardes, week-end. »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E10) : « Je dirais que c'est surtout ça d'exercer en ZIP, un flux de patient important et très demandeurs du coup. »
(E18) : « Tu te dois de répondre à une offre (sic) de soins qui je pense est assez forte quand même »

La surcharge de travail semble également décrite comme qualitative, avec par exemple l'impossibilité de réaliser des visites à domicile pour certains médecins ou l'impossibilité de prendre du temps pour créer du lien avec les autres intervenants sanitaires du territoire.

(E8) : « Et là, le désert médical nous contraint à enchaîner nos rendez-vous plutôt au cabinet, et à faire venir les patients jusqu'à nous. »
(E2) : « C'est plus difficile de voir les patients à leur domicile, c'est plus compliqué de s'organiser pour faire les visites à domicile, ça explique pourquoi j'ai si peu de visites à domicile »
(E8) : « on a très peu de temps pour le faire donc il faut aller très vite dans le contact avec les collègues »

f. L'impact sur les prises en charge

Cette surcharge globale de travail a un impact non négligeable sur les prises en charge.
Premièrement, il est remarqué un risque d'inégalité d'accès aux soins. Certains patients sont reçus en consultation, d'autres se voient refusés.

(E2) : « C'est aussi en fait le fait d'avoir beaucoup de monde, c'est prioriser aussi les consultations. Il y a moins de consultations de confort, des rhumes, etc, c'est uniquement des consultations dûment justifiées. »
(E1) : « Pour avoir un médecin référent, ça c'est compliqué parce que on ne peut pas toujours euh répondre favorablement »
(E18) : « Après la difficulté que je ressens c'est plus dans la pratique de tous les jours, où tu sens que ouais la demande est forte, et l'accès au second degré, nous on est le soin primaire, on va dire l'orientation, tu sens que c'est quand

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

même compliqué et tu dois vite, tu dois aussi gérer beaucoup de choses, et tu peux difficilement faire ton choix »

Un des médecins interrogés pense que cette inégalité de prise en charge peut conduire à un abandon des soins de la part des patients.

(E8) : « Parce qu'il y a des patients qui découragent et qui du coup ne viennent pas, ou finalement ne vont pas prendre en compte leurs symptômes et vont abandonner en fait. »

La surcharge de travail a également un impact sur la santé globale du praticien.

(E1) : « Par période ça peut être fatiguant aussi l'activité du coup, la surcharge de travail »
(E6) : « Fatigue physique aussi »
(E8) : « On y laisse quand même des plumes, si je peux me permettre de parler ainsi »

g. Nécessité de moderniser l'exercice

Pour faire face à cette surcharge et à ses conséquences, il semble y avoir eu nécessité de moderniser l'exercice.
Le travail en équipe est largement plébiscité dans nos entretiens.

(E5) : « Non mais moi, je, ne conçois le travail qu'en équipe. »
(E4) : « Il ne faut pas envoyer quelqu'un tout de suite tout seul, petite anecdote. Euh, il faut vraiment prendre le temps d'aller à la rencontre des infirmières, des para médicaux, des soignants qui nous entourent quoi. »
(E8) : « On est obligés de collaborer, créer un réseau en fait pour contourner les difficultés d'accès aux soins en fait, qui sont vraiment majeures. »
(E9) : « De toute façon c'est un peu l'avenir de la médecine, on travaille en coordination, pouvoir discuter des cas complexes avec les collègues »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E15) : « D'être dans une structure où l'on était 3 puis ensuite 4, c'est-à-dire ne pas être complétement isolé non plus. Avoir des confrères pour partager. »
(E16) : « Moi j'ai choisi de venir m'installer là parce que ma première installation était une catastrophe mais aussi parce que j'avais vraiment le souhait de sortir de mon exercice solitaire, que je n'aimais pas du tout »
(E18) : « Mais après nous on travaille à plusieurs, on est regroupés et on va dire ça soulage ça »

Deux de nos participants prônent la délégation de tâches.

(E5) : « On constate qu'en déléguant on peut augmenter la qualité, que certaines professions font mieux que les médecins, euh pour peu qu'on leur fasse confiance et qu'il y ait des outils adaptés. »
(E2) : « C'est aussi par exemple, créer des protocoles comme euh, les protocoles angines ou cystite euh avec les pharmaciens, on travaille en collaboration où ils font des TDR pour les angines »
(E2) : « Par exemple les suivis de grossesse se font beaucoup avec les sages femmes. Donc je réoriente pas mal vers les sages femmes. Voilà. »

Certains participants sont à l'initiative d'organisations sanitaires pluriprofessionnelles, qu'ils ont créé ou rejoint pour faire face à la surcharge de travail et dans la volonté de soin collectif. Par exemple, un médecin évoque la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) et d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Trois médecins évoquent leur hôpital local comme appui aux prises en charge.

(E3) : « Quand on s'est installés on savait que le territoire était déficitaire et c'est pour ça que d'entrée de jeu je suis à l'initiative de la CPTS du xx, de la maison de santé dans laquelle j'exerce »
(E13) : « L'hôpital local ce n'est pas mal, parce qu'en termes de service rendu au patient, c'est génial »
(E14) : « Moi personnellement, l'hôpital m'aide beaucoup, c'est pour moi plus qu'un luxe »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E18) : « Et aussi, l'autre support c'est qu'on a un hôpital local »

Enfin, les médecins, en respectant leur vie personnelle, semblent moderniser leur exercice.

(E8) : « Je pense qu'il faut qu'on soit honnête aussi, on est plus forcément, on ne laisse plus forcément notre portable ouvert, on ne communique plus notre portable personnel à nos patients peut-être comme on le faisait avant. »
(E10) : « Je n'ai pas passé ce cap de donner mon numéro de téléphone »
(E15) : « Je l'explique par le fait que, contrairement à nous, ils ont envie de ne pas faire les mêmes erreurs, c'est-à-dire de privilégier, peut-être pas privilégier mais faire place à leur vie personnelle, leur vie de famille. »
(E4) : « On apprend à dire stop, on apprend à accepter que même si certains ont nos coordonnées privées, à dire non, ce n'est pas le bon moyen, ce n'est pas le bon moment. »

h. Emotions provoquées

Travailler en ZIP apporte de manière générale une importante gratitude.

(E2) : « Être accueilli un peu comme le messie »
(E5) : « Il y a une forte reconnaissance des gens »
(E11) : « Je trouve que l'on est plus dans la communication et c'est plus agréable parce qu'on sent qu'il nous prend pour un médecin »
(E17) : « On a des gens qui n'ont pas du tout, je trouve qu'ils sont vraiment reconnaissants les gens. »
(E18) : « Après c'est quelque chose qu'on ressent quand même dans la pratique, c'est-à-dire, en tout cas quand on est arrivés on a bien réalisé, parce qu'il n'était que deux médecins dans le village qui étaient proches de la retraite, et quand tu arrives tu sens que c'est une bouffée d'air frais pour tout le monde quoi, et tu es très sollicité »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Une participante trouve cependant que la gratitude est parfois abusive.

> **(E16) :** « C'est même trop parfois. Le médecin c'est un peu Dieu parfois, mis sur un socle, ce que moi j'ai un peu de mal à supporter. »

Certains médecins interrogés se sentent satisfaits de travailler dans les ZIP.

> **(E5) :** « Je trouve qu'il y a plein de choses positives, et ça renouvelle et ça dépoussière un peu le métier de médecin »
> **(E6) :** « Pour l'instant j'ai un exercice qui me plaît, que je n'ai pas envie de changer. »
> **(E9) :** « C'est agréable. »

Certains médecins se sentent responsables de leurs patients.

> **(E8) :** « Il faut quand même qu'on assume nos responsabilités, mais il faut qu'on les prenne aussi. »
> **(E13) :** « Parce que je suis vraiment responsable des gens »

Une forme de sérénité est évoquée dans un des entretiens.

> **(E12) :** « Je ne sais pas pourquoi mais j'ai beaucoup moins peur d'exercer avec les gens ici, et ils aiment bien quand on n'est pas trop invasifs avec eux non plus. »

Toutefois, d'autres émotions négatives concernant l'exercice en ZIP existent dans les entretiens.

- **La pression**

> **(E1) :** « C'est vrai que ça fait pas mal de de pression quotidienne »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E3) : « Après dans l'idéal on préfère trouver des remplaçants parce que vu la pression qu'on a. Vu les agendas pleins qu'on a, c'est mieux pour nous d'avoir des remplaçants que de se rajouter du boulot »
(E8) : « La richesse de notre exercice en tant que médecin généraliste, qui est vraiment polyvalent, mais la pression du temps en fait. »
(E16) : « Euh mais c'est en train de changer vraiment, on voit vraiment qu'avec la pression qui est renforcée par les médias qui disent tout le temps qu'il n'y a plus de médecin traitant, ce qui est vrai, il n'y a plus de médecin traitant, mais il y a un espèce de stress global de la population qui pense qu'elle n'aura pas de médecin traitant, et ça exercice une pression sur le secrétariat qui est de plus en plus difficile à supporter »

- **L'impuissance**

(E2) : « Et malgré tout il y a quand même 20000 personnes dans la zone où j'exerce qui n'ont pas de médecin traitant. Donc ça implique aussi de faire un travail en parallèle pour permettre à ces gens-là de consulter »
(E5) : « Alors après on ne fait pas forcément face à tout, ça c'est désagréable »
(E7) : « On ne peut pas dire oui à tout le monde parce que ce n'est pas possible. Et c'est hyper frustrant de ne pas dire oui (rires) »
(E8) : « Voilà, c'est très frustrant d'avoir des délais aussi longs »

- **La souffrance**

(E2) : « Si je pouvais virer en un claquement de doigts 1000 patients ben je me sentirais beaucoup mieux. »
(E2) : « je suis navré à chaque fois que je refuse une prise en charge en tant que médecin traitant. Je suis désolé, mais lorsque le patient se met à supplier, je ne me sens pas bien. »
(E3) : « Donc, c'est contraignant d'être en zone déficitaire parce qu'on est de moins en moins nombreux »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

2.2. *La fin de vie à domicile vue par les médecins généralistes*

a. Prises en charges protocolisées

Les participants essaient d'identifier en premier lieu le moment où le patient rentre dans une situation de fin de vie.

> **(E9)** : « Je me disais, mais en fait moi je fais un peu de la fin de vie, mais en fait ça se trouve je m'emballe et il est pas du tout en fin de vie. »
> **(E10)** : « La fin de vie ça commence à rentrer surtout bah quand il y a le décès, enfin quand on sait que le décès peut être attendu dans un certain délai. »
> **(E16)** : « Pour moi il y a vraiment une grosse différence entre la fin de vie et mourir »
> **(E18)** : « Euh, après tu peux aussi entendre la fin de vie comme bien en amont. »

Pour beaucoup, la fin de vie débute lors de l'annonce de soins palliatifs dans un contexte de maladie avancée.

> **(E6) :** « Bon bah là concrètement quand on est dans un stade d'une maladie avancé. »
> **(E12)** : « Et, il y a des cas où la fin de vie est un peu plus prématurée, et dans ce cas-là, c'est peut-être quand il y a eu plusieurs lignes de traitements, et que le patient est épuisé, ou qu'il est récusé malheureusement par l'équipe médicale »
> **(E13) :** « Mais c'est vrai que pour moi la fin de vie c'est presque soins palliatifs, c'est quand on est à un stade où le patient de toute façon ne veut plus, enfin on est sur la fin de sa vie »
> **(E1) :** « A partir du moment où on bascule en soins palliatifs, donc c'est-à-dire qu'on est sur de la fin de vie »
> **(E10)** : « Alors ça peut être du palliatif, du soin palliatif où il n'y a plus de traitement curatif mis en place »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Pour d'autres, la fin de vie débute lors d'une dégradation importante de l'autonomie.

> **(E11) :** « Mais à partir de quand ça commence, oui c'est fluctuant, euh mais pour moi il y a certains drapeaux rouges oui, troubles cognitifs, chutes à répétition »
> **(E3) :** « Oh bah selon le stade de la maladie, quand je sens que ça commence à glisser. Mais par exemple, j'ai un patient qui est mort d'insuffisance cardiaque à domicile, euh, bon bah lui quand j'ai senti qu'il glissait, que ça n'allait pas aller bien loin »
> **(E18) :** « Une baisse d'autonomie qui est prononcée, et là on va dire que tu es dans l'accompagnement, et vraiment il faut que ça se termine, tu vois c'est un peu la fin du concert, et il faut que le bouquet final soit joli »

Pour la plupart des participants, la prise en charge de la douleur et de l'angoisse est primordiale lors des fins de vie à domicile.
Les mots « ***douleur*** », « **angoisse** » et « **anxiété** » sont retrouvés dans tous les entretiens.

D'autres mots en rapport à la fois avec l'anxiété et la douleur sont retrouvés.

> **(E10) :** « Mais de savoir que ça peut être inconfortable »
> **(E12)** : « Sans trop de souffrances on va dire »
> **(E15)** : « Prise en charge psychologique »

L'importance donnée au travail en équipe (médecins, paramédicaux) dans les prises en charge de fin de vie renforce ce caractère protocolisé. L'intervention des équipes d'hospitalisation à domicile (HAD) est beaucoup retrouvée, mais quelques médecins évoquent également les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP).

> **(E5)** : « Moi j'aime bien quand c'est en équipe, et donc la fin de vie impose le travail en équipe »
> **(E10)** : « Parce qu'on ne peut pas être seul à gérer une situation de fin de vie je trouve »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E12) : « Ouais, notamment sur les questions de fins de vie, de suivis un peu compliqués, quand le patient ne veut pas aller à l'hôpital et qu'on n'a pas totalement le soutien de toute la famille, c'est bien quand même d'avoir quelqu'un, pour appuyer la décision quelque part. »

(E4) : « Parce que s'il n'y a pas une équipe para médicale qui suivait, on ne pourrait pas les garder à la maison quoi. »

(E6) : « Les infirmiers libéraux, bien sûr indispensable. Je dirais même qu'ils font le gros du travail. »

(E3) : « Souvent j'avais l'HAD avec, l'indispensable »

(E1) : « Pour le coup toutes les fins de vie à domicile que j'ai faite c'était dans le cadre d'une HAD. Donc ça s'est plutôt bien passé. »

(E16) : « Le médecin de l'HAD est quelqu'un avec qui on échange, je ne peux pas envisager ces prises en charge seule »

(E15) : « Et puis les dernières années de mon exercice, il y a eu une mise en place des équipes mobiles de soins palliatifs. Qui étaient quand même d'un grand secours pour nous. »

(E18) : « Nous on est plutôt chanceux sur notre territoire où il y a une équipe mobile de soins palliatifs pas loin »

b. Renvoi à la nature humaine

- **A la nature humaine du patient**

Les médecins interrogés semblent adopter une approche centrée lors des prises en charges de fin de vie. Le patient n'est plus placé seulement en tant que malade dans ces prises en charges, mais également en tant que personne à part entière.

(E4) : « Laisser le patient ou la famille acteurs, jusqu'au bout en fonction de ce qu'ils veulent ou de ce dont ils ont besoin »

(E6) : « Bah on essaie au maximum, nous, de nous adapter à ce que veulent les patients »

(E7) : « Il faut le faire tant que les gens sont encore en état d'en discuter et d'exprimer leurs volontés quoi »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E8) : « Je suis très attachée à donner la parole au patient, même s'il a des troubles cognitifs, même s'il est confus »

(E11) : « Après je pense que c'est d'abord laisser parler son patient, l'écouter c'est important. »

(E16) : « En tout cas, moi j'aime bien me mettre au service des patients en leur expliquant les choses clairement, et puis ils décident dans quelle mesure ou pas ils ont besoin ou pas que je sois présente »

(E18) : « Et en effet aussi parce que tu es centré sur le patient, en fait tu ne vois un peu que le patient »

Les médecins sont attachés à respecter la temporalité et le cheminement du patient dans son parcours de fin de vie.

(E11) : « Enfin moi je me dis qu'il faut que je respecte sa temporalité à lui »

(E8) : « Parce que vous savez certainement puisque vous vous intéressez au sujet, il y a une différence d'évolution, on n'avance pas tous de la même façon »

(E14) : « Et puis il y a des choses qu'ils ne sont pas prêts à entendre à un moment donné et puis en prenant le temps, des mois des années plus tard, j'arrive à leur dire des choses que sur le coup ils ne pouvaient pas entendre. »

(E16) : « Quand commence la fin de vie, je dirais qu'il y a deux niveaux, il y a le niveau quand nous, soignants on considère que on va vers la fin de vie, et il y a des fois où le patient a conscience qu'il va dans la fin de vie, on n'est pas forcément dans la même temporalité, et ce n'est pas forcément nous qui sommes avant le patient, c'est dans les deux sens. »

(E4) : « C'est impossible d'imaginer comment ça va se passer, quelles vont être les étapes, est-ce qu'ils vont avoir assez d'énergie, ou pas, quels seront leurs besoins, donc oui voilà, le projet il doit s'ajuster en permanence en fonction du patient »

Les praticiens décrivent les aspects importants du domicile dans les prises en charge de fin de vie, qui semblent faire écho à l'humanité du patient. La plupart des médecins évoquent la présence permanente de l'entourage et des repères intimes familiers, mais aussi la peur de l'hôpital, et un médecin évoque le confort du domicile.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E3) : « Les gens en fin de vie c'est ce qu'ils demandent en fait. Alors, ils ne demandent pas à ce qu'il y ait tout le temps des proches, parce que souvent ils sont fatigués, ils vont avoir besoin de phases de repos mais voilà, ils sont contents de voir des proches. »

(E9) : « Et ben parce que du coup quand on est à l'hôpital et qu'il y a une fin de vie, je trouve que les patients sont complètements coupés de leur contexte, et je trouve, enfin contexte familial, social tout ça, donc je trouve que c'est un peu dur »

(E12) : « Ils ont toujours eu cette proximité avec leur famille, ils ont besoin d'avoir ça jusqu'au bout. »

(E16) : « Elle a 5 enfants cette dame, dans cette maison ça sent les gnocchis, on a les gamins qui sont à fond, c'est très déconcertant parce qu'elle ne peut pas lâcher ça. »

(E18) : « Les gens veulent être chez eux, et en fait je pense que ce n'est pas tant qu'ils veulent être chez eux, on est plus confortable, enfin là si je te demande tu es plus confortable dans ton lit chez toi que dans un lit d'hôpital, quand tu finis ta journée, tu es plus content de rentrer chez toi avec tes repères, donc on revient un peu à une question de confort »

(E7) : « Ben j'imagine qu'il y a, je n'en sais rien, est-ce qu'il y a une peur de l'hôpital »

(E12) : « Et sinon la peur d'être mal pris en charge à l'hôpital. Ils ont peur qu'on ne leur ne donne pas à manger, pas à boire, ils ont très peur (rires) »

Il semble alors exister une importance primordiale de l'entourage du patient, à la fois acteur principal d'une fin de vie mais également à prendre en charge par le médecin.

(E6) : « S'il n'y a pas de famille proche, parce que malgré l'aide médicale malgré la famille malgré tout ce qu'on peut avoir, et bien si on n'a pas de répondant ou un proche qui ne se sent pas apte à vivre tout ça, et bien ce n'est pas possible. »

(E8) : « Pour moi il faut qu'à un moment donné, l'entourage soit mobilisé, ça c'est impossible de gérer une fin de vie à domicile et que la famille n'est pas partie prenante. »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E9) : « C'était aussi d'accompagner la famille, voilà, faire un truc un peu plus global. »

(E10) : « Donc il faut qu'il y ait un contexte familial adapté »

(E11) : « C'est gérer les proches aussi, ce n'est pas que gérer le patient. »

(E14) : « C'est vis-à-vis des proches que je reprends la main. »

(E16) : « Donc je reçois les parents chacun à leur tour, la petite sœur, chacun dans leur problématique personnelle et autour de ce garçon et ça contribue bien sûr à la prise en charge de XX et puis ça (réfléchit) construit les choses pour après. »

(E18) : « En fait la fin de vie tu as certes le patient, mais tu as un peu aussi ce qui se passe autour, donc tu vois tu as le mari, et tu as l'infirmière, qui allait faire des soins »

- **A la nature humaine du médecin**

La mise en jeu de la nature humaine du médecin n'est pas épargnée lors des prises en charge de fin de vie, ceci étant notamment décrit par les médecins interrogés comme le processus d'identification (lié à l'âge, aux projections familiales).

(E7) : « Mais globalement ce qui est difficile, c'est d'être empathique mais sans se rendre malade non plus quoi. Parce que forcément on se projette un peu dans tout ça. »

(E8) : « Parce que ça renvoie vers ses propres expériences soit familiales, soit personnelles, soit une projection, donc c'est vrai que ça peut être difficile »

(E11) : « Et puis il y a tous les affects quand on commence à se dire que ce monsieur, il a sa femme, il a ses enfants »

(E14) : « Mais aussi un patient qui farfotte, enfin moi je suis médecin et ça me, ça me ah (écarquille les yeux), j'imagine mon père ou ma mère, enfin je ne sais pas mais c'est terrible. »

(E17) : « Je pense qu'on s'identifie plus à un patient jeune qui a un cancer qu'à un patient âgé dément »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E1) : « Et ça c'est vrai que c'est, peut-être plus difficile parce que le patient est jeune, parce que bah il a des enfants aussi enfin donc du coup il y a une espèce il peut y avoir une espèce d'identification »

(E18) : « Là ce n'est pas les mêmes émotions où là tu vois il a l'âge de mon père, je suis son fils qui a mon âge et qui est venu me voir après, et il y a tout ça après tu vois, l'entourage etc, et là on va dire que je pense que c'est plus là où il faut avoir de la prudence parce que tu peux vite te projeter »

La sensation d'impuissance exprimée par certains des médecins généralistes montre leurs limites en tant qu'humain. Cette impuissance est mise en lien avec l'âge de certains patients, avec un échec de traitement de la douleur, avec un refus de soin ou même pour un des médecins, face à la non guérison.

(E11) : « Donc oui je dirais démunie et pas savoir accompagner et avoir les arguments pour apaiser tout le monde sur ce genre de situations là. »

(E13) : « C'était plutôt nous qui étions démunis parce qu'on avait pas beaucoup d'armes thérapeutiques »

(E17) : « Voilà ces patients jeunes qui sont très malades, il y a une forme d'injustice, mais on sait très bien que la médecine n'est pas juste, donc ça sert à rien de chercher du sens là-dedans, mais oui je crois que c'est quelque chose qui me touche plus. »

(E18) : « Je te donne un exemple, pour la patiente de 80 ans que j'ai vu mourir, on va dire que ce qui te traverse c'est que là tu te dis, elle peut se faire soigner et elle ne le fait pas. »

(E15) : « Moi je l'ai toujours vécu quelque part comme un échec, quelque soit la situation, bah voilà on a échoué, puisqu'on n'a pas réussi à le guérir. »

Les médecins interrogés ont leur propre représentation de la mort. En effet, lors de la question de la représentation de la fin de vie, certains n'hésitent pas à faire part de leurs angoisses, mises en rapport avec l'approche de la mort.

(E7) : « Je pense qu'on a tous peur de la mort et que ça travaille un peu quoi »

(E9) : « Pour moi c'est un peu un truc obscur »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E18) : « C'est vrai que quand ils sont à domicile, et qu'ils meurent à domicile, c'est quand même un peu anxiogène »

c. *Perception et retentissement du rôle du médecin généraliste dans la fin de vie*

La plupart des médecins interrogés se voient comme des chefs d'orchestre, pour coordonner les prises en charges entre les différentes équipes intervenantes.

(E5) : « Moi je dirais que je suis, en tout modestie hein, que je suis le chef d'orchestre »
(E6) : « On est un peu chef d'équipe finalement. »
(E10) : « Alors ben au début, je dirais centrale parce que forcément on organise les choses »
(E12) : « On permet de faire le lien entre tout le monde en fait, et avec les infirmières aussi. »
(E13) : « Après même gestion des soignants, parce que c'est nous, médecin qui devons un petit peu gérer la situation et communiquer avec les patients mais aussi avec les soignants »
(E15) : « On était, j'allais dire, un peu le chef d'orchestre. »
(E17) : « Il y a quand même pas mal de coordination »

Certains médecins interrogés se représentent comme des érudits, ils détiennent une connaissance sur l'état de santé du patient que le patient n'a pas lui-même.

(E6) : « Il faut amener le patient au niveau de connaissance de la maladie. Il faut l'amener à réfléchir. »
(E3) : « Je dirais que je suis là en tant que médecin pour un aspect médical, les prescriptions mais aussi dans un rôle d'accompagnement. D'expliquer la fin de vie, d'expliquer le deuil, voilà »

Ces différents rôles semblent mettre en jeu la responsabilité et la dévotion des médecins généralistes.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E5) : « Que j'assume d'être au centre de l'équipe »

(E6) : « Oui non, laisser tomber mes patients en fin de vie, non. »

(E15) : « Parce qu'on est le médecin traitant, c'était difficile de déléguer et donc il fallait être là, même si on n'était pas de garde et que la famille appelait un dimanche, et bien il fallait y aller, parce que c'était notre patient, parce que voilà. »

(E11) : « Moi j'ai un patient qui m'appelle, je sais que je vais tout faire, même à 19h30-20h pour aller le voir en fait. »

Enfin, certains médecins pensent que leur profession les épargne d'une certaine souffrance liée à la perte du patient.

(E17) : « Je pense savoir prendre assez de recul pour ne pas être impactée au moment où on est avec les gens »

(E18) : « Mais tu es exposé à quelque chose où si quelqu'un d'autre le vit, c'est un traumatisme dans une vie »

(E3) : « En fait moi j'arrive, je suis une visuelle, donc quand je suis dans une posture médecin, quelque part je vois ma blouse, je vois la blouse sur moi, c'est quelque chose qui m'a aidé ça, je n'ai pas de blouse hein mais dans ma tête, je suis avec une blouse. Voilà. »

Il est aussi important de noter qu'en dépit de bien identifier quels sont leurs rôles, quelques-uns des praticiens interrogés expriment aussi ce qui n'en relève pas, notamment l'annonce de soins palliatifs.

(E5) : « C'est rarement une décision que je prends moi. Souvent, c'est, c'est là qu'on condamne les gens en fait. »

(E14) : « Ce n'est pas à moi de lui dire qu'il n'y a plus rien à faire. Et le malade ne l'entendrait pas aussi. Parce que je ne suis pas le spécialiste d'une, et de deux, si son généraliste lui dit qu'il n'y a plus rien à faire, c'est comme s'il était laissé dans un coin »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

d. Emotions du médecin généraliste dans la fin de vie à domicile

Les interviewés semblent globalement ressentir de la sérénité dans les fins de vie qu'ils prennent en charge.

> **(E3)** : « Alors moi je n'ai aucune peur, je suis très à l'aise avec la mort, un parce que j'ai mon DU de soins palliatifs donc ça aide, deux parce que je suis passée un an en soins palliatifs donc ça aide aussi, trois je suis en paix avec mes morts dans ma famille, donc euh je n'ai pas de peur, je n'ai pas de colère. »
> **(E7)** : « Quand on va jusqu'au bout comme ça et que tout le monde est ok sur le principe, et bien c'est plutôt chouette je dirais »
> **(E15)** : « Et après des fois, d'une manière générale on arrive quand même, c'est justement toute la relation du médecin de famille, on arrive à apaiser les choses. »
> **(E16)** : « Moi j'aborde très facilement, je n'ai aucun problème pour parler de la mort et de la fin de vie, j'aborde très facilement la question »
> **(E17)** : « Je pense que je n'ai peut-être pas peur de la mort au final »

De plus, se rendre responsable du patient en fin de vie semble provoquer de la gratitude pour certains médecins interviewés.

> **(E1)** : « Ça c'est aussi un côté du travail qui est dur émotionnellement mais qui est aussi très gratifiant »
> **(E2)** : « C'est aussi pour ça qu'elle m'a touché, elle m'appréciait énormément, elle était transformée quand je venais la voir, même l'équipe infirmière le constatait »
> **(E4)** : « Il y a quand même cette satisfaction de les accompagner jusqu'au bout quoi.»
> **(E7)** : « Parce que les gens ils sont, euh, ils vous renvoient bien le fait que vous avez été là, qu'ils sont contents de vous, donc ça c'est plutôt chouette »
> **(E9)** : « C'était une expérience enrichissante, on va dire »
> **(E12)** : « Je pense qu'avec notre statut de médecin on a une espèce de respect de la part du patient, de la part de sa famille. »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E16) : « Puis moi je suis toujours étonnée par la reconnaissance mutuelle du rôle de chacun. »

Toutefois, cette responsabilité peut parfois être lourde à porter pour d'autres, qui ressentent de la culpabilité.

(E6) : « Parce que nous c'est vrai que c'est lourd, parce qu'on finit toujours par donner notre numéro de portable aux familles, et ça, c'est un petit peu difficile »
(E9) : « C'est très lourd »
(E12) : « On culpabilise un peu de ne pas y aller quoi »
(E18) : « Je sais que j'ai une collègue qui a géré ça et tu vois là il faut être disponible même le samedi soir à 22h. Euh donc tu as quand même un poids »
(E15) : « Mais comment dire, il y a des espèces de (réfléchit), d'arrière-pensées, par exemple ce qui était compliqué c'était quand on avait quelqu'un en fin de vie et qu'on partait en vacances »
(E16) : « C'est trop lourd d'abord sur le plan de la charge mentale on va dire »

e. Difficultés du décès à domicile

Les prises en charges de fin de vie à domicile vont rarement jusqu'à la mort à domicile.

(E14) : « Et honnêtement, les accompagnements, ça fait 10 ans maintenant que je suis installée, de fin de vie que j'ai commencé du début à la fin à domicile, je n'en ai pas fait beaucoup. La majorité se termine à l'hôpital. »
(E17) : « Je pense que la plupart des gens ont envie de décéder à la maison mais qu'on n'est pas organisé pour. Donc c'est souvent que les gens paniquent au dernier moment et qu'au final les gens meurent à l'hôpital, ce qui n'est pas le but, au départ. »

Certains médecins interrogés identifient ces difficultés comme étant logistiques ou liées à un manque de compétences.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E12) : « Moi je n'ai pas énormément d'expérience, j'ai un petit peu peur, de mettre de l'HYPNOVEL, des choses comme ça. »

(E16) : « Je ne suis pas compétente sur le plan des décisions, des traitements, des thérapeutiques et tout ça »

(E15) : « Ce qui est parfois difficile, oui il y a un point important que l'on n'a pas évoqué, c'est d'avoir des dossiers où les choses sont écrites clairement »

(E17) : « Et moi j'ai bien la théorie, en tant qu'anesthésiste-réanimateur, ça va je vois bien comment on est censé faire, et après en fait à la maison, tout est compliqué. »

Deux des médecins identifient une difficulté comme étant directement liée à la phase agonique au domicile. En effet, cette phase semble faire ressentir des sentiments de peur et de choc au médecin.

(E6) : « Au moment de la sédation, il a ouvert les yeux il m'a regardé et il m'a dit « mais je ne veux pas mourir », alors que ça faisait une bonne semaine qu'il n'allait plus en dialyse, donc c'était décidé, ça avait été discuté, ça avait été acté, et là ça m'a mis un choc quand même. »

(E4) : « C'est vrai que ça m'a marqué parce que j'ai eu cette sensation de louper le coche sur les dernières heures quoi »

Un autre médecin interrogé identifie les difficultés de maintien de fin de vie au domicile liées à l'effet sociétal.

(E17) : « Et finalement, les familles, sociétalement parlant, on a un peu repoussé la mort le plus loin possible de soi et c'est souvent à l'hôpital que ça se passe. »

Le recours au 15 et au service des urgences lors de difficultés dans les situations de fin de vie sont abordés plusieurs fois dans les entretiens. Les symptômes ayant motivé l'appel au 15 sont majoritairement décrits comme liés à une détresse respiratoire.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E12) : « C'est souvent à l'EHPAD en ce moment hein, il va y avoir un appel du 15 dans le week-end parce que c'est une infirmière qui n'est pas habituée et que voilà »

(E18) : « Mais à partir du moment où elle a fait un épanchement aigu, avec une détresse respiratoire, avec son mari qui l'a vu à côté, en train d'agoniser, ils ont fait le 15 quoi. »

(E8) : « Ça va vite tourner autour du 15 exactement »

(E14) : « Parce que quand je les prends et que je commence à discuter avec eux, généralement je fais cet exercice-là, je leur dis « allez on va mettre des scénarios en place et vous allez me dire comment vous réagirez pour chaque scénario ». Euh, donc s'il s'étouffe, que faire. La première chose qui ressort, c'est d'appeler le 15, en grande majorité. »

(E10) : « Et finalement cette patiente elle a été hospitalisée, elle est passée par les urgences, à rester des plombes sur un brancard pour être hospitalisée le lendemain parce qu'il n'y avait pas de place le jour même »

Ce passage par les services d'urgence semble être ressenti différemment par les praticiens : certains en sont déçus, et d'autres interviewés sont soulagés que leurs patients se retrouvent in fine dans des structures hospitalières.

(E10) : « Donc oui là c'est assez peu satisfaisant, ni pour moi et surtout pas pour le patient qui reste des heures à patienter sur un brancard aux urgences pour être hospitalisé alors qu'en fait ça aurait pu être organisé en amont »

(E14) : « Parce que c'est terrible pour un patient de vivre une sortie d'hôpital, de penser finir sa vie à domicile, et de revenir par les urgences. Enfin moi je pense que c'est un échec pour les équipes, pour le médecin, pour tout le monde. »

(E18) : « Tu vois, oui c'est vrai que c'est un moment vraiment difficile les dernières heures et en fait de te dire qu'ils sont dans une structure adaptée, et que ce n'est pas moi qui gère, il y a un côté vraiment soulagement »

(E7) : « On se sent soulagé hein qu'elle retourne à l'hôpital, parce qu'au moins on est sûr qu'on ne fera pas de grosses conneries »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

2.3. *L'influence du territoire sur les prises en charge de fin de vie à domicile*

a. Détachement des praticiens de ZIP concernant les autres territoires

Pour la plupart des praticiens interviewés, ce n'est pas une priorité de miroiter les autres zones. Beaucoup de répondants ne savent pas ce qu'il se passe ailleurs, et un des médecins pense qu'il peut y exister de pires conditions ailleurs.

(E1) : « Je ne sais pas s'il y a une différence entre ZIP et pas ZIP, pour le coup pour ce sujet-là, je me pose la question »
(E4) : « Je ne sais pas. Je ne connais que mon expérience (rires). Euh je ne sais pas s'il faut poser la question des ZIP »
(E7) : « Euh bah je n'en sais rien. Euh, ça se trouve c'est la même chose hein. »
(E10) : « Bonne question. Je ne sais pas »
(E8) : « Enfin moi je trouve, il y a certainement des zones d'exercice certainement plus difficiles »

b. Déficit équivalent de personnel paramédical

Deux médecins constatent un manque de personnel paramédical, notamment d'aides à domicile, et pensent qu'il existe le même manque sur les autres territoires.

(E13) : « Aides-soignantes à domicile, euh ce n'est quand même pas simple. Mais ça pour le coup, je ne suis pas sure qu'en zone non ZIP, il y ait des aides-soignantes. »
(E16) : « Parce qu'effectivement, en ressource para médicale, nous c'est clair qu'on est dans la mouise quoi. Je ne suis même pas sûre en fait qu'en ville ce soit différent. »

c. Différence de la relation patient-médecin

Les médecins interrogés pensent mieux connaître leurs patients, et ce depuis plus longtemps, par rapport aux médecins exerçant dans les zones non prioritaires.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E11) : « On reste dans une relation patient médecin mais il y a peut-être plus de proximité, plus de confiance chez le patient »

(E12) : « Et puis, en plus de ça les gens ont plus l'habitude d'être proches de leur médecin généraliste en campagne »

(E5) : « Souvent la fin de vie ça s'adresse à des patients qu'on suit depuis longtemps. Le mode relationnel est bien établi, il faut qu'il soit bien établi pour que ce soit jouable quoi. »

(E7) : « Je trouve qu'on a une relation avec les patients, enfin j'imagine, j'ai fait quelques remplacements en ville, mais la relation n'est pas la même hein »

(E9) : « En ville, leur médecin ne se déplace pas à domicile, alors qu'ils sont à 5 minutes, mes grands-parents ont plus de 90 ans, donc c'est sûr que je me dis que ce n'est pas la même médecine quoi »

Un des médecins interviewés trouve les patients plus respectueux, plus à l'écoute de leur médecin et moins demandeurs que dans les autres zones.

(E11) : « Et les gens ont peut-être une idée déjà préconçue de ce qu'ils veulent, et moi j'ai l'impression d'être un magasin, euh alors qu'ici j'ai l'impression, même s'il y a de tout, il faut faire de l'éducation malgré tout auprès des patients mais que l'on est plus dans l'échange et qu'il n'y a pas forcément, enfin moins d'idées préconçues ou d'attentes en disant « je veux ci, je veux ça ». Je trouve que l'on est plus dans la communication et c'est plus agréable parce qu'on sent qu'il nous prend pour un médecin »

(E11) : « Les patients, j'ai l'impression malgré tout qu'il y a plus de politesse, il y a peut-être plus d'éducation »

Cette relation particulière semble évoluer lors des fins de vie : patient et médecin se rapprochent, l'empathie semble à la limite de la sympathie.

(E7) : « Ce sont des situations qui renforcent quand même les liens, c'est fort hein. Donc les relations elles s'en trouvent, euh, enrichies. »

(E10) : « Après je trouve que c'est difficile aussi parce que ben on voit se dégrader son patient, qu'on reste assez empathique vis-à-vis de la personne

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

même si on essaie de se détacher, je trouve que la fin de vie malheureusement ça rapproche un peu. »

(E11) : « Enfin je pense qu'on est encore plus dans l'intimité des gens, et qu'on a une relation, oui plus poussée. »

(E16) : « Euh donc ça, ça complique un petit peu en même temps que ça simplifie les choses, en tout cas ça contribue à faire un lien particulier. »

d. Notion de deuil commun

Un des médecins interrogés semble avoir une vision de deuil commun : un patient qui décède en ZIP est un peu considéré comme quelqu'un qui quitte le village, la ZIP. Cet aspect est important à prendre en charge chez tous les autres patients habitants de la ZIP.

(E18) : « Nous c'est des microcosmes, 4000 habitants, c'est une promo de P1 tu vois (rires), tout le monde se connaît et il y a aussi cette image là où nous quand tu as un décès, quand tu as le père R. , le chef de famille où la moitié du village porte ce nom de famille, bah tu vois, tout le monde le connaît, il décède, ben sur la place de l'église au village, tout le monde est là aux obsèques. »

(E18) : « Et tu sais que, là j'ai une ancienne collègue, elle a eu le décès d'une dame, elle m'a dit je te préviens, cette dame est morte dans certaines circonstances, et elle m'en parlait parce que j'allais en entendre parler par mes patients, tu vois il y a vraiment une influence sur la famille proche mais aussi sur une vie locale, et je ne pense pas que ce soit le cas en ville, personne ne se connaît en ville tu vois. »

e. Disparité des HAD au sein des territoires sous-dotés

L'HAD est une aide appréciée, retrouvée dans la plupart de nos entretiens.
Cependant, la disparité de qualité au sein des territoires sous dotés est relevée dans le discours de certains praticiens : il n'y a pas d'HAD de partout et les HAD ne sont pas les mêmes.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E8) : « Euh bah l'HAD, nous, je ne sais pas trop. Nous on n'a pas d'interlocuteur médecin à l'HAD. Ça ne va être que des, enfin que des, sans être méprisant, que des infirmières. Honnêtement, l'HAD, moi par rapport au cabinet infirmier qui passe plusieurs fois par jour, moi je ne trouve pas que ce soit, à part les médicaments qui sortent directement de l'hôpital, honnêtement je ne trouve pas que ce soit révolutionnaire »

(E9) : « Bah il était en HAD, mais je ne me suis pas sentie soutenue par les médecins de l'HAD »

(E10) : « Il y a beaucoup d'accompagnements de fin de vie à domicile, et qu'il n'y a pas forcément d'HAD de disponible »

(E11) : « c'est vrai qu'il y a certains endroits, l'HAD ce n'est pas ce que c'est par rapport à d'autres endroits. »

(E13) : « Même si l'HAD ici c'est un peu spécial, il y a une infirmière mais il n'y a pas de médecin »

f. Davantage de prises en charges hospitalières en non ZIP

Dans les ZIP, les médecins interrogés pensent qu'il y aurait plus de prises en charges de fin de vie à domicile qu'en milieu hospitalier.

(E10) : « Après il y a peut-être plus d'hospitalisations en ville, je pense en palliatif. »

(E15) : « Donc l'accompagnement de la fin de vie, c'était quand même des choses que l'on vivait au quotidien »

(E6) : « Je suis quand même orientée parce qu'on en fait quand même pas mal, voilà »

Une des explications à cela semble concerner le nombre accru de spécialistes ou de structures hospitalières en ville.

(E9) : « Comme j'imagine que c'est plus difficile d'avoir des rendez-vous de spécialistes ici qu'en ville. »

(E13) : « En fait c'est plus que j'imagine que l'accès à l'hôpital est plus simple »

(E14) : « Alors bien sûr vis-à-vis de la ville, dans les villes, il y a tout ce support HAD qui n'est pas des moindres. »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

(E18) : « Et je pense qu'en ville tu dois te sentir plus rassuré parce que tu as des structures pour t'aider. »

En conséquence d'un nombre accru de prises en charges hospitalières, les praticiens interrogés pensent que leur position de premier maillon de chaîne en cas d'urgence liée à la fin de vie à domicile n'est pas la même dans les autres zones.

(E18) : « Tu vois moi je suis son médecin traitant, et médecin de campagne tu vois, pour moi il y a aussi cette approche-là tu vois, bah j'étais le premier »
(E12) : « Ben j'imagine qu'en ville c'est beaucoup plus médicalisé quand, déjà il doit y avoir systématiquement une HAD ou un truc en relation avec l'hôpital, mais je pense que peut-être le médecin de l'HAD est plus présent, on a peut-être moins à faire que dans les milieux ruraux où nous le médecin de l'HAD ne se déplace pas du tout. »
(E9) : « C'est nous qui sommes appelés lorsqu'il y a une urgence, alors qu'en ville je n'ai pas l'impression que ce soit le médecin traitant ou voilà. »
(E11) : « En ville c'est vrai, pour avoir remplacé là-bas, moi j'ai peut-être l'impression que comme on a les urgences ou des plateaux techniques plus près, il y a moins cet accompagnement du patient jusqu'au bout. »

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

DISCUSSION

1. Forces et Limites

Pour établir les forces et les limites de notre étude, nous avons repris chaque item de la grille COREQ, traduite en français (37).

Notre étude possède l'avantage d'un grand nombre d'entretien mené, 18 au total.
Le mode de contact par courrier a permis d'accéder aux médecins ne possédant pas de système informatique.

Le respect de l'anonymat et le libre choix du lieu d'entretien ont possiblement contribué à l'aisance des participants, avec une plus grande facilité de confidence.

Cependant, il est important de décrire les limites méthodologiques de notre étude.
En effet, le statut du chercheur à l'époque de l'étude correspondait à un statut d'interne, et il s'agissait de sa première recherche qualitative. Ainsi, l'habileté de l'enquêteur à mener les entretiens est limitée.

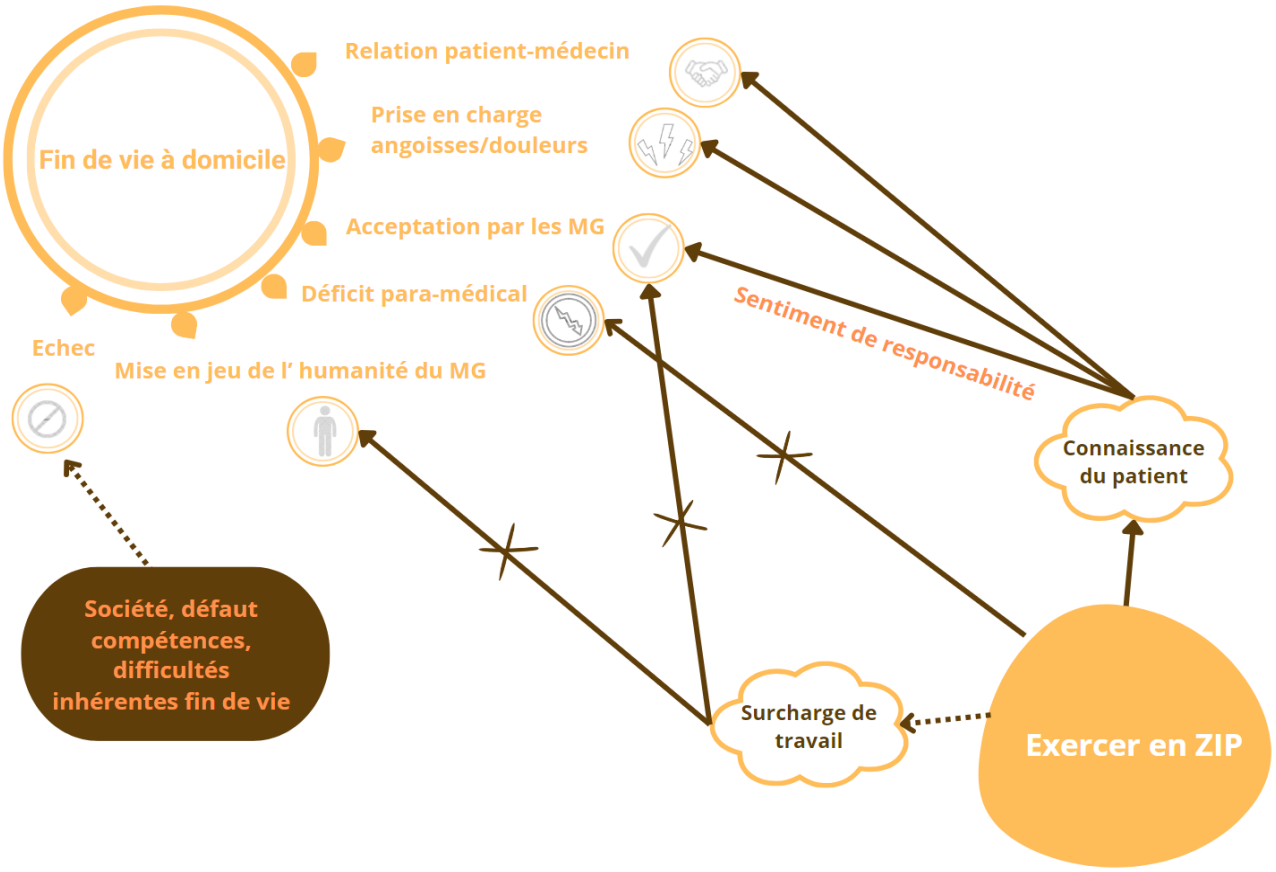
Concernant la conception de l'étude, les résultats peuvent avoir été influencés par le fait que les participants ayant répondu à notre sollicitation connaissaient le sujet de l'entretien à l'avance. Les médecins participants sont alors ceux qui pratiquent la fin de vie à domicile. Nous n'avons pas eu de refus explicités.
De plus, les participants proviennent tous d'une zone rurale ou semi-rurale, omettant les médecins de ZIP urbaine.

Les entretiens ayant été réalisés en face à face au domicile ou au cabinet des praticiens ont pu être interrompus par des non participants.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

2. Résultat principal

Schéma de présentation du résultat principal



Légende du schéma de présentation du résultat principal

Améliore

Engendre

N'influence pas

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Notre question de recherche s'intéressait à l'influence que pouvait avoir le territoire des ZIP sur la prise en charge de fin de vie à domicile. Nos résultats suggèrent qu'exercer en ZIP, par le biais d'une relation particulière entretenue avec le patient, intensifierait l'aspect qualitatif des prises en charge de fin de vie. L'aspect quantitatif ne semble pas entravé par la surcharge de travail existant sur ces territoires.

3. Comparaison avec la littérature

3.1. Mieux identifier les ZIP pour mieux les soutenir

a. Zonage perfectible

Notre étude s'intéressant à la spécificité territoriale des ZIP, il semble alors nécessaire, d'un point de vue médical, d'être plus précis dans ce que l'on souhaite caractériser comme une ZIP. En effet, avec une meilleure qualification de ces zones sous-denses, les besoins et attentes des médecins généralistes pourront être identifiés plus finement, en vue d'une réponse adaptée de la part des ARS.

La zone sous-dense est un terme apparu depuis la réflexion sur le zonage territorial médical, en 2017. Pour rappel, une zone est considérée sous-dense si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations par an et par habitant (23).

Ainsi la sous-densité dépend de cet indicateur, prenant en compte des données géographiques et théoriques comme le nombre de médecins généralistes âgés de moins de 65 ans, le nombre de consultations ou de visites effectuées dans l'année, le temps d'accès aux praticiens ou le recours aux soins des habitants par classe d'âge.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Une de nos réflexions consistait à comprendre si l'APL était un indicateur fiable.
Il est retrouvé quelques limites de cet indicateurs, évaluées par la DRESS (38).

- Une des limites correspond à la qualification de l'offre de soins concernée dans la mesure de l'APL. En effet, cette dernière exclue les pédiatres libéraux ou les centres de santé où les médecins sont salariés (donc non conventionnés par l'assurance maladie) par exemple, ce qui pourrait fausser la réelle notion d'accessibilité aux soins primaires.

- Une autre limite qui pourrait fausser le calcul de l'APL est qu'elle ne prend pas en compte la proportion de visite à domicile réalisé par les médecins généralistes.

- De plus, L'APL, dans son calcul de temps d'accès à un médecin, ne prend en compte que la distance mesurée par l'emploi d'une voiture. La distance parcourue par les patients utilisant les transports en commun semble donc exclue de ce calcul.

- Enfin, les limites méthodologiques pour la création de cet indicateur sont également à prendre en compte, comme dans toute étude. Par exemple, l'APL n'a pas été évalué à une échelle plus petite qu'une commune, alors que des disparités d'accès aux soins peuvent exister au sein d'une même commune.

b. Recherche d'une sémantique adaptée

Nous avons vu dans notre étude que la notion de ZIP semblait familière pour les praticiens. Aussi, de nombreuses autres appellations telles que « désert médical » et « zone fragile » font référence aux ZIP.

Le terme ZIP, et implicitement celui de zone sous-dotée, découlent directement du zonage prévu par les agences régionales de santé (ARS). A ce titre, il est donc utilisé par les soignants, mais pas par la population de manière globale.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Toutefois, les Français de manière générale méritent de pouvoir s'exprimer sur cette problématique d'accès aux soins, c'est pourquoi les termes « désert médical » ou « zone fragiles » sont apparus, et ont été médiatisés.

Ces qualificatifs semblent également posséder leurs limites, notamment de par leur connotation négative, desservant la cause médicale, en galvanisant la peur des patients de ne pas accéder à des soins.
En effet, nombreux sont les patients, inquiets de vivre dans un « désert médical » et soucieux de savoir qui va s'occuper de leur santé. Cette pression sociétale semble, entre autres, liée aux termes comme celui de « déserts » employés par les médias pour parler de nos territoires français. Les Français pourraient alors être portés par la peur de ces difficultés d'accès aux soins, parfois même lorsqu'ils n'ont pas besoin de soins, pouvant créer une charge de travail supplémentaire aux médecins généralistes.

La surcharge de travail est une donnée qui a été largement abordée dans notre étude, et confirmée par l'étude portant sur les pratiques médicales en ZIP de J. SILHOL (10). Ici, la surcharge de travail est aussi à envisager de manière plus générale : la polyvalence de l'exercice évoquée par nos interviewés et la nécessité d'adaptation à une demande médicale toujours plus forte sont d'autant plus d'éléments participant à l'émergence d'une (sur)charge mentale chez les médecins de ZIP.

- **Désert médical**

Le terme « désert médical » semble avoir été popularisé par les médias : cette connotation négative d'espace hostile ou inhabité (39) peut aussi faire référence au dépeuplement (40) ou à la faible densité (41).

Par définition, un désert médical désigne une zone géographique dans laquelle il est très difficile, voire impossible, de se faire soigner par un professionnel de santé en raison de l'absence de médecins à proximité (42). Toutefois, ne se concentrer que sur des limites géographiques pures d'un désert médical semble incomplet pour réfléchir à la problématique d'accès aux soins (29).

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

- **Zone fragile**

En ce qui concerne l'appellation « zone fragile », le Larousse, qualifie cet adjectif comme : « qui se brise facilement » (43) . Si l'on entend fragile de cette manière, on peut imaginer que nos zones sous-dotées, sont donc à risque d'être brisés, et donc de disparaitre.

Toutefois, l'effusion autour de cette carence médicale montre plutôt une volonté à faire vivre ces territoires et à trouver des solutions pour sortir de cette situation. En effet, il ne faut pas nier qu'il existe cette pénurie, et que la situation médicale actuelle sur les ZIP est préoccupante, toutefois les médecins de ces zones tentent de mettre en œuvre des actions pour répondre à cette forte demande de soins.

D'ailleurs J-C BONTRON (44) décrit le concept de fragilité d'un territoire comme gravitant autour de 4 dimensions, dont une faisant référence au **dynamisme**. La fragilité est dite dynamique puisqu'elle « est susceptible de déboucher sur plusieurs formes de réponses » (44). Cet aspect semble prendre en compte qu'une lutte contre les inégalités d'accès aux soins a été initiée en France, et que ces zones sont bel et bien poussées vers le haut.

- **Zone fragile dynamique**

Ainsi, alors que la formulation « désert médical » ne nous semble pas adaptée, celle de « zone fragile » mériterait d'être complétée par « dynamique ». Ceci pourrait être un meilleur terme, non pas pour leurrer les français sur la réalité territoriale, mais bien pour tenter de leur faire découvrir une réalité moins connue et moins mise en avant des zones fragiles.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

3.2. Approches de la relation patient-médecin en ZIP

Un de nos résultat principal montre que l'exercice en ZIP influence la relation patient-médecin, en rendant le lien particulier. Plus que l'exercice en lui-même, ce sont plutôt les caractéristiques du monde rural et la probable sur-représentation d'un paternalisme, qui pourrait expliquer pourquoi patients et médecins semblent davantage interdépendants dans la relation de soin sur ces territoires.

En prenant pour parti d'assimiler les ZIP avec la notion de ruralité, par souci de transposabilité à nos résultats, il ne semble qu'aucune étude n'ait comparé de manière significative les relations médecins-malades entre zone rurale et urbaine.

Les caractéristiques du monde rural font référence à la notion de communauté, où chaque habitant a un lien avec les autres, à la manière d'une grande famille. Lorsqu'il s'agit de leur santé, la figure de référence unique (**unique par la carence médicale en zone sous-dotée notamment**) est alors le médecin généraliste, dit « de famille ».

Il faut analyser la relation patient-médecin en prenant chaque parti comme personnes à part entières, pour mieux en comprendre le fonctionnement dans les ZIP.

a. La relation patient-médecin en ZIP est d'abord enrichie par les patients en tant que personnes, sollicitant les bases psychanalytiques générales de l'être humain, mais avec des spécificités d'appartenance au monde rural.

- **La notion universelle de l'attachement transposée au patient**

La relation de soin entre patient et soignant est par définition une relation interpersonnelle qui fait donc appel au concept psychanalytique de l'attachement**.** Cette notion est générale, applicable à tout être humain.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

La théorie de l'attachement est initialement décrite par John BOWLBY (45) et adressée aux relations d'attachement entre un enfant et sa mère. Mary AINSWORTH va compléter son travail en décrivant différents styles d'attachement. Par la suite, Mary Main a élaboré un système de classification de l'attachement, dédié aux adultes, qui concorde avec le précèdent travail de M. AINSWORTH (46).

Ce qui va intéresser notre rapprochement avec la relation de soin est la notion de « **figure d'attachement** », décrite dans tous les types d'attachement. La figure d'attachement la plus connue est celle ayant une fonction de ***caregiver*** (45).

Le *caregiver*, de par sa présence importante et régulière dans la vie de l'enfant prend soin physiquement et émotionnellement de celui-ci, et l'investit émotionnellement.
La suite des recherches sur les figures d'attachement introduira la notion de hiérarchie de figure d'attachement. Ainsi, toute personne répondant de façon durable aux besoins de réconfort de l'enfant lorsque celui-ci est stressé est susceptible de devenir une figure d'attachement, plus ou moins importante.

Une des significations de « care giver » proposée par le dictionnaire Cambridge est « quelqu'un qui prend soin d'une personne jeune, vieille ou malade » (47).
Nous pourrions alors tenter de rapprocher cette relation parent-enfant à celle du médecin-malade, notamment lors des situations de fin de vie, qui peuvent être source de stress comme suggéré dans notre étude.

En effet, une méta-synthèse qualitative nommée « la théorie de l'attachement est une ressource pour la relation médecin-patient » va en ce sens (48).

Il est alors retrouvé dans l'analyse de plusieurs études qualitatives qu' « en contexte de vulnérabilité, le patient avait un besoin d'être proche de son thérapeute afin de se sentir apaisé. » . Nous pouvons ici penser que la vulnérabilité du patient est accrue en ZIP, car directement touchée par la carence médicale, mais également dans les situations de fin de vie. Ainsi, cette notion d'attachement et son impact dans la relation patient médecin rend compte d'un lien plus fort dans les ZIP, et notamment dans les situations de fin de vie.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

- **Profil des patients ruraux**

Déjà en 1874, le docteur MUNARET soulignait dans son ouvrage, une différence entre patientèle de ville et de campagne : « Après s'être promené, pendant plusieurs années, entre deux rangées de lits d'hôpital, à la suite d'un professeur, qui ne fait voir souvent que ce qu'il veut voir lui-même, un jeune médecin débute à la ville ou dans les campagnes, indistinctement. Il ignore que l'une et l'autre de ces localités exigeront, de sa pratique comme de son caractère, cette indélébile nuance qui existe entre le citadin blanc, fluet, impressionnable, et le rustre épais, au teint bistré, que rien n'émeut , comme rien ne fatigue » (49).

Dans la littérature, la population rurale est décrite par rapport à la population urbaine comme plus âgée, plus isolée et probablement plus à même de contenir des agriculteurs (50,51). Ainsi cette notion d'ancienneté et d'isolement peuvent renforcer l'attachement au médecin.

Dans le travail de mesdames MONIN et MILLET, étudiant les facteurs de satisfaction des médecins généralistes ruraux en France, la population rurale est caractérisée par un profil peu consommateur de soins et un niveau d'exigence moins élevé qu'en zone urbaine (52). Ces résultats rejoignent ceux de notre étude, résultats semblant être basés sur des expériences personnelles plutôt que de réelles études quantitatives. Deux hypothèses sont là retenues : la consommation de soins est moindre en campagne puisque le nombre de médecins l'est également, ou l'éducation rurale est telle qu'elle impose le moins de dérangement physique ou moral possible du médecin. Balzac dans son roman « le médecin de campagne » écrit pour illustrer cet aspect que « les gens de campagne souffrent, se taisent et se couchent à la manière des animaux. » (53)

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

b. Mais la relation patient-médecin en ZIP est également enrichie par l'investissement du médecin en tant que personne à part entière.

- **Attachement du médecin**

Nous pourrions nous poser la question de l'attachement chez le médecin. En effet, le médecin partage avant tout les caractéristiques de l'humain (54), et en ce sens certaines études évoquent l'existence de l'attachement du soignant à son patient (54–57).

Du côté des patients, en contexte d'émotions fortes, il a été montré que le patient choisissait son médecin de famille plutôt qu'un autre médecin en fonction du motif de consultation (48). Ainsi, mis en lumière du transfert/contre-transfert**,** ceci peut être une explication de l'attachement décrit par nos médecins.

De plus, il semble y avoir écho à la notion de responsabilité du patient, retrouvée dans notre étude lors des prises en charge de fin de vie, assimilées au « contexte d'émotions fortes ».

En psychanalyse, le transfert est constitué de l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes que le patient éprouve à l'égard de son médecin. Le contre-transfert désigne les mouvements affectifs, l'influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin (58).

Ainsi, par ce mécanisme, l'attachement du patient peut alors influer sur l'attachement du médecin, qui va en ce sens dans notre étude. La relation patient-médecin peut alors, par cette sorte de vulnérabilité du médecin, trouver un certain équilibre.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

- **Sentiment d'appartenance**

« Médecin de famille » est un terme retrouvé à plusieurs reprises dans nos entretiens, montrant l'importance portée à cette qualification. Toutefois, nous pouvons nous poser la question de savoir si un médecin de famille est un médecin généraliste.
Les rôles du médecin généraliste ont été beaucoup étudiés, notamment par WONCA Europe (Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille) et le médecin généraliste semble indissociable du médecin de famille (59).

Madame PAULY retrouve quant à elle dans ses résultats d'analyse qualitative que la médecine de famille ne serait qu'une partie de la médecine générale (60).

Pour essayer de comprendre pourquoi va t'on jusqu'à parler de « médecine familiale » au Canada (61) , il semble important de comprendre ce qui est important dans la notion de famille.

Un des aspects importants de la famille semble être lié à l'appartenance à un groupe. (62). Ainsi, le concept d'appartenance, décrit par H. A. Maslow, comme un besoin fondamental lié à la nature humaine, n'épargne pas le médecin, en tant qu'humain (63).

De plus, certains médecins interrogés dans le cadre du travail de mesdames MONIN et MILLET (52) , pensent que « le sentiment d'appartenance émane des valeurs propres au monde rural ». Cette appartenance à un groupe que l'on assimilera à une patientèle peut alors être supposée renforcée en ZIP.

c. Le paternalisme en ZIP a également une influence sur la relation patient-médecin.

Il a été vu dans le paragraphe précédent que le médecin peut être considéré comme une figure d'autorité parentale (48).

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce modèle de relation patient-médecin est renforcé dans le milieu rural, prédominant dans les ZIP, pour deux raisons.

- La démographie médicale vieillissante (64) semble offrir dans certaines ZIP, un choix quasi unique d'une médecine « à l'ancienne », donc paternaliste. En effet, les sociétés médicales ont commencé à critiquer ce modèle avec la loi du 4 mars 2002 où une plus grande autonomie du patient est plébiscitée (65). Or, si l'on met cela à la lumière de la démographie médicale actuelle, nous pouvons penser que la majorité des médecins de ZIP exercent antérieurement à 2002. Effectivement, l'âge moyen des médecins français en activité régulière est de 50 ans, ramené à 47 ans sur la région ARA (66).

Cette hypothèse de sur-représentation du paternalisme en ZIP est renforcée par le fait que les médecins de ces zones ne semblent pas avoir de temps à consacrer aux formations médicales continues (FMC) (10) , dont certaines offriraient une chance aux médecins de changer de modèle de fonctionnement avec leur patient.

- La deuxième raison de la prédominance de cette relation asymétrique peut-être liée au fait que l'offre de soins ne laisse pas un grand choix de praticiens au patient, faisant de fait, entièrement confiance au médecin référent.

Toutefois, ceci vient questionner la nécessité de moderniser ce mode de fonctionnement puisque les études tendent à abandonner la relation paternaliste, au profit d'une relation centrée patient (67). C'est d'ailleurs cette approche centrée patient qui nous est enseignée au cours de nos études de second cycle (68).

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

3.3. *Mises en perspectives de la fin de vie*

a. *Principes essentiels respectés autour de la fin de vie*

Plusieurs aspects de la fin de vie à domicile ont été abordés dans notre étude, et sont similaires à ce que l'on peut retrouver dans la littérature. Il semble que ces aspects sont capitaux dans les prises en charges de fin de vie, et que les médecins de ZIP les appliquent en pratique.

- Nos médecins tendaient à réaliser des prises en charges protocolisées.

Le travail de Madame CUEILLE rejoint cette idée (69).
Toutefois, ce côté protocolisé de la fin de vie n'est-il pas à mettre en lumière avec les caractéristiques en elles-mêmes de la fin de vie ?
En effet, la gestion de la fin de vie en hospitalier est elle-même soumise à des protocoles, via les prescriptions anticipées par exemple. (70–73). Ainsi, nous pourrions penser que la nature peu prévisible de la fin de vie serait mieux appréhendée par les médecins de manière globale, grâce à la mise en place de protocoles. L'anticipation gagnée grâce à ces protocoles semble alors être un gage de qualité des prises en charges de fin de vie.

- Les résultats de notre étude suggèrent des prises en charges humanisées.

L'approche centrée patient y serait primordiale, et cet aspect est retrouvé dans la littérature.
En effet, plusieurs études autour des pratiques de soignants lors des prises en charge de fin de vie s'orientent toutes vers une approche centrée patient. (6,74,75).

- Le processus d'identification impliquant l'humanité du médecin est également décrit dans notre étude, et rejoint plusieurs résultats. (69,76,77)

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

L'identification est décrite par Freud comme telle : « L'identification n'est donc pas simplement imitation, mais appropriation sur la base d'une même prétention étiologique ; elle exprime un « tout comme si » et elle a trait à quelque chose de commun qui persiste dans l'inconscient. » (78)

Ce que semble avoir exprimé nos médecins reste lié aux propres projections familiales, inconscientes mais étant bien réelles dans les prises en charges de fin de vie.

- Les médecins de notre étude s'attribuent plusieurs rôles dans la prise en charge de fin de vie.

De façon uniforme, il est évoqué un rôle de chef d'orchestre, que retrouve également Madame MARTEL (79). Les données du bulletin officiel de la santé datant de 2023 vont également en ce sens puisqu'il est écrit que l'accompagnement de situations palliatives est assuré par le médecin traitant « **en premier lieu** » et que « certains professionnels ayant renforcé leurs compétences en soins palliatifs peuvent (…) intervenir **en appui** du médecin traitant » (80).

Ainsi, la place du médecin paraît réellement centrale dans les prises en charge de fin de vie.

b. Symptômes et autres aspects essentiels de la fin de vie

La grande majorité de nos entretiens évoquait l'importance de la prise en charge de deux symptômes principaux : l'angoisse et la douleur. Ces deux aspects de prise en charge sont largement étudiés dans la littérature (4–6,9,70,81).

Toutefois, ne se focaliser que sur ces deux symptômes paraît insuffisant pour optimiser ces prises en charges. En effet, d'autres symptômes tels que la dyspnée, l'encombrement ou les nausées/vomissements existent chez les patients en fin de vie, et sont tout aussi important à prendre en charge (70,82).
D'ailleurs, les médecins de notre étude évoquent la dyspnée, mais plutôt comme un obstacle à la prise en charge au domicile.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

De plus des aspects plus humanisés, et faisant appel à l'intime de chacun peuvent également être importants à respecter pour certains patients en fin de vie. Par exemple, il pourrait être important pour un patient de garder le plus d'hygiène possible jusqu'à la fin de sa vie, ou par exemple de pouvoir garder le sens de l'humour jusqu'au bout. Également, plusieurs études s'intéressant à la notion de la sexualité en fin de vie font également écho à ces aspects (83–85).

D'ailleurs, la Fédération « Jusqu'A La Mort Accompagner La Vie » (JALMALV) a crée un jeu de cartes, faisant office de directives anticipées (86) . Ce jeu de carte est mis à disposition des praticiens pour aborder avec leurs patients de nombreuses situations de fin de vie, allant au-delà des situations ne prenant en compte que des symptômes physiques.

Une fiche résumée de ce jeu de carte est retrouvée en annexe 5 et aborde bien des aspects humanisés de la fin de vie, qui semblent tout aussi importants à prendre en charge.

3.4. Difficultés du décès à domicile

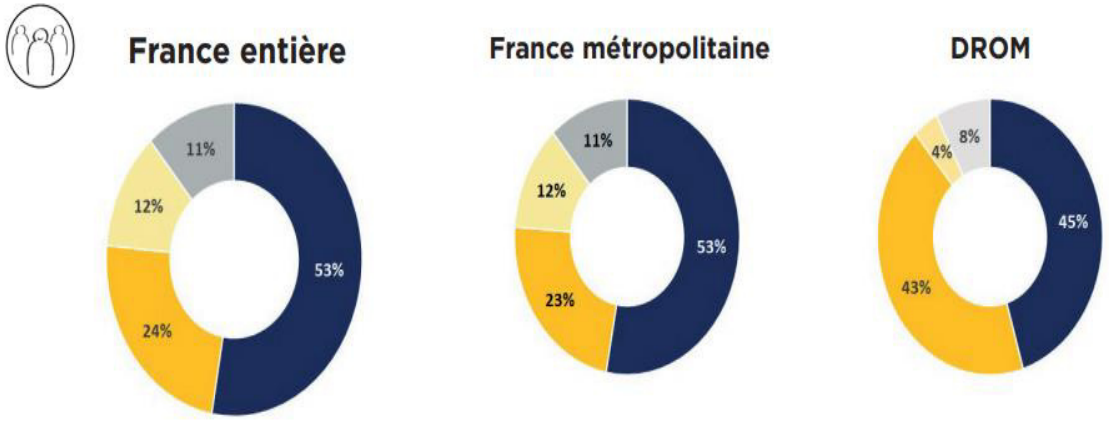
La plupart des Français exprime une volonté de décéder à domicile (1,2).

Toutefois, les chiffres réels montrent que peu de décès se déroulent à domicile. En effet, en 2019, **plus de la moitié des Français décédaient à l'hôpital** (81).

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

La figure ci-dessous, tirée de l'atlas des soins palliatifs, recense les lieux de décès des Français en 2019 (81).

Lieux de décès des Français en 2019



Établissement hospitalier ou clinique privée
Maison de retraite/EHPAD
Domicile
Autre (1)

(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie publique » et « Non déclaré »
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Insee, 2019.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Méthodologie : Les données présentées sont issues des certificats de décès.
→ Consultez le chapitre Méthodologie pour en savoir plus.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Il existe alors un réel contraste entre les souhaits des Français et la réalité en ce qui concerne leur fin de vie. Il convient alors de rechercher les raisons de ce décalage, afin d'apporter une réponse adéquate aux patients demandeurs de fin de vie à domicile.

Nous pouvons alors faire le parallèle avec notre étude où les praticiens ont pu exprimer des difficultés à mener les prises en charge jusqu'au bout au domicile.

Les praticiens de notre étude identifiaient ces difficultés comme étant logistiques, sociétales ou encore liées à la difficulté de la phase agonique de la fin de vie. Il n'y avait cependant pas de lien imputable aux ZIP retrouvé dans notre étude, puisque l'absence de ressources paramédicales exprimées étaient, selon eux, général sur l'ensemble du territoire français.

a. Difficultés sociétales

La littérature va dans le sens de difficultés sociétales à la fin de vie à domicile liées aux progrès de la médecine notamment.

En effet, de manière historique et avec les progrès médicaux, la place prise par la technique médicale, en vogue, semble prendre une place cruciale lors des prises en charge de fin de vie (87). Il faut soulager les mourants au mieux, et différer le plus possible leur mort, ainsi l'hôpital et son offre technique permettrait d'accéder à cela. Vladimir Jankélévitch pense que les progrès de la médecine ont engendré des représentations différentes de la mort en lui donnant le statut d'un phénomène évitable ou au moins que l'on peut différer à l'infini (88).
Ces avancées techniques ayant conduit à la médicalisation de la mort fait poser la question du retard d'avancée concomitante de l'organisation des soins primaires libéraux d'organisation de la fin de vie à domicile.

Les difficultés sociétales de maintien de fin de vie à domicile semblent également liées de près à ce que représente la mort pour les médecins généralistes. Dans une étude qualitative (77) , des médecins généralistes s'exprimant sur le vécu de la mort de leurs

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

patients, décrivent des sentiments négatifs prédominants et une mise à l'écart de la mort.
Il en ressort également qu'il existe une lutte contre l'image de leur propre mort lors de ces prises en charge (69,77,89,90).

Cette image de la mort semble être entre autres une image de peur, comme le décrit C. BENOIST dans son travail de thèse (91).

b. Difficultés inhérentes à certains moments de la fin de vie

Des difficultés liées à la phase agonique de la fin de vie sont décrites par les médecins de notre étude, et peuvent être supposées en lien avec des émotions de peur exprimées par le médecin.

Une autre étude visant à comprendre le vécu des soignants lors de la phase agonique (92) retrouve chez les médecins une expression à hauteur de 96,5% de peur.

Peur de leur propre mort en premier lieu comme nous l'avons vu et peut-être peur de ne pas réussir à dompter les symptômes de leur patient lors de la phase agonique.

Dans un article nommé *« Réflexions éthiques sur les manifestations agoniques persistantes en fin de vie en service de réanimation »* (93) , la phase agonique est assimilée à un moment où *« La tension éthique naît alors de ce que pour le mourant en proie à de telles manifestations, le médecin ne peut plus rien »* . Ceci semble faire écho à un sentiment d'impuissance, qui peut être effrayant.

De la même manière, les urgences palliatives pourraient faire obstacle au maintien du décès à domicile. Deux de ces urgences qui nous semblent parlantes cliniquement sont la détresse respiratoire aiguë et l'hémorragie cataclysmique (94). Pour rappel, le principal motif d'envoi aux urgences retenu par les médecins de notre étude est la détresse respiratoire.

Au-delà de l'obstacle logistique que ces urgences cliniques constituent en milieu ambulatoire et que l'on explicitera plus tard, leur caractère brutal, alarmant, parfois

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

même violent pourrait être un obstacle ressenti par les médecins généraliste pour poursuivre la gestion du patient en fin de vie à domicile. Un travail de thèse mené par Madame RAJOELISON et Madame TELLIER, identifie des facteurs limitants de la prise en charge des urgences par le médecin généraliste (95) . Il s'agirait notamment de la peur de ne pas savoir gérer l'urgence ou le manque de pratique de gestes d'urgence. Ainsi, ceci pourrait être applicable aux urgences palliatives, provoquant stress et peur chez le médecin traitant, qui serait alors plus à même de confier ces prises en charges aux urgentistes.

c. Difficultés organisationnelles

Une étude s'intéressant aux médecins généralistes refusant la prise en charge de patient en phase terminale a été menée par le Dr TEXIER (96) . La réalité exprimée dans cette étude est celle d'un refus global de ce genre de prise en charge, qu'un peu plus d'un quart des participants attribue aux difficultés de conditions de travail.

Outre les difficultés de conditions de travail, certains aspects de la fin de vie paraissent logistiquement plus difficiles à gérer en ville.
Plus précisément, le cas de la détresse respiratoire aiguë existant fréquemment dans les situations de fin de vie (70,97,98) de par son caractère aigu, urgent et inconfortable, pourrait trouver ses limites dans la prise en charge ambulatoire.

Ainsi, les limites organisationnelles des médecins sont des éléments pouvant compromettre le décès à domicile, comme décrit dans notre étude.

3.5. Imputabilité de l'exercice en ZIP sur la fin de vie à domicile

Notre travail s'est intéressé à ce que pensait les médecins généralistes de l'influence de l'exercice en ZIP sur les prises en charge de fin de vie.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

En premier lieu, il semble intéressant de noter que nos résultats tendent à un certain détachement des praticiens de ZIP envers la pratique de leurs collègues exerçant hors ZIP.

L'article « pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaire » (99) expose au-delà d'une indifférence de pratique, une égale perception de leur rôle de médecin généraliste, que l'on peut extrapoler à la prise en charge de fin de vie.

Toutefois, en allant creuser plus loin dans nos entretiens, il existe certaines théories exprimées par nos médecins sur l'influence de l'exercice en ZIP sur la fin de vie.

a. Quant à certaines ressources sur le territoire

Le zonage mis en place par l'ARS concerne principalement les médecins généralistes, mais est aussi organisé de manière individuelle pour orthophonistes, infirmiers, kinésithérapeutes, sage-femmes et dentistes. Toutefois, les deux ressources évoquées principalement dans nos entretiens correspondent aux aides-soignantes à domicile, et aux services d'hospitalisation à domicile (HAD).

- **Personnel aide-soignant**

Un des points soulevés correspond au manque de personnel para médical encadrant la fin de vie, notamment d'aides-soignants. Cependant nos interviewés ne semblent pas faire de différence territoriale concernant cette pénurie.

Des données de la DRESS semblent confirmer que ce manque de personnel para médical est uniforme en France, en tout cas non soumis à un zonage particulier. En effet, le nombre d'aides-soignants et diplômés chaque année augmente très peu de manière globale depuis 2012, voir même diminue (de 7% en 9 ans) (100).

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

La profession d'aide-soignant mériterait cependant un réel zonage au même titre que celle d'infirmière ou de médecin généraliste, afin de pouvoir se rendre compte au mieux des besoins territoriaux. En effet, les aides-soignants sont des acteurs majeurs du domicile, et sont garants d'une fin de vie qualitative.

- **Services d'hospitalisation à domicile**

Concernant une autre disparité, la complexité des HAD paraît globale en France. Ces structures sont pourtant garantes du lien ville-hôpital, crucial dans les prises en charge de fin de vie à domicile.

Les HAD sont définies par le bulletin officiel de 2023 comme étant des « établissements de santé » qui « permettent d'assurer au domicile du patient, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. » (101)

La complexité des HAD évoquée ci-dessus fait référence à une non-uniformité des critères d'inclusion de patient, rendant le fonctionnement interne et l'accès à l'HAD semblent assez disparate sur le territoire.
En effet, « Le malade est admis sur la base d'un protocole individuel de soins élaboré conjointement par le praticien d'HAD, le médecin prescripteur et le médecin traitant, en lien avec l'équipe de d'HAD et les autres intervenants du domicile. » (102).

Toutefois, cette différence de fonctionnement semble questionner les autorités de santé. En effet, la HAS a mis au point une application en ligne, destinée aux praticiens, «ADOP-HAD » (Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD), se basant sur un algorithme décisionnel (103).

L'algorithme décisionnel sera joint en annexe 4.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Cette application permettrait d'allouer une potentielle éligibilité d'un patient pour une entrée en HAD. Toutefois la HAS précise bien que la potentielle éligibilité d'un patient est différente de « l'évaluation de l'admission effective en HAD qui sera effectuée par l'équipe de l'HAD ».

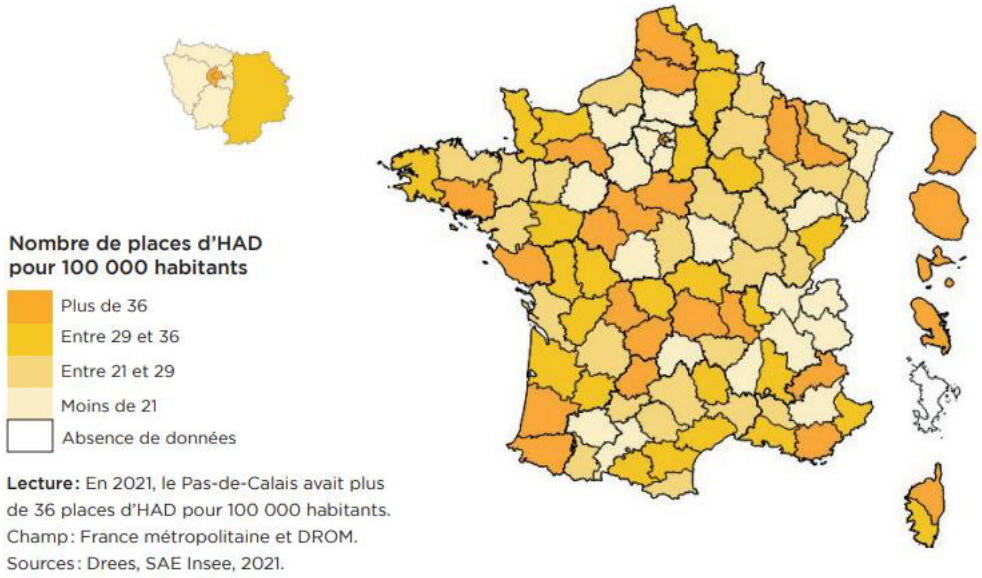
L'hétérogénéité des HAD repose également sur des critères différents, notamment de mode organisationnel (104). Les deux principaux modes d'organisation correspondent aux HAD qui fonctionnent de manière autonome (financées par une association, une fondation ou une mutuelle) et les HAD rattachées à un établissement de santé.
L'organisation interne n'est pas uniforme non plus. Alors que certaines HAD s'appuient surtout sur le médecin traitant, avec parfois peu de visites du personnel appartenant à l'HAD, d'autres ne laissent que très peu de place au médecin généraliste auprès du patient en fin de vie. La collaboration et la place respective du médecin généraliste et du médecin de l'HAD est une vraie question, d'ailleurs suggérée dans nos entretiens.

L'implantation et la capacité des HAD sur le territoire sont également disparates.
Il existe 293 structures d'HAD recensées en France (dont 92 structures non rattachées à un établissement de santé). Elles sont inégalement réparties sur le territoire français de manière globale, puisque Paris et le département des Hauts-de-Seine concentrent 15 % des capacités de prise en charge (105).

Selon la DRESS, en 2021, la France disposait de 34 places d'HAD pour 100 000 habitants (81) . Cela correspond en 2020, à 21276 patients français pouvant être pris en charge simultanément en HAD, soit 10,8% de plus qu'en 2019 (croissance notamment expliquée par la crise COVID). (106).

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Taux d'équipement en HAD pour 100 000 habitants, en 2021



Lecture : En 2021, le Pas-de-Calais avait plus de 36 places d'HAD pour 100 000 habitants.
Champ : France métropolitaine et DROM.
Sources : Drees, SAE Insee, 2021.

Outre la complexité territoriale de l'accessibilité à l'HAD, notre étude allait dans le sens d'un usage différent de ce service par les médecins généralistes, même si globalement il restait très utile à leurs yeux.
Plusieurs études ont été menées en ce sens, afin de tenter de modéliser le rapport des médecins généralistes quant à l'HAD (107–109) et de définir les limites à la participation des médecins généralistes en HAD (108–112).

Ainsi, comme dans notre étude, les médecins généralistes semblent plus ou moins impliqués selon la ressource « HAD » disponible sur leur territoire.

b. Quant à la relation entretenue avec la personne en fin de vie en ZIP

Comme vu plus haut, nos interviews vont dans le sens d'une relation patient-médecin particulière, liée au territoire. Cette amplification paraît applicable dans les relations entretenues avec le patient en fin de vie.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

c. Quant au nombre de prises en charges menées à domicile

Également, les résultats de notre étude tendent vers des prises en charges de fin de vie davantage hospitalières sur les territoires non ZIP. Cette idée est retrouvée dans la littérature.

La thèse de Madame CUEILLE menée sur 63% de médecins urbains, conclue à une faible prise en charge des fins de vie à domicile, à raison d'environ 1 à 3 prises en charge annuelles (69).

Le travail de M. LEMONNIER conclue également à une part de décès à domicile plus importante en milieu rural qu'en ville (113).

J. DUFOUR écrit dans son travail que « le monde rural a su conserver certaines spécificités sociologiques qui rendent favorable l'accompagnement de la fin de vie au domicile » (114).

d. Quant à la gestion d'un « deuil commun »

Enfin, une de nos analyses retrouvait la notion de ce que l'on a choisi de nommer « deuil commun », à savoir que si l'un des habitants d'un village de ZIP décédait, les autres habitants du village, n'étant même pas entourage proche pouvaient vivre un réel deuil.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

D'ailleurs, nombreuses sont les unes de journaux parlant de « villages endeuillés » (115–117). Au-delà du titre accrocheur, les notions d'appartenance et d'attachement, décrites plus haut, prennent également leur sens. Madame Guérin-Pace (118) propose même une sous-catégorie d'appartenance, l'appartenance à un territoire, faisant référence à l'identité.

Dans son article *« multi(plles) appartenances en milieu rural »* (119) , Y. SENCEBE décrit les campagnes comme des lieux d'interconnaissance. Le milieu rural semble également pour l'auteur être, dans l'imaginaire commun, comme « associé aux racines, à l'autochtonie et à la succession des générations dans un même lieu. » et faisant écho à des « valeurs d'authenticité et de convivialité ».

Un rapport officiel de l'Inspection générale des affaires sociales va même jusqu'à étudier la « solidarité » dans ces territoires ruraux, donnant alors une légitimité à ces relations privilégiées inter-habitants (120).

Il semble exister un contraste avec le milieu urbain décrit dans la littérature (119,121).

De plus, la langue anglaise distingue trois phases de deuils (122) : **bereavement** (situation objective du deuil. Elle traduit la perte en tant que telle), **grief** (situation faisant référence à une tristesse profonde) et **mourning** . Cette troisième phase est intéressante dans notre concept de « deuil commun » car elle fait référence à une notion davantage sociale qui désigne le fait de porter le deuil ou de participer aux funérailles. Elle se distingue de la part affective du deuil.

Nous pouvons donc supposer que les valeurs inhérentes au milieu rural contribuent à créer une proximité entre les habitants, pouvant être vécue comme un lien familier. De plus, la composante sociale du deuil permet également de l'intégrer à l'échelle d'un territoire de ZIP. Ainsi, nous concevons que perdre un habitant peut être difficile à vivre pour les autres habitants d'un village.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

4. Les perspectives

4.1. Généraliser le zonage

Notre travail, ayant eu pour but de comprendre l'influence du territoire sur la prise en charge de fin de vie à domicile, semble suggérer qu'un zonage encore plus précis pourrait permettre une meilleure organisation des soins. Par plus précis, nous pourrions notamment évoquer une généralisation du zonage aux ressources nécessaires pour travailler en pluridisciplinarité dans le contexte de fin de vie.

4.2. Développer le lien ville-hôpital

De plus, les médecins en ZIP semblent trouver, tout du moins créer, des ressources pour réaliser les prises en charges de fin de vie les plus qualitatives possibles. Il semble que cette tâche serait facilitée s'ils pouvaient compter sur un recours hospitalier rapide lors de l'atteinte des limites du domicile : il semble alors que le lien ville-hôpital devrait être davantage exploité, voir facilité.

4.3. Clarifier l'état des lieux de la prise en charge de la fin de vie au domicile

La question de la pertinence de notre étude menée sur des ZIP se pose alors. Cette notion, comme nous l'avons vu, paraît davantage utile à l'ARS, en vue de l'administration d'aides financières notamment.
Ainsi, une étude menée plus spécialement en milieu rural semble peut-être judicieuse, particulièrement quand les médecins de notre étude se définissaient en grande majorité comme « médecins ruraux ».

Enfin, une étude similaire mais portant sur des zones non ZIP serait aussi intéressante à mener afin d'apporter une comparaison représentative à nos résultats.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

CONCLUSIONS



Nom, prénom du candidat : BENOIT A LA GUILLAUME Clémentine

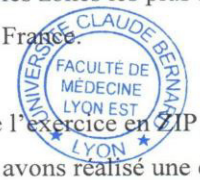
CONCLUSIONS

En allant interroger des médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes exerçant en ZIP, sur leur vécu de la fin de vie à domicile, notre objectif principal était de comprendre l'influence du lieu et des modalités d'exercice sur la fin de vie à domicile.

La fin de vie est un sujet intemporel et multidisciplinaire. Autrefois considérée comme un chapitre naturel de la vie, les progrès de la médecine ont engendré un ensemble de questionnements autour de la fin de vie, rendant sa définition complexe. Les questionnements autour du libre arbitre, et du choix de la fin de vie ont montré que la majorité des Français souhaiterait mourir à domicile. Le médecin généraliste, placé au cœur de la médicalisation à domicile, est alors amené à gérer des fins de vie à domicile, de l'initiation des soins à la mort du patient.

Malgré le souhait majeur des français de mourir à domicile, les données de l'INSEE montrent qu'en 2018, 24% des Français décèdent réellement au domicile. L'accès inégal aux soins et à fortiori à un médecin généraliste sur le territoire français est une réalité, n'épargnant pas le domaine de la fin de vie.

Les ARS tentent de pallier aux tensions territoriales, notamment avec la création d'un zonage, permettant l'allocation de ressources supplémentaires pour les zones les plus sous-dotées, les ZIP. Les ZIP concernent à ce jour 7,6 millions d'habitants en France.



Nous nous sommes interrogés sur l'influence de l'exercice en ZIP sur la prise en charge de fin de vie en région Auvergne-Rhône-Alpes. Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative à partir d'entretiens semi- dirigés.

Concernant l'exercice en ZIP, on retient en premier lieu une bonne connaissance de ce que sont les ZIP, ainsi qu'un franc attachement au territoire, qui n'a aucunement été un frein à l'installation des praticiens.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Les médecins de ZIP portent une affection particulière à la nature polyvalente de leur exercice. Les émotions ressenties par les médecins liées à leurs conditions d'exercice s'avèrent être mixtes, à la fois dévalorisantes en tant que médecin généraliste, mais finalement très gratifiantes.
L'expérience personnelle de chacun semble en quête de dynamisme et de modernisation, c'est-à-dire favoriser le travail en équipe et respecter sa vie personnelle. Cette évolution de l'exercice permettrait de faire face à la surcharge de travail qui s'avère être tant quantitative que qualitative. Or, cette surcharge peut être à risque pour le patient et peut créer une disparité d'accès aux soins.

La fin de vie à domicile est décrite par les médecins interrogés comme une entité protocolisée, où il s'agirait premièrement d'identifier le moment de l'entrée dans la fin de vie, puis de traiter l'angoisse et la douleur du patient dans un second temps. Le travail en équipe est essentiel pour gérer les patients en fin de vie.
Outre cet aspect pratique, les médecins remarquent que la fin de vie à domicile ramène à l'humanité du patient, non sans appel à celle du médecin également, à travers le phénomène d'identification notamment. Des difficultés au maintien à domicile jusqu'à la mort du patient sont rapportées.

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1 FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Une de nos interrogations portait sur l'imaginaire que pouvait avoir ces médecins concernant les prises en charges de fin de vie réalisées par leurs collègues sur des territoires n'étant pas des ZIP.
Il apparaît en priorité que ces médecins ne tiennent pas compte de ce qu'il peut se passer sur d'autres territoires pour leurs prises en charge. Pour les répondants ayant donné leur avis, la similitude entre les différents territoires concerne le manque de personnel paramédical pouvant assurer les soins de fin de vie à domicile, notamment les aides à domicile. Les principales différences évoquées concernent notamment la relation patient-médecin, estimée renforcée dans les ZIP.

Enfin, les émotions décrites lors d'une prise en charge de fin de vie à domicile, ressortent également ambivalentes, avec des sentiments de reconnaissance pour la majorité des médecins interrogés, malgré le choc, la crainte et la tristesse que ce type de prise en charge peut apporter.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Faculté de Médecine Lyon Est

Il apparaît pour conclure, que la sous dotation en médecins généralistes sur les ZIP n'entrave pas l'aspect qualitatif de la prise en charge de fin de vie à domicile. Il pourrait même y avoir plus de prises en charges de ce type.

Toutefois, une étude parallèle s'intéressant au vécu des médecins généralistes exerçant sur des territoires non ZIP s'avèrerait nécessaire pour une vraie comparaison représentative.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Cachet et Signature

ERPELDINGER Sylvie

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 24 JUIL. 2023

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport de l'Observatoire national de la fin de vie 2011. Fin de vie : un premier état des lieux.

2. Rapport de l'Observatoire national de la fin de vie 2012. Fin de vie au domicile : vivre la fin de vie chez soi.

3. Plan cancer 2009-2013.

4. Astier C. Quels sont les besoins et les attentes des médecins généralistes dans l'aide à la mise en place de soins palliatifs à domicile? :64.

5. Seure-Pinson C. Quelle est la démarche des médecins généralistes lors de l'initiation de soins palliatifs en Normandie? :104.

6. LUTZ N, MARTIN R. Pratiques et attentes des médecins généralistes concernant la fin de vie et la question de l'euthanasie [Internet]. 2016. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2016_LUTZ_NOEMIE_MARTIN_RAPHAELLE.pdf

7. Coux C. Outils et facteurs limitants de la prise en charge de la fin de vie à domicile : vécu des médecins généralistes. 7 avr 2017;33.

8. Dromer C. Les facteurs limitant l'accompagnement des patients en fin de vie en médecine générale: vécu des médecins généralistes. :97.

9. Bellegueulle E. Etude de la sollicitation des réseaux de soins palliatifs par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients au domicile. 2016.

10. Silhol J, Ventelou B, Zaytseva A, Marbot C. Comportements et pratiques des médecins : exercer dans les zones les moins dotées, cela fait-il une différence ? Revue française des affaires sociales. 2019;(2):213-49.

11. Les soins palliatifs et la fin de vie - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie/

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

12. Ellenberg E. Communication et fin de vie: revue bibliographique et approche éthique de la caresse. InfoKara. 2004;19(2):59-69.

13. Bernard C, Hamidou Z, Billa O, Dany L, Amouroux-Gorsse V, Dubois L, et al. Recherche sur la fin de vie, la nécessité d'un consensus : premiers résultats. Santé Publique. 2021;33(2):191-8.

14. Castra M. 1. Les transformations sociales du mourir. In: Bien mourir [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2003 [cité 9 juill 2023]. p. 21-55. (Le Lien social). Disponible sur: https://www.cairn.info/bien-mourir-sociologie-des-soins-palliatifs--9782130532842-p-21.htm

15. Aubry R. Fin de vie. In: Penser la fin de vie [Internet]. Paris: Le Cavalier Bleu; 2022 [cité 9 juill 2023]. p. 9-10. (Idées reçues). Disponible sur: https://www.cairn.info/penser-la-fin-de-vie--9791031805085-p-9.htm

16. Hayek J. Ehpadia, le magazine des dirigeants d'EHPAD. [cité 9 juill 2023]. La fin de vie à la lumière de l'histoire. Disponible sur: https://www.ehpadia.fr/La-fin-de-vie-a-la-lumiere-de-l-histoire_a649.html

17. LOI no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (1). 99-477 juin 9, 1999.

18. Corpalif - Coordination régionale de soins palliatifs d'Ile de France [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Soins palliatifs / fin de vie : les plans de développement nationaux. Disponible sur: https://www.corpalif.org/plans-de-developpement-nationaux.php

19. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1).

20. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1). 2005-370 avr 22, 2005.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

21. Comprendre la loi Claeys-Léonetti de 2016 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie/les-droits-en-faveur-des-personnes-malades-et-des-personnes-en-fin-de-vie/article/comprendre-la-loi-claeys-leonetti-de-2016

22. Le plan national développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024 - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie/article/le-plan-national-developpement-des-soins-palliatifs-et-accompagnement-de-la-fin

23. Zonage médecine générale [Internet]. Disponible sur: https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/33680/download?inline

24. Texier H. Étude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluriprofessionnelles auprès des internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine. :138.

25. SENGLER P. Etat des lieux des dispositifs d'aide à l'installation des médecins en France et perspectives innovantes [Internet]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2018/2018_SENGLER_Pierre.pdf

26. Région AUVERGNE-RHONE-ALPES : Présentation, Carte & Chiffres Clés [Internet]. [cité 25 nov 2022]. Disponible sur: https://www.regions-et-departements.fr/region-auvergne-rhone-alpes

27. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. Ann Intern Med. 19 avr 2005;142(8):691-9.

28. Les zones d'intervention prioritaire reflètent-elles des écarts de pratiques des médecins généralistes ? - Documents de travail - G2020/01 | Insee [Internet]. [cité 26 nov 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4303437

29. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches. L'Espace géographique. 2018;47(4):362-80.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

30. Larousse É. Définitions : vécu - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/v%C3%A9cu/81239

31. Corsale M. Vécu. (experiences – vivencia). In: Dictionnaire de sociologie clinique [Internet]. Toulouse: Érès; 2019 [cité 11 avr 2023]. p. 669-71. (Sociologie clinique). Disponible sur: https://www.cairn.info/dictionnaire-de-sociologie-clinique--9782749257648-p-669.htm

32. André Giordan - L'agir et le faire [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: https://www.andregiordan.com/articles/apprendre/agirrfaire.html

33. Isabelle AUBIN-AUGER, CADWALLADER J sébastien, GILLES DE LA LONDE J, LUSTMAN M, MERCIER A, PELTIER A. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. 2021.

34. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. 20:6.

35. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory [Internet]. 1967. Disponible sur: http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf

36. COUTURE M. La recherche qualitative : introduction à la théorisation ancrée.

37. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.

38. Barlet M. L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France.

39. Brunet R. Géographie universelle. 1993.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

40. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ? Espace populations sociétés Space populations societies [Internet]. 20 mars 2016 [cité 5 août 2023];(2015/3-2016/1). Disponible sur: https://journals.openedition.org/eps/6177?lang=fr

41. Milian J, Barthe L. Les espaces de la faible densité, processus et scénarios. 3 août 2011;

42. vie-publique.fr [Internet]. 2022 [cité 5 août 2023]. Qu'est-ce qu'un désert médical et comment les pouvoirs publics y répondent-ils ? Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quun-desert-medical-quelles-actions-des-pouvoirs-publics

43. Définitions : fragile - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 5 août 2023]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fragile/34945

44. Bontron JC. Les zones fragiles, du concept à l'identification. Cahiers de Fontenay. 1993;12(1):281-9.

45. Dugravier R, Barbey-Mintz AS. Origines et concepts de la théorie de l'attachement. Enfances & Psy. 2015;66(2):14-22.

46. Bernard C. Rôle des types d'attachement dans la gestion des situations d'incertitude en médecine générale: enquête réalisée auprès des médecins généralistes de Béarn et Soule.

47. caregiver [Internet]. 2023 [cité 3 août 2023]. Disponible sur: https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/caregiver

48. Guillemeney J, Clary B, Labadie-Fobis A, Oude Engberink A, Pavageau S. La théorie de l'attachement est une ressource pour la relation médecin-patient : méta-synthèse qualitative. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 avr 2019;177(4):335-41.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

49. MUNARET. Du médecin de campagne et de ses malades, moeurs et science.

50. COUTRIX C. La perception d'une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine selon les médecins généralistes d'Aquitaine. [Bordeaux]; 2018.

51. Les différences de modes de vie selon le lieu de résidence [Internet]. 2009 [cité 7 août 2023]. Disponible sur: https://www.credoc.fr/publications/les-differences-de-modes-de-vie-selon-le-lieu-de-residence

52. Monin A, Millet I. Les facteurs de satisfaction des médecins généralistes ruraux en France: étude qualitative.

53. BALZAC. Le médecin de campagne.

54. Maraquin C, Masson G. Plaidoyer pour l'attachement entre les soignants et les personnes dont ils prennent soin. VST - Vie sociale et traitements. 2010;107(3):128-30.

55. Cherry MG, Fletcher I, O'Sullivan H. The influence of medical students' and doctors' attachment style and emotional intelligence on their patient-provider communication. Patient Educ Couns. nov 2013;93(2):177-87.

56. Cherry MG, Fletcher I, Berridge D, O'Sullivan H. Do doctors' attachment styles and emotional intelligence influence patients' emotional expressions in primary care consultations? An exploratory study using multilevel analysis. Patient Educ Couns. avr 2018;101(4):659-64.

57. Mathieu AM. La juste proximité au coeur de la relation soignant-patient en fin de vie [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2016 [cité 4 août 2023]. p. 77. Disponible sur: https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01825577

58. LA RELATION MÉDECIN-MALADE – L'ANNONCE D'UNE MALADIE GRAVE. L'INFORMATION DU PATIENT ATTEINT DE MALADIE CHRONIQUE. LA PERSONNALISATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE [Internet]. Disponible sur: https://www.remede.org/librairie-medicale/pdf/e9782729850654.pdf

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

59. WONCA EUROPE. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille.

60. Pauly M. La proximité affective dans la relation médecin-patient : de la médecine de famille à la spécialité médecine générale. [Poitiers]; 2018.

61. Bailey T. La médecine familiale est-elle une spécialité? Can Fam Physician. févr 2007;53(2):225-7.

62. Vallon S. Qu'est-ce qu'une famille ?Fonctions et représentations familiales. VST - Vie sociale et traitements. 2006;89(1):154-61.

63. Liébert P. Le besoin d'appartenance. In: Quand la relation parentale est rompue [Internet]. Paris: Dunod; 2015 [cité 7 août 2023]. p. 29-44. (Enfances). Disponible sur: https://www.cairn.info/quand-la-relation-parentale-est-rompue--9782100721375-p-29.htm

64. Convention médicale 2023 : accès territorial aux soins [Internet]. Disponible sur: https://www.fmfpro.org/wp-content/uploads/2022/12/Bilaterales-1-conv-med_VDEF_syndicats.pdf

65. Neyret A. Évolutions de la relation médecin-patient à l'heure de la transition épidémiologique: comment s'y former? Revue de la littérature.

66. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.

67. Loignon C, Boudreault-Fournier A. Du paternalisme à l'encadrement bienveillant. Can Fam Physician. nov 2012;58(11):e618-9.

68. Présentation du D.E.S [Internet]. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/

69. Cueille V. Le médecin généraliste face à la fin de vie à domicile: connaissances, compétences et limites. État des lieux auprès des médecins généralistes de la Seine Maritime et de l'Eure. :114.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

70. SIRISAKD E. Etat des lieux de la prise en charge de la fin de vie dans le groupement hospitalier L'Hôpital Nord-Ouest en 2019 : étude épidémiologique descriptive et rétrospective. [Lyon]; 2021.

71. Care of dying adults in the last days of life.

72. Micheau J, Molière É, Havette S. Enjeux pratiques et organisationnels de la fin de vie à l'hôpital. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. 1 juin 2015;14(3):171-8.

73. GRANGE C, REVUE E, HERON A. Accompagnement de la fin de vie aux urgences.

74. Oude Engberink A, Badin M, Serayet P, Pavageau S, Lucas F, Bourrel G, et al. Patient-centeredness to anticipate and organize an end-of-life project for patients receiving at-home palliative care: a phenomenological study. BMC Fam Pract. 23 févr 2017;18:27.

75. Magerl H. Les valeurs de l'Approche centrée sur la personne en soins palliatifs. Accompagnement des mourants et des personnes endeuillées, travail des intervenants en équipe pluridisciplinaire. Approche Centrée sur la Personne Pratique et recherche. 2014;19(1):83-94.

76. Doublet D, Lemaire M, Damourette V, Derousseaux FX, Blond S. Accompagnement de fin de vie et souffrance des soignants. Doul et Analg. 1 juin 2002;15(2):101-5.

77. Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients: Pratiques et Organisation des Soins. 1 mars 2010;Vol. 41(1):65-72.

78. PROCESSUS IDENTIFICATOIRE [Internet]. [cité 8 août 2023]. Disponible sur: https://psy-secteur-hg.asso.fr/joomlasite/index.php?option=com_content&view=article&id=135:processus-identificatoire&catid=43:philosophie&Itemid=83

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

79. MARTEL L. RÔLE ET ATTENTES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE A DOMICILE. [TOURS]; 2015.

80. Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/13 du 17 juillet 2023. 2023;

81. Cousin F, Gonçalves T, Dauchy S, Marsico G. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France Troisième édition - 2023.

82. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Soulagement des symptômes du patient en fin de vie - Sujets spéciaux. Disponible sur: https://www.msdmanuals.com/fr/professional/sujets-sp%C3%A9ciaux/le-patient-en-fin-de-vie/soulagement-des-sympt%C3%B4mes-du-patient-en-fin-de-vie

83. Masson E. EM-Consulte. [cité 12 sept 2023]. La sexualité des personnes en fin de vie. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/264375/la-sexualite-des-personnes-en-fin-de-vie

84. BURUGUIERE. SEXUALITÉ ET SOINS PALLIATIFS : UNE ANTILOGIE ?

85. Landry S. Soins palliatifs en cancérologie et place de la sexualité. Revue internationale de soins palliatifs. 2018;33(3):143-8.

86. Santé FA. Préparer sa fin de vie avec le jeu « À vos souhaits » [Internet]. France Assos Santé. 2020 [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: https://www.france-assos-sante.org/2020/02/11/preparer-fin-vie-jeu-a-vos-souhaits/

87. Schaerer R. Compte rendus de lecture. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2012;109(2):85-93.

88. JANKELEVITCH V. Penser la mort ? 2017.

89. Lagacé AM. ZITTOUN, Robert, La mort de l'autre, Une introduction à l'éthique clinique, 2007, Paris, Dunod, coll. « Action sociale », 326 p. Frontières. 1 janv 2009;21:86.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

90. SONDHOO. FIN DE LA VIE : ANALYSE DU TRAVAIL DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU DOMICILE DU PATIENT [Internet]. Disponible sur: https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCS:508879&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A2660&file=2019-Sondhoo-Hemant.pdf

91. BENOIST C. « REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES SUR LEUR FIN DE VIE ET LEUR MORT INFLUENCE SUR LEUR VIE ET LEUR PRATIQUE PROFESSIONNELLE » [Internet]. Disponible sur: https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCS:509074&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A2740&file=2019_Benoist%20Harang_C%C3%A9cile.pdf

92. Sivade A, Gabolde M, Frasca M, Burucoa B. Perception par les professionnels de santé d'unités de soins palliatifs de leurs rôles et vécus auprès des patients en phase agonique et leurs proches. Revue internationale de soins palliatifs. 2016;31(2):85-98.

93. Daubin C, Haddad L, Folscheid D, Boyer A, Chalumeau-Lemoine L, Guisset O, et al. Réflexions éthiques sur les manifestations agoniques persistantes en fin de vie en service de réanimation. Réanimation. 1 sept 2013;22(5):534-42.

94. Une urgence aux soins palliatifs, c'est quoi? [Internet]. [cité 16 sept 2023]. Disponible sur: https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/spl/Palliative_Flash_62_Urgences_Palliatives.pdf

95. RAJOELISON P, TELLIER L. Quels sont les facteurs de motivation et les freins à devenir Médecin Correspondant du SAMU dans les Hautes Alpes ? [Internet]. [Marseille]; 2021. Disponible sur: https://www.mcs-aura.fr/sites/default/files/documents/these%20motivations%20et%20freins%20MCS%2005%20LEA-PAULINE.pdf

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

96. Texier G, Rhondali W, Morel V, Filbet M. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? //www.em-premium.com/data/revues/16366522/v12i2/S1636652212000360/ [Internet]. 6 sept 2013 [cité 4 août 2023]; Disponible sur: https://www.em.premium.com/article/832292/resultatrecherche/27

97. Pourchet S, Poisson D. La sédation en fin de vie. Laennec. 2010;58(2):34-47.

98. Slawnych MP. Prise en charge de la dyspnée en fin de vie. CMAJ. 2 nov 2020;192(44):E1387.

99. Pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaire - Insee Analyses - 51 [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4493549

100. L'Etudiant [Internet]. 2023 [cité 10 août 2023]. Pénuries du secteur paramédical : un « phénomène très global ». Disponible sur: https://www.letudiant.fr/educpros/enquetes/penuries-du-secteur-paramedical-un-phenomene-tres-global-dans-la-sante.html

101. Bulletin officiel N° 2023/7 : GUIDE METHODOLOGIQUE DE PRODUCTION DES RECUEILS D'INFORMATIONS STANDARDISES DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4443/2023.7bis.bos_.pdf

102. DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034 [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2023_76.pdf

103. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 30 août 2023]. Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2810323/fr/algorithme-d-aide-a-la-decision-d-orientation-des-patients-en-had-a-destination-des-medecins-prescripteurs

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

104. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2013_hospitalisation_domicile.pdf

105. PANORAMAS DE LA DREES SANTÉ : Les établissements de santé [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf

106. Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1208.pdf

107. Cuny F. Vécu et ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile : étude qualitative par entretien de groupe réalisée auprès des médecins du Sud meusien [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2010 [cité 30 août 2023]. p. non renseigné. Disponible sur: https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732003

108. MAILLARD S. Vécu et ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en hospitalisation à domicile relevant de soins palliatifs dans le bassin de population tourangeau. « Une étude qualitative » [Internet]. [TOURS]; 2017. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2017_Medecine_MaillardSandrine.pdf

109. Leung I, Casalino E, Pateron D, Grateau G, Garandeau E, de Stampa M. Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en hospitalisation à domicile. Santé Publique. 2016;28(4):499-504.

110. TRYLESKI C. Collaboration entre HAD et médecins généralistes : enquête exploratoire auprès des médecins généralistes et de médecins coordonateurs [Internet]. [Strasbourg]; 2020. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2020/2020_TRYLESKI_Caroline.pdf

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

111. WENDLING ME. Hospitalisation à domicile en zone semi-rurale, dans le territoire Basse Alsace - Sud Moselle : connaissances et attentes des médecins généralistes, avantages et inconvénients du recours à l'HAD [Internet]. [Strasbourg]; 2021. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_WENDLING_Marie_Eva.pdf

112. Attentes et freins à l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes en Bretagne : étude sur le secteur sanitaire N°3 [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/notice/view/rennes1-ori-wf-1-9841

113. LEMONIER M. Facteurs favorisant le maintien à domicile des patients en fin de vie : Enquête de pratique auprès des médecins généralistes du Limousin. [Limoges]; 2015.

114. Dufour J. Fin de vie des personnes âgées dans les secteurs ruraux de l'Aude : déterminants de la prise en charge d'une phase agonique au domicile pour les médecins généralistes. 8 nov 2018;98.

115. Saint-Ferréol-Trente-Pas. Le village endeuillé par le décès soudain de Joachim, 16 ans [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: https://www.ledauphine.com/societe/2023/04/08/le-village-endeuille-par-le-deces-soudain-de-joachim

116. Arcey. Le village endeuillé doit réélire un nouveau maire [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: https://www.estrepublicain.fr/politique/2023/04/24/le-village-endeuille-doit-reelire-un-nouveau-maire

117. ladepeche.fr [Internet]. [cité 30 août 2023]. Miglos. Le village endeuillé par les disparitions successives d'Antoinette et Pierrette Teulières. Disponible sur: https://www.ladepeche.fr/2023/06/22/le-village-endeuille-par-les-disparitions-successives-dantoinette-et-pierrette-teulieres-11293603.php

118. Guérin-Pace F. Sentiment d'appartenance et territoires identitaires. L'Espace géographique. 2006;35(4):298-308.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

119. Sencébé Y. Multi(ples) appartenances en milieu rural. Informations sociales. 2011;164(2):36-42.

120. Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural [Internet]. Disponible sur: https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/094000616.pdf

121. Lee GR, Lassey ML. Rural-Urban Differences Among the Elderly: Economic, Social, and Subjective Factors. Journal of Social Issues. 1980;36(2):62-74.

122. Kentish-Barnes N, Chaize M, Cohen-Solal Z, Azoulay É. Comprendre le deuil pour mieux accompagner les proches de patients décédés en réanimation. Réanimation. janv 2013;22(S2):505-12.

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

ANNEXES

ANNEXE 1 : CARTE GEOGRAPHIQUE DE LA REGION AUVERGNE-RHONE-



(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

ANNEXE 2 : CANEVAS D'ENTRETIEN

Canevas d'entretien

Bonjour, je me présente, je suis interne en médecine générale à l'université de Lyon Est. Je réalise une thèse qualitative sur la prise en charge de fin de vie à domicile. Avant tout, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude. Notre entretien semi-dirigé sera, avec votre accord, enregistré. Il sera par la suite retranscrit en verbatim et analysé pour l'étude. L'anonymat de tous les participants sera respecté. Vous pourrez être tenu informé des résultats de ce travail, si vous le souhaitez. Avant de débuter, avez-vous des questions ?

1. **Renseignements démographiques** :

✓ Etes-vous un homme/une femme ?
✓ Quel âge avez-vous ?
✓ Depuis combien de temps exercez-vous ?
✓ Travaillez-vous seul ou en groupe ?
✓ Exercez-vous en milieu urbain, rural ou semi-rural ?
✓ Avez-vous une activité mixte ou faites-vous du libéral pur ?
✓ A quel rythme effectuez-vous des visites à domicile ? et des visites en EHPAD ?

2. **Exercice en ZIP** :

Pour commencer, est-ce que vous voulez bien me parler de ce que représente pour vous l'exercice en ZIP, c'est-à-dire le fait que vous soyez médecin en ZIP ?

3. **La fin de vie** :

Est-ce que vous voulez bien me parler de ce qu'est la fin de vie, pour vous ?

4. **Le vécu** :

Diriez-vous que vous êtes satisfaits de vos prises en charge de fin de vie, et pourquoi ?

5. **Une expérience personnelle** :

Pouvez-vous me raconter une expérience marquante, en termes de fin de vie à domicile ?

6. **ZIP or not ZIP** :

Selon vous, quelles sont les différences de prise en charge des fins de vie à domicile sur les territoires n'étant pas des ZIP ?

7. **Fermeture** :

A quelles questions vous attendiez-vous avant de commencer l'entretien ?

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

ANNEXE 3 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION ETUDIEE

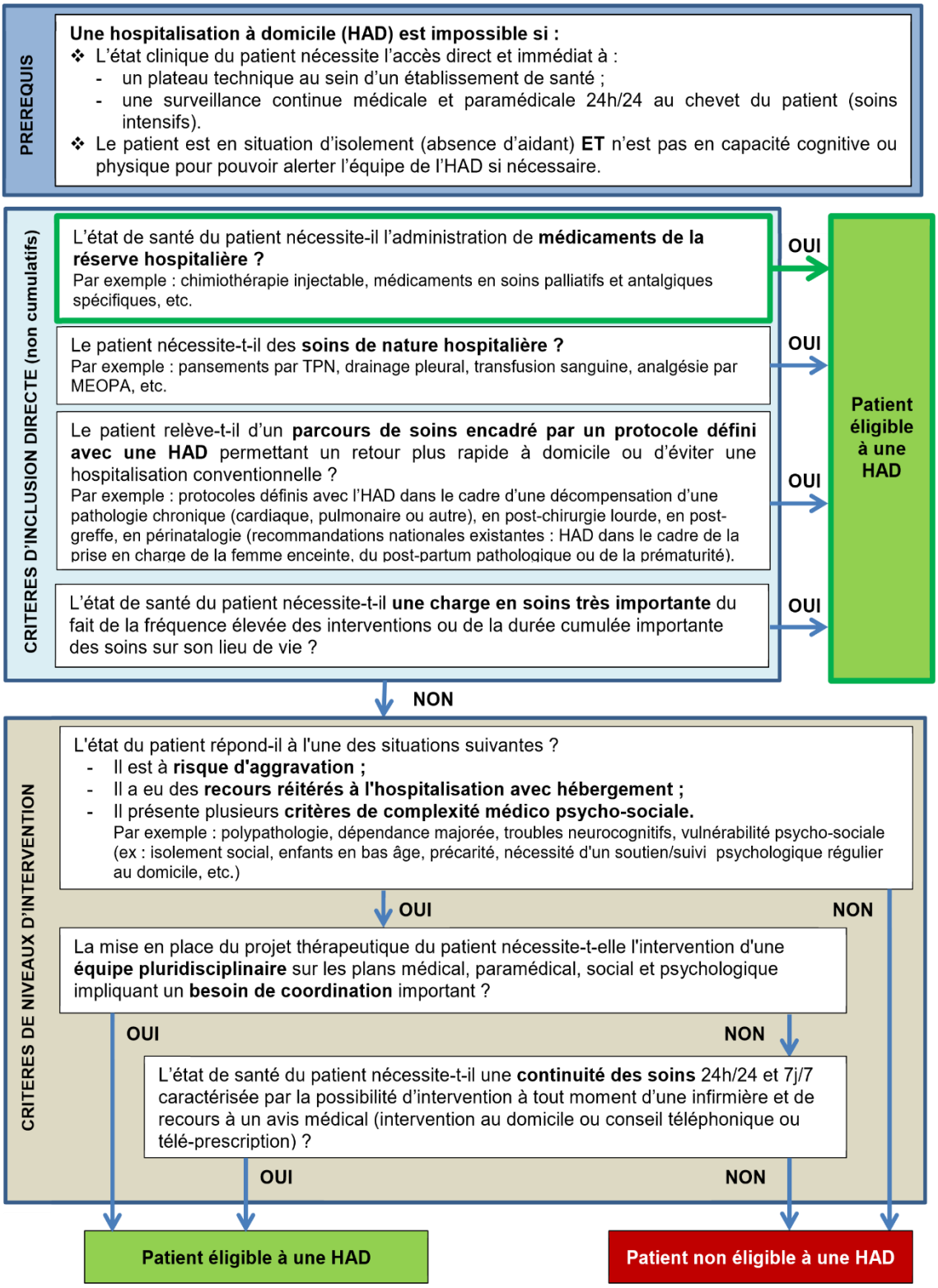
Participant	Sexe	Âge	Temps d'exercice	Modalité d'exercice	Milieu d'exercice	Type d'activité	Nombres de VAD	Nombres de visites en EHPAD
P1	F	42	14	Cabinet de groupe	Semi rural	Libéral pur	4 à 8 par semaine	1 par semaine
P2	H	38	9	Seul	Semi rural	Libéral pur	1 à 2 par semaine	0
P3	F	45	17	MSP	Urbain	Libéral pur	1 tous les 15 jours	1 par semaine
P4	F	43	17	MSP	Semi rural	Libéral pur	3 à 4 par jour	Quotidien
P5	H	53	26	MSP	Semi rural	Libéral pur	2 par semaine	0
P6	F	54	23	Cabinet de groupe	Rural	Mixte	Tous les jours	Tous les jours
P7	F	42	16	Cabinet de groupe	Rural	Libéral pur	2 à 10 par semaine	Inclus dans VAD
P8	F	56	25	Seul	Rural	Libéral pur	0	0
P9	F	33	3	MSP	Semi rural	Libéral pur	1 fois par semaine	0
P10	F	32	3	MSP	Semi rural	Libéral pur	4 à 6 par semaine	12 par semaine
P11	F	31	1	MSP	Semi rural	Libéral pur	0	1 par semaine
P12	F	31	3	Cabinet de groupe	Rural	Libéral pur	3 fois par semaine	1 par semaine
P13	F	30	4	MSP	Rural	Mixte	2 par mois	1 tous les 15 jours
P14	F	55	10	Seul	Rural	Libéral pur	1 fois par semaine	1 fois par semaine
P15	H	69	37	Cabinet de groupe	Rural	Libéral pur	Tous les jours	Tous les jours
P16	F	48	22	MSP	Semi rural	Libéral pur	0	0
P17	F	40	2	MSP	Rural	Libéral pur	Toutes les semaines	Toutes les semaines
P18	H	32	3	MSP	Semi rural	Libéral pur	1 fois par semaine	1 fois par semaine

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

ANNEXE 4 : Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs



(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

ANNEXE 5 : Fiche résumée du jeu de cartes « à vos souhaits »



A vos souhaits

Règles du jeu :

Jouer seul : clarifier pour soi-même ses choix et ses priorités, réfléchir à ce qui a de l'importance pour sa fin de vie.

Avec un patient : l'aider à déterminer ce qu'il souhaite pour sa fin de vie

Repartir les items suivants en 3 catégories :

- Très importants pour moi
- Important pour moi
- Peu ou pas important pour moi

Classer chaque catégorie du plus important au moins important.

Ajuster le classement jusqu'à obtenir une suite de 10 items '' très importants''

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

Items :

- Être soulager de la douleur
- Ne pas avoir d'angoisse
- Maintenir ma dignité
- Ne pas être essoufflé
- Ne pas être branché a des machines
- Avoir un contact humain
- Avoir ma famille avec moi
- Avoir quelqu'un qui m'écoute
- S'occuper des affaires non réglées avec ma famille/mes amis
- Pouvoir parler de ce qui me fait peur
- Être conscient jusqu'au bout
- Avoir un médecin qui me connait et me comprend
- Avoir confiance en mon médecin
- Avoir une personne qui connait mes valeurs et mes priorités
- Pouvoir dire adieu aux personnes qui comptent pour moi
- Ne pas être une charge pour une famille
- Avoir des soignants avec lesquels je me sente à l'aise
- Garder mon sens de l'humour
- Avoir préparé mes obsèques
- Avoir le sentiment que ma vie a un sens
- Ne pas mourir seul
- Être traité selon mes souhaits
- Être endormi à la fin
- Rester propre
- Etre capable d'aider les autres
- Prévenir les conflits en m'assurant que ma famille sait ce que je veux
- Avoir ma famille préparée à ma mort
- Avoir des amis proches à mes cotés
- Etre capable de parler de ce que la mort signifie
- Mourir chez moi

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

- Etre accompagné sur le plan religieux ou spirituel
- Avoir mes affaires financières en ordre
- Savoir comment ma maladie va évoluer et comment mon corps va changer
- Etre en paix avec dieu
- Méditer /prier
- Etre en paix avec moi-même
- Pouvoir prendre les décisions qui me concernent jusqu'au bout
- Donner mes organes
- JOKER : expression libre

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME

BENOIT A LA GUILLAUME Clémentine

INFLUENCE DE L'EXERCICE EN ZONE D'INTERVENTION PRIORITAIRE SUR LA PRISE EN CHARGE DE FIN DE VIE A DOMICILE : ETUDE DE VECUS CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES EN REGION AUVERGNE-RHONE-ALPES

Résumé

Introduction : La plupart des français souhaitent mourir à domicile, rendant alors la place du médecin généraliste centrale. Plusieurs études de la littérature se sont déjà intéressées au sujet de la fin de vie à domicile, mais aucune ne s'appliquant aux conditions d'exercice des médecins généraliste de zones sous-dotées, alors que ces zones couvrent 26% de notre territoire. L'objectif principal de cette étude était d'explorer différentes expériences de médecins généralistes des ZIP de la région Auvergne Rhône Alpes.

Méthode : Un travail qualitatif a été conduit, à travers la retranscription et le codage de 18 entretiens semi-dirigés. Une triangulation des données a été réalisée.

Résultats : Les médecins de ZIP vivent une relation particulière avec leurs patients, notamment parce qu'ils les connaissent bien. Concernant la fin de vie à domicile, elle est décrite protocolisée, humanisée et difficile à maintenir au domicile. Enfin, concernant l'influence de l'exercice en ZIP sur la fin de vie, certains aspects sont pensés similaires, alors que d'autres semblent différents.

Discussion : Il semble que le zonage devrait être généralisé à des professions ou entités supplémentaires. De plus, le lien ville-hôpital paraît important à exploiter pour aider davantage les médecins généralistes dans leurs prises en charge de fin de vie à domicile.

Mots clés : fin de vie, médecins généralistes, soins à domicile, zones sous-dotées

---

Jury

Président : Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER

Membres : Madame le Professeur Elise PERCEAU-CHAMBARD

Madame le Professeur Gisèle CHVETZOFF

Docteur Elodie BLAIN SIRISAKD

Docteur Marylène CIVALLERI

Date de soutenance : 03 octobre 2023

Adresse postale de l'auteur : 36, rue Henri DUNANT 01100 OYONNAX

Email de l'auteur : c.benoit1846@gmail.com

Faculté de Médecine Lyon Est
http://lyon-est.univ-lyon1.fr/ • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00

ACCOMPAGNER CRÉER PARTAGER

(CC BY-NC-ND 2.0) BENOIT A LA GUILLAUME