

## Le médecin généraliste et la mort de ses patients

*General practitioners and the death of their patients*Ladevèze M <sup>1</sup>, Levasseur G <sup>2</sup>**Résumé**

**Objectif :** Dans la société occidentale actuelle, la population vieillit et la façon d'appréhender la mort change. Avec la généralisation des soins palliatifs, une nouvelle responsabilité incombe au médecin, celle de garantir la qualité de vie jusqu'au décès. Notre objectif a été d'examiner la façon dont les médecins généralistes vivent le décès de leurs patients : leurs opinions et pratiques, et les ressources dont ils disposent dans ces situations.

**Méthodes :** Enquête qualitative exploratoire par entretiens semi-directifs. Échantillon empirique de dix généralistes d'Ille-et-Vilaine réalisé à partir de l'annuaire téléphonique, respectant la parité et la répartition entre les zones d'exercice. Analyse thématique de ces entretiens.

**Résultats :** Les médecins vivent la fin de vie de leurs patients avec des sentiments partagés : tristesse, sentiment d'injustice, culpabilité ou indifférence. Ils perçoivent avec beaucoup d'acuité l'importance de l'accompagnement de leur patient et celui de la famille. Ils considèrent que la gestion du deuil fait partie de leur travail. Ils bénéficient eux-mêmes de peu de soutien en ces circonstances.

**Conclusion :** Un environnement moins solitaire par rapport à ces événements pourrait utilement soutenir le médecin généraliste. Une formation sur le thème incluant les aspects socioculturels et psychologiques de ce moment de la vie contribuerait à professionnaliser l'aide apportée par le médecin au patient et à sa famille.

**Prat Organ Soins 2010;41(1):65-72**

**Mots-clés :** Mort ; médecin généraliste ; deuil ; soins palliatifs et accompagnement ; relations médecin-malade.

**Summary**

**Aim:** In our current western society the population is ageing and perception of death is changing. With the generalization of palliative care the doctor must be the guarantor of the quality of life until death. This is a new responsibility. Our objective was to examine how general practitioners (GPs) experience their patients' death: their feeling, their behavior, and their resources.

**Methods:** A qualitative, exploratory study, among an empiric sample of ten GPs in the department of Ille & Vilaine, constituted from the phone book, respecting parity and geographic repartition between different practice zones. Thematic analysis of these interviews.

**Results:** GPs experience mixed feelings at the death of their patients: sorrow, a feeling of injustice, guilt or indifference. They are keenly aware of the importance of end-of-life care and support for the patient and the family. They consider dealing with bereavement to be part of their work but they themselves get little support in these circumstances.

**Conclusion:** A less solitary environment in this respect would benefit GPs.

Theme-based training including the sociocultural and psychological aspects of this stage of life would help to professionalize the help and support that the GP brings to the patient and the family.

**Prat Organ Soins 2010;41(1):65-72**

**Keywords:** Death; general practitioner; bereavement care; palliative care; doctor-patient relations.

<sup>1</sup> Médecin généraliste, Rennes (France).

<sup>2</sup> Professeur, Département de médecine générale, Université Rennes 1 (France).

Adresse pour correspondance : Dr Marion Ladevèze, 22, Boulevard de Chézy, F-35000 Rennes.  
E-mail : ladeveze-marion@voila.fr

## INTRODUCTION

La mort de leurs patients pose question aux médecins généralistes, qu'il s'agisse de l'accompagnement du patient ou de celui de la famille, avant et après le décès. Or, on connaît peu de choses sur la façon dont les médecins vivent ces décès.

Selon Vladimir Jankélévitch [1], les progrès de la médecine contribuent à une modification des représentations de la mort en lui donnant le statut d'un phénomène évitable ou au moins que l'on peut différer à l'infini. Mais une des spécificités de la profession médicale reste d'être confrontée régulièrement à la mort. Pour Pierre Le Coz [2], l'attitude du médecin face au mourant a un rôle de modèle pour les proches. Il facilite le lien entre le patient et son entourage et rompt ainsi « la solitude des mourants » pour reprendre l'expression de Norbert Elias [3]. C'est donc le savoir-être du médecin qui est sollicité et non plus son savoir-faire.

La mort est un phénomène individuel. C'est aussi un phénomène social. Pour Robert William Higgins [4], la mort d'un membre de la famille et les rites qui l'entourent doivent permettre au mourant et aux siens de trouver leur place dans l'histoire de la famille et du groupe. C'est aussi le moment de la transmission des valeurs, de la filiation, de l'inscription transgénérationnelle. Pour cet auteur, les soins palliatifs délivrés à l'hôpital ou en centre spécialisé empêcheraient le mourant d'occuper sa place et de tenir son rôle dans l'histoire familiale. En effet, le fait de mourir hors du cercle familial entouré de soins de professionnels tend à devenir la norme.

Avec l'apparition puis le développement des soins palliatifs, nos représentations de la mort et en particulier de « la bonne mort » se modifient. La « bonne mort » serait celle que l'on souhaiterait et la « mauvaise mort » serait celle que l'on craint. Selon Pascal Hintermeyer [5] le concept de « bonne ou mauvaise mort » varie dans le temps, mais certains critères en seraient immuables. Actuellement, « la bonne mort » serait une mort sans douleur, ce qui renvoie au fondement même des soins palliatifs. Pour Isabelle Atmani [6], la « bonne mort », la mort souhaitable, serait une mort qui ne mettrait personne mal à l'aise, sans pour autant effacer la peine liée à celle-ci. Selon cette auteure, pour les médecins et l'équipe soignante le « bon » patient en fin de vie est celui qui leur donne le sentiment d'être utile, c'est aussi un patient compliant qui conforte l'équipe dans son rôle de soignant efficace en lui manifestant de la reconnaissance. Une « bonne mort » pour les uns n'est pas forcément une « bonne mort » pour les autres. Comment concilier l'intérêt du patient et la façon dont sa famille et le groupe auquel il appartient envisagent sa mort ?

Cet idéal de « bonne mort » est toujours remis en cause comme le souligne Isabelle Atmani [6]. Ce qui peut induire un sentiment de frustration chez les équipes et les familles. Cette auteure questionne le modèle de la « bonne mort » qui ne prendrait pas en compte la singularité de chacun et qui pourrait induire un désir de toute puissance dans certaines équipes. Dorénavant, le médecin est responsable de la qualité de vie de son patient jusqu'à sa mort.

Dans le contexte d'une société occidentale moderne, comment le décès d'un patient est-il vécu par le médecin généraliste ? Ce vécu est-il particulier et, si oui, en quoi ? Le concept de « bonne mort » est-il spontanément mobilisé ? Telles sont les questions auxquelles nous avons tenté d'apporter des éléments de réponse, par une enquête menée en Ille-et-Vilaine en 2008, auprès de dix médecins généralistes exerçant en libéral.

## MÉTHODES

L'enquête a eu lieu en juin et en juillet 2008, auprès de médecins libéraux installés en Ille-et-Vilaine. Ils ont été sélectionnés à partir de l'annuaire téléphonique en fonction de deux critères. Démographique d'abord : le ratio est équilibré, la féminisation ayant, par hypothèse, des effets sur le vécu du travail médical. Géographique ensuite : exercice urbain/péri-urbain, et exercice rural/semi-rural, la proximité de structures hospitalières pouvant avoir des effets sur ce vécu. Le critère d'âge n'a pas été pris en compte lors de la réalisation de l'échantillon, mais il nous a semblé important à préciser lors de l'analyse. Les critères d'exclusion étaient un éloignement de plus de 50 km de Rennes, pour des raisons pratiques, et bien sûr le refus de participer à l'étude. L'échantillon réalisé (tableau I) est conforme aux attendus.

Sur les dix-sept médecins contactés, dix ont répondu favorablement. Dans quatre cas, la secrétaire a refusé l'entretien, dont deux fois sans poser la question au médecin. L'argument d'une surcharge de travail a, à chaque fois, été avancé. Un médecin a refusé personnellement avec le même argument. Un autre a refusé en raison de son manque d'expérience : il était installé depuis seulement un an. Enfin, un médecin a expliqué ne pas vouloir discuter d'un tel sujet avec une personne qu'il ne connaissait pas.

La démarche est celle d'une enquête exploratoire qualitative, fondée sur des entretiens individuels. Le but est de comprendre l'état d'esprit des médecins, leur façon d'appréhender la mort de leurs patients et de réagir face à celle-ci. La diversité des points de vue est recherchée. Le critère de qualité est celui de la cohérence et non de la représentativité.

Tableau I  
Fiche signalétique des 10 médecins généralistes interrogés.

Numéro d'entretien	Sexe	Âge	Durée d'installation	Association	Zone d'activité
1	Homme	47	16	Groupe	Ville
2	Homme	47	8	Groupe	Ville
3	Femme	32	2	Groupe	Semi-rural
4	Homme	48	17	Groupe	Ville
5	Femme	41	8	Groupe	Périurbain
6	Femme	46	16	Groupe	Périurbain
7	Homme	45	12	Un associé	Semi-rural
8	Femme	33	3	Groupe	Rural
9	Homme	55	17	Un associé	Semi-rural
10	Femme	49	13	Groupe	Rural

La technique de l'entretien semi-directif a été utilisée. Deux entretiens exploratoires ont été réalisés préalablement dans le but de valider un guide d'entretien pertinent. Le guide a été utilisé de façon souple. Le but était de favoriser un récit, un exposé d'un point de vue personnel de la part des médecins et non des réponses ponctuelles dans le cadre d'un interrogatoire délinéarisé. Les entretiens ont été faits en face à face, au cabinet du médecin et ont été enregistrés et intégralement retranscrits. L'analyse de contenu des transcriptions a privilégié l'analyse thématique en reprenant comme catégories d'analyse les thèmes du guide d'entretien : le ressenti, la mise à distance de la mort, les convictions religieuses, les relations avec la famille du patient, la visite à la chambre mortuaire, l'abord du sujet avec les proches et avec les collègues, les moyens d'information, la formation, le certificat de décès. Il convient de noter que l'ensemble des entretiens transcrits et analysés représente un corpus de 46 585 mots.

## RÉSULTATS ET ANALYSE

### 1. Vécu du décès

Les médecins s'expriment volontiers sur la façon dont ils vivent la mort de leur patient. Ils rapportent les sentiments et émotions qu'ils éprouvent. Ils disent la façon dont ils mettent la mort à distance mais aussi leur attitude face au deuil des proches.

#### a) *Sentiments et impressions*

Les émotions et sentiments exprimés par les généralistes rencontrés sont contrastés. Le sentiment de tristesse prédomine : « *C'est triste, oui [...] surtout les gens que l'on a côtoyé très longtemps.* » (10). Mais d'autres sentiments sont exprimés tels l'incompréhension ou la surprise lorsque le décès est brutal : « *On n'a*

*pas su la cause exacte.* » (10) « *d'une part c'était impromptu, c'était... déjà... Et bien oui, il y a l'effet de surprise.* » (7). Voir le patient décédé peut impressionner lors de morts violentes : « *Le TGV... là ce qui a été le plus difficile c'est la décomposition du..., du corps, tout... le faciès, a été remodelé, mais plein de, de fractures, le visage, le corps meurtris. Ça c'est vraiment des images très fortes !* » (4). Un sentiment d'injustice domine parfois, en particulier devant la mort d'un enfant ou d'un sujet jeune : « *C'est beaucoup plus pénible, plus injuste, quand un enfant meurt d'un cancer ou d'une autre affection [...] je ne m'en remets pas.* » (2)

Le sentiment de culpabilité est présent dans la plupart des discours. Par exemple, dans le cas de ce décès survenu après un changement de thérapeutique : « *Il y a eu un décès brutal [...] il m'a touché parce qu'il y avait eu un changement de thérapeutique et qu'il est mort juste après [...] je n'ai pas eu d'explications [...] je me sens un peu responsable, sûrement, mais... c'est ça qui me met mal à l'aise.* » (3). La culpabilité peut s'inscrire dans un autre registre qui est celui d'une incapacité à pouvoir en faire plus : « *C'est une culpabilité gratuite je dirai, du médecin par rapport à la médecine : il se dit : « Zut ! », par rapport à des pathologies pour lesquelles on ne peut rien faire [...] et c'est là qu'il y a une culpabilité, en tant que médecin. C'est ça : de se dire que j'ai des limites et qu'il faut les accepter.* » (9) Le mythe de la médecine toute puissante se brise et blesse le médecin. Il s'étonne presque que la mort soit toujours présente, comme le note Vladimir Jankélévitch [1]. La culpabilité peut aussi être liée au fait de n'avoir pas été présent au bon moment : « *Heu, un jeune homme... un... un souci amoureux, et... toujours mal dans sa peau, qui... qui m'avait téléphoné, heu... le samedi, et puis je lui dis : « vous pouvez venir ? – Non je suis à Rennes, je ne peux pas me déplacer – Bon eh bien... on se revoit lundi ? – D'accord, lundi. » Et le dimanche il a fait ça !* » (4). Une faute

professionnelle toujours possible est aussi redoutée : « *Faire le moins, le moins d'erreurs possible, le moins de manquements possible, c'est... ça c'est l'appréhension que l'on a toujours de... de passer à côté du diagnostic fatal... qui, qui conduit à la mort.* » (4). On retrouve ici « la solitude angoissante du médecin » décrite par Pierre Le Coz [2].

Le fait de n'avoir pas été présent au moment même du décès peut parfois mettre le médecin mal à l'aise : « *C'est toujours le regret que l'on a, d'ailleurs même pour nos proches : d'être là pour être présent au moment où ça... où la mort arrive.* » (1). Ceci souligne l'ambiguïté du métier de médecin, où le dévouement est de mise, mais ne peut être ni total ni permanent.

Le décès d'un patient n'entraîne pas uniquement des sentiments négatifs. La satisfaction d'avoir accompli son travail jusqu'au bout est source de fierté : « *Parfois, le sentiment quand même d'un travail correctement fait. Et ça c'est rassurant. Et même dans la mort, trouver une satisfaction d'avoir correctement accompagné les personnes et leur famille.* » (8). Pourtant, en dépit des sentiments et émotions éprouvés sur le moment, le quotidien reprend très rapidement le dessus comme le souligne ce médecin : « *Cela m'affecte 24 h à 48 h et puis après ça ne m'affecte plus.* » (3). Cette capacité d'oubli, de mettre la mort à distance serait liée au métier : « *Avec les patients, il y a quand même une forme d'objectivité, on s'implique mais on garde quand même une distance, la bonne distance.* » (8).

Le vécu varie beaucoup, bien sûr, en fonction des circonstances du décès. Les liens, préalablement tissés avec le patient ou sa famille, jouent un rôle important dans ce vécu : « *Ça dépend des patients, certains : la relation est presque technique [...] on suit son parcours, on l'accompagne, et puis heu, apparemment ça ne..., j'allais dire fait ni chaud ni froid [...] soit on s'y attache et alors là c'est différent. [...] parce qu'il y avait une relation de confiance qui s'est établie.* » (2).

Le caractère attendu ou non de la mort joue également dans ce ressenti. En témoigne ce médecin qui précise : « *Il y a deux... deux situations : les gens avec qui la situation a été évoquée... on en a parlé... Enfin voilà et c'est dans le profil un peu naturel de...de la vie. Donc là ce n'est pas forcément dans la douleur, ça peut être même dans une certaine... paix, [...] Et puis autrement l'autre versant c'est un accident, un jeune, 20 ans [...]. Donc là, appel de la famille, les cris... la déchirure, là c'est violent. Là on n'a pas du tout, bien sûr, la même démarche, et on va... on va essayer de... d'écouter.* » (4) Faut-il conclure que la mort est mieux vécue lorsqu'elle est attendue ?

Le décès est difficile à vivre pour le médecin, quelle que soit son expérience, quand il concerne un sujet jeune : « *C'est quelqu'un de 22 ans, ça veut dire dix ans de moins que moi. Là, ça laisse aussi, ça laisse un petit peu, heu, ça laisse un goût un peu amer, quoi.* » (8). Dans ces circonstances le médecin peut se sentir démuné : « *le plus difficile en tant que médecin, je pense, moi, c'est quand on a heu... des gens jeunes, je vois encore une jeune dame là, très jolie... qui à 40 ans [...] c'est là que, là c'est le plus dur ! C'est d'établir une relation qui va au-delà, c'est là que la philosophie... la préparation..., ça c'est, ça c'est le plus dur !* » (9). Ce qui est questionné est la modification de la relation : le rôle technique et thérapeutique s'efface pour laisser place à l'accompagnement. Les médecins sont-ils vraiment préparés à tenir ce rôle plus social que médical ?

Après le décès, le médecin se trouve parfois en situation de gérer le deuil des proches. Car le décès en lui-même n'est qu'un fait qui s'inscrit dans une histoire avec un passé et un avenir. L'accompagnement du patient, depuis le diagnostic et l'annonce de la maladie jusqu'à la mort du patient, et l'accompagnement de l'entourage, avec la gestion des conséquences directes ou indirectes du décès, fait partie, pour la plupart des médecins interrogés, de leur métier : « *Parce qu'on sait qu'il y a autour de la mort... beaucoup de choses qui se passent dans les familles, de tensions... ou de rapprochement, parfois il y a des personnes qui ne se parlaient pas depuis X temps, et là par la contrainte ils se revoient, ils se parlent, heu... Et puis d'autres l'inverse, quoi : c'est l'éclatement, tant qu'il y avait le, le père, la mère, il y avait un lien, et puis après, ça explose, hein, parce qu'il y a des choses qui ressortent, etc.* » (4). La mort d'une personne est toujours un moment-clé d'une histoire familiale. Elle renvoie chaque membre à sa place dans l'histoire familiale et dans son histoire personnelle. C'est la filiation, l'inscription transgénérationnelle et la transmission décrite par Robert Williams Higgins [4]. Dans cette perspective, le médecin généraliste peut avoir un rôle à jouer contrairement au médecin hospitalier.

L'attitude de la famille après le décès joue un rôle majeur dans le vécu du médecin. Une attitude reconnaissante rassure et aide à vivre : « *Après la question est de savoir, eh bien la personne est partie, la personne est partie, comment la famille vit les choses ? [...] la famille m'a prise dans ses bras, m'a embrassée, donc heu, voilà, ça stabilise aussi par rapport aux éventuels doutes.* » (8).

#### **b) Mise à distance de la mort**

Pour garder une distance, se protéger, certains médecins établissent des barrières aussi strictes que possible entre leur vie privée et leur vie professionnelle :

limites horaires, limites de téléphone... : « *Je pense que... la barrière que je mets entre... à tout prix entre ma vie professionnelle et ma vie privée, heu... peut-être m'aide [...] moi c'est comme ça : j'ai fini mon travail à 19 h, à 19 h, c'est fini, hein, le téléphone sonne : non c'est terminé ce n'est plus pour moi.* » (2). Cela revient à dire que leur équilibre ne peut être préservé qu'en établissant une frontière stricte entre travail et non-travail. Cette gestion de deux univers séparés a été décrite par M. Castra [7] dans les équipes de soins palliatifs.

Les médecins disent, pour la plupart ne pas craindre leur propre mort mais bien plus les conséquences que celle-ci aurait pour leurs proches, tel ce médecin : « *Non, je ne m'angoisse pas pour moi, [...] je crois que ce qui m'angoisserait vraiment c'est que mes filles sont toutes petites, et heu, et que j'ai la prétention de croire qu'elles ont besoin de moi.* » Ce même médecin précise ensuite qu'elle n'imagine pas en fait quelle sera son attitude : « *C'est comme [...] si je vous demandais comment est-ce que vous auriez été pendant 39-45, comment j'aurais fait..., on espère qu'on aurait pu être quelqu'un de... mais on ne sait pas. Donc là c'est pareil je ne sais pas.* » (8).

Certains pensent que les expériences vécues leur apportent à la fois un savoir-faire et une relative mise à distance : « *On a déjà vu des gens décéder, on a déjà... donc la mort fait partie de la vie pour nous. [...] moi ma mère est décédée brutalement, j'ai peut-être mieux... mieux géré la chose en tant que médecin, que ne l'ont fait mon frère et ma sœur.* » (10). Ils arrivent donc ainsi à faire face comme le décrit Pierre Le Coz [2].

Certains, forts de leur expérience, imaginent vivre le décès d'un proche avec moins de révolte, plus de sérénité : « *J'en parle en connaissance de cause, là, on est peut-être plus heu... j'allais dire rési-, ce n'est pas résigné, c'est, on se dit, c'est... ça arrive de façon irrémédiable, ça devait arriver, et ça arrive. On est peut-être moins révolté.* » (2). D'autres, au contraire, doutent de l'effet protecteur de l'expérience : « *Par exemple l'année dernière, ma mère a eu un infarctus. Elle avait pourtant 90 ans. Heu... là je n'étais plus médecin, j'étais le fils qui, qui voulait que, que sa mère vive, c'est tout. [...] Donc voyez c'est, c'est, non... le fait d'être médecin, ça ne change pas grand-chose je dirai.* » (9) En fait, il semble bien que cette question ne puisse être tranchée et reste pour chacun une question on ne peut plus personnelle.

Le fait d'être médecin rendrait-il plus supportable la perspective de la mort ? Parmi nos interlocuteurs l'un d'entre eux en doute et nous propose un parallèle entre les médecins et les religieux : « *J'ai fait des remplacements dans des zones où il y avait des, des maisons de*

*retraite pour... sœurs, et qui avaient la trouille, une trouille de la mort, mais c'était épouvantable, alors que toute leur vie, elles avaient prêché et que la mort c'était leur délivrance quasiment, et bien elles avaient la trouille.* » (10). Son opinion s'oppose donc à celle d'autres médecins pour qui la relative familiarité avec la mort, rendrait son acceptation plus sereine : « *D'être confronté régulièrement à la maladie et à la mort on se dit : "bah c'est comme ça, ça arrive, ça peut arriver aussi à un de mes proches", oui.* » (2).

Enfin, il existe une idée reçue, communément admise, selon laquelle la profession médicale, de par les connaissances qu'elle implique, serait protégée de la maladie, voire de la mort. Certains en parlent avec humour : « *Est-ce que la question de la mort vous angoisse particulièrement ? [...] – Non. Ah non pas du tout. Parce que de toute façon on est invincible.* (Rires). » (3). D'autres font preuve de plus de réalisme : « *Bien sûr on peut avoir un statut heu, on peut penser être privilégié heu, le truc... mais heu... Mais bon ça ne dure pas hein. Quand on est jeune on se croit protégé, mais quand les premiers pépins de santé arrivent, heu... On n'est pas pistonné en médecine, hein, enfin si on regarde, heu, la longévité de médecins heu, ils ne vivent pas plus vieux que les autres...* » (7). Cette idée reçue pourrait pour partie être à l'origine de quelques vocations mais elle semble surtout être une façon mettre la mort à distance [7].

## 2. Pratique

L'attitude des médecins lors d'un décès varie grandement d'un professionnel à l'autre, qu'il s'agisse des relations avec la famille, de l'accompagnement du deuil des proches, de la présence du praticien lors des rites funéraires. Une question sensible est celle du certificat de décès.

### a) Relations avec la famille

Les relations avec les familles au moment du décès ou après posent question aux médecins. Beaucoup constatent que les familles changent de généraliste après un décès : « *Dans certaines formations on m'avait dit, heu, que souvent quand un patient décédait, heu, on perdait la famille, entre guillemets, enfin, on la perdait, c'est-à-dire qu'elle allait voir un autre médecin.* » (2). Il s'agit sans doute pour les familles d'un élément du processus de deuil. Quoiqu'il en soit, ce changement de médecin est mal vécu et renvoie à la question d'un éventuel reproche. *A contrario*, dans certains cas, les familles restent présentes et manifestent « *de la reconnaissance. Et... puis après ça nous permet d'être à l'aise pour reparler du passé de la personne, dire quelques mots.* » (4)

Certains de nos interlocuteurs décrivent ce que les familles et les patients attendent du médecin et apprécient. La disponibilité du praticien est souhaitée, le médecin le sait et souscrit à cette demande : « *Je me suis déplacé pour, pour aller dans les hôpitaux pour, pour aller voir les gens eux-mêmes, pour heu, les sachant perdus, ou parce qu'il y avait une demande, je sentais bien les gens : « oh allez le voir ça lui fera du bien ».* Ça je le fais, je ne me pose pas de question. *J'y vais, je prends mon temps, je,... je trouve ça important.* » (9). Des qualités d'écoute lui sont également demandées qu'il s'agisse de décès attendus ou de décès brutaux : « *Je me souviens de cas, heu, très... très violents. Heu... au niveau familial, avec des mots laissés avec des reproches, donc heu, là où il fallait calmer la famille, passer du temps avec eux, discuter...* » (4). Il s'agit donc pour lui d'assurer seul le « travail sur les émotions » tel que le décrivent JC. Mino et F. Lert [8].

Certains médecins savent aussi qu'ils ont un rôle à jouer dans l'accompagnement du deuil des familles : « *et puis j'ai bien compris depuis que je le fais, que... il faut les encadrer eux aussi.* (Silence). *On sent bien qu'il y a un besoin énorme.* » (8). Cet accompagnement peut être gratifiant voire éclairant pour le praticien : « *Oui, oui parce que, oui parce qu'on apprend, parce que toutes les personnes heu, ont des choses à nous apprendre.* » (8). Mais d'autres médecins soulignent que les familles ne leur demandent pas toujours cet accompagnement, notamment lorsque le décès survient à l'hôpital : « *Mais, moi je n'ai pas non plus l'impression que toutes les familles sont demandeuses, heu, d'un accompagnement de décès [...] il y a pas mal de décès, par exemple dans le monde hospitalier où le médecin généraliste n'a pas... de place. – Non pas du tout non.* » (3). Dans d'autres situations, la famille de la personne décédée ne fait pas partie de la patientèle du médecin, ce qui rend l'accompagnement du deuil difficile voire impossible : « *Les gens que l'on a le plus de mal à épauler, sont ceux que l'on suit mais dont on ne connaît pas du tout la famille.* » (6).

### **b) Rites funéraires**

Les médecins se rendent exceptionnellement aux funérailles de leur patient : « *Ça m'est arrivé, mais rarement !...* » (9). Ils rendent par contre plus volontiers visite à leur patient défunt : soit à la maison de retraite, soit à la chambre funéraire : « *La visite dans la chambre mortuaire. Alors moi je le fais, [...] pour le soutien à la famille, je pense que... c'est important et... qu'ils voient qu'on est encore présent, là, à ce moment-là.* » (4). Les circonstances du décès, les relations préalablement établies avec la famille ou le patient dictent la conduite du médecin : « *C'est arrivé pour des gens que je voyais, plus proches [...] le contexte en fait, fait que*

*je vais ou pas au funérarium.* » (6). D'autres praticiens refusent de participer à ces rites et justifient leur attitude en considérant que ça ne fait pas partie de leur métier : « *La coupure totale! Ça ne m'intéresse pas !* (rires). *Ce n'est plus mon job.* » (7). S'agirait-il plutôt de ne pas se laisser entraîner dans des rapports de nature émotionnelle qui risqueraient d'entrer en contradiction avec la pratique professionnelle ? [7].

### **c) Certificats de décès**

Ce certificat de décès pose problème non pas tant dans sa rédaction que pour son éventuelle rémunération : « *Alors là, ça a besoin d'être bien défini parce qu'il y a des médecins qui prennent, il y a des médecins qui ne prennent pas... Moi je n'ai jamais pris, parce que je me sens, enfin, je suis un médecin pour soigner, pas pour constater la mort. Là je me dis mon rôle est terminé. [...] mais qu'il n'y ait pas de lien financier avec... le moment de la mort.* » (4). Par ce certificat, le médecin atteste de la mort naturelle du défunt et de la cause de celle-ci. Il engage sa responsabilité et ne peut s'y soustraire. Mais cet acte n'est pas coté par la Sécurité sociale et ne peut donc pas faire l'objet d'une feuille de soins, ni d'un remboursement. Chaque médecin réagit donc en fonction de sa personnalité, de l'idée qu'il se fait de son rôle. Une clarification officielle par une déclaration collégiale à ce sujet semble nécessaire.

### **3. Soutien**

Les médecins rencontrés semblent à la fois peu outillés et singulièrement seuls face au décès de leurs patients. Ils bénéficient rarement d'un soutien qu'il s'agisse de celui de proches ou de celui de leurs collègues.

Même s'ils travaillent en groupe, les généralistes sont souvent seuls pour faire le deuil de leurs patients. Les échanges avec les collègues à ce sujet sont souvent plus que limités : « *Parfois on en parle quand c'est « untel, as-tu su qu'il était décédé ? », voilà. Donc ça, ça ne va pas très loin.* » (9). Dans certains groupes les échanges sont possibles : « *On a la chance ici, je vous dis on est sept, heu... on a la chance d'avoir un bon noyau avec qui on peut discuter de tout et notamment de... notre ressenti.* » (8), et certains praticiens sont heureux de trouver un soutien auprès de leurs collègues : « *Il y a eu récemment un médecin qui s'est suicidé [...] un monsieur qui n'était pas loin de la retraite. Un patient qui est décédé d'un infarctus et il n'a pas supporté, il s'est suicidé. C'est triste de voir ça hein ? Il a culpabilisé, il était tout seul. Pour ça l'association nous aide bien.* » (10) Les échanges sont-ils limités parce qu'il s'agit de quelque chose dont on ne parle pas. La mort de l'autre apparaît-elle comme une prémonition de sa propre mort ? [3]

S'agit-il de la peur du jugement des collègues ? La personnalité du médecin lui-même joue certainement un rôle.

De même, peu de médecins parlent des décès de leurs patients avec leurs proches. Il peut s'agir de les protéger d'une réalité qu'ils imaginent trop difficile à supporter : « *Si c'est parler pour se libérer soi, ça n'apporte pas grand-chose, ça... ça peut plus faire mal, mal à certaines personnes.* » (6). Il peut s'agir de dissocier univers professionnel et univers privé : « *Je distingue ma vie privée, ma vie professionnelle... ce sont des choses complètement séparées.* » (2). Il peut aussi s'agir de l'incompétence réelle ou supposée des proches à comprendre ce qui s'est passé : « *Il faut tellement décortiquer la situation que ça n'a plus aucune finesse, il ne comprend plus la subtilité de la situation : pourquoi on a hésité avec telle dose et telle dose, pourquoi... voilà. Et donc finalement on n'en parle plus... voilà.* » (3)

Pourtant les médecins qui en parlent à leurs proches ressentent un soutien, un réconfort qu'ils ne trouvent vraisemblablement nulle part ailleurs : « *J'en parle souvent, d'ailleurs ma femme est là pour m'aider, il y a des fois où je... où quelque fois on se sent coupable [...] Et c'est là que la confrontation avec ma femme est importante. Elle, elle a sa place énorme, énorme.* » (9).

## DISCUSSION

La démarche de cette enquête est, on le rappelle, celle d'une enquête exploratoire, fondée sur des entretiens qualitatifs et une méthode compréhensive c'est-à-dire une approche qui vise à circonscrire les perceptions qu'a le répondant de l'objet étudié, les comportements qu'il adopte, les attitudes qu'il manifeste. En ce sens, la technique d'enquête choisie est adaptée à la question traitée. Au cours des entretiens, la dynamique de coconstruction de sens qui s'établit entre l'enquêteur et le répondant a été utilisée. Sur ce point, il convient de noter que le statut de l'enquêteur interne en médecine générale, de sexe féminin a pu influencer le contenu du discours des praticiens rencontrés.

Le mode de sélection des médecins (contact par téléphone) a pu y induire un tiers en la personne de la secrétaire.

Le thème des certificats de décès et de l'éventuelle visite au défunt n'ont pas été abordés dans les trois premiers entretiens, car ils ne faisaient pas partie initialement de la grille d'entretien. Ce sont des thèmes qui sont apparus au quatrième entretien. En revanche, nous avons volontairement limité à dix le nombre d'entretiens, initiale-

ment fixé à douze, dans la mesure où une relative saturation de l'information est apparue à ce terme.

L'analyse de contenu telle qu'elle a été effectuée, comme toute autre technique, comporte des limites. D'une part, elle ne permet pas de restituer toutes les significations possibles du matériel recueilli, puisque le choix a été fait de prendre comme catégorie d'analyse les thèmes du guide d'entretien. D'autre part, elle porte en elle-même une certaine part de subjectivité.

Le choix d'un échantillon représentatif ne se pose pas ici puisqu'il n'y a pas d'intention de généralisation des résultats. On attend des résultats, et c'est ce qui en constitue la valeur, qu'ils puissent aider à comprendre la dynamique de la situation étudiée.

Une étude de 2003 réalisée par Ellen M Redingbaugh, Amy Sullivan, *et al.* [9] auprès de médecins hospitaliers montre que ceux-ci sont variablement touchés par le décès de leurs patients. La durée de la relation qu'ils avaient avec ceux-ci intervient. Cette étude montre aussi que l'on discute peu de la mort des patients dans le monde médical, alors qu'un partage d'expérience avec des aînés semblerait bénéfique pour les jeunes médecins en formation. L'exercice de la médecine en équipe ne suffit donc pas à sortir les médecins de leur solitude face aux mourants, sans doute à cause de l'importance des gestes techniques dans l'exercice hospitalier de la médecine.

Le cas des médecins généralistes semblent particulier puisqu'ils prennent en charge les patients dans la durée, dans leur globalité et leur environnement, au sein de leur famille, et non dans une structure hospitalière (ou rarement dans le cas des hôpitaux locaux). La démarche médicale et le contexte de prise en charge en médecine générale libérale diffèrent donc beaucoup de l'exercice hospitalier. C'est ce que les médecins généralistes britanniques mettaient en avant dans l'étude d'Eric M. Saunderson et Leone Risdale [10] de 1999. Celle-ci relevait également leur crainte de l'erreur, et surtout le manque de soutien et de formation dans le domaine du deuil et de l'accompagnement en fin de vie.

## CONCLUSION

Le médecin généraliste est confronté à la mort de ses patients comme tous les médecins, mais son cas est particulier dans la mesure où il prend en charge ses patients dans leur globalité et dans leur environnement habituel. Dans la société moderne actuelle, les patients attendent beaucoup de lui. Pourtant, l'identification avec ceux qui meurent soulève des difficultés quels que

soient l'âge et le sexe du médecin. Consciemment ou non, les médecins résistent comme tout un chacun et tant qu'ils peuvent à l'idée de leur propre mort. Le changement qui affecte leurs relations avec les mourants suppose un déplacement du rôle du médecin, une maîtrise de savoir-faire et de compétences relationnelles particulières puisqu'il s'agit de dépasser la neutralité émotionnelle qui est la règle dans les soins. Or la formation initiale des médecins, hospitaliers ou libéraux, occulte complètement, ou quasi-complètement, cette dimension de la pratique. Sans doute parce que leur formation est essentiellement hospitalière, et que le fonctionnement d'une telle structure ne demande généralement pas au médecin ce déplacement de rôle. Les médecins se forment donc eux-mêmes, au cours de leurs expériences, à la fin de vie. Cet apprentissage autodidacte semble incontournable, mais ils pourraient préalablement disposer de quelques clés leur permettant de comprendre, par exemple, les différentes pratiques et conceptions de la mort d'un point de vue socioculturel, ou encore de bases de psychologie indispensables à l'accompagnement au deuil. Cela leur permettrait de trouver plus aisément la « bonne distance » [11] par rapport aux situations qu'ils rencontrent et à ce qu'ils vivent. En effet, les médecins généralistes apparaissent bien seuls lorsque les données de la science ne suffisent plus et qu'il s'agit de mettre en acte une « médecine accueillante » envers les maux des patients. Tout comme ils se retrouvent également seuls et sans « refuge émotionnel » [9] pour partager les émois inhérents à leur exercice. On pourrait même élargir cette formation en psychologie au-delà du domaine de la fin de vie, à l'ensemble de la relation médecin-patient, tellement importante en médecine générale.

## RÉFÉRENCES

1. Jankélévitch V. *Penser la mort ?* Paris : Liana Levi ; 1994.
2. Le Coz P. *Le médecin et la mort, Approches éthique et philosophique.* Paris : Vuibert ; 2006.
3. Elias N. *La solitude des mourants.* Paris : Christian Bourgeois ; 1998.
4. Higgins RW. *La mort orpheline.* In Pennec S, éd. *Des vivants et des morts. Des constructions de « la bonne mort ».* Brest : UBO ; 2004. p. 180-94.
5. Hintermeyer P. *La quête de la bonne mort.* In Pennec S. *Des vivants et des morts. Des constructions de « la bonne mort ».* Brest : UBO ; 2004. p. 101.
6. Atmani I. *De la Bonne mort au bon mort.* In Pennec S. *Des vivants et des morts. Des constructions de « la bonne mort ».* Brest : UBO ; 2004. p. 130-42.
7. Castra M. *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs.* Paris : PUF, le lien social ; 2003. p. 283-7.
8. Mino J-C, Lert F. *Le travail invisible des équipes de soutien et de conseil en soins palliatifs au domicile.* *Sciences Sociales et Santé.* 2003;21(1):35-64.
9. Redinbaugh E, Sullivan A, Block S, Gadmer N, Lakoma M, Mitchell A, et al. *Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors.* *BMJ.* 2003;327:185-9.
10. Saunderson E, Risdale L. *General practitioners' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study.* *BMJ.* 1999;319:293-6.
11. Fox R. *L'incertitude médicale.* Paris : l'Harmattan ; 1988.