



HAL
open science

“ Les médecins généralistes face au risque alcool chez la femme enceinte ”

Florence Douguet, Thierry Fillaut

► To cite this version:

Florence Douguet, Thierry Fillaut. “ Les médecins généralistes face au risque alcool chez la femme enceinte ”. Grossesse et alcool. Représentations et appropriation d’une priorité de santé (dir. F. Douguet, T. Fillaut), L’harmattan, collection Logiques sociales, pp. 183-210., 2017, 978-2-343-13287-7. hal-01633201

HAL Id: hal-01633201

<https://hal.science/hal-01633201v1>

Submitted on 17 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Titre :

Les médecins généralistes face au décès de leurs patients : étude descriptive sur l'ensemble des médecins généralistes libéraux de la région Nouvelle-Aquitaine.

General practitioner's felt with his patient's death: descriptive study on all liberal general practitioners in the Nouvelle-Aquitaine region.

Auteurs :

1. Docteur Paul-Antoine Quesnel

Service d'accompagnement et de soins palliatifs, CHU de Limoges, 2 avenue Martin Luther King, 87042 Limoges CEDEX

paul-antoine.quesnel@chu-limoges.fr

+33633607567

2. Docteur Karen Rudelle

Département universitaire de médecine générale, université de Limoges

Les médecins généralistes face au décès de leurs patients : étude descriptive sur l'ensemble des médecins généralistes libéraux de la région Nouvelle-Aquitaine.

General practitioner's felt with his patient's death: descriptive study on all liberal general practitioners in the Nouvelle-Aquitaine region.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Résumé :

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

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive quantitative transversale. La population étudiée était celle de l'ensemble des médecins généralistes adhérant à l'URPS Nouvelle Aquitaine. Le critère de jugement principal était le pourcentage de médecins généralistes vivant difficilement le décès de leurs patients. Des analyses en sous-groupe ont été effectuées.

Résultats : Dans cette étude, 76 % des médecins généralistes vivaient comme difficile le décès de leurs patients. Ils étaient 29 % à ressentir le besoin d'être aidés dans cette situation. Le retentissement professionnel et personnel était présent chez respectivement 37 % et 31 % des médecins. La consommation de médicaments survenait dans 4,8 % de ces situations, celle d'alcool dans 4 % des cas. Les structures d'aides aux généralistes étaient insuffisantes pour 57 % d'entre eux.

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

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

Mots clés : médecins généralistes, décès de patients, deuil

Summary :

Introduction : Very few studies are dealing with the way general practitioners feel the death of their patients. Main studies about that subject are qualitative. It needs quantitative studies to analyse how is felt general practitioners' patients' death. The aim of this study is to analyze the experience of the deaths of their patients by general practitioners. The hypothesis is that these deaths are difficult to experience.

Material and methodology : This is an epidemiologic quantitative cross-sectional study. The population studied was that of all general practitioners adhering to URPS New Aquitaine. The primary endpoint was the percentage of GPs living with difficulty with the death of their patients. Subgroup analyzes were performed.

Results : In that study, 76 % of the general practitioners have hard time living with their patient death. 29 % of them need to be helped in that situation. Professional and personal impact are present in 37 % and 31 % of these situations. Consumption of medical treatment arise in 4,8 % of the case, and alcohol consumption in 4 % of case. The support structures for the general practitioners are insufficient for 57 % of them.

Discussion : This study has shown that general practitioners have a difficult experience of the death of their patients. The emotional impact is intense and could affect patient care. These situations cause difficulties during the professional exercise as well as in the personal life. Existing support structures are considered insufficient.

Conclusion : This study took stock the suffering of general practitioners during their patients' death. They need more help in that situation.

Keywords : general practitioners, patient's death, bereavement

Introduction :

En France, une large partie de la population passe ses derniers moments de vie et décède en établissement de santé [1]. Pourtant, la majorité des français souhaite mourir à leur domicile [2]. L'organisation du système de santé ainsi que les différentes lois relatives à la fin de vie ont donc naturellement cherché à développer la prise en charge palliative dans tous les lieux de soins et de vie des patients pour être au plus proche de leurs souhaits. La loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades en fin de vie réaffirme ces principes en permettant un droit d'accéder aux soins palliatifs pour tous les patients, y compris au domicile lorsque leur état le permet [3] [4]. Le dernier plan national de développement des soins palliatifs 2015-2018 s'oriente également vers le développement des soins palliatifs à domicile, notamment dans ses axes 3 et 4 [5].

Au cours des précédentes décennies, un véritable maillage territorial a vu le jour, permettant aux acteurs de soins palliatifs de se trouver au plus près des patients [6] [7]. Le nombre croissant d'équipes mobiles de soins palliatifs apporte une expertise au domicile des patients et les inégalités d'accès à ces soins tendent à diminuer [8] [9].

Le médecin généraliste est pourtant le pilier de la prise en charge palliative au domicile [10]. Il est amené à intervenir auprès des patients, parfois en urgence lors de situations cliniques complexes, et son rôle de coordination est majeur [11].

Peu de travaux de recherche se sont intéressés à la manière dont les médecins généralistes vivent les situations palliatives et le décès de leurs patients. Il apparaît pourtant que la prise en charge palliative peut être source de difficultés, que ce soit dans la relation soignant – soigné, dans l'organisation du travail, ou du fait de difficultés personnelles [12] [13] [14]. Les praticiens, parfois démunis face à des situations de soins ou de vie complexes, ressentent parfois de la colère et de l'injustice au cours des prises en soins palliatifs. Un risque d'épuisement professionnel existe [15] [16] [17] [18].

Les études traitant de la façon dont les médecins généralistes vivent le décès de leurs patients utilisent principalement une méthodologie qualitative. Il en ressort des sentiments contrastés, principalement négatifs, mais parfois également positifs. Le processus de mise à distance de la mort est complexe, et les praticiens se voient parfois ramenés à la finitude de leur propre existence [19] [20] [21].

Répondre à la question du vécu du décès des patients par les médecins généralistes nécessite une approche qualitative. Seule cette méthodologie permet d'en appréhender finement les tenants émotionnels et relationnels. Cependant, il paraît nécessaire de compléter les différents

travaux sur le sujet par une approche quantitative. C'est pourquoi il a été décidé de mener une étude sur un échantillon important de praticiens de premier recours, pour mieux comprendre comment les médecins généralistes font face au décès de leurs patients. L'objectif était de mesurer la proportion de médecins généralistes ayant un vécu difficile lors du décès de leurs patients.

Matériel et Méthode :

Il a été réalisé une étude épidémiologique quantitative, descriptive et transversale. La population étudiée était celle des médecins généralistes de la région Nouvelle Aquitaine, sur la période allant de décembre 2016 à juin 2017. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être médecin généraliste et exercer en région Nouvelle Aquitaine, avoir un exercice libéral en médecine générale exclusif ou mixte, être en activité au moment du recueil de données. Les critères d'exclusion étaient les suivants : être un médecin retraité, ne pas exercer en Nouvelle Aquitaine, n'avoir aucune activité de médecine générale, être médecin remplaçant, interne ou étudiant.

Un questionnaire permettant de répondre aux objectifs de l'étude a été envoyé à l'ensemble des médecins généralistes de la région Nouvelle Aquitaine adhérant à l'Union Régionale des Praticiens de Santé en Médecine Libérale de la Nouvelle Aquitaine.

Le critère de jugement principal était le pourcentage de médecins généralistes de Nouvelle Aquitaine vivant difficilement le décès de leurs patients. Les critères secondaires étaient le pourcentage de médecins généralistes ayant ressenti le besoin d'être aidé lors du décès de leurs patients ; le pourcentage de médecins généralistes dont le décès d'un patient a retenti sur leur vie professionnel ; le pourcentage de médecins généralistes dont le décès a retenti sur leur vie personnelle ; le pourcentage de médecins généralistes ayant eu recours à une consommation de drogue, d'alcool, ou à un traitement médicamenteux lors du décès d'une patient ; le pourcentage de médecins généralistes considérant comme insuffisantes les structures d'aide dans le cadre de la perte d'un patient.

Une relance a été envoyée un mois après le premier envoi. L'analyse des données a été faite grâce au logiciel Excel[®]. Les analyses prévues pour répondre au critère principal et aux critères secondaires étaient des calculs de pourcentage. Le test CHI² a été utilisé pour comparer les réponses au critère principal de jugement dans les sous-groupes correspondant aux données sociodémographiques. Le seuil de significativité était fixé à 0,05. Le questionnaire était réalisé de telle façon qu'il ne pouvait pas y avoir de données manquantes.

Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique de l'établissement promoteur et du Comité de Protection des Personnes d'Ile de France n° X. Les données enregistrées ont fait l'objet d'un traitement informatisé respectant la loi relative à l'informatique et aux libertés.

Résultats :

Taux de réponse :

Sur les 2375 questionnaires envoyés, 481 réponses ont été obtenues. Six réponses ont été exclues car elles présentaient au moins un critère d'exclusion. L'analyse a donc porté sur 475 réponses. Le taux de réponse était de 20.3 % (**figure 1 : diagramme de flux**).

Données sociodémographiques :

Parmi les 475 sujet ayant répondu au questionnaire, 39 % étaient des femmes et 61 % étaient des hommes. La moyenne d'âge était de 53.9 ans. 75 % des sujets étaient mariés, 14 % vivaient en concubinage et 12 % étaient célibataires. En moyenne ils avaient 2.23 enfants. Les sujets étaient installés depuis 23 ans en moyenne. Pour 48 % d'entre eux, le mode d'installation était le cabinet de groupe, 40 % exerçaient seuls et 12 % exerçaient en maison de santé pluridisciplinaire. Ils étaient 40 % à exercer en milieu urbain, 29 % en milieu rural et 31 % en milieu semi rural. Ils étaient 83 % à avoir un exercice libéral exclusif et 17 % à avoir un exercice mixte.

Critère principal :

A la question « dans votre pratique, ressentez-vous comme difficile le décès de vos patients », 76 % des sujets interrogés ont répondu oui. L'analyse en sous-groupe a mis en avant une différence statistiquement significative sur le critère principal entre les hommes et les femmes, et le nombre d'enfants. Aucune autre analyse en sous-groupe n'était significative. Le détail de l'analyse en sous-groupe est présenté dans le **tableau I**.

Critères secondaires :

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

A la question « Vous est-il déjà arrivé de demander de l'aide lors du décès d'un de vos patients ? » les sujets interrogés étaient 106 (22,3 %) à répondre à un collègue. Ils étaient un (0,2 %) à répondre à un psychologue. Ils étaient 7 (1,5 %) à répondre à un psychiatre. Ils

étaient 2 (0,4 %) à répondre à une structure institutionnelle de type ordre des médecins. Ils étaient 6 (1,3 %) à répondre à une association. Ils étaient 355 (74,7 %) à répondre aucune réponse.

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

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

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

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

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

Ces résultats sont résumés dans le **tableau II**.

Discussion :

Cette étude est la première étude quantitative de grande ampleur à s'intéresser aux médecins généralistes et à la mort de leurs patients. Les décès de patients étaient vécus comme difficiles dans 76 % des cas. 29 % des praticiens ressentaient le besoin d'être aidés, et un retentissement sur la vie professionnelle et personnelle survenait dans respectivement 37 et 31 % des cas. La consommation de toxiques était faible. Ils étaient 57 % à juger insuffisantes les structures d'aides.

Une limite de cette étude pourrait concerner le choix du critère principal de jugement. Ce critère a pu être mal interprété et pourrait induire une surestimation des réponses négatives à la question. Cependant, ce critère de jugement principal a comme intérêt majeur d'être simple, reproductible et répondant à l'objectif de l'étude. Il pourra facilement être réutilisé dans d'autres travaux quantitatifs portant sur le sujet. Un biais de sélection est possible, d'une part

parce que seuls les praticiens inscrits à l'URPS étaient interrogés, et d'autre part parce que le sujet de l'étude a pu intéresser que les médecins les plus touchés par ce sujet.

Le taux de réponse à cette étude était de 20,3 % des médecins sondés, ce qui démontre l'intérêt de la population étudiée pour ce sujet. Ce taux de réponse est acceptable compte tenu du mode de diffusion de du questionnaire et de la population étudiée. Un taux de réponse supérieur aurait pu être obtenu si des messages de relance plus nombreux avaient été effectués.

Données sociodémographiques :

Les participants à cette étude étaient représentatifs de la population des médecins généralistes libéraux de la région Nouvelle Aquitaine. Il existe une légère prédominance masculine, ce qui semble concordant avec les données démographiques du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Il semble dans les données de ce dernier que la tendance est à une féminisation de la profession chez les praticiens de moins de 40 ans [22]. La répartition des âges est également proche des données officielles. La population médicale interrogée est relativement âgée, avec une moyenne de 53,9 ans. L'échantillon étudié travaille majoritairement en groupe, soit 48 % des médecins, et ce pourcentage augmente à 60 % en incluant les maisons de santé pluridisciplinaires. Si le lieu d'exercice est relativement équilibré entre rural, semi rural et urbain, l'exercice urbain est légèrement sur-représenté, soit 40 % des médecins interrogés. La grande majorité des médecins interrogés (83 %) exerce une médecine libérale exclusive. Les exercices mixtes concernent essentiellement la coordination d'EHPAD et des postes de praticiens hospitaliers attachés.

Critère principal : le ressenti des décès par les généralistes

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

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

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

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

Critères secondaires :

Chez les médecins interrogés, seuls 29 % ont déjà ressenti le besoin d'être aidé lors du décès d'un de leurs patients. Dans la majorité des réponses, l'aide est recherchée auprès de collègues. Le faible nombre de demande d'aide peut alors s'expliquer par le fait que 40 % des praticiens interrogés travaillent seuls. Le soutien apporté par les collègues de travail prend tout son sens dans les cabinets de groupe. Le développement croissant des maisons de santé pluridisciplinaire permet d'accroître ce soutien. Les médecins ont la possibilité de mieux gérer leur temps de travail, le nombre de praticien est souvent plus important que dans les cabinets de groupe, et la présence d'autres professionnels de santé et de paramédicaux permet des échanges sur les situations difficiles comme les décès. Il est également probable que la mutualisation des patientèles dans les cabinets de groupe et les maisons de santé permette d'augmenter les espaces temporels d'échange sur ces situations.

L'aide est très peu recherchée auprès des psychiatres et psychologues car le sujet est encore probablement tabou dans la profession médicale. Les structures institutionnelles telles que l'Ordre des Médecin, ou les associations, sont assez peu utilisées par les généralistes dans ces situations. Il est possible que le manque de temps soit un facteur déterminant.

Les résultats de cette étude montrent que pour 37 % des médecins interrogés, la perte d'un de leurs patients retentis sur la vie professionnelle. La portée de ce retentissement n'a pas été évaluée mais ce pourcentage n'est pas négligeable. L'effet de la perte d'un patient sur l'activité professionnelle peut avoir plusieurs conséquences, négatives ou positives, selon les stratégies d'adaptation mises en jeu.

Les praticiens interrogés étaient 31 % à admettre que le décès de leurs patients avait un retentissement sur leur vie personnelle. Le soutien apporté par la famille et l'entourage est important et il permet d'évacuer la pression des situations de soin difficiles. Cependant il est important que ces échangent, en dehors de l'activité professionnelle, ne soient pas trop prégnants. Or il apparaît que les médecins parlent assez fréquemment des décès de leurs patients à leur famille. Ils sont 60 % à en discuter de manière occasionnelle, probablement lorsque la charge émotionnelle a été importante. Ils sont 19 % en discuter souvent, et 9 % à chaque décès. Ils ne sont que 12 % à ne jamais en parler à leur entourage. L'exutoire trouvé dans la famille ou l'entourage proche est probablement bénéfique. Par ailleurs, il est possible que les pensées mono-centrées sur l'activité professionnelle soient un signe de surmenage et d'épuisement professionnel chez les praticiens généralistes.

Les médecins recourent très rarement à une substance chimique pour surmonter le décès de leurs patients. Ces résultats sont rassurants, compte tenu des résultats précédents démontrant le fort impact des décès sur les praticiens. Aucun n'a admis avoir consommé de drogue après

le décès. Le fait que 4,8 % des médecins interrogés aient utilisé un traitement médicamenteux, et 4 % aient consommé de l'alcool, n'est pas négligeable. On peut supposer qu'un véritable deuil a découlé du décès du patient, pouvant facilement être caractérisé de pathologique lors de la consommation de substances [23]. Le médecin a pu avoir besoin d'une aide médicamenteuse pour l'aider à faire passer un sentiment d'échec dans son travail. La consommation d'alcool dans ces situations est, espérons-le, anecdotique. Ces résultats sont relativement concordants avec l'étude de l'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS) publiée en 2015 [24].

De nombreux médecins généralistes libéraux jugent insuffisantes les aides actuellement disponibles pour les aider à surmonter le décès de leurs patients. Ce résultat démontre l'insuffisance ou l'inégalité d'accès à ces aides. Pourtant la lutte contre l'épuisement professionnel et l'amélioration de la qualité de vie au travail chez les professionnels de santé sont des sujets d'actualité [25] [26] [27]. Actuellement les médecins généralistes libéraux peuvent s'orienter vers le Conseil National et l'Ordre des Médecins en cas de difficultés dans leur exercice. Ce dernier propose notamment une entraide confraternelle entre médecins en cas de difficultés, quelles qu'en soient la nature, ponctuelles ou durables. Cette entraide bénéficie également aux familles et ayants-droit des médecins. Différentes associations ont pour but de venir en aide aux professionnels de santé, souvent sous forme de plateformes téléphoniques. Ces plateformes téléphoniques sont parfois payantes mais permettent aux médecins en difficulté, par exemple suite à la perte d'un patient, de trouver un soutien moral et anonyme. En 2015 et 2016 sont publiés les résultats de deux enquêtes demandées par l'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS). Elles traitent de la souffrance des professionnels de santé [24] et de la vulnérabilité des professionnels de santé [28]. Les résultats de ces études ont poussé le Conseil National de l'Ordre des Médecins à mettre en place en 2018 un numéro vert national et gratuit à la disposition des professionnels de santé, afin de les épauler au mieux dans ces situations difficiles [29]. Il serait intéressant, après plusieurs mois de recul, de connaître la proportion d'appels de médecins concernant des vécus difficiles de décès de patients, ce qui permettrait d'appuyer les données de cette étude. Les différentes structures d'aides existantes ou en construction devraient être proposées à l'ensemble des acteurs de soins, car si cette étude s'intéresse plus particulièrement aux médecins généralistes, c'est probablement l'ensemble de la filière de soin qui est touchée par les décès de patients.

Conclusion :

Cette étude est à notre connaissance le premier travail de recherche quantitatif français sur le médecin généraliste et de la mort de ses patients. La grande taille de l'échantillon de médecins interrogés ainsi que le peu de biais en fait un complément intéressant aux études qualitatives traitant de ce sujet. Dans la société actuelle où la fin de vie des patients à domicile est à promouvoir, le médecin généraliste joue un rôle primordial. Il est amené à vivre des situations complexes tant sur le plan médical que psychologique, notamment lors du décès de ses patients. L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux de la souffrance des praticiens face aux décès de leurs patients. Les résultats montrent que les médecins généralistes libéraux de la région Nouvelle Aquitaine sont 76 % à ressentir comme difficile le décès de leurs patients. Il apparaît dans ce travail que 29 % des médecins interrogés ressentent le besoin d'être aidés lors des décès de patients. Ils font le plus souvent appel à des collègues de travail pour obtenir cette aide, alors même que le métier de médecin généraliste est une profession relativement solitaire. Le retentissement professionnel et familial est présent dans près d'un tiers des cas, ce qui témoigne de la grande souffrance de ces praticiens. Si les recours à des drogues pour surmonter la charge émotionnelle n'a pas été démontrée dans cette étude, les médecins sont pourtant 4 % à consommer de l'alcool dans pareil cas, et 4,8 % à prendre un traitement médicamenteux. Ces résultats sont concordants avec la littérature actuelle. Les structures d'aide aux médecins généralistes semblent très insuffisantes et très méconnues des praticiens, mais tendent à se démocratiser du fait d'une prise de conscience sociétale de la souffrance au travail. L'amélioration du vécu du décès des patients pourrait passer par l'amélioration des structures d'aide nationales pour les professionnels de santé. Par ailleurs, il est possible que le développement de la formation en soins palliatifs permette de mieux appréhender ces décès difficiles.

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

Bibliographie :

- [1] L. D. française, « Observatoire national de la fin de vie : rapport 2013 - Fin de vie des personnes âgées : sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000058/index.shtml>. [Consulté le: 26-janv-2019].
- [2] L. D. française, « Observatoire national de la fin de vie : rapport 2012 - Vivre la fin de sa vie chez soi ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000186/index.shtml>. [Consulté le: 26-janv-2019].
- [3] *LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie*. 2016.
- [4] R. Aubry, L. Puybasset, B. Devalois, V. Morel, et M.-L. Viillard, « Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie : analyse et commentaires », *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, vol. 15, n° 3, p. 165-170, juin 2016.
- [5] DICOM_Lisa.C, « Le plan national “Soins Palliatifs 2015-2018” », *Ministère des Solidarités et de la Santé*, 02-déc-2016. [En ligne]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/le-plan-national-soins-palliatifs-2015-2018>. [Consulté le: 26-janv-2019].
- [6] « En quelques chiffres | SFAP - site internet ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/en-quelques-chiffres>. [Consulté le: 26-janv-2019].
- [7] L. Morin et R. Aubry, « Réseaux de santé en soins palliatifs en France : un état des lieux national », *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, vol. 14, n° 3, p. 152-161, juin 2015.
- [8] C. Liverset, S. Fouillet, M. Dechaine, G. Hirsch, et P. Colombat, « État des lieux sur le fonctionnement des équipes mobiles des soins palliatifs en France », *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, vol. 8, n° 1, p. 15-21, févr. 2009.
- [9] « En quelques chiffres | SFAP - site internet ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/en-quelques-chiffres>. [Consulté le: 28-nov-2019].
- [10] « CIRCULAIRE N°DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 | SFAP - site internet ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/document/circulaire-ndegdhoso2o3cnamts2008100-du-25-mars-2008>. [Consulté le: 26-janv-2019].
- [11] C. Dufrené, « Les médecins généralistes face à la douleur en soins palliatifs », *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, vol. 13, n° 3, p. 159, juin 2012.
- [12] M. Y. H. Koh *et al.*, « Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: A multi-centre cross-sectional study », *Palliat Med*, vol. 29, n° 7, p. 633-642, juill. 2015.
- [13] F. Stiefel, « Support of the supporters », *Support Care Cancer*, vol. 16, n° 2, p. 123-126, févr. 2008.
- [14] M. L. Vachon, « Staff stress in hospice/palliative care: a review », *Palliat Med*, vol. 9, n° 2, p. 91-122, avr. 1995.
- [15] L. Serresse, « Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? », *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, vol. 10, n° 6, p. 286-291, déc. 2011.
- [16] G. Texier, W. Rhondali, V. Morel, et M. Filbet, « Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une

réalité ? », *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, vol. 12, n° 2, p. 55-62, avr. 2013.

- [17] A. Maynadié-Ipeau, « Fin de vie à l'hôpital : le vécu des proches et des médecins de familles », Thèse d'exercice, Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie, France.
- [18] M. Lemonnier, « Facteurs favorisant le maintien à domicile des patients enfin de vie enquête de pratique auprès des médecins généralistes du Limousin », Thèse d'exercice, Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie, France.
- [19] M. Ladevèze et G. Levasseur, « Le médecin généraliste et la mort de ses patients », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 41, n° 1, p. 65-72, déc. 2011.
- [20] A. Letourmy, D. Carricaburu, et M. Bungener, « La prise en charge des malades cancéreux par les médecins généralistes dans cinq pays européens », *RFAS*, vol. 2, p. 37-50, 1999.
- [21] M. Bungener, « Les médecins généralistes face aux patients atteints de cancer en fin de vie », in *Les soignants et la mort*, ERES, 2016, p. 151-163.
- [22] « Atlas régionaux 2015 | Conseil National de l'Ordre des Médecins ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1664>. [Consulté le: 26-janv-2019].
- [23] American Psychiatric Association et American Psychiatric Association, Éd., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013.
- [24] henri farina, « Les souffrances des professionnels de santé ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.asso-sps.fr/etudes---ouvrages.html>. [Consulté le: 07-août-2017].
- [25] H. Dusmesnil, B. Saliba-Serre, J.-C. Régi, Y. Leopold, et P. Verger, « Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants, Professional burn-out of general practitioners in urban areas: prevalence and determinants », *Santé Publique*, vol. 21, n° 4, p. 355-364.
- [26] « stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail - Prendre soin de ceux qui nous soignent ». .
- [27] Z. Kansoun, L. Boyer, M. Hodgkinson, V. Villes, C. Lançon, et G. Fond, « Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis », *Journal of Affective Disorders*, vol. 246, p. 132-147, mars 2019.
- [28] henri farina et rachel le roy, « vulnérabilité des professionnels de santé ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.asso-sps.fr/etudes---ouvrages.html>. [Consulté le: 07-août-2017].
- [29] « Entraide : le numéro unique d'écoute et d'assistance aux médecins devient gratuit | Conseil National de l'Ordre des Médecins ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2623>. [Consulté le: 29-janv-2019].

Tableau I : analyse en sous-groupes sur les caractéristiques démographiques du critère de jugement principal (subgroup analysis on the demographic characteristics of the primary outcome measure)

Critère de jugement principal : ressentez vous comme difficile le décès de vos patients ?	Oui n= (%)	Non n= (%)	p
Ensemble de l'effectif	361 (76%)	114 (24%)	
Sexe			0,007
Femme	152 (82,6%)	32 (17,4%)	
Homme	209 (71,8%)	82 (28,2%)	
Age			0,229
Moins de 56 ans	173 (73,6%)	62 (26,4%)	
56 ans ou plus	188 (78,3%)	52 (21,7%)	
Situation familiale			0,153
Célibataire	39 (68,4%)	18 (31,6%)	
Marié ou en concubinage	322 (77%)	96 (23%)	
Nombre d'enfant			0,025
0 ou 1 enfant	75 (85,2%)	13 (14,8%)	
2 enfants ou plus	286 (73,9%)	101 (26,2%)	
Nombre d'années d'installation			0,279
Moins de 24 ans	169 (73,8%)	60 (26,2%)	
24 ans ou plus	192 (78%)	54 (22%)	
Mode d'installation			0,768
Seul	144 (75%)	48 (25%)	
Cabinet de groupe	175 (77,4%)	51 (22,5%)	
Maison de santé pluridisciplinaire	42 (73,7%)	15 (26,3%)	
Lieu d'installation			0,542
Urbain	139 (73,5%)	50 (26,5%)	
Rural	104 (76,5%)	32 (23,5%)	
Semi rural	118 (78,7%)	32 (21,3%)	
Type d'exercice			0,571
Libéral exclusif	299 (75,5%)	97 (24,5%)	
Exercice mixte	62 (78,5%)	17 (21,5%)	

Tableau II : Analyse des critères de jugement secondaires (Analysis of the secondary endpoints)

Critères de jugement secondaires	Oui n= (%)	Non n= (%)
Lors du décès d'un de vos patients, avez-vous ressenti le besoin d'être aidé ?	140 (29%)	335 (71%)
Avez-vous demandé de l'aide :		
A un collègue ?	106 (22,3%)	
A un psychologue ?	1 (0,2%)	
A un psychiatre ?	7 (1,5%)	
A une structure institutionnelle ?	2 (0,4%)	
A une association ?	6 (1,3%)	
Aucune réponse	355 (74,7%)	
Vous arrive-t-il de parler à votre famille du décès d'un de vos patients ?		
Jamais	55 (12%)	
Parfois	286 (60%)	
Souvent	91 (19%)	
A chaque fois	43 (9%)	
Le décès d'un de vos patients a-t-il déjà retenti sur votre vie professionnelle ?	175 (37%)	300 (63%)
Le décès d'un de vos patients a-t-il déjà retenti sur votre vie personnelle ?	145 (31%)	330 (69%)
Vous est-il arrivé de prendre après la perte d'un de vos patients :		
Un traitement médicamenteux ?	23 (4,8%)	
De l'alcool ?	19 (4%)	
De la drogue ?	0	
Aucune réponse ?	433 (91,2%)	
Pensez-vous que les différentes structures d'aide soient suffisantes ?	202 (43%)	273 (57%)

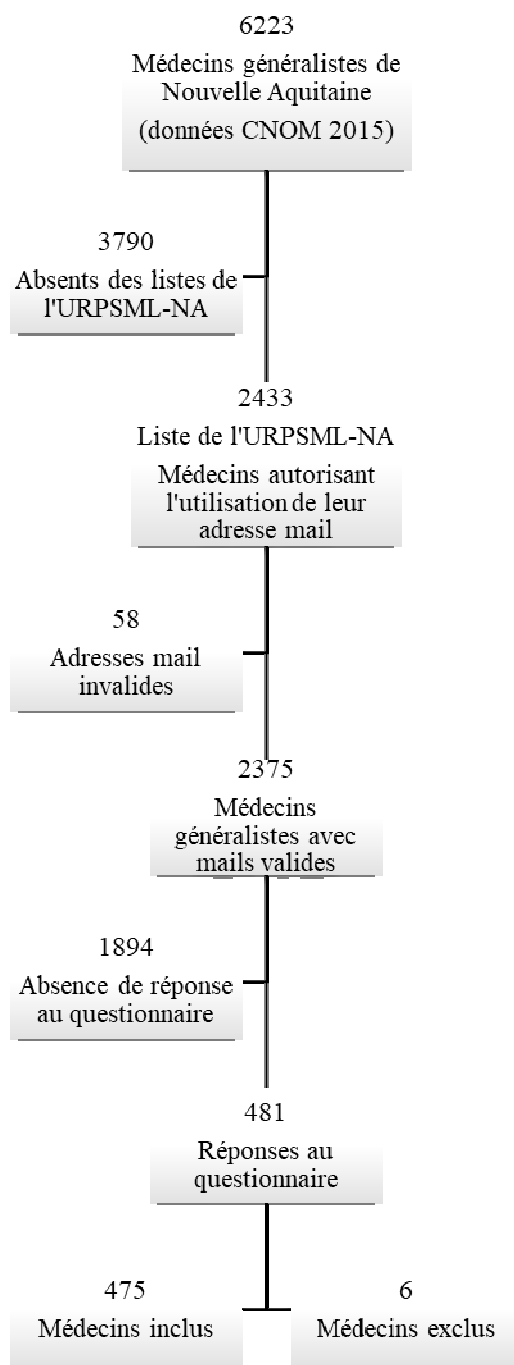


Figure 1 : diagramme de flux (flow chart)