

2022-2023

THÈSE

pour le

DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

**Comment les médecins
généralistes parlent de
la mort avec les patients
en bonne santé ?**

CARIOU Laurane

Née le 04/02/1992 à Mayenne (53)

Sous la direction de Mme la Dr Judalet-Illand Ghislaine

Membres du jury

Pr William BELLANGER | Président

Dr Ghislaine JUDALET-ILLAND | Directrice

Dr Anne-Laurence PENCHAUD | Membre

Dr Jean-Marc MOUILLIE | Membre

Soutenue publiquement le :

16 mars 2023

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Cariou Laurane,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiante le 16/02/2023.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :

Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédiopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie

FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine

ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie

COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDALI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie

SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
ATER		
Arrivée prévue nov 2021	Immunologie	Pharmacie
PLP		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
AHU		
CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

Au Dr Judalet, je vous remercie de m'avoir accompagnée en tant que Directrice de thèse, mais aussi en tant que maître de stage lors de la fin d'internat de médecine générale.

Au Pr Bellanger, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous en remercie.

Aux membres du jury, Dr Penchaud et Dr Mouillie, vous me faites l'honneur de juger ce travail, je vous en remercie.

Aux médecins qui ont accepté de participer à l'élaboration de cette thèse, merci pour votre disponibilité et ces échanges enrichissants.

A tous les médecins et autres soignants qui ont contribué à ma formation et à mon épanouissement dans ce rôle de médecin généraliste, en Mayenne, à Angers et ses alentours, à Montpellier, et dans les Pyrénées.

Aux patients, qui me donnent raison d'avoir choisi ce métier.

Il aura fallu plusieurs années pour admettre que cette question serait le sujet de ma thèse, débutant et concluant ainsi mon internat de médecine générale.

A mes parents, merci pour tellement de choses... Maman, Papa, merci de m'avoir toujours soutenue et accompagnée. Depuis la première année de médecine et bien sûr encore avant, vous avez été présents pour les hauts comme pour les bas, vivant parfois plus intensément que moi les moments stressants. Merci de croire en moi et de m'avoir permis de devenir celle que je suis. Je vous aime, mon cœur restera toujours en Bretagne.

A Thomas. Tu sais déjà tout. Merci pour ton écoute, ta patience, ta bienveillance et ta présence à mes côtés chaque jour. On s'épanouit ensemble dans le quotidien comme dans tous nos projets, et bien d'autres aventures nous attendent ici et ailleurs... Pour le meilleur et pour le pire, bientôt.

REMERCIEMENTS

A ma famille : Morgane, Vincent & Renda, Yo & Léo, Ines, et bien sûr les enfants, Gaëtane et Lina, Titouan et Naël. Merci d'avoir été présents et compréhensifs tout au long de ces études dont vous ne voyiez pas le bout, et surtout pour ces weekends et ces garden-party bretonnes !

Aux filles : Mona, Perrine, Enora, Julie, Lucile, Pauline. Merci d'être là depuis toutes ces années... Je compte sur votre folie et sur des weekends plus ou moins organisés pour au moins autant d'années à venir. Longue vie aux VC !

Aux Angevins : Fage & Manon, Maroua & Greg. Merci d'être là, pour votre écoute bienveillante, vos éclats de rire et votre soutien en toute occasion. J'y tiens énormément.

A ma belle-famille, merci de m'avoir aussi bien accueillie parmi vous !

A tous ceux qui ont été là depuis le début, de passage ou de façon pérenne. Aux ex-Lavalois, merci pour cette si bonne ambiance de début d'internat ! La légende dit que ce serait encore gravé dans le béton. A ces années brestoises où tout a commencé. A tous ceux qui comptent, depuis Angers jusqu'aux montagnes Pyrénéennes, en passant par les ruelles de Montpellier et les plages bretonnes.

A Papy Loc, à Papy Poul, évidemment.

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS	
RESUME	1
INTRODUCTION	2
MÉTHODES	4
RÉSULTATS	6
1. Résultats descriptifs	6
2. Généralités sur la mort	7
3. Circonstances de discussion	9
4. Attentes de la discussion sur la mort	16
5. Les médecins et la mort	25
6. Faciliter la discussion et la sensibilisation avec les patients en bonne santé	37
DISCUSSION	43
1. Résultats principaux	43
2. Discussion de la méthode : forces et faiblesses	44
3. Discussion générale	45
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	56
TABLE DES MATIERES	61
ANNEXES	63

Liste des abréviations

DA : directives anticipées
HAS : Haute Autorité de Santé
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
IDE : Infirmier diplômés d'Etat
HAD : Hospitalisation à domicile
IRSA : Institut inter-régional pour la santé
ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique
DMP : Dossier médical partagé
ADOC : association de dépistage organisé des cancers
JALMALV : Association Jusqu'à la mort accompagner la vie
CNSPFV : Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie

RESUME

L'évolution de la société, les progrès techniques et la construction sociale de la toute-puissance médicale ont contribué à éloigner la mort, rendue évitable et indésirable. Le tabou plurifactoriel qui l'entoure en limite la discussion dans tous les milieux, notamment médical. Les médecins en parlent peu aux patients, pourtant demandeurs de discussion sur la fin de vie, et ne l'abordent pas avec les patients en bonne santé. Leurs difficultés face au sujet ont été étudiées dans la littérature, mais dans le prisme des directives anticipées ou des patients fragiles. La discussion semble pourtant bénéficier à chacun sur le plan biomédical comme psychologique, notamment dans l'anticipation de soins urgents.

Cette thèse étudie la façon dont les médecins généralistes parlent de la mort avec les patients en bonne santé : quels contextes, attentes et intérêts à ce dialogue ? Quels sont les freins et leurs propositions pour le faciliter ? Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins généralistes du Maine-et-Loire. La « bonne santé » était définie par l'absence de mort prévisible dans les dix ans, en s'appuyant sur diverses définitions.

Cette étude confirme que la mort fait écho à la subjectivité de chacun, au rapport à la finitude et aux imaginaires collectifs. Pour tous, un contexte propice à la discussion est nécessaire. Les médecins ne saisissent pas toujours les moments opportuns avec les patients sains et n'orientent pas la réflexion vers leur propre mort. De nombreux freins existent, souvent psychologiques, éclairés par l'apport de la psychanalyse, la sociologie et la philosophie. Ils proposent de systématiser la question et de sensibiliser le grand public. Un travail personnel sur le rapport à la mort semble nécessaire, comme dans les groupes de parole entre soignants. Le sujet entraîne une remise en question des médecins sur leur légitimité et leur rôle social. Au-delà de l'intérêt biomédical, inciter les patients en bonne santé à cette réflexion permettrait l'amélioration de leur rapport à la mort, l'altruisme pré-mortem et l'ouverture du dialogue au niveau social. Le sujet de la mort dépasse amplement le champ médical et doit être généralisé, afin de briser le tabou qui l'entoure.

INTRODUCTION

Constat de la littérature et questionnement

Depuis toujours, de nombreux philosophes et sociologues ont étudié l'évolution de la médecine et de l'image de la mort, comme Jankélévitch ou plus récemment Anne Carol. L'imaginaire de la toute-puissance médicale, les progrès techniques et l'évolution de la société ont entraîné une illusion d'immortalité, avec une mort évitable et indésirable (1-4). Alors que la mort était encadrée de rites funéraires permettant l'accompagnement du mourant par ses proches, elle a été progressivement médicalisée et éloignée des foyers. On ne côtoie plus les défunt, et certains évoquent une mort déshumanisée. L'idée du « bien- mourir », de façon discrète et confortable, est devenue une nouvelle utopie sociale (1,5). Le rôle et la place du médecin généraliste ont également évolué. Il n'est plus simplement un curateur et a développé une place centrale dans le soin, au sein d'une relation privilégiée avec ses patients. Le médecin généraliste est légitimement reconnu par les patients et les médecins eux-mêmes comme étant le meilleur vecteur pour l'information et l'accompagnement de la fin de vie (8,9). La loi du 2 février 2016 dite Loi Claeys Leonetti fait évoluer les directives anticipées et replace le médecin généraliste au centre de cette discussion (10). La rédaction de ces directives n'est pas une finalité, et c'est bien la réflexion de tout patient au sujet de la fin de vie qui est encouragée.

La mort est présente au quotidien sous diverses formes tout au long de la formation professionnelle des médecins. Dès les premières années, ils sont confrontés aux corps déshumanisés comme sujets anatomiques lors des dissections. Avec les premiers pas en tant qu'interne, viennent les fins de vie et les premiers décès, souvent éprouvants. Lors de situations aigues où la mort se profile, les soignants et les proches font souvent face à un deuil non envisagé où le sujet de la fin de vie n'a jamais été soulevé avec le patient. Cela concerne tout profil, notamment les patients en bonne santé, loin de toute préoccupation au sujet de la mort. Ces situations fréquentes sont aussi inconfortables et limitantes pour la prise en charge que pour l'acceptation du deuil par les proches. On peut alors être amené à questionner le rôle des médecins généralistes, référents de leur santé : n'auraient-ils pas dû discuter de la mort avec ces patients afin d'anticiper ce genre de situation ? En tant que jeune interne, il me semblait évident que ce dialogue devait avoir lieu avec chacun. Au fil de la formation, notamment en cabinet de médecine générale, la réalité de la difficulté de cette discussion s'est imposée. S'il est reconnu que parler de la mort fait partie du rôle du médecin généraliste (6,7), la littérature en fait le constat d'un dialogue limité avec les patients. Mais qu'en est-il des patients en bonne santé ?

Les difficultés ressenties par les médecins face au sujet de la mort ont été largement étudiées au sein de la littérature, notamment en psychologie. Les études médicales sur ce sujet sont souvent réalisées dans le prisme des directives anticipées (7,8), et l'on ne retrouve pas de travaux sur les patients en bonne santé. De multiples freins à la discussion ont été identifiés, et trouver la juste temporalité semble un des obstacles majeurs (6,7,9). La dualité professionnel-individu (9) et les schémas psychologiques sont souvent sous-jacents : dépasser les non-dits (10) et les tabous culturels, ou encore accepter la mort malgré le rôle de curateur. Il semblerait pourtant que les patients soient en attente d'une discussion sur la fin de vie et les directives anticipées (11,12), y compris en dehors de tout contexte pathologique : 77% souhaitent être informés de leur existence par leur médecin traitant lorsqu'ils sont bien-portants (13). Dans une étude récente de 2021 (14), médecins comme patients pensent que la mort devrait être moins taboue et se disent prêts à en parler. Il apparaît finalement que le sujet n'est que très rarement abordé avant que la pathologie l'oblige, et la pertinence de la discussion est remise en question. Paradoxalement, chacun attend que l'autre initie le dialogue. (14-16) La HAS incite pourtant les médecins à informer « tout patient », en insistant notamment sur les patients « qui n'ont actuellement pas de pathologie grave »(17). Sensibiliser le plus grand nombre permettrait d'anticiper des situations de soins, médicalement et psychologiquement. De plus, certains disent développer une connaissance multidimensionnelle de leurs patients après avoir échangé autour de la mort et des valeurs de la vie (6,8).

Les expériences professionnelles et personnelles couplées à l'analyse de la littérature ont permis d'élaborer une question de recherche : **Comment les médecins généralistes parlent-ils de la mort avec les patients en bonne santé ?** Nous rechercherons ici les contextes de discussions, les attentes des médecins et les intérêts pour les patients, les freins et les ressentis des médecins à aborder la mort avec ces patients sains, et enfin ce qui pourrait faciliter ce dialogue.

Définition de « bonne santé »

La notion de « bonne santé », d'apparence simple, relève de nombreux facteurs. L'OMS la décrit depuis 1946 comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité(18). En anthropologie médicale, Kleinman distingue en 1980 deux définitions complémentaires : la maladie-illnes du patient (l'expérience psychosociale de la maladie et de sa signification) et la maladie-disease du médecin (dysfonctionnement biologique ou psychologique) (19). De nombreux scores quantitatifs permettent d'évaluer l'état général des patients, notamment le Performans Status de l'OMS, plutôt

utilisé en oncologie, et l'échelle de Karnofsky. Le score Charlson est intéressant (score de comorbidité prédictif de survie à 10 ans), mais n'inclue pas les facteurs psychiatriques (20), importants en médecine générale.

Dans cette thèse, la « bonne santé » sera définie plus précisément afin de faciliter les entretiens : on s'intéressera ici aux patients dont l'espérance de vie n'est pas limitée dans les dix ans par un facteur prévisible (âge, comorbidité et complications, risque suicidaire...).

MÉTHODES

Il s'agit ici d'une étude qualitative menée par des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes du Maine-et-Loire (49).

Echantillonnage et recrutement :

Le recrutement s'est fait par réseaux de connaissances auprès de médecins généralistes installés en Maine-et-Loire. Ils ont été recrutés via des invitations personnalisées par mail ou par téléphone, entre les mois de juin et octobre 2022. Les médecins interrogés et la chercheuse ne se connaissaient pas tous avant l'entretien. Il n'y avait pas de critère d'exclusion. La taille de l'échantillon n'était pas fixée a priori, la poursuite des entretiens visant la saturation des données. L'échantillonnage choisi n'avait pas pour objectif d'avoir une représentativité statistique, mais d'obtenir une diversité d'expériences.

Recueil des données :

Les entretiens et l'analyse ont été effectués par une seule chercheuse novice, médecin généraliste remplaçante. Préalablement à l'entretien, un consentement écrit a été recueilli pour l'enregistrement audio et son utilisation à des fins de recherche. L'enregistrement réalisé à l'aide d'un téléphone et sa retranscription étaient mis à disposition de l'enregistré. Aucune donnée identifiante n'a été conservée. Les participants étaient informés

de la liberté de participer et de stopper à tout moment, puis le thème de la recherche était exposé. La plupart des participants découvraient le sujet de la thèse au moment de l'entretien. Seuls trois des médecins ont été informés du sujet au moment du recrutement, mais n'en avaient pas discuté avec la chercheuse avant l'entretien.

Les données ont été recueillies par des entretiens individuels semi-dirigés, à des moments et des lieux définis par les interviewés. Une prise de notes manuelle était effectuée lors des entretiens, relevant les éléments non-verbaux pertinents et aidant à mener un entretien optimisé selon les réponses de l'interrogé.

Les interviews suivaient un guide d'entretien reproductible et évolutif, construit après une analyse de la littérature et des hypothèses sous-jacentes. Il avait été testé au préalable sur un collègue médecin. Ce guide explorait quatre thèmes : la discussion sur la fin de vie en pratique ; les attentes de cette discussion ; la discussion sur la fin de vie avec les patients en bonne santé ; et enfin les moyens pour améliorer cette discussion avec les patients en bonne santé.

Analyse :

La retranscription était faite dans les suites directes de l'interview, mot à mot, incluant le non-verbal, et de manière anonymisée. Le logiciel Word a été utilisé. L'analyse manuelle et inductive s'est faite dans une approche phénoméno-pragmatique, via le logiciel Excel. Les différents thèmes ont été déterminés à partir des données recueillies. Une relecture a été faite par un collègue médecin, également chercheur novice. L'analyse et la construction de cette recherche a suivi les critères de qualité de la grille COREQ.

RÉSULTATS

1. Résultats descriptifs

1.1. Caractéristiques de l'échantillon

Un questionnaire anonyme de recueil de données sociodémographiques a permis d'établir le profil caractéristique de l'échantillon. Le nombre d'entretiens n'était pas déterminé a priori, visant la saturation des données. Le dernier entretien n'apportant pas de nouvelle donnée sur le sujet des patients en bonne santé et pour des raisons d'organisation, ils se sont limités au nombre de 8. Il y a eu quatre refus, par absence de réponse ou pour chronophagie. On retrouve, sur les 8 médecins interrogés, 5 femmes et 3 hommes. Les interviewés ont majoritairement entre 30 et 40 ans. La plupart d'entre eux exercent en milieu semi-rural et n'ont pas d'autre activité que leur exercice de médecine générale en libéral.

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon

Médecins	Genre	Age	Durée d'installation	Période de remplacement avant installation	Lieu d'exercice	Formations particulières	Exercice complémentaire	Durée de l'entretien
M1	F	32	1 an	3 ans	SR/R	DU pathologie du sommeil	non	43 min
M2	H	31	2 ans	6 mois	SR	non	non	67 min
M3	F	35	4 ans	2 ans	U	non	non	72 min
M4	F	29	10 mois	15 jours	SR	non	Universitaire	79 min
M5	F	36	5 ans	2 ans	SR	non	non	52 min
M6	F	39	10 ans	3 ans	SR	non	non	66 min
M7	H	53	15 ans	8 ans	SR	DU soins palliatifs et gérontologie	Universitaire et médecin coordinateur	53 min
M8	H	38	8 ans	3 ans	SR	non	non	35 min
Profil moyen :	Femme	36,5 ans	5,5 ans	2,6 ans	SR	non	non	58 minutes

F : femme, H : homme, U : urbain, R : rural, SR : semi-rural, DU : diplôme universitaire

1.2. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont eu lieu entre les mois de juin et novembre 2022. Le délai entre la sollicitation du médecin et la date de l'interview était relativement court, souvent moins de 15 jours. En moyenne, les entretiens duraient 58 minutes, entre 35 et 80 minutes. Ils se sont déroulés soit au cabinet du médecin interrogé en dehors des plages de consultations, soit à son domicile.

2. Généralités sur la mort

2.1. Sujet tabou et anxiogène

De façon générale, la discussion autour de la mort semble limitée : « *c'est très difficile de parler de la mort* » (M2). Le tabou de la mort est largement présent dans notre société, et les médecins évoquent des causes multiples : culturelles, sociétales ou encore religieuses. On le retrouve également au sein du monde médical, limitant les discussions sur la mort : « *y'a des patients pour qui ça reste tabou, et des médecins aussi du coup, c'est la même chose* » (M6). Des médecins évoquent une méconnaissance des patients sur les dispositifs existant autour de la mort, notamment sur les directives anticipées (DA), et certains doutent de maîtriser le sujet : « *Bon peut être que je sais pas bien expliquer, que je sais pas ce que c'est moi-même, mais les gens me demandent « c'est quoi les directives anticipées ?* » (M3)

De façon générale, la mort soulève chez chacun une certaine anxiété. Les médecins relèvent l'angoisse de la mort elle-même mais aussi l'angoisse de la maladie, des symptômes associés ou de la perte d'autonomie : « *ils évitent le sujet parce que ça les renvoie aussi à leur image, à la décrépitude, à nouveau la perte d'autonomie... donc la peur de la mort qui est parfois assez prégnante.* » (M2). Ils perçoivent cette anxiété chez les patients au quotidien, mais eux-mêmes doivent dépasser leur peur de la mort afin d'accompagner au mieux les patients : « *Je pense qu'il faut vraiment avoir conscience du fait qu'il y a des patients qui risquent de mourir.* » (M4)

2.2. Complexité du sujet

a) Sujet universel et singulier

La mort est un sujet aussi singulier qu'universel : « *A la fois c'est général, mais comme on n'en parle pas facilement, c'est intime* » (M1). Se projeter dans sa mort demande une réflexion personnelle profonde : « *Je pense que les gens, ils entendent qu'il faudrait le faire. Mais de là à faire la démarche...* » (M5). Cette réflexion n'est pas toujours spontanée et nécessite un certain état d'esprit : « *Je pense que tout le monde n'est pas prêt à se poser la question.* » (M5), « *Ce serait bien aussi que les gens se souviennent qu'ils sont mortels* » (M3). Cela relève de la complexité du sujet lui-même : « *Je pense que la mort c'est quelque chose vraiment qui fait écho à tellement de choses... C'est pas... c'est pas que "la mort" le sujet.* » (M4)

b) Evolutivité des réflexions

Les médecins sont conscients que les souhaits autour de la mort évoluent selon l'état de santé et le contexte de vie des patients. Ils doivent respecter une certaine temporalité pour la réflexion et la réévaluer régulièrement : « *en termes de directives anticipées, je trouve que... c'est délicat aussi de les remplir très en amont d'une pathologie [...] Forcément, il faut y revenir régulièrement, selon l'évolution, qu'est-ce qu'on change ?* » (M7)

c) Au-delà du champ médical

Les médecins s'accordent à dire que la mort dépasse amplement le domaine strictement médical : « *La mort, je pense que c'est un discours qui est très intéressant, mais ça rentre aussi dans la culture et la société, la réflexion un peu philosophique.* » (M4) Le médecin aurait un rôle à jouer dans la sensibilisation à la mort et son acceptation dans la société, mais nous y reviendrons plus loin.

2.3. Constructions sociales, imaginaire collectif

La mort est sujette à de nombreuses constructions sociales et imaginaires collectifs qui peuvent interférer avec les prises en charge médicales. Selon les médecins, elle est souvent idéalisée comme confortable physiquement et mentalement. Ce n'est pas toujours le cas en pratique : « *il y a peut-être un peu l'idée que la mort c'est forcément confortable. Et du coup je suis un peu gêné avec ce concept, parce que forcément, c'est pas confortable ! Forcément il y a de l'angoisse, forcément il y a des, y a des manifestations qu'on n'aura pas prévues...* » (M7)

L'image du médecin tout puissant reste encore très présente dans l'esprit des patients comme de certains médecins : « *Il y a cette responsabilité du médecin que l'on croit, enfin auquel beaucoup de gens, même les médecins eux-mêmes, prêtent des devoirs et des pouvoirs qui sont en fait heu... plus fort que la vie !* » (M2). Dans cette mission d'éloigner la maladie, la mort est alors souvent vue comme un échec : « *Il y a aussi l'image que tu peux renvoyer en parlant de la mort à un patient en tant que médecin, parce que ton rôle c'est de maintenir les gens en vie, c'est l'imaginaire collectif, et donc parler de la mort c'est aussi parler de tes incapacités à les maintenir en vie* » (M2). La mort peut être vécue par les médecins comme un échec ou une faute : « *Comme on n'en parle pas (de la mort), bah en fait ça n'existe pas. Et en fait, toi médecin, ben tu dois empêcher ça, et si ça marche pas, ben... attention !* » (M2)

3. Circonstances de discussion

3.1. Etat des lieux des pratiques

a) Discussion limitée, notamment en contexte de bonne santé

La discussion autour de la mort est limitée pour les médecins comme les patients, de façon plurifactorielle : « *Pas vraiment... C'est très difficile de parler de la mort* » (M2) Ils évoquent de rares occasions d'en parler, avec tout patient : « *c'est vrai que c'est rare que, et puis on les cherche pas plus !* » (M2). En dehors de tout contexte, ils n'y pensent pas ou n'osent pas questionner sur le sujet : « *honnêtement quand je rencontre un patient, on n'y pense absolument pas* » (M2). Il leur paraît impossible d'aborder tous les sujets avec chaque patient : « *Mais bon, [notre pratique médicale] ça peut pas être parfait hein...* » (M6). Sans hésitation, ils disent ne pas parler pas de la mort avec les patients en bonne santé, et la question semble les surprendre (*expressions verbales et non verbales de surprise ou de gêne*). Dans les entretiens, ces patients étaient évoqués grâce à des questions de relance ou des questions directes. Au-delà de ne pas y penser, ils ne savent pas comment aborder ce thème avec eux, notamment pour trouver la juste temporalité : « *D'emblée aller poser la question ? Quelqu'un qui va bien, je... je sais pas à quel moment je pourrais poser la question !* » (M5). Quant à l'initiative de la discussion, les médecins ont des avis divergents : « *Bon c'est souvent les patients qui amènent les questions des directives anticipées...* » (M5) contre « *Heu c'est plutôt nous qui abordons les choses* » (M6).

b) Parler de la mort de façon indirecte, et pas de la mort du patient

Certains médecins n'avaient a priori pas l'impression de parler de la mort. Après réflexion, ils parvenaient à citer des exemples de discussion en rapport avec le sujet, mais pas sur la mort elle-même ni sur la propre mort des patients : « *Il a peur de la mort, il a peur qu'on lui trouve un cancer, un problème de santé, c'est certain, mais je crois pas avoir parlé de la de la mort directement avec lui.* » (M2). Ils semblent avoir du mal à parler de « la mort » elle-même : « *Alors quand on en parlait... mais est ce qu'on parle vraiment de la mort ? On parle de ce qui va autour, la fin de vie, les soins palliatifs, mais la mort ?* » (M3). Ils ont des réserves à aborder les émotions que peut soulever la propre mort du patient : « *le sentiment de la mort, et comment on se sent face à l'arrivée de la mort plus ou moins proche, je... j'en parle pas spontanément avec les patients...* » (M4)

Les médecins abordent le sujet plutôt de façon indirecte : « *C'est pas toujours facile d'aborder la question, on aborde toujours la chose de manière un peu détournée.* » (M7) Ils utilisent des sujets connexes comme la maladie, la perte d'autonomie ou la personne de confiance: « *Je m'aperçois qu'on parle peut-être plus de la peur*

de maladie grave, alors forcément est sous-entendue la peur de la mort, mais du coup autant parler de la peur de la maladie, je vais le faire volontiers, autant parler de la mort... » (M7).

c) Contrôle du langage

Beaucoup reconnaissent ne pas utiliser les mots-clés "mort" ou "mortel" : « *Je lui ai dit que c'était très grave. - Et tu as employé le mot "mort" ou "mortel" où "décès" ? - Avec lui, heu... Je crois pas, non. En tout cas je me vois pas poser de question avec ces mots-là. » (M3).* Ils prennent soin de ne pas brusquer ou inquiéter le patient, souvent grâce à de la reformulation : « *Je lui ai renvoyé ce qu'il m'envoyait en fait. » (M2)* Certains médecins ont des phrases types pour aborder le sujet sans difficulté. Hors d'un contexte propice : « *je leur dis que c'est le moment d'en parler et d'y penser, que c'est compliqué d'aborder le sujet mais autant le faire quand tout va bien, parce que c'est encore plus compliqué quand ça va pas. » (M3).* Pour inciter les patients à ouvrir le dialogue avec leurs proches : « *S'ils y ont pas du tout pensé, je leur dis d'y réfléchir et d'en parler avec leurs proches. » (M3).* Ils expliquent l'intérêt d'en discuter avec eux : « *tant que vous pourrez nous dire, c'est vous qui choisissez, sinon bah c'est bien quand même que [...] vos proches ils sachent quand même un peu ce que vous souhaitez. » (M6)* Pour la personne de confiance, une explication simple suffit : « *j'ai une phrase un peu bateau, je leur dis : "si un jour il vous arrive quelque chose, un accident, quelque chose d'imprévu, et que vous n'êtes pas en mesure de d'exprimer votre consentement et de dire ce que vous souhaitez qu'on fasse sur le plan médical, quelle est la personne avec qui vous avez déjà parlé de ça et qui pourrait nous guider sur ce que vous auriez souhaité ? " » (M3).*

3.2. Nécessité d'un contexte propice

3.2.1. Trouver la juste temporalité

Pour beaucoup de médecins, trouver la juste temporalité pour parler de la mort est plus difficile que le sujet de la mort lui-même. Cela semble être le cas pour tous les sujets complexes, en dehors de tout contexte favorable : « *Il faudrait qu'on s'attache à le faire un peu plus... Mais à quel moment ? C'est comme des questions, enfin tu prends des violences conjugales c'est toujours délicat, à quel moment on pose ces questions ? » (M5).* Les médecins n'initient pas la conversation sur la mort de façon spontanée en dehors de tout contexte propice : « *Je ne me sens pas de prendre l'initiative de parler de la fin de vie comme ça avec un patient [...] hors contexte, non. » (M2).* Il leur semble difficile de reconnaître ces moments ou d'oser rebondir dessus : « *J'essaye de le faire, non. » (M2).*

d'en parler vraiment si ça s'y prête, mais ça s'y prête jamais... » (M3). Sans réel moment opportun, les médecins suivent leur intuition : « en général quand je sens qu'il y a quelque chose, je... je pose des questions. J'ai horreur du non-dit, et je le sens et ma consultation sinon elle avance pas » (M5).

3.2.2. Facilité lorsque le patient engage le sujet

Il semble plus facile pour le médecin de rebondir sur les dires du patient : « *je trouve que c'est souvent plus simple de répondre à une question d'un patient que de lancer une question. » (M4).* Ils se sentent plus légitimes à parler de la mort lorsque le patient en exprime le besoin : « *Quelqu'un qui a besoin d'en parler, aucun problème. » (M2).* Selon eux, les patients se présentent rarement avec une demande directe et spontanée concernant leur mort. Il s'agirait d'un sujet plutôt récurrent mais sous-jacent dans les demandes, voire même un motif « *poignée de porte* » (M8). Comme les médecins, les patients engagent le sujet de façon indirecte au travers de différentes situations, personnelles ou non : « *C'est les événements de la vie qui font que ! Une maladie, un décès d'un proche, une mort violente... Je pense que c'est les événements de la vie qui font que les gens engagent une réflexion, en parlent ou au contraire se mettent à distance. » (M5).* Les médecins peuvent saisir ces contextes opportuns pour parler de la mort en général, mais il leur est souvent difficile d'orienter le patient vers sa propre mort.

3.2.3. Patients concernés par la mort à moyen ou court terme

Etant donné la nécessité d'un contexte propice à la discussion sur la mort, les médecins se disent plus à l'aise avec les patients concernés par la mort de près ou de loin : patients âgés, pathologie évolutive ou patients suicidaires.

a) Patients âgés et pronostic vital limité à court ou moyen terme

Les médecins sont unanimes sur leur facilité à parler de la mort avec les patients âgés : « *les personnes âgées (sans hésitation)» (M1).* Beaucoup de ces patients l'abordent spontanément, mêlée à la perte d'autonomie et à la maladie : « *C'est facile d'en parler heu, parce que c'est inéluctable, c'est la suite, c'est logique. [...] Donc eux, ils en parlent sans trop de gêne en général. [...] C'est dans l'ordre des choses, qu'ils le refusent ou qu'ils l'acceptent. » (M3).* Le sujet est parfois apporté par les patients sur un ton léger : « *Y'a un moment ou un autre, c'est venu sur la conversation, sur la blague... "moi j'aimerais bien que ça s'arrête à mon âge ! " » (M4).* On retrouve la limite des troubles cognitifs qui modulent la compréhension, l'expression et la réflexion. Les médecins évoquent aussi facilement les patients pour lesquels une mort est attendue à court ou moyen terme : pathologies

évolutives, fins de vie ou soins palliatifs. « *En soins palliatifs et gériatrie, ça ne pose pas de souci. Bon c'est pas forcément agréable, mais voilà, j'ai pas trop de difficultés.* » (M6).

b) Patients en mal-être psychologique

La discussion sur la mort a fréquemment lieu avec les patients en mal-être psychologique. Ils ne sont pas considérés comme des patients en bonne santé en cas de risque suicidaire. Le ressenti des médecins interrogés diverge selon leur affinité avec la psychiatrie et la psychologie : « *les idées suicidaires, ça, je trouve que c'est plus difficile hein. C'est... ça soulève des choses... différentes. Faut oser demander.* » (M6). S'il leur est évident qu'ils doivent questionner ces patients sur la mort, il ne leur est pas toujours facile de faire face aux réponses : « *les patients avec des idées suicidaires, on est devant le fait accompli de devoir en parler* » (M6). Tous les patients en mal-être ne se livrent pas spontanément. Cela place parfois le médecin en difficulté entre le devoir de questionner et le sentiment d'être intrusif, quitte à mettre en péril la confiance du patient : « *c'est rare qu'ils disent vraiment, euh ouvertement, donc faut quand même aller chercher. Ils n'ont pas trop envie de nous le dire quoi...* » (M6).

3.3. Patients en bonne santé

Spontanément et de façon unanime, les médecins interrogés disent ne pas parler de la mort avec les patients en bonne santé. Au fil des entretiens, ils relèvent pourtant de nombreuses situations où la mort pourrait être abordée avec ces patients, mais ne saisissent pas toujours ces occasions pour lancer le dialogue : « *Non, je suis pas rentré sur ce terrain là, je pense pas que ça m'ait traversé l'esprit.* » (M2).

3.3.1. Contextes de discussion avec les patients en bonne santé

a) Discussion avec un patient vivant la mort d'un proche

Les médecins sont régulièrement amenés à discuter avec des patients vivant la mort de façon non personnelle : deuil, accompagnement d'un proche en fin de vie ou malade, par exemple. Ces situations font écho à leur propre mort et leur finitude, et pourraient permettre au médecin d'ouvrir le dialogue : « *c'est le moment car spontanément, naturellement, il va penser à sa propre mort, donc faudrait peut-être lui dire, enfin...* » (M3). Lors de la consultation d'une patiente malade ayant rédigé ses DA, un médecin avait réussi à les suggérer à son

mari en bonne santé, présent également : « *je lui avais dit « ben, profitez-en ! » (rires) C'était l'occasion mais je crois qu'au final il me les a jamais rapportées. Bon, mais peut-être qu'il a réfléchi un petit peu ?* »

b) Discussion avec les proches des patients fragiles

Lors du suivi de patients fragiles, le médecin est amené à discuter avec les proches en bonne santé (souvent au domicile ou à l'EHPAD). Dans le cadre d'une mort à court ou moyen terme, ils discutent avec eux du patient et de sa mort, de préférence avec un interlocuteur unique : « *il y avait un dialogue assez ouvert avec l'épouse et les enfants, [...] le sujet était quand même largement abordé* » (M7). Lorsque l'état cognitif ou psychologique est jugé trop fragile par le médecin, la personne de confiance devient le premier interlocuteur afin de préserver le patient : « *Les résultats montraient que ce serait la fin très bientôt, qu'il fallait qu'il s'y prépare. Ça, j'avais pu lui dire à lui [le mari], mais à elle [la patiente], j'aurais été incapable. Ça l'aurait détruite.* » (M3). Le lien de confiance créé permet également l'expression de leur ressenti face à la situation, pouvant s'ouvrir à la maladie ou la mort. Lorsqu'ils ne sont pas dans sa patientèle, le médecin se heurte aux limites de son accompagnement et ne s'autorise pas à poursuivre le dialogue : « *je pense que je m'en serais pas senti l'autorisation. Si j'avais été sa médecin traitant peut-être que j'en aurais parlé à un moment.* » (M4).

c) Ouvrir la discussion sur leur propre mort

Certaines remarques peuvent aider les médecins à rebondir et questionner la personne sur sa mort : « *des gens parfois qui ont des petites phrases du type « moi je veux pas que ça m'arrive, je veux pas que ça se passe comme ça pour moi... »* (M7) ; « *Et je lui ai dit "bah vous, qu'est-ce que... vous souhaiteriez ? "* » (M4). Ils rapportent plutôt des réactions à des situations de fin de vie inconfortables : « *je n'ai pas souvenir de gens qui me disent « j'aimerais bien que ça se passe aussi comme ça pour moi.* » (M7). Il semble pourtant rare qu'ils ouvrent le dialogue sur la mort, notamment sur la propre mort de la personne. Certains n'y pensent pas, d'autres ne savent pas comment aborder la question : « *elle a perdu son mari de façon très brutale [...] je me suis pas saisie de cette occasion pour lui parler de sa mort à elle, heu... parce qu'en fait à quel moment t'en parles ? Je pense que ça m'est pas venu à l'esprit. Heu non, j'ai j'aurais même pas eu l'idée. Jusqu'à ta thèse !* » (M3). La plupart des médecins ne souhaitent pas majorer la tristesse ou l'anxiété du patient en le confrontant à sa propre mort : « *c'est pas le moment, ils viennent parce qu'ils sont en souffrance. Je rebondis sur les sentiments qu'ils ont pu ressentir, ce que ça leur fait, mais... je vais pas lui parler de sa propre mort ! c'est trop dur quoi !* » (M3).

Dans les deuils, les médecins souhaitent respecter un délai de reconstruction, variable selon les patients : « *c'est pas dix jours après que sa femme soit décédée que j'allais lui parler de sa mort à lui...* » (M8)

d) Patients jeunes hors contexte de mort

De façon évidente, les médecins n'abordent pas la mort avec les patients jeunes. Aucun n'a apporté de définition précise à « jeune », mais ils l'assimilaient à la bonne santé. Selon eux, ils n'auraient pas de raison d'y réfléchir, ni même de l'envisager : « *les patients jeunes se projettent pas du tout dans la mort, enfin, bien sûr c'est un risque à limiter, mais c'est pas une c'est pas une possibilité.* » (M4). Certains médecins l'abordent via des conseils de prévention (alcool, conduites à risque...), mais sans volonté d'ouvrir le dialogue sur la mort elle-même.

e) Pathologie chronique bien maîtrisée

Dans les contextes de pathologies chroniques bien équilibrées, le médecin peut aborder la mort lors d'un point sur l'évolution de la pathologie ou en cas d'évènement aigu : « *Alors dans les suivis... [...] il y a un moment où on va parler des risques de mourir, ça peut lancer la discussion* » (M3). Il leur paraît tout de même difficile pour des patients se sentant en bonne santé de se projeter dans la maladie : « *en fait t'arrives pas à te projeter à 10 ans. Te dire que tu fais attention aujourd'hui pour dans 10 ans ? C'est pas suffisamment concret.* » (M4).

f) Evènement aigu ou soins programmés

La mort peut être abordée en cas d'évènement aigu ou de soins programmés avec un risque d'engager le pronostic vital (chirurgie ou anesthésie générale par exemple). Ils le font plus facilement avec les patients fragiles, et évitent la discussion avec les patients en bonne santé : « *je ferai plutôt l'inverse, je dirais « vous inquiétez pas ça va bien se passer !* » (M5). Ils laissent en général les spécialistes aborder les risques de ces interventions : « *Ce serait peut-être à l'anesthésiste d'en parler ? Je sais même pas si ils en parlent ?* » (M5).

g) Contexte de mort dans l'actualité et les médias

Les patients réagissent facilement aux faits d'actualité, qui peuvent susciter des questions intéressantes : « *l'histoire du COVID je pense que ça a remis pas mal de choses en question. [...] J'avoue que je me suis posé beaucoup de questions personnelles à ce moment-là, je sais pas si tous les gens ont réfléchi comme ça.* » (M5). Lors de l'épidémie du COVID-19, l'actualité imposait une peur de la maladie et de la mort. Elle a permis de rappeler à chacun sa vulnérabilité et la réalité de la mort : « *avec la crise du COVID là les gens ils ont tous réalisé*

qu'on pouvait mourir, et qu'on est pas tout puissants. On leur annonce qu'un jour voilà un virus ça peut te tuer même en 2022. » (M3)

h) Demandes de limitations de soins par les proches

Dans certaines situations, les médecins font parfois face à des demandes de limitation de soins voire d'euthanasie qui les placent dans une position inconfortable. Elles peuvent être de la part des patients, mais aussi de leurs proches en bonne santé : « *la problématique de l'accès à l'euthanasie des fois, enfin en tout cas des familles qui sont très demandeuses qu'on accélère les choses, c'est des souvenirs un petit peu difficiles que je retiens.* » (M7). La discussion autour la mort est alors différente, et peut évoluer vers des tensions. Le médecin peut faire des rappels à la législation, et rechercher des raisons de ces demandes : « *je trouve qu'en général c'est facile quand même de revenir sur l'idée qu'on va trouver des solutions pour se pour que ce soit plus confortable. Souvent ça apaise suffisamment !* » (M7). Cela peut leur permettre de faire évoluer la réflexion des proches demandeurs sur la mort en général ou sur leur propre mort : « *en essayant de les faire changer de regard sur ce que vivent leurs parents [en EHPAD ou en fin de vie], on peut imaginer qu'ils changent de regard aussi sur ce qu'ils peuvent traverser* » (M2).

3.3.2. Enfants

Les enfants n'étaient pas abordés dans le guide d'entretien, mais ont été cités par certains médecins. De façon spontanée, ils ne se sentent pas à l'aise à discuter de la mort avec eux. Les moments propices à la discussion sont difficiles à trouver, parmi les consultations de suivi trop ponctuelles ou les motifs aigus : « *On les voit un quart d'heure tous les ans eux aussi, donc aller rechercher une souffrance par rapport à ça, aller rechercher... enfin c'est difficile.* » (M2). Ils évoquent plutôt des demandes spontanées dans des contextes particuliers (maladies et deuils de proches ou d'animaux de compagnie). On retrouve aussi des demandes de parents lorsque l'enfant exprime des angoisses, notamment au moment de la prise de conscience de la mort. Ils orientent facilement les parents concernés vers des ressources adaptées aux enfants, comme des livres : « *proposer aux parents d'en parler avec les enfants, ça m'est arrivé.* » (M7).

Les médecins estiment qu'il est important d'ouvrir le dialogue lors de l'enfance pour désamorcer l'anxiété, limiter la peur et le tabou de la mort : « *c'est là qu'il faut sensibiliser, parce que les parents ils vont avoir tendance aujourd'hui, je trouve hein, à acheter le remplaçant du chat tout de suite, enfin... C'est mis sous silence. Ouvrir*

les temps de parole aux enfants, c'est primordial je pense et c'est là que tout commence ! » (M2). Ils n'ont pas rapporté orienter la discussion vers la propre mort des enfants.

4. Attentes de la discussion sur la mort

4.1. Attentes des médecins pour les patients

4.1.1. Biomédical

a) Anticipation de soins et directives anticipées

L'anticipation des situations de soins est un objectif prioritaire dans la discussion sur la mort, quel que soit l'état de santé du patient : soins urgents, mort brutale, pathologie évolutive... « *Les directives anticipées, c'est intéressant pour tout le monde en fait. C'est intéressant sur certains patients d'avoir des éléments concrets [...] mais je pense qu'il faut plutôt savoir l'idée globale du patient.* » (M4). Beaucoup de patients transmettent leurs souhaits de façon informelle, à l'oral : « *Quand on en parle, qu'ils ont un avis déjà bien tranché, qu'ils ont réfléchi au sujet, je leur dis que ce serait bien qu'ils écrivent les choses pour les officialiser* » (M3). Les patients qui rédigent d'eux-mêmes leurs DA sont rares et auraient plutôt vécu des situations propices à réfléchir à leur mort, quel que soit l'état de santé (âge avancé, maladie, décès ou pathologie d'un proche par exemple) : « *son mari avait un cancer, on avait discuté pour elle et du coup elle avait voulu faire ses directives anticipées.* » (M4). Les médecins invitent les patients à y réfléchir pour en rediscuter à distance. Ils souhaiteraient les réévaluer régulièrement selon l'état de santé et le contexte de vie du patient : « *entre la directive anticipée, telle qu'elle est comme on en a envie là, et puis au moment où il y a vraiment une pathologie ou quelque chose, hé ben... Il faut toujours en rediscuter.* » (M5).

b) Informations biomédicales et personne de confiance

Avec chaque patient, selon leurs questionnements et leurs connaissances, les médecins expliquent les différents termes médicaux généraux et techniques (« *fin de vie* », « *mort cérébrale* », « *sédation* »...). Les patients formulent souvent le « *refus d'un acharnement thérapeutique* » (M1), sans être toujours capables de définir précisément ce terme : « *c'est un mot qui revient souvent « l'acharnement thérapeutique », y a eu quand même des cas dans les médias et tout ça, donc en premier spontanément quand on leur demande : « ah surtout je veux pas d'acharnement ! »* » (M6). Le sujet de la mort peut être abordé via la désignation de la personne de

confiance. Le médecin explique son rôle afin d'éviter la méprise avec la personne à contacter. Elle est plus aisément recherchée dans des contextes de pathologie ou de dépendance : « *on le fait pas forcément avec les gens très jeunes, enfin en bonne santé...* » (M6).

c) Contexte pathologique : optimiser la prise en charge

Dans un contexte pathologique, les médecins font l'état des lieux des connaissances du patient et de ses proches sur son pronostic : « *je voulais savoir comment il se positionnait sur ses pronostics, qu'est-ce qu'il en savait, comment lui il se projetait, sur quelle distance...* » (M4). Parfois, les informations délivrées par les spécialistes ont été mal intégrées : « *souvent on leur a dit hein, surement même plusieurs fois, mais ils ont pas forcément entendu. C'est que c'était pas entendable.* » (M6). Le médecin optimise l'ensemble de la prise en charge selon les souhaits du patient, notamment autour de la fin de vie : « *on va parler dépendance, on va parler un peu fin de vie, des traitements, un peu dans leur globalité, ou l'organisation des choses, s'ils veulent mourir à l'hôpital ou non...* » (M4). Grâce à l'anticipation des soins montrant une certaine maîtrise de la situation, ils optimisent le confort sur tous les plans : autant physique que psychique, pour le patient comme pour ses proches.

4.1.2. Accompagnement psychologique

a) Tout patient se questionnant sur la mort

Les médecins s'accordent sur l'importance de l'accompagnement psychologique des patients qui se questionnent sur la mort, quel que soit leur état de santé : « *je pense que notre rôle principal c'est d'accompagner la personne, donc finalement si c'est l'accompagner vers la mort, bah en fait on est encore dans de la vie !* » (M4). Les médecins pensent que les patients se sentent respectés grâce à une écoute active : « *je pense qu'ils se sentent plus bah écoutés, considérés ! Je leur dis qu'on essaiera, qu'on tient compte de ce qu'ils veulent.* » (M3). Ils recherchent ce qui sous-tend ces questionnements : « *bah connaître un peu sa représentation, ses souhaits, est ce que y a des angoisses particulières justement vis-à-vis de ça* » (M6). Certains y accordent beaucoup de place : « *la partie psychologique de l'accompagnement en médecine générale c'est quelque chose qui me plaît. Je considère vraiment que ça fait partie de mon métier, enfin j'en suis persuadée, complètement, mais je pense que c'est pas le cas de tout le monde.* » (M4). D'autres mettent des limites : « *Ah mais alors moi, je suis pas psychologue !* » (M3).

b) Patients (sains ou non) en contexte de mort

Les médecins évoquent le besoin d'anxiolyse et d'écoute des patients vivant un contexte de mort (personnel ou non) ou en mal-être psychologique. Ils recherchent les angoisses sous-jacentes : « *est-ce qu'il y a quelque chose qui vous fait peur, est-ce que vous avez peur de certains symptômes ?* » (M7). Ils leur apportent de la réassurance grâce à une attitude d'écoute active et empathique : « *ils viennent parler de leur mal-être, j'ai pas toujours de solution, mais il faut que je les écoute, je les fais parler ouais, j'envoie quelques phrases d'encouragement..* » (M3) Ils répondent parfois à des demandes objectives d'anxiolyse via des traitements ou un arrêt de travail. Le médecin peut proposer un soutien aux proches aidants : « *je le fais facilement, je le propose à chaque fois. J'appelle les proches euh, je leur dis toujours, voilà que je suis disponible, s'ils veulent qu'on en parle.* » (M3).

4.1.3. Sensibiliser à la mort, ouvrir à la réflexion et au dialogue

a) Sensibiliser à la mort et ouvrir la réflexion

Il semble que la discussion autour de la mort soit enrichissante et importante pour n'importe qui, au-delà du champ médical : « *Je pense que ça peut apporter quelque chose à n'importe qui, mais d'une manière un peu globale en fait.* » (M4). Les médecins voient dans la discussion autour de la mort la possibilité de rappeler sa réalité et son caractère inéluctable, notamment aux patients en bonne santé : « *est ce que eux ont déjà pensé qu'ils allaient... qu'on n'était pas infaillibles, qu'ils allaient mourir ?* » (M1) ; « *Ben en fait j'ai essayé de leur montrer que ça fait partie de la vie : il y a 2 choses certaines dans la vie, c'est qu'on naît et qu'on meurt !* » (M2). Ils souhaitent surtout inciter les patients à une réflexion personnelle autour de la mort, en général : « *moi je me suis dit que c'était bien qu'ils y aient pensé un moment et qu'ils se soient posé la question* » (M4). Ils espèrent ainsi faire évoluer leur point de vue : « *C'est intéressant de planter la petite graine et de les laisser travailler un peu* » (M2). Ils notent un effet bénéfique après en avoir discuté, notamment chez des patients initialement fermés ou angoissés dans un contexte de mort : « *Oh il était beaucoup plus serein après, ça l'a fait réfléchir.* » (M2).

b) Faire évoluer le rapport à la mort et orienter la réflexion vers leur propre mort

En cas de contexte opportun (deuil, actualités, récit de situation d'urgence...), le médecin pourrait inciter le patient à réfléchir à ce que cela lui renvoie sur sa propre mort : « *ce qui serait vraiment important, c'est quand quelqu'un vous apporte une histoire de mort, peut être que l'indication c'est à ce moment-là d'essayer d'aller creuser sur ce que ça renvoie et ce que ça projette dans sa mort à lui. Qui peut du coup probablement expliquer*

des émotions aussi. » (M4) Ils peuvent chercher à comprendre les schémas psychologiques du rapport à la mort : « *qu'on aille creuser quelles sont leurs représentations pour leur mort à eux, et du coup comprendre pourquoi ça peut être aussi difficile de vivre la mort de l'autre » (M4)*. Cela pourrait faciliter l'acceptation de sa finitude et des deuils : « *là je trouve ça hyper intéressant et hyper soutenant, et très important pour l'accompagnement de la personne. » (M4)*. Lorsque le patient semble prêt, l'ouverture au dialogue est possible : « *je pense que là ça peut les faire évoluer, et ouvrir sur d'autres choses, les autoriser à parler d'autres choses » (M6)*. D'autres en revanche ont beaucoup de difficultés à orienter la conversation vers la propre mort de la personne : « *Ouh non... Je pense que ça m'est pas venu à l'esprit. » (M3)*.

c) Ouvrir le dialogue grâce à un sujet intime

Le médecin, en tant qu'interlocuteur privilégié pour les sujets importants ou intimes, offre à tout patient un cadre respectueux et non-jugeant qui les autorise à se livrer : « *pour certains patients, c'est le seul endroit où peuvent se discuter des choses. Les discussions elles vont pas se faire ailleurs parce que l'environnement va pas avoir cette capacité réflexive, ou cette capacité de projection sur ces questions-là... » (M4)*. En saisissant ces moments opportuns propices au dialogue et fugaces, ils peuvent libérer la parole des patients : « *elle s'est ouverte, je l'avais jamais vue comme ça ! [...] ça m'a surpris qu'elle arrive à parler de ça. Elle s'était autorisée parce que là, en fait, y'avait trop de choses. » (M6)*. L'effet bénéfique peut dépasser le champ de la mort : « *parler des choses intimes ça fait que les gens se sentent plus à l'aise pour parler de tout » (M1) ; « elle s'est ouverte sur plein d'autres choses, sa relation avec les parents, sa relation aux soins, enfin... Je trouve que ça a permis tout ça. » (M6)*. Les médecins ont l'impression que certains patients cherchent plutôt à partager leur histoire de vie et exprimer leur état d'esprit, sans attendre de réelle réponse : « *certains recherchent rien en particulier, ils veulent être écoutés au final » (M1)*.

Certains se livrent plus facilement après cette période propice au dialogue, mais d'autres vont se refermer et marquer à nouveau la distance qu'ils avaient avec le médecin : « *Je l'ai recroisée [...], je l'ai retrouvée comme je la connaissais avant, hyper froide... je comprenais aussi qu'elle avait pas le temps ou envie, mais j'ai retrouvé sa façade. Je pense que y'aura pas d'autres discussions » (M6)*.

d) Les directives anticipées pour ouvrir la réflexion et le dialogue

Certains médecins ne considèrent pas les DA comme une simple tâche administrative, mais comme une ouverture à la réflexion personnelle et au dialogue sur le sujet de la santé et de la fin de vie : « *c'est ce qu'on s'est dit, que le document bon c'était une chose, mais ce qui est important c'est d'en avoir discuté.* » (M5). Les patients qui les abordent ouvrent le dialogue sur la mort de façon indirecte : « *ils savent que je discute beaucoup ! (rires) donc ils savent que je vais forcément rebondir dessus.* » (M5).

4.2. Attentes de la discussion pour les proches

4.2.1. Optimiser la prise en charge en cas de situation de soins

Certains médecins pensent qu'il est plus facile de parler de la mort en dehors de tout contexte pathologique ou de mort : « *on va en parler parce que c'est facile [...] d'en parler quand on est pas concerné. Une fois que les gens commencent à être malades, c'est, je trouve que c'est compliqué d'aborder le sujet.* » (M3). Ils incitent donc les patients en bonne santé à ouvrir le dialogue avec leurs proches en amont de tout contexte de mort, pour que chacun exprime ses souhaits et comprenne ceux des autres. Les proches n'ont pas toujours les mêmes avis sur la mort et ce qui l'entoure : « *je leur dis d'y réfléchir et d'en parler avec leurs proches, c'est pour ouvrir le débat. Je leur demande donc ce qu'en pensent leurs proches, s'ils sont au courant, et si les proches sont pas d'accord, je les incite à en reparler absolument* » (M3). Pour tout patient, en cas de dégradation de l'état de santé ne lui permettant plus une prise de décisions réfléchie, les proches (surtout la personne de confiance) pourront donner leur avis en accord avec ses volontés. Cela apporte un confort dans la prise en charge, pour l'entourage : « *Pour que les proches à la fois comprennent pourquoi le médecin a fait ou n'a pas fait, et qu'ils acceptent* » (M3), comme pour les soignants : « *ça demande beaucoup de temps, de les préparer, de leur expliquer ce qui se passait, dans quel sens on allait...* » (M5).

4.2.2. Optimiser l'acceptation de la mort par les proches

a) Favoriser le dialogue et la transmission

Discuter de la mort avec ses proches permet de pouvoir envisager des situations de soins et de décès : « *On peut jamais savoir ce qui se passe dans la vie...* » (M2). Pour les patients en bonne santé, il s'agit notamment de cas d'urgences ou de décès brutaux, très difficiles à accepter : « *C'est vrai qu'il est en pleine santé, même sa*

femme on n'imaginait pas qu'elle ait une mort comme ça... et c'est... c'est pas évident pour ça la mort... » (M5).

Les médecins peuvent inciter les patients à réfléchir à ce qu'ils souhaiteraient transmettre à leurs proches : « *dire les choses avant de mourir, ou de pouvoir être en phase avec ses émotions. » (M4).* Ils pensent aussi à l'effet bénéfique de ce partage pour les proches : « *Moi je pense que ça a un intérêt, pour que eux ils se posent aussi la question, et que bah du coup ils puissent dire ce qu'ils, leurs souhaits, les choses, autour d'eux » (M5).* Pour les patients en contexte pathologique, les médecins évoquent les fins de vie comme des moments humains clés : « *parfois que les périodes de fin de vie bah c'est un moment important de passation par rapport à la famille, par rapport à ce qu'on n'a jamais réussi à se dire » (M2).*

b) Sur le plan organisationnel et psychologique

En anticipant leurs souhaits pré et post mortem, les patients pourraient faciliter le deuil de leurs proches, sur le plan pratique et psychologique. Certains patients établissent leurs conditions idéales de décès et leurs souhaits post-mortem pour limiter la charge mentale de leurs proches dans l'organisation des funérailles et de la gestion administrative : « *la question de après la mort aussi, qu'ils essaient d'en parler aussi avec leurs proches : la sépulture, euh la compo- enfin les soins du corps, cimetière pas de cimetière, incinération pas d'incinération... » (M5).* En général, les médecins ne les détaillent pas avec eux mais les invitent à les partager avec leurs proches ou un tiers officiel. En contexte de mort attendue ou de perte d'autonomie, les médecins incitent les patients et les proches à anticiper l'organisation du cadre de vie : « *est-ce qu'ils avaient déjà réfléchi à comment ils voulaient continuer, est ce qu'ils avaient pensé à EHPAD ou pas EHPAD... » (M4).*

Les médecins rapportent des patients ayant vécu des morts traumatisantes ou des deuils compliqués souhaitant se protéger et protéger leurs proches de cette expérience difficile : « *[contexte de patient jeune qui a perdu brutalement sa femme en bonne santé] Je l'ai incité à faire les choses pour que sa famille sache ce qu'il voulait... parce que du coup là, bah y avait rien de prêt en fait, et ça a été très compliqué à gérer. Mais je n'ai pas parlé du terme médical avec lui, plutôt dans le cadre du après la mort» (M5).*

4.3. Au-delà du médical

a) Philosophie

La discussion s'oriente parfois vers des valeurs plus philosophiques, à l'initiative de l'un ou de l'autre : « *aborder le sujet sur les valeurs de la vie, enfin des termes un peu plus philosophiques, plus larges, je pense*

qu'avec certaines personnes ouais ça pourrait arriver. » (M5). Les personnes âgées y semblent plus sensibles : « *plutôt avec les patients âgés, qui d'eux-mêmes voilà parfois sont très philosophes » (M6).* Ils livrent leurs réflexions sur les valeurs de vie ou leur vécu : « *il disait si je pouvais avoir plus et bah ça serait que du bonheur, mais que si ça doit s'arrêter là c'est pas grave » (M4).* Des médecins peuvent orienter la réflexion au-delà du champ médical : « *ça touche profondément qui on est, hors du contrôle et de l'enveloppe sociale que l'on peut se construire dans la vie, effectivement, c'est le lâcher-prise. » (M2).* D'autres au contraire ne dépassent pas cette limite : « *Enfin là, on est plus dans la philosophie, dans les choix de vie, donc c'est plus, c'est pas médical là. » (M3).* Ils ne s'estiment pas tous capables d'ouvrir le sujet : « *sur la partie philosophique... Je vais pas leur ouvrir une porte de réponse, parce que je pense que je me sentirai pas compétente sur toutes les possibilités de réponses » (M4).*

b) Religion

Peu de médecins abordent la religion avec les patients : « *je leur parle pas de la religion, je leur pose pas des questions sur leur conception de la mort, sur leur conception de la religion... Enfin c'est pas mon boulot, ça serait très intéressant mais j'ai pas le temps, c'est pas le but de tes consultations » (M3).* Ils s'autorisent à le faire lorsque les patients se sont déjà livrés sur le sujet dans une relation de confiance qui le permet. Souvent, il s'agit de fins de vie où le médecin s'assure du confort spirituel du patient : « *parfois au niveau spirituel pour certains dont je connais l'activité pratiquante, alors je leur demande si ils ont imaginé peut-être rencontrer le prêtre... » (M7).*

c) Briser le tabou de la mort dans la société

D'une façon plus globale, parler de la mort avec les personnes en bonne santé et les inciter à partager leurs réflexions avec leurs proches permettrait d'ouvrir le dialogue au-delà du bureau médical. Les médecins espèrent ainsi initier une évolution des consciences sur la perception de la mort, la rendre plus acceptable et aider à briser le tabou qui l'entoure : « *c'est une question aussi d'image de la mort dans la société. C'est clairement une question de santé publique, je trouve que y a peut-être quelque chose de sociétal à retravailler » (M2).* Les médecins interrogés sont persuadés que ce dialogue devrait avoir lieu dans tous les groupes sociaux : « *c'est un sujet plus social que médical » (M2), et pas uniquement dans le cadre médical : « *c'est une discussion, une philosophie, heu pff... Ca peut être une discussion avec n'importe qui d'autre que son médecin en fait » (M3).**

4.4. Bénéfices de la discussion pour les médecins

4.4.1. Bénéfices dans l'exercice professionnel

a) Connaissance et confiance du patient

Discuter de la mort permettrait au médecin d'améliorer sa connaissance du patient, sur le plan médical comme humain. La relation de confiance est renforcée de façon réciproque par les discussions qui touchent aux sujets intimes comme la mort : « *Je pense que tout ce qui touche l'intime, la personnalité du patient, enfin la possibilité de le faire parler de lui, je pense que ça peut que renforcer le lien* » (M4) ; « *ça augmente le niveau de confiance, et de... ouais d'intimité.* » (M3). En exposant son rôle d'écoute et d'accompagnement, parfois ignoré des patients, le médecin accède à des réflexions personnelles qui lui permettent de mieux les comprendre : « *elle m'a quand même donné un peu plus de clés pour comprendre, ça m'a en fait éclairé aussi pour beaucoup de choses. Pas forcément sa propre mort, mais sa relation aux soins quand même.* » (M6). Cela peut apporter des éléments au médecin pour une meilleure compréhension de ses patients, et optimiser sa prise en charge actuelle et future.

b) Confort et enrichissement de sa pratique médicale

Même sans DA précises, la gestion de situations d'urgence est facilitée et moins anxiogène : « *quand on sait où est-ce qu'on va, quand on sait ce que veut la personne, c'est plus facile pour prendre les décisions médicales si on a besoin de d'intervention urgente ou pas* » (M3). Le médecin s'assure ainsi un certain confort dans les prises de décisions lorsqu'il les a anticipées avec le patient : « *c'est pour m'assurer de travailler plus sereinement et de savoir que le patient est d'accord.* » (M2). Ce confort est autant psychologique que pratique pour les soignants, le patient et ses proches, comme vu précédemment.

Les discussions autour de la mort peuvent enrichir la pratique du médecin et profiter à tous les patients : « *tout ce que les patients peuvent répondre à différents moments, je trouve que ça nous apporte des pistes de réflexion sur un patient suivant, ou d'analyse, ou de propositions.* » (M4). Le médecin peut s'ouvrir à d'autres points de vue et diversifier ses prises en charge : « *je trouve ça intéressant de ne pas apporter que des conseils qui nous parlent à nous, [...] de se dire que finalement y a plein de façons de faire et que du coup d'avoir entendu plein d'histoires nous permet d'avoir plein de propositions.* » (M4). Auprès des patients comme des collègues, le médecin fait évoluer ses réflexions : « *y a une capacité d'écoute et de comprendre les positions de l'autre, et de*

pouvoir échanger là-dessus. C'est vrai que ce travail là (parler de la mort) c'est intéressant dans ce sens-là, ça permet d'ouvrir l'esprit » (M2).

L'archivage des souhaits des patients dans leurs dossiers permet une transmission entre soignants et assure une prise en charge cohérente, notamment en cas de situation d'urgence : « *ça permet aussi à quelqu'un qui est pas toi de répondre potentiellement* » (M4). Les médecins pensent aussi au cadre médico-légal pour se protéger en cas de litige : « *Je pense que je devrais les noter, il y a le médico-légal auquel on pense derrière.* » (M2). Certains logiciels proposent un volet spécifique, comme pour la personne de confiance.

4.4.2. Bénéfices sur le plan personnel

a) Enrichissement personnel et réflexion sur sa finitude

Cette ouverture d'esprit semble également enrichissante sur le plan personnel : « *le fait d'en discuter aujourd'hui me fait prendre conscience comme ça m'a fait bouger sur ça [sur sa propre vision de la mort].* » (M4). Les médecins eux-mêmes ouvrent le dialogue en dehors du cercle professionnel : « *C'est ce qui nous a fait aussi discuter avec mon mari, de dire bah voilà, nous, si jamais il nous arrivait quelque chose dans la vie, qu'est-ce qu'on voudrait ?* » (M4). Certains patients entraînent une remise en question sur la vision de la mort : « *je trouve que c'est hyper impressionnant d'être capable de se positionner comme ça, et je me suis dit [...] que j'aimerais bien être dans cette capacité là si ça devait m'arriver - Donc finalement toi ça t'as fait réfléchir aussi ? - Ca m'a fait écho, oui complètement !* » (M4).

b) Acceptation de la mort du patient

Discuter de la mort du patient avec lui permet au médecin de s'y préparer : « *si t'en as parlé, que t'en as discuté avec le patient, et que tu sais que le patient finalement, c'est pas si violent pour lui, qu'il est prêt, et ben c'est moins violent aussi pour toi en tant que soignant.* » (M4). Après un décès, son travail de deuil peut être facilité par la discussion avec les proches du défunt : « *[contexte de discussion avec la femme d'un patient suicidé] moi j'avais besoin aussi de la voir en fait, je pense que c'était important personnellement.* » (M6).

c) Impact psychologique positif

Après une discussion sur la mort où le patient a été réceptif, les médecins disent se sentir utiles et aidants, avec le sentiment du devoir accompli : « *c'est quelque chose à faire, j'me dis c'est bon, ça, je coche ! (rires)* » (M3). En optimisant les prises en charge, ils évitent les regrets ou la culpabilité de leurs décisions : « *t'as*

rien à te reprocher, rien à regretter... On a fait tout ce qu'on a pu. » (M5). Ils s'estiment de respecter les patients et leurs valeurs : « c'était du temps à passer... Après je le regrette pas – parce que ça colle à tes valeurs ? – Voilà, mais après, c'est de l'investissement. » (M5). La reconnaissance et la gratitude des patients comme des proches est valorisante : « étonnamment après le décès il y a certains membres de cette famille qui sont revenus me remercier, alors qu'ils étaient très virulents avant... Bon j'ai été assez surpris. » (M7).

5. Les médecins et la mort

5.1. Facteurs influençant la discussion sur la mort

a) Expérience professionnelle et formation du médecin

Il paraît évident pour les médecins interrogés que l'expérience influence l'ensemble de leur pratique, notamment la durée d'exercice. Le fait de ne pas connaître les patients semble engendrer des réactions variées chez les patients : difficulté à faire confiance, ou au contraire occasions de partager : « *là elle en a reparlé avec moi parce que j'étais la remplaçante et que oui, il fallait que je sois aussi au courant* » Les médecins plus jeunes ressentent plus de facilités à moduler leurs pratiques : « *je suis un médecin en début d'exercice et du coup [...] je sens aussi que j'ai plein de choses qui vont bouger encore et qui sont pas fixes. Ouais faudrait que je le fasse !* » (M4).

Certains médecins rapportent les bénéfices de leur formation en soins palliatifs, en communication verbale et non verbale, et dans la compréhension des patients et des proches : « *Tu te sens plus assurée, plus confiante pour aborder ce thème-là ? - Oui.* » (M4). Elle leur a apporté l'expérience d'accompagnement de fins de vie, enrichissant sur le plan médical et humain : « *Ça m'a permis quand même de, que ce soit plus simple en fait ! D'oser poser les questions, dire les choses, à répondre aux questions classiques. Et apprendre aussi que bah les gens ils entendent pas forcément ce qu'on leur a dit.* » (M6).

Certains médecins ont vécu des situations qui les encouragent à penser au cadre médico-légal : situations conflictuelles avec des patients ou des familles, ou situations de soins qui n'ont pas été optimisées... « *Il y a le médico-légal auquel on pense derrière* » (M2).

b) Attrait pour le sujet et empreinte du vécu personnel

L'attrait pour le sujet de la mort semble faciliter le dialogue avec les patients : « *j'ai fait ma thèse sur les soins palliatifs, donc en plus ça m'intéresse aussi d'accompagner les gens, d'aller au plus près de ce que eux ils veulent, ils souhaitent.* »(M5). Ces médecins sont convaincus que la mort est un sujet à aborder avec chacun, au-delà du contexte médical : « *c'est des choses dont il faut parler* » (M6). Les médecins moins intéressés par le thème se disaient moins à l'aise à en parler. La sensibilité à tout sujet est teintée par le vécu personnel, comme pour la mort : « *j'ai eu des situations où ça n'a pas été simple. Des situations aussi personnelles où justement on ne savait pas quoi faire, et comment, parce que ça avait pas été abordé. Mais du coup ça laisse aussi une trace, comme quoi chacun a le droit de choisir ce qu'il a envie.* »(M5). Certaines situations font écho à ce vécu au quotidien : « *je pense que ça nous renvoie aussi à nous, forcément hein, y'a des choses qu'on a pas envie d'aborder, enfin avec lesquelles on est pas à l'aise quoi. Enfin comme toute une chose dans notre pratique !* »(M6)

c) Relation de confiance

La relation de confiance facilite le dialogue sur tous les sujets de façon réciproque, y compris les plus complexes et intimes : « *c'est une dame qui a très confiance en moi et mutuellement, et du coup c'est assez simple en fait, c'est limpide, y'a pas d'ambiguïté, j'arrive à lui dire ce que j'ai à lui dire et je pense que si elle a besoin de me dire quelque chose, elle le ferait.* » (M5). Cette proximité n'autorise pourtant pas tout, et le patient reste maître de ce qu'il souhaite livrer au médecin : « *il a peut-être pas envie de nous dire tout ça, c'est très personnel ! donc même si on a une relation de soins et de confiance, est ce qu'ils ont envie de partager ça avec nous, heu...* » (M6). Des médecins s'interrogent sur la façon dont elle se développe, de façon objective et subjective. L'ancienneté de la relation n'est pas toujours nécessaire, mais semble être importante pour cette connivence intellectuelle : « *il y a des questions d'affinité (sourire), je m'aperçois avec des gens, des patients que je connais depuis longtemps, en tout cas avec lesquels j'ai une certaine proximité, je sens que c'est plus facile* » (M7).

d) Sujet et réflexion singuliers

Le discours du médecin est également influencé par le patient : sa personnalité, son vécu et son attitude lors de la conversation. Face à un sujet aussi singulier, le médecin adapte ses propos à chacun : « *je pense que c'est lié à la personnalité de la personne. [...] je pense qu'avec d'autres, on aurait pu avoir une discussion plus ouverte.* » (M5). Les patients doivent être psychologiquement disponibles et cognitivement capables

d'entreprendre une telle réflexion : « *C'est sûr que la discussion, y'a certains patients avec qui y'en aura pas quoi, enfin... On sait qu'on l'aura pas.* » (M6). Les médecins se limitent parfois face au malaise du patient : « *je ne suis pas allée plus loin, j'ai été plutôt prise par sa réaction, j'ai senti que y avait une raideur, un petit recul donc... ; il y a des gens qui ont pas envie d'y penser [...], et il faut respecter* » (M4).

5.2. Freins et difficultés à parler de la mort pour les médecins

5.2.1. Peur de la mort et écho à la finitude des médecins

Selon les médecins, la peur de la mort est une limite majeure à la discussion, face aux patients comme entre soignants. La construction sociale du médecin tout-puissant et la pression sociétale qu'elle implique entretient l'idée que la mort est un échec. Ils en questionnent les conséquences psychologiques : « *si on se positionne en tant que médecin en disant "de toute manière je veux guérir mon patient", en fait on est dans un échec ! Le patient qui meurt c'est un échec. Et donc du coup comment on fait pour faire face si quotidiennement à des échecs face à une personne qui meurt ?* » (M4). L'acceptation du caractère inéluctable -de la mort semble nécessaire pour leur confort psychologique. Accepter de ne pas tout maîtriser est encore difficile pour beaucoup de médecins, au vu des responsabilités qui leur incombent : « *il faut relativiser la potentialité que... enfin on peut tous faire des erreurs.* » (M4). Se questionner sur sa pratique paraît donc légitime, mais source de stress : « *En effet on se pose un peu plus la question, bah est-ce que j'aurais pu faire quelque chose d'autre ? est-ce que j'aurais pu mettre autre chose en place pour le prendre en charge ?* » (M4).

D'un point de vue personnel, ces discussions font écho à leur propre finitude et à celle de leurs proches : « *Forcément il y a... Ca fait penser à sa mort éventuelle, la mort de ses proches... Heu, forcément ça y fait penser, ouais.* » (M7). Comme tout un chacun, les médecins ne sont pas tous prêts à s'y confronter mais s'y heurtent dans les contextes opportuns : « *A chaque fois que j'ai eu un décès dans mon entourage, ça me ramenait à ma propre mort.* » (M3). Plusieurs estiment qu'un travail personnel serait essentiel pour être plus à l'aise avec la mort et accompagner pleinement leurs patients : « *je pense que c'est vraiment un travail qu'on a à faire chacun, parce que si on n'est pas à l'aise avec les mots et avec l'idée qu'on va tous mourir un jour, on peut pas en parler avec les patients.* » (M4).

5.2.2. Ressenti négatif du médecin

a) Accepter de ne pas tout maîtriser

Les médecins interrogés émettent des craintes à ne pas maîtriser la conversation sur la mort avec les personnes en bonne santé. Ils disent ne pas savoir comment mener la discussion, doutent de leur réaction et de leur capacité à répondre face aux patients : « *j'ai jamais osé aller plus loin, c'est vrai, j'avais pas pensé. Il va me répondre, mais qu'est ce que, comment je réagis après ? C'est peut-être pas que ça me met mal à l'aise, c'est que je sais pas comment faudrait que je continue après.* » (M3). Certains rapportent un sentiment d'impuissance face à certaines demandes de patients et de proches : « *j'étais un peu décontenancé par ses questions. Il a dit clairement « Combien de temps il me reste ? » C'est quelque chose qui nous renvoie à notre incompétence dans le fait d'apporter au patient ce qu'il désire.* » (M7).

b) Manque de reconnaissance

Les médecins souffrent parfois d'un manque de reconnaissance lorsque les proches ne réalisent pas son travail : « *ils ont eu l'impression à plusieurs moments que je faisais rien [...] Je faisais pas rien, mais en fait c'est pas visible.* » (M4). Cela contraste avec le lourd investissement professionnel et personnel rapporté dans certaines situations, notamment les accompagnements de fins de vie. Un temps de dialogue autour de la mort et des ressentis est alors nécessaire. Dans les rares demandes d'euthanasie, par les patients ou les proches en bonne santé, certains disent se sentir réduits à de simples « *techniciens de santé* » (M2) : « *en gros ils viennent nous dire que nous on sert pas à grand-chose, et que voilà lui ce qu'il veut c'est la piqûre, et il pourrait aller voir le vétérinaire ce serait à peu près pareil.* » (M2).

5.2.3. Limites pratiques à la discussion sur la mort

a) Chronophagie

Les médecins sont unanimes sur la chronophagie de la discussion sur la mort dans des consultations déjà remplies : « *bah le problème c'est que ça prend déjà beaucoup de temps, ça prend déjà plus de vingt minutes si on pose toutes les questions [...] on essaye déjà de faire le tri entre toutes les informations, donc c'est pas toujours évident.* » (M4). Ces sujets complexes demandent un certain temps : « *il faut s'exposer à des consultations qui prennent un peu plus de temps.* » (M4). Les médecins reconnaissent pourtant que cette anticipation est un gain de temps futur : « *c'est un gain de temps plus tard aussi, c'est vraiment ça qui est*

difficile... Y'a plein de choses où prendre le temps d'expliquer ça te prend dix minutes, un quart d'heure, comme pourquoi il tousse après une rhinopharyngite, mais du coup la fois d'après il vient pas te voir parce qu'il tousse encore ! » (M4).

b) Médecin savant versus patients profanes

Les médecins rapportent des difficultés liées aux disparités de jugement. Celui des patients et de leurs proches peut être biaisé de façon subjective par leurs émotions, face au jugement objectif des soignants : « *ils voyaient pas d'amélioration, donc forcément... - Mais il y avait une amélioration à attendre ? - Non !* » (M4). L'inégalité des connaissances entre le médecin « sachant » et les « non-sachants » entraîne également une disparité dans les espoirs de prise en charge : « *nous, devant un adénocarcinome du pancréas, heuu... voilà on se projette pas sur très longtemps.* » (M4). La méconnaissance du lexique médical et les fausses croyances peuvent être anxiogènes, rajoutant une charge au médecin. Certains pointent tout de même l'importance de cette hiérarchie implicite : « *Il y a une attitude hiérarchique pyramidale, hein c'est essentiel.* » (M2).

c) Secret médical et tensions avec les proches

Même avec la personne de confiance, les médecins ont toujours à l'esprit le risque de compromettre le secret médical : « *ce qui est pas facile, c'est de respecter le secret médical qu'on a avec le patient et [...] l'échange de confiance qu'on a avec le patient, tout en ouvrant la porte euh à la compagne ou au conjoint* » (M4). Sans cohérence de communication, le dialogue avec les proches peut s'avérer conflictuel et mener à des incompréhensions : « *on a parfois sollicité des réunions entre la famille, parfois avec l'équipe mobiles de soins palliatifs aussi pour essayer d'avancer sur les différences de points de vue.* » (M7). Les réels conflits ou agressions restent peu fréquents pour les médecins interrogés, mais certains font allusion à leur fréquence croissante.

5.3. Ce que les patients renvoient aux médecins face à la mort

5.3.1. Mécanismes de défense des patients

Lorsque les médecins interrogent les patients sur la mort, la réaction première est souvent la surprise, quel que soit l'état de santé : « *Je les ai sentis, je les ai un peu étonnés... Ils étaient pas très à l'aise. J'ai senti que c'était pas une question évidente, en tout cas pas une question qu'ils avaient abordée jusqu'à présent.* » (M4). Des mécanismes de défense peuvent rendre la discussion difficile : « *quand ils font comme ça,*

très vite en fait, c'est les défenses et puis après ils s'écroulent derrière. Et souvent à la fin de la consultation on se dit « Ah bah on a bien fait d'en parler ! » (M3). Certains pondèrent leurs propos et ne laissent pas libre-accès à leurs émotions : « y'a une intellectualisation, une rationalisation du discours face à moi qui est... Il y a des choses je pense, qui, il me laissera pas la place. » (M4). En général, les patients semblent finalement réceptifs et satisfaits de la discussion : « j'ai pas souvenir de patients qui l'ait mal pris. Je pense qu'ils vont pas en parler eux-mêmes, mais ils ont besoin d'en parler. » (M3).

5.3.2. Angoisses sous-tendues par la mort, pour tout patient

a) Anxiété face à la mort

Les médecins ressentent au quotidien l'anxiété des patients face à la mort. Elle s'exprime de façon sous-jacente au travers de la peur de la maladie ou de la vieillesse : « Déjà ils sont angoissés par un rhume... » (M2), « c'est une dame qui est assez anxieuse, qui peut avoir le moral parfois un peu en baisse, donc je pense que c'est quelque chose auquel elle pense en vieillissant, à la mort et à ce qui peut arriver aussi. » (M6). Les médecins adaptent leurs discours pour limiter cette angoisse : « Est-ce que c'est le bon moment pour en parler, est-ce que c'est opportun, je sais pas... Est-ce que ça va pas majorer l'angoisse chez lui, je sais pas... Il faut peser un peu plus ses paroles » (M2). Pour les patients comme leurs proches, ils ressentent l'angoisse des souffrances physiques, du deuil et de la solitude : « Il savait qu'il allait mourir bientôt. Par contre, il avait peur de souffrir et d'étouffer, enfin tous les symptômes, l'angoisse quoi. » (M3). Cette anxiété peut encourager certains à rédiger leurs directives.

Des médecins évoquent la peur de la perte de contrôle : « il y a une idéologie derrière avec une peur d'affronter en fait l'idée de la mort, et une façon de garder le contrôle sur les choses alors qu'en fait, ben quand on meurt, c'est une situation de perte de contrôle complète. » (M2). Certains patients n'ont pas envisagé cette perte de contrôle avant le décès : « [désigner la personne de confiance] ça lui a paru un peu brutal, presque plus brutal que de parler du pronostic - Ah oui ? - Ben c'est la personne qui donne son avis quand on est plus en capacité de le donner, et donc je pense que... ça donnait plus de réalité à la potentialité de la mort ou de l'inconscience, qui du coup est la perte de contrôle, que le fait de dire "je vais potentiellement mourir". Il avait pas envisagé d'avoir une étape intermédiaire où... il est pas mort. » (M4).

b) Ambivalence des patients

Les médecins rapportent une ambivalence chez certains patients exprimant des idées de mort, notamment les personnes âgées : « *ils ont envie de partir parce qu'ils en ont marre, mais en même temps, s'imaginer mourir, c'est compliqué.* » (M5). En cas de dégradation aigue de l'état de santé, ces plaintes - allant parfois jusqu'à la demande d'euthanasie - peuvent être balayées en faveur d'une demande contradictoire de guérison : « *les gens me disent "j'ai envie de mourir" et au moment où je leur dis "ok on fait plus rien", [...] ils comprennent ça comme un comme un abandon en fait* » (M5). Les médecins retrouvent cette ambivalence chez les personnes en mal-être psychologique, exprimant plus une demande d'aide qu'un réel désir de mort.

5.3.3. A priori sur le médecin

a) Constructions sociales

Comme cité précédemment, l'imaginaire du médecin tout-puissant est encore très présent au quotidien, et la mort est perçue comme évitable. Les médecins font parfois face à des demandes de patients et de proches qui les laissent démunis lorsqu'elles dépassent le champ des possibles : « *On sent qu'ils auraient voulu qu'on maîtrise tout, alors que je sais pas si c'est réellement possible !* » (M7). Ils ressentent aussi la peur de la médecine toute-puissante et de la préservation de la vie « à tout prix » : « *j'ai régulièrement des enfants de résidents en maison de retraite qui me demandent « elle est encore là depuis longtemps, ils la maintiennent... » Ben non* » (M2)

b) Méconnaissance du rôle d'accompagnement

Chacun a une représentation du médecin construite sur son vécu, parfois limitée au champ strictement médical. Certains patients découvrent le rôle d'écoute du médecin au détour de situations de deuil ou de pathologies graves : « *ça les fait se rendre compte du rôle qu'on pouvait avoir, qu'ils ne suspectaient pas parce que c'est pas l'image qu'ils ont non plus du médecin, il sert pas à discuter de tout ça [de la mort, du deuil]* » (M6)

5.4. Freins plus spécifiques aux patients en bonne santé

a) Définition difficile de « bonne santé »

Dans cette thèse, on définit un patient « en bonne santé » par l'absence de mort prévisible dans les dix ans (pas de maladie évolutive, pas d'âge avancé, pas de pathologie chronique mal contrôlée). Les médecins interrogés ont souvent assimilé la « bonne santé » à la jeunesse, généralement aux patients de moins de trente ans. Ils oublaient facilement les patients aux pathologies chroniques bien équilibrées, les patients endeuillés ou proches d'une personne malade. De façon globale, les médecins ne sont pas à l'aise à parler de la mort avec les personnes en bonne santé, comme détaillé précédemment.

b) Sujet perçu comme plus anxiogène pour ces patients

Le caractère anxiogène d'une discussion sur la mort, déjà souligné en général, leur semble plus important chez les patients en bonne santé. D'une part, les médecins redoutent de créer de l'anxiété chez des patients qui ne se questionnaient pas sur le sujet : « *je me dis qu'ils vont interpréter que je trouve un truc pas normal, que y'a un truc derrière.* » (M3). D'autre part, ils appréhendent de majorer l'anxiété des autres : « *Je suis pas sûre que parler de la mort, ça te rassure si tu as peur de la mort. J'ai pas mal de patients anxieux, ben si je leur parle de la mort alors qu'ils viennent m'interroger sur autre chose, heu je pense qu'ils vont se dire « heu docteur? »!* » (M5). Avec les patients en bonne santé, la peur de créer de l'angoisse est majorée : « *c'est peut-être un peu violent à 30 ans de... de parler de ça ?* » (M2). La question de la légitimité à questionner sur la mort hors contexte est aussi plus forte : « *est-ce que c'est ta place à toi en tant que médecin de parler à quelqu'un en bonne santé de sa mort ? Est-ce que c'est pas à lui, s'il y a réfléchi, de te dire « bah voilà j'ai pensé, [...] parce que ça peut m'arriver aussi » Là dans ce cas-là, ça a tout à fait sa place. Mais venant de ta propre initiative, je sais pas.* » (M2).

Ils ont également peur de l'impact mental négatif de cette discussion, mais plutôt chez des personnes suivies pour des pathologies évolutives : « *Je savais pas quel impact mes mots allaient pouvoir avoir. On n'a pas trop abordé le sujet parce que je voulais pas qu'elle laisse tomber.* » (M4).

c) Projection dans la mort

De façon générale, il est difficile de se projeter dans sa mort : « *Mais est-ce qu'on s'envisage mourir un jour, et puis à quel âge ? [...] Il y a plein de personnes à 80 ans qui disent « bah ouais je suis vieux, mais j'ai encore envie de vivre !* » (M5). L'acceptation du caractère inéluctable de la mort paraît plus aisée dans certains contextes pour les patients et leurs proches : pathologie évolutive, ou patients âgés pour qui le décès est la

prochaine étape logique. Mais quel que soit l'âge, il paraît difficile d'anticiper une situation avec autant d'inconnues (temporalité, contexte...). Cela demande une capacité de réflexion, dépendant de nombreux facteurs, notamment psychologiques et cognitifs : « *Je pense que tout le monde n'est pas prêt à se poser la question. Et la plupart des gens ne le font pas parce que c'est dur de s'imaginer mourir un jour !* » (M5). La mort semble d'autant plus lointaine et inenvisageable pour les personnes en bonne santé « *donc est-ce qu'on s'envisage mourir un jour, je sais pas si à notre âge heu... C'est vrai que quand on n'a pas d'idée de comment on va mourir c'est difficile de d'anticiper ça.* » (M5).

d) Priorisation des sujets lors de consultations ponctuelles

Les patients en bonne santé, par définition, ont plus rarement recours aux soins : « *les gens qui vont bien en fait on les voit pas souvent.* » (M5). Dans ces consultations ponctuelles, il semble difficile pour les médecins d'aborder tous les sujets de santé en ayant un réel impact. Ils priorisent les sujets qui leur paraissent plus adaptés : « *On peut pas parler de tout. On doit parler de la vie d'abord, de la mort... peut-être.* » (M2). Les médecins craignent qu'ils ne soient pas prêts à avoir cette conversation, loin de toute interrogation sur la mort, rendant la question de la juste temporalité plus complexe. Ils peinent à orienter leur discours vers la mort parmi des motifs de consultation peu propices: « *Quand ils viennent pour un certificat de sport, un truc où ils vont très bien, ou juste un rhume, ben c'est délicat de leur dire « bah vous voyez ça comment votre mort ?* » (rires) (M5).

e) Doute sur l'intérêt de cette discussion

Les médecins doutent de l'effet bénéfique de la discussion sur la mort : « *je sais pas si ça va pas faire plus de mal que de bien* » (M2). Ils n'y voient pas tous un intérêt dans leur pratique et dans la relation médecin-patient : « *Aujourd'hui je sais pas ce que ça m'apporterait dans la connaissance du patient qui serait nécessaire pour leur accompagnement initial.* » (M4). L'impact de cette discussion leur paraît moindre, comparativement à d'autres sujets comme l'alcool ou le tabac. Certains médecins se questionnent sur l'intérêt de citer la mort elle-même, alors qu'ils assurent leur écoute inconditionnelle aux patients : « *"si vous avez besoin de parler n'hésitez pas ma porte est ouverte", finalement est-ce qu'elle répond pas déjà à cette question de parler de la mort ? Sans parler de la mort, mais du coup leur ouvrir la possibilité de venir parler de leurs difficultés, quelles qu'elles soient ?* » (M4).

5.5. Questionnements des médecins

La discussion autour de la mort soulève de nombreux questionnements chez les médecins interrogés. Ils mettent en doute leur légitimité à interroger les patients sur la mort, notamment les patients en bonne santé. Ils questionnent le rôle et la place du médecin dans la société, ainsi que le rapport entre leurs convictions personnelles et le discours médical. Enfin, ils réfléchissent à la possibilité de sensibiliser à la mort.

5.5.1. Légitimité du médecin à questionner sur la mort

a) Légitimité établie

Les médecins se sentent désignés pour discuter de la mort, en tant qu'interlocuteurs privilégiés et prioritaires pour les sujets de santé : « *ce serait notre rôle hein d'être l'interlocuteur privilégié parce qu'on est le médecin traitant et donc la personne avec qui le patient aura parlé de sa santé et de potentiellement ce qui peut lui arriver...* » (M2). Le secret médical garantit un dialogue libre et sans jugement : « *ça lui avait permis de s'ouvrir avec moi de savoir que je dirais pas tout à tout le monde.* » (M4). Ils seraient légitimes à ouvrir le dialogue sur de nombreux sujets en tant que « sachants » : « *en effet en tant que médecin on a aussi cette place de pouvoir heu... Il y a des familles où on se rend compte que bah, [...] on voit bien que si on en parle pas, nous, ben en fait ils vont jamais en parler.* » (M4).

Ils estiment qu'ils peuvent questionner sur tout sujet dans l'intérêt du patient, si le contexte s'y prête : « *parce que c'est quand même quelque chose [...] qui touche à l'intime... On pourrait dire la même chose de la question des violences conjugales, des envies suicidaires... [...] mais du coup je pense que tu l'abordes pas dans n'importe quelles conditions, dans n'importe quelle situation.* » (M4). Ce contexte leur semble nécessaire pour être à l'aise dans la discussion : « *Je me suis pas sentie mal à l'aise, pour le coup ça m'a paru évident qu'il fallait poser la question. Au vu du contexte, il fallait que je sache où il en était.* » (M4).

b) Doute sur la légitimité et intrusion dans l'intimité

Malgré l'intimité partagée dans la relation de confiance, les médecins craignent d'être intrusifs en abordant des sujets comme la mort : « *je trouve que c'est des choses qui sont personnelles, voilà très intimes, et même si on est dans l'intimité des gens, ben ils ont pas forcément envie de partager ça. Si rien n'est en rapport quoi, ça me semble plutôt difficile, même un peu intrusif !* » (M6). Ils redoutent de dégrader la relation de confiance en questionnant le sujet de la mort sans y être invités : « *ce qu'ils viennent chercher chez le médecin,*

je pense hein c'est tout à fait personnel, c'est un peu de réassurance. Donc si je les serine sur la mort à chaque fois que je les vois, heu... » (M2). La question se pose d'autant plus en dehors de tout contexte propice : « *est-ce que c'est ta place à toi en tant que médecin de parler à quelqu'un en bonne santé de sa mort ? [...] venant de ta propre initiative, je sais pas... » (M2).*

5.5.2. Convictions personnelles versus rôle de médecin

Comme cité précédemment, les médecins intéressés ou sensibilisés au sujet de la mort montrent plus de facilités à en discuter. Mais les médecins interrogés ressentent parfois des difficultés lorsque leurs convictions personnelles se heurtent au discours médical.

a) Désaccord entre le ressenti personnel et le discours médical

Face aux patients qui expriment des idées noires dans un contexte qui les justifie, certains médecins éprouvent des difficultés à leur répondre : « *j'ai beaucoup de mal à garder le discours que je dois garder. Ben c'est de mon devoir de dire « mais non, on doit protéger la vie » et je pense de plus en plus à dire « bah... Oui » en fait quand ils m'exposent leurs raisons. » (M3).* Malgré l'empathie et la compréhension, ils doivent respecter une certaine distance et un respect : « *Tu peux pas leur répondre « Ah oui, je vous comprends, c'est vrai, votre vie est nulle... » (M3).* Parfois, le médecin s'autorise à exprimer son empathie : « *Le mari m'a dit : "je comprends pas qu'on n'ait pas mis fin à ses jours plus vite (pour abréger les souffrances)" [...] Et peut-être que je lui ai... je, je crois que je lui avais dit que je comprenais. » (M3).*

Les médecins se retrouvent dans une position inconfortable lorsqu'ils ne sont pas convaincus du bénéfice de leur discours médical : « *J'ai de plus en plus de mal à dire « mais si, battez-vous, vous allez y arriver !» parce que j'y crois pas moi-même ! - Et ça, t'arrives à leur dire ? - Alors ben je suis bien embêtée ! » (M3).* Dans ces situations, certains se sentent malhonnêtes : « *J'ai l'impression de répéter un discours un peu appris par cœur et je suis pas sûre que... Ben mes yeux traduisent ce je pense vraiment. » (M3).* Lorsqu'ils ne sont pas à l'aise, ils doutent d'autant plus : « *je me sens pas très convaincante quoi du coup. » (M3).* Cela peut entraîner un réel conflit entre les convictions personnelles et le discours médical : « *la réponse que j'aurais envie, moi, à titre personnel, de leur apporter, se télescope avec mon rôle de médecin. - Tu sens qu'il y a un conflit entre les deux ? - Ouais. » (M3).*

Cette divergence entre avis personnel et discours médical peut entraîner une remise en question du médecin : « *je sais pas si c'est mon rôle de médecin, enfin oui, c'est mon rôle, mais j'ai peur, enfin... Ça vient*

*télescopier mes convictions personnelles qui sont peut-être pas ce qu'elles devraient être pour un médecin ? » (M3). Lorsque les demandes sont en opposition avec ses valeurs, cela peut créer de réelles difficultés éthiques. Dans le thème de la mort, certains citent l'exemple de l'euthanasie ou de l'IVG (interruption volontaire de grossesse) : « *[en parlant d'une collègue médecin] c'est pas facile parce que ça va pas avec sa conscience intime, ça demande un vrai conflit éthique en fait* » ; « *nous on est là pour accompagner les gens et absolument pas pour euh... donner la mort, c'est même contre-nature.* » (M4).*

b) Exprimer son ressenti personnel ?

Les médecins interrogés sont partagés sur la question. Certains limitent et contrôlent leur discours pour ne pas sortir du cadre médical : « *mon rôle c'est d'être médecin avec eux, pas de dire ce que je pense, et ils ont pas à savoir ce que je pense.* » (M3). Cela peut limiter le dialogue sur certains sujets comme la mort. A contrario, d'autres expriment naturellement et facilement leur avis personnel : « *J'ai un discours très transparent. C'est important je pense en tant que médecin généraliste, on n'est pas que techniciens de santé.* » (M2). Selon eux, cela renforcerait la relation de confiance mais ils ne se le permettent pas avec tout patient. En cas de conflit, rappeler que le médecin est également un individu avec des valeurs et des émotions peut apaiser les tensions : « *effectivement des fois, tu rentres dans le conflit avec les gens quand tu te retranches sur le cadre simplement médico-légal, quand tu dis « ben non on n'a pas le droit, c'est interdit.* » (M2).

5.5.3. Sensibiliser les patients à la mort

a) Rôle du médecin dans la sensibilisation à la mort

Les avis divergent sur le rôle du médecin à sensibiliser à la mort. Certains abordent la notion du devoir : « *Je pense que ouais, on devrait le faire. C'est comme quand on pose des questions sur les antécédents, je pense qu'il faudrait qu'on s'attache à le faire un peu plus.* » (M5). D'autres questionnent ce rôle dans la société : « *Je suis pas sûre que ce soit la place du médecin généraliste, en fait.* » (M4). Il leur paraît évident qu'il ne s'agit pas d'une responsabilité uniquement médicale : « *en tout cas je pense que c'est pas que notre rôle ; On n'est pas les seuls dépositaires de ce lieu de discussion, ou ce lieu d'ouverture de la discussion. Je pense que c'est quelque chose qui devrait être... en fait que tabou de la mort il devrait être apporté à plein de niveaux !* » (M4).

b) Sensibilisation à la mort en pratique

La mise en pratique est plus sujette à questionnement : « *il faut qu'on informe les patients, mais je sais pas quand, et comment, et quel moment sera le mieux...* » (M5). Les médecins interrogés pensent qu'ils peuvent susciter une réflexion personnelle chez les patients, qui pourra être transmise à leurs proches : « *je pense que c'est une démarche personnelle. [...] peut-être que c'est au médecin de l'inciter cette démarche, à dire "bah essayez de réfléchir là-dessus."* » (M5). En leur rappelant que la mort est inéluctable sans la dramatiser, ils espèrent aider à briser le tabou : « *on peut sensibiliser la population, mais même juste dire aux gens qu'un jour ils vont mourir... Ce serait bien aussi que les gens se souviennent qu'ils sont mortels !* » (M3).

c) Limites de la prévention

Au vu de la multiplicité des sujets de prévention, du temps de consultation limité, et de l'attention à la santé limitée des patients, les médecins ne peuvent pas tout aborder avec chacun. Il est nécessaire de prioriser, selon la sensibilité des médecins et selon l'impact attendu sur le patient : « *si je devais prioriser, parce que clairement on n'a pas le temps de tout faire, je prioriserais l'alcool et la violence parce que c'est des choses sur lesquelles [...] je peux avoir un impact sur leur santé, et après ils en font ce qu'ils veulent. Ca a un intérêt immédiat.* » (M4). La discussion sur la mort semble avoir moins d'impact et moins d'importance à court terme, elle reste alors un sujet non prioritaire : « *Déjà j'essaye de mettre les violences, donc oui la mort n'est pas encore à l'ordre du jour !* » (M4).

6. Faciliter la discussion et la sensibilisation avec les patients en bonne santé

6.1. S'appuyer sur d'autres intervenants

a) Autres intervenants en santé

La réflexion autour de la mort pourrait être facilitée en encadrant le patient dans une équipe de soins. Cela permettrait de prolonger le dialogue, et de compléter et appuyer le discours du médecin. On le retrouve en HAD par exemple : « *il avait largement préparé les choses avec la psychologue, les aides-soignantes, les infirmières.* » (M7). Cela peut être aidant en cas de désaccord ou d'incompréhension des proches : « *on est rarement seul je trouve.* » (M7). Les IDE (Infirmier diplômés d'Etat) semblent également légitimes, mais se heurtent aussi à de nombreux freins : « *les gens peuvent se confier facilement à l'infirmier qu'ils voient*

régulièrement, mais ça leur fait un surcroit de boulot donc ils ont les mêmes difficultés que nous. » (M3). Le recueil systématique de la personne de confiance à l'hôpital pourrait être une ouverture au dialogue sur la mort, mais difficilement réalisable en pratique. Des médecins ont évoqué les psychologues, mais le frein financier peut en limiter l'accès. Ce recours à d'autres soignants est limité pour des patients sains, sans nécessité de suivi. Pour les patients en bonne santé, certains proposent d'inclure le sujet de la mort dans des bilans de prévention : « *l'IRSA (Institut inter-régional pour la santé) par exemple, il y a tous ces bilans de prévention qui pourraient engager une discussion sur les directives anticipées* » (M5). Les médecins du travail sont également évoqués, avec les mêmes freins qu'en médecine générale.

b) Groupes sociaux, écoles et autres intervenants

Les médecins s'accordent à dire que la discussion autour de la mort devrait avoir lieu dans tous les groupes sociaux : « *Ben ça, ça fait partie de l'éducation, de la conception de la société.* » (M3). En famille et avec les proches, l'intérêt de partager ses souhaits leur paraît évident et a déjà été souligné. L'apport des groupes religieux est évoqué, notamment dans la période post-mortem et du deuil : « *Je trouve que l'apport de la religion, de l'accompagnement mortuaire, de cette cérémonie d'enterrement où on dit au revoir au mort à ce moment-là, elle est hyper importante.* » (M4). L'école est citée, de la jeune enfance aux études : « *je pense que c'est quelque chose qui devrait être abordé à l'école pour tous les enfants, peut-être des temps périscolaires, "comment vont tes grands parents, ta famille ?"* » (M2). De nombreuses situations pourraient mener à une discussion sur la mort, pour lever l'anxiété et la peur qui y sont liées : « *A l'école, ça devrait être possible d'en parler, enfin quand y'a un décès dans une classe, un truc. Enfin quand il y a un décès, même dans des promotions d'étudiants en médecine, c'est pas discuté !* » (M2).

Les médecins évoquent le cadre administratif qui pourrait ouvrir la réflexion sur la mort à différents moments de la vie : « *ça serait bien que chaque mariage, chaque PACS, qu'il y ait un testament derrière, mais en fait la plupart des gens ne le font pas parce que c'est dur de s'imaginer mourir un jour...* » (M5). Ils abordent également les contrats d'assurance qui peuvent ouvrir la réflexion sur le risque de décès, notamment lors de voyages à l'étranger : « *je leur en parle surtout sur le côté euh prévention, assurance* » (M4).

6.2. Formation des médecins

a) Formation professionnelle des médecins

Les médecins sont sensibilisés à la mort au fil de leurs expériences personnelles et professionnelles. Ils réfléchissent aux techniques de communication, notamment pour des sujets délicats comme la mort : « *je me suis posé beaucoup de questions sur la façon de l'aborder, et je me suis rendue compte qu'en l'abordant de manière anonyme ça passait beaucoup mieux.* » (M4). Ils estiment que la formation médicale sur la mort n'est pas suffisante et qu'il y aurait un intérêt à l'approfondir. Ils pensent que les nouvelles générations sont mieux formées : « *en tant que jeunes médecins, on a été bien plus sensibilisés à ça que les anciennes générations. Les soins palliatifs, la fin de vie...* » (M4). Ceux qui ont bénéficié de formations sur la mort ou de stages en soins palliatifs y voient un réel intérêt.

De façon générale, les médecins questionnent la mise en pratique d'une formation sur la mort : « *Est-ce qu'on peut être « formé » à la mort ?* » (M4). Ils estiment qu'il serait plus utile de réaliser des formations sur ce qui entoure la mort : communication, éthique, actualités en santé... Certains évoquent la possibilité de créer des groupes de travail entre soignants sur le thème de la mort : « *on pourrait imaginer un groupe de travail aussi sur des outils autour de "comment parler de la mort ?"* » (M7). Ces groupes d'échange et de partage d'expérience existent déjà sur d'autres thèmes et leur semblent très utiles.

b) Travail personnel des médecins

Les médecins interrogés estiment qu'une formation professionnelle ne serait pas suffisante sans un travail personnel d'analyse de sa pratique. Il leur semble primordial de comprendre leur rapport à la mort, comme à d'autres sujets sensibles : « *je pense que c'est quelque chose qui nécessite un travail personnel aussi, de savoir pourquoi tu parles de choses, pourquoi t'en parles pas.* » (M4). Certains pensent que malgré les formations, la discussion ne sera pas facilitée si des freins psychologiques persistent : « *Si t'es pas à l'aise avec ça [...] ou que tu vois pas l'intérêt, hé ben tu le feras pas plus* » (M4). Certains voient l'efficacité d'un dialogue autour de la mort régulier entre collègues : « *en discutant, en travaillant, et ben il y avait un côté de « peur de la mort » qui était beaucoup moins présent et violent que par rapport à des soignants qui n'en parlent pas.* » (M4).

6.3. Techniques proposées pour sensibiliser les patients en bonne santé

a) Communication grand public et médias

Le rôle des médias dans la sensibilisation à la mort a été évoqué. Accessibles à tous, ils sont parfois la seule source d'information en santé : « *Quelqu'un qui va bien finalement, y'a personne qui intervient, enfin médical où paramédical... Donc je pense que c'est plus dans les médias, dans les informations courantes.* » (M5). Sous réserve de fiabilité, ils peuvent informer et inciter à réfléchir : « *Je pense que ça existe déjà, parce qu'on sait déjà qu'il y a des directives anticipées. Et pourquoi ça marche pas ? Je pense que les gens sont pas prêts à se poser la question.* » (M5). Les médecins verraient un intérêt à faire une communication destinée au grand public sur le thème de la mort : informations sur les DA, incitation à en parler... Ils pensent que cela permettrait d'ouvrir la réflexion. Certains doutent et estiment qu'une sensibilisation plus globale au risque de mourir serait nécessaire : « *il faudrait mettre des affiches qui disent, « nous sommes mortels, voilà donc attention...* » (M3).

b) Supports de discussion

Les médecins sont plutôt enclins à utiliser des affiches ou des flyers dans les salles d'attente pour sensibiliser à la mort ou aux DA, ou informer de l'intérêt du médecin. Elles semblent efficaces pour susciter l'intérêt et les questions des patients : « *c'est quelque chose qu'on pourrait faire et ça me dérangerait pas. Parce que par exemple, le vaccin sur le papillomavirus, depuis qu'on a mis l'affiche ils nous en parlent un peu plus !* » (M3). Certains patients pourraient prendre conscience du rôle d'écoute et d'accompagnement, pas toujours exploité par les patients en bonne santé : « *Les gens ils savent peut être pas ? [qu'on peut discuter de la mort] Ils se disent que notre rôle c'est quand tout va mal, mais peut-être qu'on peut mettre une affiche en disant « bah si vous êtes prêts, vous pouvez nous en parler !* » (M6) Les médecins craignent de démultiplier les informations et de perdre l'attention des patients : « *Ouais y'en a même trop parce que les gens les regardent plus, donc on change de temps en temps [...] et les murs ils s'agrandissent pas !* » (M5).

D'autres supports sont cités : sites internet (notamment celui de la HAS, Haute Autorité de Santé) ou jeux de cartes (*A vos souhaits*, de la Fédération JALMALV, *Jusqu'à la mort accompagner la vie*). Certains médecins utilisent déjà des formulaires de la HAS lorsqu'ils engagent le sujet des DA. Ils leur permettent de structurer la discussion et d'ouvrir la réflexion du patient sans le brusquer : « *ça a ouvert pas mal à la discussion quand même, puisque elle voulait rien du tout et puis ben finalement, ptet que il y a des choses, voilà qui sont... discutables au moment voulu* » (M6).

c) Modèle du dépistage organisé

Sensibiliser à la mort selon le modèle des dépistages organisés de l'ADOC (Association de dépistage organisé des cancers) pourrait être une solution, grâce à des courriers adressés directement aux patients. La discussion pourrait alors être à l'initiative des patients et facilement justifiable pour le médecin. De façon unanime, cela ne devrait pas être associé aux autres dépistages des cinquante ans, déjà anxiogènes pour beaucoup de patients. La question de la temporalité se pose, la mort n'ayant pas d'âge cible. Les médecins sont partagés et redoutent l'effet anxiogène de tels courriers, ou doutent même de leur efficacité : « *Les gens ne les lisent pas, faut le savoir ! Je pense qu'il faudrait mieux utiliser cet argent [...] pour faire de l'éducation thérapeutique, et de l'éducation tout court, alimentaire et que sais-je !* » (M3).

d) Incitation financière

Les médecins soulèvent les ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) ou la création de cotations spécifiques. Ils semblent plutôt sceptiques : le temps passé auprès du patient serait valorisé, mais beaucoup pensent que cela ne les aiderait pas à y penser, et ne rendrait pas la discussion plus qualitative : « *ça introduit un biais [...] dans les faits c'est des médecins qui répondront pas plus aux questions derrière, donc est-ce que c'est vraiment judicieux, légitime, je sais pas.* » (M4). Ils relèvent les contraintes apportées par les ROSP : « *Je suis pas sûre non, ça serait une contrainte de plus pour le médecin !* » (M4) Ils estiment qu'il y aurait beaucoup d'autres sujets à valoriser : « *y a tellement de choses qu'on pourrait faire entrer dans les cotations qui sont tout aussi importantes que celles-ci, et qui ne le sont pas, que si on voulait valoriser ça il faudrait valoriser un millier de choses en plus...* » (M5).

e) Systématiser la question de la mort via une intervention brève

La systématisation permettrait d'aborder la mort avec moins d'appréhension avec à tout type de patient, et de l'ancrer dans les habitudes de consultation. Cela s'applique à tout sujet : « *au départ il faut se forcer à poser systématiquement la question et à un moment ça devient, alors ça te vient jamais à chaque consultation, mais ça devient suffisamment systématique pour qu'en fait tu le poses de manière un peu plus facile, un peu plus détendue, et comme toi ça te renvoie moins de choses aussi* » (M4). Certains médecins n'y adhèrent pas. Ils craignent une perte de sens et une perte de confiance des patients face à un côté trop administratif : « *je trouve que faut que ça réponde à un moment opportun dans la consultation, parce que faire du systématique avec les gens, ils vont se dire « heu il en a rien à foutre en fait de ma réponse, c'est juste pour cocher des cases !* » (M5).

Les médecins proposent de questionner chaque nouveau patient, mais l'aspect chronophage les limite : « Je trouve que j'ai déjà beaucoup de choses à lister lors de la première consult, donc je trouve compliqué d'aborder ça en plus » (M7). Cette chronophagie est limitante pour tout sujet : « il faudrait des consultations d'une demi-heure là si on commence à tout aborder de façon systématique... » (M1). L'associer de façon systématique à certaines actions courantes pourrait être une solution : dépistages, diagnostic de pathologie, âges cibles... mais le caractère anxiogène de l'accumulation d'informations pourrait freiner les médecins et les patients. Certains évoquent le dossier médical partagé (DMP) qui aborde les DA : « Sur « mon espace santé », ça fait partie je crois des questions qui sont posées, je trouve ça pas mal que ce soit un peu automatique. » (M7). Le médecin pourrait y orienter les patients demandeurs, mais certains doutent du caractère judicieux de ce système.

Une intervention brève sur la mort serait efficace selon les médecins, comme pour le sevrage tabagique : « *je pense que c'est l'occasion de planter la petite graine, l'occasion de lancer une petite discussion, une petite réflexion, voir où ça mène.* » (M3). Cela permettrait de susciter une réflexion et de signifier rapidement aux patients qu'ils sont réceptifs et ouverts en cas de besoin : « *Si vous le souhaitez vous hésitez pas à me le redire, la question ouverte, et puis le truc en cinq minutes quoi.* » (M4). Les médecins se questionnent sur la juste temporalité pour cette intervention brève, moins facile à placer que le tabac. Inclure un volet spécial dans le logiciel médical (personne de confiance ou DA) pourrait aider le médecin à y penser. Cela ne garantirait pas la qualité de la discussion mais permettrait de la justifier sans difficulté. Certains médecins craignent ce côté trop automatique et impersonnel : « *on peut pas juste cocher la case, j'ai pas envie qu'ils me disent oui non, enfin que ce soit encore un questionnaire à cocher !* » (M3).

f) Majorer le temps d'accompagnement du patient

Les médecins s'accordent sur le temps d'accompagnement nécessaire aux patients pour qu'ils aboutissent leur réflexion et leurs démarches autour de la mort. Ils évoquent notamment les DA, rarement rédigées : « *certains partent avec l'idée qu'ils vont le faire, mais c'est compliqué. Qu'est-ce qui ferait qu'ils iraient jusqu'au bout ? Je sais pas, qu'on les suive, qu'on prenne plus de temps avec eux...* » (M5). En ayant plus de temps disponible, les médecins optimiseraient la compréhension des patients, et les échanges de qualité.

DISCUSSION

1. Résultats principaux

La discussion autour de la mort est limitée par un tabou plurifactoriel, dans la société comme dans le monde médical. L'imaginaire collectif autour de la médecine et de la mort influence les réflexions des patients et des médecins et entretient une anxiété ressentie au quotidien dans les consultations. Le sujet de la mort est complexe, aussi singulier qu'universel, et soulève de nombreux questionnements au-delà du champ strictement médical. Entreprendre une réflexion à son sujet demande une disponibilité psychologique et cognitive.

En pratique, les médecins interrogés reconnaissent l'intérêt de discuter de la mort mais estiment ne pas en parler souvent. Ils se sentent plutôt à l'aise à l'évoquer lors de contextes propices, avec des patients concernés à court ou moyen terme. Ils l'abordent plutôt indirectement par des sujets connexes, mais discutent rarement de la mort elle-même. Il leur est difficile d'orienter la réflexion des patients vers leur propre mort, quel que soit l'état de santé. Ils confiaient ne pas en parler avec les patients en bonne santé, mais sont pourtant amenés à le faire dans certains contextes : patients endeuillés, proches malades ou en fin de vie, faits d'actualités... Ils ne saisissent pas toujours ces moments opportuns pour ouvrir la réflexion, consciemment ou non. Avec ces patients sains, ils émettent des réticences à aborder la mort en dehors de tout contexte.

Le bénéfice d'une telle discussion semble global : « *ça peut apporter quelque chose à n'importe qui, d'une manière un peu globale.* » (M4) Sur le plan biomédical et psychologique, elle permet l'anticipation de situations de soins et l'accompagnement de tout patient concerné par la mort ou se questionnant à son sujet. Face aux patients en bonne santé, certains questionnent l'intérêt d'une telle discussion. Elle permettrait de les sensibiliser : l'ouverture à la réflexion peut faciliter leur rapport à la mort, alors perçue comme inenvisageable. Partager avec les proches en amont de toute situation de mort faciliterait les deuils et les situations de soins urgentes, de façon pratique et psychologique. Les médecins espèrent ainsi ouvrir le dialogue au-delà du bureau médical, aider à banaliser le sujet de la mort et briser le tabou qui l'entoure. Cette discussion apporte aux médecins un enrichissement professionnel et personnel : renforcement réciproque de la relation de confiance, impact psychologique positif, discours médical élargi, meilleure compréhension des patients... Elle assure un confort de pratique dans le respect des patients, moins anxiogène et plus sécurisant sur le plan médico-légal. Elle peut également faire évoluer la réflexion personnelle sur leur rapport à la finitude.

Le rapport à la mort des médecins se construit sur l'expérience professionnelle et le vécu personnel, déterminants pour tout sujet. De nombreux freins limitent la discussion avec tout patient : pratiques (chronophagie, difficulté à trouver une juste temporalité...), mais surtout psychologiques (peur du caractère anxiogène, de la perte de contrôle...), souvent sous-tendus par le rapport à la finitude ou par les constructions sociales. Face aux patients en bonne santé, la plupart de ces freins sont majorés, notamment la peur de créer de l'anxiété face à une projection dans la mort qui semble impossible. Au sein de consultations plus ponctuelles pour des motifs bénins, les sujets ayant un impact concret sur la santé des patients sont priorisés. Pour faciliter cette discussion, les médecins proposent des solutions : rôle d'autres intervenants légitimes, appui sur des supports de discussion, communication grand public, sensibilisation suivant le modèle des dépistages organisés... Une formation professionnelle autour de la mort serait incomplète sans y intégrer un travail psychologique personnel sur son rapport à la mort, ainsi que des groupes d'échanges entre soignants. La systématisation de la question porte à débat : une intervention brève permettrait d'aborder la mort avec moins d'appréhension, mais certains médecins questionnent sa temporalité et la perte de sens de cette automatisation. Ils s'accordent sur l'intérêt de majorer le temps d'accompagnement des patients, pour tout sujet de discussion.

2. Discussion de la méthode : forces et faiblesses

a) Méthodologie

La méthode qualitative par entretiens individuels semi-dirigés permet d'étudier des comportements humains et professionnels, elle paraît adaptée à cette étude. L'idée de réaliser des focus group a été écartée au vu de la complexité organisationnelle. En recherche qualitative, les participants ont potentiellement une sensibilité accrue au sujet ou à la recherche universitaire. On retrouve ici ce biais de recrutement : trois médecins avaient réalisé une formation en soins palliatifs ou un travail sur les soins palliatifs (thèse ou recherche personnelle), et deux avaient un exercice universitaire. Cet intérêt a permis une plus grande richesse des échanges et des verbatims. Le faible nombre de participants n'a pas permis d'obtenir une variation maximale de l'échantillon sur tous les critères, notamment sur le genre et l'âge. Le biais de mesure a été limité par une retranscription directe des données verbales grâce aux enregistrements, et des données non-verbales grâce aux notes manuscrites. Les médecins interrogés ont souvent assimilé les patients en bonne santé aux patients jeunes, biaisant leurs réflexions et entraînant des rappels sur la définition de « bonne santé ». L'analyse a été réalisée au fur et à mesure des interviews, permettant de modifier progressivement le guide d'entretien de façon constructive et réfléchie. Les

entretiens et l'analyse ont été relus par un collègue médecin novice en recherche. Cette étude satisfait les critères de l'échelle COREQ.

b) Expérience de la chercheuse

En tant que novice en recherche qualitative, la chercheuse a suivi des formations à la faculté de médecine d'Angers. Une recherche bibliographique a été menée afin de mieux connaître les techniques de communication spécifiques aux entretiens semi-directifs et la méthodologie en recherche qualitative. Le sujet de la thèse l'intéressait depuis un certain temps.

c) Originalité du sujet

La discussion autour la mort a déjà été étudiée dans la littérature, mais surtout dans le cadre des soins palliatifs ou de l'évaluation des directives anticipées. Les patients en bonne santé ont parfois été évoqués, mais il n'a pas été trouvé de travail s'y consacrant pleinement. En 2023, il s'agit d'un sujet d'actualité avec l'ouverture de nouveaux débats politiques sur la fin de vie lors de l'écriture de cette thèse. L'originalité de la problématique et les réflexions obtenues de la part des médecins interrogés permettent d'ouvrir des perspectives de recherche et de questionnements pratiques pour l'ensemble des médecins.

3. Discussion générale

3.1. Ce qui sous-tend la discussion autour de la mort

3.1.1. Parler de la mort

a) Complexité et tabou

Le tabou plurifactoriel qui entoure la mort en limite la discussion dans tous les milieux, notamment le milieu médical (1). Les médecins reconnaissent qu'elle est présente au quotidien depuis les premières années de formation, au travers de la maladie et des diverses angoisses des patients. Ils n'ont pourtant pas l'impression de parler régulièrement de la mort dans cette étude, comme dans la littérature qui rapporte de nombreux non-dits à ce sujet (10,14). Les patients sont demandeurs de discussions autour des directives anticipées (DA) ou de la fin de vie (11,12). L'aspect à la fois universel et singulier de la mort la rend complexe : « *ce n'est pas à la vie ou à la mort qu'un sujet est confronté mais à sa vie et à sa mort. Il s'agit de prêter attention à une situation*

individuée. »(21) Le philosophe V. Delecroix et l'écrivain P. Forest le soulignent également en s'appuyant sur diverses pensées philosophiques pour étudier le deuil (22). Le médecin doit adapter son discours et sa pratique à chacun, comme le soulignait déjà Claude Bernard en 1865 : « *le médecin n'est point le médecin du genre humain mais bien le médecin de l'individu humain* »(23). Les médecins rapportaient en effet des attentes et des contenus différents selon l'état de santé du patient.

b) Verbaliser et communiquer autour de la mort

Avec tout patient, les médecins interrogés ouvrent le sujet de la mort de façon indirecte, au travers de situations propices et de « bavardages thérapeutiques »(24). Ils ne parlent peu, voire pas, de la mort elle-même, mais plutôt de ce qui l'entoure : situations de soins, partage aux proches, anxiété... Ils expriment unanimement des difficultés à orienter le patient vers sa propre mort, notamment en dehors d'un contexte propice. Certains mots-clés sont évités, comme le mot « mort », trahissant des mécanismes d'évitement : « *les mots des maux disent comment les médecins cheminent dans leur manière de penser et de parler entre eux et avec leurs patients.* »(25) En dehors des soins palliatifs ou des enfants, peu de travaux étudient la communication autour de la mort avec les patients. On retrouve des préconisations pratiques sur l'attitude non verbale, l'écoute active et respectueuse, l'importance des silences et du temps laissé au patient pour exprimer ses émotions (26). Quant à la verbalisation autour de la mort, « *la singularité de chaque rencontre rend impossible et contre-productive toute démarche de protocolisation du mot.* »(27)»

c) Freins à la discussion et nécessité d'un contexte propice

La littérature rapporte un malaise des médecins et des appréhensions face au sujet de la mort, et relève de nombreux freins à la discussion que l'on retrouve dans ce travail (7,16,28,29) : le caractère anxiogène et chronophage, la disparité entre savoirs médical et profane, et de nombreux freins psychologiques. La plupart des médecins interrogés ici se disaient a priori à l'aise avec le sujet, mais le sont surtout dans certains contextes propices : patients âgés, contextes de mort attendue, ou initiative du patient. Il semblerait malheureusement que chacun attende de l'autre qu'il initie la discussion, sans évolution depuis une thèse de 2008 (16). La HAS encourage les médecins à saisir tout moment opportun pour discuter de la mort avec les patients, quel que soit leur état de santé. (17) En pratique ici comme dans d'autres études, il semble difficile pour les praticiens de repérer ces moments opportuns ou de réussir à « rebondir » dessus (11). Dr Hirsch, ancien Président de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) expliquait ainsi qu'« *il n'existe pas de temps prédéfini*

comme pouvant être le bon moment pour aborder ces questions. Tout l'enjeu est au contraire de saisir les moments opportuns lorsqu'ils se présentent. » (15)

3.1.2. Le rapport des médecins à la mort

De nombreuses publications étudient le rapport à la mort des médecins et ses conséquences limitantes dans l'abord de la mort avec les patients. Des médecins évoquent ici l'influence de leur vécu personnel face à la mort, modulant leurs discours et leurs ressentis face aux patient. L'ancrage social de la peur et du tabou de la mort se retrouve également dans le monde soignant, confirmé par les médecins dans cette thèse : « *Ouais, y'a des patients pour qui ça reste tabou, et des médecins aussi du coup, c'est la même chose !* (M6). » D'un point de vue psychanalytique, le transfert du médecin limite la discussion avec la mise en place inconsciente de mécanismes de défense pour se protéger de l'impact personnel. Comme expliqué par la psychanalyste Martine Ruszniewski (30), le médecin ne peut aborder la mort et la maladie avec un patient sans projeter sur lui ses propres craintes et constructions. On le retrouve dans cette thèse avec la crainte majeure des médecins de créer de l'anxiété chez les patients, notamment les patients en bonne santé. La notion de contre-transfert, élaborée par Freud comme le résultat de l'influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin (31), module également le dialogue et doit être contrôlé par une empathie maîtrisée. Transfert et contre-transfert du médecin se répondent en permanence et influencent toute situation (32).

Face à l'anxiété de la perte de contrôle qu'incarne la mort, certains, comme la sociologue Martine Herzlich, soulèvent l'hypothèse que le choix des professions médicales serait biaisé par une volonté inconsciente de maîtriser la mort, (9,33). Les processus d'attachement des médecins soulèveraient également une certaine peur de la séparation avec les patients (9). Des médecins interrogés ici font écho à leur propre finitude et à celle de leurs proches lorsqu'ils sont confrontés à une situation de mort. Cette notion a été analysée par Jankelevitch (34), philosophe, et se retrouvait dans les hypothèses de certains auteurs (26). C Guineberteau soulevait la question de comprendre des déterminants conscients et inconscients des réticences des médecins généralistes à parler de la mort, et évoquait les projections et les croyances des médecins au sujet des patients (10). On retrouve avec cette étude les schémas théorisés en psychanalyse, mais les médecins sont plutôt conscients de ces freins et de la subjectivité de leur attitude face à la mort.

3.2. La mort et les patients en bonne santé

3.2.1. Les patients en bonne santé

a) Pas de discussion sur la mort avec les patients en bonne santé

Certains médecins ici s'accordent aux recommandations de la HAS et abordent la mort avec les patients en bonne santé, mais d'autres ne le font pas, suivant le constat de la littérature(6,36,37). Ils ne s'imaginent pas le faire de prime abord : « *je ne me sens pas de prendre l'initiative de de parler de la fin de vie comme ça avec un patient en bonne santé, hors contexte, non.* (M2)» Cela concorde avec une étude récente de 2021, rassemblant les ressentis et représentations des patients et des médecins face à cette discussion (14). Dans notre étude, l'ensemble des freins relevés en général semblent majorés face aux patients en bonne santé pour certains médecins, notamment la crainte de créer de l'anxiété et la difficulté à trouver la juste temporalité. Une thèse de 2014 montrait pourtant que les patients « sains » avaient exprimé des ressentis positifs et une sérénité pérenne après avoir écrit leurs DA (38). Une autre thèse de 2016 montrait que 77% des patients interrogés estimaient nécessaire d'être informés de l'existence des DA par leur médecin traitant lorsqu'ils sont « en bonne santé » (13). On peut alors se demander si les médecins ne limiteraient pas leur discours sur des a priori, en surévaluant l'anxiété, comme démontré en oncologie dans une étude de 2015 (39).

b) Freins inhérents aux patients en bonne santé

Les freins à cette discussion spécifiques aux patients en bonne santé ont été peu étudiés dans la littérature. Au début des entretiens, les médecins n'associaient pas la réflexion sur la mort aux patients sains : « *Je pense que ça m'est pas venu à l'esprit. Heu non, j'ai j'aurais même pas eu l'idée. Jusqu'à ta thèse !* (M3) » Des médecins ne savaient pas expliquer cette difficulté. Pour d'autres, la priorité est aux sujets de discussion et de prévention pouvant avoir un impact sur la santé actuelle (tabac, activité physique...). Ils le justifient par la chronophagie et par le côté trop ponctuel de consultations aux motifs souvent bénins et peu propices à la réflexion sur la mort. Des médecins doutent de l'intérêt à court terme pour les patients et pour la relation de soins. Certains estiment que leur rôle d'écoute en cas de difficulté face à la mort est connu des patients, et qu'ils n'auraient pas d'intérêt à le spécifier. Cela s'apparente plutôt à des projections idéalisées sur leur savoir et leurs souhaits, comme démontré dans une thèse de 2012 (40). D'un point de vue plus psychologique, le caractère anxiogène du sujet est redouté, autant pour le médecin que pour le patient. La peur d'être intrusif dans l'intimité du patient est redoutée, entraînant une remise en question de leur légitimité à questionner la mort.

c) Projection dans la mort

La projection dans sa propre mort semble difficile voire impossible pour tout un chacun. Elle a souvent été soulevée en philosophie comme en psychologie. Delphine de Horvilleur, auteure et rabbin, écrit dans son livre *Vivre avec nos morts* (41): « *Chacun de nous a beau savoir qu'il va mourir, le fait d'ignorer quand et comment fait toute la différence. L'immensité des possibles nous fait croire qu'on pourrait encore y échapper.* » Françoise Dastur, historienne et philosophe, évoque un désir inconscient d'immortalité (42): « *nous avons conscience de notre existence individuelle, et nous ne pouvons pas imaginer le monde sans nous, sans l'individu que nous sommes.* » Cela semble d'autant plus ancré lorsqu'aucune raison ne pousse à interroger sa finitude, comme en conditions de bonne santé ou de jeunesse, où patients et médecins estiment la mort inenvisageable (14). Des praticiens interrogés le confirment : « *les patients jeunes se projettent pas du tout dans la mort enfin, bien sûr c'est un risque à limiter, mais c'est pas une possibilité.* (M4) »

d) Situations de discussion autour de la mort avec les patients en bonne santé

Initialement, plusieurs médecins interrogés ne parvenaient pas à citer des situations de discussion avec des patients en bonne santé. Ils assimilaient le terme de « bonne santé » uniquement aux patients « jeunes ». Après le rappel de la définition utilisée ici, certains semblaient alors réaliser l'envergure des occasions de discussion avec des patients sains, qu'ils n'avaient pas envisagés comme tel jusqu'alors. La « bonne santé » est définie ici par une espérance de vie non limitée dans les dix ans par un facteur prévisible, suivant la définition de l'OMS et la notion de maladie-disease de Kleinman (19). Ils soulèvent plusieurs contextes de discussion, rejoignant certaines préconisations de la HAS, dans son guide pratique sur les DA destinés aux professionnels de santé (17) :

- Contexte de mort d'un tiers : patients endeuillés, patients accompagnant un proche malade ou en fin de vie, proches d'un patient fragile rencontrés au cours du suivi, ou encore patients réagissant à des faits d'actualités. Des médecins reconnaissent que ces contextes font écho à la finitude, suivant les principes psychanalytiques détaillés plus haut. Ils ne saisissent pourtant pas toujours ces occasions pour ouvrir le dialogue sur la mort, encore moins sur la propre mort de ces personnes, limités par des freins plutôt psychologiques.

- Hors contexte de mort : patients « jeunes », patients suivis pour une pathologie chronique sans complication, soins programmés... Pour ces patients, les médecins se posent la question de la juste temporalité pour penser à la mort et pouvoir la questionner. Dans ces cas, la HAS propose d'aborder la mort au détour d'une

question portant sur une maladie ou le don d'organes, d'un simple bilan de santé, de la demande de certificat médical pour une assurance, ou avant de réaliser une activité à risque, professionnelle ou de loisir (17).

- Enfants : Les médecins qui ont cité les enfants rapportent plutôt des questionnements de leur part lors de contextes propices, mais pas de dialogue autour de leur propre mort. Parents et éducateurs sont aussi en difficulté face à ce sujet (43,44). Hélène Romano, docteure en psycho-pathologie, explique l'intérêt de parler de la mort aux enfants en cas d'interrogations, en respectant un langage et une temporalité appropriée, sans mensonge. Ce dialogue serait primordial pour leur développement psychologique (1). La HAS n'aborde pas la question de la mort avec les enfants, hors contexte pathologique.

3.2.2. Pourquoi parler de la mort avec les patients en bonne santé ?

La plupart des médecins interrogés ne voyaient pas a priori de raison à parler de la mort avec les patients en bonne santé. Au-delà des attentes et bénéfices communs à tout patient cités dans cette étude (anticipation de situations de soins et DA, accompagnement psychologique, anxiolyse, expression des valeurs de vie...) et retrouvés dans la littérature (17,45), la discussion avec les patients en bonne santé leur apporte des bénéfices plus larges. Les médecins peuvent sensibiliser à la mort en rappelant sa réalité inéluctable, sans la dramatiser : « *C'est qu'on peut savoir que l'on va mourir et ne pas croire à sa mort.* » note Marie de Hennezel (3). En incitant à la réflexion, le médecin peut faire évoluer le rapport des patients à la mort et à leur finitude. Le dialogue peut s'ouvrir, souvent au-delà du sujet de la mort, dans une relation de confiance qui en est renforcée de façon réciproque. Les médecins pourraient ainsi accéder à des éléments anthropo-psycho-sociaux qui auraient un intérêt pour la prise en charge actuelle et future (10). La discussion serait également enrichissante sur le plan professionnel comme personnel pour les médecins, permettant de diversifier leur discours médical et de faire évoluer leur propre rapport à la mort.

Le médecin incite également le patient à partager ses réflexions et souhaits avec ses proches. Ils peuvent alors envisager l'éventualité d'une situation qui le priverait de l'expression de sa volonté. Anticiper ses souhaits (directives anticipées, mais aussi rites funéraires, gestion administrative et transmission) peut être considéré comme une forme d'« *altruisme pré-mortem* » (41), facilitant le deuil des proches sur le plan pratique comme psychologique. Les médecins interrogés avancent que le décès imprévu d'un proche en bonne santé, notamment en situation d'urgence, est plus difficile à accepter qu'une mort prévisible : « *Les pires victimes de la mort sont les vivants qui restent* », les endeuillés. (46) Malgré tout, « *le deuil reste impossible à anticiper quelles que soient*

les circonstances, parce qu'on ne veut jamais croire à la mort, celles des autres comme la sienne »(22). De façon plus large et sociale, la diffusion aux proches permettrait de banaliser le dialogue autour de la mort, et d'aider ainsi à briser le tabou qui l'entoure.

3.2.3. Propositions pour faciliter la discussion avec ce public

a) En pratique

Des propositions pour faciliter l'abord la mort avec les patients ont déjà été citées dans d'autres thèses (13,28,36), mais plutôt dans l'optique du recueil de DA, et pas spécifiquement pour les patients en bonne santé. Pour ces patients, des médecins estiment que la mort pourrait être incluse dans la prévention : bilans proposés par l'IRSA ou par les médecins du travail (probablement confrontés eux aussi à de nombreux freins), ou, comme soulevé en 2017 (36), en suivant le modèle des dépistages organisés de l'ADOC. Reste la question de la temporalité de ces dépistages, la mort n'ayant pas d'âge cible et les dépistages étant perçus comme anxiogènes par ces médecins. Certains médecins évoquent d'autres intervenants qui pourraient intervenir dans cette sensibilisation : tous groupe social (famille, école, religieux), ou dans un cadre administratif. Les notaires ont été cités dans le cadre de la conservation des DA, soulevant la question de la garantie du secret médical (36).

L'incitation financière (ROSP, cotations spécifiques) est abordée par certains, mais ne leur semble pas pertinente pour la sensibilisation à la mort : elle ne garantirait pas la qualité des échanges ni le fait d'y penser plus facilement. Dans d'autres travaux étudiant la promotion et l'accompagnement de la rédaction des DA (7,36), les praticiens y étaient plutôt favorables. Toujours dans le cadre des DA, l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) avait écarté en 2015 l'idée d'une cotation spéciale, mais laissait ouverte la possibilité d'intégrer l'aide au remplissage des DA aux « missions du médecin traitant », et potentiellement aux ROSP (47).

Les praticiens interrogés ici évoquent la systématisation de la question de la mort via une intervention brève (sur la personne de confiance ou les DA), qui pourrait aider à interroger les patients en bonne santé avec moins d'appréhension et de façon facilement justifiable. La systématisation a été proposée pour promouvoir les DA dans d'autres travaux (36), mais pas dans le cadre de la sensibilisation à la mort. Certains suggèrent qu'il serait plus facile d'engager une réflexion sur sa mort en dehors de tout contexte : « *c'est compliqué d'aborder le sujet mais autant le faire quand tout va bien, parce que c'est encore plus compliqué quand ça va pas.* (M3) » La question de la temporalité de cette systématisation est aussi soulevée ici : le faire avec chaque nouveau patient,

l'associer à un acte courant ou un âge cible ? Un volet spécial dans le logiciel aiderait à y penser, comme dans le DMP, mais certains craignent une perte de sens et de qualité à automatiser le sujet. Les supports de discussion (affiches, flyers, jeux de cartes...) semblent efficaces pour susciter l'intérêt des patients, et les médecins seraient prêts à les utiliser.

b) Communication grand public

Les médecins considèrent la mort comme un sujet de santé publique et suggèrent, comme dans d'autres études (48), une communication organisée pour le grand public via les médias. Des campagnes d'informations sur la fin de vie ont été menées par le CNSPFV (Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie) en 2016 et 2017 pour promouvoir les DA, à la demande du Ministère des Solidarités et de la Santé (49) porté par M.Touraine. Deux volets ont été organisés : le premier, destiné aux professionnels de santé et intitulé « La fin de vie : parlons en avant », proposait entre autres des fiches pratiques ou encore la mise en place d'une plateforme téléphonique d'écoute. Le deuxième était destiné au grand public et intitulé « La fin de vie, et si on en parlait ? ». L'effet a été très limité sur les médecins comme sur les patients (14), les médecins interrogés n'en avaient pas entendu parler. Le site internet du CNSPFV est aujourd'hui bien développé et propose de nombreux guides pour les professionnels et le grand public (50). Un médecin suggère une campagne de sensibilisation à la mort bien plus large pour casser le tabou à l'échelle sociale : « *il faudrait mettre des affiches qui disent « nous sommes mortels [...] ! (M3). »* »

c) Intérêt d'un travail personnel des médecins

La formation professionnelle autour de la mort est jugée insuffisante (51,52). Plusieurs médecins évoquent l'intérêt de la développer, de manière couplée à un travail d'analyse personnel indispensable afin de comprendre son rapport à la mort et ses conséquences dans leur pratique. Cette notion est soulevée dans un travail de 2015 (32) qui étudie l'évolution des médecins Balint. Ces groupes d'analyse de pratique leur permettent d'évoluer sur leurs compétences psychanalytiques (pour eux-mêmes et les patients) et dans la communication. La psychanalyste M. Ruszniewski prône les groupes de paroles entre soignants comme des outils thérapeutiques qui permettent une parole libératrice dans un cadre confidentiel et bienveillant (53,54). La socio-anthropologue A. Vega souligne la nécessité de ce travail personnel qui dépasse le médical pur : « *un travail du soignant dans ses propres convictions culturelles, projections sociales et réactions ethnocentriques, appuyé sur les sciences sociales, est souvent nécessaire* » (21).

3.2.4. Questionnements soulevés par les médecins

a) Légitimité à questionner sur la mort

Le médecin est reconnu comme interlocuteur privilégié et légitime pour tout sujet relatif à la santé, grâce à sa place centrale dans le système de soins et sa connaissance multidimensionnelle des patients développée au sein d'une relation de confiance mutuelle. (51,55,56) Dans le cadre des DA, que l'on peut extrapoler à la mort, son rôle est souvent considéré par les patients et les médecins comme central (7,47). Une thèse de 2015 rapporte que 86% des médecins généralistes interrogés se considèrent comme les plus adaptés pour les promouvoir, mais ne doivent pas être les seuls interlocuteurs (57), en accord avec nos résultats. Cependant, certaines études modèrent ces déclarations et indiquent que les patients s'informeraient plutôt dans l'entourage ou par des recherches personnelles, malgré la reconnaissance du médecin comme légitime (48). Ils ne le choisiraient pas comme un confident de choix, ressentant un manque de qualités humaines (écoute, disponibilité) par a priori ou par manque de temps du médecin (10,14). Les praticiens interrogés ici accordent pourtant une grande importance à l'écoute et à l'accompagnement des patients.

En dehors d'un contexte propice ou sans intérêt probant pour le patient, notamment ceux en bonne santé éloignés de toute préoccupation à ce sujet, certains praticiens interrogés remettent en question cette légitimité à interroger la mort. La proximité accordée par la relation de confiance ne leur autorise pas tout, particulièrement dans les sujets sensibles et intimes (mort, violences...), et ils craignent de la dégrader. Au-delà du mécanisme de transfert, ils interrogent leur rôle : « *est-ce que c'est ta place à toi en tant que médecin de de parler à quelqu'un en bonne santé de sa mort ? [...] venant de ta propre initiative, je sais pas.* (M2) »

b) Rôle social du médecin

Le médecin subit, depuis les progrès de la médecine, une pression sociétale imposée par l'imaginaire collectif du médecin « tout-puissant », qui assimile la mort à un échec (pour lui comme pour la société) (1,2,58). L'exercice médical est tissé de relations sociales. Dans les années 50, T. Parsons introduit la médecine dans le champ de la sociologie (21). La maladie introduirait une rupture non seulement physiologique mais aussi sociale, avec la notion de statut social du malade. Il définit le médecin comme exerçant une autorité légitime, et comme garant de la « resocialisation » de ces patients malades. Les travaux de Herzlich et Augé (59) complètent l'étude de la dimension sociale de la maladie en rajoutant la recherche de sens que chaque individu profane lui accorde,

dépassant l'expertise médicale et l'individu lui-même. Les médecins interrogés rapportent être souvent dépassés et impuissants face à certaines demandes des patients, qui dépassent leurs compétences.

c) Discours médical et convictions personnelles

Des médecins interrogés s'interrogent sur le partage de leurs opinions personnelles avec les patients, notamment lorsqu'elles se heurtent au discours médical. Cela peut entraîner une réelle remise en question et un conflit éthique : « *Ça vient télescopier mes convictions personnelles qui sont peut-être pas ce qu'elles devraient être pour un médecin ? (M3)* » A. Vega le corrobore en expliquant que comme tout individu, les médecins sont travaillés par des aspects profanes et subjectifs qui les conduisent parfois à des pratiques de soins contradictoires avec les rhétoriques médicales (21). D'un point de vue psychologique, garder une neutralité serait un mécanisme de défense plus ou moins conscient pour se protéger, limiter l'impact personnel et garder le contrôle. Cette distance s'oppose à l'honnêteté des patients, qui partagent ouvertement leurs ressentis face à la mort (14).

CONCLUSION

Cette étude souligne la complexité de la mort : universelle et singulière, elle fait écho à la subjectivité et au vécu personnel de chacun, aux constructions sociales et au rapport à la finitude. Le tabou plurifactoriel qui entoure la mort en limite la discussion dans tous les milieux sociaux, y compris le milieu médical. Malgré sa présence sous-jacente au quotidien, les médecins en parlent peu avec les patients et attendent un contexte propice pour ouvrir le dialogue. Ce travail confirme qu'ils n'abordent pas la mort avec les patients en bonne santé, face à des réticences et des doutes quant à l'intérêt. Ils ne saisissent pas toujours les moments opportuns lorsqu'ils se présentent, de façon consciente ou non. Lorsque la discussion a lieu, ils abordent la mort de façon indirecte et orientent difficilement la réflexion des patients vers leur propre mort. De nombreux freins les limitent, notamment psychologiques, éclairés par l'apport de la psychanalyse, la philosophie et la sociologie. Cette discussion aurait pourtant des intérêts : anticipation de situations de soins urgentes, altruisme pré-mortem pour les proches, sensibilisation à la mort universelle et inéluctable, et même ouverture du dialogue au-delà de la consultation, aidant ainsi à briser le tabou social de la mort. Les médecins interrogés évoquent diverses propositions pour faciliter la sensibilisation des patients sains à la mort. Plus qu'une formation professionnelle, une réflexion personnelle sur son propre rapport à la mort semble primordiale. Cette réflexion serait bénéfique pour tout sujet sensible (violences, alcool...) afin de comprendre et dépasser les facteurs qui influencent sa pratique médicale, dans le but d'accompagner chaque patient de façon optimale.

Le thème de la mort dépasse amplement le champ médical et devrait être abordé dans tout groupe social. Le rôle de l'école est soulevé : soignants, enseignants et parents reconnaissent qu'il serait intéressant de dialoguer sur la mort dès le plus jeune âge, afin de limiter le développement de schémas psychologiques négatifs face à la mort (1,44). Ces dernières années, le dialogue semble s'ouvrir au niveau social et culturel (littérature, cafés-mortels, sites internet... (41,50,60-63)), permettant de réintégrer la mort à nos vies. Considérer la mort comme un sujet de santé publique permettrait de faire une sensibilisation large. Les campagnes nationales organisées en 2016 et 2017 n'ont pas réussi à toucher les médecins ni le grand public. L'ouverture de nouveaux débats politiques en 2023 autour de la fin de vie apporte l'opportunité d'une réflexion sociétale mais aussi médicale, qu'il sera intéressant de suivre. Ce travail reflète le tabou de la mort ancré dans la société française, il serait pertinent de le comparer à d'autres cultures.

BIBLIOGRAPHIE

1. Happy End #2 - Helene Romano, docteure en psycho-pathologie : le deuil n'est pas une maladie.
2. Jankélévitch V. Penser la mort ? Liana Levi.
3. Marie de Hennezel. La mort intime. Robert Laffont. 2006.
4. Carol A. Les médecins et la mort, XIXe-XXe siècle. Aubier. 2004.
5. Castra M. Bien mourir : Sociologie des soins palliatifs. In: Bien mourir. Presses Universitaires de France; 2003. (Le Lien social).
6. Champion P. Recueillir les directives anticipées : expériences de Médecins Généralistes. 2019.
7. Feyler L. Directives anticipées: avis des médecins généralistes dans l'Hérault au sein d'une population générale [Thèse d'exercice]. Montpellier; 2015.
8. A. JACOB et L. JOLIVET - Comment les médecins généralistes abordent les directives anticipées avec les patients ? Double étude qualitative réalisée en région Centre-Val De Loire. 2017
9. CORVAISIER PF. Comment les médecins généralistes abordent-ils la mort avec leurs patients ? 2017.
10. GUINEBERTEAU C. Parler de la mort en médecine générale : points de vue de patients. 2015.
11. Munier E. L' anticipation de la fin de vie en soins primaires: Attentes et ressentis des patients fragiles [Thèse d'exercice]. Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2014.
12. Lesaffre H, Leurent-Pouria P. Personne de confiance et directives anticipées de fin de vie en médecine générale: la perception des patients [Thèse d'exercice]. [Lille]; 2012.
13. Bigourdan Brouard M. Applicabilité du recueil des directives anticipées prévu par la loi Leonetti: enquête auprès de patients en médecine générale en Vendée et Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. Nantes; 2016.
14. Kwasny B, Hannedouche A. Aborder le sujet de la mort en médecine générale : étude qualitative en miroir du vécu et des représentations des médecins et des patients. 2021
15. « Dossier : Loi Clays Leonetti, nouveaux droits, nouveaux enjeux » Dr G.Hirsch - La revue du praticien vol 67, décembre 2017.pdf

16. Mondo A, Darrieux JC, Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines. Opinions des médecins généralistes et des patients consultants en médecine générale sur les modalités et les obstacles de la discussion à propos des directives anticipées et de la fin de vie. 2008.
17. HAS - Directives anticipées : document destiné aux professionnels de santé et du secteur médico-social et social, avril 2016 Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf
18. Organisation Mondiale de la Santé. Préambule à la Constitution de l'OMS, Conférence internationale sur la Santé, New York, le 22 juillet 1946 1946.
19. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. University of California Press; 1980.
20. Charlson score : A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation [Internet]. [cité 16 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3558716>
21. Mouillie JM, Lefèvre C, Visier L. Manuel pour les études médicales. France: les Belles Lettres; 2009.
22. V.Delecroix et P.Forest. Le deuil : Entre le chagrin et le néant. Philosophie Editions. 2015.
23. Bernard C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. In: Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, 1865 Flammarion; 2013.
24. Devenir médecin de famille, L.Velluet - Pratiques n°36, 2007
25. Capron L. Mots et maux : jeux de mots d'Omicron.
26. Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie - Parlons-fin-de-vie.fr : MOOC Comment en parler ?
27. Mauro C. Les mots de la mort en soins palliatifs. Partage d'expériences cliniques. Études Sur Mort 2008;
28. Marque-Pillard F. Personne de confiance et directives anticipées en médecine générale: quel cadre à la discussion sur la fin de vie?: étude qualitative par focus group. Université de Lorraine; 2018.
29. ESNAULT AM. Directives anticipées : connaissance de la loi Clayes-Leonetti et limites dans la pratique des médecins généralistes de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe. 2017.
30. Ruszniewski M, Bouleuc C. L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin. Laennec

31. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse [Internet]. PUF. 2007 [cité 9 févr 2023]. (Dictionnaires Quadrige). Disponible sur: https://www.puf.com/content/Vocabulaire_de_la_psychanalyse
32. Chazalnoel V. La trajectoire du médecin Balint. [Angers]; 2014.
33. Herzlich C. Le travail de la mort. Ann Hist Sci Soc [Internet]. 1976;
34. Jankélévitch V. La mort [Internet]. Flammarion; 2017.
35. Whitehead PR. The lived experience of physicians dealing with patient death. BMJ Support Palliat Care. 2014;
36. A. JACOB et L. JOLIVET - Comment les médecins généralistes abordent les directives anticipées avec les patients ? Double étude qualitative réalisée en région Centre-Val De Loire. 2017
37. Hubert S, Philippart F. Directives anticipées : si peu d'usage, expliquez-nous pourquoi ? Presse Médicale [2018; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S075549821830191X>
38. Lebon C. La rédaction des directives anticipées: quel ressenti ? [Thèse d'exercice]. [Lille]; 2014.
39. Vinant P, Rousseau I, Huillard O, Goldwasser F, Guillard MY, Colombet I. Respect des volontés en fin de vie: étude de faisabilité d'une information sur la personne de confiance et les directives anticipées. Bull Cancer (Paris). 2015;
40. Juin M, Travassac A. Regards croisés sur les directives anticipées: les représentations des patients et des médecins généralistes concernant les directives anticipées [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand]; 2012.
41. Delphine Horvilleur. Vivre avec nos morts. Grasset. 2021.
42. Dastur F. La mort: Essai sur la finitude [Internet]. Broché. 2007. Disponible sur: <https://livre.fnac.com/a1999050/Francoise-Dastur-La-mort-Essai-sur-la-finitude>
43. Hanus I. Parler de la mort avec son enfant. Etudes Sur Mort [Internet]. 2008; Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2008-2-page-59.htm>
44. Etude MAIF/MGEN/IFOP : « La mort à l'école »: regards croisés entre élèves, enseignants et parents [Internet]. Entreprise MAIF. Disponible sur: <http://entreprise.maif.fr/cms/render/live/actualites/presse/2021/etude-maif-mgen-ifop-mort-ecole>

45. HAS - Directives anticipées, guide pour le grand public, 2016 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives_anticipees_concernant_les_situations_de_fin_de_vie_v16.pdf
46. Nouvelles écoutes 2018. Mortel, podcast de Taouk Merakchi.
47. IGAS : inspection générale des affaires sociales. Expertise sur les modalités de gestion des directives anticipées de fin de vie [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article523>
48. Ambruz R. La rédaction des directives anticipées: quelles représentations, quelles motivations ? [Thèse d'exercice]. [Lille]; 2014.
49. Ministère des Solidarités et de la Santé. Marisol Touraine lance une campagne d'information sur la fin de vie pour inviter les professionnels de santé à en parler avec leurs patients [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/marisol-touraine-lance-une-campagne-d-information-sur-la-fin-de-vie-pour>
50. Parlons-fin-de-vie.fr: site internet du CNSPFV (Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie) [Internet]. Parlons Fin de Vie. Disponible sur: <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/s>
51. Bouthin Chloe. Le MG face a la mort de ses patients : stratégies d'adaptation. Marseille; 2019.
52. Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. Prat Organ Soins [Internet]. 2010; Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2010-1-page-65.htm>
53. Ruszniewski M. Le groupe de parole à l'hôpital [Internet]. Paris: Dunod; 2012. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/groupe-de-parole-a-l-hopital--9782100565160-p-XI.htm>
54. Ruszniewski M. Les mécanismes de défense [Internet]. Paris: Dunod; 2014. (Guides Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-de-soins-palliatifs--9782100712366-p-543.htm>
55. Article L162-5-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043499910
56. Kilburger E. L'annonce du diagnostic de maladie grave en médecine générale: représentations du patient sain et attentes envers le médecine généraliste. Nancy;
57. Urtizberea M. Promotion des directives anticipées et de la personne de confiance en médecine générale: étude de l'impact d'une affiche promotionnelle et d'un dépliant informatif: Paris Diderot - Paris 7; 2015.

58. De Hennezel M. Nous voulons tous mourir dans la dignité. Robert Lafont. 2013.
59. Herzlich C, Augé M. Le sens du mal - Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Editions des archives contemporaines. Paris; 1984.
60. Sarah Dumont. Happy End | Et si on vivait en paix avec la mort ? [Internet]. Happy End. Disponible sur: <https://www.happyend.life/>
61. Teddy Bredelet. Vivant, Ep 10 : Sarah Dumont - Et si on vivait en paix avec la mort ?
62. De son vivant. Bercot Emmanuelle, Studios Canal; 2021.
63. Crettaz B. Cafés mortels. Sortir la mort du silence - Bernard Crettaz [Internet]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/cafes-mortels-9782830913903.html>

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	
RESUME.....	1
INTRODUCTION	2
MÉTHODES	4
RÉSULTATS	6
1. Résultats descriptifs	6
1.1. Caractéristiques de l'échantillon	6
1.2. Caractéristiques des entretiens	6
2. Généralités sur la mort.....	7
2.1. Sujet tabou et anxiogène	7
2.2. Complexité du sujet	7
2.3. Constructions sociales, imaginaire collectif	8
3. Circonstances de discussion	9
3.1. Etat des lieux des pratiques	9
3.2. Nécessité d'un contexte propice	10
3.2.1. Trouver la juste temporalité.....	10
3.2.2. Facilité lorsque le patient engage le sujet.....	11
3.2.3. Patients concernés par la mort à moyen ou court terme	11
3.3. Patients en bonne santé	12
3.3.1. Contextes de discussion avec les patients en bonne santé	12
3.3.2. Enfants.....	15
4. Attentes de la discussion sur la mort	16
4.1. Attentes des médecins pour les patients	16
4.1.1. Biomédical	16
4.1.2. Accompagnement psychologique	17
4.1.3. Sensibiliser à la mort, ouvrir à la réflexion et au dialogue	18
4.2. Attentes de la discussion pour les proches.....	20
4.2.1. Optimiser la prise en charge en cas de situation de soins.....	20
4.2.2. Optimiser l'acceptation de la mort par les proches	20
4.3. Au-delà du médical	21
4.4. Bénéfices de la discussion pour les médecins.....	23
4.4.1. Bénéfices dans l'exercice professionnel	23
4.4.2. Bénéfices sur le plan personnel	24
5. Les médecins et la mort	25
5.1. Facteurs influençant la discussion sur la mort	25
5.2. Freins et difficultés à parler de la mort pour les médecins	27
5.2.1. Peur de la mort et écho à la finitude des médecins.....	27

5.2.2.	Ressenti négatif du médecin	28
5.2.3.	Limites pratiques à la discussion sur la mort	28
5.3.	Ce que les patients renvoient aux médecins face à la mort	29
5.3.1.	Mécanismes de défense des patients	29
5.3.2.	Angoisses sous-tendues par la mort, pour tout patient	30
5.3.3.	A priori sur le médecin	31
5.4.	Freins plus spécifiques aux patients en bonne santé	32
5.5.	Questionnements des médecins	34
5.5.1.	Légitimité du médecin à questionner sur la mort	34
5.5.2.	Convictions personnelles versus rôle de médecin	35
5.5.3.	Sensibiliser les patients à la mort	36
6.	Faciliter la discussion et la sensibilisation avec les patients en bonne santé	37
6.1.	S'appuyer sur d'autres intervenants	37
6.2.	Formation des médecins	39
6.3.	Techniques proposées pour sensibiliser les patients en bonne santé	40
DISCUSSION	43	
1.	Résultats principaux	43
2.	Discussion de la méthode : forces et faiblesses	44
3.	Discussion générale	45
3.1.	Ce qui sous-tend la discussion autour de la mort	45
3.1.1.	Parler de la mort	45
3.1.2.	Le rapport des médecins à la mort	47
3.2.	La mort et les patients en bonne santé	48
3.2.1.	Les patients en bonne santé	48
3.2.2.	Pourquoi parler de la mort avec les patients en bonne santé ?	50
3.2.3.	Propositions pour faciliter la discussion avec ce public	51
3.2.4.	Questionnements soulevés par les médecins	53
CONCLUSION	55	
BIBLIOGRAPHIE	56	
TABLE DES MATIERES	61	
ANNEXES	63	
I – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	63	
II – GUIDE D'ENTRETIEN	64	

ANNEXES

I – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Département de Médecine générale Faculté de médecine d'Angers
DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT A DES FINS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE
<p>Titre de la thèse : Comment les médecins généralistes parlent-ils de la mort avec les patients en bonne santé ?</p> <p>Nom du thésard : CARIOU Laurane</p> <p>Je soussigné(e) _____ Né(e) le _____</p> <p><input type="checkbox"/> Entretien en visioconférence <input type="checkbox"/> Entretien en présentiel</p> <p>Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">- l'entretien en visioconférence fera l'objet d'un enregistrement audio et vidéo- l'entretien en présentiel fera l'objet d'un enregistrement audio- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués- à ma demande, j'aurai la possibilité d'accéder à cet enregistrement- à ma demande, cet enregistrement pourra être effacé * <p>Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la formation et la recherche susmentionnée au sein de la Faculté de Médecine d'Angers.</p> <p>A _____, le _____ Signature:</p> <p>*Déclaration de révocation :</p> <p>M., Mme, _____ Déclare révoquer le consentement susmentionné A _____, le _____ Signature</p>

II – GUIDE D’ENTRETIEN

1 - Discussion sur la mort en pratique

a) Racontez-moi une fois marquante où vous avez parlé de la mort avec un de vos patients (Une discussion marquante, ou la dernière fois)

- Avec quel type de patient ? *tranche d’âge ? Concerné personnellement par la mort (fin de vie, comorbidité avec espérance de vie engagée...) / proche de mourant, endeuillé / sans contexte de mort*
- Dans quel contexte ? *lieu, initiative, situation déclenchante*
- Était-ce la première fois que vous en parliez avec lui ? Y a-t-il eu d’autres fois depuis ?
- Quel était le contenu de la discussion ? *demandes du patient ; demandes du médecin ; informations données*
- Avez-vous utilisé des supports de discussion ? Si oui, qui les a fournis ? Quels supports ?
 - > patient ; médecin activement (donne un document) ; médecin passivement (document affiché au mur, dans la salle d’attente...)
- Ressenti du médecin : Comment vous sentiez-vous pendant la discussion ? Et à l’issue de la discussion ? *A l’aise, gêné, intrusif, légitime, intéressé...*
- Ressenti du patient : Comment avez-vous perçu le ressenti du patient ? *et/ou Que vous a-t-il dit sur son ressenti ? À l’aise ou non, soulagé, réticent, reconnaissant, soucieux,...*
- Retenue du médecin :
 - > Avez-vous eu envie d’aller plus loin dans la discussion sans oser le faire ?
 - > Avez-vous employé les mots « mort », « décès », « mortel » ? *ou Avez-vous évité d’employer certains mots ? de poser certaines questions ?*

b) Avec quelles autres personnes parlez-vous de la mort ?

Selon le récit raconté en question 1 :

- Si c’était avec un patient concerné lui-même par la mort : **en avez-vous parlé avec ses proches ?**
 - > **Oui** : De quoi avez-vous discuté ? **La discussion avec les proches a-t-elle dérivé vers leur propre mort ?** « *Et vous, avez-vous déjà réfléchi à vos directives anticipées ? à la façon dont vous souhaiteriez être accompagné en fin de vie ? à votre mort ?* »
 - > **Non** : Avec le patient, avez-vous parlé de ses proches ? Pour en dire quoi ? **La discussion a-t-elle dérivé vers la propre mort des proches ?**
- Si c’était une personne en bonne santé : la conversation s’est-elle orientée vers sa **propre mort** ?
 - > **Si oui : cela s'est-il fait facilement ? De quoi avez-vous parlé ?** *La mort elle-même, la fin de vie, les valeurs qui comptent pour elle, ses craintes...*

Questions de relance :

- Avec **quel profil de patient ou dans quelles situations** parlez-vous de la mort plus facilement ?

- > Et pour une personne **en bonne santé** ? *deuil, fait d'actualité/médias, question spontanée du patient...*
- Abordez-vous **systématiquement** le thème de la mort ?
 - premier contact, âge cible, entrée en EHPAD, ...*
 - comme on pourrait le faire avec la recherche de violences par exemple*

2 - Attentes de cette discussion

a) Que recherchez-vous dans cette discussion sur la mort ? Quels sont vos objectifs ?

Questions de relance :

- Quels sont ces objectifs pour vous en tant que médecin ?

Quels thèmes médicaux et psychologiques abordez-vous : DA, personne de confiance, concret médical, informations, accompagnement, réassurance...

Relation de confiance

Ouvrez-vous le dialogue au-delà ? philo, vécu, valeurs, religion...

- Selon vous, quels sont les objectifs de vos patients ?

Médical concret, dialogue et réflexion, déposer ses souhaits, au-delà du médical, organisation du décès...

Pensez-vous répondre à tous leurs objectifs ?

b) Selon vous, en quoi ces objectifs diffèrent selon le profil de santé du patient ?

- > Avec un patient concerné personnellement par la mort (en fin de vie, ou espérance de vie limitée à court ou moyen terme) ?
- > Avec un patient en bonne santé concerné par un contexte de mort ? *endeuillé / un accompagnant de mourant ?*
- > Avec quelqu'un de non concerné par la mort ?

Si pas d'abord des patients « en bonne santé » : ne pas insister

c) Quels sont ces objectifs pour vous personnellement ?

en tant qu'individu, et pas le professionnel médecin

Est-ce un sujet qui vous touche particulièrement ? Avez-vous des interrogations personnelles sur la mort qui vous motivent à en parler ?

Est-ce que ces conversations ont pu faire évoluer votre point de vue sur la mort ?

Quel est votre ressenti pendant et après ces conversations ?

3 - Discuter de la mort avec les patients en bonne santé

Rappel de la définition de « bonne santé » ici : s'assurer d'une bonne compréhension avec exemples de profils

a) Selon vous, quels sont les intérêts d'une discussion sur la mort avec des personnes en bonne santé ? Qu'est-ce que cette discussion peut apporter ?

- Pour le patient ?

> médical, personnel, psycho, socio, philo...

> Selon les réponses, ré-orienter :

Avec un patient en contexte de mort d'un proche ? (endeuillé ou proche d'un mourant/malade)

Avec un patient en dehors de tout contexte de mort ?

- Pour vous ?

> médical, sensibilisation à la mort, personnel, relation de soins

b) Est-ce notre rôle de sensibiliser à la mort ? (Si pas abordé spontanément)

- Pensez-vous qu'on puisse aider à briser le tabou sur la mort ? A sensibiliser et ouvrir le dialogue dans les familles ?

- Est-ce un sujet de prévention comme un autre ?

c) Pensez-vous aborder la mort avec les patients en bonne santé ?

- Si non : pourquoi ?

qu'est-ce qui vous freine pour cette discussion spécifiquement avec les personnes en bonne santé ?

avez-vous peur de choquer, d'inquiéter ? Y a-t-il d'autres raisons que pour les autres patients ?

- Si oui :

Dans quels contextes ? Comment ? Question directe / sous-entendus ? Intervention brève ?

Y-a-t-il d'autres raisons que celles que vous avez déjà citées ?

> Osez-vous aborder leur propre mort ?

d) Selon vous, qu'est ce qui faciliterait ce dialogue sur la mort des personnes en bonne santé ?

> pour les médecins ?

> pour les patients ?

Si pas de propositions ou difficultés à répondre, avis sur des propositions évoquées dans d'autres thèses :

- Intérêt d'une « intervention brève » ? (comme pour le sevrage tabagique : « avez-vous déjà pensé à arrêter de fumer ? » -> avez-vous déjà réfléchi à votre propre mort ? à votre fin de vie ?)

- Communication grand public : S'ils l'abordent eux-mêmes : avez-vous entendu parler de la campagne nationale d'information sur la fin de vie en 2017 ?

- Supports de discussion

> Oui : lesquels ?

- > Non : savez-vous qu'il en existe ? *flyers, affiches, sites internet, Campagne nationale 2016 et kits de discussion*
- Systématiser la discussion sur la mort ?
En hospitalisation : question systématique sur la personne de confiance : orienter vers le MG pour en parler ?
Prévention grand public : modèle des dépistages ou autres propositions ?
- Comment la promouvoir dans le cadre médical pour que les médecins s'y investissent ?
Incitation financière, autres intervenants, formation

Informations complémentaires :

Distinguer « mort » et « fin de vie » si besoin :

Mort = décès

Fin de vie : période qui mène à la mort, peut ne pas avoir lieu, peut être accompagnée, préparée

Rappel de la définition de « bonne santé » ici :

= Espérance de vie non mise en jeu dans les 10 ans par un facteur prévisible

Par ex : rappeler qu'un proche de mourant ou un endeuillé est personne en bonne santé

ABSTRACT

RÉSUMÉ

CARIOU Laurane

Comment les médecins généralistes parlent de la mort avec les patients en bonne santé ?

L'évolution de la société, les progrès techniques et la construction sociale de la toute-puissance médicale ont contribué à éloigner la mort, rendue évitable et indésirable. Le tabou plurifactoriel qui l'entoure en limite la discussion dans tous les milieux, notamment médical. Les médecins en parlent peu aux patients, pourtant demandeurs de discussion sur la fin de vie, et ne l'abordent pas avec les patients en bonne santé. Leurs difficultés face au sujet ont été étudiées dans la littérature, mais dans le prisme des directives anticipées ou des patients fragiles. La discussion semble pourtant bénéficier à chacun sur le plan biomédical comme psychologique, notamment dans l'anticipation de soins urgents. Cette thèse étudie la façon dont les médecins généralistes parlent de la mort avec les patients en bonne santé : quels contextes, attentes et intérêts à ce dialogue ? Quels sont les freins et leurs propositions pour le faciliter ? Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins généralistes du Maine-et-Loire. La « bonne santé » était définie par l'absence de mort prévisible dans les dix ans, en s'appuyant sur diverses définitions. Cette étude confirme que la mort fait écho à la subjectivité de chacun, au rapport à la finitude et aux imaginaires collectifs. Pour tous, un contexte propice à la discussion est nécessaire. Les médecins ne saisissent pas toujours les moments opportuns avec les patients sains et n'orientent pas la réflexion vers leur propre mort. De nombreux freins existent, souvent psychologiques, éclairés par l'apport de la psychanalyse, la sociologie et la philosophie. Ils proposent de systématiser la question et de sensibiliser le grand public. Un travail personnel sur le rapport à la mort semble nécessaire, comme dans les groupes de parole entre soignants. Le sujet entraîne une remise en question des médecins sur leur légitimité et leur rôle social. Au-delà de l'intérêt biomédical, inciter les patients en bonne santé à cette réflexion permettrait l'amélioration de leur rapport à la mort, l'altruisme pré-mortem et l'ouverture du dialogue au niveau social. Le sujet de la mort dépasse amplement le champ médical et doit être généralisé, afin de briser le tabou qui l'entoure.

Mots-clés : médecin généraliste ; mort ; bonne santé

How general practitioners talk about death with healthy patients ?

The evolution of society, technical advances and the social construction of medical omnipotence have contributed to keep away death, making it avoidable and undesirable. The multi-factorial taboo that surrounds it limits its discussion in all spheres, particularly in the medical one. Doctors rarely talk about it with patients, even though they are looking for it, and don't discuss about death with healthy patients. Their difficulties with the subject have been explored in the literature, but through the advance directives or fragile patients' prism. However, the discussion seems to benefit everyone, both biomedically and psychologically, particularly in anticipation of urgent care. This thesis studies how general practitioners talk about death with healthy patients: what are the contexts, expectations and interests in this dialogue? What are the obstacles and their proposals to facilitate it? Semi-directed individual interviews were conducted with GPs in Maine-et-Loire. "Good health" was described as the absence of foreseeable death within ten years, based on various definitions. This study confirms that death echoes the subjectivity of each one, our attitude to finiteness and our collective imaginations. For anyone, a context favorable to discussion is necessary. Doctors don't always seize the appropriate moments with healthy patients and don't orient the thought towards their own death. There are many obstacles, often psychological, enlightened by the contribution of psychoanalysis, sociology and philosophy. They propose to systematise the question and to raise awareness among the general public. Personal work on the approach to death seems necessary, as in the caregivers' discussion groups. The subject leads doctors to reconsider their legitimacy and their social role. Beyond the biomedical interest, encouraging healthy patients to think about death would improve their relation to death, pre-mortem altruism and the opening of dialogue at the social level. The subject of death goes far beyond the medical domain and must be generalised in order to break the taboo surrounding it.

Keywords : death ; general practitioner ; healthy patient