

2023-2024

**THÈSE**  
pour le  
**DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
GÉNÉRALE**

**Ressenti des internes de médecine  
générale face aux corps sans vie  
dans le cadre de leur internat**

Une thèse qualitative

**Justine BRUNET**

Née le 18/09/1992 à Cognac (16)

Sous la direction du Docteur Marion DEHAINAULT  
En codirection avec le Docteur Ghislaine JUDALET-ILLAND

Membres du jury

Monsieur Professeur des universités BELLANGER William	Président
Madame Docteur DEHAINAULT Marion	Directeur
Madame Docteur JUDALET ILLAND Ghislaine	Codirecteur
Madame PENCHAUD Anne Laurence	Membre



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) BRUNET Justine .....  
déclare être pleinement conscient(e) 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'étudiant(e) le **19/02/2024**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

# 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 Sébastien Faure

**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric Annweiler

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine

DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine
DUVAL Olivier	HOSPITALIERE	
DUVERGER Philippe	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
EVEILLARD Mathieu	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
FAURE Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOUQUET Olivier	ANATOMIE	Médecine
FURBER Alain	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	CARDIOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PNEUMOLOGIE	Médecine
GUARDIOLA Philippe	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUILET David	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
HAMY Antoine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HENNI Samir	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine
	HOSPITALIERE	
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOUEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine
	HOSPITALIERE	
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie

PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

#### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie

BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUD Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie

PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	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 THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

#### AUTRES ENSEIGNANTS

<b>PRCE</b>		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
<b>PAST / MAST</b>		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine



# REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur William Bellanger,  
Professeur des universités de médecine générale,  
Merci de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse et merci pour le temps que vous y avez consacré. Merci pour votre implication dans la formation des internes de médecine générale.

A Madame Anne Laurence Penchaud,  
Maître de conférence en sociologie,  
Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, de l'intérêt que vous portez à ce travail et du temps que vous lui avez consacré.

A Madame la Docteure Ghislaine Judalet-Illand,  
Merci d'avoir accepté de co-diriger ce travail de recherche. Merci pour votre vision d'ensemble, vos conseils efficaces et éclairants ainsi que pour votre implication durant ce travail.

A Madame la Docteure Marion Dehainault,  
Merci infiniment d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail. Merci pour ta disponibilité, tes conseils, tes nombreuses relectures. Merci de tes encouragements à chaque étape, ils ont été si précieux. Je te souhaite une belle suite professionnelle et personnelle !

Au Professeur Jean Marc Mouillie, merci pour le premier intérêt universitaire qu'a été le vôtre vis-à-vis de mon sujet de recherche, il a permis à ce travail de voir le jour.

Aux nombreux enseignants facultaires, à mes maîtres de stages hospitaliers et libéraux, bordelais et angevins, merci de m'avoir dispensé le savoir nécessaire à la fabrication du médecin que je suis.

Au Docteur Chevrier Verron, Sainz Torres et Docteur De Ménard, merci pour vos accompagnements délicats dans la transmission du savoir-faire et du savoir-être médical, vos encouragements et votre confiance.

A tous les patients que j'ai croisés depuis que j'ai enfilé ma blouse de médecin, merci.

A mes co-internes de tous les moments, merci des échanges qui ont eu lieu, des rires et des larmes.

Aux internes de médecine générale que j'ai eu la chance d'interroger pour ce travail, merci pour le temps et la confiance que vous m'avez accordés durant ces échanges.

A ma mère et à mon père, merci de m'avoir permis de choisir cette voie et de la poursuivre jusqu'à son terme.

Papa, pour la confiance que tu as en moi, pour les rires et les sorties salvatrices en périodes difficiles, pour les multiples manières dont tu m'as simplifié la vie pendant mes études.

Maman, mon premier lieutenant. Merci pour ta disponibilité sans failles, pour ton écoute et tes encouragements, pour tes relectures à toutes les étapes de ce travail. Merci pour tes métaphores montagnardes qui m'ont permis de faire ce qui me semblait trop dur.

A ma grande sœur Clopi, merci d'avoir été présente lorsque j'avais besoin, merci de ton écoute et pour les mots que tu as dits et qui m'ont accompagnée dans bien des situations difficiles.

A mon petit frère Titoune, merci pour ton écoute, pour me faire tant rire, merci de l'ouverture que tu m'apportes sur d'autres univers.

A ma grand-mère et à ma famille qui se sont si souvent inquiétés de savoir où j'en étais.

# REMERCIEMENTS

A David, pour ta confiance en moi, solide et tranquille qui m'a permis d'avoir confiance aussi. Merci pour ta douceur, ton amour et ton soutien.

A Amandine, pour ces coups de fils interminables et ta compréhension qui permettent un partage incomparable avec quiconque. Merci d'être mon amie.

A Loulalou, merci pour tout ! Pour ton soutien dans ce travail, pour ta compassion, pour ton accueil qui a amené tant de belles choses dans ma vie, merci Lalou.

A Noute, merci de ce soutien indéfectible depuis tant d'années, d'avoir été et d'être toujours là pour moi. Merci d'être mon amie.

A Edith, merci d'être apparue sur mon chemin à un moment où j'avais besoin d'habiter avec une amie, merci d'avoir partagé mes doutes et mes inquiétudes et d'avoir su, ensemble, encourager ce que nous sommes en dehors de la médecine.

A Colleen, pour ton écoute et tes encouragements. Pour nos sessions de travail, nos défis sportifs, pour le rituel à la Lune. Tout cela m'a permis de vivre cette période avec plus de sérénité. Merci.

A mes coloc actuels et ceux d'avant, Rickih, Manu, Loulalou, Clem, Colleen, Apo, Caro, Benjamin, Edouard, Julien et Elane, merci d'avoir partagé mon toit et d'avoir écouté mes difficultés, de m'avoir soutenue de bien des manières au cours de ce travail. Vous êtes géniaux.

Aux Enjailleurs, Axelle, Louise, Elisa, Auranne, Damien, Florent, Simon, Rodolphe, Clotilde, Marion, Mickael, pour toutes ces années bordelaises si denses, si riches. Merci de cette magnifique solidarité dont on a fait preuve pendant ces longues années de travail, mais aussi pour ces soirées, vacances et voyages géniaux qui leur ont donné du sens. Choisir de devenir médecin m'a permis de vous avoir dans ma vie, quelle chance.

## **Liste des abréviations (ordre alphabétique)**

## **PLAN**

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

### **INTRODUCTION**

### **MÉTHODES**

### **RÉSULTATS**

- 1. La surprise**
- 2. L'imaginaire et l'appréhension**
- 3. La médicalisation du corps et la mise à distance des émotions**
- 4. Les éléments de discours**
- 5. Qu'est-ce que le corps pour les internes ?**
  - 5.1. Le corps dissocié de la vie, le corps objet
  - 5.2. Le corps sujet
  - 5.3. L'évolution de la considération des corps sans vie
- 6. Le transfert du soin**
  - 6.1. Le transfert du soin aux proches
  - 6.2. Les soignants bénéficiaires de soin

### **DISCUSSION ET CONCLUSION**

- 1. Forces et faiblesses de l'étude**
- 2. Résultats principaux et confrontation à la littérature**

### **BIBLIOGRAPHIE**

### **TABLE DES MATIERES**

### **ANNEXES**

- 1. Annexe 1 : Tableau des caractéristiques de l'échantillon**
- 2. Guide d'entretien version 1**
- 3. Guide d'entretien version 2 (modifiée le 17/12/2023)**

# INTRODUCTION

Ce travail de recherche prend sa source dans des questionnements personnels provoqués par mes expériences auprès de corps sans vie au cours de mes études de médecine. J'ai été confrontée à des cadavres de diverses manières au fil des années.

La première a eu lieu pendant les travaux de dissection anatomique, en troisième année de médecine ; mes sentiments étaient ambivalents : j'étais curieuse et apeurée de ce que j'allais découvrir. Dans ce contexte, les portions anatomiques d'intérêt étaient les seules visibles, le visage du défunt était couvert et une substance mentholée, à appliquer sous les narines, nous avait été proposée pour que l'odeur émanant des cadavres soit atténuée. J'avais été impressionnée par ces précautions mais reconnaissante de les avoir à disposition lors de la dissection, ayant ressenti tout à la fois du dégout, de la peur et de l'intérêt.

La dissection anatomique est un évènement collectif et clanique, souvent qualifié de rite initiatique et est une étape habituellement décrite comme déterminante dans la création de l'identité professionnelle. Elle est traditionnellement la première approche du corps sans vie dans le cadre des études médicales. Les dissections sont des évènements, attendus ou redoutés, des moments d'apprentissage exceptionnels que l'on vit à plusieurs (1) (2) (3).

Dans un second temps, en tant qu'externe, j'ai été parfois conviée à accompagner les internes lors de constats de décès intra-hospitalier. Mon statut d'externe, essentiellement apprenant et observateur, rendait ma participation non nécessaire ; je n'ai vu que peu de cadavres lors de cette étape de ma formation.

Enfin, l'internat de médecine générale débutant, mon rôle auprès des patients décédés est apparu : constater des décès. Je l'ai donc fait, et continue de le faire dans ma pratique de médecin généraliste.

Pour la réalisation de mon premier constat de décès, nous étions deux internes de médecine générale (IMG) de premier semestre ; de garde aux urgences, l'appel annonçant la tâche à effectuer ne concernant pas spécifiquement l'une de nous, nous nous étions mises d'accord pour prendre le temps d'y aller ensemble. J'avais trouvé cela d'un grand réconfort.

Par la suite, j'ai constaté des décès seule, et annoncé ces décès aux proches des défunt. Ces évènements sont devenus habituels, progressivement et paradoxalement anecdotiques au milieu d'une journée ou d'une nuit de travail.

J'ai été moi-même étonnée de l'évolution de mon rapport à ces évènements professionnels me mettant en présence d'un corps mort. Les inquiétudes et questionnements partagés avaient de moins en moins leur place au

fil de l'internat, passant progressivement au second plan à côté des évènements médicaux bien vivants rencontrés par ailleurs, qui me semblaient eux, avoir une portée d'apprentissage médical.

Il me semblait cependant que chacun de ces moments revêtait quelque chose de particulier. Ce point de tension entre l'importance humaine que je ressentais et l'habitude professionnelle qui s'installait, rendant cet acte médical presque banal, m'a intrigué.

La confrontation à un corps sans vie n'est pourtant pas anecdotique. David Lebreton, sociologue et anthropologue, dit que « *nulle société humaine ne perçoit le corps comme un cadavre indifférent après la mort* ». Il s'agit selon lui d'une constante humaine : le corps après la mort reste un objet anthropologique symboliquement chargé pour tout être humain. Il soulève collectivement des questionnements relatifs à la mort, à la finitude et, en fonction des références sociales et culturelles de chacun ainsi que de nos vécus individuels, encore d'autres éléments relevant de l'intime. La présence d'un corps sans vie nous confronte à notre propre mortalité (4).

« *Nous ne sommes jamais devant un cadavre, mais toujours devant des significations et des valeurs* » (5), en d'autres termes, la réalité biologique d'un corps sans vie est systématiquement associée au concept de mort. Nous partageons tous des représentations de la mort et des corps sans vie, enrichies par nos expériences personnelles (4), et celles-ci se sont modifiées au fil des siècles.

Avec l'évolution de nos sociétés occidentales, nous sommes passés d'une mort quotidienne, « *apprivoisée* », à une mort aujourd'hui taboue, cachée ; Philippe Ariès la qualifie de « *sauvage* » c'est-à-dire qu'elle n'est plus familière mais appartient à l'extraordinaire (6).

Au moyen âge et jusqu'au XVIIIe siècle, les corps sans vie faisaient partie du quotidien. Ils étaient veillés et visités par la famille y compris par les enfants, les hommes d'église, les passants. On confie les corps aux églises mais sans les exclure de la société, en organisant par exemple des marchés dans les cimetières (6).

Autour des années 1760, les premières notions d'hygiènes se répandent face aux grandes épidémies, les cadavres et les lieux où ils reposent sont dès lors associés au danger et à la maladie. Les pouvoirs publics détruisent des cimetières pour les reconstruire hors des villes. Les corps autrefois intégrés à la vie quotidienne sont mis à l'écart de la société (6).

Durant la période de l'entre-deux guerres, l'idée d'une médecine toute puissante ainsi que l'essor de l'hôpital public en France a exclu la mort et les cadavres des foyers, les rendant de plus en plus étrangers, loin du quotidien, inhabituels. On meurt de plus en plus à l'hôpital, les corps sans vie sont exclus du monde social (6).

La crémation illustre bien ce mouvement collectif de mettre sensoriellement à distance la réalité des corps sans vie puisqu'elle consiste à les réduire à l'état de cendres. Elle a connu un développement franc de sa pratique dans les années 1970. D. Memmi, chercheuse au CNRS, la considère comme une « dématérialisation hygiéniste du corps » (7).

Dans le même temps, D. Memmi rapporte qu'il existe un mouvement inverse, plus contemporain de réappropriation sociétale de la mort : le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) a réintroduit une possibilité de mourir chez soi, on laisse également la place aux familles pour venir visiter les défunts à l'hôpital. Ces pratiques seraient motivées par l'idée que la confrontation aux réalités sensorielles des défunts serait nécessaire au processus de deuil (7).

Malgré tout, on notera toujours les efforts organisés pour conserver les cadavres « vivants » par la thanatopraxie ; ou pour les éloigner des regards, en couvrant le corps d'un linceul, par la mise en bière qui permet de le dissimuler à la vue de ceux qui l'auront décidé. La décomposition du cadavre est en effet une étape de « *métamorphose non seulement organique qui effraie, mais aussi symbolique car il devient plus difficile de se situer face à lui* » (5).

Parallèlement à ces évolutions de nos rapports collectifs à la mort, le médecin en a d'autres, spécifiques à sa profession.

C'est au XVe siècle que les médecins commencent à découper les corps sans vie dans le cadre des explorations anatomiques. Il s'opère ainsi une rupture anthropologique entre les anatomistes considérant les cadavres comme objet de savoir et les milieux profanes, pour qui l'intégrité du mort est fondamentale. Tantôt interdites, et ainsi liées à un commerce de cadavre illégal, tantôt discrètement encouragées par les autorités, les dissections anatomiques posent question ; le corps devient objet de savoir et provoque des débats éthiques quant à son statut (4).

Au-delà de la dissection anatomique, la place du médecin auprès des corps sans vie est repensée dans le cadre législatif. La mise en place du certificat de décès tel qu'on le connaît aujourd'hui ne date que de 1937. Le recensement des décès était autrefois pratiqué par les hommes d'église. Peu de temps après la Révolution, l'État s'octroie cette tâche par la création du bulletin de décès rempli par l'officier d'état civil. En 1907, dans une optique d'amélioration de la santé publique, la cause du décès est à renseigner sur ce document. Le secret médical

tenant de l'importance dans les années 1930, le médecin devient rédacteur du certificat de décès rapportant ainsi anonymement la cause du décès et attestant de celui-ci (8).

Auparavant, le médecin n'avait qu'un rôle accessoire auprès des défunt, parmi d'autres intervenants (homme d'église, passants, famille, officier d'état civil) (6). Il est à noter ici que dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale de 2023, une expérimentation est menée pour étendre la rédaction du certificat de décès aux infirmier(es) diplômé(es) d'état (IDE) sous certaines conditions (9).

Aujourd'hui, le médecin constate des décès. Selon sa spécialité, il introduit des notions de dons d'organes ou y prend une part active. Le suicide médicalement assisté prend sa place dans certains pays, rendant le rôle du médecin auprès des morts plus vaste. Il est ainsi accompagnant dans la mort, préteur d'organes, rédacteur du certificat de décès, anatomiste ou apprenant face aux cadavres disséqués. Il a un rôle et une place d'exception auprès des corps sans vie (4) (5).

Cependant, les questionnements existentiels relatifs à la mort dans la confrontation régulière aux cadavres ne peuvent s'ignorer, encore moins pour les médecins qui y sont confrontés tout au long de leur vie professionnelle et ce d'une manière spécifique par rapport au reste de la population (5).

Nous avons mené un travail de recherche dont l'objectif principal était de recueillir le ressenti des IMG face aux corps sans vie dans le cadre de leur internat. L'objectif secondaire était de repérer les facteurs influençant les divers ressentis et les méthodes pour affronter ces évènements.

# MÉTHODES

## Type d'étude

Méthode qualitative par entretiens semi-dirigés.

## Réalisation du guide d'entretien

Le guide d'entretien semi-dirigé a été rédigé en lien avec la directrice et co-directrice de ce travail, avec pour appui théorique les éléments fournis par la faculté d'Angers lors des ateliers thèse et les documents PDF accessibles sur la plateforme d'enseignement Moodle. Également, des vidéos du congrès national de l'Intersyndicale nationale autonome représentatives des internes de médecine générale (ISNAR-IMG) portant sur la méthodologie qualitative ont été un appui.

Le guide d'entretien était évolutif.

## Population d'étude

La population cible était les IMG de la faculté d'Angers, de 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> semestre dans un premier temps, pouvant être étendu aux 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> semestre dans le cas d'un nombre de réponses insuffisant. Les caractéristiques de l'échantillon décidées au préalable étaient : l'âge, le sexe, le semestre en cours, la présence ou absence de religion, le fait d'avoir été confronté à des corps sans vie dans le contexte privé. (Tableau 1)

## Recueil des données

Le recrutement a été réalisé via un mail adressé aux IMG par liste de diffusion de la faculté d'Angers. Celui-ci donnait la thématique générale du travail de recherche ainsi que les critères de recrutement (IMG en phase d'approfondissement). Suite à la réponse des IMG, une date d'entretien était fixée et une fiche d'information détaillant les modalités de l'entretien leur était adressée par mail. Un premier mail a été adressé au mois d'octobre 2023, une relance a été faite en janvier 2024.

Le lieu de vie de la chercheuse étant géographiquement éloigné de la ville d'Angers, les entretiens ont été réalisés en visio sur la plateforme Teams. Les IMG se trouvaient pour la plupart à leur domicile, un seul était dans un lieu public (université). Chaque entretien a été soumis à un enregistrement audio avec l'application dictaphone de l'ordinateur pour permettre sa retranscription par la suite. Les IMG ont été informés à l'écrit et à l'oral de l'enregistrement, de sa retranscription fidèle à leurs propos, de la destruction des enregistrements à la fin du

travail de recherche ainsi que de l'anonymisation des données. Il leur a été précisé qu'ils pouvaient refuser de répondre à l'enregistrement ou stopper l'entretien à tout moment sans justification nécessaire.

La retranscription des entretiens a été réalisée par la chercheuse, sans modification des propos sur le logiciel Word©. Il leur a été proposé de leur adresser les retranscriptions de leur entretien.

### **L'analyse des données**

Elle a consisté en une approche inductive sur la base de la méthode de la théorisation ancrée. Des thématiques générales ont été repérées dans chaque entretien par une analyse verticale, de même de manière horizontale entre chaque entretien, permettant d'extraire des thèmes.

# RÉSULTATS

8 IMG ont été interrogés par la chercheuse qui avait fini son internat de médecine générale et effectuait des remplacements en tant que médecin généraliste non thésé. Les entretiens ont duré entre 30 et 66 minutes, en moyenne 44 minutes. Ils ont eu lieu d'octobre 2023 à janvier 2024. Des notes de terrain ont été prises par la chercheuse pendant et après chaque entretien. Il a été proposé aux IMG interrogés de relire l'entretien auquel ils ont participé, aucun d'eux ne l'a demandé.

L'âge moyen de la population d'étude était de 26,6 ans. 6 IMG sur 8 étaient des femmes. 4 IMG sur 8 étaient en 6<sup>ème</sup> semestre, 2 avaient fini leur internat (dû au délai entre l'adressage du mail en fin de semestre et la date effective de déroulement de l'entretien), une IMG était en 5<sup>ème</sup> semestre, une IMG était en fin de 4<sup>ème</sup> semestre. 6 IMG sur 8 se déclaraient sans religion. 5 IMG sur 8 avaient été confrontés à des corps sans vie dans le cadre privé. (Tableau 1)

Le guide d'entretien a été modifié après le 7<sup>ème</sup> entretien en discussion avec la directrice et codirectrice de thèse. La suffisance des données a été atteinte mais celle-ci n'a pas pu être vérifiée par manque de temps.

## 1. La surprise

Au cours des entretiens, certains IMG interrogés ont rapporté avoir eu affaire à des éléments auxquels ils ne s'attendaient pas. Ils ont pu raconter la surprise qu'ils ont eu à découvrir l'ambiance de la chambre d'un patient, l'aspect de son corps, la surprise de la découverte de celui-ci. Cette surprise a laissé place à différentes émotions : du malaise, de la peur, de l'appréhension.

### L'ambiance

Certains IMG ont été surpris de l'ambiance régnant dans la chambre d'un patient décédé. Ils ont pu la comparer avec celle en présence d'un patient vivant. Pour l'un le calme de la chambre a été surprenant, pour l'autre, c'est l'investissement de la chambre par les proches qui a entraîné de la surprise et de l'inconfort.

*« une fois qu'je rentre dans la chambre [...] ça a pas forcément été négatif hein mais j'me prend un peu le choc du « ah ! [...] c'est l'ambiance [...] de la chambre et du patient qui me frappe en fait et à laquelle je, j'pense que j'm'attendais pas [...] quand t'es devant un patient inconscient qui est encore vivant et que tu dois prendre en*

charge, l'ambiance et l'enjeu c'est pas du tout la même chose là tout est calme, tout est, tout est, rien ne bouge que ce soit dans la pièce ou dans ta tête en fait » (IMG4)

« j'viens dans un milieu qu'a évolué en vase clos sans moi pendant une semaine, peut-être plus [...] et donc qu'il faut que je trouve ma place qu'il faut que j'essaye de pas renverser des choses, souvent on est dans le noir parce que la lumière est tamisée, c'est la nuit parce qu'on est de garde [...] ce côté un peu pas forcément d'appréhension mais en tout cas de la surprise, on peut pas s'y préparer à ça [...] ça apporte forcément un peu plus de difficultés ou de divergence par rapport au scénario qu'on se fait dans sa tête habituellement face à un constat de décès et au rapport à la mort » (IMG8)

### **L'aspect du corps**

Certains IMG interrogés ont été surpris de l'aspect du corps dont ils constataient le décès.

Certains ont rapporté que le corps apprêté par l'équipe soignante (bouche et yeux fermés, corps allongé et habillé) avait été surprenant. Également, le contraste entre le patient vivant et son corps apprêté a été source de surprise.

« Ouais, j'ai été surpris. J'ai été surpris. C'est l'aspect quoi, l'aspect immobile et je crois que l'aspect aussi bien soigné du corps m'a surpris » (IMG4)

« à l'hôpital y a des gens qu'on voit debout heu dans un couloir etc. et ensuite le fait de les voir complètement allongés, pâles ça peut heu... hum ça y a cette heu, cette rupture avec l'état antérieur qui peut surprendre » (IMG8)

Le corps non apprêté et dont l'aspect révèle les circonstances de la mort, a été décrit par certains IMG comme source de surprise, de peur, de malaise et d'appréhension.

« moi ça m'avait, j'me souviens qu'ça m'a donné des frissons, alors que pourtant j'étais assez habituée, c'est le fait de le voir dans une position non habituelle qui m'a heu... -rires- ça m'a fait bizarre » (IMG5)

« C'est un peu je pense ça que j'anticipe ou pas avant de rentrer, à quel point elle va être heu... [...] y a la peur d'avoir peur enfin d'avoir l'impression que ça a vraiment été violent et tout » (IMG2)

« j'pense y a un tout petit peu d'angoisse qui vient un peu tachycarde heu, pas hyper heu... pas hyper à l'aise avec ça, comment il va être, voilà. » (IMG3)

Dans le contexte hospitalier, un IMG a raconté l'absence de surprise par la reproductibilité des soins du corps et le caractère apprêté du corps.

*« à l'hôpital ça se passe toujours enfin, le corps est toujours à peu près de la même manière, enfin il est toujours, pas présenté mais toujours dans la même posture avec la toilette mortuaire, avec les mêmes habits, avec heu, le même entourage en fait, le même environnement. Et donc à partir du moment où y a tout ça, ça fait pas de surprise. » (IMG8)*

### **La découverte du corps**

Découvrir un corps sans vie a été raconté par les IMG interrogés comme un élément important de surprise, parfois d'inconfort. Par découvrir un corps, les IMG interrogés entendaient ici arriver en premier dans un lieu où un corps mort était présent, et être de fait, le premier à constater l'absence de vie.

Certains IMG interrogés ont rapporté que découvrir un cadavre avait été surprenant et difficile. D'autres ont expliqué qu'ils avaient entendu des histoires de découverte de corps traumatisante.

*« t'arrives, tu vas faire ta visite et tout, même si [...] sur un cancer du pancréas à 80 ans ou t'as mis hypno morphine, tu sais que ça va arriver, bah tu vois c'était quand même vachement violent, de rentrer de dire bonjour, et puis « bam » quoi il était plus là » (IMG3)*

*« Enfin j'ai pu entendre des histoires de médecins qui arrivaient en premier et c'était... c'était un peu traumatisante » (IMG1)*

Certains ont expliqué que lorsqu'ils avaient été prévenus, ils se préparaient psychologiquement à constater un décès, ce qui atténuaient la surprise et la difficulté.

*« quand t'as un SAMU qui t'appelle et qui te dit « [...] faut venir constater le décès » [...] ça c'est hyper protecteur pour nous parce qu'on nous a prévenu heu... vous allez voir un mort en fait [...] j'me prépare psychologiquement à ce que j'veais voir ouais. J'pense que dans notre tête on s'fait déjà un peu des films... » » (IMG6)*

*« Elle me dit « voilà elle est dans le garage, j'veux préviens, ..., c'est impressionnant » et heu ça peut paraître déplacé ou anodin mais heureusement qu'elle m'a dit ça. Heu du coup j'ai vraiment, enfin j'me suis préparée, j'ai attaché mes cheveux [...] j'ai soufflé un grand coup et j'ai ouvert la porte. » (IMG7)*

## 2. L'imaginaire et l'appréhension

Certains IMG interrogés ont parlé de ce qu'ils imaginaient de la confrontation aux corps sans vie.

Ils l'ont expliqué en faisant appel à l'imaginaire qui nourrissait ce qu'ils s'attendaient à voir en entrant dans la chambre d'un patient décédé.

« *J'pense que j'm'attendais à un truc vraiment, vraiment dégueu* » (IMG4)

Leur imaginaire sur les corps sans vie faisait appel à des représentations issues de la culture populaire, mais également d'histoires entendues de la part de collègues, de confrères et consœurs.

« *une fois qu'on rentre, déjà enfin justement j'trouve dans les films -rires-, enfin l'idée un peu populaire, t'as l'impression que quand les gens meurent ils ont les yeux fermés, la bouche fermée et puis voilà, c'est comme s'ils dormaient ... et donc [...] ouais enfin t'as pas l'impression qu'ils sont endormis* » (IMG2)

« *Donc heu... j'pense que doit y avoir -rires- enfin tu vois un truc aussi qu'il se réveille d'un coup, enfin c'est pas possible mais on peut s'imaginer mais tu vois enfin ça arrive jamais, mais on est très proche heu... du défunt et... puis bah enfin si ça se trouve je peux lui faire mal et il se réveille d'un coup parce que, je sais pas.* » (IMG1)

« *et j'pense que j'm'en faisais tout un monde avec des histoires qu'on entendait des copains qui étaient allés en médecine légale faire des relevés de corps et tout donc heu, j'm'en faisais vraiment une situation heu... catastrophique mais j'pense que ça peut arriver, mais du coup j'm'en faisais une situation catastrophique.* » (IMG4)

L'anticipation négative que certains IMG avaient des situations encourageait une appréhension de celles-ci.

« *après le choc avant il est peut être aussi lié au fait que [...] qu'on est habitués à voir des morts hyper violentes heu, à l'écran en dehors dans le fictif et et du coup je sais pas y a toujours la peur de sursauter face au cadavre comme quand on regarde un film -rires-.* » (IMG2)

De la même manière, d'autres ont pu imaginer ce que pourraient être leurs futures confrontations à des cadavres dans le cadre de leur exercice de médecin généraliste, et ont parlé de leurs appréhensions d'être confrontés à des décès violents.

« Après je redoute énormément les réquisitions parce que j'ai entendu des histoires abominables et comme j'ai jamais été confrontée justement à un corps issu d'une mort violente, ça, ça me fait très peur. ... D'être confrontée à ça ou alors un corps qu'est en décomposition depuis heu... ouais ça me fait peur comme je connais pas et de base je pense que c'est plus dur. » (IMG2)

« après ça peut aussi être des situations plus violentes parfois après enfin y a des pendaisons, des suicides, enfin je pense plus aux suicides qui sont plus qui peuvent être impressionnantes, mais encore une fois en général on est pas souvent les premiers à arriver sur les lieux, souvent c'est la police les pompiers qui sont avant nous, donc les corps sont déjà un peu arrangés » (IMG1)

### 3. La médicalisation du corps et la mise à distance des émotions

#### **Les tâches du médecin pour la satisfaction d'un travail bien fait**

Certains IMG interrogés ont raconté leur rôle de médecin face à ces corps sans vie : l'examen clinique pour constater le décès, le situer dans le temps ainsi que les gestes techniques qu'ils ont été amenés à faire.

« après j'fais les petites choses qu'on doit faire, le checking des yeux, le stétho etc et... et voilà » (IMG7)

« on a des signes post mortem qui sont un peu plus évidents que quand ça fait 5 minutes que le patient est décédé » (IMG8)

« donc j'ai pris un scalpel, heu donc j'ai incisé la peau j'te dis y avait pas du tout d'adhérence donc j'ai pu retirer le le ... d'ailleurs je dis pace maker mais c'était peut-être un défibrillateur. C'est ça ! -rires- Et heu donc j'lui retire j'coupe les fils, et j'me souviens plus si après j'ai fait une suture ou pas » (IMG1)

« et ça m'prend un peu de temps parce que finalement j'me dis « est c'que j'fais bien les choses tout ça » donc j'pense, j'pense que j'reste bien 5 ou 10 minutes dans la chambre peut-être je sais pas. » (IMG4)

#### **Les tâches du médecin pour mettre à distance la mort**

Certains IMG ont mentionné la technique médicale comme une forme de protection émotionnelle.

« c'est vrai qu'c'est, c'est perturbant quand même heu tu vois quand... on s'voile derrière des trucs médical enfin on se protège derrière des termes techniques et tout ça » (IMG5)

« En plus des fois on fait ablation de pace maker, on doit enlever des sondes et faire des points de suture, on fait quand même des gestes heu, techniques sur un cadavre donc moi je ressens rien » (IMG6)

### **Le poids de la rédaction du certificat**

Certains IMG interrogés ont expliqué que les questionnements médico administratifs et le poids légal du constat de décès faisaient partie de leurs préoccupations.

« elle a quand même un poids légal important, alors que médicalement c'est quand même des choses qui sont tout à fait dans nos capacités » (IMG8)

« et après bon en sortant ça revient parce que bah il faut que je fasse le certificat. Et là pour le coup j'reviens dans le stress administratif » (IMG4)

## **4. Les éléments de discours**

### **Des internes spectateurs de leurs actions par la non-utilisation du « je »**

Les IMG interrogés ont utilisé régulièrement des pronoms autres que la première personne du singulier. Le « tu » impliquait l'interlocuteur, le « on » pronom impersonnel désignait à la fois tout le monde et personne, le « nous » impliquait autrui dans le propos.

« toi en tant que médecin, on t'a prévenu de c'que tu allais voir » (IMG6)

« plus on attend moins on les reconnaît, je trouve » (IMG2)

« après y a des décès qui nous touchent plus que d'autres » (IMG5)

### **Une recherche de dédramatisation**

Les rires ont été très présents lors de ces entretiens, notamment à la suite de propos qui parlaient plus explicitement d'éléments relatifs aux émotions, à un vécu difficile, aux notions de vie et de mort.

« avec la sensation d'avoir l'odeur sur moi, toute l'après-midi, et la vision qui reste et qui reste et qui reste, donc c'était ouais pas très facile -rires-. » (IMG7)

« Voilà, enfin oui, tu espères les trouver heu, tu préfèrerais avoir l'impression qu'ils dorment comme un petit bébé heu, malheureusement c'est rarement le cas, après plus.... Plus ou moins -rires- » (IMG2)

« [la solitude face à un cadavre] ça m'angoisse terriblement -rires- » (IMG7)

Lors de ces entretiens, les IMG ont eu recours à des procédés humoristiques sur la thématique de la mort.

« *il était heu quasi debout -rires- [...] enfin il était vraiment heu enfin vraiment très très très maigre, heu enfin c'est bizarre mais il respectait pas trop les lois de la pesanteur -rires- »* (IMG5)

« *heu tout ça heu... et c'est assez choquant parce que du coup il a un aspect, il a un corps qu'est ... heu son corps est devenu un peu noir heu... heu... et... et donc ouais y a des asticots un peu... ça va ? T'as pas faim t'as pas mangé heu ? -rires- »* (IMG4)

### **La gêne des internes : leurs hésitations et ambivalences**

Certains IMG ont eu des propos ambivalents. Comme dans cet exemple où cette IMG disait avoir peu de ressenti face à un cadavre, puis parlait de la difficulté qu'elle éprouvait à assurer son rôle de médecin après avoir vécu une expérience emplie d'émotions.

« *bah je constate voilà, un corps sans vie et puis je ressentirai pas grand-chose hein. Après j'pense qu'il y a aussi [...] un côté qu'est difficile en médecine générale c'est que, après ça il faut continuer tes consultations. C'est-à-dire qu'après avoir vécu une émotion intense [...] bah la suite de ça tu vas voir des enfants, tu vas voir plein d'autres choses [...] continuer après ça c'est pas si évident »* (IMG6)

Dans cet exemple, l'IMG a parlé d'une forme de communication qu'elle pourrait avoir avec un patient décédé au travers de ses yeux ; elle a raconté, quelques instants après, que les corps dont elle constatait le décès étaient pour elle interchangeables.

« *T'as l'impression qu'y a un peu... pas une communication mais y a heu... un... un échange. Tu vois par les yeux ouverts... »* (IMG6)

« *bah tu finis par heu j'sais pas développer des... des défenses comme ça qui fait que maintenant face à un cadavre tu te dis bah c'en est un comme les autres et c'est tout. »* (IMG6)

Beaucoup de formules d'hésitation et de réflexion ont été employées par les IMG : « heu », « bah », « ... », « hum », des silences traduisant leur malaise à parler des cadavres.

« *Et heu, et du coup c'est... peut être un peu, enfin... ils ont pas forcément... enfin, on voit quand même que... y en a ... enfin que... malgré tout, ils sont, enfin on a pas tous l'impression qu'ils sont en train de souffrir »* (IMG2)

Certains exprimaient également clairement avoir du mal à expliciter leur vécu.

« *[...] mais hum... ouais je sais pas trop comment l'expliquer -rires-. »* (IMG7)

## 5. Qu'est-ce que le corps pour les internes ?

### 5.1. Le corps dissocié de la vie, le corps objet

#### Le corps objet

Certains IMG interrogés ont rapporté avoir dissocié, ou avoir essayé de dissocier le corps de la vie qui a été ; volontairement ou non. Il a été décrit par certains comme objet de travail : le corps était alors support des gestes à réaliser et de l'examen clinique qui permettait d'attester la mort.

« *et on m'dit bah d'aller constater le décès, bah je constate voilà, un corps sans vie et puis je ressentirai pas grand-chose. »* (IMG6)

« *juste j'me suis dit « putain j'espère qu'il a pas un pace maker », j'ai juste médicalisé le truc sans aucune émotion »* (IMG3)

Cette IMG a expliqué que, quelle que soit la considération qu'elle avait du corps en face d'elle, son attitude de professionnelle de santé devait être stéréotypée, identique.

« *Bah c'est en fait heu... qui que... qui que ce soit comme cadavre devant moi il faut que je sois pareil... tu vois ?, Le, bah qui que ce soit devant moi bah ce sera la même réaction qu'je vais avoir, j'veais... voir le corps, j'veais l'examiner, j'veais regarder le dossier, j'veais aller voir la famille, et puis voilà [...] si j'ai trois décès dans la nuit heu, que l'infirmière elle m'appelle au 7ème au 3ème au 4ème bah ça va être trois fois la même chose, le même travail quoi. »* (IMG6)

#### La mise à distance des émotions

La mise à distance des émotions a été explicitée par certains IMG dans cette considération du corps objet, comme étant une aide. Celle-ci a été facilitée par divers éléments : le temps imparti pour la réalisation du constat de décès, le fait de ne pas avoir connu le patient de son vivant, le fait d'avoir été prévenu.

« *j'regardais très très vite et puis en fait j'avais en tête de faire ça au plus vite, de faire mon constat de décès au plus vite en fait [...] je regardais ma montre, tout ce que je voulais c'était heu, c'était de l'abattage quoi. Mais*

*c'était parce que j'étais trop stressée et du coup j'laissais pas forcément heu, de place heu, enfin à l'affect et puis à l'humain » (IMG5)*

*« Typiquement ... je ne sais pas qui c'est, je peux vraiment me mettre à distance de ce qui se passe » (IMG3)*

*« Donc t'y vas mais tu sais c'que tu vas voir donc tu te prépares psychologiquement et après, bah heu t'es face à un cadavre heu, [...] bah en fait j'pense qu'on s'met un genre de... de barrière on s'met heu, une défense heu psychologique, on se dit on sait ce qu'on va voir et en fait on, on fait juste notre travail mécaniquement, on écoute le cœur, on fait les réflexes du tronc, on constate le décès et puis après heu... on sort quoi » (IMG6)*

### **Le corps reflet de la qualité du travail**

Certains IMG interrogés, dans le cas où ils avaient été impliqués dans la prise en charge de la fin de vie de la personne, ont rapporté avoir lu, dans l'aspect du corps, le reflet de la qualité de leurs soins. Le caractère apaisé ou souffrant qui était renvoyé par l'aspect du défunt prenait une importance différente. Pouvait survenir un sentiment d'échec, parfois de soulagement.

*« et si le dernier visage qu'ils ont eu c'est un visage de souffrance, enfin t'as l'impression d'avoir mal fait ton travail [...] elle avait l'air plutôt apaisée pour le coup heu dans sa mort [...] Mais, mais oui je pense qu'il y a un soulagement pour les soignants » (IMG2)*

*« ça peut représenter une forme d'échec » (IMG7)*

## **5.2. Le corps sujet**

Certains IMG ont rapporté qu'ils considéraient le corps sans vie comme une entité indistincte de ce qu'elle avait été auparavant : une personne.

*« j'pense que j'ai beaucoup dit « patient » et pas trop « cadavre » pendant cet entretien parce que justement j'pense que jusqu'au moment où il va en chambre mortuaire, moi je considère encore que... que on est face à un patient. » (IMG8)*

### **Le corps reflet de la vie qui a été**

Certains IMG ont raconté que l'aspect du corps pouvait favoriser l'apparition d'idées sur ce qu'a été la vie de la personne. Dans cet exemple, l'IMG parle des yeux, qui lui ont évoqué la vie qui a été.

« les yeux ouverts et du coup c'est à nous de fermer les yeux et y a des choses qui nous passent par la tête on s'dit « oui qu'est c'qu'il a eu comme histoire ce patient » forcément. » (IMG6)

### **Le corps reflet des derniers instants**

Certains IMG interrogés ont dit que l'aspect du corps auquel ils ont fait face leur avait évoqué le moment de son trépas. Pouvait en ressortir du soulagement, une difficulté émotionnelle, de la peur.

« la peur de, d'avoir l'impress... enfin de ressentir une mort violente face à soi, d'avoir l'impression que la personne a souffert [...] *y a quand même heu le sentiment du dernier souffle heu la, la bouche ouverte plus que s'ils étaient juste la bouche fermée en train de dormir.* [...] c'est plus ou moins marqué selon les cadavres quoi ce sentiment justement de ... de se raccrocher à la vie une dernière fois, ou de manquer d'air enfin... » (IMG2)

« *Bah en fait j'pense que quand tu vois quelqu'un avec la bouche ouverte, avec du sang dans la bouche, ou quelqu'un avec les yeux ouverts... tu... enfin... tu sais c'est un mouvement donc tu te dis, y a eu de la vie -rires- juste avant et...* » (IMG6)

« *Mais heu... mais au final elle elle était, enfin... elle avait l'air plutôt apaisée pour le coup heu dans sa mort et heu... et on la reconnaissait heu, on la reconnaissait plutôt bien [...] enfin c'est toujours un peu dur* » (IMG2)

« *Et en fait heu tu vois j'regarde tout de suite ses traits est ce que heu, voilà. Il était vachement détendu et j'me suis dit cool il était sous hypno morphine, il s'est pas étouffé tout seul quoi* » (IMG3)

### **Le corps qui évoque sa propre mort ou celle de ses proches**

Certains IMG se sont dit apeurés face aux corps sans vie qui les renvoient systématiquement à leur propre mort ou à celle de leurs proches.

« *j'pense y a un peu quand même la peur de la mort heu qu'on a tous, enfin à chaque fois ça nous renvoie à notre propre mort, ou à celle d'un proche hein à chaque fois que tu signes un certificat de décès ou que tu vois un corps heu, heu c'est, c'est plus ou moins heu, violent mais tu peux pas t'empêcher de réfléchir à ta propre mort et à celle de tes proches* » (IMG2)

### **Leurs attitudes lors des constats de décès**

Leurs attitudes lors des constats de décès traduisaient cette considération du corps indistinct de la personne. Certains ont dit avoir respecté le corps, s'être imaginé la vie qui a été ou s'être entretenu avec le défunt, avoir pu ressentir un inconfort s'ils manquaient de temps pour considérer le corps sujet.

« et c'est aussi ma façon de marquer le respect envers heu le corps et de l'humaniser, et de pas juste le traiter comme un objet heu vide heu de sens et vide de toute la vie. » (IMG7)

« j'aime bien me faire un petit peu mon histoire de ce patient ... et heu du coup j'me fait toujours un petit peu une histoire qui est souvent probablement partiellement fausse [...] j'veais avoir un entretien avec lui de... je frappe tout le temps j'dis toujours bonjour, un peu tout ça et heu j'lui parle un peu, pas tout le temps mais souvent » (IMG4)

« ce décès que nous on désacralise en apposant une petite signature sur un papier en ayant passé deux minutes dans la chambre par manque de temps [...] On nous dit de s'occuper du patient dans sa globalité et au final heu, bah le moment qu'on passe auprès du patient dans ce, ce constat de la mort il est... il est très court par rapport à tout le reste des tâches qu'on a à faire » (IMG8)

### 5.3. L'évolution de la considération des corps sans vie

Une IMG a remarqué l'évolution de la considération qu'elle avait des corps sans vie au cours de son internat. Elle a raconté que cette évolution allait dans le sens d'une plus grande place au corps sujet. Elle a dit qu'elle travaillait maintenant en conservant une approche humaine.

« au début, surtout la première année d'internat [...], j'étais déjà tellement stressée à l'idée de bien faire [...] et du coup bah en fait heu, y avait pas le temps de sentiment quoi -rires-. Y avait pas l'temps, il est mort, est ce qu'il est mort « paf paf » [...] j'pense que j'ai trouvé un équilibre qui me va bien en fin d'internat j'peux faire mon travail tout en gardant ce côté humain respecter les corps heu...avant heu vraiment j'pouvais manipuler le corps n'importe comment, là j'me, enfin voilà, j'suis plus posée » (IMG5)

Certains IMG interrogés ont raconté leur parcours universitaire, expliquant que le caractère progressivement familier des corps sans vie pendant leur formation, ainsi que l'expérience acquise par le renouvellement des constats de décès, pouvait réduire l'intensité émotionnelle associée à ces moments.

« je pense ça se fait progressivement, parce que bah au début [...] toute la partie anatomique [...] ça se fait sur des cadavre dans du formol donc tout de suite on est quand même exposés à des corps morts [...]. Et puis après dans les services [...] plus ça va et plus en fait heu, « ah bah tiens j'veais accompagner l'interne pour le constat de décès » donc t'accompagnes, tu baignes petit à petit dedans et heu... enfin c'est vrai que ça s'est fait très progressivement pour moi en tout cas » (IMG1)

« Non c'est aussi à force d'en faire et d'en faire, bah tu finis aussi par être heu, moins émotive heu, face à la situation. » (IMG6)

## 6. Le transfert du soin

### 6.1. Le transfert du soin aux proches

Au moment du décès de leur patient, certains IMG ont raconté comment les vivants prenaient de l'importance : leur attention venait se porter sur les proches du défunt. Ils ont expliqué comment le corps en lui-même n'était finalement plus leur point d'attention, laissant place aux répercussions humaines de ce décès. Ils se sont trouvé un rôle face à ce nouvel axe de soin dirigé vers des individus qui gravitaient autour du corps sans vie et qui n'étaient pas à proprement parler leurs patients.

« j'dirais heu, la fin de la vie de mon patient donc la fin de la prise en charge [...] mais après heu la suite c'est la famille... » (IMG5)

Certains avaient conscience du niveau d'affect différent qui existe entre eux et les proches et adaptaient ainsi leur comportement.

« En fait l'image du corps pour moi c'est pas grand-chose pour eux c'est toute l'idée de la mort qu'il y a autour oui bien sûr c'est énorme, et c'est pour ça que je dis qu'il faut se concentrer sur le ressenti des familles » (IMG1)  
« le but justement [...] des soins du corps et tout ça, c'est justement de les rendre apaisés [...], mais pas au risque de dénaturer la personne. Et puis, [...] moi j'me dis que c'est mieux si, s'ils reconnaissent leur proche quoi » (IMG2)

« ça change un petit peu la manière dont je vais faire les gestes, d'être entouré par la famille, j'ai l'impression qu'on a un peu plus besoin de, de montrer qu'on vient constater le décès [...] Et donc j'veais être un peu plus minutieux par exemple » (IMG8)

Certains IMG ont dit apprécier cet aspect du métier qui consiste à prendre soin des proches. Une autre a raconté préférer, dans certaines circonstances, ne pas être confrontée à cette demande de soin. Elle expliquait plus loin que l'émotion qu'elle ressentait avec les familles endeuillées limitait ses capacités de soignante.

« *j'veais arriver dans un endroit où y a des gens qui vont pas être à l'aise avec ça [...] des familles souvent qui sont bah qui sont dans une peine [...] qu'il va falloir gérer [...] . J'aime bien faire ça. »* (IMG4)

« *j'ai demandé si la famille était au courant parce que j'disais juste que là par contre heu bah c'était pas moi qu'allait annoncer le décès [...] C'est de voir cette famille au moment, à l'instant T qu'est abattue et ça heu holala c'est heu, bah moi j'ai juste envie de pleurer avec eux quoi j'ai du mal à rester dans mon rôle de... de... »* (IMG3)

Certains IMG ont rapporté avoir vu évoluer la place qu'ils accordaient au transfert du soin par l'apprentissage de la gestion d'éléments médicaux administratifs. Également, certains internes racontaient que le transfert de soin en lui-même nécessitait un apprentissage. Ils ont donc décrit une évolution de la place du transfert de soin mais également de sa qualité.

« *en fait, tout ce qu'on enfin qui nous stressait au début de l'internat on le fait sans se poser de question du coup on peut se concentrer sur d'autres choses heu qui font partie de notre métier et qui le rendent agréable donc heu... dont les entretiens famille. »* (IMG5)

« *parce que, y a aussi un truc c'est que, chaque décès implique que tu ailles parler après avec la famille et ça c'est j'trouve que c'est quelque chose que... pour le coup qui est pas inné et qui s'apprend que en le faisant. »* (IMG6)

## 6.2. Les soignants bénéficiaires de soin

Tous les IMG interrogés ont rapporté avoir reçu du soin de la part d'autrui dans le cadre de leurs confrontations aux corps sans vie. Ces soins prenaient de multiples formes et étaient parfois sollicités par l'IMG, parfois donné par autrui sans qu'une demande ait été formulée.

### Le soin entre soignants

D'autres soignants ont pu accorder une attention au vécu des IMG dans leurs confrontations aux corps sans vie. Ce soin a pris la forme d'une présence, spontanée ou sollicitée, d'écoute de la part d'autres professionnels de santé. Certains internes ont pu raconter comment ils souhaiteraient apporter du soin aux autres soignants.

« *J'ai été cherché l'infirmière sans panique tu vois, j'ai juste été marcher jusqu'à la salle de soin en disant j'ai besoin de quelqu'un [...] heu voilà est ce que tu peux venir avec voir c'qu'on fait on lui cale la bouche machin, j'suis pas trop à l'aise avec tout ça »* (IMG3)

« heu j'en ai quand même parlé à mes chefs [...] j'pense que j'avais besoin de décharger un p'tit peu sur cette garde et puis heu... sur c'que j'avais vu heu un peu peut être pour chasser l'image je sais pas » (IMG6)

« c'est surtout en parler ou avec des co-internes quoi, le besoin de se rassurer un peu [...], sur le fait que les autres auraient fait à peu près la même chose que nous » (IMG2)

« mais y a souvent peut être des soignants ... qui sont bah qui sont dans une peine, ou dans autre chose qui heu qui va falloir gérer, j'aime bien faire ça. » (IMG4)

Tous les IMG interrogés au cours de ce travail ont considéré que la présence d'autrui avait été un élément protecteur pour eux lors des confrontations aux corps sans vie.

« je sais pas si c'est que ça me raccroche à heu ... y a une personne vivante à côté de moi ou quoi mais heu, là c'est pareil ça m'a quand même heu rassuré qu'elle soit là en fait. » (IMG7)

« donc ça j'pense que c'est des choses dans la confrontation à la mort qui m'ont toujours aidé d'être avec quelqu'un ou un autre professionnel de santé. » (IMG8)

### **Le soin par les proches du défunt**

Une IMG a raconté avoir reçu de l'attention de la part d'une proche d'un défunt. Cette dernière l'a prévenue du caractère impressionnant de la scène que l'IMG s'apprêtait à découvrir.

« Et donc heu, je vois heu, j'suis accueillie par une dame qui est en fait la compagne de la fille de la défunte, Elle me dit « voilà elle est dans le garage, j'veux préviens, enfin préparez-vous c'est impressionnant » et heu ça peut paraître déplacé ou anodin mais heureusement qu'elle m'a dit ça. » (IMG7)

### **L'interne à la recherche de soin personnel**

Les IMG interrogés ont rapportés avoir mis en place des soins extra professionnels pour être accompagnés dans ces différentes confrontations aux corps sans vie. Ils prendraient de multiples formes : l'écoute des proches, la psychothérapie, envisager de faire partie d'un groupe de pairs. Une interne s'est questionnée sur la pertinence d'un soin préventif par une formation universitaire traitant de la confrontation aux cadavres.

« J'en ai reparlé avec mon conjoint quand je suis rentrée » (IMG2)

« c'est des choses que j'ai pu heu, discuter après coup avec heu... la psychologue du travail que j'ai pu rencontrer durant ce stage, et [...] ma psychologue à moi. C'est des choses qu'on discute quand c'est trop difficile comme ça » (IMG3)

« J'espère faire partie d'un groupe de pairs avec qui ça matche et qu'on arrive à se voir » (IMG3)

« j'trouve ça un peu dommage qu'on ait pas de formation vraiment, [...] psychologiquement heu nous prévenir [...] J'trouve que ça manque un peu dans notre formation » (IMG6)

Une IMG s'est interrogée sur la manière dont elle racontait ses expériences : elle a dit n'épargner aucun détail à son auditoire lorsqu'elle racontait ses expériences difficiles et se questionnait sur la raison pour laquelle elle était aussi explicite et précise dans ses propos. Elle a évoqué la possibilité que cette parole au plus proche de son vécu ait pu l'aider à mettre l'évènement à distance. Elle s'est également demandé si elle éprouvait le besoin que d'autres, hors du milieu médical, aient conscience des difficultés inhérentes au métier.

« Est ce que c'est pour montrer que c'est une partie du métier que j'trouve très difficile à des gens qui connaissent pas du tout ? Est-ce que c'est juste parce que le fait de le dire ça me... ça l'éloigne un peu de mon esprit ? Je sais pas... C'est ça. Mais je, je j'épargne heu aucun détail » (IMG7)

# **DISCUSSION ET CONCLUSION**

## **1. Forces et faiblesses de l'étude**

La méthode de recherche était adaptée à la question de recherche. Il a été décidé d'inclure les IMG de phase d'approfondissement uniquement, dans l'idée que l'expérience permettait la mise à distance des éventuelles difficultés médico administratives qui peuvent être plus fréquentes en début d'internat. La chercheuse ne connaissait aucun d'entre eux. Il ne leur a pas été communiqué d'informations sur les présupposés du travail de recherche. La chercheuse était novice dans le domaine de la recherche mais était encadrée par deux chercheuses expérimentées. L'entretien était évolutif et a été modifié au cours du recueil de données pour tenter d'affiner le contenu des entretiens. Ceux-ci ont une durée relativement longue ce qui peut témoigner d'un guide d'entretien suffisamment ouvert ainsi que d'une ambiance propice aux échanges dans le cadre des entretiens semi-dirigés. L'étude était originale puisque peu de travaux de recherche s'interrogent sur le rapport des IMG aux corps sans vie dans le cadre de leur internat.

Le travail, mené par une seule personne, et la contrainte de temps ont conduit à une suffisance des données qui n'a pas pu être vérifiée ainsi qu'à une absence de triangulation des données. Enfin, le caractère pluridisciplinaire de la thématique abordée en fait sa richesse mais également sa complexité. La recherche bibliographique a apporté des éléments relatifs à des travaux de sociologues, de philosophes et d'anthropologues qui ne sont pas des disciplines connues de la chercheuse.

## **2. Résultats principaux et confrontation à la littérature**

Les internes interrogés dans notre étude ont raconté avoir ressenti de la peur, du dégout, de la tristesse, du soulagement, du malaise et de la surprise. Nous nous sommes spécifiquement arrêtés sur ces deux derniers qui se sont avérés être les principaux dans leur discours.

L'internat de médecine générale est une étape de formation des futurs médecins qui est couramment vécue comme difficile émotionnellement (10), (11). Une thèse datant de 2018 rapporte que 79% des internes interrogés sont concernés par des éléments de syndrome d'épuisement professionnel dans les 12 derniers mois (12). Parmi

les nombreux facteurs, la confrontation à la mort et aux corps sans vie est décrite dans la littérature comme augmentant le risque d'apparition de stress et de souffrance au travail pour les internes de médecine générale. (13) (14) (15).

Il est à noter que, hormis la littérature portant sur le ressenti des étudiants en médecine lors des travaux de dissections anatomiques, les travaux de recherche sur le ressenti des médecins en formation et des médecins généralistes en exercice face aux corps sans vie sont rares.

Les internes interrogés ont été mis mal à l'aise par l'aspect du corps, par sa position, par les gestes techniques à réaliser sur celui-ci. Ils ont présenté des difficultés à développer leur vécu face à des corps sans vie. Les hésitations, traits d'humour, et ambivalences au sein des discours traduisent leur gêne et la difficulté de penser leurs ressentis face aux corps sans vie et à le partager.

Comme nous explique J-D Thumser, docteur en philosophie, en s'appuyant sur le travail de N. Depraz, professeure de philosophie contemporaine, la surprise résulte des différences entre les attentes que l'on a d'une situation et la réalité de celle-ci. Elle est parfois définie comme une émotion mais laisse également la place à d'autres, positives ou négatives, en modulant la manière de les recevoir. Surprise déstabilisante mais formatrice, ces expériences marquantes auraient une fonction d'adaptation et de préparation, permettant à ceux qui les expérimentent d'élaborer de nouveaux modèles prédictifs (16). Dans notre étude, l'imaginaire des IMG, riche et parfois éloigné de la réalité, s'en trouvait ainsi modulé par les expériences médicales rencontrées, et ainsi se rapprochait de la réalité, limitant le caractère déstabilisant des mises en présences de corps sans vie. Ces éléments surprenants auraient donc une portée d'apprentissage médical.

Dans notre étude, les internes ont relaté des ressentis importants de malaise et de surprise se modifiant au cours du temps. Chez les étudiants en médecine, lors des dissections anatomiques, les étudiants se disent gênés d'être en présence de corps (3) (17), mais également surpris (17). Dans un travail de recherche concernant l'annonce du décès aux familles par les internes de médecine générale, ces derniers témoignent de leur inconfort d'être en présence d'un corps mort (18). Dans une thèse d'exercice de 2020, les internes interrogés ont pu qualifier le corps décédé de « bizarre » ou « glauque », et ont été surpris des différents aspects des corps apprêtés et non apprêtés. Dans ce même travail de recherche, la difficulté émotionnelle associée à la réalisation des constats de décès est décrite comme récurrente chez les internes de médecine générale (19). Concernant les médecins généralistes installés, dans un travail de recherche réalisé par M. Ladevèze et G. Levasseur en 2010 s'intitulant

*Le médecin généraliste et la mort de ses patients*, les médecins généralistes interrogés n'ont parlé ni de malaise, ni de surprise dans leur vécu de la confrontation aux corps dont ils constatent le décès. Ceux-ci ont seulement dit avoir pu être surpris de la survenue de la mort imprévue de patients (20). Ces différents travaux laissent supposer d'une évolution des ressentis au cours de la formation médicale comme dans notre étude.

Les internes interrogés dans notre travail, face à ces ressentis pourvoyeurs de difficultés, ont mis en place diverses stratégies telles que l'évitement des corps, la mise à distance de leurs émotions (parfois par l'utilisation de gestes ou de termes techniques) ou la sollicitation d'autrui lors de ces confrontations. Ils ont admis qu'être prévenu limitait l'effet de surprise et qu'être accompagné était protecteur. La parole, auprès d'autres soignants ou de proches, a été mentionnée par tous les internes interrogés comme aidante. On retrouve dans la littérature ces mécanismes de défense propres aux soignants : dans le guide de bonne pratique de la HAS s'intitulant *Annoncer une mauvaise nouvelle*, la banalisation (correspondant à la technique médicale comme défense) y est explicitée (21). Dans l'ouvrage *Les mécanismes de défense* de Henri Chabrol, Professeur de psychopathologie, il parle de l'humour, ou de l'anticipation pouvant induire une attitude d'évitement (22). De même, dans ce travail de recherche réalisé par Jenny P. psychologue, portant sur la gestion du deuil de soignants dans une unité de soin palliatif, le soutien entre soignants apparaît comme fondamental également (23).

La considération du corps objet semble être une stratégie de mise à distance des émotions que les internes interrogés ont utilisée pour accomplir leur rôle de soignant. Dans cet écrit sociologique s'intitulant *Chirurgie : une mise à distance nécessaire des émotions*, il est expliqué que l'objectivation du corps opéré et la mise à distance des émotions qu'elle implique permet la technicité des chirurgiens. Sans cela : « *Soit ils [Les chirurgiens] en seraient empêchés par un état de panique ou de sidération, soit ils le feraient dans des conditions de fébrilité et d'insécurité pour le patient. Ce n'est pas seulement pour des raisons d'asepsie que le champ opératoire en tissu masque, pour le chirurgien, le corps et le visage de l'opéré, ne laissant visible que la partie à découper, qui devient ainsi du corps désobjectivisé* » (24).

Mais est-il nécessaire d'objectiver un cadavre ? Comme expliqué en introduction, et illustré dans notre étude par les divers ressentis, un corps humain, dans sa mort, reste un objet symboliquement chargé pour quiconque le côtoie (4) (5). On retrouve cette singularité de statut dans le droit français : le cadavre d'un point de vue juridique est une chose, définie ainsi par exclusion ; en effet, il n'est pas considéré comme une personne. Il a cependant un statut juridique spécifique « *dérogeant en partie à celui des biens, et se rapprochant sur certains points de*

*celui des personnes* ». Son statut de chose est ainsi largement nuancé par les lois relatives au corps sans vie introduisant des notions de respect, de dignité que la loi française n'accorde pas aux autres « choses » (25). Les études médicales, lors des premiers et deuxièmes cycles, proposent un apprentissage du fonctionnement et dysfonctionnement du corps de manière segmenté : de l'abstraction que représente l'étude à l'échelle moléculaire, cellulaire et tissulaire du corps humain jusqu'à l'étude physiologique et physiopathologique centrée sur les organes. L'être humain dans sa globalité comme objet de travail n'apparaît réellement que lors de l'internat. Cette approche segmentée du corps est l'objet d'étude initial de l'étudiant en médecine (26). L'interne pourrait donc de nouveau solliciter cette approche segmentée du corps afin de le rendre objet de travail uniquement et ainsi, mettre à distance les émotions liées à la considération du corps sujet.

Bien qu'êtant décrite comme protectrice, la considération du corps objet est difficilement concevable pour certains internes. Cet interne a pu exprimer cette difficulté : « *ce décès que nous on désacralise en apposant une petite signature sur un papier en ayant passé deux minutes dans la chambre par manque de temps [...] On nous dit de s'occuper du patient dans sa globalité et au final heu, bah le moment qu'on passe auprès du patient dans ce, ce constat de la mort il est... il est très court par rapport à tout le reste des tâches qu'on a à faire* » (IMG8)

Suite à notre travail de recherche, la considération du corps sujet par les internes, bien que parfois porteuse d'émotions difficiles leur permet, lorsqu'elle est possible, d'occuper une juste place dans leur rôle de médecin. Le sujet de soin du médecin généraliste étant, fondamentalement, l'individu (26) (27). Les internes semblent plus à l'aise dans cette considération du corps dont ils constatent le décès.

Il n'a pas été retrouvé de travail de recherche traitant de la considération des corps sans vie par les internes.

Enfin, les internes interrogés semblent trouver leur rôle dans le transfert du soin, qui s'opère du patient défunt vers ses proches endeuillés. Ils n'ont pour certains pas rapporté de difficulté émotionnelle intense vis-à-vis de la prise en charge des familles. Au contraire dans cette thèse d'exercice s'intitulant *L'annonce d'un décès à la famille : vécu des internes de médecine générale et perspectives d'amélioration*, l'annonce de décès semble être pour les internes une difficulté, pour laquelle ils manquent de bases théoriques (18). Les médecins généralistes installés accordent également une place à la famille endeuillée et y voient leur responsabilité dans ces évènements médicaux que sont les décès, mais non sans difficulté émotionnelle (20) (28). Dans une thèse d'exercice de 2019 s'intitulant *Deuil en médecine générale : prise en charge des médecins généralistes de Normandie, habitudes et*

difficultés, 19% des médecins généralistes installés contactaient systématiquement les proches du défunt, 57% montraient leur disponibilité aux familles en leur laissant le soin de les contacter et 54% d'entre eux déclaraient souhaiter pouvoir leur accorder plus de temps. Dans cette même étude, la difficulté émotionnelle associée à la prise en charge des familles endeuillées concernait 75% d'entre eux et 81% déclaraient n'avoir jamais reçu de formation à ce sujet (28).

La prise en charge des personnes endeuillées est une notion de plus en plus enseignée dans la profession médicale via la notion de deuil normal et pathologique et les manières de le prévenir (29). De la même manière, l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches fait partie des guides de bonne pratique de la HAS (30). On notera cependant que certaines thématiques ne sont pas enseignées, par exemple dans le guide de bonne pratique s'intitulant *l'annonce d'une mauvaise nouvelle* de la HAS, l'annonce de décès n'y figure pas (21). De même, l'enseignement médical en France n'intègre que peu de formation théorique sur le ressenti que peut procurer la confrontation aux décès, aux corps sans vie ainsi qu'aux familles endeuillées. Ces thèmes peuvent être abordés via le prisme des mécanismes de défenses que les difficultés émotionnelles engendrent, mais dans l'objectif de limiter les réactions défensives du soignant pouvant altérer la qualité de l'accompagnement. Les groupes d'échange et d'analyse de pratique (GEAP) sont des espaces, dédiés aux internes de médecine générale, dans lesquels ils peuvent aborder n'importe quelle situation clinique les ayant mis en difficulté. Cependant, aucun des internes interrogés n'en a fait mention dans les entretiens menés dans notre étude. Une interne, lors de ce travail s'est questionnée de l'absence de formation sur ces thématiques.

On peut se demander ici si la considération du corps sujet permettrait la prise en compte de l'impact humain du décès d'un individu, et donc le transfert du soin vers les proches. On peut également se demander s'il ne pourrait pas, pour certains, être une forme d'évitement de la confrontation aux cadavres et à la mort en transférant leur attention et en évitant ainsi de faire face à la source de malaise et à tout ce que le cadavre leur renvoie de difficile.

Dans notre étude, les IMG interrogés rapportent qu'au fil de l'internat, leurs ressentis difficiles tendent à s'atténuer, et que le corps sujet, ainsi que le transfert du soin aux proches, prennent de plus en plus de place. Par l'expérience, il se seraient trouvé une juste place dans ces évènements. La capacité de considération du corps objet comme technique défensive semble ainsi être de moins en moins mobilisée au fil de l'internat, au profit d'une attention, raisonnable, à l'arrêt de la vie d'un individu ainsi qu'aux impacts de celui-ci sur ses proches.

Everet C. Hugues dans *La Fabrication d'un Médecin* aborde la formation médicale comme une interaction entre une culture médicale profane que nous partageons tous et une culture professionnelle en construction. Il signale que celles-ci interagissent tout au long de la vie mais seraient plus conscientes et inconfortables dans la période de formation. Ceci participant à l'acquisition du nouveau rôle de médecin (31).

Viendraient donc s'entrechoquer, au cours de la formation, deux cultures (ensemble de représentations, de normes et de valeurs partagées au sein d'un groupe) ; une culture profane de la mort et des corps sans vie avec laquelle les IMG évoluent au sein de leur travail, et une culture médicale de la mort à partir de laquelle l'interne doit acquérir, rechercher, adapter sans cesse son rôle (le positionnement qu'il attend de lui-même et que les autres attendent de lui) (31). Dans notre étude, l'ambivalence des propos tenus par les internes interrogés sur leurs ressentis et les considérations du corps sans vie dont ils témoignent, traduisent cette expérimentation permanente : ils semblent tester différentes postures et s'interroger pour trouver ce rôle de médecin au fil de l'internat. Petit à petit, ils semblent trouver leur rôle dans ces confrontations, diminuant ainsi, pour certains, le ressenti difficile qui les accompagne et entraînant une évolution des considérations des sujets de leurs soins.

## **PERSPECTIVES**

Ce travail de recherche a mis en lumière les difficultés émotionnelles des IMG face aux corps sans vie ainsi que l'évolution de celles-ci en lien avec la considération du corps et des proches du défunt. Il ouvre la perspective d'études complémentaires comparant les ressentis d'internes en phase socle, en phase d'approfondissement et de médecins généralistes installés afin de confirmer ou d'infirmer l'évolution de ces ressentis. De la même manière, la comparaison avec le ressenti de professionnels médicaux, paramédicaux ou professionnels extérieurs au monde médical (thanatopracteurs) pourrait être enrichissante.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Bonah C. Voir savoir et devenir médecin. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2008/04/pmed20089401f.pdf>
2. Bernet M.-A U de L, Kasser S, Hornung JP, Martinez E, Cadas H, Benaroyo L. Aider les étudiants en médecine à approcher la mort Doctors and death. Rev Médicale Suisse [Internet]. 2013; Disponible sur: [https://www.researchgate.net/profile/Lazare\\_Benaroyo/publication/259392736\\_Helping\\_medical\\_students\\_to\\_approach\\_death/links/56b1befb08a0ed7ba3febd97/Helping-medical-students-to-approach-death.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Lazare_Benaroyo/publication/259392736_Helping_medical_students_to_approach_death/links/56b1befb08a0ed7ba3febd97/Helping-medical-students-to-approach-death.pdf)
3. Godeau E. « Dans un amphithéâtre... » La fréquentation des morts dans la formation des médecins [Internet]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/terrain/3060>
4. Le Breton D. Le cadavre ambigu. In: Etudes sur la mort 2006/1 (N°129).
5. Le Breton D. Liminalités du cadavre : quelques réflexions anthropologiques. In: Corps 2013/1 (N°11) pages 35 à 44.
6. Ariès P. Essais sur l'histoire de la mort en occident
7. Memmi D. Le corps mort dans l'histoire des sensibilités. In: COMMUNICATIONS 2015/2 [Internet]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-communications-2015-2-page-131.htm>
8. Pison G. Meslé F. La statistique publique face à l'urgence du décompte des morts. In: The conversation 2020
9. Ministère du travail de la santé et des solidarités Expérimentation de la rédaction du certificat de décès par les infirmiers 2024. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/article/experimentation-de-la-redaction-des-certificats-de-deces-par-les-infirmiers>
10. Delvallé J. Être interne, devenir médecin : le vécu de l'internat de médecine générale à Lille : analyse qualitative par théorisation ancrée et entretiens compréhensifs individuels auprès de 12 internes et jeunes médecins en médecine générale [Internet] [Thèse de doctorat]. [Lille]; 2017. Disponible sur: <https://www.sudoc.fr/23827487X>
11. Boutellier M, Cordonnier Chiron D. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse par entretiens semi-dirigés [Internet] [Thèse de doctorat]. Disponible sur: <https://core.ac.uk/download/pdf/40115876.pdf>
12. Vronsky V. Aknine X. Etat des lieux de la santé des internes de médecine et de leur suivi médical, étude de la connaissance des structures de soins dédiées aux médecins par les internes de médecin générale [Thèse de doctorat]
13. Garling J. Phénoménologie du stress des jeunes internes de garde aux urgences : la confrontation à l'impuissance et à la mort [Thèse de doctorat].
14. Harmand C. Rencontre de l'interne avec la mort : enjeux pédagogiques ? [Internet] [Thèse de doctorat]. [Saint Etienne]; 2020. Disponible sur: <https://www.sudoc.fr/254498760>
15. Savioz V, Guex P. Mort sans narration, anxieuse et contestée, un défit pour la philosophie des soins palliatifs ? Dans Jusqu'à la mort accompagner la vie, 2016/3, (N°126), pp61-74. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2016-3-page-61.htm>
16. Thumser J-D. Nathalie Depraz : le sujet de la surprise. Dans Actu Philosophia. 2019. Disponible sur : <https://www.actu-philosophia.com/natalie-depraz-le-sujet-de-la-surprise/>
17. Bonnaud Antignac A, Amstrong O, Hamel A, Rogez JM, Guilloton D, Maugars Y, Barrier JH. Le vécu des dissections au laboratoire d'anatomie

18. Bonin J, Sagot V, Vorilhon P, Michelin Y. L'annonce de décès à la famille : vécu des internes de médecine générale et perspectives d'amélioration. 2017
19. Tournier L. Constat de décès par les internes de médecine générale de Nancy : étude quanti et qualitative 2020
20. Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. Dans *Pratiques et organisations des soins*, 2010/1, (Vol 41), pp 65-72. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2010-1-page-65.htm>
22. Chabrol H. Les mécanismes de défense. Dans *Recherche en soins infirmiers*, 2005/3, (N°82), pp 31-42. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-31.htm>
21. Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle. 2008. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf)
23. Jenny P. La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort. Dans *INFOKARA*, 2007/1, (Vol 22), pp 3-12. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-infokara1-2007-1-page-3.htm>
24. Molinier P. Chirurgie, une mise à distance nécessaire des émotions ? Dans *Sciences sociales et santé*, 2012/4, (Vol.30), pp 99-104. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2012-4-page-99.htm>
25. Folco M. Le statut juridique du cadavre. [Master de droit privé général], 2020. Disponible sur : <https://docassas.u-paris2.fr/nuxeo/site/esupversions/d9fcd095-acd4-49f9-8f94-3fd8af1a8984?inline>
26. Hardy AC. OpenEdition Journals [En ligne]. La formation de l'objet du travail médical ; 2015. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/travailemploi/6545>
27. Bolton D. Le modèle biopsychosocial et le nouvel humanisme médical. Dans *Archives de Philosophie* 2020/4, tome 83, pp 13-40. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-archives-de-philosophie-2020-4-page-13.htm>
28. Lethuillier M. Deuil en médecine générale : prise en charge des médecins généralistes en Normandie [Thèse d'exercice]. 2019. Disponible sur : <https://normandie-univ.hal.science/dumas-02474711/>
29. S-Editions. Item 141 : deuil normal et pathologique. [En ligne]. Disponible sur : [https://s-editions.fr/CODEX/ITEM%20141-%20DEUIL\\_V2.pdf](https://s-editions.fr/CODEX/ITEM%20141-%20DEUIL_V2.pdf)
30. Haute Autorité de Santé. Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches ; Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272290/fr/accompagnement-des-personnes-en-fin-de-vie-et-de-leurs-proches](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272290/fr/accompagnement-des-personnes-en-fin-de-vie-et-de-leurs-proches)
31. Hugues Everett C. La fabrication d'un médecin Les sciences de l'éducation - Pour l'ère nouvelle, La formation des soignants, 2003, vol. 36 n°2, pp 57-70

# TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	D
INTRODUCTION .....	11
MÉTHODES .....	15
RÉSULTATS .....	17
1.    La surprise .....	17
2.    L'imaginaire et l'appréhension.....	20
3.    La médicalisation du corps et la mise à distance des émotions.....	21
4.    Les éléments de discours .....	22
5.    Qu'est-ce que le corps pour les internes ? .....	24
5.1.    Le corps dissocié de la vie, le corps objet.....	24
5.2.    Le corps sujet .....	25
5.3.    L'évolution de la considération des corps sans vie.....	27
6.    Le transfert du soin .....	28
6.1.    Le transfert du soin aux proches .....	28
6.2.    Les soignants bénéficiaires de soin.....	29
DISCUSSION ET CONCLUSION .....	32
1.    Forces et faiblesses de l'étude .....	32
2.    Résultats principaux et confrontation à la littérature.....	32
BIBLIOGRAPHIE.....	38
TABLE DES MATIERES .....	40
ANNEXES.....	I
1.    Annexe 1 : Tableau des caractéristiques de l'échantillon .....	I
2.    Guide d'entretien version 1.....	I
3.    Guide d'entretien version 2 (modifiée le 17/12/2023) .....	II

## ANNEXES

### 1. Annexe 1 : Tableau des caractéristiques de l'échantillon

	Interne 1 (IMG1)	Interne 2 (IMG2)	Interne 3 (IMG3)	Interne 4 (IMG4)	Interne 5 (IMG5)	Interne 6 (IMG6)	Interne 7 (IMG7)	Interne 8 (IMG8)
Âge	29	26	26	27	28	26	26	25
Sexe	F	F	F	H	F	F	F	H
Semestre d'internat	6ème	6ème	4ème	6ème	6ème	Internat terminé	Internat terminé	5ème
Religion	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
Confrontation aux cadavres dans le cadre privé	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Durée de l'entretien (minutes)	39	47	33	42	30	42	51	66

### 2. Guide d'entretien version 1

#### 1/ Raconte moi une fois où tu as été confronté à un corps sans vie.

- Pourquoi as tu choisi cette fois ci ? (*marquante si oui pq ?*)

- Dans quel contexte ? Quel était ton rôle à ce moment là ?

- Qu'est ce qui t'a marqué ?

Si pas de réponse claire

- qu'est ce que tu as fait ? Qu'est ce que tu as vu, senti ? touché ? dit ?

- Qu'as tu ressenti ? (Appréhension, peur anxiété, indifférence )

- Pourquoi as-tu ressenti ça à ton avis ?

- Comment as-tu géré ce ressenti ?

- Avant de vivre ce moment, que pensais tu ressentir ?

#### 2/ Raconte moi d'autres expériences lors desquelles tu as été confronté à un corps sans vie ?

*Ou tu as pu avoir des ressentis différents ? Avant ou après la première dont tu as parlé, dans un contexte personnel ou professionnel ?*

*Si besoin idem questions de relance 1/*

#### 3/ Comment tu te sens quand tu dois faire un constat de décès désormais ?

Ou comment t'es tu senti les autres fois où tu as été confronté à un corps sans vie ?

Pourquoi as-tu ressenti ça ? (indifférence ou appréhension)

Comment gères-tu ce ressenti ?

4/ Que représente pour toi un corps sans vie dans le cadre de ton travail ?

Peux tu choisir 3 termes qui décrivent ton ressenti sur le corps sans vie dans le cadre de ton travail ?

5/ Que représente pour toi un corps sans vie hors de ton travail ?

Peux tu choisir 3 termes qui décrivent ton ressenti face à un corps sans vie hors de ton travail ?

6/ Comment envisages-tu les prochaines fois où tu seras confronté à un corps sans vie / les prochains constats de décès ?

En tant qu'interne ?

En tant que médecin généraliste ?

Que penses-tu ressentir les prochaines fois ?

Comment comptes tu gérer ce ressenti ?

### **3. Guide d'entretien version 2 (modifiée le 17/12/2023)**

1/ Raconte moi une fois où tu as été confronté à un corps sans vie.

- Pourquoi as tu choisi cette fois ci ? (*marquante si oui pq ?*)

- Dans quel contexte ? Quel était ton rôle à ce moment là ?

- Qu'est ce qui t'a marqué ?

Si pas de réponse claire

- qu'est ce que tu as fait ? Qu'est ce que tu as vu, senti ? touché ? dit ?

- Qu'as tu ressenti ? (Appréhension, peur anxiété, indifférence )

- Pourquoi as-tu ressenti ça à ton avis ?

- Comment as-tu géré ce ressenti ?

- Avant de vivre ce moment, que pensais tu ressentir ?

2/ Raconte moi d'autres expériences lors desquelles tu as été confronté à un corps sans vie ?

Ou (en fonction de la première histoire) : Raconte moi une expérience de constat de décès lors d'une garde d'étage d'un patient que tu ne connaissais pas ?

*Ou tu as pu avoir des ressentis différents ? Avant ou après la première dont tu as parlé, dans un contexte personnel ou professionnel ?*

*Si besoin idem questions de relance 1/*

3/ Comment penses-tu que les autres soignants expérimentent leur rôle auprès des corps sans vie ?

Qu'est ce qui est différent pour eux ? Quel est leur rôle ? Plus difficile ? Plus simple ? Pourquoi ?  
Qu'est ce que tu penses que tu ressentirais si tu étais à leur place ?

4/ Comment tu te sens quand tu dois faire un constat de décès désormais ? En tant qu'interne ?

Ou comment t'es tu senti les autres fois où tu as été confronté à un corps sans vie ?

Pourquoi as-tu ressenti ça ? (indifférence ou appréhension)

Comment gères-tu ce ressenti ?

5/ Comment envisages-tu les prochaines fois où tu seras confronté à un corps sans vie / les prochains constats de décès ?

En tant que médecin généraliste ?

Que penses-tu ressentir les prochaines fois ?

Comment comptes tu gérer ce ressenti ?



# BRUNET Justine

## Ressenti des internes de médecine générale face aux corps sans vie dans le cadre de leur internat

### RÉSUMÉ

**Introduction :** Nous évoluons dans une société qui met la mort et les cadavres à distance du champ social et rend les confrontations à ces derniers extraordinaires. D'un point de vue sociologique, la confrontation aux cadavres n'est jamais anecdotique, celui-ci étant un objet symboliquement chargé. Les internes de médecine générale y sont régulièrement confrontés à l'occasion des constats de décès. L'objectif de notre étude était de recueillir le ressenti des internes de médecine générale face aux corps sans vie dans le cadre de leur internat. Les objectifs secondaires étaient de repérer les facteurs influençant ces ressentis et les méthodes pour affronter ces évènements.

**Méthode :** Étude qualitative par entretiens semi-dirigés d'internes de médecine générale en phase d'approfondissement de la faculté d'Angers.

**Résultats :** Les résultats ont montré que les internes interrogés ont été mal à l'aise et surpris face aux corps sans vie. Leur imaginaire riche différait de la réalité des situations rencontrées. Ils mettaient en place différentes stratégies pour faire face à ces confrontations. Le corps sans vie était, pour eux, tantôt objet de travail, tantôt corps sujet, porteur d'une identité qu'ils prenaient en compte. Le corps d'un patient représentait aussi pour eux le transfert de leur attention et de leur soin vers les proches du défunt.

**Discussion :** Le malaise, la surprise semblaient s'atténuer au fil de l'internat. La considération du corps objet comme défense émotionnelle tendait à se raréfier tandis que la considération du corps sujet ainsi que le transfert de soin à destination des proches prenaient de l'importance et permettaient à l'interné d'accéder à son rôle de médecin.

**Ouverture :** Ce travail ouvre des questionnements sur le ressenti d'autres professions médicales et extérieures à la médecine vis-à-vis des corps sans vie.

**Mots-clés :** interne, internat de médecine générale, vécu, ressenti, cadavre, mort, constat de décès

### ABSTRACT

**Introduction:** We live in a society that keeps death and corpses out of the social arena, making confrontations with them extraordinary. From a sociological point of view, confrontation with corpses is never anecdotal, as they are symbolically charged objects. General medical interns are regularly confronted with them when they are called in to witness a death. The aim of our study was to find out how general medical interns feel about lifeless bodies during their internship. Secondary objectives were to identify the factors influencing these feelings and the methods used to cope with these events.

**Methods:** Qualitative study using semi-structured interviews with general medicine interns in their final year at the Angers faculty.

**Results:** The results showed that the interns interviewed were uncomfortable and surprised when confronted with lifeless bodies. Their rich imagination differed from the reality of the situations they encountered. They implemented different strategies to cope with these confrontations. For them, the lifeless body was sometimes an object of work, sometimes a subject body, carrying an identity that they took into account. The body of a patient also represented for them the transfer of their attention and care to the relatives of the deceased.

**Discussion:** Unease and surprise seemed to diminish as the internship progressed. Consideration of the object body as an emotional defense tended to diminish, while consideration of the subject body and the transfer of care to loved ones took on greater importance, enabling the intern to assume her role as a doctor.

**Openness:** This work raises questions about the feelings of other professions, both medical and non-medical, towards lifeless bodies.

**Keywords :** intern, internship in general medicine, experience, feelings, corpse, death, death certificate