

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION.....	4
MATERIEL ET MÉTHODES.....	6
I. Type d'étude et objectifs	6
II. Population étudiée.....	6
III. Questionnaire.....	7
IV. Inclusion et méthodes de recrutement	8
V. Analyses	9
RESULTATS ET ANALYSE.....	11
I. Résultats	11
1.1. Caractéristiques démographiques.....	11
1.1.1. Effectifs	11
1.1.2. Sexe	11
1.1.3. Âge.....	11
1.2. Faculté de formation.....	12
1.3. Durée d 'exercice	13
1.4. Lieux d'exercice.....	14
1.5. Ressenti face à la mort d'un patient	15
1.6. Altération de la qualité de vie et du travail.....	16
1.7. Appréciation de la formation initiale universitaire et hospitalière....	17
1.8. Formation initiale reçue	19
1.8.1. Lors de cours théoriques communs obligatoires	21
1.8.2. Lors de cours théoriques facultatifs	21
1.8.3. Lors des stages de 2ème cycle des études médicales.....	21
1.8.4. Lors de stages de 3ème cycle des études médicales	21
1.9. Importance de la formation initiale	22
1.10. Approfondissement de la formation initiale.....	23
1.11. Coping	24
1.11.1. Comparaison à la moyenne française.....	25

1.11.2. Stratégie de coping dominante.....	26
II. Analyse univariée	27
2.1. Appréciation de la formation initiale	27
2.1.1. Selon le genre.....	27
2.1.2. Selon l'âge	28
2.1.3. Selon la durée d'exercice.....	29
2.1.4. Selon la faculté de formation	31
2.2. Le ressenti personnel face à la mort d'un de leur patient.....	32
2.2.1. Selon le genre.....	32
2.2.2. Selon l'âge	33
2.2.3. Selon la durée d'exercice.....	35
2.2.4. Selon l'appréciation de la formation reçue.....	36
2.3. Le coping.....	37
2.3.1. Selon le genre.....	37
2.3.2. Selon l'âge	39
2.3.3. Selon la durée d'exercice.....	40
2.3.4. Selon le ressenti personnel.....	41
FORCES ET LIMITES	43
I. Sujet d'étude.....	43
II. Type d'étude.....	43
III. Méthode de recrutement via questionnaire numérique	44
IV. Population étudiée	45
4.1. Echantillon de faible effectif mais bien intégré dans la population source	45
4.2. Population jeune.....	46
4.3. Sur représentation des femmes	46
DISCUSSION.....	48
I. La mort du patient, une source de stress et d'altération de la vie professionnelle et personnelle.....	48
1.1. Pour tous les médecins généralistes.....	48
1.2. Différences selon le genre.....	49
II. Des stratégies de coping disparates	50
2.1. En majorité la recherche de soutien social.....	50

2.2. Des stratégies de coping révélatrices de l'état d'anxiété des médecins.....	51
III. La formation à l'appréhension et l'approche de la mort du patient reconnue inadaptée.....	52
3.1. La formation à l'appréhension de la mort du patient est parfois absente	53
3.2. La confrontation à la mort est souvent déniée	53
3.3. La formation ne donne pas toutes les informations relatives aux aides extérieures mises à disposition des médecins	53
IV. Motivations pour la poursuite des efforts de formation des médecins généralistes face à la mort de leurs patients	54
4.1. Besoins des médecins	54
4.2. Evolution du rôle du médecin	55
4.3. Prise de conscience nationale de la nécessité d'améliorer la qualité de vie au travail du médecin	55
V. Perspectives d'enseignement.....	56
5.1. Etat des lieux des enseignements.....	57
5.2. Un retour d'expérience contrasté sur les formations théoriques	59
5.3. De nouvelles méthodes innovantes de transmission des compétences.....	59
5.3.1. Les groupes d'analyse de situations dont l'Apprentissage Par Problèmes	59
5.3.2. Les groupes d'analyse de pratiques dont les Groupes Balints .	60
5.3.3. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) de 3ème vague dont le MBSR	62
CONCLUSION	64
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	66
ANNEXES.....	74
ABREVIATIONS	76

INTRODUCTION

La mort.

De nos jours ce mot heurte. Ce mot dérange. Ce mot effraye.

La définition issue de l'Encyclopédie Française [1] elle-même évoque un caractère sombre et péjoratif : perte définitive (...) des propriétés caractéristiques de la vie, entraînant sa destruction.

En 2016, on estimait à 593 900 le nombre de décès en France [2].

Peu à peu médicalisée, elle devient redoutable et est bannie physiquement et symboliquement de nos vies quotidiennes. Cette mort « interdite » selon Philippe Ariès [3] se voit quitter le domicile (59,5% des cas il y a 50 ans [2] à 26,0% en 2016 [4]) pour se retirer dans les hôpitaux : 59,2 % des décès ont eu lieu dans des établissements de santé (hôpital ou clinique) [2] contre 35,4% des cas en 1968 [4].

Bien que cette démographie de la mort se soit modifiée, un personnage central de la prise en charge médicale par son [approche globale centrée sur le patient] et son [orientation communautaire] [5], voit son rôle prendre de l'importance face à cette situation [5-9] ; le médecin généraliste et tout particulièrement le médecin généraliste traitant [10-13].

De par son statut libéral, il n'est que très rarement directement confronté à un corps sans vie. Mais la mort reste une rupture de la relation médecin/patient, une perte parfois brutale et génératrice de stress : elle est selon la littérature une source de tristesse, d'incompréhension, d'injustice et de culpabilité [14-23].

Pour Pierre LE COZ, elle semble d'autant plus intense qu'elle est vécue comme « une expérience singulière et inédite », « la mort de celui qui, plus que jamais, est « son » patient, est un événement intime qui peut difficilement

se dire » [24].

Pascal BRUCKNER dénonce même un véritable « déni de la mort » ; « dans une société où l'hédonisme s'impose en valeur absolue, mort et souffrance deviennent purs non-sens, d'intolérables atteintes à nos droits » [25].

Ce tabou identifié chez les jeunes médecins en exercice [26] et certains médecins généralistes en activité [27], se lève petit à petit. Certains omnipraticiens révèlent au grand jour les émotions suscitées par la mort dans leur pratique : c'est le cas de Baptiste BEAULIEU qui s'exprime en 2016 dans une revue accessible à tous, le *20 minutes*, sur les difficultés pour un médecin de gérer la perte d'un patient [28].

Cela nous a amené à nous interroger sur la formation des médecins au sujet de la mort de leurs patients : Existe-t-elle ? Le cas échéant ; quel est son contenu réel et ses modalités d'enseignement ?

Par ailleurs nous avons choisi de nous questionner sur les stratégies d'adaptation (coping) mises en œuvre pour faire face à ces situations vécues comme stressantes [14-23], afin de guider la mise en place d'apprentissages adaptés des savoir-faire et des savoir-être.

MATERIEL ET MÉTHODES

I. Type d'étude et objectifs

La revue de la littérature à ce sujet est pauvre. Certaines équipes se sont intéressées à travers des études qualitatives au vécu et ressenti des médecins en ce qui concerne la mort du patient [14-16, 21-23]. Les médecins étaient également interrogés sur les moyens employés dans une telle situation et en particulier sur leur type de recherche de soutien social [14-16, 18, 20, 26].

L'analyse des résultats soulève 2 hypothèses qui ont motivé notre étude :

- Les médecins généralistes ne sont pas formés
- Les médecins généralistes utilisent des stratégies d'adaptation communes.

L'objectif principal de cette étude était donc d'évaluer la formation en ce qui concerne l'approche du deuil et l'appréhension de la mort du patient des médecins généralistes et des internes formés en France.

D'un point de vue secondaire, nous nous sommes intéressés de manière quantitative à l'état émotionnel que pouvait susciter cette situation dans la pratique professionnelle et les stratégies d'adaptations individuelles mises en œuvre.

II. Population étudiée

L'inclusion des participants a débuté le 26 juillet 2019 et s'est clôturée le 14 octobre 2019.

Les critères d'inclusion retenus étaient d'être :

- Médecin généraliste (doctorant ou non)
- En activité

- En exercice libéral exclusif
- Installé ou remplaçant
- Formé en France

OU

- Interne de médecine générale en formation en France

Notre étude a été orientée dans une région géographique délimitée : la région PACA ; en particulier les départements des Hautes Alpes, des Alpes de Haute Provence, des Bouches du Rhône, du Var, et du Vaucluse, afin de pouvoir évaluer la formation universitaire et post universitaire de l'Université d'Aix Marseille.

En effet, chaque faculté déterminant son propre programme d'apprentissage, il nous paraissait pertinent de s'intéresser à une « région universitaire ».

L'effectif de la population source est évaluée à environ 6000 personnes :

- 5425 médecins généralistes libéraux et mixtes en activité en région PACA selon les statistiques de 2015 de la DREES [29].
- 609 internes en cours de formation issus des ECN depuis 2016 [30].

III. Questionnaire

Un questionnaire numérique a été utilisé. Celui-ci comportait 2 parties :

- La première partie s'attachait à identifier et caractériser les répondants et à évaluer leur formation en ce qui concerne l'approche du deuil et de l'appréhension de la mort du patient.

Les réponses étaient proposées sous forme de choix multiples et chaque question nécessitait au moins une réponse obligatoire.

- La seconde partie avait pour but d'évaluer la stratégie d'adaptation (coping) mise en œuvre face à une situation stressante définie : la mort d'un de leur patient ; nous avons donc demandé aux participants de

répondre à un test après s'être remémoré une situation stressante (il pouvait s'agir de culpabilité, de tristesse, de colère, d'incompréhension, d'anxiété...) qu'ils avaient connue durant les derniers mois en rapport avec la mort d'un patient.

Le test choisi est un test adapté de la Ways of Coping Check List (WCC) établie par Lazarus et Folkman en 1984 [31]. Plusieurs versions validées en français existent. Elles comportent 42 items [Vitaliano et al, 1985] [32], 29 items [Paulhan et al, 1994] [33], ou 27 items [Cousson et al., 1996] [34]. Nous avons retenu celle comportant 27 items, la plus récente, étalonnée auprès de 468 adultes salariés et étudiants (221 hommes et 247 femmes), âgés en moyenne de 27,5 ans, dont la faisabilité semblait la plus adaptée [34, 35].

Il s'agit d'une échelle d'hétéroévaluation : à chaque item, le sujet répond sur une échelle de Likert à 4 degrés (oui, plutôt oui, plutôt non, non). Le score total est alors calculé par sous-échelle de coping (coping centré sur le problème ; coping centré sur l'émotion ; recherche de soutien social) puis ramené à une note moyenne pour chaque catégorie.

Les résultats alors obtenus permettent d'une part d'identifier des groupes adoptant une stratégie en particulier, et d'autre part de les comparer à des moyennes nationales [34].

IV. Inclusion et méthodes de recrutement

L'inclusion des participants a débuté le 26 juillet 2019 et s'est clôturée le 14 octobre 2019.

Le premier recrutement a été réalisé le 26 juillet 2019.

Une première relance a été faite le 21 août 2019. Une deuxième et dernière relance a été lancée le 02 octobre 2019.

Enfin le recrutement a été clos le 14 octobre 2019.

4 méthodes de diffusion ont été utilisées :

- La diffusion en ligne sur des groupes présents sur les réseaux sociaux (« Internes de Marseille ! », « Internes MG Marseille » et « Remplacements / Collaborations / Cessions médecins PACA »)
- L'envoi de mails via un listing de praticiens inscrits sur les listes de remplacements de l'ordre des médecins de Marseille
- L'envoi par mails via un listing de praticiens recrutés dans le cadre du Développement Professionnel Continu
- Le réseau personnel et le bouche à oreille.

À noter le refus de diffusion du questionnaire par *l'Union Régionale des Professionnels de Santé* (URPS), regrettant que le sujet ne s'intègre dans leurs missions de prévention démographique et d'organisation de soins.

L'Ordre des Médecins du département des Bouches du Rhône n'a par ailleurs pas pu délivrer de coordonnées de médecins généralistes inscrits dans leur département.

Une demande faite par mail auprès de l'Espace Ethique Méditerranéen n'a également pas aboutie.

V. Analyses

2 types d'analyses ont été retenus.

En premier lieu, une étude descriptive transversale a été menée.

Les caractéristiques de la population étudiée et les données relatives aux résultats ont été décrites en termes de fréquence (en valeur absolue et pourcentage).

En second lieu, la variabilité de la réponse au sujet de l'appréciation de leur formation initiale a été analysée en fonction des critères

sociodémographiques suivants : leur genre, leur âge, leur durée d'exercice et leur faculté de formation.

En ce qui concerne leur ressenti face à la mort d'un de leur patient, l'analyse a été faite en fonction du genre, de l'âge, de la durée d'exercice et de l'appréciation personnelle relative à la formation reçue dédiée à l'appréhension et à l'approche de la mort de leur patient.

Concernant les stratégies d'adaptation dans cette situation particulière, la variabilité de la réponse a été analysée selon leur genre, leur âge, leur durée d'exercice et leur ressenti personnel général face à cet événement.

Cette étude analytique de type observationnelle reposait sur un test de Chi 2 ou d'un test exact de Fischer quand il s'agissait d'une variable nominale et ordinaire, et d'un test de Kruskal-Wallis quand il s'agissait de deux variables nominales.

RESULTATS ET ANALYSE

I. Résultats

1.1. *Caractéristiques démographiques*

1.1.1. Effectifs

209 sujets ont participé à l'étude.

Parmi eux, 20 répondants (9,6%) ne remplissaient pas les critères d'inclusion. 131 d'entre eux (62,7%) étaient médecins généralistes en activité en exercice libéral (installés ou remplaçants) formés en France et 58 (27,8%) médecins généralistes en formation en France (= internes en DES de MG).

1.1.2. Sexe

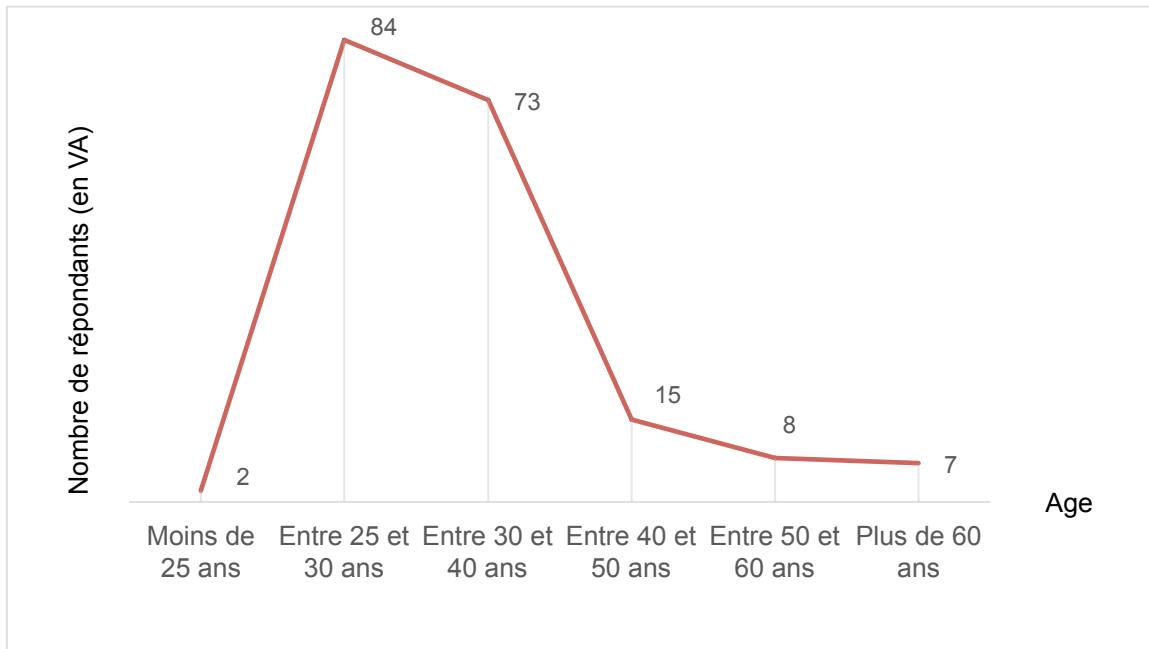
139 des inclus étaient des femmes soit 73,5% et 50 des hommes soit 26,5% des interrogés.

1.1.3. Âge

La répartition des âges des répondants est présentée dans le tableau suivant :

Age	Moins de 25 ans	Entre 25 et 30 ans	Entre 30 et 40 ans	Entre 40 et 50 ans	Entre 50 et 60 ans	Plus de 60 ans
En VA	2	84	73	15	8	7
En %	1,1%	44,4%	38,6%	7,9%	4,2%	3,7%

Tableau 1. Répartition des âges des participants (en VA et %)

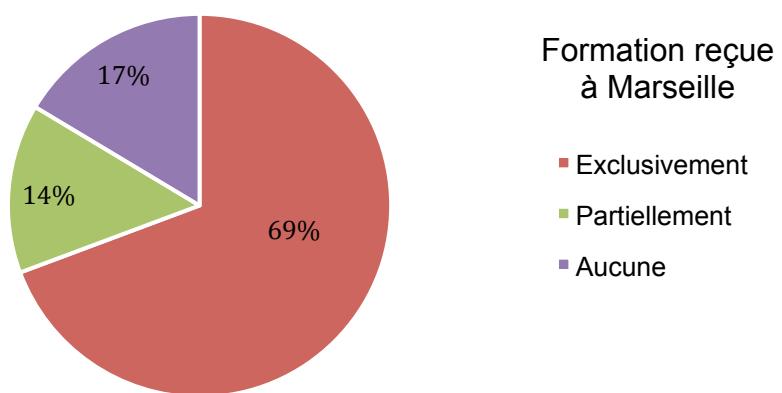


Graphique 1 : Répartition des âges des participants (en VA)

On note une nette prédominance de jeunes médecins (80% ont entre 25 et 40 ans.)

1.2. Faculté de formation

La majorité des répondants était issue de la faculté de Marseille : pour 69% d'entre eux (131) exclusivement, pour 14% (27) juste partiellement (internat ou externat uniquement).



Graphique 2 : Répartition de la formation à l'Université d'Aix Marseille (en %)

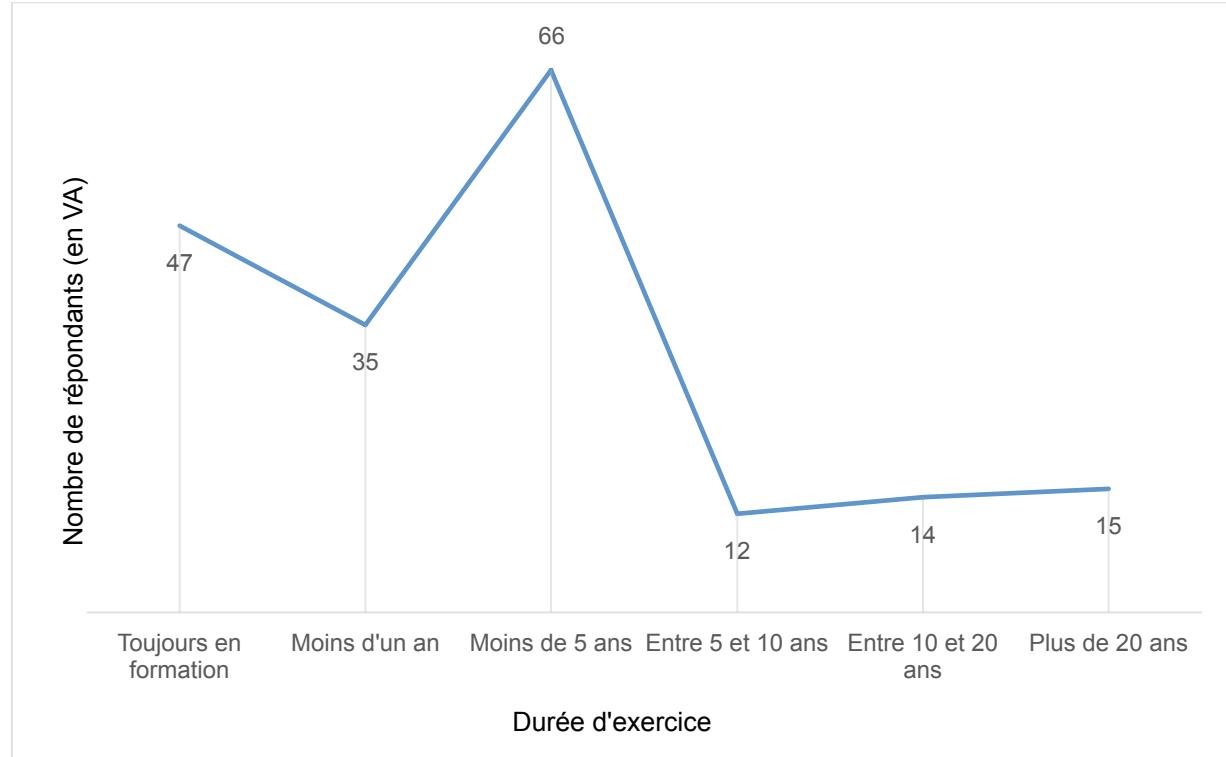
1.3. Durée d 'exercice

Afin d'éviter la confusion entre l'expérience due à la maturité et celle émanant de l'expérience de la pratique professionnelle, nous avons interrogé les praticiens sur leur durée d'exercice médical, n'ayant pour certains, pas débuté leur formation en période post baccalauréat.

Les résultats ont été reportés dans le tableau suivant et illustrés par un graphique :

Durée d'exercice	Toujours en formation	Moins d'un an	Moins de 5 ans	Entre 5 et 10 ans	Entre 10 et 20 ans	Plus de 20 ans
En VA	47	35	66	12	14	15
En %	24,9%	18,5%	34,9%	6,3%	7,4%	7,9%

Tableau 2 : Répartition de la durée d'exercice des participants (en VA et %)



Graphique 3 : Répartition de la durée d'exercice des participants (en VA)

On note une majorité de médecins en formation (47 soit 24,9%) et de médecins ayant moins de 5 ans d'exercice médical (101 soit 53,4%).

1.4. Lieux d'exercice

Nous avons questionné les médecins sur leur(s) lieu(x) d'exercice.

Les résultats sont présentés dans le tableau qui suit :

Lieu(x) d'exercice	En VA	En %
Internes Aix Marseille	61	32,3%
Internes autre faculté	5	2,6%
Bouches du Rhône	103	54,5%
Alpes de Haute Provence	9	4,8%
Hautes Alpes	6	3,2%
Var	24	12,7%
Vaucluse	16	8,5%
Corse du sud	2	1,1%
Aucune	9	4,8%
Rhône	1	0,5%
Alpes Maritimes	1	0,5%
Hérault (comprenant Montpellier)	4	2,1%
Isère	2	1,1%
Loire Atlantique	1	0,5%
Savoie	1	0,5%
Morbihan	1	0,5%
Gard	1	0,5%
Paris + Pantin	1	0,5%
Polynésie Française	1	0,5%
Aquitaine Bretagne Charente	1	0,5%
Finistère	1	0,5%

Tableau 3 : Lieu(x) d'exercice cité(s) (en VA et %)

Comme nous l'avons vu précédemment, les internes ont étudié en très grande majorité à l'Université d'Aix Marseille (32,3% de la population étudiée contre 2,6% issus d'autres facultés).

De plus, parmi les médecins en activité régulière, ils exercent majoritairement dans la région PACA (83,7% de réponses) et en particulier dans le département des Bouches du Rhône (54,5% de réponses).

1.5. Ressenti face à la mort d'un patient

Lorsque l'on interroge les médecins généralistes sur leur état émotionnel à l'annonce de la mort d'un de leurs patients, la majorité d'entre eux (93 soit 49,2%) se décrit comme stressée (touché, triste, en colère, coupable...).

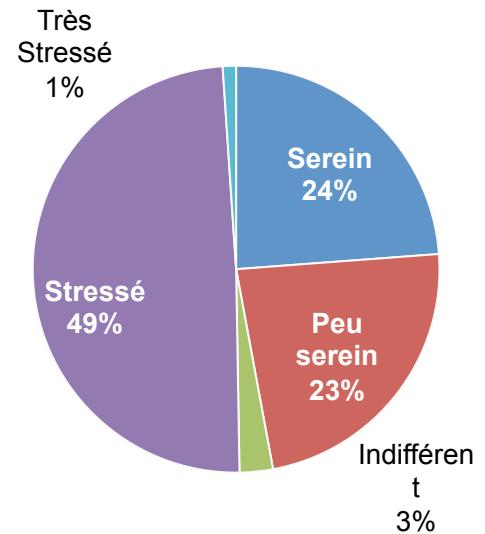
Les indifférents et les très stressés sont peu représentés (respectivement 2,6% et 1,1% des répondants.)

L'ensemble des réponses est reporté dans le tableau et le graphique suivants :

Ressenti	En VA	En %
Serein	45	23,8%
Peu serein	44	23,3%
Indifférent	5	2,6%
Stressé*	93	49,2%
Très Stressé	2	1,1%
Total		
général	189	100%

* (touché, triste, en colère, coupable...)

Tableau 4 : Ressenti des médecins répondants face à la mort du patient (en VA et %)



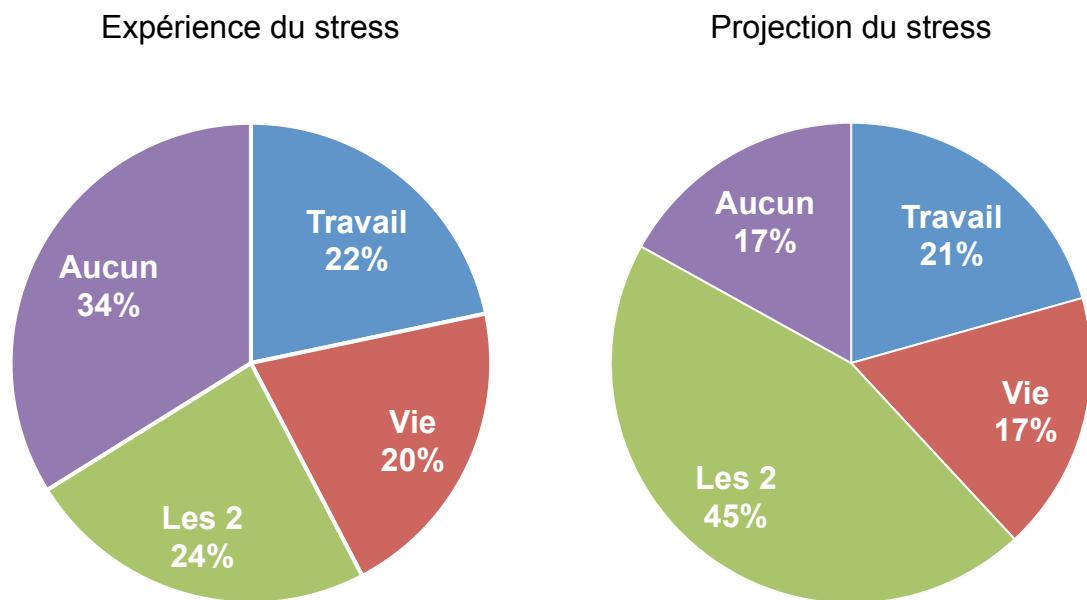
Graphique 4 : Ressenti des médecins répondants face à la mort du patient (en %)

1.6. Altération de la qualité de vie et du travail

Lorsque l'on les questionne sur la mort de leurs patients concernant l'existence (expérience réelle) ou la projection (imaginée possible) d'une altération de leur qualité de vie professionnelle ou personnelle leurs réponses sont les suivantes :

Type de stress	Professionnel	Personnel	Global	Aucun
Expérience	41	39	45	64
	21,7%	20,6%	23,8%	33,9%
Projection	39	33	85	32
	20,6%	17,5%	45,0%	16,9%

Tableau 5 : Altération de la qualité de vie et de travail : expérience et projection du stress lié à la mort d'un patient (en VA et %)



Graphiques 5 et 6 : Altération de la qualité de vie et de travail : expérience et projection du stress lié à la mort d'un patient (en %)

Une majorité d'entre eux (66%), déclarent ressentir ou avoir ressenti un stress lié à la mort dans leur vie professionnelle (22%) et/ou personnelle (respectivement 24% et 20%).

Concernant le stress par anticipation, ils sont également une majorité à envisager des conséquences sur leur travail (21%) et/ou sur leur vie personnelle (respectivement 45% et 17%).

1.7. Appréciation de la formation initiale universitaire et hospitalière

Les réponses apportées à la question concernant leur appréciation de la formation dédiée à l'approche du deuil et à l'appréhension de la mort sont présentées dans le tableau et le graphique suivants :

Appréciation formation initiale dédiée	En VA	En %
1 - Absente	78	41,3%
2 - Insuffisante	74	39,2%
3 - Incomplète	23	12,2%
4 - Adaptée	10	5,3%
5 - Ne se prononce pas	4	2,1%
Total général	189	100%

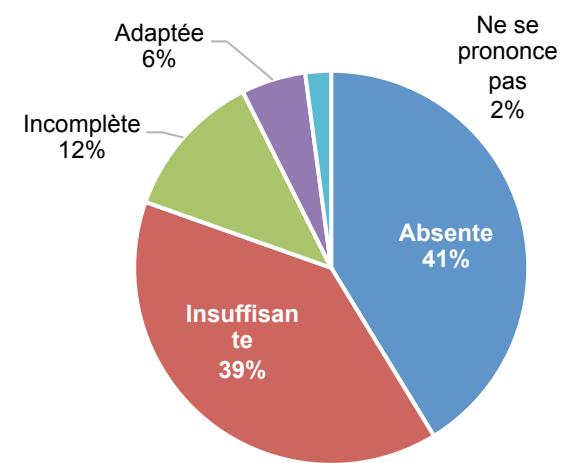


Tableau 6 : Appréciation de la formation initiale dédiée (en VA et %)

Graphique 7 : Appréciation de la formation initiale dédiée (en %)

Les participants expriment en nette majorité (92%) l'absence (41,3%), l'insuffisance (39,2%) ou l'incomplétude (12,2%) de leur formation initiale universitaire et hospitalière dédiée à la mort.

Par ailleurs nous avons souhaité préciser ces valeurs en fonction de la faculté d'origine des médecins interrogés. Les résultats sont les suivants :

Appréciation de la formation dédiée en fonction de la faculté d'origine	En VA	En %
Autre	31	100%
1 - Absente	9	29%
2 - Insuffisante	13	41,9%
3 - Incomplète	7	22,6%
4 - Adaptée	1	3,2%
5 - Ne se prononce pas	1	3,2%
Marseille (AMU)	128	100%
1 - Absente	58	45,3%
2 - Insuffisante	46	35,9%
3 - Incomplète	14	10,9%
4 - Adaptée	7	5,5%
5 - Ne se prononce pas	3	2,3%
Mix Marseille Autre	30	100%
1 - Absente	11	36,7%
2 - Insuffisante	15	50%
3 - Incomplète	2	6,7%
4 - Adaptée	2	6,7%
Total général	189	100%

$p = 0.425$

Tableau 7 : Appréciation de la formation initiale en fonction de la faculté de formation d'origine (en VA et %)

Il apparaît que les médecins issus de la faculté de Marseille, en totalité (AMU) ou partiellement (Mix Marseille Autres) perçoivent la formation comme peu adaptée (respectivement 5,5% et 6,7%) mais plus adaptée qu'ailleurs (3,2%), sans significativité statistique cependant ($p>0,05$).

1.8. Formation initiale reçue

Nous avons questionné les participants sur leur formation plus en détails concernant :

- Le fait d'être confronté à la mort lors de leur pratique,
- Les affects que cela pouvait provoquer,
- Les moyens personnels mis en œuvre pour les appréhender,
- Les aides extérieures pouvant intervenir.

Les résultats sont présentés dans le tableau qui suit :

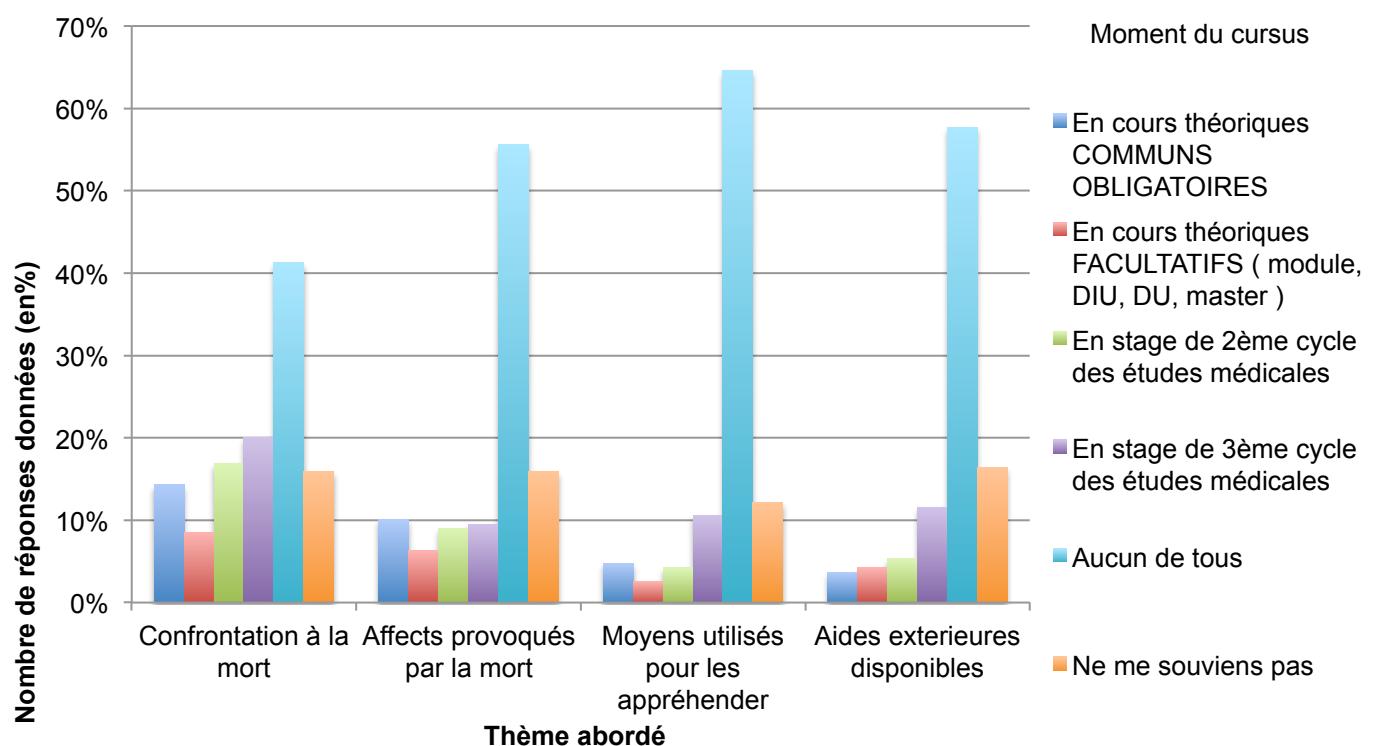
Moment du cursus	En cours théoriques communs obligatoires	En cours théoriques facultatifs (module, DIU, DU, master)	En stage de 2ème cycle des études médicales	En stage de 3ème cycle des études médicales	Aucun de tous	Ne me souviens pas
Concernant le fait d'être confronté à la mort lors de votre pratique	27 14,3%	16 8,5%	32 16,9%	38 20,1%	78 41,3%	30 15,9%
Concernant les affects que cela pouvait provoquer	19 10,1%	12 6,3%	17 9,0%	18 9,5%	105 55,6%	30 15,9%
Concernant les moyens personnels mis en œuvre pour les appréhender	9 4,8%	5 2,6%	8 4,2%	20 10,6%	122 64,6%	23 12,2%
Concernant les aides extérieures pouvant intervenir	7 3,7%	8 4,2%	10 5,3%	22 11,6%	109 57,7%	31 16,4%

Tableau 8 : Contenu de la formation initiale des répondants (en VA et %)

57,2 à 76,8% des répondants, déclarent n'avoir reçu aucune formation (que ce soit en cours théoriques communs obligatoires ou facultatifs (module, DIU,

DU, master), en stage de 2ème cycle des études médicales ou en stage de 3ème cycle des études médicales) dans ce domaine ou ne plus s'en souvenir. Par sous-catégorie, on observe également une prédominance de l'absence de formation. Plus en détail, nous pouvons noter que :

- 57,2% avouent ne pas avoir été préparé à la confrontation avec la mort (41,3%) ou ne plus s'en souvenir (15,9%),
- 71,5% déclarent n'avoir reçu aucune formation (55,6%) ou ne plus s'en souvenir (15,9%) en ce qui concerne les affects en lien avec cette situation,
- 76,8% estiment n'avoir pas (64,6%) ou ne pas se souvenir (12,2%) d'une formation sur les moyens personnels mis en œuvre pour les appréhender,
- 74,1% répondent n'avoir reçu aucune formation (57,7%) ou ne plus s'en souvenir (16,4%) concernant les aides extérieures qu'ils peuvent solliciter.



Graphique 7 : Contenu formation initiale par sous catégories (en % de réponses)

Nous avons par ailleurs tenté d'identifier plus précisément quelles ont été les sources d'apprentissage lors de leur formation initiale en les questionnant par réponses libres dans chaque moment de la formation:

1.8.1. Lors de cours théoriques communs obligatoires

Sur les 29 personnes ayant donné une réponse, il s'agissait de cours portant sur les soins palliatifs (6/29), sur la relation médecin malade (4/29), sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle (4/29) et sur le deuil normal et pathologique (2/29).

1.8.2. Lors de cours théoriques facultatifs

Pour les 18 réponses données par les participants, les formations évoquées sont : les soins palliatifs en médecine générale (4/18), un module d'éthique médicale (4/18), des cours relatifs aux certificaux (2/18) et des modules sur le risque suicidaire (2/18). A une seule reprise l'initiation aux Thérapies Cognitivo-Comportementales, le diplôme d'études supérieures d'université douleur, l'anthropologie médicale et la sophrologie ont été cités.

1.8.3. Lors des stages de 2ème cycle des études médicales

Sur les 33 réponses obtenues, ce sont les services d'oncologie (8/33), d'urgences réanimation (9/33), de soins palliatifs (4/33) et de gériatrie (4/33) qui ont été majoritairement cités.

De manière plus anecdotique, l'hématologie (2), la gastro-entérologie (1), la pneumologie (1), et la psychiatrie (1) ont également été mentionnées.

1.8.4. Lors de stages de 3ème cycle des études médicales

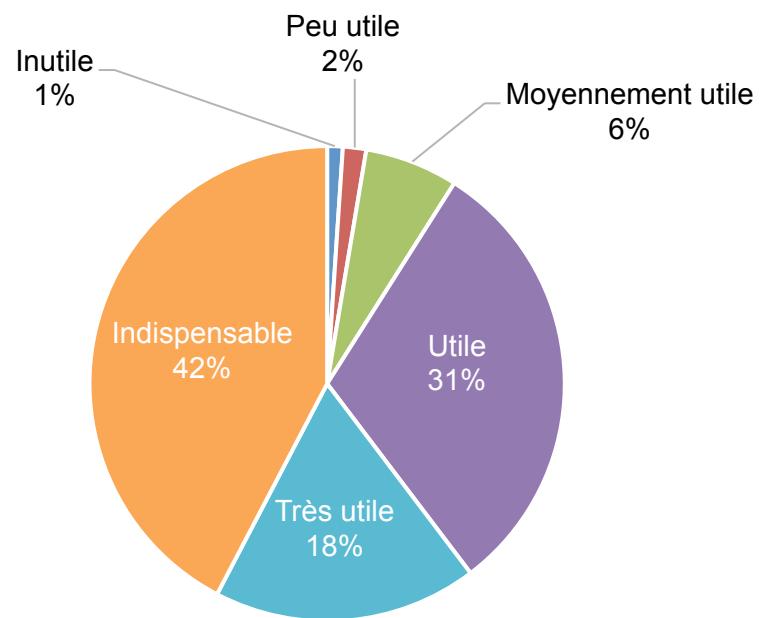
Parmi les 47 réponses données, la plupart citent un stage en soins palliatifs (12), en gériatrie ou SSR (11), leur maîtrise de stage chez le médecin généraliste (10).

Dans une moindre mesure, ont été évoqués le stage en médecine polyvalente ou médecine interne (6), les urgences ou la réanimation (5), l'oncohématologie, (4), la pneumologie (2), la cardiologie (1) et l'hépatogastro-entérologie (1).

1.9. Importance de la formation initiale

Les médecins, interrogés sur l'importance de la formation médicale en ce qui concerne l'approche du deuil et l'appréhension de la mort du patient, sont une grande majorité (91%) à la considérer comme utile (30,7%) et au-delà (18% très utile et 42,3% indispensable).

Le graphique suivant l'illustre nettement :



Graphique 8 : Importance de la formation initiale (en % de réponses)

1.10. *Approfondissement de la formation initiale*

Nous avons interrogé les médecins au sujet de leur besoin d'approfondir leurs compétences dans le domaine et sur la réalisation d'une éventuelle formation dédiée. Les résultats sont présentés dans le tableau 9 :

Approfondissement de la formation initiale	OUI	NON	NON CONCERNÉ (en formation)
Avec vous ressenti le besoin d'approfondir votre compétence dans ce domaine ?	114 60,3%	33 17,5%	42 22,2%
Avez-vous bénéficié d'un approfondissement ?	36 19,0%	91 48,1%	62 32,8%

Tableau 9 : *Approfondissement de la formation initiale (en VA et %)*

Les médecins ayant terminé leur formation initiale sont 60,3% (114), soit une majorité, à ressentir le besoin d'approfondir leurs compétences dans le domaine de l'étude.

Ils ne sont en revanche qu'une minorité (36 soit 19 %) à déclarer en avoir bénéficié en réalité.

Les résultats concernant les moyens utilisés par les médecins interrogés pour approfondir cette formation sont présentés dans le tableau 10 :

Moyens d'approfondissement de la formation dédiée	En VA	En %
Auto formation (renseignements via lectures personnelles)	39	22,5%
Participation à cours ou formation dédiée (inscription de votre propre initiative ou à votre insu)	20	11,6%
Discussion dans groupe de paroles dédié à l'hôpital ou autre structure (groupes Balint, analyse de pratiques...)	22	12,7%
Discussion avec autre médecin (pair, confrère)	62	35,8%

Discussion avec autre professionnel de santé : psychologue / psychiatre / infirmière...	43	24,9%
Discussion avec cercle famille / entourage	33	19,1%
Pratique spirituelle	8	4,6%

Tableau 10 : Moyens d'approfondissement de la formation dédiée (en VA et %)

Les réponses majoritairement données portent sur un approfondissement informel (lectures et discussions auprès de différents interlocuteurs ou structures). A plus faible échelle, une autre se tourne sur une formation structurée (participation à des cours ou formation dédiée). Enfin, la recherche d'un approfondissement à travers une pratique spirituelle reste minoritaire (énoncé par 4,6% des participants).

A noter : certains ont ajouté en réponse libre : formation sur le tas avec l'expérience / expérience pratique / stage de médecine légale / réseau Soins Palliatifs resp 13 / lecture ouvrage dédié / remplacement en hospitalier en Soins Palliatifs / CESIM (simulation de gestion)

1.11. *Coping*

Nous avons demandé aux participants de se remémorer une situation stressante (il pouvait s'agir de culpabilité, de tristesse, de colère, d'incompréhension, d'anxiété...) qu'ils avaient connue durant les derniers mois en rapport avec la mort d'un patient dont ils avaient eu la charge.

Pour 58 (30,7%) d'entre eux, cette situation était de niveau de stress faible, 89 (47,1%) l'évaluaient d'un niveau de stress moyen et 44 (20,3%) d'un niveau de stress élevé.

Niveau de stress	En VA	En %
FAIBLE	58	30,7%
MOYEN	89	47,1%
ELEVE	44	23,3%
Total général	189	100%

Tableau 11 : Répartition niveau de stress face à la situation remémorée (en VA et %)

1.11.1. Comparaison à la moyenne française

Les résultats obtenus ont été reportés dans le tableau suivant :

Type de stratégie	Moyenne femme		Moyenne Homme		Ecart Type Femmes		Ecart Type Hommes	
	E	R	E	R	E	R	E	R
Problème	21,77	27,79	21,72	28,04	6,07	6,78	6,03	5,71
Emotion	17,13	21,7	17,08	20,22	5,53	5,6	5,55	5,49
Soutien social	18,01	20,02	17,95	25,5	4,38	4,76	4,34	5,04

E= notre Etude R= étude de Référence [34]

Tableau 12 : Comparaison des scores de coping à la moyenne de référence

L'analyse des résultats révèle que de manière générale, les moyennes obtenues par les médecins interrogés sont plus basses que les moyennes françaises de référence [34].

On note par ailleurs que les écarts types sont relativement comparables ne révélant ainsi pas de dispersion des réponses.

Enfin, on observe que les scores sont comparables selon le sexe.

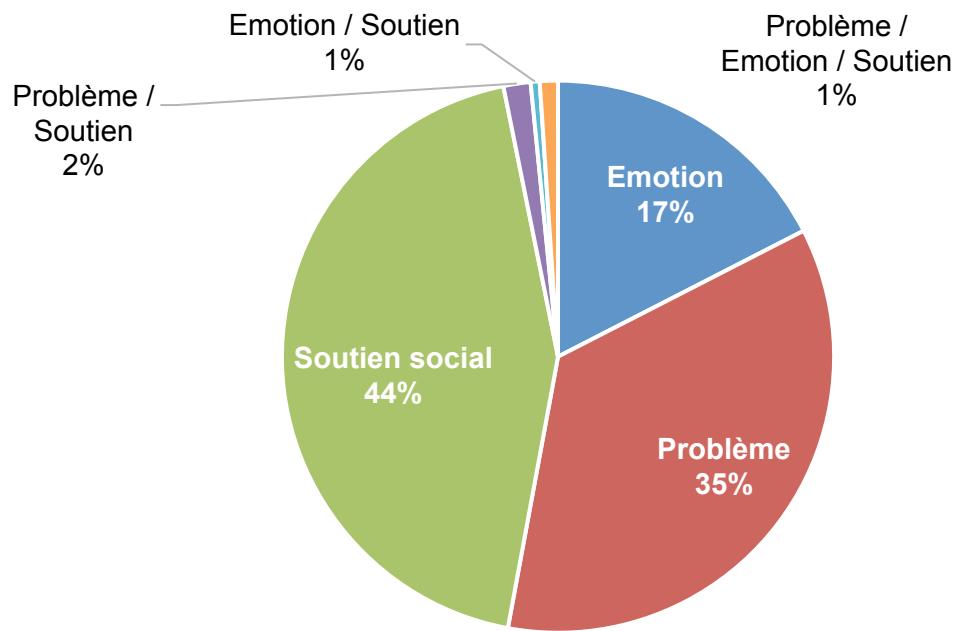
1.11.2. Stratégie de coping dominante

L'analyse de leurs stratégies de coping nous a permis d'identifier les stratégies dominantes utilisées par les répondants.

Elles sont exposées à partir du tableau qui suit :

Stratégie dominante	Emotion	Problème	Soutien social	Problème / Soutien	Emotion / Soutien	Problème / Emotion / Soutien
En VA	33	67	83	3	1	2
En %	17,5%	35,4%	43,9%	1,6%	0,5%	1,1%

Tableau 13 : Stratégie dominante (en VA et %)



Graphique 9 : Répartition des stratégies de coping dominantes (en %)

On observe que les stratégies d'adaptation sont disparates avec la majorité représentée par la recherche de soutien social (43,9%). La minorité se retrouve pour le groupe « stratégie centrée sur l'émotion » exprimée à 17,5%.

II. Analyse univariée

2.1. *Appréciation de la formation initiale*

2.1.1. Selon le genre

L'analyse univariée de l'appréciation de la formation initiale selon le genre est rapportée dans le tableau suivant :

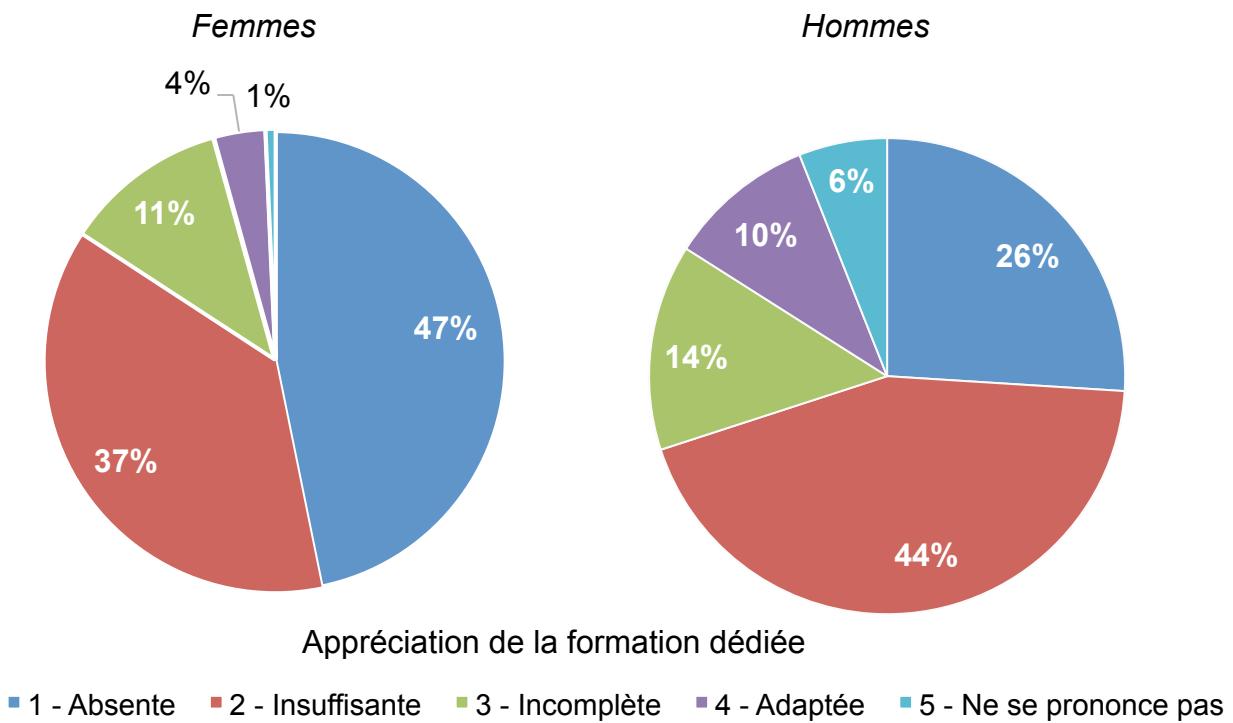
Appréciation de la formation dédiée	En VA	En %
Femmes	139	100%
1 - Absente	65	46,8%
2 - Insuffisante	52	37,4%
3 - Incomplète	16	11,5%
4 - Adaptée	5	3,6%
5 - Ne se prononce pas	1	0,7%
Hommes	50	100%
1 - Absente	13	26%
2 - Insuffisante	22	44%
3 - Incomplète	7	14%
4 - Adaptée	5	10%
5 - Ne se prononce pas	3	6%
Total général	189	100%

$p = 0.0138$

Tableau 14 : Evaluation de la formation dédiée par le genre (en VA et %)

Les résultats révèlent de manière statistiquement significative que les femmes sont plus nombreuses (46,8%) à exprimer l'absence de formation quant à l'approche du deuil et l'appréhension de la mort du patient que les hommes (26,0%) et sont moins nombreuses à juger son caractère adapté (3,6% contre 10% chez les hommes).

Les graphiques qui suivent permettent de bien l'illustrer :



Graphiques 10 et 11 : Appréciation de la formation initiale dédiée selon le sexe (en %)

2.1.2. Selon l'âge

L'analyse selon l'âge est rapportée dans le tableau suivant :

Appréciation de la formation initiale	En VA	En %
1 - Moins de 25 ans	2	100%
1 - Absente	1	50%
2 - Insuffisante	1	50%
2 - Entre 25 et 30 ans	84	100%
1 - Absente	30	35,7%
2 - Insuffisante	35	41,7%
3 - Incomplète	12	14,3%
4 - Adaptée	5	6%
5 - Ne se prononce pas	2	2,4%
3 - Entre 30 et 40 ans	73	100%
1 - Absente	29	39,7%
2 - Insuffisante	32	43,8%
3 - Incomplète	7	9,6%
4 - Adaptée	4	5,5%
5 - Ne se prononce pas	1	1,4%

4 - Entre 40 et 50 ans	15	100%
1 - Absente	9	60%
2 - Insuffisante	3	20%
3 - Incomplète	1	6,7%
4 - Adaptée	1	6,7%
5 - Ne se prononce pas	1	6,7%
5 - Entre 50 et 60 ans	8	100%
1 - Absente	6	75%
2 - Insuffisante	2	25%
6 - Plus de 60 ans	7	100%
1 - Absente	3	42,9%
2 - Insuffisante	1	14,3%
3 - Incomplète	3	42,9%
Total général	189	100%

$p = 0.757$

Tableau 15 : Evaluation de la formation par l'âge (en VA et %)

On observe que quel que soit l'âge, la formation quant à l'approche du deuil et l'appréhension de la mort du patient est décrite très majoritairement comme absente ou insuffisante. Il n'apparaît pas de lien entre formation et âge. On peut seulement noter que les catégories n'ayant pas identifié la formation comme adaptée sont les plus jeunes (à priori encore en formation) et les personnes de plus de 50 ans.

2.1.3. Selon la durée d'exercice

L'appréciation de la formation selon la durée d'exercice est exposée dans le tableau suivant :

Appréciation de la formation initiale	En VA	En %
1 - Toujours en formation	47	100%
1 - Absente	22	46,8%
2 - Insuffisante	16	34%
3 - Incomplète	5	10,6%
4 - Adaptée	2	4,3%
5 - Ne se prononce pas	2	4,3%
2 - Moins d'un an	35	100%
1 - Absente	9	25,7%
2 - Insuffisante	17	48,6%
3 - Incomplète	7	20%
4 - Adaptée	2	5,7%
3 - Moins de 5 ans	66	100%
1 - Absente	25	37,9%
2 - Insuffisante	30	45,5%
3 - Incomplète	5	7,6%
4 - Adaptée	5	7,6%
5 - Ne se prononce pas	1	1,5%
4 - Entre 5 et 10 ans	12	100%
1 - Absente	5	41,7%
2 - Insuffisante	4	33,3%
3 - Incomplète	2	16,7%
4 - Adaptée	1	8,3%
5 - Entre 10 et 20 ans	14	100%
1 - Absente	8	57,1%
2 - Insuffisante	4	28,6%
3 - Incomplète	2	14,3%
6 - Plus de 20 ans	15	100%
1 - Absente	9	60%
2 - Insuffisante	3	20%
3 - Incomplète	2	13,3%
5 - Ne se prononce pas	1	6,7%
Total général	189	100%

p = 0,911

Tableau 16 : Evaluation de la formation par la durée d'exercice (en VA et %)

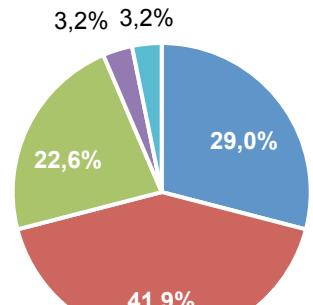
L'analyse des résultats révèle qu'il existe une corrélation négative entre durée d'exercice et existence d'une formation dédiée : les médecins les plus anciens se disent peu formés. Les médecins en formation quant à eux sont plus mitigés et déclarent à 46,8% que la formation est absente.

2.1.4. Selon la faculté de formation

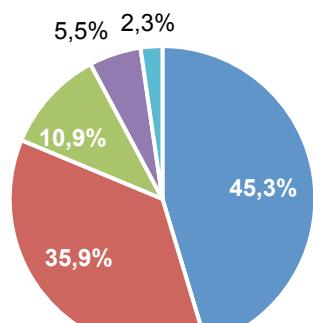
Comme nous l'avons vu précédemment, il apparaît que la formation reçue par la faculté de Marseille, en totalité (AMU) ou partiellement (Mix Marseille Autres) est perçue comme peu adaptée : seuls 5,5% des médecins formés à la faculté d'Aix-Marseille se déclarent satisfaits (contre 3,2% pour les autres sites). L'absence d'enseignement reste malgré tout majoritairement exprimée (81,3% à Marseille, 86,7% Marseille Entre Autres et 70,9% Autres facultés).

Les données sont exposées dans le tableau et les graphiques qui suivent :

Faculté(s) d'origine	En VA	En %
Autres Facultés	31	100%
1 – Absente	9	29%
2 – Insuffisante	13	41,9%
3 – Incomplète	7	22,6%
4 – Adaptée	1	3,2%
5 - Ne se prononce pas	1	3,2%
Marseille	128	100%
1 – Absente	58	45,3%
2 – Insuffisante	46	35,9%
3 – Incomplète	14	10,9%
4 – Adaptée	7	5,5%
5 - Ne se prononce pas	3	2,3%



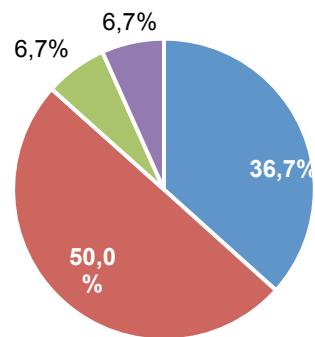
Graphique 11



Graphique 12

Marseille Entre Autres	30	100%
1 - Absente	11	36,7%
2 - Insuffisante	15	50%
3 - Incomplète	2	6,7%
4 - Adaptée	2	6,7%
Total général	189	100%

p = 0.425



Graphique 13

Tableau 17 : Evaluation de la formation par faculté(s) d'origine (en VA et %)

Graphiques 11, 12, 13 : Evaluation de la formation par faculté(s) d'origine (11 : autres facultés, 12 : Marseille, 13 : mixte) (en %)

2.2. Le ressenti personnel face à la mort d'un de leur patient

2.2.1. Selon le genre

L'analyse univariée révèle que les hommes sont plus sereins (50%) que les femmes (14,4%) et moins stressés (0% de très stressé contre 1,44% chez les femmes et seulement 20% stressés contre 59,7% chez les femmes).

Les résultats ont été observés à partir du tableau suivant :

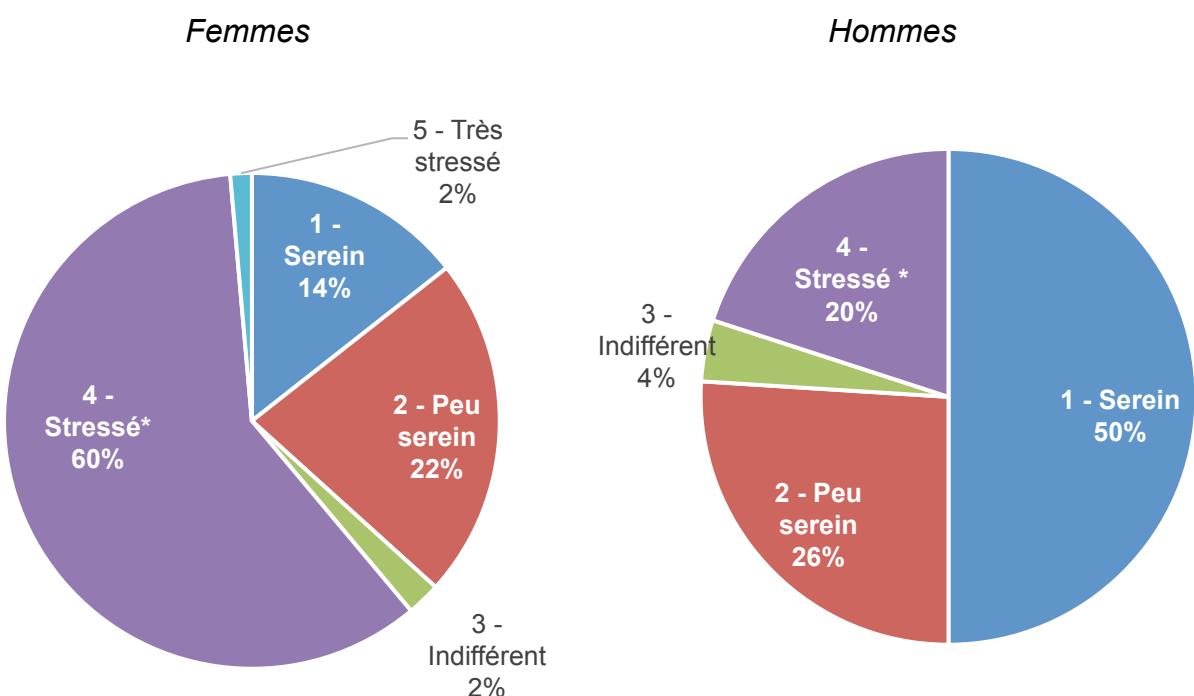
Ressenti personnel face à la mort du patient selon le genre	En VA	En %
Femmes	139	100%
1 - Serein	20	14,4%
2 - Peu serein	31	22,3%
3 - Indifférent	3	2,2%
4 - Stressé*	83	59,7%
5 - Très stressé	2	1,4%

Hommes	50	100%
1 - Serein	25	50%
2 - Peu serein	13	26%
3 - Indifférent	2	4%
4 - Stressé*	10	20%
Total général	189	

p = 1.861

* (touché, triste, en colère, coupable...)

Tableau 18 : Ressenti personnel face à la mort du patient en fonction du sexe (en VA et %)



* (touché, triste, en colère, coupable...)

Graphique 14 : Ressenti personnel en fonction du sexe (en %)

2.2.2. Selon l'âge

La tranche d'âge où les répondants s'identifient le plus stressés sont les plus jeunes (moins de 25 ans et entre 25 et 30 ans) et les individus de 40 à 50 ans. Les moins sereins sont ceux âgés de 50 à 60 ans.

Les données analysées sont exposées dans le tableau qui suit :

Ressenti personnel face à la mort du patient par âge	En VA	En %
1 - Moins de 25 ans	2	100%
1 - Serein	1	50%
4 – Stressé*	1	50%
2 - Entre 25 et 30 ans	84	100%
1 - Serein	13	15,5%
2 - Peu serein	19	22,6%
3 - Indifférent	4	4,8%
4 – Stressé*	48	57,1%
3 - Entre 30 et 40 ans	73	100%
1 - Serein	21	28,8%
2 - Peu serein	20	27,4%
4 – Stressé*	31	42,5%
5 - Très stressé	1	1,4%
4 - Entre 40 et 50 ans	15	100%
1 - Serein	7	46,7%
2 - Peu serein	1	6,7%
4 – Stressé*	7	46,7%
5 - Entre 50 et 60 ans	8	100%
1 - Serein	1	12,5%
2 - Peu serein	2	25%
3 - Indifférent	1	12,5%
4 – Stressé*	3	37,5%
5 - Très stressé	1	12,5%
6 - Plus de 60 ans	7	100%
1 - Serein	2	28,6%
2 - Peu serein	2	28,6%
4 – Stressé*	3	42,9%
Total général	189	

* (touché, triste, en colère, coupable...)

$p = 0.142$

Tableau 19 : Ressenti personnel face à la mort du patient par âge (en VA et %)

2.2.3. Selon la durée d'exercice

L'analyse révèle que les plus stressés parmi les interrogés sont les médecins en formation et ceux dont la durée de la pratique médicale est comprise entre 10 et 20 ans.

La sérénité semble prendre un tournant dans la pratique entre 5 et 10 ans d'exercice, passant chez les plus « novices » de 14,9%, 25,7%, 25,8% à 33,3%, 28,6% et 26,7% chez les plus « expérimentés ».

Ressenti personnel face à la mort du patient en fonction de la durée d'exercice	En VA	En %
1 - Toujours en formation	47	100%
1 - Serein	7	14,9%
2 - Peu serein	10	21,3%
3 - Indifférent	2	4,3%
4 - Stressé *	28	59,6%
2 - Moins d'un an	35	100%
1 – Serein	9	25,7%
2 - Peu serein	10	28,6%
4 - Stressé *	16	45,7%
3 - Moins de 5 ans	66	100%
1 – Serein	17	25,8%
2 - Peu serein	14	21,2%
3 – Indifférent	2	3%
4 - Stressé *	33	50%
4 - Entre 5 et 10 ans	12	100%
1 – Serein	4	33,3%
2 - Peu serein	4	33,3%
4 - Stressé *	3	25%
5 - Très stressé	1	8,3%
5 - Entre 10 et 20 ans	14	100%
1 – Serein	4	28,6%
2 - Peu serein	2	14,3%
4 - Stressé *	8	57,1%

6 - Plus de 20 ans	15	100%
1 – Serein	4	26,7%
2 - Peu serein	4	26,7%
3 – Indifférent	1	6,7%
4 - Stressé *	5	33,3%
5 - Très stressé	1	6,7%

Total général **189**

$p = 0,142$

* (touché, triste, en colère, coupable...)

Tableau 20 : Ressenti personnel face à la mort du patient en fonction de la durée de l'exercice médical (en VA et %)

2.2.4. Selon l'appréciation de la formation reçue

Chez les interrogés ayant répondu que la formation initiale concernant l'approche du deuil et l'appréhension de la mort du patient était absente, ils sont 20,5% à se dire sereins et 50% stressés. Pour ceux ayant répondu que la formation reçue était adaptée, ils sont 50% à se déclarer sereins et seulement 30% stressés. Une corrélation positive entre sérénité et degré de formation est observée dans notre population sans pour autant atteindre le seuil de significativité.

Ressenti personnel face à la mort du patient selon l'appréciation de la formation reçue	En VA	En %
1 - Absente	78	100%
1 - Serein	16	20,5%
2 - Peu serein	18	23,1%
3 - Indifférent	4	5,1%
4 – Stressé *	39	50,0%
5 - Très stressé	1	1,3%
2 - Insuffisante	74	100%
1 - Serein	18	24,3%
2 - Peu serein	15	20,3%
4 – Stressé *	40	54,2%
5 - Très stressé	1	1,3%

3 - Incomplète	23	100%
1 - Serein	3	13,0%
2 - Peu serein	8	34,8%
3 - Indifférent	1	4,4%
4 – Stressé *	11	47,8%
4 - Adaptée	10	100%
1 - Serein	5	50,0%
2 - Peu serein	2	20,0%
4 – Stressé *	3	30,0%
5 - Ne se prononce pas	4	100%
1 - Serein	3	75,0%
2 - Peu serein	1	25,0%

Total général **189**

$P = 0.301$

* (touché, triste, en colère, coupable...)

Tableau 21 : Appréciation de la formation par l'état émotionnel (en VA et %)

2.3. *Le coping*

2.3.1. Selon le genre

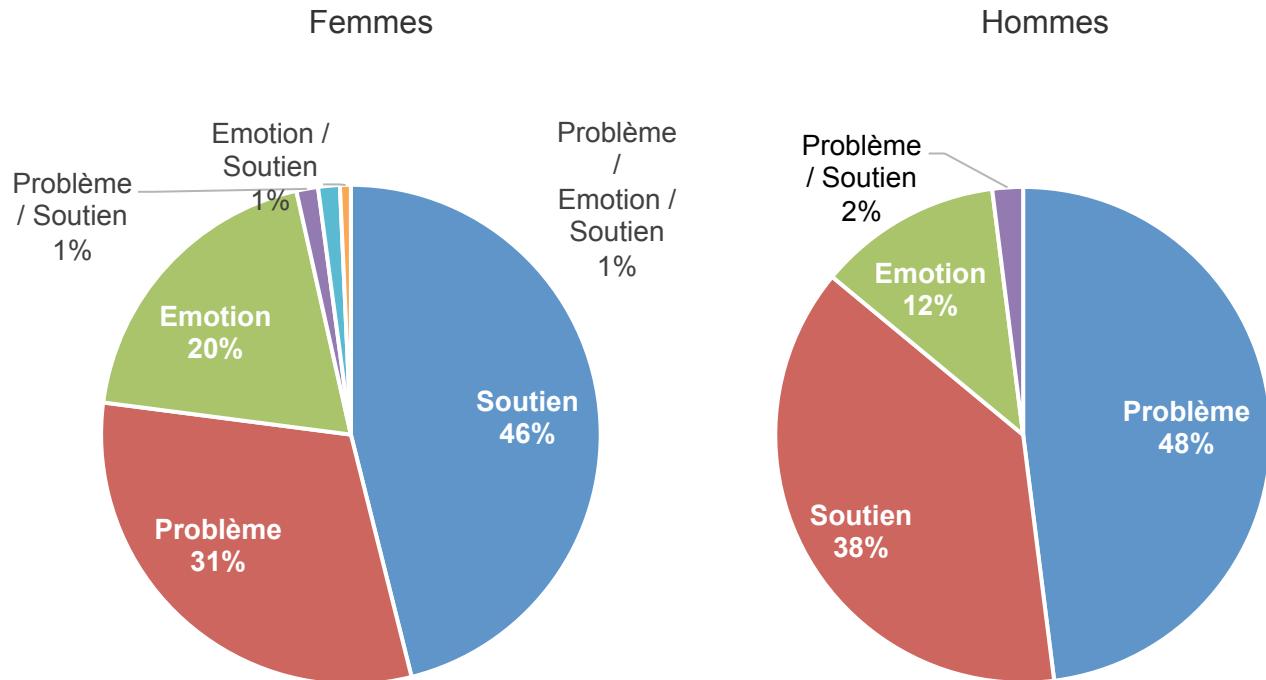
L'analyse par genre met en évidence que 46% des femmes ont une stratégie prédominante dans la recherche de soutien social contre 38% des hommes. Ces derniers ont recours davantage à une stratégie centrée sur le problème à 48% contre 30,9% des femmes.

En ce qui concerne la stratégie centrée sur l'émotion, elle représente 19,4% des stratégies prédominantes utilisées par les femmes et 12% par les hommes.

Stratégie de coping dominante par genre	En VA	En %
Femmes	139	100%
Soutien	64	46%
Problème	43	30,9%
Emotion	27	19,4%
Problème / Soutien	2	1,4%
Problème / Emotion / Soutien	2	1,4%
Emotion / Soutien	1	0,7%
Hommes	50	100%
Problème	24	48%
Soutien	19	38%
Emotion	6	12%
Problème / Soutien	1	2%

p = 0,298

Tableau 22 : Stratégie de coping dominante par genre (en VA et %)



Graphique 15 : Stratégie de coping dominante par genre (en %)

2.3.2. Selon l'âge

L'analyse du coping par l'âge ne révèle pas de corrélation entre le vieillissement et l'utilisation de stratégies d'adaptation en particulier.

Stratégie de coping dominante par âge	En VA	En %
1 - Moins de 25 ans	2	100%
Soutien	2	100%
2 - Entre 25 et 30 ans	84	100%
Emotion	16	19,0%
Problème	24	28,6%
Problème / Emotion / Soutien	1	1,2%
Problème / Soutien	1	1,2%
Soutien	42	50%
3 - Entre 30 et 40 ans	73	100%
Emotion	10	13,7%
Emotion / Soutien	1	1,4%
Problème	35	47,9%
Problème / Emotion / Soutien	1	1,4%
Problème / Soutien	1	1,4%
Soutien	25	34,2%
4 - Entre 40 et 50 ans	15	100%
Emotion	3	20%
Problème	2	13,3%
Problème / Soutien	1	6,7%
Soutien	9	60%
5 - Entre 50 et 60 ans	8	100%
Emotion	2	25%
Problème	3	37,5%
Soutien	3	37,5%

6 - Plus de 60 ans	7	100%
Emotion	2	28,6%
Problème	3	42,9%
Soutien	2	28,6%
Total général	189	

p = 0,641

Tableau 23 : Stratégie de coping dominante par âge (en VA et %)

2.3.3. Selon la durée d'exercice

L'analyse des stratégies de coping en fonction de la durée d'exercice ne révèle pas d'évolution ou de tendance dans l'utilisation d'un modèle en particulier.

Stratégie de coping dominante par durée d'exercice	En VA	En %
1 - Toujours en formation	47	100%
Soutien	20	42,6%
Problème	16	34%
Emotion	10	21,3%
Problème / Soutien	1	2,1%
2 - Moins d'un an	35	100%
Soutien	19	54,3%
Problème	12	34,3%
Emotion	3	8,6%
Problème / Emotion / Soutien	1	2,9%
3 - Moins de 5 ans	66	100%
Soutien	28	42,4%
Problème	24	36,4%
Emotion	11	16,7%
Problème / Soutien	1	1,5%
Emotion / Soutien	1	1,5%
Problème / Emotion / Soutien	1	1,5%
4 - Entre 5 et 10 ans	12	100%
Problème	8	66,7%
Soutien	2	16,7%
Emotion	2	16,7%

5 - Entre 10 et 20 ans	14	100%
Soutien	8	57,1%
Emotion	3	21,4%
Problème	2	14,3%
Problème / Soutien	1	7,1%
6 - Plus de 20 ans	15	100%
Soutien	6	40%
Problème	5	33,3%
Emotion	4	26,7%
Total général	189	

$p = 0.785$

Tableau 24 : Stratégie de coping dominante par durée d'exercice (en VA et %)

2.3.4. Selon le ressenti personnel

Nos résultats révèlent que les interrogés s'identifient comme sereins adoptent majoritairement des stratégies centrées sur le problème et sur la recherche du soutien social (significativité $p=0.00704$).

La stratégie centrée sur le problème diminue parallèlement de l'augmentation du stress (46,7% chez les sereins, 28% chez les stressés et absent chez les très stressés). A contrario, le recours à la stratégie centrée sur l'émotion augmente avec le niveau de stress (4,4% chez les sereins, 18,2% chez les peu sereins et 50% chez les très stressés).

La stratégie centrée sur la recherche de soutien social quant à elle, reste stable variant de 45,5% à 60%.

Stratégie de coping dominante selon le ressenti personnel	En VA	En %
1 - Serein	45	100%
Problème	21	46,7%
Soutien	20	44,4%
Emotion	2	4,4%
Problème / Soutien	1	2,2%
Problème / Emotion / Soutien	1	2,2%

2 - Peu serein	44	100%
Problème	20	45,5%
Soutien	14	31,8%
Emotion	8	18,2%
Emotion / Soutien	1	2,3%
Problème / Soutien	1	2,3%
3 - Indifférent	5	100%
Soutien	3	60%
Emotion	1	20%
Problème / Emotion / Soutien	1	20%
4 – Stressé*	93	100%
Soutien	45	48,4%
Problème	26	28%
Emotion	21	22,6%
Problème / Soutien	1	1,1%
5 - Très stressé	2	100%
Soutien	1	50%
Emotion	1	50%
Total général	189	

p = 0.00704

* (touché, triste, en colère, coupable...)

Tableau 25 : Stratégie de coping dominante selon le ressenti personnel (en VA et %)

FORCES ET LIMITES

I. Sujet d'étude

Il semble nécessaire de préciser la nature du sujet de l'étude.

En effet, nous interrogeons les médecins généralistes sur l'évaluation de leur formation concernant l'approche du deuil et l'appréhension de la mort.

Les données s'appuient donc sur une opinion et non des faits réels : nous ne pouvons alors préjuger de l'existence ou de l'absence effective de la formation dédiée par ces simples résultats.

Cet élément ne paraît cependant pas constituer une faiblesse dans notre étude car les faits ne sont pas notre finalité. L'importance réside finalement dans l'exploration de leurs acquisitions réelles exprimées à travers leurs opinions.

II. Type d'étude

La revue de la littérature ne rapporte que peu d'études au sujet de la formation des médecins généralistes en ce qui concerne l'approche du deuil et l'appréhension de la mort du patient. Les rares études réalisées sont des études qualitatives rapportant ainsi des idées et des ressentis individuels [14-16, 21-23].

Il nous a donc semblé pertinent de réaliser une enquête quantitative descriptive afin d'obtenir une vision à plus grande échelle du ressenti des médecins à ce sujet et de les questionner pour la première fois sur leur formation dédiée et leurs stratégies de coping individuelles.

Notre objectif n'était pas de généraliser les résultats ou de donner à notre étude une forte validité externe ; nous souhaitions seulement apporter de nouveaux éléments jusqu'alors encore jamais explorés.

A noter également un biais inhérent à toute étude réalisée par « volontariat » : le biais d'autosélection jouant un rôle important dans la fiabilité des résultats, les répondants étant souvent plus intéressés par le sujet que la population générale.

III. Méthode de recrutement via questionnaire numérique

Nous avons choisi une diffusion numérique du questionnaire par emails (bases de données et différents listings spécialisés, réseau personnel) et sur les réseaux sociaux.

Nombreux sont les avantages : coûts d'utilisation faibles, collecte rapide des données avec diminution du risque d'erreurs lors de la saisie des données, plus fréquent dans le mode postal, facilité de réponse pour les sondés avec rapidité du remplissage, absence de réponses partielles ou incomplètes, et simplicité du renvoi du questionnaire complété.

Cependant, ce choix génère un biais d'échantillonnage et peut ainsi altérer la représentativité de la population.

En effet, la voie numérique suppose d'être entièrement équipé et connecté.

Le biais ne semble pas résider dans l'envoi du questionnaire par email, mais plutôt dans la diffusion sur différents groupes sur les réseaux sociaux. La couverture numérique, à l'heure de l'informatisation, semble être de nos jours universelle dans le milieu médical mais la présence et l'utilisation des réseaux sociaux semble davantage toucher la jeune génération de médecins.

Il nous a cependant paru être une force, permettant de récolter des informations auprès de médecins en cours de formation ou proche de la fin de leur formation universitaire initiale, la population finalement cible en vue d'une formation pédagogique et limitant par ailleurs tout biais de mémorisation.

IV. Population étudiée

4.1. Echantillon de faible effectif mais bien intégré dans la population source

Bien que nous ayons utilisé 4 modes de diffusion et effectué 2 relances, notre recrutement n'a permis d'inclure à notre étude que 209 participants dont 189 réponses exploitables sur les 6000 évalués de la population source.

Cet effectif de recrutement semble bien faible au regard de la population source.

Ce point ne nous paraît pas constituer une faiblesse car, comme nous l'avons déjà exposé, l'objectif de notre étude n'était pas de généraliser nos résultats ou de leur porter une étendue nationale, cependant il participe fortement au manque de significativité de nos résultats.

Par ailleurs, notre recrutement était orienté vers une région géographique particulière pour rendre compte de la formation universitaire et post universitaire de l'Université d'Aix Marseille.

L'objectif semble atteint avec l'inclusion de 83,7% de médecins généralistes en activité exerçant dans la région PACA et 83% d'internes issus partiellement ou exclusivement de l'Université d'Aix Marseille.

4.2. Population jeune

L'analyse des données sociodémographiques révèlent une sur-représentation des jeunes parmi la population étudiée.

En effet, on note que 80% des participants ont un âge compris entre 25 et 40 ans contre 23% recensés parmi les médecins en activité régulière [36].

Comme nous l'avons vu précédemment, ces chiffres peuvent s'expliquer d'une part par le mode de recrutement : la voie numérique s'orientant vers une population plus jeune.

D'autre part, notre échantillon n'est pas exclusivement composé de médecins généralistes en activité régulière mais inclus également des internes de médecine générale (27,8% des répondants), plus jeunes. En effet, selon l'ISNAR-IMG la moyenne d'âge des internes de médecine générale au concours ECN 2013 était de 26,8 ans avec une médiane à 27 ans. Avec une formation au DES de médecine générale de 3 ans, cette catégorie rapporte donc une population jeune, avec un âge inférieur à 30 ans [37].

Enfin, la démographie médicale féminine, ici prépondérante, révèle en 2015 qu'en région PACA, la proportion de jeunes médecins est plus grande : elle est évaluée à 15% contre 6% dans les Alpes de Haute Provence [38].

4.3. Sur représentation des femmes

Notre étude rapporte que 73,5% des répondants sont des femmes.

Ces chiffres, certes surexprimés, reflètent la tendance actuelle de la féminisation de la profession.

En effet la DREES révèle que parmi les 8 600 nouveaux médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) au cours de l'année 2017, 59 % sont des femmes [29].

La CNOM quant à elle, révèle dans son rapport de 2018, que les femmes représentent 64% des actifs de moins de 40 ans, alors que chez les plus de 60 ans, elles ne sont que 30% [36].

Cette constatation est confirmée par le rapport de l'ISNAR-IMG [37] sur la promotion d'internes de médecine générale sortante des ECN de 2013, qui recense à 62,9 % des femmes (2 311/ 3 677).

Malgré ces préventions, le recrutement de jeunes médecins généralistes, en formation et en activité régulière nous est apparu comme une force.

Elle permet d'une part de réduire le biais de mémorisation.

En effet, questionner des médecins dont la formation peut remonter à 20 ou 25 ans peut être source d'erreurs par l'oubli ou la déformation de l'information.

Nous avons tenté cependant de réduire ce biais par la possibilité de cocher une case supplémentaire : « ne me souviens pas ».

D'autre part, elle permet une analyse de la population cible dans une perspective d'enseignement et d'approfondissement de la formation initiale.

DISCUSSION

I. La mort du patient, une source de stress et d'altération de la vie professionnelle et personnelle

1.1. Pour tous les médecins généralistes

Il ressort de notre étude une préoccupation importante des médecins généralistes en ce qui concerne la mort de leur patient. En effet, ils ne sont que 26,6% à se sentir sereins ou indifférents à ce sujet, 49% stressés et 1,1% très stressés. Par ailleurs, 66,1% d'entre eux expriment que la mort d'un patient a déjà altéré leur vie professionnelle, personnelle ou les deux. Ils sont même 83,1% à le penser possible.

Bien que l'impact de la mort du patient sur la vie du médecin n'ait été que très peu exploré et que les professionnels de santé expriment ne pas souhaiter faire connaître leur situation en cas de souffrance psychologique [39], plusieurs études viennent renforcer les résultats de notre travail.

La majorité des études de la littérature consultée s'interroge sur la gestion des fins de vie de patients et révèlent pour leur part un impact psychosomatique important sur le plan professionnel et personnel [14, 16, 21-23].

La méta-analyse de Chen et al. [15], a questionné plus spécifiquement la notion de mort du patient. Elle rapportait pour sa part, des impacts à la fois personnels et professionnels, temporels et durables de la mort du patient dans l'exercice médical.

Il a également été observé, dans une étude qualitative menée par Ladevèze M et Levasseur G et al. [17] que face à la mort de leur patient, les médecins exprimaient « des sentiments partagés : tristesse, sentiment d'injustice, culpabilité ou indifférence ».

Trois travaux plus récents réalisés dans le cadre de thèses d'exercice pour le doctorat en Médecine viennent encore conforter les résultats de notre étude.

Tout d'abord Pierre Antoine Quesnel [19] a identifié de son coté en 2017 que sur les 475 répondants à son étude (médecins généralistes installés), 37% avaient déclaré qu'un décès d'un de leur patient avait déjà eu un retentissement sur leur vie professionnelle et 31% sur leur vie personnelle. Ils étaient par ailleurs 76% à répondre que le décès de leurs patients était ressenti comme difficile dans leur pratique et 71% à avoir ressenti le besoin d'être aidés.

Puis, Fabien Vanier l'avait également observé, avec une méthode qualitative, lors de ses entretiens semi dirigés [18] durant lesquels la situation de deuil était identifiée comme difficile avec un réel impact psychologique et professionnel.

Enfin Caroline Strzalkowski notait dans son étude de 2016 [20] que l'aspect émotionnel relevait d'un « vécu difficile » pour tous les médecins sondés (7/9) et « semble plus affecter les praticiens de sexe féminin ».

1.2. Différences selon le genre

A l'image des résultats de Caroline Strzalkowski [20], il ressort aussi de notre étude que les médecins généralistes hommes s'identifient comme plus sereins (50% pour les hommes vs 14,4% pour les femmes) et moins stressés (20% vs 61,1%) que leurs consœurs face au décès de leur patient.

Malgré le manque de littérature disponible sur cet élément, cette tendance trouve tout de même écho dans une étude menée en 2003 aux Etats-Unis [16] selon laquelle les femmes et les médecins qui avaient soigné leur patient pendant plus longtemps avaient eu des réactions émotionnelles plus fortes lors de son décès.

En s'appuyant sur ces résultats, et en rappelant que notre étude interroge exclusivement des médecins généralistes (dont la relation avec le patient s'inscrit particulièrement dans le temps [10-12]) et majoritairement des femmes (73,5%) il est tout à fait cohérent de constater une différence de résultat sur l'impact émotionnel du décès du patient entre nos deux études:

- Modéré (4,7/10) pour l'étude menée en 2003 aux Etats-Unis,
- Fort dans nos résultats (66,1%).

II. Des stratégies de coping disparates

2.1. En majorité la recherche de soutien social

Notre étude a questionné les médecins sur leur stratégie de coping face à leur remémoration d'une situation stressante en lien avec la mort d'un de leurs patients. L'analyse des résultats révèle que dans cette situation, les répondants se tournent en priorité vers la recherche d'un soutien social (43,9% contre 35,4% pour une stratégie centrée sur le problème, 17,5% sur l'émotion et 3,2% sur une stratégie mixte).

C'est donc en majorité la stratégie par la recherche de soutien social qui est sollicitée.

La littérature consultée corrobore nos résultats. En effet, la recherche du soutien social a également été prépondérante dans la plupart des études menées jusque-là, mettant en jeu des processus tels que le débriefing avec des confrères [14-16, 18, 20, 26, 40] et la recherche de soutien familial [19,36-40].

Dans son étude menée à Bristol, l'équipe de Gibbins [26] évoque clairement la recherche de soutien social comme une stratégie adoptée face à la mort du patient par les médecins nouvellement qualifiés.

La méta-analyse de Chen et al. [15] quant à elle, évoque une « nécessité de soutien des soignants » dans ce domaine.

Par ailleurs, à travers son enquête portant sur la vulnérabilité des professionnels de santé, réalisée en 2016 sur de plus de 4000 professionnels, Stethos International [39] illustre l'importance de la recherche de soutien social en s'attachant à en expliciter et à en détailler les différentes sources.

Toujours dans l'idée de confirmer l'importance de cette recherche de soutien social, et bien que cela ne semble pas directement lié aux stratégies de coping, notre étude rapporte que les moyens utilisés par les médecins généralistes pour approfondir leur formation sur la mort se tournent majoritairement vers un approfondissement informel par le biais de discussions diverses (auprès de confrères (35,8%), au sein de groupes de paroles dédié à l'hôpital ou autre structure (12,7%) auprès d'un autre professionnel de santé (24,9%) ou encore auprès de leur cercle famille / entourage (19,1%)).

2.2. Des stratégies de coping révélatrices de l'état d'anxiété des médecins

L'analyse univariée a révélé qu'il n'apparaissait pas de stratégie de coping préférentielle selon l'âge et la durée d'exercice. En revanche, on note de manière significative, que l'utilisation de la stratégie centrée sur l'émotion augmente avec le niveau de stress (4,4% chez les sereins, de 18,2% chez les peu sereins et 50% chez les très stressés).

Ces données concordent avec les résultats de Langevin et al. [46], qui, en 2013, a observé qu'il existait une corrélation positive entre la dimension « coping centré sur l'émotion » de la WCC et l'anxiété-trait comme l'anxiété-état. Les sujets anxieux (état et surtout trait) avaient eu aussi tendance à utiliser des stratégies de coping centrées sur l'émotion.

Bien que nous n'ayons trouvé aucune étude venant confirmer ces résultats, notre travail a aussi mis en évidence de manière significative que l'utilisation d'une stratégie centrée sur le problème était davantage utilisée chez les

personnes s'estimant sereines. Ce point est appuyé par les résultats observés chez les hommes, catégorie révélée de plus sereine et moins stressée, pour qui la stratégie centrée sur le problème est prédominante (48%).

III. La formation à l'appréhension et l'approche de la mort du patient reconnue inadaptée

Notre étude révèle que pour 92,7% des médecins généralistes interrogés, la formation initiale n'est pas adaptée (51,4% l'estimant insuffisante ou incomplète, 41,3% absente), notamment au décours de leur formation universitaire théorique obligatoire ou facultative et des stages de deuxième et troisième cycles d'études médicales (pour 70% des répondants).

Ce défaut concerne :

- La sensibilisation à la confrontation avec la mort du patient (57,2% des répondants),
- La sensibilisation aux effets affectifs de ce deuil (71,5 des répondants),
- Les moyens personnels pouvant être mis en œuvre (76,8 des répondants),
- Les aides extérieures à leur disposition (74,1% des répondants).

Cette absence de formation a été évoquée de manière générale dans plusieurs études de la littérature [18, 20, 41-44, 47], tant sur le plan théorique que pratique.

D'autres se sont intéressées à des points plus particuliers comme nous l'avons fait.

3.1. La formation à l'appréhension de la mort du patient est parfois absente

Dans notre étude, 41,3% des médecins sondés disent ne pas avoir bénéficié de formation quant à l'approche de la mort du patient.

Cet état des lieux se révèle également dans une étude menée au Pays de Galles en 2003 [45] au cours de laquelle les étudiants en médecine interrogés étaient 27% à déclarer n'avoir reçu aucune formation sur le deuil ou la mort. Dans cette même étude, 25% des jeunes médecins (récemment diplômés) estimaient n'avoir reçu aucune formation sur ce sujet.

3.2. La confrontation à la mort est souvent déniée

Rappelons que dans notre étude, 57,2% des médecins généralistes répondent ne pas avoir été formés ni sensibilisés au fait d'être confronté à la mort lors dans leur pratique.

Ces résultats font écho à l'étude menée à l'hôpital de Bristol en 2011 [26] qui évoquait pour sa part une absence de conscience de la confrontation à la mort. A l'issue de leur première année d'exercice, seulement moins de 25% des médecins interviewés étaient conscients qu'ils seraient responsables du décès d'un patient ou subiront le décès de celui-ci dans l'exercice de leurs fonctions.

3.3. La formation ne donne pas toutes les informations relatives aux aides extérieures mises à disposition des médecins

57,7% des médecins répondants à notre enquête, estiment ne pas avoir eu d'information pendant leur cursus sur les aides extérieures disponibles.

C'est de nouveau l'enquête s'intéressant à la vulnérabilité des professionnels de santé, réalisée par Stethos International en 2016 [39], qui révèle la méconnaissance des structures et des aides mises à disposition des soignants. Elle rapporte qu'ils sont 54% à ne pas savoir vers qui s'adresser en cas de souffrance psychologique. 86% des médecins ne connaissaient pas d'association engagée contre la souffrance psychologique et même 92% d'entre eux ignoraient l'existence d'un numéro de téléphone d'écoute dédié.

Cette méconnaissance des structures d'aides a également été évoquée dans 2 études françaises qualitatives lors d'entretiens semi-dirigés [18, 20].

IV. Motivations pour la poursuite des efforts de formation des médecins généralistes face à la mort de leurs patients

La méta-analyse réalisée en décembre 2018 par l'équipe de Chen et al. [15] révèle que la formation « mérite une attention sérieuse en soi ».

4.1. *Besoins des médecins*

Selon notre étude, 91% des médecins généralistes interrogés considèrent que la formation au sujet de l'approche de la mort du patient est utile. Parmi ceux-ci, ils sont même 42,3% à déclarer qu'elle est indispensable.

Par ailleurs, toujours dans notre étude, chez les médecins ayant terminé leur formation universitaire, 77,5% ressentent un besoin d'approfondissement de leur formation dans ce domaine.

Ce souhait de professionnalisation continue sur l'approche du deuil et l'appréhension de la mort du patient a été également été exprimé dans le travail de Caroline Strzalkowski [20] au cours duquel certains médecins

interrogés (3/9) considéraient une formation complémentaire comme nécessaire.

4.2. Evolution du rôle du médecin

Cette nécessité d'investissement dans la formation du médecin prend toute son importance alors que le rôle du médecin généraliste face à la mort s'intensifie.

En effet, de manière générale le médecin se voit chargé d'un nouveau rôle face à la mort. En cause, selon Vladimir Jankélévitch [48], les progrès de la médecine qui 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 ». Il ne se doit donc plus seulement de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé [49], mais de guérir.

P. Le Coz [24] ajoute même, que cette augmentation de « l'efficience thérapeutique de l'arsenal médical » serait également pour le médecin, une source de « culpabilité, [de] sentiment d'être lié à la mort ».

De plus, de par son statut de médecin Généraliste, il est placé au cœur du parcours santé du patient [5-9]. Il est non seulement le premier recours dans la démarche de soins [6] mais peut également être sollicité, par exemple, dans la prise en charge du maintien de patients âgés dépendants et de la fin de vie à domicile [12-13].

4.3. Prise de conscience nationale de la nécessité d'améliorer la qualité de vie au travail du médecin

Le Gouvernement Français a adopté en Mars 2017 [50] une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants en ambulatoire.

Parmi les orientations validées par le gouvernement, nous identifierons tout particulièrement les 3 engagements suivants :

- Adapter les formations initiales et continues pour développer la qualité de vie au travail tout au long de la carrière.
- Prévenir et détecter la souffrance au travail (mieux informer les professionnels de santé sur la prévention des risques psychosociaux).
- Renforcer les dispositifs d'accompagnement des professionnels en difficulté (favoriser la mise en œuvre d'un dispositif d'écoute téléphonique accessible par un numéro national facile à identifier et à contacter).

Il apparaît donc clairement que l'amélioration des conditions de vie au travail du médecin passe par sa formation initiale et continue.

V. Perspectives d'enseignement

Comme nous l'avons vu précédemment, notre étude révèle que la mort du patient est évaluée comme source de stress et d'altération de la vie professionnelle et personnelle pour les médecins généralistes.

Si l'on revient à la définition du coping, il s'agit d'un « processus durable et changeant qui ne peut être réduit à un phénomène linéaire du type stimulus-réponse. Il est constitué d'efforts cognitifs et comportementaux variant constamment en fonction des **évaluations incessantes** par le sujet de sa relation à son environnement. L'évaluation est un processus cognitif continu par lequel le sujet évalue la situation stressante (évaluation primaire) et ses ressources pour y faire face (évaluation secondaire). Toute modification de la relation entre individu et environnement pourrait donner lieu à des réévaluations de la situation et des ressources disponibles. » [51].

Il nous apparaît donc qu'une meilleure connaissance et compréhension de ces mécanismes cognitifs peut nécessiter une formation spécifique.

5.1. Etat des lieux des enseignements

Depuis 2006 le DES de Médecine Générale établit les 6 compétences à acquérir [7] :

1. Premier recours, incertitude, urgences,
2. Approche globale, prise en compte de la complexité,
3. Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire,
4. Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient,
5. Relation, communication, approche centrée patient,
6. Professionnalisme.

Nous observons que le thème de la mort, bien que connexe avec certaines d'entre-elles, n'apparaît pas distinctement dans les déclinaisons de ces compétences [5-9].

En prenant l'exemple du programme d'apprentissage de l'Université d'Aix Marseille sur l'année 2019-2020, aucun module n'aborde spécifiquement le sujet. En revanche, certains modules facultatifs lors du troisième cycle d'études médicales, évoqués en référence par nos répondants lors de notre étude, peuvent s'en approcher tels que :

- Le module 2 : *positionnement éthique en médecine générale*,
- Le module 7 : *psychologie-psychiatrie approche de la consultation en MG*,
- Le module 8 : *médecine légale*,
- Le module 11 : *prise en charge de la personne âgée en MG*,
- Le module 19 : *soins palliatifs et médecine générale*
- Le module 23a : *le risque suicidaire- approche en réseau*.

Depuis l'année universitaire 2017, le Décret n° 2016-1597 [52] réforme l'organisation du troisième cycle des études médicales et se structure désormais selon trois phases d'apprentissage : la phase socle, la phase d'approfondissement et la phase de consolidation.

Les modalités d'apprentissage n'y sont cependant pas exposées clairement et sont déterminées par l'unité de formation et de recherche de l'université auprès de laquelle l'étudiant est inscrit (*Art. R. 632-25*).

Il est seulement spécifié que l'étudiant doit, à l'issue de la phase socle, définir un contrat de formation (*Art. R. 632-26*) qu'il aura élaboré en collaboration avec le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine et la commission locale de coordination de la spécialité définie (*Art. R. 632-14*).

Dans le cadre de cette réforme, en ce qui concerne l'Université d'Aix Marseille, un enseignement « hors stages » en phase d'approfondissement par mises en situation collectives a été mis en place. Il répond par ailleurs au travail réalisé par l'équipe d'Attali et al. [53] qui définit les grandes familles de situations cliniques rencontrées en pratique médicale.

Parmi les sujets abordés, certains semblent aussi se rapprocher de notre thématique et traitent des « situations de patients en soins palliatifs et de patient en fin de vie ».

Il semblerait tout à fait pertinent d'intégrer à cet enseignement hors stage les impacts de la mort d'un patient et les stratégies de coping associées.

Bien que l'approche du deuil et l'appréhension de la mort du patient puisse être conçu comme un thème transversal, aucun support numérique disponible n'en porte trace à ce jour.

Dans notre étude, les médecins en formation ou thésés déclarent en majorité ne pas avoir reçu de formation dédiée. N'ont-elles pas été réalisées ou leur contenu n'a-t-il pas été acquis ? Cela nous amène à questionner les modalités d'enseignement.

5.2. Un retour d'expérience contrasté sur les formations théoriques

Il ressort de l'analyse de la littérature et en particulier des études qualitatives [17, 20, 44], que les interrogés douteraient de l'acquisition de ces compétences par le biais d'une formation théorique. En effet, ces études soulèvent la difficulté perçue des praticiens à concevoir une formation spécifique au sujet de la mort, évoquant un apprentissage « sur le tas » ou « avec l'expérience ».

Ce sentiment trouve écho dans les résultats de notre étude : on observe que la part de répondreurs sereins augmente à partir de 5 ans d'exercice.

Par ailleurs, cette réticence pourrait provenir de leur vision actuelle de l'enseignement théorique proposé : 92% de nos répondants l'estiment inadaptée.

5.3. De nouvelles méthodes innovantes de transmission des compétences

Malgré tout, de nouvelles perspectives d'enseignement innovantes commencent à se développer dans le monde et en France et nous laissent espérer de meilleurs résultats.

5.3.1. Les groupes d'analyse de situations dont l'Apprentissage Par Problèmes

Il s'agit d'une situation d'apprentissage organisée autour de la recherche, de l'explication et de la résolution de problèmes [54]. Les apprenants, regroupés par équipes, travaillent ensemble à résoudre un problème généralement proposé par l'enseignant, problème pour lequel ils n'ont reçu aucune formation particulière.

L'objectif est l'apprentissage de contenu et de savoir-faire, ainsi que la découverte de notions nouvelles de façon active, poussé par les nécessités du problème soumis. Les groupes de travail doivent être relativement homogènes avec 3 fonctions occupées par les membres : un secrétaire, un gestionnaire et un animateur de formation. L'enseignant prend le rôle de facilitateur.

Une session suit un protocole établi en 5 étapes :

- 1) Première lecture
- 2) Identification des objectifs de recherche
- 3) Emission des hypothèses
- 4) Recherche des réponses (individuelle ou en groupe)
- 5) Retour sur la situation problème avec mise en communs des réponses

Initiée à Genève depuis 1995 et suivie au Canada à l'Université de Médecine de Montréal [55] et de Sherbrooke [56], cette méthode d'apprentissage a été introduite récemment à l'Université de Rouen et Nice.

Cette pratique a d'ailleurs été évoquée en réponse libre lors du questionnement sur les moyens d'approfondissement de la formation à la mort en mentionnant la gestion de simulation (CESIM).

5.3.2. Les groupes d'analyse de pratiques dont les Groupes Balints

L'analyse de pratiques (ou débriefing, supervision, coaching, exploitation de stage) est une démarche finalisée (de formation, de professionnalisation), groupale, accompagnée (conducteur, accompagnateur, régulateur ou formateur = expert encadrant), instrumentée par des savoirs, outils d'analyse. C'est une démarche et un lieu d'articulation pratique-théorie-pratique [57].

Elle a pour objectifs d'aider les professionnels à se perfectionner, à comprendre leurs ressources, à développer leur identité professionnelle, par

une analyse a posteriori d'une situation, de la façon dont ils ont agi, analyse permettant de mettre à jour ce qu'ils ont appris.

Elle permet une appropriation de savoirs théoriques, qui, parce qu'ils sont convoqués en lien avec des situations vécues, vont être durablement intégrés.

Les séances d'analyses de pratiques s'organisent en 5 phases :

- L'exposition
- La clarification
- La compréhension, formulation d'hypothèses, analyse
- Les propositions (éventuellement),
- La clôture.

Trois règles de fonctionnement sont communes à la plupart des dispositifs: confidentialité, non jugement et nécessité d'implication de chacun des participants.

Il existe deux types de dispositifs : ceux d'orientation clinique psychanalytique et ceux d'orientation psychosociologique. Nous n'évoquerons ici que les groupes d'analyses de pratiques de type Balint.

Le travail Balint est une réflexion d'orientation psychanalytique. Elle analyse la relation thérapeutique soignant-soigné qui, selon son fondateur, ne peut être transmise par le biais de cours magistraux.

Il propose donc, une formation en groupes (8 à 10 personnes), qui discute à partir d'un cas ou d'une difficulté clinique qui pose problème au soignant. Celui-ci l'expose ensuite devant le ou les animateurs (psychanalyste ou psychologue clinicien et ayant reçu une formation centrée sur la dynamique des groupes Balint) ainsi que les participants du groupe.

Cette approche a pour but d'améliorer les capacités d'analyse des attitudes et des contre attitudes (liens psychiques inconscients entre la personnalité

individuelle singulière intime et la personnalité professionnelle) des patients et des médecins. Elle est décrite comme « une pratique pour « penser » et « panser », puis partager avec d'autres » [58].

Elle trouve place aujourd'hui dans quelques facultés de médecine en France : Angers, Grenoble La Tronche, Paris V Descartes, Paris VII Diderot, Paris XI Le Kremlin Bicêtre, Paris XII Créteil, Paris XIII Bobigny, Rennes, Strasbourg, Bordeaux [59].

Bien que cette méthode soit peu développée dans nos cursus d'enseignement traditionnel, nous constatons tout de même que 12,7% des répondants ont indiqué y avoir déjà eu recours comme moyens d'approfondissement de leur formation.

5.3.3. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) de 3ème vague dont le MBSR

La 3^{ème} vague des thérapies comportementales et cognitives apparaît dans les années 90, intégrant une dimension émotionnelle et empirique aux thérapies qui jusqu'ici restaient centrées sur le travail cognitif et comportemental [60].

On peut évoquer en particulier le MBSR (Mindfulness-Based Stress Réduction, ou Réduction du Stress Basée sur la Pleine Conscience) [61].

Créé en 1979 par Jon Kabat-Zinn au sein de la Faculté de Médecine du Massachusetts, le MBSR est un programme structuré qui tire ses influences de deux grands courants :

- 1) Celui des traditions méditatives orientales (pratique bouddhiste de vipassana et yoga),
- 2) Et celui de la science occidentale (médecine et psychologie).

Ce programme constitue une approche éducative qui vise, via un apprentissage par l'expérience, à développer l'aptitude à répondre plus

efficacement au stress, à la douleur et à la maladie en invitant les participants à se relier à leurs ressources internes.

Les participants apprennent à reconnaître leurs réactions habituelles aux difficultés et à adopter une attitude d'acceptation et de non jugement envers toute expérience, y compris les sensations, pensées, émotions ou comportements difficiles.

Le programme repose sur un entraînement intensif à la méditation en Pleine Conscience et sur son intégration dans la vie de tous les jours.

Les participants sont appelés à développer leur capacité à prendre soin d'eux et à trouver une meilleure qualité de vie.

On connaît surtout la TCC comme une méthode couramment utilisée par les psychologues et psychiatres dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de syndromes anxieux et dépressifs.

Cependant, un Diplôme Universitaire « TCC », est présenté dans l'ensemble des universités françaises (Paris Descartes, Sorbonne, Marseille, Lyon, Nice, Toulouse, Bordeaux, Lille, Clermont Ferrand, Saint Etienne, Nîmes, Nantes...) afin de les former à cette méthode.

Bien que ces DU s'orientent sur le soin du patient, une évolution vers une approche rétrospective permettrait au médecin son application pour l'aider à surmonter les stress et difficultés rencontrées tout au long de son exercice. Il semblerait aussi intéressant, devant l'éminent bénéfice scientifiquement établi de cette approche, de l'intégrer au cursus commun, accessible à tous.

Dans notre étude, cette approche par les Thérapies Cognitivo-Comportementales n'a été évoquée qu'à une seule reprise, identifiée parmi les « cours théoriques facultatifs » abordant le sujet.

CONCLUSION

La mort, rejetée et occultée reste un sujet tabou [24, 26-27, 48].

Bien qu'elle soit incontournable dans la pratique d'un médecin, elle peut être identifiée comme échec personnel [19, 24, 58], et peut être source de culpabilité et de mal être [14-23, 24, 39].

Notre travail s'est intéressé plus spécifiquement aux médecins et en particulier aux médecins généralistes, placés au cœur de la prise en charge [5-9] et qui entretiennent une relation privilégiée construite dans le temps avec leur patient [10-13].

Mais devant cette « mort interdite » [3], de quelle manière le médecin généraliste vit-il cette expérience ? Comment fait-il face à cet évènement, à la « solitude angoissante » [24] qui l'accompagne ? A t'il été formé pour cela ?

Selon notre étude, la mort du patient apparaît comme une réelle source de stress chez les médecins généralistes en formation et en activité, ayant des impacts à la fois personnels ou professionnels.

Elle révèle par ailleurs que pour surmonter ce stress, les médecins généralistes mettent en œuvre des stratégies de coping individuelles dépendantes de leur niveau de stress. En effet, il existe une corrélation positive entre la dimension « coping centré sur l'émotion » et le stress, les plus sereins eux ont tendance à s'orienter vers une stratégie centrée sur le problème.

Face à ce constat de stress impactant, et au regard des attentes toujours plus élevées de notre société envers le médecin [24, 48], comment sont-ils préparés ?

L'état des lieux que nous avons dressé sur leur formation universitaire laisse entrevoir de réelles lacunes, mais aussi une vraie attente et des pistes d'amélioration déjà expérimentées.

En effet, notre étude rapporte que la majorité des médecins interrogés soutient ne pas avoir reçu de formation au sujet de l'approche du deuil et de l'appréhension de la mort et soulignent également l'acuité de ce questionnement dans leur pratique.

Cependant, de notables changements s'opèrent.

D'abord, sur le plan politique, une véritable prise de conscience collective a motivé l'élaboration en mars 2017 d'une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail pour « Prendre soin de ceux qui soignent » [44]. Des associations d'aides et d'écoute [cf. annexes] se développent. Une ligne d'écoute unique est créée sous la direction du Conseil National des Médecins, disponible 24h/24, 7j/7, gratuite pour tous les professionnels de santé en détresse, quels que soient leur spécialité, leur lieu, ou leur mode d'exercice.

Ensuite, sur le plan universitaire, on observe qu'émergent de nouvelles modalités d'enseignement prometteuses. Basées sur des approches cognitives et comportementales de l'apprentissage, elles pourraient venir enrichir nos modalités d'enseignement à l'Université.

Ces nouvelles méthodes de formation, déjà mises en place depuis des décennies au Canada [55-56], aux Etats Unis et dans certains pays européens commencent aussi à se développer en France [6-9, 59] et pourraient trouver un ancrage dans la réforme du troisième cycle des études médicales.

Ces éléments semblent donc donner une perspective rassurante pour les médecins généralistes et les clés pour les enseignements initiaux et continus qui ne devraient pas omettre d'y intégrer le sujet de la mort.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Encyclopédie Larousse. (page consultée le 07/10/2018). Mort, [en ligne]. <https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/mort/71578>
- [2] Vanessa Bellamy V, Beaumel C (Division Enquêtes et études démographiques). Bilan démographique 2016. Commandité par l’Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
- [3] Girard A. Aries Philippe. L’homme devant la mort. Population. 1978;471-2.
- [4] Lalande F, Veber O. La mort à l’hôpital : Rapport publique. 2010. Commandité par l’Inspection des Affaires sociales.
- [5] Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract. juin 2002;52(479):526-7. Version française « La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille » disponible sur <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.
- [6] Groupe Certification. CNGE. Les compétences du médecin généraliste. Exercer 2005;(74):94-5
- [7] Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis JN, Ghassorian C, Gomes J et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Exercer 2006;(76):31-32.
- [8] Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer 2013;(108):148-55.

- [9] Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les Niveaux de compétence. *Exercer* 2013;(108):156-64.
- [10] Parcours de soins coordonnés et désignation du médecin traitant. Code de la sécurité sociale, L162-5 à L162-5-3.
- [11] Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), Service-public.fr. Parcours de soins coordonnés et médecin traitant [en ligne]. Octobre 2019, [consulté le 12/10/2019]. Disponible sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>
- [12] Service-public.fr. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), (page consultée le 12/10/2019) Parcours de soins coordonnés et médecin traitant, [en ligne]. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>
- [13] Améli.fr. (page consultée le 11/11/2019). Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés, [en ligne]. <https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
- [14] Medisauskaite A, Kamau C. Are we preparing GP trainees for patient death? *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*. mai 2015;65(634):248-248.
- [15] Chen C, Chow AYM, Tang S. Bereavement process of professional caregivers after deaths of their patients: A meta-ethnographic synthesis of qualitative studies and an integrated model. *International Journal of Nursing Studies*. 1 déc 2018;88:104-13.
- [16] Redinbaugh E, Sullivan A, Block S, et al. Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. *BMJ*. 2003;327(7408):185-188.

- [17] Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2010;41(1):65-72.
- [18] Vannier F. Quels impacts chez le médecin généraliste du décès de ses patients et quelles pistes d'amélioration? Une étude qualitative sur 10 médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure. [Thèse Médecine]. Université de Médecine et Pharmacie de Rouen; 2019.
- [19] Quesnel P.-A, Denis R K. Les médecins généralistes face au décès de leurs patients. [Thèse Médecine]. Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2017.
- [20] Strzalkowski C. Prise en charge du deuil récent en médecine générale. [Thèse Médecine]. Université de Bretagne Loire; 2016.
- [21] Granek L, Ariad S, Nakash O, Cohen M, Bar-Sela G, Ben-David M. Mixed-Methods Study of the Impact of Chronic Patient Death on Oncologists' Personal and Professional Lives. *J Oncol Pract*. 2017 Jan;13(1):e1-e10.
- [22] Lemercier X. Vécu et ressenti des médecins généralistes dans leur prise en charge des patients en fin de vie. Analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la vienne, 180 p. [Thèse : Médecine]. Université de Poitiers ; 2010.
- [23] Stipon M. État des lieux de la prise en charge en soins palliatifs en médecine générale en Seine-Maritime et dans l'Eure. [Thèse Médecine]. Université de Médecine et Pharmacie de Rouen; 2016.
- [24] Le Coz P. Le médecin et la mort: Approches éthique et philosophique. Vuibert. 2006. (Espace Ethique).
- [25] Bruckner P. Euphorie perpetuelle, essai sur le devoir de Bonheur. Brasset. 2000.

- [26] Gibbins J, McCoubrie R, Forbes K. Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? *Med Educ.* 2011;45(4):389–399.
- [27] Zambrano S, Barton C. On the journey with the dying: how general practitioners experience the death of their patients. *Death Stud.* 2011;35(9):824–851.
- [28] Oihana G. Les médecins face à la mort: Le généraliste Baptiste Beaulieu lève le tabou de la gestion du deuil. 20 minutes [en ligne]. Octobre 2016. [consulté le 07/10/2018]. Disponibilité internet sur : <https://www.20minutes.fr/sante/1938351-20161007-medecins-face-mort-generaliste-baptiste-beaulieu-leve-tabou-gestion-deuil>
- [29] Direction de la Recherche des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques, (page consultée le 20/05/2019).Dossier de presse : Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d’infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d’effectifs de médecins, [en ligne]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_presse_demographie.pdf
- [30] Postes et rangs pour les ECN au CHU Aix-Marseille
http://www.remede.org/internat/rangs-enc.html?mode=det&conv_chu=Aix-Marseille
- [31] Lazarus M., Folkman S. Stress, appraisal and coping. Ed. Springer: New York; 1984.
- [32] Vitaliano P., Russo J., Maiuro RD., Becker J. The Ways of Coping CheckList: revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research.* 1985;20, 3-26.

- [33] Paulhan I, Nuissier J, Quintard B, Cousson F, Bourgeois M. La mesure du "coping" : traduction et validation française de l'échelle de Vitaliano. *Annales Médico-Psychologiques*. 1994;152(5):292-9.
- [34] Cousson F, Bruchon-Schweitzer M, Quintard B, Nuissier J, Rascl N. Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la Ways of Coping Checklist. *Psychologie française*. 1996;41(2):155-64.
- [35] Fernandez L, Bonnet A, Pedinielli J-L, Préau M. Modules VII. Outils de recueil d'informations sur les co-facteurs dans l'étude des effets psychosociaux des catastrophes. In P. Verger, M. Aulagnier, V. Schwoebel, T. Lang. *Démarches épidémiologiques après une catastrophe.*, Edition: Paris : La Documentation Française., Chapter: Modules VII. Outils de recueil d'informations sur les co-facteurs dans l'étude des effets psychosociaux des catastrophes ; 2005:205-207.
- [36] Conseil National de l'Ordre des Médecins, (page consultée le 20/05/2019). Synthèse de l'activité régulière, situation au 1er janvier 2018, [en ligne]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pie6yf/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf
- [37] InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Enquête nationale sur la formation des internes de médecine générale [en ligne]. 2013, [consulté le 20/05/2018]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
- [38] Conseil National de l'Ordre des Médecins, (page consultée le 20/05/2019). La démographie médicale En Région PACA Situation en 2015, [en ligne]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/rrqr8o/atlas_paca_2015.pdf

- [39] Stethos International. Vulnérabilité des professionnels de santé. Rapport. Oct 2016. Commandité par l'association SPS.
- [40] Kelly E, Nisker J. Medical students' first clinical experiences of death. *Med Educ.* 2010 ;44(4):421–428.
- [41] Batley NJ, Bakhti R, Chami A, Jabbour E, Bachir R, El Khuri C et al. The effect of patient death on medical students in the emergency department. *BMC Med Educ.* 2017;17(1):110.
- [42] Serwint JR. One method of coping : resident debriefing after the death of a patient. *J.Pediatr.* 2004 Aug ;45(2):229-34
- [43] O'Conor M, Breen LJ. General practitioners' experiences of bereavement care and their educational support needs: a qualitative study. *BMC medical education.* 2014;Mar 27 14(1):1.
- [44] Saunderson EM, Jewell D, Ridsdale L. General practitioners' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study Commentary: Use of personal experience should be legitimised. *BMJ.* 1999 Jul 31;319(7205):293-6.
- [45] Barclay S, Wyatt P, Shore S, Finlay I, Grande G, Todd C. Caring for the dying: how well prepared are general practitioners? A questionnaire study in Wales. *Palliat Med.* 1 janv 2003;17(1):27-39.
- [46] Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Risques psychosociaux : outils d'évaluation Ways of Coping Checklist (WCC). *Références en santé au travail.* sept 2013;(135):135-8.

[47] Vodounnou M-S. Les affects des médecins généralistes : leurs approches et leurs solutions pour ne pas déborder le cadre de la relation médecin-patient : une étude qualitative exploratoire auprès de 24 médecins généralistes du grand Sud-Ouest. [Thèse Médecine]. UFR des sciences médicales. Université de Bordeaux ; 2015.

[48] Jankélévitch V. Penser la mort ? Paris : Liana Levi; 1994.

[49] Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 12/10/2019). Le Serment d'Hippocrate, [en ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate#sommaire-id-0>

[50] Ministère des Solidarités et de la Santé. Volet ambulatoire de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé, Prendre soin de ceux qui nous soignent [en ligne]. 2017,[consulté le 10/11/2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sn_qvt_ambulatoire_vaes_210317.pdf

[51] Bruchon-Schweitzer M. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. Recherche en soins infirmiers. 2001;(67):68-83.

[52] Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. [en ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/MENS1620996D/jo/texte>

[53] Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz.A-M. Les grandes familles de situations cliniques. Exercer 2013;(108):165-9.

[54] Centre d'Etudes et de Formation en Enseignement Supérieur, Université de Montréal (page consultée le 23/10/2019). Apprentissage par problèmes. [en ligne].

http://www.cefes.umontreal.ca/pafeu/parcours_formation/enseigner/apprentisages_problemes.html

- [55] Parratte J, Stip E. L'apprentissage par compétences : renouveau pédagogique à l'université de Montréal. *L'information psychiatrique*. 2012;88(7):543-8.
- [56] Côté DJ, Bellavance C, Chamberland M, Gaillon A. Un programme pour aider les étudiants en médecine à développer leurs stratégies d'apprentissage. *Pédagogie Médicale*. 2004;5(2):95-102.
- [57] Lagadec A-M. L'analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences : ancrage théorique, processus à l'œuvre et limites de ces dispositifs. *Recherche en soins infirmiers*. 2009;97(2):4-22.
- [58] Reznik F. Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin. *Le Journal des psychologues*. 2009;270(7):29-30.
- [59] Société Médicale Balint. (page consultée le 07/08/2019). Formation des étudiants en médecine, Formation à la relation thérapeutique en groupes de discussion de cas, [en ligne]. <https://www.balint-smb-france.org/formation-etudiants-smb.php>
- [60] Favro G. La troisième vague des thérapies comportementales et cognitives [en ligne]. 2 fev 2018. [consulté le 23/10/2019]. Disponibilité internet sur : <http://be-and-become.com/la-troisieme-vague-des-therapies-comportementales-et-cognitives/>
- [61] Association pour le Développement de la Mindfulness (page consultée le 23/10/2019). Tout savoir sur MBSR. [en ligne]. <https://www.association-mindfulness.org/tout-savoir-sur-mbsr.php>
- [62] Foucier I. Les médecins face à la mort. *Les Inrockuptibles* [en ligne]. Sept 2011. [consulté le 07/10/2018]. Disponibilité internet sur : <https://www.lesinrocks.com/2011/09/14/actualite/actualite/les-medecins-face-a-la-mort-comment-affronter-lirreparable/>

ANNEXES

Structures d'aides et associations disponibles de soutien aux soignants en détresse (liste non exhaustive et amenée à se développer)

- Dédiées aux internes de Médecine :
 - SOS SAIHM par le Syndicat Autonome des Internes des Hôpitaux de Marseille
 - SOS SYMGO par le Syndicat des Internes de Médecine Générale de l'Ouest
 - SYREL-IMG par le Syndicat Représentatif Lyonnais des Internes de Médecine Générale « interne en détresse »
 - SOS SIHP Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris
- Dédiées aux médecins :
 - ligne d'écoute téléphonique unique disponible 24h/24, 7j/7 et gratuite pour tous les professionnels de santé en détresse, quels que soient leur spécialité ou leur mode d'exercice, sur tout le territoire : 0 805 23 23 36
 - ASSPC Association Santé des Soignants Poitou-Charentes
 - ASRA Aide aux Soignants de Rhône-Alpes
 - ARENE Association Régionale d'Entraide du Nord Est
 - AAPMS Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignant
 - AAPML Association d'Aide aux Professionnels de Santé et Médecins Libéraux
 - APSS Association Pour les Soins aux Soignants
 - Entraide de l'Ordre des Médecins du Nord
 - Entraide du Conseil Départemental des Bouches du Rhône de l'Ordre des Médecins
 - ERMB Entraide Régionale des Médecins de Bretagne

- INTER.MED propose en Languedoc-Roussillon à tous les médecins d'être reçu en consultation pour une prise en charge adaptée (problème aigu ou chronique, bilan de santé global...)
- Med'Aide par l'URPS soutenu par l'ARS PACA
- MOTS Médecin Organisation Travail Santé (Montpellier, Marseille, Bordeaux, Toulouse, Limoges, Orléans, Lille, Paris, Amiens et Caen)
- site internet [en ligne] souffrance-et-travail.com avec guide pratique pour médecins généralistes

ABREVIATIONS

AMU : Aix Marseille Université

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNG : Centre National de Gestion

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DU : Diplôme d'Université

ECN : Examen Classant National

GEP : Groupe Ecole Pratique

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MBSR : Mindfulness-Based Stress Réduction, ou Réduction du Stress Basée sur la Pleine Conscience

MG : Médecine Générale

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

URPS : Unions Régionales de Professionnels de Santé

VA : Valeur Absolue

WCC : Ways of Coping Checklist

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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'informerais les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La mort est taboue [24, 26-27, 48] dans une société où la médecine devient de plus en plus efficiente [24, 48]. Elle est occultée et rejetée. Devant cette mort interdite [3] le médecin généraliste doit faire face à sa « solitude angoissante » [24].

L'objectif de cette étude était d'évaluer la formation des médecins généralistes quant à l'approche du deuil et l'appréhension de la mort dans leur exercice et leurs stratégies de coping.

METHODE : Etude quantitative descriptive auprès de médecins généralistes libéraux en activité ou internes de Médecine Générale en région PACA par questionnaire numérique puis analyse univariée.

RESULTATS : En majorité, les médecins se déclarent non formés, en particulier chez les femmes. Il existe de plus une corrélation positive entre sérénité et degré de formation.

Lors du deuil du patient, les stratégies d'adaptation des médecins généralistes sont disparates et dépendantes de leur niveau de stress : il existe en effet une corrélation positive entre la dimension « coping centré sur l'émotion » et le stress. Les plus sereins ont tendance à s'orienter de préférence vers une stratégie centrée sur le problème.

CONCLUSION : La mort est un sujet qui préoccupe les médecins généralistes. Ils se sentent, de plus, formés de manière inadaptée. Une politique nationale s'est développée en vue de « prendre soin de ceux qui soignent » [39]. Une formation initiale ou continue dédiée, basée sur les innovantes pratiques cognitives et comportementales pourrait leur permettre de s'armer dans la gestion de ces situations difficiles.

Mots clés : mort – médecins généralistes – deuil – formation – coping – stratégie d'adaptation - relation médecin malade